



Freie und Hansestadt Hamburg
Behörde für Wissenschaft und Gesundheit

Beratungszentrum sehen-hören-bewegen-sprechen

Jahresbericht 2002/2003

Gesundheit!

Amt für Gesundheit und Verbraucherschutz
Fachabteilung Gesundheitsberichterstattung
und Gesundheitsförderung



BERATUNGSZENTRUM
sehen | hören | bewegen | sprechen



Jahresbericht 2002/2003

1. Einleitung	3
2. Beratungszentrum Sehen-Hören-Bewegen-Sprechen intern	4
2.1. Das Beratungszentrum Sehen-Hören-Bewegen-Sprechen im Kontext des Versorgungssystems für behinderte Menschen	4
2.2. Ergebnisse der Statistik	6
2.3. Geschäftsprozessoptimierungen in den Bereichen Sprechen und Hören.....	10
2.4. Konzept „Koordination Frühförderung“	11
3. Schwerpunktthemen.....	14
3.1. Veränderungen in den Angebotsstrukturen bei der Beratung behinderter Menschen	14
3.2. Gründung des Vereins „David + Goliat – Chancen für Menschen mit erworbenem Hirnschaden“	16
3.3. Kindertagesbetreuung für behinderte Kinder.....	18
3.4. Neugeborenenhörscreening im Beratungszentrum – Erfahrungen und Ergebnisse mit dem Nachscreening	19
3.5. Der dornige Weg zu einer Arbeitsassistenz	22
3.6. Umsetzung SGB IX – Probleme bei der Umsetzung Komplexleistung Frühförderung	26
4. Schlussbemerkung/Ausblick.....	28
5. Anhang	



1. Einleitung

Dieser Jahresbericht beschreibt unsere Arbeit in den Jahren 2002/2003. Dabei werden die Stärken des Beratungszentrums als auch die schwierigen Rahmenbedingungen sowie die Herausforderungen erkennbar.

Unsere Stärke ist, dass wir Grundsatzarbeit in Angelegenheiten behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen und Fallarbeit für den einzelnen Menschen leisten. Diese Arbeitsweise hat eine Doppelperspektive zur Konsequenz. Erfahrungen aus der täglichen Arbeit spiegeln die Realität der Lebensbedingungen behinderter Menschen wieder. Sie zeigen, in welcher Weise das Hilfesystem funktioniert oder - nicht funktioniert. So kann dieser Jahresbericht Facetten von dem zeigen, was das Hilfesystem im Spannungsfeld rechtlich programmatischer Willensbekundungen zugunsten der Gleichstellung von behinderten Menschen wie den Gleichstellungsgesetzen durch Bund und Länder, dem „Europäischen Jahr der Menschen mit Behinderungen 2003“ und den knappen öffentlichen Kassen leistet.

Im Berichtszeitraum 2002/2003 arbeiteten wir konzeptionell an einer Schwerpunktsetzung im Bereich Frühförderung. Durch die Schwerpunktsetzung innerhalb des Beratungszentrums und durch die Auflösung der Beratungsstelle Gesundheit wurde es möglich, den Arbeitsbereich Frühförderung im Beratungszentrum personell zu verstärken, so dass auf der Grundlage der Ergebnisse der Gesundheitsberichterstattung und dem Erfahrungswissen um die defizitären Strukturen in der Frühförderung in Hamburg die Grundlage für eine bereichsübergreifende Koordination Frühförderung im Beratungszentrum geschaffen werden konnte.

Im vorliegenden Jahresbericht 2002/2003 soll ein Überblick über die Arbeit der letzten beiden Jahre gegeben werden. Anlässlich der vermehrten Grundsatzdiskussionen um Strukturen des Hilfesystems werden die Rechtsgrundlagen und die Besonderheit des Beratungszentrums Sehen-Hören-Bewegen-Sprechen, das als „Hamburgensie“ in die Besonderheiten stadtstaatlicher Strukturen eingebettet ist, dargestellt.

Am Beispiel der Fallpuschale wird gezeigt, wie der staatliche Wille, Lebensbedingungen von behinderten Menschen durch eine größere Autonomie zu verbessern, aufgrund der bestehenden Bedingungen des Hilfesystems nur eingeschränkt zu besseren Lebensbedingungen führt (Kap.3.1.).

Ein zentraler Bereich, der uns immer wieder - und vor dem Hintergrund der Entwicklungen der letzten Jahre um das Kita-Gutscheinsystem umso mehr - beschäftigt,



ist die Versorgung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder in Sondereinrichtungen oder auf Integrationsplätzen im Kindertagesstättenbereich.

Seit mehreren Jahren beteiligen wir uns federführend durch die Landesärztin für Hörbehinderte an der sehr erfolgreichen Arbeit des Hamburger Arbeitskreises Neugeborenenhörscreening (HAHN), über dessen weitere Entwicklung hier berichtet werden soll. Schwerpunktarbeitsbereich ist auch die Schaffung passender Hilfestrukturen für Schädel-Hirnverletzte Menschen, denen wir uns, vertreten durch die Landesärztin für Körperbehinderte in den letzten Jahren gemeinsam mit Interessenvertreterinnen und Interessenvertretern dieser Gruppe verstärkt gewidmet haben (z.B. Kooperation mit dem Verein „David und Goliat“). Zuletzt wird noch ein Blick auf die Entwicklungen in der Frühförderung geworfen.

Zu unserer Arbeitsweise gehört es in Kooperation mit anderen Initiativen im Gesundheitswesen für gemeinsame Ziele zu arbeiten. Neben dem erwähnten Verein „David und Goliat“ waren z.B. die „Freunde Blinder und Sehbehinderter“, die (HAG) „Hamburger Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung“ (insbesondere die Arbeitsgruppe „Soziale Ungleichheit“) in den Jahren 2002/2003 unsere Partner.

Intern war für das Beratungszentrum von Bedeutung, dass zwei Kolleginnen in den Ruhestand bzw. in Altersteilzeit gingen. Frau Sziedat aus dem Geschäftszimmer und Frau Hühn aus der Textverarbeitung. Für Frau Nina Gust kam nach mehr als einjähriger Vakanz der Stelle Herr Andreas Hassek als leitender Sozialpädagoge im Februar 2003 in das Beratungszentrum. Für den Bereich Beratung Sehbehinderter gelang es, ab Juli 2003 die Stelle von Frau Nina Schweppe aus Mitteln des Schwerbehindertenprogramms aufzustocken (von 0,5 auf 0,75 Dipl. Soz.Päd.). Schließlich konnte eine Sozialpädagogenstelle zur Hälfte wiederbesetzt werden, um personelle Ressourcen für die Verstärkung der Frühförderung zu haben. Frau Heidi Otto (0,5 Dipl. Soz.päd.) kam im Dezember 2003 dazu und im Februar 2004 schließlich Herr Dr. Jens Jarke (0,75 Arzt) und Frau Ursula Endreß (Dipl. Psych.) von der Beratungsstelle Gesundheit.

2. Beratungszentrum Sehen-Hören-Bewegen-Sprechen intern

2.1. Das Beratungszentrum Sehen-Hören-Bewegen-Sprechen im Kontext des Versorgungssystems für behinderte Menschen

Das Beratungszentrum erbringt seine Leistungen auf der Grundlage des SGB IX § 62 „Landesärzte“ (ehemals § 126a BSHG). Hier wird die Wahrnehmung von



Grundsatzaufgaben der Landesärztinnen und Landesärzte für behinderte Menschen auf der ministeriellen Ebene geregelt, ebenso die Unterstützung bei Konzeptionen und Bedarfsermittlungen sowie die Erstellung von Gutachten für den Sozialhilfeträger.

§ 62 SGB IX sieht die Verknüpfung von durchführenden Aufgaben und ministeriellen Aufgaben vor (Abs.2).

Das Beratungszentrum Sehen-Hören-Bewegen-Sprechen ist als landesärztliche Dienststelle für die Belange von Menschen mit Behinderungen im Öffentlichen Gesundheitsdienst zuständig und nimmt die ministeriellen Aufgaben in diesem Bereich wahr.

In den Bereichen *Sehen Hören Sprechen* werden in der landesärztlichen Dienststelle insofern besonders schwierig gelagerte Einzelfälle begutachtet, als hierfür augenärztliche, HNO-ärztliche oder phoniatische Fachkompetenz benötigt wird, die durch die Landesärztin für Sehbehinderte, die Landesärztin für Hörbehinderte und die Landesärztin für Sprachbehinderte zentral für Hamburg im Beratungszentrum und nicht in den bezirklichen Gesundheitsämtern angesiedelt sind. Ebenso wird aus dem Bereich *Bewegen* die Landesärztin für Körperbehinderte mit den dortigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Arbeitsbereichs in besonders komplexen Fällen hinzugezogen. Darüber hinaus besteht traditionell eine hohe Kompetenz im Bereich *Bewegen* zu Fragen, die den stationären Bereich für körperbehinderte Menschen betreffen.

In der alltäglichen Beratung und Betreuung unserer Klientinnen und Klienten erleben wir, welche Hilfen wir den Betroffenen vermitteln können; aber wir erfahren auch von den Problemen, für die wir keine Lösungen anbieten können. Die Kenntnisse von Defiziten und Handlungsbedarfen im Hilfesystem erwachsen also aus der klientenorientierten operativen Tätigkeit. Die Verzahnung dieser Erfahrungsebenen mit der Wahrnehmung von Grundsatzaufgaben ist ein Qualitätsmerkmal der Tätigkeit des Beratungszentrums. Die hochspezialisierte multiprofessionelle Fachkompetenz ist sowohl für die Bewältigung ministerieller wie auch durchführender Aufgaben erforderlich.

Hamburg hat die Besonderheit seiner stadtstaatlichen Strukturen genutzt und auf der Basis der landesärztlichen Aufgabenzuweisung mit einem multiprofessionellen interdisziplinär arbeitenden Team (Ergotherapeutin, Physiotherapeutin, neurootologische Assistentin, Fächärztinnen, Psychologinnen, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagoge) dieses Beratungsangebot im Öffentlichen Gesundheitsdienst aufgebaut.



Nur mit dieser Verknüpfung können die notwendigen personellen Ressourcen für die Qualität der Beratung als auch für die erforderliche Qualität der Wahrnehmung der ministeriellen Aufgaben vorgehalten werden.

Mit den Landesärztinnen haben behinderte Menschen unmittelbar behördliche Ansprechpartnerinnen, also die Möglichkeit ihr Anliegen direkt an fachbehördliche Stellen heranzutragen, und gleichzeitig sind sie Spezialistinnen für die Belange der spezifischen Behinderungsarten im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Die Landesärztinnen und die Mitarbeiterinnen sowie Mitarbeiter in den jeweiligen Arbeitsbereichen bieten für die Betroffene und ihre Angehörigen Beratung in organisatorischer Unabhängigkeit zum Kostenträger an.

Das Beratungszentrum ist mit seinem integrierten zentralisierten Beratungsangebot für sinnes- und körperbehinderte Menschen ein Produkt stadtstaatlicher Strukturen und muss im Kontext hamburgischer Angebotsstrukturen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Mütterberatung, Elternschulen, bezirkliche Beratungsstellen für Körperbehinderte, jugendpsychiatrische Dienste) sowie den Angeboten freier Träger (Beratungszentrum für technische Hilfen, Iris (Institut für Rehabilitation und Integration Sehgeschädigter e.V.) u.a.) ebenso betrachtet werden, wie den fachbehördlichen ministeriellen Bedarfen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zum Themenbereich behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen. Das Beratungszentrum ist ein Baustein des Hilfesystems für behinderte Menschen in Hamburg. Die Bedeutung des Beratungszentrums muss immer im Kontext dieses Gesamtsystems betrachtet werden.

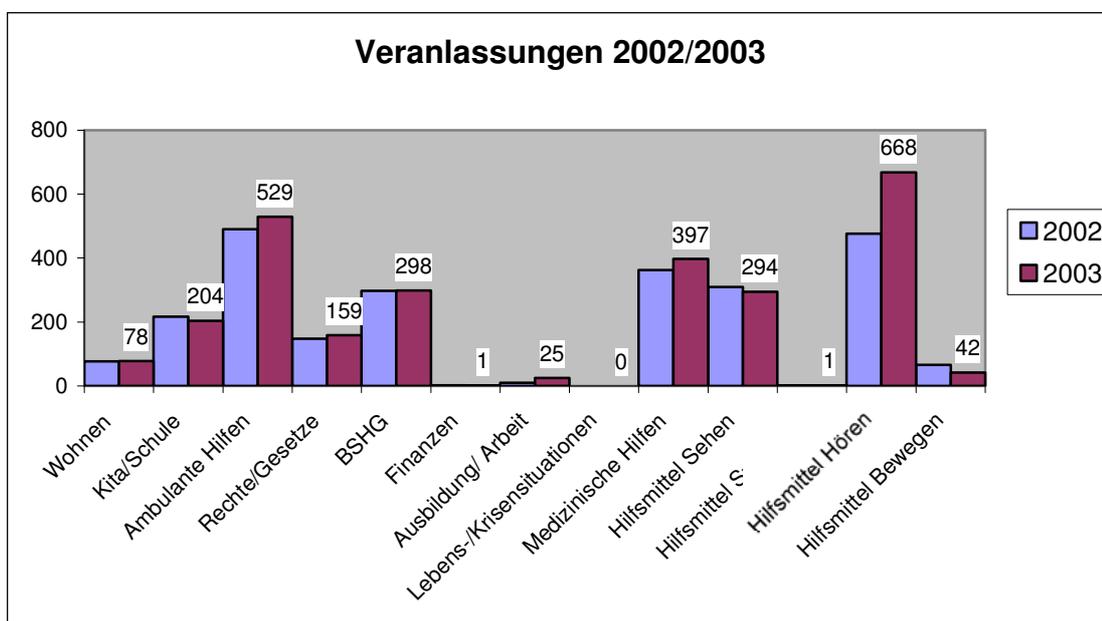
2.2. Ergebnisse der Statistik

Wir dokumentieren, auf welchem Weg Klientinnen und Klienten Kontakt zum Beratungszentrum bekommen und welche Leistungen sie erhalten. Ein Drittel aller Leistungen gehen auf gutachterlicher Anfragen zu Leistungen der Eingliederungshilfe und der Krankenhilfe durch den Sozialhilfeträger zurück. Zu 15% sind es die Familie oder Freunde und Partner behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen, die Leistungen initiieren. 16% unserer Leistungen gehen auf Initiativen von Kindertagestätte oder Schule zurück. Dabei geht es in der Regel um beobachtete Entwicklungsauffälligkeiten bei Kindern. Sie werden im Beratungszentrum mit der Fragestellung untersucht, ob eine Sondereinrichtung, ein Integrationsplatz oder ggf. sonstige medizinische oder heilpädagogische Hilfen erforderlich sind (Detailliert siehe Tab. 5 Anhang).



Im Beratungszentrum sind im Jahr 2002: 2455 und 2003: 2697 konkrete Leistungen für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen initiiert worden (Tab.1). Unter „Veranlassungen“ verbergen sich sehr unterschiedliche Hilfen. Wir bescheinigen und beschreiben den Bedarf für bestimmte Hilfen durch gutachterliche Stellungnahmen und Atteste für den Sozialhilfeträger oder auch das Amt für Kindertagesbetreuung, nachdem zuvor die notwendige Diagnostik oder anderweitige Prüfung des Falles erfolgt ist. Veranlassungen reichen so von der Versorgung mit einem Hörgerät (Hilfsmittel Hören), der Aufnahme eines Kindes in einer Sondereinrichtung (Kindertagesstätte/ Schule) oder auf einem Integrationsplatz bis zur stationären Aufnahme eines Erwachsenen in einer Einrichtung für behinderte Menschen (Wohnen) (Siehe auch Tab. 7. im Anhang).¹

Grafik 1

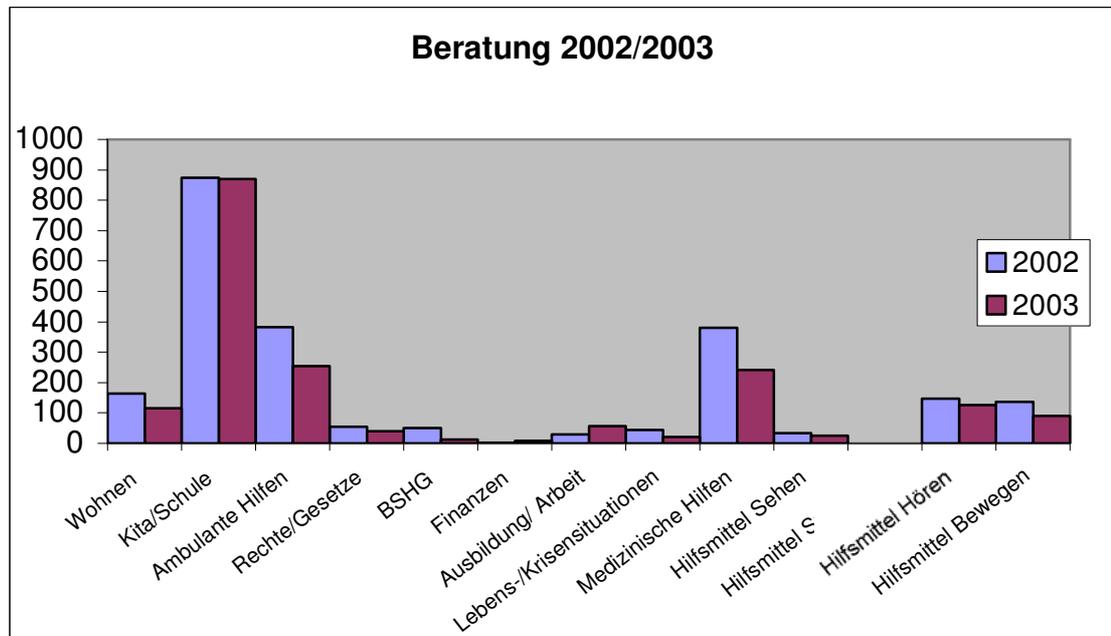


¹ Hinter den genannten Leistungen verbirgt sich beispielsweise folgendes:
Wohnen: behindertengerechter Wohnraum; Umbau, Wohngruppe, Wohnheim
Kita/ Schule: Bescheinigung nach §39 BSHG für Sondereinrichtungen
Ambulante Hilfen: Pflege, Assistenz, Familienentl. Dienste, Taxenpauschale
Recht/Gesetze: Veranl. zum Schwerbehindertengesetz, KJHG/SGB VIII, SGB XI, Betreuungsrecht u.s.w



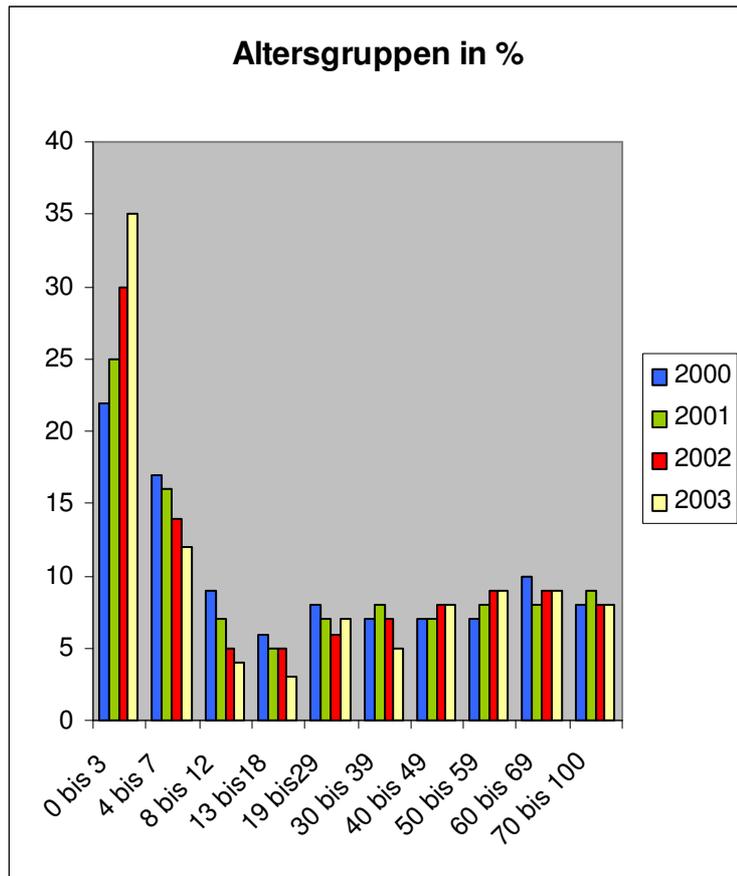
Die Beratungsgespräche gelten vor allem den Themen Kindertagesstätten und Schule (24,5% 2002 ; 40% 2003). Zu 11,6% (2002) und 13% (2004) sind Fragen zu medizinischen Hilfen das vorrangige Thema.

Grafik 2



Gemäß unserer Zielsetzung, die Frühförderung im Beratungszentrum zu stärken, ist es gelungen, insbesondere den Anteil der 0-3 Jährigen unter unseren Klientinnen und Klienten zu steigern. Dies ist auf das Neugeborenenennascreening im Rahmen des HAHN-Projektes zurückzuführen (siehe S. 23). Der Bereich Hören hat daher die Zahl seiner Klientinnen und Klienten unter einem Jahr verdreifacht (2002: 98; 2003: 306 Kinder).

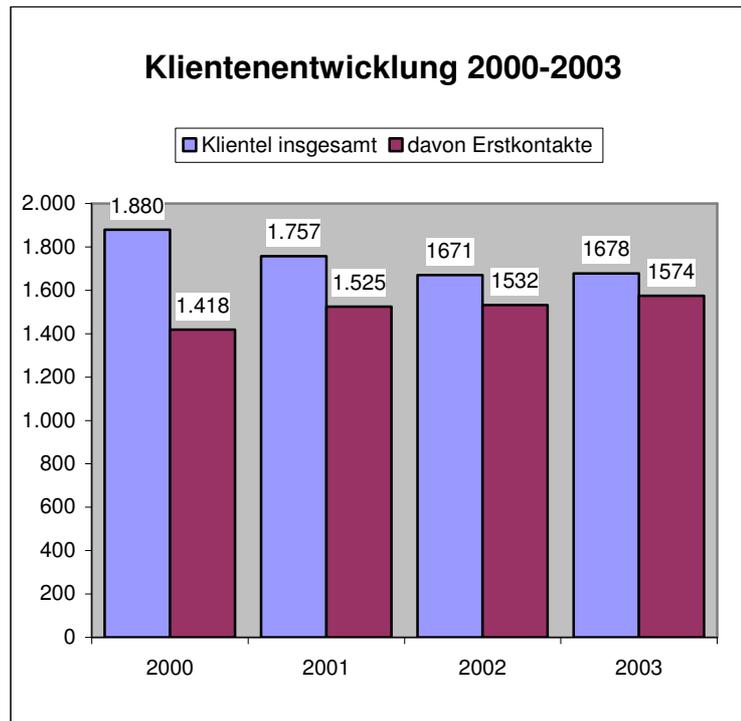
Grafik 3



Der Anteil der Erstkontakte in Relation zur Anzahl aller Klientinnen und Klienten hat sich in den letzten Jahren kontinuierlich erhöht.

Von 75% im Jahr 2000 auf 87% im Jahr 2001 auf 92% im Jahr 2002 und schließlich 94% im Jahr 2003. Dies weist darauf hin, dass die vielen personellen Vakanzen in diesen Jahren neben einer geringeren Klientenzahl auch zu einer geringeren Betreuungsintensität pro Klientin oder Klient geführt haben. Ein geringerer Anteil „begleitender“ Betreuung bedeutet gerade für diejenigen, die sich im Labyrinth des Hilfesystems nicht allein zurechtfinden, dass die für sie optimalen Lösungen u.U. erschwert zu realisieren sind.

Grafik 4



2.3. Geschäftsprozessoptimierungen in den Bereichen Sprechen und Hören

Die etwa 1.600 Klientinnen und Klienten des Beratungszentrums durchlaufen pro Jahr im Hause mehrere Stationen. Sie werden untersucht und beraten, sie werden teilweise mit Hilfsmitteln direkt versorgt; es werden stationäre Unterbringungen organisiert oder ambulante Wohnformen gefunden. Kontakte mit Sondereinrichtungen oder Kindertagesstätten mit Sonderplätzen werden gepflegt, Listen über vorhandene Plätze vervollständigen die Übersicht für die optimale Unterbringung der Kinder. Kolleginnen und Kollegen unterschiedlicher beruflicher Disziplinen befassen sich mit den Anliegen der Klientinnen und Klienten.

Im Bereich Hören war zum Beispiel im Regelfall bei der Versorgung mit einem Hörgerät die neuro-otologische Assistentin, die Hörgeräteakustikerin, die Sozialpädagogin und die Landesärztin gefragt. Hinzu kam die Terminvergabe im Geschäftszimmer, Einladungen, Leihverträge für Hörgeräte. Berichte, Gutachten und Untersuchungsberichte wurden in der Zentralen Textverarbeitung geschrieben.

Um die damit einhergehenden komplexen Abläufe zu optimieren, war die Unterstützung des Bereiches Organisation des Amtes für Gesundheit unerlässlich, damit die Verwaltungsvorgänge nachhaltig einfacher und effizienter gestaltet werden konnten. Zunächst wurde der Bereich Sprechen unter Einbeziehung von Arbeitsabläufen im Geschäftszimmer und in der Textverarbeitung bearbeitet. Alle Kolleginnen und Kol-



legen, die in irgendeiner Form an dem Arbeitsprozess beteiligt waren, haben an den Geschäftsprozessoptimierungssitzungen teilgenommen.

Untersucht und verbessert wurden die Vorgänge vom ersten Kontakt der Klientinnen und Klienten mit dem Beratungszentrum bis zur statistischen Auswertung des Vorgangs. Ein besonderes Augenmerk lag auf der systematischen Einbindung der EDV-gestützten Klientinnen- und Klientenverwaltung. Das nach acht Sitzungen erzielte Ergebnis wurde fünf Monate erprobt und nach dieser Evaluierung noch an kleineren Punkten modifiziert. Abschlussbilanz war im November 2002. Probleme in der Ablauforganisation konnten beseitigt werden, so dass es eindeutig zu einem reibungsloseren Ablauf gekommen war.

Die guten Erfahrungen mit dem Projekt Sprache haben uns veranlasst, für den Bereich Hören ebenfalls eine Geschäftsoptimierung durchzuführen. Diese hatte aufgrund der geringeren Komplexität der Arbeitsabläufe, der bereits erfolgten Vorarbeiten für die zentralen Bereiche Geschäftszimmer und Textverarbeitung sowie der geringeren Zahl der Beteiligten einen kleineren Umfang. Aufgrund von Veränderungen des Aufgabenfeldes durch den Wegfall der Krankenhilfeleistungen nach §37 BSHG, die auf der Basis des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes umgehend ab 2004 umgesetzt werden müssen, war es hier erforderlich, innerhalb des Geschäftsoptimierungsprozesses Modifikationen vorzunehmen, um ihn zu einem erfolgreichen Ende zu führen.

2.4. Konzept „Koordination Frühförderung“

Für das Beratungszentrum sind unzulängliche Strukturen in der Frühförderung in Hamburg, insbesondere auch in Relation zu anderen Bundesländern seit mehr als zehn Jahren immer wieder Erörterungsgegenstand gewesen. Unsere Beobachtungen und Erfahrungen sind inzwischen durch die Gesundheitsberichterstattung auch empirisch belegt worden. Gerade sozial-benachteiligte Kinder werden in Hamburg unzureichend von frühfördernden Maßnahmen erreicht.

Das Amt für Gesundheit und Verbraucherschutz machte den Themenbereich Frühförderung seit 2002 zu einem zentralen Thema.

Frühkindliche Entwicklungsprobleme sind für die weitere Gesundheitsentwicklung maßgeblich prägend. Der zweite Hamburger Gesundheitsbericht, die Stadtdiagnose 2 aus dem Jahr 2001 zeigt, dass in sozial schlechter gestellten Wohnregionen frühkindliche Entwicklungsstörungen und Krankheiten signifikant häufiger auftreten als



in sozial besser gestellten Wohngebieten und die Angebote zur Gewährleistung einer gesundheitsfördernden und gesundheitserhaltenden Entwicklung von Kindern oft zu spät wahrgenommen werden, weil die Möglichkeiten zur Früherkennung und Frühförderung nicht in allen hamburgischen Bevölkerungsgruppen gleichermaßen bekannt sind. Beispiele dafür sind die Vorsorge- und Früherkennungsangebote (z.B. Impfungen, Kinderfrüherkennungsuntersuchungen U1 bis U9, Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen, etc.), die von sozial schlechter gestellten Bevölkerungsgruppen weniger häufig wahrgenommen werden.

Je früher Entwicklungsprobleme eines Kindes erkannt und bearbeitet werden, desto größer ist die Chance, schwerwiegende gesundheitliche Folgen und Behinderungen zu verringern oder zu verhindern.

Deshalb

- muss eine vernetzte, qualitätssicherungsgestützte, bedarfsorientierte Infrastruktur gestärkt und weiterentwickelt werden, um die Gesundheit von Kindern (insbesondere aus benachteiligten Familien) bis zum Schuleintritt zu fördern,
- müssen Informationen über Frühförderung systematisch v.a. über Multiplikatoren gegeben werden, damit die Angebote von der Zielgruppe genutzt werden können.

In Hamburg fehlte eine zentrale Koordinationsstelle zur Frühförderung, ebenso fehlt es zur Zeit an hamburgbezogenen umfassenden Informationsmaterialien für betroffene Eltern.²

Tagungsergebnisse, die das Ziel einer besseren Vernetzung der in der Frühförderung arbeitenden Institutionen und Akteure sowie die Verfolgung des Konzepts der „Runden Tische“ zum Inhalt hatten, führten in vereinzelt Stadtteilen mit zum Aufbau von Netzwerken. Dies ist eine sehr positive Entwicklung in einzelnen Quartieren, die auf das persönliche Engagement Einzelner zurückzuführen ist. Für den nachhaltigen, regional übergreifenden Aufbau vernetzter Strukturen fehlt ein Ort, an dem dieses langfristig verantwortlich koordiniert wird. Ebenso fehlt es an Initiatorinnen und Initiatoren für die Stadtteile, in denen keine Akteurinnen und Akteure die Bildung von Vernetzungen in der Frühförderung vorantreiben.

Mit der Schaffung der Komplexleistung Frühförderung durch das SGB IX zeigt auch der Bund, dass eine Stärkung der Frühförderung gewünscht ist (Kap 3.7.).

² vgl.: „Qualitätsstandards zur Verminderung gesundheitlicher Auswirkungen sozialer Benachteiligung bei Kindern“. GMK-Entscheidung 2000



An der „Neuformierung“ von Frühförderangeboten muss der ÖGD insbesondere hinsichtlich Qualitätsstandards und regionaler Verteilung von Versorgungsstrukturen mitwirken, da hier zentrale gesetzliche Ziele des ÖGD berührt sind.

Grundsätzlich ist Ziel des ÖGD, dass frühförderungsbedürftige Kinder unabhängig von ihrem Wohnort und von der sozialen Lage ihrer Eltern die notwendige Förderung erhalten können. Interesse der Gesundheitsförderung ist darüber hinausgehend, dass in der Frühförderung

- Qualitätsstandards eingehalten werden,
- ausreichend Angebote vorhanden sind,
- Angebote entsprechend regionaler Bedarfe verteilt sind.

Dazu wird das Beratungszentrum Sehen-Hören-Bewegen-Sprechen:

- a) Eine verstärkte **Kooperation der Gesundheitsförderung mit Krankenkassen und Sozialleistungsträger** als Kostenträger der Komplexleistung Frühförderung mit dem Ziel fördern, Angebotsstrukturen in Hamburg zu entwickeln (auch aufsuchende mobile Frühförderung), die neben den von der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (BAR) empfohlenen Qualitätsstandards in der Frühförderung auch regionalen und damit soziostrukturellen Aspekten Rechnung tragen.
- b) Über **Öffentlichkeitsarbeit** Eltern direkt oder über Multiplikatoren zu vorhandenen Angeboten systematisch informieren und damit Barrieren zu deren Nutzung abbauen.
- c) Im Rahmen von Netzwerkarbeit die Arbeit der Institutionen, die mit frühförderbedürftigen Kindern und frühen Hilfen befasst sind, unterstützen. Es wird den Aufbau von Netzwerken zum Anbieten der Komplexleistung Frühförderung in bedürftigen Wohnquartiere sowie „Runde Tische“ fördern.
- d) Mit aufsuchender Arbeit Kinder mit entsprechenden Förderungsbedarfen identifizieren (screenings).
- e) Jene Eltern, die Unterstützung und Begleitung brauchen, die vorhandenen Angebote für ihre Kinder wahrzunehmen, beraten und betreuen.

Das Beratungszentrum wird daher im Bereich Frühförderung auf mehreren Handlungsebenen arbeiten: Konkrete Erfahrungen mit dem Frühfördersystem gehen unmittelbar in die Grundsatzarbeit ein. Das Beratungszentrum ist sowohl durchführend klientenbezogen, als auch in Grundsatz- und Strukturfragen mit der Frühförderung befasst.



Aus der Perspektive der Klientinnen und Klienten bedeutet die umfassende Kenntnis des Hilfesystems im Beratungszentrum, dass nicht nur vor dem Hintergrund einer interdisziplinären Frühförderung bei entsprechenden Trägern oder sozialpädiatrischer Zentren beraten werden kann, sondern dass die Fördermöglichkeiten z.B. im Kontext von Sondereinrichtungen und –plätzen in Kindertageseinrichtungen, späterer schulischer Angebote einschließlich der ggf. erforderlichen sozialen Unterstützung für die Familie beurteilt werden können.

Mit der Schwerpunktsetzung im Bereich Frühförderung kommt das Beratungszentrum einem auf regionalen und überregionalen Ebenen und unterschiedlichen gesundheits- und sozialpolitischen Ebenen artikulierten Wunsch nach.

Die Ansiedlung dieses Themenbereichs beim Beratungszentrum sichert ein hohes Maß an Effizienz und Effektivität, da

- vorhandene Erfahrung und multiprofessionelle Kompetenz genutzt werden können,
- das Beratungszentrum mit seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bereits in Diskussionsprozesse involviert ist und dementsprechend als Akteur im fachlichen Umfeld bekannt und anerkannt ist,
- die Verzahnung operativer Aufgaben mit der Grundsatzarbeit zum Erwerb umfassender Kenntnisse und differenzierter Erfahrungsebenen führt,
- das gesundheitspolitische Ziel der Prävention verstärkt wird,
- das Beratungszentrum neutral ist und keine eigenen ökonomischen Interessen hat.

3. Schwerpunktthemen

3.1. Veränderungen in den Angebotsstrukturen bei der Beratung behinderter Menschen

Wichtigste Anlauf- und Beratungsstellen in öffentlicher Hand für Menschen mit Körperbehinderung sind die Beratungsstellen für Körperbehinderte in den bezirklichen Gesundheitsämtern, die im Gegensatz zum Beratungszentrum mit regionalem Bezug arbeiten.

Die Beratungsstellen arbeiten auf der Grundlage der Globalrichtlinie über die Beratungsstellen für Körperbehinderte aus dem Jahr 2001³. Neben der Beratung sind die Beratungsstellen in vielfältiger Weise gutachterlich für die Grundsicherungs- und Sozialämter tätig. Unter Federführung des Beratungszentrums findet mit dem Be-

³ Globalrichtlinie zu § 126 BSHG Beratungsstellen für Körperbehinderte in den Gesundheits- und Umweltämtern (06/01). Senatsbeschluss vom 8.5.2001.



reich Bewegten ein regelmäßiger fachlicher Austausch im Rahmen von Fachbesprechungen statt.

Das Angebot der bezirklichen Beratungsstellen für Körperbehinderte zeichnet sich bisher durch eine gute Erreichbarkeit aus, dazu gehört insbesondere die Möglichkeit auch Hausbesuche anzubieten. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verfügen über umfassende Kenntnisse der in Hamburg angebotenen Dienstleistungen und Unterstützungsmöglichkeiten für Menschen mit Behinderung. Darüber hinaus findet eine enge Zusammenarbeit mit anderen behördlichen Dienststellen, u. a. insbesondere mit den bezirklichen Grund- und Sozialämtern, der Altenhilfe sowie den an der Vergabe behindertengerechter Wohnungen beteiligten Ämtern statt.

Die Beratungsstellen für Körperbehinderte werden sich zukünftig verstärkt zwei Herausforderungen stellen müssen, die eine vermehrte Nachfrage des Angebots der Beratungsstellen erwarten lassen. Zum einen wird der Anteil älterer Menschen mittelfristig deutlich ansteigen⁴. Älterwerden geht oft einher mit Behinderung. Menschen in dieser Lebensphase benötigen daher in zunehmenden Maße, psychosoziale, rehabilitative und pflegerische Unterstützung. Bisher schon gehört ein großer Prozentsatz, der durch die Beratungsstellen für Körperbehinderte unterstützen Menschen zum Personenkreis der über 60jährigen, mit erst im Alter erworbenen Behinderungen. Es steht zu erwarten, dass sich dieser Personenkreis, oftmals alleinstehend ohne familiäre Unterstützungsmöglichkeiten, mittelfristig weiter vergrößern wird. Zusätzlich wird die Zahl der Menschen mit Behinderung in Deutschland ebenfalls deutlich ansteigen, da hier insbesondere die Zahl der Älteren auch durch eine höhere Lebenserwartung wächst. Gleichzeitig hatte die Ermordung behinderter Menschen im nationalsozialistischen Deutschland die Konsequenz, dass die Zahl älterer behinderter Menschen lange Zeit relativ gering war.

Ausgehend von den aktuellen Schülerzahlen der Sonderschulen, erwarten die überörtlichen Sozialhilfeträger, dass 2007 190.000 Menschen mit Behinderung in einer vollstationären Einrichtung leben. Zum Vergleich: 2002 betrug diese Zahl 162.000, dies würde eine Steigerung von mehr als 17% bedeuten. Ein noch stärkerer Anstieg wird bei der Zahl der Menschen mit Behinderung erwartet, die ambulante Wohnformen in Verbindung mit Angeboten der Eingliederungshilfe in Anspruch nehmen. Ausgehend von 40.000 Menschen die 2002 ein solches Angebot nutzen, wird für 2007 ein Steigerung um 35% auf 54.000 Nutzerinnen und Nutzer errechnet. Insgesamt steigen die Gesamtfallzahlen (stationär und ambulant addiert) somit von 202.000 auf 244.000. Dies entspricht einer Steigerung von 21% innerhalb von 5

⁴ Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung: Bevölkerung- Fakten- Trends – Ursachen – Erwartungen 2000.



Jahren. Vor diesem Hintergrund und da davon ausgegangen wird, dass ambulante Wohnformen im Durchschnitt kostengünstiger zu realisieren sind als stationäre Angebote wird vom überörtlichen Sozialhilfeträger daher der Ausbau ambulanter Wohn- und Unterstützungsformen gefordert, um den Übergang aus einer vollstationären Einrichtung in eine ambulante Wohnform zu erleichtern⁵.

Mit der Einführung des trägerübergreifenden persönlichen Budgets soll die Selbstbestimmung und Eigenverantwortung von Menschen mit Behinderung gestärkt werden. Gleichzeitig soll damit und mit ambulanten Wohnformen, die mit der Steigerung der Fallzahlen unvermeidlich verbundene Kostensteigerung im Bereich der Eingliederungshilfe zumindest gedämpft werden.

Für die Beratungsstellen für Körperbehinderte bedeutet dies in jedem Fall eine verstärkte Inanspruchnahme. In Bezug auf das persönliche Budget wird erwartet, dass vermehrt die Servicestellen nach dem SGB IX die Beratung und Unterstützung übernehmen.

3.2. Gründung des Vereins „ David + Goliat – Chancen für Menschen mit erworbenem Hirnschaden „

In den zurückliegenden Jahren zeigte sich in der Arbeit der Landesärztin für Körperbehinderte genauso wie bei den verschiedenen Trägern der Eingliederungshilfe in Hamburg aufgrund einer höheren Überlebensrate durch verbesserte medizinische Leistungen eine stete Zunahme von Personen mit einem erworbenen Hirnschaden aufgrund von Schädelhirntrauma, Hirnblutung, Herzstillstand oder Schlaganfall.

Die Auswirkungen eines solchen Ereignisses auf das weitere Leben der Betroffenen sind weitreichend.

Persönliche Folgen: Gedächtnisprobleme, Konzentrationsschwierigkeiten, Orientierungsprobleme, Planungs- und Handlungsstörungen, Persönlichkeitsveränderungen, Verlust von Fähigkeiten.

Soziale Folgen: Überforderung der Angehörigen mit der Betreuung und Einweisung in ungeeignete Einrichtungen, sinnentleertes Leben, Verlust des Berufes, Verlust des sozialen Umfeldes, unzureichender Wiedererwerb von Selbständigkeit, finanzielle Probleme.

Auf Initiative der Selbsthilfegruppe Schädelhirntrauma unter Federführung eines betroffenen Vaters und KiSS Hamburg, begannen sich alle Beteiligten regelmäßig zu

⁵ Umfrage der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS) von 2002, zitiert nach: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge;NDV, April 2003, S. 122.



treffen, über die Langzeitversorgung von Menschen mit erworbenem Hirnschaden auszutauschen und Ideen zu entwickeln. Die Landesärztin für Körperbehinderte aus dem Beratungszentrum Sehen-Hören-Bewegen-Sprechen hat von Beginn an daran aktiv mitgewirkt, die Initiativen zu unterstützen, da sich in der Praxis gezeigt hatte, wie schwierig eine passende langfristige rehabilitative Versorgung und Unterbringung dieser Personengruppe zu realisieren ist.

Aus diesem losen Zusammenschluss ging im Februar 2003 die Gründung des Vereins „David und Goliath e.V.“ hervor. Die Gründungsmitglieder, darunter die zuständige Landesärztin, beschäftigen sich bereits beruflich als Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Theologinnen und Theologen, Ärztinnen und Ärzte, Psychologinnen und Psychologen etc. mit dem Thema oder sind betroffene Angehörige.

Der Verein hat das Ziel, die Interessen und Belange von Menschen mit erworbenen Hirnschäden nach außen zu vertreten. Um dieses zu erreichen, will der Verein vielfältige Initiativen zum Thema entwickeln.

Dazu zählen Informationsstände auf Fachmessen und Fortbildungsangebote für Fachleute, Informationsveranstaltungen für Angehörige, Betroffene und andere Interessierte.

Darüber hinaus sollen bestehende und zukünftige Initiativen für Menschen mit erworbenen Hirnschäden vernetzt und aktuelle Veröffentlichungen, Konzepte von Rehaeinrichtungen etc. in einer interaktiven Internet-Datenbank zusammengefasst und ständig aktualisiert werden.

Eine direkte Beratung von Betroffenen und ihren Angehörigen zu den anstehenden Problemen ist nicht vorgesehen, dem Personenkreis werden aber auf Anfrage Beratungsadressen vermittelt (in Hamburg gehört das Beratungszentrum Sehen-Hören-Bewegen-Sprechen zu den entsprechenden Adressen).

Der Verein verfolgt ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige Zwecke. Er hat zur Zeit ca. 20 Mitglieder und steht noch am Anfang seiner Arbeit. Auf den Rehamessen in Karlsruhe und Düsseldorf wurde er der Öffentlichkeit vorgestellt.

Inzwischen sind auch neben einem Flyer Informationen im Internet unter www.davidundgoliath.org verfügbar.

Im Dezember 2003 hat sich der Verein um ein Start-social-Stipendium (Förderinitiative der Bundesregierung gemeinsam mit der Unternehmensberatung McKinsey für soziale Projekte) beworben.



Ziele des Vereins für 2004 sind neben der Teilnahme bei Start-social und an der Messe Rehacare in Düsseldorf, die Weiterentwicklung der Website, Schaffung eines Geschäftsraumes und Beginn der Planung einer Tagung in Kooperation mit anderen Institutionen zum Thema.

3.3. Kindertagesbetreuung für behinderte Kinder

Nach der Globalrichtlinie „Kindertagesbetreuung“ hier §3 Abs. 3.11B; 3.1.3 + 3.3.1 „Prioritätenliste der Bewilligung der Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen“ hat ein Kind mit Entwicklungsverzögerungen, drohender Behinderung, besonderem Sprachförderbedarf, besonderem Förderungsumfang bei sozial bedingter und pädagogischer Bedarfslage die Möglichkeit einen Sechs - bzw. Achtstundenplatz zu erhalten. Dies führte im Bereich Sprechen im letzten Jahr zu Anfragen zur Begutachtung einer erhöhten Stundenbetreuung. Da für eine qualifizierte Stellungnahme eine eingehende Untersuchung Voraussetzung ist, sind damit auch zusätzliche Anforderungen auf das Beratungszentrum zugekommen.

In diesem Zusammenhang zeigen sich Hürden die verhindern, dass Kinder aus sozialbenachteiligten Familien gleiche Chancen auf Förderung und Bildung erhalten. Insbesondere sozialschwache Familien mit erhöhtem Betreuungsbedarf fanden für ihre Kinder kaum den Weg ins Beratungszentrum bzw. meldeten sich erst nach der Abstufung der Betreuungszeit von sechs bzw. acht Stunden pro Tag auf vier Stunden pro Tag. Aufgrund von Wartezeiten auf einen Untersuchungstermin konnte die Untersuchung dann häufig erst nach drei bis vier Monaten erfolgen, so dass die Kinder in der Zwischenzeit nicht adäquat gefördert werden konnten. Hier muss auf der Grundlage der o.g. Globalrichtlinie gerade im Interesse dieser Kinder nach schnelleren Lösungen gesucht werden.

Durch den Abbau der Sondergruppen und –einrichtungen und der Schaffung einer Vielzahl von Intergrationsgruppen verteilt über die Stadt wird es für das Beratungszentrum zudem immer schwieriger adäquate Beratung durchzuführen, da der Kontakt zu dieser hohen Anzahl der Einrichtungen nicht gehalten werden kann, und uns von daher beratungsrelevante Informationen fehlen. Anfragen bzgl. freier Plätze,



Befürwortung eines erhöhten Betreuungsbedarfes, Gewährung von Fahrdiensten und Zuständigkeiten können nur noch eingeschränkt beantwortet werden.

3.4. Neugeborenenhörscreening im Beratungszentrum – Erfahrungen und Ergebnisse mit dem Nachscreening

In der Freien und Hansestadt Hamburg wurde im Januar 2002 ein Neugeborenenhörscreening flächendeckend eingeführt. Dieses Hörscreening wurde durch den eingetragenen Verein HAHN (Hamburger Arbeitskreis für Hörscreening bei Neugeborenen) konzeptionell entwickelt, durchgeführt und auch noch jetzt ständig begleitet.

Das Hörscreening bei Neugeborenen ist ein bedeutsames Projekt der Gesundheitsförderung, weil damit frühzeitig die häufigste angeborene Erkrankung von Kindern diagnostiziert werden kann. Je früher eine entsprechende Rehabilitation, Versorgung mit Hörgeräten oder mit einem Cochlea Implantat erfolgt, um so größer sind die Chancen einer normalen Hör- und Sprachentwicklung sowie einer normalen kognitiven, sozialen und emotionalen Entwicklung der Kinder.

In Deutschland kommen jährlich rd. 1.000 bis 1.800 Kinder mit einer angeborenen Hörstörung zur Welt. Mögliche Ursachen sind Vererbung, Infektionen während der Schwangerschaft oder auch Komplikationen unter der Geburt. Taubheit oder Schwerhörigkeit sind eine der häufigsten Behinderungen bei Babys und bleiben trotzdem bei der Vorsorgeuntersuchung beim Kinderarzt häufig unbemerkt. Hörstörungen werden bei Kindern im Bundesdurchschnitt häufig erst im zweiten oder dritten Lebensjahr erfasst und erst dann einer gezielten Therapie zugeführt. Die Auswirkungen dieser späten Diagnose sind folgenschwer.

Durch ein universelles Neugeborenenhörscreening werden Hörschädigungen nahezu ausnahmslos rechtzeitig erkannt, so dass die Kinder noch innerhalb des ersten halben Lebensjahres mit Hörgeräten versorgt werden und eine frühe Sprachförderung erhalten. Der HAHN, dessen Gründungsmitglied die Landesärztin für Hörbehinderte, Frau Dr. Gollnast, ist, setzt sich aus Phoniatern/ Phoniaterinnen, HNO-Ärzten/HNO-Ärztinnen, Geburtshelfern/Geburtshelferinnen, Neonatologen/Neonatologinnen und Kinderärzten/Kinderärztinnen zusammen, die interdisziplinär arbeiten mit dem Ziel einer vollständigen Erfassung aller Neugeborenen in Hamburg.



Das Beratungszentrum Sehen-Hören-Bewegen-Sprechen nimmt mit dem Bereich Hören im Rahmen dieser Früherkennung am sogenannten Nachscreening teil. Nachscreening für Neugeborene oder Säuglinge bedeutet, es wird getestet, weil entweder ein Screening in der Geburtsklinik nicht durchgeführt werden konnte oder ein auffälliges Ergebnis beim Hörscreening ermittelt wurde.

Das Beratungszentrum ist technisch und räumlich so ausgestattet, dass wir den Eltern einen einzelnen abgeschlossenen schallisolierten Raum mit einer gepolsterten Liege und den entsprechenden Hörtestgeräten bieten können. Es ist möglich, dass beide Eltern evtl. auch ein Geschwisterkind bei der Untersuchung dabei sein können.

Im Rahmen der Organisation des Neugeborenenhörscreening hat auch das Beratungszentrum die gleiche technische Ausstattung wie alle anderen Geburtskliniken in Hamburg erhalten. Die erste Stufe des Hörscreenings wird mit einem Screeninggerät, was die otoakustischen Emissionen (OAE) erfasst, durchgeführt. Sollte hier ein auffälliges (keine Antwort) Ergebnis ermittelt werden, so kann in der zweiten Stufe des Screenings eine Kontrolle mit dem Gerät ALGO erfolgen. Das ALGO ist ein Gerät, das automatisch die frühen akustischen evozierten Hirnstammpotenziale erfasst.

Die 1. Stufe des Screenings (OAE-Messung) ist innerhalb weniger Minuten abgeschlossen, die 2. Stufe des Hörscreenings (ALGO) ist bei optimalen Bedingungen in etwa 20 Minuten abgeschlossen. Die Ergebnisse werden dokumentiert und außerdem im gelben Vorsorgeheft des Kindes eingetragen.

Sollte im Nachscreening ein bds. normales Hörvermögen ermittelt werden, ist die Hördiagnostik damit abgeschlossen. Wird im Nachscreening ein einseitiger oder bds. auffälliger Hörbefund registriert, wird mit den Eltern das weitere Vorgehen besprochen. Es ist notwendig, dass eine ausführliche objektive Hördiagnostik entweder in der dafür zuständigen Abteilung des Universitäts-Krankenhauses Eppendorf oder des Werner-Otto-Instituts erfolgt. Die Eltern erhalten wiederum Adressen und Telefonnummer und machen selbst einen Termin aus, falls sie dazu nicht in der Lage sind, sind wir gern behilflich und übernehmen diese Aufgabe.

Im Jahr 2002, dem Einführungsjahr des Neugeborenenhörscreenings, fanden im Beratungszentrum Abt. HÖREN 35 sog. Hörscreenings und 57 sog. Nachscreenings



statt. Von den gescreenten Kindern zeigte 1 Kind ein einseitiges auffälliges Ergebnis.

Stellten sich im Jahre 2002 hier noch 92 Kinder zum Hörscreening vor, so erhöhte sich die Zahl im Jahre 2003 auf 216. Von diesen 216 Kindern waren 126 zum Erstscreening (z.B. Hausgeburten) hier und 90 Kinder zum Nachscreening. Wir ermittelten im vergangenen Jahr 5 Kinder mit bds. auffälligem Hörbefund und zwei Kinder mit einseitig auffälligem Hörbefund.

Um der gesteigerten Nachfrage beim Neugeborenenhörscreening nachzukommen, reichte es nicht aus, dieses nur viermal pro Woche vormittags durch die Audiometristin anzubieten; es werden nun auch noch Termine nachmittags von der Landesärztin für Hörbehinderte angeboten.

Wir bieten im Beratungszentrum eine hohe Qualität an, da qualifiziertes Fachpersonal die Tests durchführt und entsprechend kompetent beraten kann.

In der Gesamtauswertung des Hamburger Neugeborenenhörscreenings durch den HAHN konnte Ende Dezember 2003 festgestellt werden, dass das Erstscreening und das Nachscreening sehr gut organisiert sind und man für das Jahr nach der Einführung der Methode hervorragende Ergebnisse erreicht hat. So wurden etwa 95 % aller im Screeningprojekt erfassten Neugeborenen primär in den Geburtskliniken gescreent. Erfreulich ist auch die mit 3,5 % geringe Rate an auffälligen Untersuchungen im Erstscreening. Hierdurch wird eine unnötige Verunsicherung der Eltern und ein hoher Aufwand beim Nachscreening vermieden.

Entscheidend für den Erfolg des Gesamtprojektes ist die Zahl der früherkannten und behandelten Kindern mit angeborenen Hörstörungen. Eine Bestätigung für das Hörscreeningprojekt ist auch die Verleihung des renommierten Hufelandpreises für Präventivmedizin an Herrn Prof. Hess vom UKE und Dr. Wiesner vom WOI stellvertr. für den Hamburger Arbeitskreis für Neugeborenenhörscreening. Der Hufelandpreis 2003 der Deutschen Ärzteversicherung zur Förderung der Präventivmedizin wurde am 4. März 2004 im Kölner Gürzenich in Anwesenheit der Bundesgesundheitsministerin überreicht. Die Mitglieder des HAHN-Projektes sind sehr stolz darauf und freuen sich so, eine bundesweite Anerkennung erfahren zu haben.

Auch im Jahr 2004 wird das Beratungszentrum mit hoher Motivation und Kompetenz am Nachscreening innerhalb des Hörscreening-Projektes teilnehmen. Unser großes



Ziel ist es, auch im Rahmen des Gesamtprojektes im nächsten Jahr durch organisatorische Veränderungen eine Verbesserung der Erfassung von den Kindern zu erreichen.

3.5. Der dornige Weg zu einer Arbeitsassistenz⁶

Seit Oktober 2000 gibt es für Menschen mit Behinderung einen Rechtsanspruch auf Arbeitsassistenz. Jeder Person, die die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt, ist damit ein Recht auf regelmäßige, notwendige Unterstützung am Arbeitsplatz garantiert. Damit sind - jedenfalls prinzipiell - für Schwerbehinderte auch solche Arbeitsplätze zugänglich geworden, die ihrer Qualifizierung entsprechen, aber bisher wegen fehlender regelmäßiger Unterstützung nicht wahrgenommen werden konnten.

So lange keine einschlägige Rechtsverordnung für das SGB IX vorliegt, orientieren sich die für die Abwicklung primär zuständigen Integrationsämter noch an den vorläufigen Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BHI). Unterschiedliche Auslegungen des Gesetzestextes, vor allem in den einzelnen Bundesländern sind die Folge.

Insbesondere bei der Gewährung von Arbeitsassistenz für Menschen mit lern- oder geistiger sowie schwerer Mehrfachbehinderung, sowie für den Personenkreis mit psychischen Erkrankungen hat es Schwierigkeiten im Bewilligungsverfahren gegeben.

Das Art und Weise, wie eine Assistenz eingesetzt werden kann und das Antragsverfahren sind vielfältig und komplex. Es setzt die Befähigung zum Umgang mit administrativen Strukturen ebenso voraus, wie die Befähigung sich in die vielfältigen Regelungen zur Arbeitsassistenz einzuarbeiten.

Beantragt werden muss zunächst die voraussichtliche Zahl der benötigten Arbeitsstunden der Assistenzkraft. In aller Regel wird nicht mehr als die Hälfte der Arbeitszeit des Antragstellers bewilligt, was aus dem Gesetz jedoch nicht zwingend hervorgeht. Es sollte ein Stundenlohn festgesetzt werden, der bei qualifizierteren Tätigkeiten des Antragstellers bei BAT VIb liegen sollte. Lohnkosten werden zumeist problemlos bewilligt, darüber hinaus gehende Kosten werden jedoch nur selten ohne detaillierte Begründungen übernommen. Eine Arbeitsplatzbeschreibung des An-

⁶ Dies ist der Beitrag einer Mitarbeiterin des Beratungszentrums, die für ihre Arbeit eine Assistenz benötigt. Persönliche Erfahrungen mit eigener Behinderung fließen hier in die Beratungsarbeit ein.



tragstellers ist erforderlich, nach der Art und Umfang des Assistenzbedarfes festgelegt werden.

Stets ist darauf zu achten, dass nur Tätigkeiten genannt werden, die ausschließlich dem Ausgleich der Behinderung dienen. Darauf aufbauend ist ein Anforderungsprofil für die Assistenzkraft zu erstellen.

Arbeitsassistenz wird in Form eines Budgets bewilligt, das auf drei Arten verwendet werden kann:

- 1. Die Abtretung an den Arbeitgeber des Antragstellers:** Dabei erklärt Letzterer gegenüber dem Kostenträger schriftlich, dass er seine Ansprüche gemäß Bewilligungsbescheid an seinen Arbeitgeber abtritt. Dieser kümmert sich dann um alle notwendigen administrativen Schritte.
- 2. Die Beauftragung eines Dienstleisters:** In einigen Städten bieten verschiedene Einrichtungen Assistenz als Dienstleistung an (wie in Hamburg die Hamburger Arbeitsassistenz oder Hamburger Assistenzgenossenschaft).
- 3. Die selbstorganisierte Arbeitsassistenz:** Bei dieser Variante tritt der Antragsteller selbst als Arbeitgeber auf und übernimmt also alle Arbeitgeberpflichten. Ggf. beauftragt er einen Anwalt mit der Formulierung eines sachgerechten Arbeitsvertrages oder auch ein Lohnbüro mit der Gehaltsabrechnung. In jedem Fall ist er persönlich verantwortlich für die Einhaltung der diversen gesetzlichen Vorschriften (Meldung zur Sozialversicherung, Abführung der Sozialversicherungsbeiträge etc.).

Die Finanzierung der Arbeitsassistenz kann neben dem Integrationsamt gegebenenfalls auch von einer anderen Stelle, z.B. der Bundesagentur für Arbeit erfolgen. Laut SGB IX ist es dem Assistenznehmer selbst überlassen, welches der zuvor beschriebenen Durchführungsmodelle er wählt. Hier muss eine entsprechende Beratung gewährleistet sein, die im Rahmen eines Vorgesprächs, das von Seiten des Integrationsamtes mit dem potentiellen Assistenznehmer geführt wird, alle Modelle mit ihren Vor- und Nachteilen erläutert.

Bedauerlicherweise gibt es bislang keinerlei Schulungsangebote von Seiten der Integrationsämter, in deren Rahmen die Assistenznehmer auf ihr Dasein als Arbeitgeber vorbereitet werden.

Die Übertragung der Rechte an den Arbeitgeber birgt Risiken, da dieser berechtigt ist, den Assistenten auszusuchen.



Aufgrund der fehlenden Schulungsangebote, aber auch aufgrund behinderungsspezifischer Besonderheiten wie z.B. Blindheit werden sich, wenn sie um die Wahlmöglichkeit wissen, vermutlich viele Betroffene für das Modell 1 entscheiden.

Insbesondere für blinde Assistenznehmer hat nämlich das o.g. Arbeitgebermodell einen ganz entscheidenden Nachteil. Der Assistenznehmer muss, wie zuvor beschrieben, alles Notwendige selbständig abwickeln, also auch den gesamten Schriftverkehr. Nun ist aber insbesondere der Umgang mit Schriftstücken und Formularen für diesen Personenkreis sehr problematisch. Die Betroffenen sind insbesondere in diesem Bereich auf die Arbeitsassistenten angewiesen. Für das Arbeitgebermodell würde das bedeuten, dass der Assistenznehmer der Assistentenkraft die Aufgaben der Assistentenverwaltung übertragen müsste. Er müsste sich also darauf verlassen, dass die Assistentenkraft ihre Arbeitszeitanzeige korrekt führt und alle Abrechnungen ordnungsgemäß vornimmt.

Diese Schwierigkeiten haben die Integrationsämter mittlerweile erkannt und bewilligen, sofern dies im Antrag entsprechend ausgewiesen wird, einen Zuschuss, um gegebenenfalls ein Lohnbüro mit der Abwicklung zu beauftragen. Zudem sei es auch ratsam, einen Rechtsanwalt mit dem Entwurf eines korrekten Arbeitsvertrages zu beauftragen. Auch dies verursache Kosten, die ebenfalls zuvor beantragt werden müssten.

Die Erfahrung zeigt, dass es bisher oft zu mangelhaften Beratungen und Fehlern bei der Durchführung der Maßnahmen seitens der Integrationsämter gekommen ist, obgleich man sich grundsätzlich an den von der BIH erarbeiteten vorläufigen Empfehlungen richtet. Eine Hürde ist über dies, dass die Integrationsämter praktisch keine barrierefreien Materialien zum Thema Arbeitsassistenten zur Verfügung stellen. Hier von sind insbesondere blinde Assistenznehmer betroffen, die nur unter größten Schwierigkeiten mit seitenlangen Schriftstücken umgehen können. Zwar unterhält die BIH eine Homepage, die für Blinde und Sehbehinderte nutzbar ist. Leider muss man sich durch Berge von Informationen klicken, um zum Ziel zu kommen. Dies ist bei einer so wichtigen Angelegenheit wie der Arbeitsassistenten mehr als unkomfortabel. Es sollte hier dringlich nachgebessert werden.

Wie zuvor bereits erläutert, müssen alle Eventualitäten, die die Arbeitsassistenten betreffen, schon im Antrag berücksichtigt werden. Nachträglich für Besonderheiten wie z.B. Dienstreisen Mittel zu erhalten, ist sehr aufwendig. Eine weitere Schwierigkeit kann sich dann ergeben, wenn der Assistenznehmer seinen Rechtsanspruch an den Arbeitgeber abgetreten hat und unvorhergesehene Mehrbedarfe auftreten.



Sofern noch weitere Leistungen zu beantragen sind, wie z.B. Rückerstattung von Dienstreisekosten, muss wiederum der Assistenznehmer als Antragsteller gegenüber dem Integrationsamt auftreten, weil an der zusätzlich benötigten Leistung ein neuer Rechtsanspruch entsteht.

Wie die o.g. Ausführungen zeigen, ist die Beantragung einer Arbeitsassistenz sehr komplex. Auch wenn ein Assistenznehmer einen positiven Bescheid erhalten hat, kann es durch die ungeklärte Rechtslage und Unerfahrenheit in den Integrationsämtern immer wieder zu Schwierigkeiten kommen. Daraus lässt sich schließen, dass Institutionen wie das Beratungszentrum Sehen-Hören-Bewegen-Sprechen die Klientinnen und Klienten, die bzgl. einer Arbeitsassistenz beraten werden, immer wieder intensiv begleiten müssen.

Voraussetzung für eine qualifizierte Beratung ist stets Kenntnis der aktuellen Umsetzung und Rechtslage. Dazu ist es erforderlich Kontakt zu unterschiedlichen Behindertengruppen, Selbsthilfeverbänden, Anbietern von Assistenz und dem Integrationsamt zu halten, um vom Erfahrungsaustausch und den dortigen Informationen zu profitieren.

3.6. Umsetzung SGB IX – Probleme bei der Umsetzung Komplexleistung Frühförderung

Mit dem im Juni 2001 in Kraft getretenen SGB IX sollte mit der sogenannten Komplexleistung Frühförderung der interdisziplinären Frühförderung ein fester Finanzierungsrahmen geschaffen werden. Die Akteurinnen und Akteure der Frühförderung sahen darin zunächst einen großen Erfolg, war damit doch eine alte Forderung nach einem integrierten Angebot heilpädagogischer und medizinischer Leistungen wahr geworden. Die Träger wurden verpflichtet die Einzelheiten der Abgrenzung der Leistungen zur Übernahme bzw. Teilung der Kosten zu vereinbaren. Mit der Schaffung einer Komplexleistung Frühförderung sollte Rechtssicherheit geschaffen werden, das Ergebnis war jedoch eine große Rechtsunsicherheit zu Lasten von Trägern, Eltern und Kindern, da die Verhandlungen sich über Monate ergebnislos hinzogen.

Gemäß Auftrag aus dem SGB IX hatte federführend die BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation: Dachorganisation der Kranken-, Renten- und Unfallversicherungen) Inhalte der Komplexleistung Frühförderung mit dem Ziel einer bundesweiten Vereinheitlichung der Standards und Rahmenbedingungen sowie der Umsetzung zu vereinbaren. Letztendlich konnte nach 15 Monaten zwischen den Ländern keine Einigung erzielt werden, so dass sich der Bund gezwungen sah, dass



Verfahren per Rechtsverordnung an sich zu ziehen. Obwohl letztlich keine Einigung erzielt werden konnte, ist es jedoch als ein Fortschritt zu bewerten, dass erstmals ausführlich Standards der Frühförderung beschrieben worden sind.

Die Rechtsverordnung ist nunmehr am 1. Juli 2003 in Kraft getreten. Sie regelt die

- Abgrenzung der Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung,
- Übernahme und Teilung der Kosten zwischen Rehabilitationsträgern,
- Vereinbarung der Entgelte.

Entgegen den Rahmenvereinbarungen der BAR enthält die Rechtsverordnung keine Aussagen über Standards und Maßnahmen zur Qualitätssicherung.

Die Verordnung hat die Rechtsunsicherheit über die Zuständigkeit der Leistungsträger beendet; zuständig ist jeweils der Träger mit dem überwiegenden Teil der Leistungen.

Krankenkassen übernehmen medizinische und heilpädagogische Leistungen im Rahmen der Diagnostik, für heilpädagogische Therapie ist der Sozialhilfeträger zuständig. Die Aufteilung der Entgelte kann pauschal erfolgen. In interdisziplinären Frühförderstellen soll der Anteil der Sozialhilfe 80%, in sozialpädiatrischen Zentren 20% nicht überschreiten.

Die Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung hängt grundsätzlich von der Zusammenarbeit vor Ort und dem Willen der Beteiligten ab, sich konstruktiv mit den Möglichkeiten der Frühförderung auseinander zu setzen. Die Anforderung, in Zeiten eines hohen wirtschaftlichen Drucks auf die Kostenträger – Krankenkassen und Sozialhilfeträger zu einer Einigung zu finden, ist hoch. Liegt doch gerade in dieser Situation die Entlastung des einen Kostenträgers zu Lasten des anderen nahe.

Die Rechtsverordnung bietet den Rahmen für Leistungsvereinbarungen zwischen den Rehabilitationsträgern und den Anbietern interdisziplinärer Frühförderung.

Anträge von Anbietern von interdisziplinärer Frühförderung werden an das Amt für Soziales und Integration der Behörde für Soziales und Familien gerichtet (BSF), die Kontraktpartner ist.

Aufgabe für Hamburg ist es jetzt, eine Landesrahmenvereinbarung zu schaffen, die auf der Grundlage der Empfehlungen der BAR Qualitätsstandards und Inhalte von Komplexleistung in Hamburg regelt.

Mit dieser neuen gesetzlichen Regelung geht die Anforderung an die Länder einher, die Vorgaben umzusetzen. Dazu zählen die Vereinbarung entsprechender Qualitätsstandards wie die Finanzierung der Komplexleistung Frühförderung durch die einzelnen Kostenträger (Krankenkasse und Sozialhilfeträger). Konflikte über Rah-



menempfehlungen in den einzelnen Bundesländern und über die Kostenteilung zwischen Sozialhilfeträger und Kassen führten dazu, dass die Umsetzung des Gesetzes nach bisher zwei Jahren nicht erfolgte.

4. Schlussbemerkung/Ausblick

Das Beratungszentrum wird die in Jahren 2002/2003 erarbeiteten Konzepte umsetzen. Mit der Verstärkung des Arbeitsbereiches Frühförderung und der konzeptionellen Ausrichtung der Arbeit auf diesen Arbeitsbereich wird ein seit langen Jahren bestehender Wunsch des Beratungszentrums Wirklichkeit.

Für den neuen Arbeitsbereich „Koordination Frühförderung“ wird zunächst die Mitwirkung an der Umsetzung der vom Gesetzgeber mit dem SGB IX gewollten „Komplexleistung Frühförderung“ in Hamburg im Vordergrund stehen. Gleichzeitig muss sich der Arbeitsbereich Frühförderung in Hamburg etablieren, damit die gesteckten Ziele, wie z.B. der Aufbau von Netzwerken umsetzbar gemacht werden. Gleichzeitig gilt es, den neuen Arbeitsbereich auch innerhalb des Beratungszentrums in die bestehenden Strukturen zu implementieren. Im nächsten Jahr wird die Integration behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder in das Kita-Gutscheinsystem insbesondere im Hinblick auf die damit verbundenen Fragen zum Begutachtungswesen das Beratungszentrum beschäftigen.

Das Beratungszentrum hofft, mit dem nun geschaffenen Grundlagen auch eine langfristig gesicherte kontinuierliche Arbeit im Sinne behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen leisten zu können.



5 Anhang

Tabelle 1

Klientenbezogene Leistungen

Bezeichnung	1999	2000	2001	2002	2003
Ärztliche Beratung von Behinderten (Sehen Hören Bewegen Sprechen)	1.102	1.068	1.197	⁷ 793	575
Ärztliche Untersuchung von Behinderten (Sehen Hören Bewegen Sprechen)	2.955	3.400	3.321	3.185	2.801
Ärztliche Veranlassung (Sehen, Hören, Bewegen, Sprechen)	1.201	1.411	1.799	1.758	1.721
Psychologische Beratung	141	219	172	197	204
Psychologische Untersuchung	410	333	373	⁸ 815	934
Psychologische Veranlassung	27	56	34	92	156
"Paramedics" Information	983	119	48	72	79
"Paramedics": Beratung	303	356	280	180	88
"Paramedics" Veranlassung		41	45	51	32
"Paramedics" Untersuchung	2.503	⁹ 72	50	1.323	1.037
Soz.-päd. Information	286	140	181	185	110
Soz.-päd. Beratung	702	1.153	1.745	1.318	1.153
Soz.-päd. Veranlassung	892	952	768	548	780
Information und Beratung direkt und außer Haus	276	436	197	185	126
Untersuchung außer Haus	535	246	61	67	60
Veranlassung außer Haus	89	70	50	52	32
Gutachten/ Stellungnahmen	1.152	1.475	1.819	1.953	2.077
Atteste	348	143	224	313	334
Untersuchungsberichte ¹⁰				472	457
Erstkontakte	1.559	1.423	1.523	1.530	1.572
Gesamtzahl der Klientinnen und Klienten		1.867	1.763	1.677	1.680

⁷ Wegfall der Beratung an den Schulen

⁸ Leistungserfassung ist modifiziert worden.

⁹ langfristiger Personalausfall und personelle Vakanzen

¹⁰ Für den Bereich Gutachten/Stellungnahmen, Atteste, Untersuchungsberichte gilt, dass die Anzahl der Leistungen die Bezugsgröße ist. Wenn z.B. in einem Schriftstück zu Umbau einer Wohnung und PBW Stellung genommen wird, wird dies als zwei Untersuchungsberichte gezählt.



Tabelle 2

Auslöser und Adressaten von Leistungen

2002/2003	Leistung	Klientinnen und Klienten
Regelschule	69	40
Sonderschule	201	150
Sonderkindertagesheim	1.089	505
Regelkindertagesheim	1.340	308
Amt für Schule	427	347
Jugendpsychiatr. Dienst, JPD, GU 27	51	46
Beratungsstelle für Körperbeh., GU 28	71	35
Sozialpsychiatr. Dienst, GU 29	18	9
Gutachterwesen, GU 21	158	80
Träger der pädagogischen Betreuung	156	88
Einwohneramt	21	17
Landesamt für Rehabilitation, RE	261	173
Landessozialamt, SH	172	87
Amt für soziale Dienste, AS	441	349
Amt für Wohnungswesen, WA	39	38
Örtlicher Sozialhilfeträger, SO	6.301	2.143
Gericht	10	9
Mütterberatungsstellen	16	10
Andere Frühförderstellen	7	5
Landesbetreuungsstelle/ Betreuungsverein	72	51
Andere Beratungsstellen	20	27
Schulärztin/ Schularzt	5	5
Niedergelassene/r Ärztin/ Arzt	1.456	244
Krankenhaus	42	35
Phoniatrie UKE	28	18
Pflegedienst	4	4
Reha-Einrichtung	3	3
Niedergelass. Therapeutinnen/ Therapeuten	195	60
Beratungszentrum	2.513	641
Klientin/ Klient, eig. Motivation (über Medien)	103	56
Klientin/Klient, eig. Motivation, pers. Empf.	867	360
Familie, Freunde, Partner	2.963	1.379
Arbeitgeber	18	14
Selbsthilfegruppe	4	2
Wohngruppe/Heim	122	80
Werner-Otto-Institut, WOI	35	32
Institut Flehmig	13	10
Krankenkasse	13	8
Pflegekasse	8	8
Sonstige	392	233
Unklar	32	24



Tabelle 3

Leistungsziffernbereiche 1999 bis 2003

	1999	2000	2001	2002	2003
Beratung insgesamt	2.045	2.571	3.172	3.819	2.240
Wohnen	160	170	223	116	162
Kita/ Schule	680	898	1.134	938	897
Ambulante Hilfen	129	242	407	446	307
Rechte/ Gesetze	68	59	117	68	49
BSHG	47	92	52	58	20
Finanzen	10	12	7	4	8
Ausbildung und Arbeit	17	29	36	35	66
Lebens-/ Krisensituatio- nen	74	78	68	51	21
Medizinische Hilfen	554	596	658	470	303
Selbsthilfegruppen/ Ver- eine	1	4	11	3	4
Hilfsmittel Sehen	24	11	12	43	28
Hilfsmittel Sprechen	2	0	0	0	0
Hilfsmittel Hören	126	135	200	188	127
Hilfsmittel Bewegen	153	245	247	161	91

Veranlassung insge- samt	3.133	2.471	2.648	2.455	2.697
Wohnen	89	104	99	77	78
Kita/ Schule	277	213	254	217	204
Ambulante Hilfen	543	515	580	490	529
Rechte/ Gesetze	128	171	156	148	159
BSHG	365	195	225	297	298
Finanzen	10	6	1	2	1
Ausbildung/ Arbeit	28	32	17	10	25
Lebens-/ Krisensituatio- nen	14	12	3	0	0
Medizinische Hilfen	830	434	451	362	397
Selbsthilfegruppen/ Vereine	0	1	1	0	1
Hilfsmittel Sehen	195	232	236	309	294
Hilfsmittel Sprechen	4	1	1	1	1
Hilfsmittel Hören	608	496	548	476	668
Hilfsmittel Bewegen	42	59	76	66	42



Untersuchungen insges.	6.084	3.814	3729	5344	4798
Bewegen	776	377	125	36	47
Sehen	38	39	44	32	35
Hören	3.781	1.975	2.142	3.136	2.524
Psychologie	401	320	374	809	926
Sprechen	1.088	1.103	1.044	1.331	1.266