

Editorial



Menschen klassifizieren, was sie hören und sehen: gehörte Töne zu Worten, gesehene Formen zu Buchstaben und Symbolen. Die Fähigkeit des Klassifizierens gilt als Voraussetzung

der Begriffsbildung, also der Intelligenz. Klassifizierung ist somit auch die Grundlage jeder Verständigung.

Im weitesten Sinne ist eine Klassifikation eine Ordnung von Wissen. Kann man aber Wissen überhaupt ordnen? Da jeder Mensch seine Umwelt anders wahrnimmt, gibt es keine von allen akzeptierte Wissensordnung. Wahrnehmung ist subjektiv und damit auch der Erwerb von Wissen und schließlich jede Klassifikation. Damit es nicht zu Interpretationen von Objekten der Klassifikation kommt, sollte eine weitgehend akzeptierte Wissensordnung geschaffen werden. Nur so lässt sich eine Klassifikation sinnvoll nutzen, als Ordnungsfunktion und als Verständigungsfunktion.

Ist dies mit der ICF gelungen? ICF steht übersetzt für „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“. Sie stellt den Versuch dar, eine Sprache für das bio-psycho-soziale Modell zur Verfügung zu stellen. Aber kann man Menschen in ihrer Individualität, mit ihrer Behinderung, überhaupt klassifizieren? Kritiker wenden ein, dass die ICF den Kern der Menschenwürde, die Subjekteigenschaft der Person, ignoriert. Sie falle hinter ein Menschenverständnis zurück, demzufolge das Individuum kein Objekt sei.

Mittlerweile hat die ICF aber ein breites internationales Fundament. Mit ihr lassen sich die Lebenslagen von Menschen mit Behinderungen umfänglich aufzeigen. Daher gilt es, das neue Modell, die neue Philosophie sowie die Klassifikation mit ihren Inhalten und ordnenden Eigenschaften und Regeln bekannt zu machen. Mit der stärkeren Gewichtung und besseren Abbildung sozialer Faktoren gewinnt die ICF zunehmend an Bedeutung. Das gelingt vor allem in Arbeitskontexten, die bemüht sind, die

Teilhabe einer Person durch Förderung der individuellen Fähigkeit und durch Veränderungen in der Umwelt zu verstehen oder zu verbessern.

Damit ist die Etablierung der ICF aber noch lange nicht erreicht. Sie dauert bis heute an. Die BAR begleitet diesen Prozess aktiv, mit Praxisleitfäden zur Implementierung der ICF, aber auch bei der Mitwirkung zur Verbesserung der Systematik von Personbezogenen Faktoren. Zu hoffen bleibt, dass sich alle in sozialen Praxisfeldern tätigen Fachkräfte noch stärker bei der Weiterentwicklung und Etablierung engagieren. Bei aller Kritik an der ICF und ihren offensichtlichen Vorzügen, eines ist unstrittig: Die Menschenwürde ist unantastbar.

Bm A RA.

Bernd Petri
Geschäftsführer der BAR

Aktuelles zur Weiterentwicklung der ICF

Entwurf von Personbezogenen Faktoren

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) stellt seit 2001 in standardisierter Form eine Systematik zur Beschreibung von Gesundheit und mit Gesundheit zusammenhängenden Zuständen zur Verfügung. Als Klassifikation ermöglicht sie eine Darstellung von Krankheitsauswirkungen, wobei nicht nur die Schädigungen des Körpers und die Beeinträchtigungen der Funktionen aufgelistet werden können, sondern auch die daraus resultierenden Auswirkungen auf persönliche Aktivitäten und das Eingebundensein in das gesellschaftliche Leben (Teilhabe/Partizipation). Dies soll in einer möglichst allgemein verständlichen Sprache erfolgen und den jeweiligen Lebenshintergrund (Kontextfaktoren) einer Person berücksichtigen. Die Beachtung der Kontextfaktoren, die sich aus umweltbezogenen und Personbezogenen Faktoren zusammenset-

zen, erweitert den Blick auf vorhandene Ressourcen und ist hilfreich beim Erkennen von möglichen Förderfaktoren und Barrieren. Dies gilt sowohl für die in der ICF bereits gelisteten Umweltfaktoren als auch für die noch nicht klassifizierten Personbezogenen Faktoren.

Personbezogene Kontextfaktoren Bei dem Rehabilitationsmedizinischen Kolloquium vom 14.-16. März in Bochum sowie der parallel dazu stattfindenden 9. ICF Anwenderkonferenz wurden die Personbezogenen Kontextfaktoren in mehreren Beiträgen thematisiert. Prof. Christoph Gutenbrunner (Medizinische Hochschule Hannover) unterstrich in seinem Plenarvortrag „10 Jahre ICF – Stand und Perspektiven“ die Bedeutung Personbezogener Kontextfaktoren. Diese sind im Sinne einer umfassenden Sichtweise auf das Gesundheitsproblem und dessen Auswirkungen auf die Funktionsfähigkeit bei den erforderlichen Interventionen besonders wichtig. Er forderte dazu auf, den wissenschaftlichen Diskurs zu den Konstrukten der ICF verstärkt auch zu den Personbezogenen Faktoren zu führen. Dem Anspruch auf umfassende Berücksichtigung der relevanten Begriffe (Items) in den Core sets (Listen von ICF-Kategorien, die für Patienten mit einer bestimmten Gesundheitsstörung relevant sind) würde z.B. das Fehlen der systematischen Berücksichtigung der Personbezogenen Faktoren entgegenstehen.

Eine Arbeitsgruppe der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) hat den Versuch unternommen, sich eine Vorstellung davon zu verschaffen, welche Items dieser bislang von der WHO nicht ausgefüllten Komponente zugeschrieben werden könnten.

Die konzeptionellen Überlegungen sowie der erste Vorschlag dieser Arbeitsgruppe wurden in der Zeitschrift „Das Gesundheitswesen“ veröffentlicht (Gesundheitswesen 2010; 72: 908-916).

Die WHO definiert die Personbezogenen Faktoren (PF) als den speziellen Hintergrund des Lebens und der Lebensführung eines Menschen. Sie umfassen Gegebenheiten des Menschen, die nicht Teil ihres Gesundheitsproblems oder -zustandes sind. Sie sind eine Kom-

ponente des bio-psycho-sozialen Modells, das die möglichen Wechselwirkungen dieser Komponenten veranschaulicht. Sie werden benötigt, um dem Anspruch auf eine umfassende Sichtweise auf ein aktuelles Gesundheitsproblem gerecht zu werden.

Ein erklärtes Ziel der ICF ist, eine gemeinsame Sprache für die Beschreibung der Funktionsfähigkeit vor dem Hintergrund der Kontextfaktoren zur Verfügung zu stellen. Die Komponente der Personbezogenen Faktoren ist dabei allerdings bislang der Beliebigkeit überlassen, da diese Komponente nur individuell und somit nicht transparent ausgefüllt und nicht mit einer einheitlichen Sprache belegt werden kann:

„Diese Faktoren können Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, Alter, andere Gesundheitsprobleme, Fitness, Lebensstil, Gewohnheiten, Erziehung, Bewältigungsstile, sozialer Hintergrund, Bildung, Ausbildung, Beruf sowie vergangene oder gegenwärtige Erfahrungen (vergangene oder gegenwärtige Ereignisse), allgemeine Verhaltensmuster und Charakter, individuelles psychisches Leistungsvermögen und andere Merkmale umfassen, die in ihrer Gesamtheit oder einzeln bei Behinderung auf jeder Ebene eine Rolle spielen können.“

Entwurf der DGSMP Der von der Arbeitsgruppe der DGSMP vorgelegte Entwurf versucht, eine Systematik zur Verfügung zu stellen. Dabei geht sie davon aus, dass Personbezogene Faktoren überdauernde Eigenschaften und Merkmale eines Menschen sind, die sein Wesen charakterisieren und damit einen möglichen fördernden oder hemmenden Einfluss auf seine Funktionsfähigkeit haben können.

Es wird ein Bogen gespannt von einfachen, vorgegebenen und von der einzelnen Person i.d.R. nicht veränderbaren Merkmalen über die „Konstitution“ einer Person in physischen und in mentalen Dimensionen bis hin zu den komplexeren persönlichen Faktoren, der Art und Weise, mit der jemand sein Leben gestaltet und schließlich der Lebenslage, in der sich eine Person befindet. Die Personbezogenen Faktoren werden in 6 Kapitel eingeteilt (► **Abb. 1**). Während die Perspektive auf die Komponenten der Funktionsfähigkeit nur eine Aussage dazu erlaubt, ob eine Beeinträchtigung vorliegt oder nicht, bzw. wie schwer die Ausprägung dieser Beeinträchtigung ist, können mit Hilfe der Kontextfaktoren nicht nur negative Ein-

Kapitel der Personbezogenen Faktoren

1. Allgemeine Merkmale einer Person
2. Physische Faktoren
3. Mentale Faktoren
4. Einstellungen, Grundkompetenzen und Verhaltensgewohnheiten
5. Lebenslage und sozioökonomische/kulturelle Faktoren
6. Andere Gesundheitsfaktoren



Abb. 1 Personbezogene Faktoren.

flüsse beschrieben werden in ihrer Wirkung als Barrieren, sondern eben auch positive als sog. Förderfaktoren.

Zum Teil finden sich in diesem Vorschlagsentwurf Begriffe, die sich auch in anderen Komponenten der ICF wiederfinden. Aber je nach Zugehörigkeit zu den Komponenten sagen scheinbar gleiche Begrifflichkeiten erkennbar etwas spezifisch anderes aus:

Liegen Schädigungen als Ausdruck des aktuellen Gesundheitsproblems im Sinne von Abweichungen von der „gesunden“ Norm vor, sind diese bei den Körperfunktionen und Körperstrukturen zu klassifizieren (Beispiele: Fingeramputation, Gelenkknorpelschaden, Knochenbruch, Nierenschädigung).

Handelt es sich auf der Ebene der Körperfunktionen und -strukturen um Verhältnisse im Rahmen der Norm oder aber um vorbestehende wie auch zurückliegende Gesundheitszustände, die auf die Funktionsfähigkeit auf jeder Ebene positiv oder negativ einwirken (können), werden diese den personbezogenen Faktoren zugeordnet (Beispiele: durchgemachte Rötelninfektion bei erneuter Schwangerschaft, kräftige Muskulatur, schnelle Reaktionsfähigkeit, sehr gutes Gedächtnis).

Die in dem Entwurf den Items vorangestellten Codes dienen lediglich der besseren Orientierung. In Kapitel 1 werden unter i100 die Items zum Alter gelistet (► **Abb. 2**).

Die Items „nicht näher bezeichnet“ oder „anders bezeichnet“ finden sich grundsätzlich als eine Art „Restgruppe“ in jeder Aufteilung.

Als i120 wird Geschlecht und als i130 werden Genetische Faktoren aufgeführt. Auch die „Physischen Faktoren“ werden differenziert (► **Abb. 3**).

Kapitel 3 Im Kapitel 3 werden die überdauernden mentalen Faktoren einer

Items zu i100 Alter

- i1100 Kalendarisches Alter,
- i1101 Psychosoziales Alter,
- i1102 Biologisches Alter,
- i1108 Alter, anders bezeichnet,
- i1109 Alter, nicht näher (n. n.) bezeichnet.



Abb. 2 Item Alter.

Differenzierung der „Physischen Faktoren“

Faktoren des Körperbaus

- Körpermitte (i2100),
- Körperform (i2101),
- Körperzusammensetzung (i2102) und

Andere „Physische Faktoren“

- Bewegungsbezogene Faktoren (i2200)
- Faktoren der Funktion von Herz, Kreislauf und Atmung (i2201),
- Faktoren des Stoffwechsels (i2202) und
- Faktoren der Sinnesorgane (i2203).



Abb. 3 Differenzierung.

Person aufgelistet. Diese mentalen Merkmale stehen im Gegensatz zu den „mentalenen Funktionen“ nicht mit dem Gesundheitsproblem im Zusammenhang. Sie können aber als Barrieren oder Förderfaktoren Einfluss auf die Funktionsfähigkeit haben (Funktionale Gesundheit).

Die Einzelitems des Blocks Faktoren der Persönlichkeit stellen jeweils ein Kontinuum zwischen 2 Ausprägungen dar. Deshalb kann neben dem Ausprägungsgrad auch der überwiegende Teil der Ausprägung angegeben werden. Einzelne Items zu Persönlichkeitsfaktoren finden sich in ► **Abb. 4**.

Bei den Kognitiven und Mnesticen Faktoren werden die Faktoren der Intelligenz (i350), Kognitive Faktoren (i355) und Mnestiche Faktoren (i360) differenziert.

Kapitel 4 In Kapitel 4 gibt es die Blöcke Einstellungen, Grundkompetenzen und Verhaltensgewohnheiten.

Unterschieden werden

- i310 Extraversion,
- i315 Faktoren der Emotionalität,
- i320 Zuverlässigkeit,
- i325 Offenheit gegenüber neuen Erfahrungen,
- i330 Umgänglichkeit,
- i335 Selbstvertrauen und
- i340 Optimismus.

Abb. 4 Persönlichkeitsfaktoren.

Einstellungen Bei den Einstellungen finden sich die Weltanschauung (i410), die Lebenszufriedenheit (i413), die Einstellung zu Gesundheit und Krankheit (i416), die Einstellung zu Interventionen und technischen Hilfen (i419), die Einstellung zur Arbeit (i422), die Einstellung zu sozialem Leben/zur Gesellschaft (i425) und die Einstellung zu Hilfen (i4289).

Grundkompetenzen Bei den Grundkompetenzen sind die Sozialkompetenz (i430), die Methodenkompetenz (i433), die Selbstkompetenz (Empowerment) (i436), die Handlungskompetenz (i439) und die Medienkompetenz (i442) gelistet.

Verhaltensgewohnheiten Bei den Verhaltensgewohnheiten finden sich die Ernährungsgewohnheiten (i450), der Gebrauch von Genussmitteln (i453), die Bewegungsgewohnheiten (i456), die Regenerationsgewohnheiten (i459), Sexualgewohnheiten (i462), Kommunikationsgewohnheiten (i465), Hygienegewohnheiten (i468) und die Gewohnheiten im Umgang mit Geld und materiellen Gütern (i471).

Kapitel 5 Kapitel 5 beinhaltet die Blöcke Lebenslage und sozioökonomische/-kulturelle Faktoren.

Unmittelbare Lebenslage i510 Einbindung in das direkte familiäre und soziale Umfeld, i515 Wohnsituation, i520 Beschäftigungssituation, i525 Finanzielle Situation.

Sozioökonomischer/-kultureller Status i530 Sozioökonomischer Status, i535 Kultureller Status, i540 Zugehörigkeit zu gesellschaftlichen Gruppen, i545 Sprachliche Verständigung und i550 Bildungsstand.

Kapitel 6 Das letzte Kapitel mit anderen Gesundheitsfaktoren ist mit den zurückliegenden Krankheiten, Gesundheitsstörungen, Verletzungen oder Traumata (i610), zurückliegenden Interventionen (i615) und den Gesundheitsfaktoren, anders oder nicht benannt (i619) gefüllt, da die ICF diese Faktoren beispielhaft aufführt, auch wenn sie nicht einfach in das theoretische Schema zu passen scheinen.

Erste Reaktionen Die ersten Reaktionen auf diesen Entwurf waren sehr unterschiedlich.

Einerseits wird sehr schnell klar, dass diese Faktoren innerhalb der schutzwürdigen medizinischen Daten nochmals eine besondere, herausgehobene Bedeutung für das Individuum haben (können). Daher ist es auch nachvollziehbar, dass die WHO die Bearbeitung und Entwicklung in diesem Bereich letztlich nicht vollendet hat. Die WHO hat lediglich mit einigen Beispielen Hinweise auf den möglichen Inhalt gegeben und es den Nutzern selbst überlassen, sie mit Leben zu füllen. In den ICF-Praxisleitfäden der BAR (www.bar-frankfurt.de) sind dementsprechend (unsystematisch) solche Personbezogenen Faktoren in den Beispielgrafiken aufgelistet und in ihrer Wirkung als Barriere oder Förderfaktor individuell gekennzeichnet.

Andererseits ist eine große Zustimmung zu diesem Versuch einer Auflistung von Kriterien der Personbezogenen Faktoren zu verzeichnen, da ihr Vorhandensein gemäß dem bio-psycho-sozialen Modell unstrittig ist und sie (selbstverständlich) zum Arbeitsalltag aller in der Rehabilitation Beteiligten gehören.

Bedenken Die bislang geäußerten Bedenken sind nachvollziehbar und wichtig und die Arbeitsgruppe ist sich auch der grundsätzlichen Möglichkeit einer missbräuchlichen Verwendung von Personbezogenen Faktoren bewusst. Letzteres könnte aber auch bei allen anderen medizinischen und persönlichen Daten geschehen. Es geht der Arbeitsgruppe der DGSMP jedoch nicht darum, mit ggf. neuen Assessments (Instrumenten und Methoden) regelhaft Personbezogene Faktoren abzufragen bzw. zu bestimmen, sondern darum, dass (wie bisher) erkannte und wichtige Einflussgrößen ggf. standardisiert und geregelt beschrieben werden können.

Es geht um ein Ordnungssystem, das Orientierungshilfe gibt. Die ICF ist kein

Anlass, alle möglichen Merkmale eines Menschen zu erfassen und auch zu dokumentieren. Die ICF ist in diesem Zusammenhang nur ein Hilfsmittel, um eine professionelle Aufgabe in eigener Verantwortung sachgerecht zu erfüllen. Die ICF macht keine Vorgaben und verfolgt keine eigenständigen Ziele. *Jede Profession ist für ihr Handeln weiterhin allein verantwortlich.*

Sicht der UN-Behindertenrechtskonvention Die UN-Behindertenrechtskonvention stärkt den Blick auf die Wechselwirkung von Beeinträchtigungen mit verschiedenen Barrieren, die den einzelnen Menschen an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können. Die der UN-BRK zugrunde liegende Vorstellung einer inklusiven Gesellschaft verlangt nach gesellschaftlichen Strukturen, die auch die Berücksichtigung Personbezogener Faktoren zulässt. Die Entwicklung der Personbezogenen Faktoren ist kein deutscher Sonderweg, andere Länder haben ihn schon vor uns oder gleichzeitig mit uns beschritten.

Da in der ersten Entwurfsphase keine repräsentative Zusammensetzung der AG realisiert werden konnte, soll eine breitere Konsentierung bei der Weiterentwicklung erfolgen (►Abb. 5).

Die weitere Projektplanung der ICF-AG der DGSMP sieht wie folgt aus:

- Einholung weiterer (kritischer) Stellungnahmen
- Bewertung und Bearbeitung der Themen innerhalb der Arbeitsgruppe
- sukzessive Erweiterung der Arbeitsgruppe unter Einbeziehung auch des DIMDI und juristischen Sachverständes im Hinblick auf die Anwendung/Nutzung und den Datenschutz
- Workshop zur breiteren Aufbereitung im Winter 2011

Abb. 5 ICF-AG.

Der Sachverständigenrat der Ärzteschaft der BAR hat sich mit diesem ersten Entwurf bereits kritisch auseinandergesetzt und wird die weitere Entwicklung auch im Rahmen der Mitarbeit einzelner ihrer Mitglieder in dieser Arbeitsgruppe konstruktiv begleiten. ●

Qualitätssicherung in der Leistungserbringung

Positive Resonanz zum Fachseminar am 28. Juni 2011 in der Geschäftsstelle in Frankfurt

Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung sind auch in der Rehabilitation von wachsender Bedeutung. Die BAR hat sich daher in diesem Jahr erstmals im Rahmen eines Trägerübergreifenden Fachseminars (TÜF) diesem wichtigen Themenbereich gewidmet. Das Seminar stieß insbesondere bei Leistungserbringern auf großes Interesse. Berthold Lindow (DRV Bund) führte mit dem Vortrag „Grundlagen von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement“ in das Thema ein. Dr. Thomas Stähler und Bettina Brandeis (BAR) erläuterten die „BAR-Anforderungen für Qualitätsmanagement im Bereich der medizinischen Rehabilitation“. Im Anschluss gaben Stefan Kruse (Asklepios) aus Sicht einer Einrichtung und Andrea Hofmann (DQS) aus Sicht einer Auditorin Erfahrungsberichte zur spezifischen Thematik des internen Qualitätsmanagements ab. Abgerundet wurde das Seminar durch einen ersten Blick über den „Tellerrand“ der medizinischen Rehabilitation hinaus. Dabei brachte Frau Renée Seehof (BBW Südhessen) den Teilnehmern und Teilnehmerinnen in ihrem Vortrag Fragen der Qualitätssicherung einer Einrichtung der beruflichen Rehabilitation nahe. Die durchweg positive Resonanz aus dem Teilnehmerkreis hinsichtlich Konzeption und Inhalt des Seminars legen eine Neuaufgabe in den kommenden Jahren nahe. Dabei könnte der Schwerpunkt durchaus weiter auf dem Bereich der Teilhabe am Arbeitsleben liegen. ●

Arbeitshilfe für die Rehabilitation von Menschen mit allergischen Hauterkrankungen

Seit April 2011 wird auf Ebene der BAR an der Erstellung einer „Arbeitshilfe für die Rehabilitation von Menschen mit allergischen Hauterkrankungen“ gearbeitet. Beteiligt sind Experten der Sozialversicherungsträger und des Fachbereichs Dermatologie. Angeregt hat der BAR-Sachverständigenrat der Ärzteschaft diese Arbeitshilfe. Allergische Hauterkrankungen sind neben körperlichen Auswirkungen auch mit zum Teil erheblichen psychosozia-

len Beeinträchtigungen verbunden. Menschen, die an allergischen Hauterkrankungen leiden, unterliegen damit häufig starken Belastungen. Ihre Möglichkeiten zu Aktivität und Teilhabe sind dann deutlich eingeschränkt. Die Vielschichtigkeit der Problematik erfordert entsprechende Beratungs- und Rehabilitationskonzepte, um die Betroffenen möglichst frühzeitig und umfassend im Umgang mit ihrer Erkrankung zu unterstützen und potenzielle Beeinträchtigungen von Aktivität und Teilhabe zu reduzieren. Hierfür soll die Arbeitshilfe durch einen Überblick über die allgemeinen Grundsätze und Grundlagen von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe bei allergischen Hauterkrankungen Hilfestellung bieten. Die „Arbeitshilfe für die Rehabilitation von Menschen mit allergischen Hauterkrankungen“ wird voraussichtlich im Herbst 2012 fertiggestellt sein. ●

Aufbauschulung vertagt

„Rehabilitation und Teilhabe“ für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der SGB-II-Träger jetzt am 21.–23. November 2011 in Erkner

Die ursprünglich für Oktober im Bildungszentrum Erkner geplante Aufbauschulung zum Themenbereich Rehabilitation und Teilhabe wurde auf die Zeit vom 21.–23. November 2011 verlegt. Mit dem Schulungsangebot soll Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der zugelassenen kommunalen Träger und der Jobcenter der Landkreise und Kommunen die Möglichkeit gegeben werden, ihre Kenntnisse im Rehabilitations- und Teilhaberecht weiter zu vertiefen. Die Schulung richtet sich an alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer der BAR-Grundschulungen zum Thema sowie an alle, die bereits anderweitig über entsprechende Grundkenntnisse verfügen. Als Schulung für Praktiker soll das Seminar fit machen für die tägliche Arbeit. Aus diesem Grunde orientiert sie sich weitgehend an Fällen aus der Praxis, die die Teilnehmerinnen und Teilnehmer einbringen. Ein Schulungsteam aus Experten der Rehabilitations- und SGB II-Träger bereitet Fallbeispiele auf, die dann im Rahmen der Schulung bearbeitet und diskutiert werden. Weitere Informationen zum Programm sind unter www.bar-frankfurt.de abrufbar. Die Teilnehmergebühr für die Schulung beträgt 200,00 €, für Vollpension sind

zusätzlich 166,00 € zu zahlen. Anmelde-schluss ist der 28. Oktober 2011. Anmeldungen online oder an Kerstin Liewald, Tel.: 069/60 50 18 17, Fax: 069/60 50 18 28, E-Mail: kerstin.liewald@bar-frankfurt.de ●

Inklusion in der Bildung muss voranschreiten

42. Treffen der Beauftragten und der BAR

Am 5. und 6. September 2011 trafen sich die Landesbeauftragten für Menschen mit Behinderungen, der Beauftragte der Bundesregierung und Vertreter der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V. zu ihren turnusmäßigen Beratungen in Hamburg. Gastgeberin war Ingrid Körner, die neue Senatskoordinatorin für die Gleichstellung behinderter Menschen der Freien und Hansestadt Hamburg (► Abb. 6). Schwerpunkt der Gespräche, an der auch zeitweise der Hamburger Sozialsenator Detlef Scheele teilgenommen hat, war die inklusive Schulbildung. In verschiedenen Vorträgen erläuterten Fachleute die Herausforderungen bei der Implementierung von Inklusion in Schulen und beim Übergang Schule – Beruf. Die Beauftragten forderten die Kultusministerkonferenz auf, die Inklusion insbesondere im Schulunterricht stärker und schneller umzusetzen. Im Vorfeld dieser Positionierung hatten sich die Teilnehmer intensiv mit der Umsetzung der Inklusion in den Hamburger Bildungseinrichtungen beschäf-



Abb. 6 v. l.: Ingrid Körner, Senatskoordinatorin für die Gleichstellung behinderter Menschen, Hamburg; Bernd Petri, BAR; Antje Blumenthal, Vorgängerin von Ingrid Körner, Hamburg.



Abb. 7 Die Beauftragten bei ihren Beratungen.

tigt. Dabei wurde deutlich, dass in den vergangenen Jahren bereits wichtige Schritte in die richtige Richtung gegangen worden sind. Jedoch müsse in allen Bundesländern noch viel getan werden, um die Erfordernisse inklusiven Unterrichts flächendeckend umzusetzen.

Dies Ziel könne jedoch nur gemeinsam mit den betroffenen Eltern, Schülern wie auch Lehrern erreicht werden und nicht von Außen oder Oben verordnet werden, unterstrichen dabei die Konferenzteilnehmer abschließend (► **Abb. 7**).

Die Beauftragten der Länder für die Belange behinderter Menschen haben bei ihrem 42. Treffen außerdem einstimmig eine gemeinsame Stellungnahme zur beabsichtigten Änderung der Musterbauordnung (MBO) verabschiedet. Die Stellungnahme steht unter www.bar-frankfurt.de zur Verfügung. ●

Relaunch www.bar-frankfurt.de

Seit Mitte September ist die BAR mit einer neuen Website am Start. Mit nutzerfreundlicher Struktur und schnörkellosem Design möchten wir wichtige und interessante Informationen aus dem Bereich Reha und Teilhabe noch pointierter präsentieren. Wir werden die Site kontinuierlich weiterentwickeln. Schauen Sie es sich an, wir sind auf Ihre Reaktionen gespannt. ●

Impressum

Reha-Info zur Zeitschrift Die Rehabilitation, 50. Jahrgang, Heft 5, Oktober 2011

Die Reha-Info erscheint außerhalb des Verantwortungsbereichs der Herausgeber der Zeitschrift Die Rehabilitation.

Herausgeber: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V., Solmsstr. 18, 60486 Frankfurt am Main

Redaktion: Günter Thielgen (verantwortlich),

Bernd Giraud, Erich Lenk, Dr. Larissa Beck

Telefon: (069) 60 50 18-0, Telefax: (069) 60 50 18-28

E-Mail: info@bar-frankfurt.de

Internet: <http://www.bar-frankfurt.de>

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V. ist die gemeinsame Repräsentanz der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Bundesagentur für Arbeit, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, der gesetzlichen Krankenversicherung, des Spitzenverbandes der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, der Bundesländer, der Spitzenverbände der Sozialpartner, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Förderung und Koordinierung der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen.



© 2011 Georg Thieme Verlag KG, 70469 Stuttgart