Sozialschutz & soziale Integration

DEFINITIONEN DES BEGRIFFS „BEHINDERUNG" IN EUROPA:

EINE VERGLEICHENDE ANALYSE

Beschäftigung und Soziales

Europäische Kommission

DEFINITIONEN DES BEGRIFFS „BEHINDERUNG" IN EUROPA:

EINE VERGLEICHENDE ANALYSE

Eine Studie der
Universität Brunel

Beschäftigung und Soziales

Sozialschutz und soziale Integration

Europäische Kommission
Generaldirektion Beschäftigung und Soziales
Referat E/4

Manuskript abgeschlossen im September 2002

Dieser Bericht ist in Französisch, Deutsch und Englisch erhältlich.

Der Inhalt dieser Veröffentlichung spiegelt nicht unbedingt die Meinung oder Haltung der Generaldirektion für Beschäftigung und Soziales der Europäischen Kommission wider.

VORWORT

Diese umfassende Studie, die die politischen Auswirkungen alternativer *Definitionen von „Behinderung“* auf Konzepte und Maßnahmen für Menschen mit Behinderungen analysiert und bewertet, ist in hohem Maße relevant für alle, die sich für die Zukunft gemeinsamer Maßnahmen zugunsten von Menschen mit Behinderungen interessieren.

Sie zeigt eindeutig, dass die Definition dessen, was als Behinderung gilt, sich insbesondere darauf auswirkt, wie Menschen mit Behinderungen von Verwaltungen und anderen Einrichtungen wahrgenommen und behandelt werden. Betrachten wir einfach zwei Beispiele aus dem europäischen Kontext: unterschiedliche Definitionen können sich massiv auswirken auf die Mobilität von Menschen mit Behinderungen und auf ihre Fähigkeit, eines der Grundrechte des Vertrages, nämlich die Freizügigkeit von Personen, in Anspruch zu nehmen. Diese Freizügigkeit gewinnt weiter an Bedeutung in einer erweiterten Union von 25 Mitgliedstaaten sowie im Zuge der wachsenden Globalisierung von Volkswirtschaften und Gesellschaften.

Die Definitionen und die Kriterien für die Feststellung einer Behinderung, die Gegenstand der nationalen Rechtsvorschriften und sonstiger Verwaltungsinstanzen sind, weichen in den derzeitigen 15 Mitgliedstaaten deutlich voneinander ab. Dies kann ein größeres Hindernis für die gegenseitige Anerkennung nationaler Entscheidungen zu Behindertenfragen bedeuten, insbesondere was das Recht auf Zugang zu spezifischen Dienstleistungen und Einrichtungen angeht. So können behinderte Menschen in der Europäischen Union z. B. besondere Nachteile im Bereich der sozialen Sicherheit und anderer Rechte für europäische Bürger erleiden, wenn sie von einem Mitgliedstaat in einen anderen umziehen.

Vor diesem Hintergrund gab die Generaldirektion für Beschäftigung und Soziales diese eindrucksvolle Studie in Auftrag, die von der Universität Brunel durchgeführt wurde. Die Studie bietet einerseits detaillierte, nach Land und Leistungen aufgeschlüsselte Informationen zu den nationalen Konzepten und Maßnahmen, die sich auf Menschen mit Behinderungen auswirken oder das Thema Behinderung betreffen, und ist somit ein hervorragendes Forschungsinstrument. Andererseits leistet die Studie - was meiner Meinung nach noch wichtiger ist - eine zum Nachdenken anregende vergleichende Untersuchung dieser Konzepte und Maßnahmen sowie über den Einfluss von Definitionen auf diese Konzepte und Maßnahmen.

Die Studie zeigt auch gewisse Grenzen des „sozialen Modells“ von Behinderung auf. Dieses „soziale Modell“ stellt Behinderungen in einen umfassenderen Zusammenhang als das frühere „medizinische Modell“ und beinhaltet des Weiteren eine breiter gefasste Anerkennung der Rechte von Menschen mit Behinderungen. Dieses „soziale Modell“ verliert jedoch heute an Bedeutung angesichts aktueller Entwicklungen in der Behindertenpolitik, insbesondere einer zunehmenden Tendenz zum Mainstreaming und eines wachsenden Bewusstseins für die Vorzüge eines stärker individuell ausgerichteten Ansatzes.

Eine Schlüsselbotschaft der Analyse besagt, dass die öffentlichen Behörden, auch auf europäischer Ebene, eine wichtige Rolle spielen bei der Gestaltung einer absolut sozialintegrativen Gesellschaft, nicht zuletzt durch die Formulierung offener und integrationsfördernder Definitionen von Behinderung. Die Studie wird ohne Zweifel einen wichtigen Beitrag leisten zur politischen Nachbereitung des Europäischen Jahres der Menschen mit Behinderungen, denn sie zeigt, dass es einen beträchtlichen Spielraum für den Austausch von Informationen und neuen Konzepten gibt: die Studie stellt klar, dass Verwirrung und mangelnde Klarheit bei dem Grundbegriff „Behinderung“ ein großes

Hemmnis sind für die Erstellung vergleichender Analysen und die Bewertung der Behindertenpolitik und -programme in der Europäischen Union. Außerdem ist die Frage der Definitionen von entscheidender Bedeutung für die Entwicklung kohärenter Strategien für den Umgang mit Behinderung und für das Verständnis der Wechselwirkungen der Entwicklungen in diesem spezifischen Bereich mit anderen verwandten Politikbereichen, wie Antidiskriminierungsmaßnahmen, Einkommensförderungsprogrammen und allgemeinen Arbeitsmarktkonzepten.

Jérôme Vignon

Direktor für Sozialschutz
und soziale Integration

Inhalt

Die in diesem Bericht gebrauchten Abkürzungen **8**

ZUSAMMENFASSUNG **13**

TEIL I **15**

EINFÜHRUNG UND METHODIK **15**

Kapitel 1 Einführung **17**
1.1 Hintergrundinformationen zur Ausschreibung der Kommission 17
1.2 Der soziale Ansatz 21
1.3 Eine sozialpolitische Perspektive zur Definition der Behinderung 24

Kapitel 2 Forschungskontext und Forschungsanlage **27**
2.1 Verwandte Forschungsarbeiten 27
2.2 Die Forschungsanlage 31

TEIL II **37**

FORSCHUNGSERKENNTNISSE **37**

Kapitel 3 In der Sozialpolitik verwendete Definitionen des Begriffs Behinderung **39**
3.1 Unterstützung bei grundlegenden Alltagshandlungen und Förderung eines selbständigen Lebens 40
3.2 Einkommenssicherung und Einkommensbeihilfe 46
3.3 Beschäftigungsmaßnahmen 55

Kapitel 4 Eine Analyse der Prozesse zur Feststellung der Behinderung **61**
4.1 Eine Typologie der Prozesse zur Feststellung der Behinderung 63
4.2 Feststellungspraktiken in den europäischen Staaten 65

TEIL III **71**

DIE BEHINDERTENPOLITIK IN DER EUROPÄISCHEN UNION **71**

Kapitel 5 Behinderung und Diskriminierung **73**
5.1 Diskriminierung und unterschiedliche Gleichheitsbegriffe 73
5.2 Der Umfang von Rechten und die Begründung restriktiver Definitionen 81
5.3 Definitionen in Antidiskriminierungsvorschriften und in der Sozialpolitik 83

Kapitel 6 Freizügigkeit für Menschen mit Behinderungen **86**
6.1 Aufenthaltsrecht 87
6.2 Exportfähigkeit von Leistungen 88
6.3 Definitionen, Wohnort und gegenseitige Anerkennung von Entscheidungen 91

Kapitel 7 Die Entwicklung vergleichbarer Daten zur Behinderung **96**

TEIL IV **101**

SCHLUSSFOLGERUNG **101**

KAPITEL 8 SCHLUSSFOLGERUNG 103
8.1 Behinderungskategorien in der Sozialpolitik 103
8.2 Sozialpolitische Definitionen und Kategorien 105
8.3 Kategorien, Identitäten und Konstrukte 107

PROJEKTTEAM 111

LITERATUR 112

ANHÄNGE 115

Anhang 1 Die Bewertung der Invalidität bzw. Erwerbsunfähigkeit 115
ÖSTERREICH 116
BELGIEN 118
DÄNEMARK 121
FINNLAND 124
FRANKREICH 127
DEUTSCHLAND 132
GRIECHENLAND 135
IRLAND 138
ITALIEN 142
NIEDERLANDE 144
NORWEGEN 148
PORTUGAL 152
SPANIEN 154
SCHWEDEN 160
VEREINIGTES KÖNIGREICH 163
Anhang 169

Anhang 2 Definitionen bei beschäftigungsfördernden Maßnahmen 173
ÖSTERREICH 174
BELGIEN 179
DÄNEMARK 182
FINNLAND 185
FRANKREICH 188
DEUTSCHLAND 190
GRIECHENLAND 195
IRLAND 196
ITALIEN 199
NIEDERLANDE 201
NORWEGEN 203
PORTUGAL 205
SPANIEN 206
SCHWEDEN 208
VEREINIGTES KÖNIGREICH 212

Anhang 3 Definitionen im Fall der Unterstützung bei grundlegenden Alltagshandlungen und der Förderung eines selbständigen Lebens 217
ÖSTERREICH 218
BELGIEN 220
DÄNEMARK 223
FINNLAND 226

FRANKREICH 228
DEUTSCHLAND 230
GRIECHENLAND 233
IRLAND 234
ITALIEN 239
NIEDERLANDE 241
NORWEGEN 244
PORTUGAL 247
SPANIEN 249
SCHWEDEN 251
VEREINIGTES KÖNIGREICH 255

Die in diesem Bericht gebrauchten Abkürzungen

AAH	Allocation pour l'Adulte Handicapé (Adult Disability Benefit - France)
ABW	Algemene Bijstandswet (Social Assistance - Netherlands)
ACTP	Allocation Compensatrice au titre de la Tierce Person (Compensatory Benefit for those needing aid from a third person - France)
ADL(s)	Activities of Daily Life
ADPA	Allocation Départementale Personnelisée d'Autonomie (Personalised Departmental Benefit for autonomy – France)
AF	Arbetsförmedling (Employment Exchange - Sweden)
AFPA	Association pour la Formation Professionnelle (Association for employment training - France)
AGEFIPH	L'Association Nationale de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées (National Association for the Management of the Funds for the Participation in Employment of Disabled People - France)
AMA	American Medical Association
AMS	Arbetsmarknadsstyrelsen (Labour Market Board – Sweden)
AMSG	Arbeitsmarktservicegesetz (Labour Market Service Act - Austria)
ANPE	Agence nationale pour l'emploi (National employment service – France)
AOI	Assegno ordinario di invalità (Ordinary invalidity grant - Italy)
ASL	Azienda Sanitaria Locale (Local Health Agency – Italy)
AtW	Access to Work (UK)
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (General Act on exceptional medical expenses - Netherlands)
BA	Bundesanstalt für Arbeit (Federal Employment Institute – Germany)
BA	Benefits Agency (UK)
BeinstG	Behinderteneinstellungsgesetz (Disabled Persons Employment Act – Austria)
BIZ	Berufs-Informations-Zentrum (Careers Advice Office – Germany)
BPGG	Bundespflegegeldgesetz (Federal Attendance Allowance Act – Austria)
BSB	Bundesministerium für Soziale Befreiung (Federal Office for Social Affairs – Austria)
BPA	Brukerstyrt personlig assistanse (Self-directed Personal Assistance – Norway)
BWA	Blind Welfare Allowance (Ireland)
CAA	Constant Attendance Allowance (Ireland)
CAT	Centres d'aide par le travail (sheltered workshops – France)
CCI	Certified cause of incapacity (Ireland)
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale (Municipal centre for social affairs - France)
CERMI	Comité Español de Representates de Minusvalidos (Spanish Committee of Representatives of Disabled People)
COTOREP	Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel (Technical Commission for Employment Information and Guidance - France)
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie (Local Sickness Insurance Fund – France)
DCODP	Danish Council of Organisations of Disabled People (Denmark)
DDA	Disability Discrimination Act (UK)
DEA	Disability Employment Advisor (UK)
DLA	Disability Living Allowance (UK)
DMG	Decision Makers Guide (UK)
DPTC	Disabled Persons Tax Credit (UK)
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (Regional Office for

	Health and Social Affairs - France)
DSFCA	Department of Social, Community and Family Affairs (Ireland)
DWP	Department of Work and Pensions (UK)
EMR	Erwerbsminderungrente (Benefit for reduced earnings capacity – Germany)
ES	Employment Service
ETP	Etablissements de travail protégé (places of protected employment – France)
EVI	Equipos de Valoracion de Incapacidades (Offices for assessment of incapacity – Spain)
FÁS	Foras Áseanna Saothair (National training and employment authority – Ireland)
GdB	Grad der Behinderung (Degree of disability – Austria and Germany)
GP	General Practitioner
GRTH	Garantie de ressources des travailleurs handicapés (guarantee of resources to the disabled worker – France)
IADL	Instrumental Activities of Daily Life
IB	Incapacity Benefit (UK)
ICD-9	International Classification of Diseases, 9th revision
ICD-10	International Classification of Diseases, 10th revision
ICIDH-I	International Classification of Impairment, Disability and Handicap (1st version, 1980)
ICPC	International Classification of Primary Care
IEFP	Instituto do Emprego e Formação Profissional (Institute for Employment and Training – Portugal)
IKA	Idrima Kinonikon Asfalisseon (Social Insurance Institute – Greece)
IMSERSO	Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (Institute of Migration and Social Services – Spain)
IMS	Informe Medico de Sintesis (Summary medical report – Spain)
INAIL	Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (National Institute for Workers Compensation - Italy)
INPS	Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (National Institute for Social Protection - Italy)
INSS	Instituto Nacional de la Seguridad Social (National Institute for Social Security - Spain)
ISSA	International Social Security Association
KK	Krankenkassen (Sickness insurance funds – Germany)
LAS	Lagen om anställningsskydd (Employment Protection Act – Sweden)
LASS	Lagen om assistansersättning (Law on Assistance Compensation – Sweden)
LCPDE	Law on Compensation to Persons with Disabilities in Employment (Denmark)
LGSS	Ley General de la Seguridad Social (General law on social security – Spain)
LISMI	Ley de integracion social de los minusvalidos (Law on the social integration of disabled people – Spain)
LISV	Landelijk Instituut Social Verzekeringen (National Institute for Social Insurance – Netherlands)
LSP	Law on Social Pensions (Denmark)
LSS	Law on Social Services (Denmark)
LSS	Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (Law concerning Support and Service for Certain Groups of Disabled People – Sweden)
MISSOC	Mutual Information System on Social Protection in the EU Member States and the European Economic Area
MPs	Medical Panels
MPT	Majoration pour Tierce Personne (Increase for [care by] a third person – France)
MRA	Medical Review and Assessment (Ireland)

MTAS	Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (Ministry of Work and Social Affairs – Spain)
NDA	National Disability Authority (Ireland)
NDDP	New Deal for Disabled People (UK)
NGO	Non-Governmental Organisation
NHS	National Health Service
NIA	National Insurance Act (Folketrygdloven - Norway)
NRB	National Rehabilitation Board (Ireland)
ONCE	Organización Nacional de Ciegos de España (National Organisation of the Blind of Spain)
PAYE	Pay-as-you-earn (UK and Ireland)
PCA	Personal Capability Assessment (UK)
PEO	Public Employment Office
PGB	PersoonsGebonden Budget (Person-linked budget - Netherlands)
PSD	Prestation Spécifique Dépendance (Specific benefit for dependency – France)
PVAng	Pensionversicherung fur Angestellte (Pension Insurance Agency for White collar Employees - Austria)
REA	Wet (Re)integratie Arbeidsgehandicapten (Work Handicapped (Re)integration Act – Netherlands)
RFV	Riksförsäkringsverket (Social Security Board – Sweden)
RMI	Revenu Minimum d'Insertion (minimum participation benefit - France)
Rmistes	Recipients of RMI (France)
RSV	Richtsatzverordnung (Ordinance setting out guiding principles [for determining the percentage of disability] - Austria)
SHD	Sosial og helsedepartementet (Social and health department - Norway)
SII	Social Insurance Institution (Finland)
SoL	Socialtjänstlagen (Social Services Act – Sweden)
SSA	Social Services Act (Sosialtjenesteloven - Norway)
TBA	Terugdringing Beroep op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering (Act on Reducing Disablement Benefit Claims – Netherlands)
TH	Travailleur handicapé (disabled worker – France)
TSG	Tax Strategy Group (Ireland)
uvi	Uitvoeringsinstelling (Administrative office of social insurance - Netherlands)
VM	Valoracion de las situaciones de minusvalia (Assessment of situations of disability - Spain)
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten (Association of Dutch Municipalities - Netherlands)
WAGW	Wet Arbeid Gehandicapte Werknemers (Disabled Workers Employment Act - Netherlands)
Wajong	Wet Arbeidsongeschiktheid Jonggehandicapten (Invalidity Insurance Young Disabled Persons Act - Netherlands)
WAO	Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering ([Act on] Disability benefit - Netherlands)
Waz	Wet Arbeidsongeschiktheid Zelfstandigen (Invalidity Insurance Self-employed Persons Act – Netherlands)
WEA	Work Environment Act (Norway and Sweden)
WHODAS II	World Health Organization Disability Assessment Schedule II
WIW	Wet Inschakeling Werkzoekenden (Jobseekers Employment Act – Netherlands)
WSP	Working and Social Profile (Italy)

WSW Wet Sociale Werkvoorziening (Sheltered Employment Act – Netherlands)
WVG Wet Voorzieningen Gehandicapten (Provisions for Handicapped People Act – Netherlands)

Appendix 1

Austria
Berufsunfahigkeit = incapacity to pursue own occupation
Erwerbsunfahigkeit = incapacity to earn
Pensionversicherung fur Angestellte = pension insurance agency for white collar employees
Pensionverischerung fur Arbeiter = pension insurance agency for blue collar workers
Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz = General Social Insurance Law
Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz = Social Insurance for Proprietors [self-employed]
Bauern-Sozialversicherungsgesetz = Social Insurance for Farmers
vorzeitige Alterspension wegen geminderter Arbeitsfähigkeit= Early old age pension on account of reduced working capacity
Leistungskalkul = calculation of capacity to work

France
Pension d'invalidité= Invalidity pension
Allocation pour l'Adulte Handicapé =Adult Disability Benefit
Caisse Primaire d'Assurance Maladie =Local Sickness Insurance Fund
médecin contrôleur = controlling doctor
Caisse Régionale d'Invalidité = Regional Invalidity [Pension] Fund
Travailleur handicapé = Disabled worker
carte d'invalidité = disability card
Ministere de l'emploi et de la solidarité = Ministry of Employment and Solidarity
une retraite anticipée pour inaptitude au travail = early retirement due to unsuitability for work

Germany
Erwerbsminderungrente = Pension for reduced earnings capacity

Italy
Pensione di inabilita= Pension for inability [loss of 100% of work capacity in any occupation]
Assegno mensile = monthly grant [for those whose working capacity is reduced by at least 74%]

Netherlands
Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering= [Act on] Disability benefit

Spain
Equipos de Valoracion de Incapacidades = Offices for assessment of incapacity

Appendix 2

Austria
Grad der Behinderung = Degree of disability
Richtsatzverordnung = Ordinance setting out guiding principles

Germany
Sozialamt, Jugendamt = social welfare office, youth welfare office
Pflicht zur Beschaeftigung schwerbehinderter Menschen = obligation to employ severely handicapped people
Gemeinsame Servicestellen fuer Rehabilitation = joint facilities for rehabilitation
Berufs-Informations-Zentrum = careers advice office
Versorgungsamt = care office
Amt fuer Versorgung und Familienfoerderung = office of care and family support
Länder = states

Italy
Commissione provinciale per le poliche del lavoro = Provincial committee on employment

Appendix 3

France
Majoration pour Tierce Personne = Increase for [care by] a third person
Allocation Compensatrice au titre de la Tierce Person = Compensatory Benefit for those needing aid from a third person
Allocation Départementale Personnelisée d'Autonomie = Personalised Departmental Benefit for autonomy
Prestation Spécifique Dépendance = Specific benefit for dependency

Germany
Sozialamt = Social office

Italy
permissi in favore di persone gravemente handicappate = rights for the benefit of severely handicapped people

Portugal
Ministério do Trabalho e da Solidariedade = Ministry of Labour and Solidarity

Zusammenfassung

Der vorliegende Bericht soll einen Überblick über die Definitionen des Begriffs „Behinderung“ in der Sozialpolitik und den Antidiskriminierungsvorschriften der EU-Mitgliedstaaten und Norwegens vermitteln. Die in den Antidiskriminierungsvorschriften verwendeten Definitionen sind im Allgemeinen recht weit gefasst und erstrecken sich potenziell auch auf Menschen mit leichten Behinderungen. Hier wird das Augenmerk eher auf den Tatbestand der Diskriminierung als auf den Gesundheitszustand der betreffenden Person selbst gerichtet. Die in der Sozialpolitik verwendeten Definitionen sind restriktiver, da sie dann zur Anwendung kommen, wenn es gilt, begrenzte Mittel unter Menschen mit anerkannten Bedürfnissen zu verteilen. Der Bericht erörtert eingehend die Relevanz der in der Sozialpolitik angewandten Definitionen des Begriffs Behinderung in Bezug auf den Unterstützungsbedarf, der Gegenstand sozialpolitischer Maßnahmen ist.

Es konnte im Rahmen der Studie ein breites Spektrum von Definitionsansätzen ermittelt werden. Schädigungsbezogene Definitionen dienen - häufig unter Verwendung von Tabellen zur Bestimmung des Grads der Behinderung, der spezifischen medizinischen Problemen und Verletzungen entspricht - dazu, die Behinderung für Leistungen und Renten, die wegen Erwerbsunfähigkeit gewährt werden, sowie für viele beschäftigungspolitische Quotenregelungen zu definieren. Auch eine Analyse der Probleme, die ein Mensch innerhalb der Arbeitsumgebung hat (wobei es sich um die frühere Arbeitsumgebung des Betreffenden oder auch allgemeiner um die Arbeitsmarktvoraussetzungen insgesamt handeln kann), fließt unter Umständen in die Erwerbsunfähigkeitsregelungen ein, während viele Bestimmungen über Pflege und Unterstützung (z. B. bei der Pflegeversicherung) den Schwerpunkt auf die Fähigkeit des Betreffenden legen, grundlegende Alltagshandlungen zu verrichten. In vielen Staaten basiert der Ansatz zur Bewertung der Erwerbsunfähigkeit nicht auf einem „Schnappschuss“ der Schädigungen oder Beeinträchtigungen, er besteht statt dessen aus einer ausgedehnteren Untersuchung, in der Rehabilitationsmöglichkeiten geprüft und geeignete Beschäftigungsmaßnahmen gesucht werden. Beschäftigungsmaßnahmen für Menschen mit Behinderungen weisen mit Ausnahme der Quotenregelungen generell ein hohes Maß an Flexibilität bei der Definition der Behinderung auf, wobei neben anderen Faktoren, die die Beschäftigungsaussichten beeinflussen, wie Fertigkeiten und Bildungsniveau, auch der Gesundheitszustand berücksichtigt wird.

Der Bericht zeigt, dass unterschiedliche Definitionen der Behinderung für unterschiedliche Politikbereiche maßgeblich sind und dass Versuche, die gleiche Definition auf ein breites Maßnahmenspektrum anzuwenden, dazu führen könnten, dass letztlich Definitionen von nur eingeschränkter Relevanz angewandt werden. Die Folge davon kann wiederum sein, dass die Maßnahmen nur wenig zielgerichtet sind. Die Notwendigkeit einer Vielzahl von Definitionen zur Gewährleistung eben dieser Relevanz wirft Probleme hinsichtlich einer kohärenten Behindertenpolitik auf. So können Menschen für einen Maßnahmentyp als behindert eingestuft werden, für einen anderen jedoch nicht, und manchmal kommt es infolge dessen zu Lücken innerhalb des Versorgungsspektrums. Im Allgemeinen bemühen sich die einzelnen Länder, diese Probleme dadurch lösen, dass sie ihre Sozialbehörden zur Koordinierung ihrer Aktivitäten auffordern, statt dass sie einheitliche Definitionen festzulegen versuchen.

In vielen Situationen, in denen die Sozialpolitik gefragt ist, wie fehlendes Einkommen aufgrund fehlender Arbeit, ist es schwierig, zwischen den aufgrund einer Behinderung vorhandenen Bedürfnissen und jenen Bedürfnissen zu unterscheiden, die mit anderen Benachteiligungen

zusammenhängen, wie beispielsweise schlechte lokale Arbeitsmarktbedingungen oder ein niedriges Bildungsniveau. In einigen Fällen ist es jedoch nicht unbedingt nötig, zwischen behinderten Menschen und anderen Menschen mit ähnlichen Bedürfnissen zu unterscheiden. Der Bericht beschreibt eine Reihe von Beispielen aus den in der Studie untersuchten Staaten, in denen keine kategoriale Sozialpolitik verfolgt wird. Die meisten stammen aus den Bereichen Sozialunterstützung und Beschäftigungspolitik. In der Sozialversicherung spielt bei der Verwendung von Behinderungskategorien oft der institutionelle Aspekt eine große Rolle, da die Erwerbsunfähigkeitsversicherung institutionell von anderen Versicherungen gegen besondere Risiken getrennt sein kann.

Der Bericht stellt vier Ansätze vor, wie festgestellt wird, ob und inwieweit eine Behinderung vorliegt. Diese leiten sich von zwei Parametern ab: dem Grad der medizinischen Festlegung und dem Ermessensspielraum in der Entscheidungsfindung. Welche Position die einzelnen Staaten innerhalb des Spektrums dieser vier Ansätze einnehmen, kann mit den grundlegenden Merkmalen ihrer allgemeinen sozialpolitischen Traditionen zusammenhängen, vor allem mit dem in der Sozialpolitik angewandten Finanzierungsmuster (zentral oder dezentral) sowie mit dem Vertrauen, das den Ärzten und den Mitarbeitern der Sozialbehörden entgegengebracht wird, und mit deren Pflicht zur Rechenschaftslegung. Die unterschiedlichen Ansätze zur Feststellung einer Behinderung sind daher tief in den Einrichtungen der einzelnen Länder verwurzelt.

Trotz dieser Unterschiede gibt es viele gemeinsame Elemente in der Behindertenpolitik der untersuchten Staaten. Denn sie sind mit ähnlichen Problemen konfrontiert, denen durch eine supranationale Koordination innerhalb der Europäischen Union begegnet werden kann. Die Mitgliedstaaten haben sich bereit erklärt, eine Reihe gemeinsamer Ziele im Bereich der Behindertenpolitik zu akzeptieren, beispielsweise in Bezug auf die Förderung der Beschäftigung behinderter Menschen und die notwendige Bekämpfung von Diskriminierungen. Die Staaten werden diese Ziele entsprechend ihren nationalen sozialpolitischen Traditionen auf unterschiedliche Weise verfolgen, und dieser Bericht zeigt auf, dass dies auch die Beibehaltung unterschiedlicher Ansätze für die Definition der Behinderung bedeutet. Dessen ungeachtet gibt es einen nicht unerheblichen Spielraum für einen länderübergreifenden Informationsaustausch und politischen Lernprozess auf diesem Gebiet. Der Bericht trägt zu diesem Prozess bei, indem er die unterschiedlichen auf nationaler Ebene angewandten Definitionen der Behinderung in einem Standardformat beschreibt und die Gründe analysiert, weshalb verschiedene Ansätze bei der Definition der Behinderung zur Anwendung kommen.

TEIL I

EINFÜHRUNG UND METHODIK

Kapitel 1 Einführung

1.1 Hintergrundinformationen zur Ausschreibung der Kommission

Dieser Bericht enthält die Ergebnisse eines von der Europäischen Kommission finanzierten zweijährigen Projekts. Das Interesse der Kommission an einer Definition des Begriffs „Behinderung“ hat mehrere Gründe. Die Behindertenproblematik spielt bei der Anwendung der Grundsätze der Freizügigkeit und des offenen Wettbewerbs eine Rolle, wo die EU-Einrichtungen befugt sind, präzise rechtliche und verwaltungstechnische Lösungen für bestimmte politische Probleme zu entwickeln. Die Verordnungen, die länderübergreifende Sozialversicherungsansprüche und den Zugang zu den Wohlfahrtseinrichtungen regeln, müssen angewandt und zuweilen reformiert werden. In der Wettbewerbspolitik befassen sich die Verordnungen und Richtlinien über die Vergabe öffentlicher Aufträge und staatlicher Beihilfen mit spezifischen Fragen zu Subventionen und Wettbewerbsbeschränkungen in Bezug auf den Betrieb geschützter Werkstätten und andere Formen der Behindertenpolitik.

In diesen Bereichen wurden die allgemeinen Grundlinien der Politik von den Mitgliedstaaten als integraler Bestandteil ihrer Verpflichtung auf die Europäische Union vereinbart. Die Zuständigkeit der Kommission für die Entwicklung von Verordnungen und Richtlinien in diesen Bereichen steht außer Frage: Man kommt nicht umhin, nach gemeinsamen europäischen Lösungen für diese Probleme zu suchen. So stellen sich zum Beispiel wichtige Fragen über das Recht behinderter Arbeitnehmer, in einem anderen Mitgliedstaaten einen Wohnsitz zu nehmen, oder inwieweit es zulässig ist, für soziale Zwecke Wettbewerbsschranken zu errichten, beispielsweise zur Schaffung von Arbeitsplätzen für Menschen mit Behinderungen. Eine Beantwortung dieser Fragen erfordert politische Kompromisse. Das Projekt möchte durch ein besseres Verständnis der einzelstaatlichen Behindertenmaßnahmen dazu beitragen, nach Lösungen für diese anhängigen Probleme der europäischen Integration zu suchen.

Bei der Entwicklung einer gemeinschaftlichen Behindertenpolitik kommen noch andere Aspekte zum Tragen, die jedoch schwerer zu charakterisieren sind und die mit der Schaffung eines europäischen Raums für Forschung, Analyse und Debatte verbunden sind. Dazu gehören die Entwicklung europäischer Statistiken und der Informationsaustausch über politische Initiativen. In einigen Bereichen, zum Beispiel in der Beschäftigungspolitik, ist dieser Austausch durch das „offene Koordinierungsverfahren“, in dessen Rahmen die Mitgliedstaaten Pläne mit einer Beschreibung ihrer politischen Maßnahmen vorlegen und die von ihnen angestrebten Ziele benennen, recht stark formalisiert worden. Unterschiedliche Teilnehmer haben ohne Zweifel unterschiedliche Ansichten über die Nutzung dieses gemeinsamen Raumes. Wir können feststellen, dass dieser Raum relativ offen ist und dass sowohl Nichtregierungsorganisationen als auch nationale Regierungen daran teilhaben. Die in diesem Raum zirkulierenden Ideen müssen zunächst weitgehend die nationalen sozialpolitischen Behörden und Prozesse durchlaufen, bevor sie sich auf das Leben des einzelnen Unionsbürgers auswirken, und es kann vorkommen, dass nur ein loser Zusammenhang zwischen den auf europäischer und auf nationaler Ebene geführten Diskussionen besteht. Dennoch sind Anleihen bei der Politik der anderen Mitgliedstaaten in vielen Bereichen der Sozialpolitik wichtig.

In einigen Politikbereichen gibt es sowohl spezifische Umsetzungsprobleme als auch Fragen auf der Ebene des politischen Austauschs und der politischen Debatte. Die Rahmenrichtlinie zur Gleichbehandlung (FETD), die Bestimmungen über Behinderungen enthält, ist da ein Beispiel. Die FETD ist ein europäisches Rechtsinstrument und muss in nationale Rechtsvorschriften der

Mitgliedstaaten umgesetzt werden. Dennoch geht ihr Wert zum großen Teil nicht auf die strikten Umsetzungsanforderungen zurück, sondern auf ihren Beitrag zur Gestaltung und Verdeutlichung bestimmter sozialpolitischer Themen.

Was die Behindertenpolitik anbelangt, sollte der gemeinsame europäische Politikraum auch in den Kontext eines breiteren internationalen politischen Raumes gestellt werden, wo Probleme der Behindertenpolitik angesprochen werden. Bemerkenswert sind die Anstrengungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO), bewährte Praktiken zu fördern, die dazu beitragen, den Begriff „Behinderung" besser zu verstehen und Methoden für die Erhebung von Informationen zum Thema Behinderung zu entwickeln. Auf die Arbeit der WHO und ihr Verhältnis zu Fragen europäischer Politik im Allgemeinen sowie zu diesem Projekt im Besonderen wollen wir in Kapitel 2 näher eingehen.

Die Kommission hat in den Ausschreibungsunterlagen erläutert, in welchem Zusammenhang dieses Forschungsvorhaben zu ihrer Sozialpolitik steht. Zwar hat sie einerseits darauf hingewiesen, dass die unterschiedlichen Definitionen der Behinderung in den Mitgliedstaaten Auswirkungen auf die Freizügigkeit haben und daher mit den oben geschilderten Problemen der rechtlichen und verwaltungstechnischen Zuständigkeit in Verbindung stehen, doch ging es bei vielen in der Ausschreibung angesprochenen Fragen eher um den Beitrag zur europaweiten Forschung, Analyse und Debatte. Die Kommission deutete an, dass Unklarheiten über die Definition der Behinderung eine Barriere für die Entwicklung einer vergleichenden Analyse und Politikbewertung darstellten. Sie wies auf die Verwendung unterschiedlicher Definitionen der Behinderung in unterschiedlichen Politikfeldern hin und bat darum, im Rahmen der Studie die Spannungen zwischen den verschiedenen Definitionen zu untersuchen. (Das Ausschreibungsdokument erwähnt insbesondere das Spannungsfeld zwischen den in Antidiskriminierungsvorschriften und den in der Beschäftigungspolitik verwendeten Definitionen, worauf noch in Kapitel 5 genauer eingegangen werden soll.) Die Kommission erläuterte darüber hinaus, welche Entwicklung die europäische Behindertenpolitik ihrer Meinung nach nehmen werde, indem sie nämlich von „der zunehmenden Verschiebung von einem medizinischen zu einem sozialen Ansatz bei der Definition der Behinderung" sprach. Eines unserer Ziele in dieser Studie ist es festzustellen, wie die Mitgliedstaaten diese Verschiebung interpretieren und durch die Entwicklung ihrer Definitionen des Begriffs „Behinderung" umsetzen.

Die Kommission bat um eine „analytische und beschreibende Darstellung der in den 15 Mitgliedstaaten im Rahmen von Antidiskriminierungsvorschriften, Beschäftigungsmaßnahmen und Leistungssystemen verwendeten wichtigsten Definitionen...". Wie wir später noch zeigen werden, müssen für eine analytische Darstellung der beispielsweise für einkommenssichernde Maßnahmen verwendeten Definition der Behinderung sehr viele Informationen erhoben werden. Selbst wenn es eine Wortform gibt, die die Zielgruppe einer Maßnahme allgemein definiert (und solche Definitionen sind nicht immer vorhanden), sind weitere Informationen erforderlich, um die Bedeutung dieses Wortes dahingehend zu verstehen, wer einbezogen und wer ausgeschlossen ist, was den inhaltlichen Definitionsprozess in diesem Zusammenhang ausmacht. Es war daher notwendig, bei den im Detail zu untersuchenden Gesetzen, Maßnahmen und Leistungen selektiv vorzugehen. Diesem Bericht sind drei Anhänge beigefügt, in denen die für ausgewählte Beschäftigungsmaßnahmen und Leistungssysteme verwendeten Definitionen dargelegt sind. Die Darstellung der Leistungssysteme ist in einkommenssichernde Maßnahmen und Beihilfeleistungen einerseits sowie in Maßnahmen zur Unterstützung bei grundlegenden Alltagshandlungen andererseits unterteilt. Letztere Maßnahmen reichen von kleinen Zuschüssen zu den Beförderungskosten bis zu bedeutenden Hilfepaketen, welche Menschen, die andernfalls vielleicht in Einrichtungen untergebracht werden müssten, ein selbständiges Leben ermöglichen. Die Diskussion konzentriert sich vorwiegend auf Geldleistungen. Fragen im

Zusammenhang mit der Definition der Behinderung werden deutlicher bei der Zuteilung von Geldmitteln gestellt als bei der Bereitstellung von Dienstleistungen und Sachmitteln. Es werden zwar einige Sachleistungen erörtert, doch nehmen wir beispielsweise Gesundheitsleistungen aus, wo es bei der Bewertung mehr um die Eignung spezieller medizinischer Maßnahmen als um die Feststellung geht, ob eine bestimmte Person behindert ist oder nicht.

Die Diskussion der in den Antidiskriminierungsvorschriften verwendeten Definitionen bildet den Schwerpunkt von Kapitel 5. Generell gibt es viel weniger Informationen darüber, wer unter die Antidiskriminierungsvorschriften fällt und wer nicht, als bei den anderen Definitionstypen. Letztgenannte Definitionen werden routinemäßig tagtäglich von Verwaltungsmitarbeitern, Ärzten und anderen benutzt, oft unter Verwendung schriftlicher Leitfäden, die das wichtigste Recherchematerial darstellten. Antidiskriminierungsvorschriften werden weniger häufig durch Gerichtsverfahren durchgesetzt, und es gibt kaum Fälle, die Definitionsfragen berühren, außer im Vereinigten Königreich.

Die Auswahl der einer detaillierteren Analyse zu unterziehenden Maßnahmen warf einige Fragen auf, von denen wir zu diesem Zeitpunkt nur auf eine eingehen wollen. In dem Ausschreibungsdokument ist von „Definitionen der Behinderung“ die Rede, wobei ein allgemeines Verständnis dieses Begriffs vorausgesetzt wird. Wenn man das Verfahren zur Feststellung der Anspruchsberechtigung in Bezug auf eine Invalidenrente (zum Beispiel) als eine „Definition der Behinderung“ beschreibt, wird das Wort „Behinderung“ in einem umfassenderen Sinne verwendet. Man könnte dagegen einwenden, dass einige der von uns behandelten Renten nicht wirklich „Invaliditätsrenten“, sondern - sagen wir - „Schädigungsrenten“ seien, wobei wir das Wort „Schädigung“ genau in dem von der Weltgesundheitsorganisation in ihrer Internationalen Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen (ICIDH) (siehe Kap. 2) definierten Sinne verwenden. Es würde eindeutig dem Zweck der Studie widersprechen, solche Bestimmungen auszulassen, die nicht *a priori* einer bestimmten Vorstellung von Behinderung entsprechen, selbst wenn diese Vorstellung auf internationalen Standards der Begriffsdefinition basiert. Das Forschungsziel besteht darin herauszufinden, was Behinderung in den einzelnen Mitgliedstaaten bedeutet, indem wir einen Blick auf ihre politischen Maßnahmen werfen.

Dieser Ansatz jedoch stellt uns vor das umgekehrte Problem. Die Mitgliedstaaten verwenden offensichtlich unterschiedliche Begriffe für unterschiedliche Maßnahmen. Wenn wir uns nur mit den Maßnahmen befassen würden, für die der Staat den Begriff „Behinderung“ verwendet, bekämen wir keine vergleichbaren Daten. Es war daher unvermeidlich, den Umfang der Studie festzulegen, ohne jedoch den Begriff „Behinderung“ zu definieren. Zur Festlegung des Umfangs der Studie haben wir die nationalen Berichterstatter darum gebeten, Maßnahmen auszuwählen, bei denen der langfristige Gesundheitszustand einer Person eines der Zuerkennungskriterien war. Es ist dies ein wichtiger Umstand und bedeutet, dass die in diesem Bericht erörterten Maßnahmen zwar einen Vergleich der Definitionsansätze erleichtern, aber keinen Vergleich des Leistungsniveaus für behinderte Menschen, wie auch immer diese definiert sind, in den jeweiligen Staaten zulassen. So gibt es zum Beispiel Maßnahmen, insbesondere im Bereich der Sozialunterstützung, bei denen die Leistungen in einem Mitgliedstaat vom Gesundheitszustand abhängen, während sehr ähnliche Leistungen in einem anderen unabhängig vom Gesundheitszustand gewährt werden. Die Verwendung einer exogenen Definition der Behinderung, wie z. B. einer Umfragedefinition, würde uns die Sicht darauf ermöglichen, wie es Menschen mit Behinderungen in einem Land mit spezifischen Maßnahmen ergeht, verglichen mit einem anderen Land, wo nur allgemeine Maßnahmen angeboten werden. Diese Studie ist für einen Vergleich dieser Art nicht geeignet, obgleich sie für eine solche Analyse die notwendigen Hintergrundinformationen liefert.

Ein anderes Vergleichsproblem stellt sich, wenn ein Staat den Begriff „Behinderung“ für eine Untergruppe seiner Maßnahmen reserviert hat und seine Behindertenpolitik auf diese Untergruppe konzentriert. Andere Maßnahmen, die auch vom Gesundheitszustand abhängen, können vom behindertenpolitischen Diskurs jenes Staates systematisch ausgenommen werden. Beispielsweise liegt der Schwerpunkt der Behindertenpolitik in Spanien auf der Zielgruppe des Rahmengesetzes über die soziale Eingliederung behinderter Menschen (LISMI), das von spezifischen Definitionsinstrumenten flankiert wird, die auf den ICIDH-Begriffen basieren. LISMI ist weit gefasst, gilt jedoch nicht für die wichtigste beitragsfinanzierte Invaliditätsrente, bei der die Anspruchsberechtigung unter Anwendung einer anderen Methode bewertet wird. Auch in anderen Staaten lässt sich mehr oder weniger feststellen, dass beitragsfinanzierte Invaliditäts- oder Berufsunfähigkeitsleistungen vom allgemeinen behindertenpolitischen Diskurs ausgenommen sind. Umgekehrt gibt es Staaten, vor allem die Niederlande und in gewissem Umfang auch das Vereinigte Königreich, in denen sich die Behindertenpolitik sehr stark auf die Bezieher einkommenssichernder Leistungen konzentriert. Eines unserer Forschungsziele ist es, diese unterschiedlichen Schwerpunkte aufzuzeigen und zu erklären, wie diese sich jeweils auf die nationale Behindertenpolitik auswirken. Wir betrachten das als unerlässliche Voraussetzung für einen sinnvollen länderübergreifenden Austausch zur Behindertenpolitik.

Die Kommission hat ausdrücklich darauf hingewiesen, dass ihr Ziel bei der Vergabe des Forschungsauftrags nicht in der Entwicklung einer einzigen Standarddefinition bestehe, sondern in der Entwicklung eines Rahmens, innerhalb dessen unterschiedliche Definitionen angesiedelt sein und verglichen werden könnten. Bei der Entwicklung eines solchen Vergleichsrahmens ging es uns vor allem um zwei Anliegen. Erstens muss ein jeder solcher Rahmen für die Beschreibung der Behindertenpolitik der Mitgliedstaaten relevant und sinnvoll sein. Wie wir in Kapitel 2 noch näher erläutern werden, waren wir uns sehr wohl der Schwierigkeiten bewusst, Fragebögen in die Behindertenpolitik einzuführen, wo es von der Formulierung der Fragen abhängt, ob es eine hohe Nichtbeantwortungsrate gibt oder ob vorsichtige Antworten gegeben werden, die von Unsicherheit hinsichtlich der Bedeutung der Fragen zeugen. Wir haben das Problem der länderspezifischen Relevanz dadurch gelöst, dass wir für die nationalen Berichte ein recht offenes Format gewählt und uns dabei auf die Sachkenntnis der Berichterstatter verlassen haben, um eine sinnvolle Darstellung der nationalen Behindertenmaßnahmen zu gewährleisten. Sobald die Berichte vorlagen, musste das Projektteam einen Vergleichsrahmen entwickeln, bei dem die Fülle an Einblicken und Details zumindest teilweise erhalten bleiben würde.

Unser anderes Anliegen war sicherzustellen, dass der Rahmen für die auf europäischer Ebene geführte politische Debatte über die Definition der Behinderung relevant sein musste. Wie oben bereits erwähnt, geht es dabei um ein breites Themenspektrum, von der Koordinierung der Sozialversicherung bis zu den Auswirkungen, die die Anwendung des sozialen Ansatzes bei der Definition der Behinderung haben kann. Zwar scheinen diese Themen sehr unterschiedlich zu sein, doch werfen sie ein Schlaglicht auf ganz ähnliche Dinge. Für all diese verschiedenen Zwecke mussten wir wissen, wie Entscheidungen darüber getroffen werden, wer für eine Leistung in Frage kommt und wer Anspruch darauf hat. Um die Darstellungen dieses Sachverhalts jedoch vergleichen zu können, mussten sie erst interpretierbar gemacht werden. Kontextbezogene Informationen über die nationalen Leistungssysteme und Beschäftigungsmaßnahmen wurden benötigt, doch ist eine kontextbezogene Darstellung eindeutig selektiv. Es war relativ unproblematisch herauszufinden, was für die Diskussion der Koordinationsprobleme ausgewählt werden musste, da in den maßgeblichen Verordnungen und EuGH-Entscheidungen die Faktoren genannt werden, die in puncto Koordination als relevant zu

betrachten sind. Den politischen Kontext darzustellen, der für eine Analyse der Anwendung des sozialen Ansatzes relevant wäre, war eine viel größere Herausforderung. Der nächste Abschnitt enthält eine Schilderung des sozialen Ansatzes für die Definition der Behinderung und zeigt auf, wie dieser die Forschungsanlage beeinflusst hat.

1.2 Der soziale Ansatz

Der soziale Ansatz wird normalerweise unter Bezugnahme auf sein Gegenteil, nämlich den medizinischen Ansatz erklärt. Dem medizinischen Ansatz zufolge ist Behinderung ein persönliches Problem, das direkt von der Krankheit, dem Unfall oder einem anderen Gesundheitsproblem verursacht wird und durch medizinische Maßnahmen, wie Rehabilitation, gebessert werden kann. Der soziale Ansatz hingegen betrachtet Behinderung nicht als eine einer Person innewohnende Eigenschaft, sondern als Produkt des sozialen Kontextes und Umfelds dieser Person, einschließlich der physischen Strukturen dieses Umfelds (Gebäudekonstruktionen, Beförderungssysteme usw.) sowie der sozialen Konstrukte und Überzeugungen, die zur Diskriminierung behinderter Menschen führen.

Eng verwandt mit dem medizinischen Ansatz ist der „Sozialfürsorgeansatz“ (Waddington und Diller, 2000), demzufolge medizinische Schädigungen automatisch zu Benachteiligung und Ausgrenzung führen, dem durch Geldleistungen und andere Maßnahmen der Sozialfürsorge abgeholfen werden kann. Es wird oft angenommen, dass die traditionelle Sozialpolitik den Sozialfürsorgeansatz einschließt und daher auf einer medizinischen Interpretation der Art der Behinderung basiert. Bei unserer Forschung sind wir nicht von dieser Annahme ausgegangen. Wir haben statt dessen die Frage, wie Behinderung in Bezug auf sozialpolitische Maßnahmen definiert wird, als Gegenstand empirischer Untersuchungen behandelt.

Es wird oft behauptet, dass der soziale Ansatz Auswirkungen auf die Definition der Behinderung hat. „Definieren“ heißt in diesem Kontext, die Art der Behinderung erklären. So können beispielsweise in Ausbildung befindliche Sozialarbeiter bei der Anwendung des sozialen Ansatzes angeleitet werden, indem man ihnen Einzelfallgeschichten von Menschen mit Behinderungen gibt und sie bittet, die Art ihrer Beeinträchtigungen und Benachteiligungen zu interpretieren und zu beschreiben. Der Auszubildende wird durch eine Sozialanalyse- und Sozialverständnisübung hindurchgeleitet.

Wenn Sozialbehörden im Laufe der Umsetzung zielgerichteter politischer Maßnahmen Definitionen entwickeln, lassen sie sich auf einen anderen Definitionsprozess ein. Sie „definieren“ in dem Sinne, dass sie Grenzen aufzeigen und skizzieren, wer in die ausgewiesene Kategorie einzuordnen ist. Der soziale Ansatz liefert keine einfachen Anhaltspunkte, wo die Grenze zwischen behinderten und nicht behinderten Menschen in der Sozialpolitik gezogen werden sollte. In der Tat halten viele Befürworter des sozialen Ansatzes das Ziehen von Grenzen an sich für schädlich.

Der soziale Ansatz liefert keine direkten Anhaltspunkte, wie in der Sozialpolitik angewandte Definitionen formuliert und operationalisiert werden sollten, doch wirft er eine Reihe wichtiger sozialpolitischer Fragen auf. Zuallererst impliziert der soziale Ansatz politische Maßnahmen, die eher auf die Beseitigung von Barrieren ausgerichtet sind, die eine uneingeschränkte Partizipation [Teilhabe] behinderter Menschen verhindern, als auf die „Problematisierung“ des behinderten Menschen. Das legt nahe, dass sich die Politik mehr darauf konzentrieren sollte, behindernde Situationen zu ermitteln, als behinderte Menschen. Diesen Ansatz finden wir bei der Entwicklung von Vorschriften über Gebäudekonstruktionen und Verkehrsinfrastruktur, die

verhindern sollen, dass neue behindernde Situationen entstehen, und die bestehende physische Barrieren abbauen sollen.

Diese Konsequenz aus dem sozialen Ansatz weist die politischen Entscheidungsträger auf das Potenzial zur Verbesserung des gesellschaftlichen Grundstocks an befähigenden (im Gegensatz zu behindernden) Faktoren hin. Das paradigmatische Beispiel für einen befähigenden Faktor ist eine Rollstuhlrampe. Sobald die Rampe installiert ist, ist deren Nutzung frei von Rivalität: d. h. wenn eine Person die Rampe benutzt, beeinträchtigt sie dadurch nicht den Zugang einer anderen. Die Grenzkosten der Verwendung einer Rampe sind gleich null (ein zusätzlicher Benutzer kostet nichts, von der üblichen Abnutzung einmal abgesehen). Aus diesem Grund ist es nicht nötig, zwischen behinderten Menschen und anderen zu unterscheiden, um Zugang zu der Rampe zu gewähren.

Zwar werden Rollstuhlrampen und Bordsteinabsenkungen oft als Beispiel für Maßnahmen dieser Art angeführt, doch ist deren Rahmen etwas weiter gesteckt. Konstruktionsentwürfe sind rivalitätsfrei (die Grenzkosten der Wiederverwendung eines Konstruktionsentwurfes bestehen nur aus den Kosten für die Übertragung der Konstruktionsdaten, z. B. für das Fotokopieren der Pläne), so dass auch „befähigende“ konstruktive Innovationen in diese Kategorie fallen. Maßnahmen zur Förderung von Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz sind potenziell ebenfalls befähigend und frei von Rivalität. Man beachte jedoch, dass eine nicht vorhandene Rivalität nicht bedeutet, dass diese Dinge kostenlos sind: Im Gegenteil, die Einführung solcher Maßnahmen kann sogar recht kostspielig sein. Sobald sie jedoch erst einmal eingeführt sind, müssen sie nicht selektiv zugeteilt werden.

Symbolische Maßnahmen, die Einstellungen beeinflussen und allgemeine Verhaltensmuster ändern sollen, sind rivalitätsfreie Faktoren - in der Tat beruht deren Wirksamkeit auf einer breiten gesellschaftlichen Akzeptanz. Symbolische Behindertenmaßnahmen verlangen keine genaue Abgrenzung dessen, was unter Behinderung zu verstehen ist. Dennoch kann es im Zusammenhang mit dem allgemeinen öffentlichen Verständnis von Behinderung Dinge geben, die spezielle Gruppen begünstigen oder benachteiligen (z. B. gelten geistesgestörte Menschen nicht immer als behindert), so dass bei einer symbolischen Maßnahme eventuell doch Definitionsfragen geklärt werden müssen, damit sie wirksam werden kann. Wie oben beschrieben, hat der soziale Ansatz erhebliche Auswirkungen auf die Definition der Behinderung in diesem Sinne.

Die vorliegende Studie untersucht die Definitionen, die in der Sozialpolitik bei der Zuteilung von Ressourcen verwendet werden, deren Nutzung auf Rivalität beruht. Dabei kann um Haushaltsmittel (d. h. finanzielle Mittel) oder um „Vorteile“ konkurriert werden, wie beispielsweise um eine besondere Berücksichtigung (Extrapunkte) bei der Vergabe von Arbeitsplätzen, Ausbildungsplätzen oder anderen knappen sozialen Leistungen. Es ist daher möglich, Erweiterungen des sozialen Ansatzes zu formulieren, die zeigen, welche Rolle die allgemeinen Grundsätze dieses Ansatzes bei der Durchführung von Maßnahmen dieser Art spielen könnten.

Eine mögliche Erweiterung besteht darin, den Rahmen für die Verwaltung sozialpolitischer Maßnahmen zu untersuchen, ohne eine Definition des Begriffs „Behinderung“ zu verwenden. In Bezug auf diese Maßnahmen könnten allgemeine Rechte festgelegt werden, die potenziell von jedem Bürger wahrgenommen werden könnten, aber wahrscheinlich für Menschen mit Behinderungen den größten Wert haben. Beispiele für solche Maßnahmen findet man am ehesten im Beschäftigungsbereich, so dass deren Wert auf behinderte Menschen begrenzt ist, die erwerbstätig sind. Dazu gehört das Recht, sich zwecks ärztlicher Behandlung frei zu

nehmen, und das Recht auf flexible Arbeitszeiten. Auch auf die Arbeitsumgebung bezogene Maßnahmen, wo der Arbeitgeber zu ausreichenden Vorkehrungen für jeden Arbeitnehmer verpflichtet ist, können für einige behinderte Arbeitnehmer von besonderem Wert sein. Der allgemeine Schutz vor Diskriminierungen (das Recht, nicht willkürlich und unfair behandelt zu werden) ist ebenfalls für Menschen mit Behinderungen besonders wertvoll, doch sobald ein Recht spezifisch behinderten Menschen unter Ausschluss der anderen vorbehalten ist, wird eine Definition benötigt. Auf diesen wichtigen Fall gehen wir ausführlicher in Kapitel 5 ein.

Die Struktur vieler Leistungen und Maßnahmen der europäischen Wohlfahrtsstaaten kann unter dem Gesichtspunkt des sozialen Ansatzes kritisch beleuchtet werden. Der soziale Ansatz stellt einige der Grundwerte und -annahmen in Frage, die den europäischen Wohlfahrtsstaaten zugrunde liegen. Insbesondere wird die Art und Weise hinterfragt, wie die Kategorien für die Ressourcenzuteilung zustande kommen. Der Wohlfahrtsstaat als ein nicht auf marktwirtschaftlichen Grundsätzen basierendes Zuteilungssystem hängt in erheblichem Maße von den Beschäftigten des Sozialwesens ab, wenn es darum geht, die Bedürfnisse zu erkennen und angemessene Zuteilungen vorzunehmen. Der soziale Ansatz stellt die Verwendung medizinischer Normen in Frage, wenn zwecks sozialer Leistungen festgestellt werden soll, wer der Kategorie „behindert“ zuzuordnen ist.

Allerdings sagt der soziale Ansatz, abgesehen von der Verwendung medizinischer Begriffe, nichts über andere Aspekte der Kategorisierung. Es gibt aber eindeutig andere Aspekte der sozialpolitischen Kategorienbildung, die am offensichtlichsten bei der Abgrenzung anderer sozialpolitischer Kategorien, wie der Arbeitslosigkeit, deutlich werden. Man kann in Bezug auf die Einrichtung von Behinderungskategorien auch fragen, ob diese in andere Kategorien eingeordnet werden sollten und wie die Grenzen zwischen Behinderung und anderen Kategorien zu ziehen sind. Diese Frage wirft weitere auf, nämlich was die Behinderung als Quelle der Benachteiligung kennzeichnet. Mit diesen „Abgrenzungsfragen“ befassen wir uns eingehender in Kapitel 4.

Der soziale Ansatz sagt auch nichts über die Auswirkungen anderer in der Sozialpolitik angewandter Zuteilungsgrundsätze, wie Beitragsvoraussetzungen und Bedürftigkeitsprüfungen. Man könnte zum Beispiel Folgendes behaupten: Wenn die in der Sozialpolitik angewandten Behinderungskategorien ungültig und diskriminierend sind, würde ein Grundeinkommen für alle eher den eigentlichen Grundsätzen des sozialen Ansatzes entsprechen. Mit dem sozialen Ansatz könnte man auch argumentieren, dass es wünschenswert wäre, Leistungen für Behinderte zu verallgemeinern (Mainstreaming), beispielsweise durch die Einbeziehung beschäftigungsfördernder Maßnahmen für behinderte Menschen in die von den Arbeitsämtern verwalteten Maßnahmen. Einige Mitgliedstaaten haben Schritte in diese Richtung unternommen, was näher in Kapitel 4 behandelt wird.

Es muss festgestellt werden, dass die EU-Einrichtungen zwar hinter dem sozialen Ansatz stehen, nicht jedoch hinter den hier beschriebenen möglichen Auswirkungen. Wenn es um die Bedürfnisse behinderter Menschen geht, gibt es Schwierigkeiten mit dem Mainstreaming und ist es problematisch, sich auf allgemeine Rechte zu berufen. Oft gibt es für die Sonderkategorie behinderter Menschen hochwertigere Vorkehrungen. Allgemeine Rechte sind unter Umständen nicht so definiert, dass die besonderen Bedürfnisse behinderter Menschen anerkannt werden, und die behinderten Menschen auf der Grundlage allgemeiner Bestimmungen zugewiesenen Ressourcen können durch die Konkurrenz anderer bedürftiger Gruppen, zum Beispiel älterer Menschen, geschmälert werden. In unserer Forschungsarbeit haben wir uns bemüht, einen Beitrag zur politischen Debatte über diese schwierigen Fragen zu leisten, indem wir in den

Mitgliedstaaten ergriffene relevante politische Initiativen ermittelt und deren Auswirkungen diskutiert haben.

1.3 Eine sozialpolitische Perspektive zur Definition der Behinderung

Wie im vorhergehenden Abschnitt gezeigt, gibt es unterschiedliche Ansätze für die Definition der Behinderung, die auf unterschiedlichen Ebenen zur Anwendung kommen. Eine Definition kann die Erklärung eines Konzepts sein: In diesem Sinne wird mit dem sozialen Ansatz der Begriff „Behinderung" (um-) definiert. Eine Definition kann auch eine Wortform sein, die genau die Art oder die wesentlichen Eigenschaften einer Sache benennt. So können wir in Gesetzen und Vorschriften zur Bekämpfung von Diskriminierungen sowie im Bereich Beschäftigung und Sozialversicherung Wortformen finden, die definieren, wer behindert ist und wer nicht. Wo dies möglich war, haben wir Informationen über die im Sozialrecht verwendeten Wortformen gesammelt, die Sie in den Anhängen unter der Überschrift „Allgemeine Definitionen" finden können. Jedoch wird nicht bei allen behindertenpolitischen Maßnahmen Behinderung in diesem Sinne definiert. Manchmal wird eher der Zweck der Maßnahme genannt, als dass Behinderung definiert wird, z. B. „[Bezeichnung der Rente] ist zahlbar an versicherte Personen, die aufgrund von Invalidität nicht erwerbsfähig sind" oder „[Bezeichnung der Leistung] ist eine auf Bedürftigkeitsprüfung beruhende Zuwendung für Personen mit einer spezifizierten Behinderung". Natürlich müssen wir bei diesen Beispielen herausfinden, was mit „aufgrund von Invalidität nicht erwerbsfähig" oder „eine spezifizierte Behinderung" gemeint ist, bevor wir etwas darüber sagen können, wie der Begriff Behinderung definiert wird. Ein anderer in den Rechtsvorschriften festgestellter Ansatz besteht darin, vielmehr das Verfahren zur Definition der Behinderung zu spezifizieren als die Definition selbst, z. B.: „eine Person ist behindert, wenn dies von einem für den entsprechenden Zweck eingerichteten Ausschuss festgestellt wurde". Hier müssen wir wissen, welche Informationen und Regeln dieser Ausschuss als Entscheidungsgrundlage heranzieht, bevor wir erkennen können, wie Behinderung definiert ist.

Während die Rechtsvorschriften, die die durch Verwaltungsprozesse umgesetzten Maßnahmen regeln, oft keine genaue Definition der Behinderung enthalten, trifft auf den Bereich der Antidiskriminierungsvorschriften das Gegenteil zu. Es wurden einige Anstrengungen unternommen, um für die Antidiskriminierungsvorschriften die geeigneten Wortformen zu finden. Die im *Americans with Disabilities Act* enthaltene Definition ist mittlerweile Gegenstand umfangreicher akademischer und politischer Literatur. Das spiegelt die Art der Umsetzung auf diesem Rechtsgebiet wider. Die Wortform nimmt einen zentralen Platz ein in dem Prozess, in dem Richter und andere Schiedspersonen feststellen, in welcher Beziehung ein bestimmter Sachverhalt zum Gesetz steht. Auf Einzelfallbasis wird so allmählich ein Grundstock an Auslegungsdaten angesammelt, die den Wörtern ihre Bedeutung verleihen.

In dieser Studie wurden wir mit der Aufgabe konfrontiert, Definitionen zu untersuchen, die hauptsächlich eher durch Verwaltungsprozesse als durch juristische Verfahren in die Praxis umgesetzt werden. In einigen Bereichen gibt es das Fallrecht aufgrund von gegen Verwaltungsentscheidungen eingelegten Rechtsmitteln, und wir hätten versuchen können, die Definitionen des Begriffs „Behinderung" durch eine Analyse des Fallrechts zu untersuchen. Dies hätte uns einen Einblick in die problematischen und streitigen Aspekte der Definition der Behinderung in jenen Bereichen der Sozialpolitik gegeben, wo Rechtsmittel gegen gerichtsähnliche Einrichtungen zur Verfügung stehen und genutzt werden und wo begründete Entscheidungen veröffentlicht werden. Eine andere Methode bestünde darin, besondere medizinische Probleme auszuwählen, von denen man weiß, dass sie Fragen über die Sicherheit der Diagnose (wie das chronische Müdigkeitssyndrom) oder über die Auswirkungen

des Problems auf die Funktionsfähigkeit (z. B. Diabetes) aufwerfen, und zu vergleichen, wie diese Probleme in den Verwaltungsprozessen der in der Studie untersuchten Staaten behandelt werden. Diese Forschungsmethoden könnten zu interessanten Ergebnissen führen, doch waren wir der Meinung, dass der logische erste Schritt bei der Untersuchung dieses Themas darin bestehen müsse, die tagtäglichen Definitionsprozesse zu ermitteln, die bei der routinemäßigen Umsetzung der Sozialpolitik eine Rolle spielen. Zu diesem Zweck haben wir Informationen über die Verwaltungsprozesse beschafft und Stellungnahmen eingeholt, wie die an der Formulierung und Umsetzung der Sozialpolitik beteiligten Akteure Definitionsfragen wahrnehmen und behandeln. Unsere Erkenntnisse über die Verwaltungsprozesse sind in den Anhängen enthalten und werden in den Kapiteln 3 und 4 zusammengefasst. Wir beschreiben die unterschiedlichen Arten von Instrumenten, die bei der Bewertung verwendet werden (Tabellen der Schädigungen, Listen der Fähigkeiten, Beschreibungen von Arbeitsanforderungen usw.), das Personal, das die Entscheidungen trifft, und die institutionellen Zusammenhänge, in denen diese Mitarbeiter tätig sind. Kapitel 4 stellt vier Modelle zur Feststellung der Behinderung vor; deren Schlüsselparameter sind die Frage, inwieweit man sich auf medizinische Beweise stützt, sowie der Grad der Ermessensfreiheit, der dem Entscheidungsträger zugestanden wird.

Dieser Ansatz, Fragen im Zusammenhang mit der Definition der Behinderung zu formulieren, deckt eindeutig einen ganz anderen Bereich ab als die Debatte über die Definition der Behinderung in den Antidiskriminierungsvorschriften. Die Zwänge und Notwendigkeiten bei der Entscheidungsfindung in der Verwaltung sind andere als in Gerichtsverfahren. Eine Kontrolle der Verwaltungskosten und Zeitnähe sind zentrale Fragen in Verwaltungsprozessen, so dass die Datenerhebung etwas sparsam ausfällt. Die Übereinstimmung der Entscheidungsträger ist ein wichtiges Ziel bei der Gestaltung und beim Management von Verwaltungsprozessen, obwohl unsere Analyse darauf schließen lässt, dass unterschiedliche Behörden unterschiedliche Vorstellungen davon haben, was Übereinstimmung bedeutet und wie sie aufrechterhalten werden kann. Doch der größte Unterschied zwischen Verwaltungs- und Gerichtsverfahren hat mit der Haushaltsführung zu tun. Die Wahrung der Finanzkontrolle und die zielgerichtete Zuteilung der Finanzmittel an die vorrangigsten Bezieher sind zentrale Anliegen bei der verwaltungstechnischen Umsetzung der Sozialpolitik, wohingegen die Haushaltsführung nicht generell ein Anliegen der Judikative ist.

Die ausdrückliche Berücksichtigung der Mittelzuteilung in den sozialpolitischen Verwaltungsprozessen wirft weitere Fragen auf, die in Kapitel 3 erläutert werden. Dort untersuchen wir die Definition der Behinderung unter dem Gesichtspunkt der Abgrenzung sozialpolitischer Kategorien. Die Kategorisierung ist eine der Grundtechniken der Ressourcenzuteilung in der Sozialpolitik. Anhand früherer Arbeiten (Bolderson und Mabbett, 2001) haben wir festgestellt, dass die Verwendung von Behinderungskategorien in der Sozialpolitik von verschiedenen Richtungen aus in Frage gestellt wird. Nicht nur die Befürworter des sozialen Ansatzes kritisieren den Sozialfürsorgeansatz bei der Definition der Behinderung (siehe Abschnitt 1.2), auch die politischen Entscheidungsträger sind besorgt angesichts der steigenden Zahl derjenigen, die Leistungen aufgrund einer Behinderung erhalten. Behinderungskategorien bereiten besondere Probleme, wenn festgestellt werden soll, wer in die Kategorie gehört und wer nicht, und die Grenzen zwischen Behinderung, Arbeitslosigkeit und Vorruhestand haben sich als durchlässig und aus finanziellen und politischen Gründen manipulierbar erwiesen.

In Kapitel 3 möchten wir anhand einer Reihe von den nationalen Berichten entnommenen Beispielen veranschaulichen, wie sich diese Abgrenzungsfragen in den europäischen Staaten darstellen. In einigen Ländern hat die Verlagerung des Schwerpunkts auf aktive Maßnahmen und Teilhabe in der Arbeitslosenpolitik auch die Konzepte in der Behindertenpolitik beeinflusst.

Eine neue Begriffsbestimmung und eine neue Diagnose der Probleme von Arbeitslosen, von denen einige aufgrund geringer Bildung und Fertigkeiten oder sozialer Probleme vielleicht nur eingeschränkt beschäftigungsfähig sind, gingen einher mit der Entwicklung einheitlicher Beschäftigungsmaßnahmen für unterschiedliche Gruppen von Menschen, die „schwer vermittelbar" sind, einschließlich der Menschen mit Behinderungen.

Das Ziel der Beschäftigungsförderung für behinderte Menschen hat sich auch auf die einkommenssichernden Maßnahmen ausgewirkt. Die OECD hat eine Neudefinition der Behinderung bei der Gewährung von Geldleistungen befürwortet, bei der nicht Behinderung mit Erwerbsunfähigkeit gleichsetzt wird (OECD, 2002). Statt dessen könnten sowohl Erwerbstätigen als auch Nichterwerbstätigen Leistungen wegen Behinderung gezahlt werden. Mehrere Staaten zahlen Leistungen an behinderte Menschen, unabhängig davon, ob sie arbeiten oder nicht, um ihnen die Bestreitung der mit ihrer Behinderung verbundenen Extrakosten zu erleichtern. Das Gegenstück zum OECD-Vorschlag bestünde darin, die „gewöhnliche" einkommenssichernde Leistung für nicht erwerbstätige behinderte Menschen mit dem Arbeitslosengeld zusammenzulegen, oder allgemeiner gesagt, einkommenssichernde Maßnahmen für die Bevölkerung im Erwerbsalter nicht an Kategorien zu binden. Einige Länder treffen in ihrem allgemeinen Sozialunterstützungssystem bereits jetzt keine Unterscheidung mehr zwischen Arbeitslosigkeit und Behinderung, andere verändern das System und verringern die Bedeutung der Kategoriegrenzen (beispielsweise durch Anpassung der Leistungssätze). Viele Staaten stünden jedoch vor erheblichen institutionellen Hindernissen, würden sie einen nicht kategorialen Ansatz verfolgen. Dies trifft insbesondere auf die Versicherungsleistungen zu, wo oft unterschiedliche Behörden für die Arbeitslosen- und die Invaliditätsversicherung zuständig sind und eine Einteilung in Kategorien für die Zuweisung der institutionellen Zuständigkeit daher von entscheidender Bedeutung ist.

Während Arbeitslosenversicherung und Invaliditätsversicherung institutionell häufig voneinander getrennt sind, gibt es in einigen Ländern institutionelle Verbindungen zwischen Invaliditätsversicherung und Rentenversicherung. Insbesondere dort ist der Bezug von Leistungen wegen Behinderung stark altersabhängig (OECD, 2002, Tabelle 4.8). Einige Staaten verwischen die Grenze zwischen Behinderung und Rente durch Vorruhestandsregelungen, die Anzeichen für eine gesundheitliche Beeinträchtigung voraussetzen. Maßnahmen zur Anhebung des effektiven Rentenalters, die einige Länder als Reaktion auf das höhere Durchschnittsalter ihrer Bevölkerung einführen, wirken sich so aus, dass aufgrund von Behinderung gezahlte Leistungen als Weg zu einem vorzeitigen Ausstieg aus dem Erwerbsleben benutzt werden.

Was die Unterstützung bei grundlegenden Alltagshandlungen anbelangt, gibt es eine Grenze zwischen dem „normalen" Alterungsprozess und einer Behinderung. Einige Länder haben Vorkehrungen für behinderte Menschen, die bedeutend vorteilhafter sind als jene für gebrechliche alte Menschen, was Fragen der Gerechtigkeit aufwirft und die kategorialen Definitionen in Frage stellt, da die Anreize, als behindert eingestuft zu werden, stark sind. Andere Staaten haben ihre Vorkehrungen für gebrechliche alte Menschen und für behinderte Menschen zusammengefasst, stehen nun aber vor dem umgekehrten Problem, dass die Mittel, die für behinderte jüngere Menschen zur Verfügung stehen, durch die Ansprüche der älteren geschmälert werden.

Kurz gesagt, dieser Bericht enthält Informationen und Analysen, die für eine Reihe aktueller Fragen über die Verwendung von Behinderungskategorien in der Sozialpolitik relevant sind. Er beschreibt, wie und für welche Zwecke die europäischen Länder solche Kategorien einrichten, sowie die Umstände, unter denen Behinderungskategorien zugunsten nicht kategorialer

Ansätze vermieden werden könnten. Er macht ferner deutlich, wie sich wohlbekannte allgemeine Merkmale der sozialpolitischen Strukturen der einzelnen Länder, wie der Umfang der Fragmentierung oder Integration der Leistungsträger, die Anwendung der Bedürftigkeitsprüfung und die Rolle des Grundsatzes der Beitragsbezogenheit, indirekt auf die Kategorisierung der Behinderung auswirken. Er zeigt einerseits, wie man eine wichtige neue Form der ordnungspolitischen Sozialpolitik, die Antidiskriminierungsvorschriften, stärker der „traditionelleren" Sozialpolitik zurechnen könnte, und andererseits, dass seit langem etablierte budgetorientierte sozialpolitische Maßnahmen selbst Gegenstand von Reformen und Entwicklungen werden, die Ausdruck einer neuen Denkweise zum Thema Behinderung sind.

Kapitel 2 Forschungskontext und Forschungsanlage

Es gibt eine Reihe von Studien, die für dieses Forschungsprojekt relevant sind und sich teilweise mit demselben Gebiet befassen. Probleme beim länderübergreifenden Vergleich von Daten zur Behinderung wurden in Studien der EU-Mitgliedstaaten (Rasmussen et al., 1999) und der OECD (Gudex und Lafortune, 2000) angesprochen. Es gibt besonders zahlreiche Forschungsarbeiten zur Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen, die oft Definitionsfragen berühren (z. B. Prins et al., 1992; Thornton, Sainsbury und Barnes, 1997). Unter der Schirmherrschaft der Europäischen Kommission wurde im Jahr 2000 eine Europäische Expertengruppe zur Beschäftigung behinderter Menschen (European Group of Experts on Employment for Disabled People) (van Elk et al, 2000) ins Leben gerufen; eine ihrer ersten Aufgaben bestand darin, vergleichbare Statistiken über die Beschäftigungssituation behinderter Menschen zu ermitteln und zu entwickeln.

In diesem Kapitel beschäftigen wir uns eingehend mit drei Projekten, die für unser Forschungsvorhaben von unmittelbarer Bedeutung sind (Abschnitt 2.1). In Abschnitt 2.2 wollen wir erläutern, wie sich die Forschungsanlage dieses Projekts von der ähnlicher Studien unterscheidet, und einige der Konsequenzen diskutieren, die sich für die Interpretation unserer Erkenntnisse daraus ergeben.

2.1 Verwandte Forschungsarbeiten

ICIDH und ICF

In den vergangenen 30 Jahren hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) eine führende Rolle gespielt, wenn es darum ging, die Erhebung länderübergreifend vergleichbarer Daten durch die Entwicklung eines konzeptionellen Rahmens zum Thema Behinderung zu fördern. Die Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen (ICIDH) wurde in den 1970er Jahren entwickelt und von der WHO 1980 veröffentlicht. In dieser Klassifikation wurden drei Begriffe definiert: Schädigung (Beeinträchtigung einer Körperfunktion oder -struktur im Sinne einer Abweichung), Fähigkeitsstörung (Schwierigkeit oder Unmöglichkeit, eine Aktivität durchzuführen, oder Verhaltensprobleme der Person infolge einer Schädigung) und Beeinträchtigung (gesellschaftliche Benachteiligung aufgrund einer Behinderung). Die ICIDH war ein Rahmen, der die Ärzte und anderen Benutzer dazu ermutigte, über das Thema Gesundheit in einem weiter gefassten Kontext als Pathologie und Therapie nachzudenken. Sie kann als Teil eines Forschungsprogramms betrachtet werden, das auch wichtige Erkenntnisse über die Zusammenhänge zwischen sozioökonomischer Stellung und

Gesundheit lieferte und Fragen über Ungleichheiten in puncto Gesundheit, den Zugang zur Gesundheitsversorgung und die Finanzierungsstrukturen des Gesundheitssystems aufwarf.

Die ICIDH hatte großen Einfluss und hat die in dieser Forschungsarbeit beschriebenen Bewertungssysteme mit geprägt. Zwei Systeme nehmen ausdrücklich Bezug auf die ICIDH, nämlich der französische „Guide Barème“ und die spanische „Valoración de las situaciones de minusvalía“ (VM). Beide entwickeln die Gedanken der ICIDH - jedoch auf recht unterschiedliche Weise - weiter. Im französischen System wird die Schwere einer Schädigung durch eine Betrachtung der behindernden Folgen bewertet; anders ausgedrückt, die Behinderung liefert ein einheitliches Konzept oder einen Messwert zur Quantifizierung und Kombination verschiedener Schädigungen. In der spanischen VM wird ein etwas anderer Ansatz verfolgt: Schädigung, Fähigkeitsstörung und Beeinträchtigung werden als Elemente der Gesamtbewertung betrachtet, der eine Person zur Ermittlung ihres Anspruchs auf Leistungen und auf den Zugang zu Dienstleistungen unterzogen wird. Allein die Tatsache, dass die ICIDH auf so unterschiedliche Weise interpretiert werden konnte, zeigt, dass es sich hier eher um einen offenen Rahmen handelte als um ein endgültiges Schema zur Feststellung, wer behindert ist und wer nicht. Trotz dieser Offenheit stieß der Rahmen auf Kritik, insbesondere hinsichtlich der impliziten linearen Zusammenhänge zwischen Schädigung, Fähigkeitsstörung und Beeinträchtigung.

Die von der WHO überarbeitete Fassung der ICIDH, jetzt Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) genannt, wurde 2001 fertiggestellt. Beibehalten und sogar noch verstärkt wurde die Offenheit des ursprünglichen Rahmens. Insbesondere der Begriff „disability/Behinderung“ wird innerhalb dieses Systems nicht mehr definiert; statt dessen wird das gesamte Bild im Zusammenhang mit dem breit gefassten Konzept der Behinderung durch die Berücksichtigung dreier Dimensionen erfasst: Schädigungen der Körperstrukturen und -funktionen, Beeinträchtigung der Aktivitäten und Beeinträchtigung der Partizipation [Teilhabe].

Ein wichtiges Merkmal des Ansatzes, der in der ICF angewendet wurde, ist die „Generalisierung“ des Verständnisses von Behinderung. Diesem Ansatz zufolge ist die gesamte Bevölkerung aufgrund der Begleitumstände von chronischen Krankheiten und Behinderung „bedroht“ (Zola, 1989, S. 401). Das ICF-System nennt keine Schwellenwerte, um zu definieren, wer behindert ist und wer nicht; statt dessen werden in der gesamten Bevölkerung Aspekte von Behinderung und Behinderungsgrade ausgemacht. Für viele Statistiken, die Daten zur Behinderung verwenden, müssen keine Schwellenwerte festgelegt werden. Beispielsweise können Statistiken, die ein summarisches Bild des Gesundheitszustands der Bevölkerung vermitteln, Elemente enthalten, die einen Bezug zur Behinderung im Rahmen des Kontinuums Gesundheitszustand aufweisen. Bei diesem Ansatz ist es nicht erforderlich zu definieren, wer als behindert betrachtet wird und wer nicht. Daraus folgt, dass der internationale Vergleich von Behindertenstatistiken nicht zwangsläufig die Lösung des Problems der Schwellwertdefinition verlangt.

Der universelle Ansatz lässt es zu, dass die Forscher für bestimmte Zwecke Schwellenwerte festsetzen. Schneider (2001) weist auf den Unterschied zwischen apriorischen und aposteriorischen Definitionsansätzen hin. Der apriorische Ansatz besteht darin, beispielsweise folgende Frage zu stellen: „Sind Sie taub oder blind oder haben Sie eine Körperbehinderung?“ Die Antwort auf diese Frage klassifiziert den Betreffenden als behindert oder nicht behindert. Aposteriorische Ansätze finden wir bei Volkszählungen und Erhebungen, deren Aufbau mehrere Schwellen zur Unterscheidung von behinderten und nicht behinderten Menschen sowie zwischen Untergruppen von Behinderten zulässt. Diese Quellen sammeln Informationen, die den Nutzer in die Lage versetzen, Schwellen entsprechend seiner Fragestellung zu

bestimmen, indem er die wichtigsten Fragen und Antworten auswählt und die entscheidenden Kodierungen festlegt. Bei unterschiedlichen Fragestellungen können unterschiedliche Grenzlinien gezogen werden.

Beim internationalen Vergleich der sozialpolitischen Maßnahmen geht es im Grunde um die Frage, wie die Sozialbehörden Schwellen festsetzen. Das Forschungsziel besteht darin, die politischen und verwaltungstechnischen Entscheidungen zu verstehen, die bei der Festsetzung von Schwellen eine Rolle spielen. Es ist dies ein anderes Forschungsproblem als die Generierung eines Datensatzes als Grundlage zur Erforschung der verschiedenen Aspekte der Behinderung. Wir können davon ausgehen, dass die Sozialbehörden ihre Informationen selektiv beschaffen, indem sie in Daten investieren, die für ihre Entscheidungsfindung relevant sind.

Der Europarat: Feststellung der Behinderung

In den Jahren 1997-2000 hat der Europarat eine Studie zur Feststellung der Behinderung in Europa („Assessing Disability in Europe", Europarat, 2002) durchgeführt. Wie die vorliegende Studie befasste sich auch die Studie des Europarats mit Situationen, in denen Leistungen oder Dienstleistungen auf der Grundlage einer Überprüfung der Behinderung zugeteilt bzw. erbracht werden. In dieser Studie wurden die Bedingungen, unter denen eine Leistung gewährt wird, in zwei Gruppen unterteilt:

i. persönliche und demografische Faktoren, wie Alter, Einkommen, Beitragszahlungen usw.

ii. die Voraussetzung des Sachverhalts der Behinderung.

Die Untersuchung des Europarats konzentrierte sich auf Methoden zur Feststellung dieser letztgenannten Voraussetzung. Man fand heraus, dass vier allgemeine Methoden bei der Feststellung der Behinderung zur Anwendung kamen: die Verwendung von Richtwerttabellen[1], die Bewertung der Pflegebedürftigkeit, die Messung der funktionellen Fähigkeiten und die Berechnung der finanziellen Einbuße. Es werden sehr detaillierte Informationen über unterschiedliche nationale Richtwerttabellen (Tabellen mit einem gewissen Behinderungsgrad in Prozent, der bestimmten Schädigungen entspricht) geliefert, und wir haben davon Abstand genommen, diese Informationen in unseren Erkenntnissen zu reproduzieren. Allerdings enthält das nachstehende Kapitel 3 detailliertere Informationen über die anderen Feststellungsmethoden als der Europarat-Bericht.

Der vom Europarat entwickelte Fragebogen gibt teilweise die offiziellen Positionen des Europarats wieder, und zwar in Bezug auf (a) den Einsatz multidisziplinärer Teams, (b) die Anwendung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Geldleistungen" und (c) die Verwendung der WHO-Standards und -Konzepte (es wird auf die alte ICIDH Bezug genommen, die zum Zeitpunkt der Untersuchung noch aktuell war). Fragen zu diesen Themen stehen im Zusammenhang mit der Empfehlung Nr. R (92) 6 des Europarats zu einer kohärenten Politik für Menschen mit Behinderungen. In der Empfehlung wird auch festgestellt, dass Menschen mit Behinderungen Zugang zu einem Mindesteinkommen, spezifischen Beihilfen und einem Sozialschutzsystem haben sollten; in dem Fragebogen werden die Befragten gebeten, die von ihnen in Anspruch genommenen Maßnahmen unter folgenden Überschriften einzutragen: langfristige Invaliditätsleistungen, kurzfristige Invaliditätsleistungen, Leistungen für Kinder, Pflegebeihilfen und persönliche Unterstützung bei Bildung und Berufsbildung, technische

[1] Anm. der Übers.: Die Verfasser des Berichts haben sich auf eine einheitliche Sprachregelung zur Beschreibung und zum Vergleich der länderspezifischen Sachverhalte geeinigt, was in der Übersetzung weitestgehend beibehalten wurde. So wurden die im englischen Original zitierten „baremas" mit Richtwerttabellen und die „impairment tables" mit Tabellen der Schädigungen übersetzt, die in Deutschland den GdB- bzw. MdE-Tabellen entsprechen.

Hilfsmittel und Wiedereingliederung in das Berufsleben. Diese Studie hatte daher einen größeren Erfassungsbereich als die vorliegende, dadurch dass sie Bildungsmaßnahmen und Leistungen für Kinder einbezog. Antidiskriminierungsvorschriften wurden von der Studie jedoch nicht erfasst; sie waren Gegenstand einer getrennten Untersuchung zwei Jahre zuvor (Europarat, 2000).

Die Interpretation der Fragebogenantworten bereitete einige Probleme, die in dem Kommentar zum Europarat-Bericht auch eingeräumt werden. Insbesondere „Legaldefinitionen, wie Invalidität oder Erwerbsunfähigkeit, beziehen sich nicht notwendigerweise auf die gleichen Konzepte.... Begriffe wie Schädigung oder Behinderung werden oft alternativ und nicht immer mit Bezug auf die ICIDH-Definitionen verwendet“ (Europarat, 2002, S. 44-45). Obwohl erhebliche Anstrengungen unternommen wurden, um sicherzustellen, dass die Befragten die Fragebogen richtig verstanden hatten, wurden die Fragen von unterschiedlichen Befragten unterschiedlich interpretiert (S. 12).

Die aufgrund der Europarat-Studie erstellten Berichtsentwürfe wurden uns zu Beginn dieses Projekts im Oktober 2000 dankenswerterweise zur Verfügung gestellt und haben uns in mehrfacher Hinsicht geholfen, Entscheidungen über die Forschungsanlage für unserer Projekt zu treffen. Das gilt insbesondere in folgenden Fällen:

i. In dieser Studie haben wir nicht *a priori* zwischen „Behinderungsfeststellung“ und anderen Voraussetzungen für die Gewährung von Leistungen unterschieden. Wir haben uns umfassender mit den Maßnahmen für behinderte Menschen befasst, um zu sehen, wie die Konzeption dieser Maßnahmen - insbesondere wie die Begünstigten ausgewählt und andere ausgeschlossen werden - unser Verständnis dessen erleichtern kann, was in der Sozialpolitik unter dem Begriff „Behinderung“ verstanden wird.
ii. Die Schwierigkeiten mit dem Fragebogen haben zu unserer Entscheidung beigetragen, die nationalen Berichterstatter darum zu bitten, für dieses Projekt zu beschreiben, wie Behinderung festgestellt wird, und dafür eine Checkliste zu verwenden, um sicherzustellen, dass wichtige Punkte berücksichtigt werden.

Eines der Hauptziele des Europarats bestand darin, das länderübergreifende Verständnis unterschiedlicher Methoden zur Feststellung der Behinderung zu verbessern und herauszufinden, ob gemeinsame Ansätze entwickelt werden können, die es erleichtern würden, behinderungsbezogene Voraussetzungen der Anspruchsberechtigung grenzüberschreitend zu regeln. Einige Studienteilnehmer haben anscheinend gehofft, dass die Methode der Richtwerttabellen durch die Entwicklung einer europäischen Richtwerttabelle eine gemeinsame Plattform für eine länderübergreifende Koordination darstellen könnte, doch kam man in der Studie zu dem Schluss, dass solche Tabellen in Zukunft weniger weit verbreitet sein würden und auf jeden Fall erhebliche Mängel aufwiesen. In Kapitel 6 haben wir uns den Fragen, die sich aus den grenzüberschreitenden Personenbewegungen in Europa ergeben, mit einem anderen Ansatz genähert. Die Europarat-Studie nimmt das gegenwärtige Muster der Exportfähigkeit von Maßnahmen für Behinderte als gegeben hin, und untersucht, wie ein besseres Verständnis auf Verwaltungsebene den Umgang mit grenzüberschreitenden Fällen verbessern könnte. Wir befassen uns in der vorliegenden Studie mit den Grundsätzen, die über die Exportfähigkeit entscheiden, und überlegen, welche speziellen Leistungen angesichts der vom Europäischen Gerichtshof aufgestellten Kriterien und der im Vertrag festgelegten allgemeineren Ziele der Freizügigkeit exportfähig sein sollten und welche nicht.

Die OECD: Behinderung in Fähigkeit verwandeln

Kurz bevor wir unsere Studie begonnen haben, wollte die OECD im Rahmen eines Projekts herausfinden, welche vielversprechenden Kombinationen verschiedener Maßnahmen für Behinderte es gibt, und zeigen, wie Widersprüchlichkeiten bei einigen Kombinationen den Absichten der Behindertenpolitik zuwiderlaufen können (OECD, 2000, S. 5). Die OECD-Studie widmete sich daher einem besonderen politischen Problem: dem Konflikt zwischen Programmen zur Einkommenssicherung für behinderte Menschen und der Förderung „partizipatorischer" Maßnahmen - was in diesem Kontext Beschäftigungsförderung bedeutet. Folgende Diskussion basiert auf dem Entwurf des Abschlussberichts (OECD, 2002).

Die Anlage jener Studie machte es erforderlich, die Behindertenmaßnahmen gemäß zwei Ausrichtungen zu gruppieren: Integration/Aktivierung und Entschädigung/Einkommensersatzleistung. Die Behindertenmaßnahmen wurden entsprechend ihrer Ausrichtung klassifiziert, und die Informationen über die Maßnahmen wurden zusammengefasst und bewertet, um eine Typologie der Behindertenmaßnahmen zu entwickeln. Die Typologie sollte (a) die Quote der Bezieher von Leistungen wegen Behinderung und (b) die Erwerbsquote behinderter Menschen erklären. Es wurden sowohl Umfrage- als auch Verwaltungsdaten verwendet, und durch einen Vergleich dieser beiden Datenquellen ergaben sich einige wichtige Fragen.

Das Hauptziel der OECD-Studie - zu untersuchen, wie sich eine unterschiedliche Ausrichtung der Maßnahmen auf länderübergreifende Unterschiede bei der Zahl der Leistungsbezieher und den Erwerbsquoten auswirkt - unterscheidet sich recht stark vom Ziel unseres Forschungsprojekts. Es gibt jedoch recht viele Informationen in der OECD-Studie, die etwas über die unterschiedlichen Definitionen der Behinderung und über deren Auswirkungen auf Verwaltungsdaten, wie die Zahl der Leistungsbezieher, aussagen. Die OECD-Studie untersucht eine Reihe von Vorstellungen dahingehend, wie sich die Entscheidungsfindung in der Behindertenpolitik auf die Zahl der Leistungsbezieher auswirkt, einschließlich beispielsweise der Auswirkungen, die die Feststellung durch den behandelnden Arzt (Allgemeinmediziner usw.) im Vergleich zur Feststellung durch die Vertrauensärzte der Sozialversicherungen hat, sowie der Auswirkungen einer Bewertung der Erwerbsfähigkeit unter Bezugnahme auf die vorherige Beschäftigung im Vergleich zur Bewertung der Chancen am Arbeitsmarkt im Allgemeinen. Wie in Kapitel 7 näher behandelt, wurden auch die Definitionen der Behinderung, die bei den Einkommensersatzmaßnahmen zur Anwendung kommen, als ein Problem für die Entwicklung einer kohärenten Behindertenpolitik erkannt.

In der Studie wurde untersucht, inwieweit sich die den Zahlen der Leistungsbezieher und den Erwerbsquoten zugrunde liegenden Muster durch unterschiedliche politische Parameter und Ausrichtungen erklären lassen. Generell sind die Ergebnisse hier nicht eindeutig. So ist beispielsweise der Zusammenhang zwischen dem Umfang integrationsorientierter Maßnahmen und den Erwerbsquoten behinderter Menschen länderübergreifend recht gering. Diese Ergebnisse sind für die vorliegende Studie von Bedeutung, da sie darauf schließen lassen, dass es keine einfachen Zusammenhänge zwischen Maßnahmen, einschließlich der Definitionen der Behinderung, und Ergebnissen gibt, unabhängig davon, ob diese anhand von Verwaltungs- oder Umfragedaten gemessen werden.

2.2 Die Forschungsanlage

Es war ein zentrales Merkmal der Projektanlage, das Projekt als kooperative Aktion der 15 Mitgliedstaaten (und Norwegens, das auch teilgenommen hat) zu konzipieren. Wir haben Anfang 2001 und dann wieder 2002 Workshops in Brüssel mit den von uns zu Beginn

ernannten nationalen Berichterstattern veranstaltet. Der Berichterstatter für Luxemburg konnte nach dem ersten Treffen leider nicht weiter teilnehmen, so dass Luxemburg in dieser Studie nicht berücksichtigt ist.

Bei den nationalen Berichterstattern handelte es sich um Experten im Bereich der behindertenpolitischen Forschung, nicht um Vertreter der Mitgliedstaaten. Viele Forscher und Akteure waren der Ansicht, dass Menschen, die selbst Erfahrungen mit einer Behinderung gesammelt haben, am besten vermitteln könnten, was Behinderung eigentlich bedeutet. Widersprüche zwischen den Regeln und Praktiken der Behörden und den Erfahrungen und dem Wissen der von ihnen zu betreuenden Menschen werden in vielen Studien deutlich (z. B. Blaxter, 1976). Dieses Projekt widmet sich eher den Regeln und Praktiken der Behörden als den Erfahrungen Einzelner. Das Projekt war nicht darauf angelegt zu erforschen, welche Erfahrungen behinderte Menschen selbst im Laufe des Prozesses gemacht haben (wie sie darüber denken oder wie es ihnen damit ergangen ist). Statt dessen sollte im Rahmen des Forschungsvorhabens erfasst werden, welcher Art die politischen Ziele und Anliegen der Mitgliedstaaten in Bezug auf die Definition der Behinderung sind.

Für den ersten Workshop wurden drei Hintergrundpapiere verfasst. In einem wurde die abstrakte Literatur zu dem Thema und dessen Relevanz für das Projekt untersucht, das zweite lieferte einen Überblick über die jüngste länderübergreifende angewandte Forschung zum Thema Behinderung, und das dritte beschäftigte sich mit den gegenwärtigen Entwicklungen im Bereich der EU-Behindertenmaßnahmen. Die von den nationalen Berichterstattern durchzuführende empirische Arbeit wurde gemeinsam mit ihnen während des zweitägigen Workshops entwickelt, und es wurde eine Checkliste (später „alert list“, also in etwa Hinweisliste genannt) der zu behandelnden Fragen erstellt. Die Liste, das vereinbarte Format für die geplanten nationalen Berichte und die Hintergrundpapiere finden Sie auf der Projekt-Website unter: http://www.brunel.ac.uk/depts/govn/research/disability.htm .

Auswahl und Beschreibung der Maßnahmen

Es war eine der wichtigen auf dem Workshop getroffenen Entscheidungen, dass die nationalen Berichterstatter die zu untersuchenden Leistungen und Dienstleistungen selbst auswählen können, vorausgesetzt, diese Auswahl enthielte mindestens jeweils eine (Dienst-) Leistung aus den von der Kommission verlangten Gebieten (soziale Sicherheit, Beschäftigungsförderung und Antidiskriminierungsmaßnahmen) sowie andere, bei denen spezifische oder innovative Ansätze bei der Definition der Behinderung zur Anwendung kamen. Angesichts der den Berichterstattern zur Verfügung stehenden Zeit war es wichtig, ihnen klar zu machen, dass von ihnen kein umfassender Überblick über die in den einzelnen Staaten für behinderte Menschen vorhandenen Maßnahmen verlangt würde. Genauso wenig mussten sie über die Details der Beitragsvoraussetzungen, der Bedürftigkeitsprüfungen oder anderer Kriterien berichten (ein Großteil dieser Informationen wird ohnehin regelmäßig von MISSOC erhoben).

Die nationalen Berichterstatter hielten es jedoch für notwendig, eine ganze Menge an Kontextinformationen zu den erörterten Maßnahmen zu liefern. Entscheidend für unseren ganzen Ansatz ist unser Bemühen, die Bestimmung des Begriffs „Behinderung“ in den Kontext spezifischer Maßnahmen einzubetten. Man muss zumindest ein ungefähres Bild von den Maßnahmen haben, bevor man die Definitionen verstehen kann, und es kann schwierig sein, den Definitionsprozess von anderen Kriterien zu trennen, die den Zugang zu den Maßnahmen regeln. In den Anhängen wird im ersten Teil einer jeden länderspezifischen Zusammenfassung der sozialpolitische Kontext beschrieben und dabei das Verhältnis zwischen den Maßnahmen für behinderte Menschen und den Maßnahmen für andere Menschen mit ähnlichen Bedürf-

nissen, jedoch ohne gesundheitliche Indikation, dargestellt. Wichtige Variablen sind von Behinderung unabhängige Kriterien wie Bedürftigkeitsprüfungen, Beitragsvoraussetzungen und Altersgrenzen. Potenziell könnten die Kontextinformationen natürlich sehr ausführlich sein und wir würden nicht behaupten, alle wichtigen Merkmale der Sozialpolitik aller Mitgliedstaaten ermittelt zu haben, doch einige wichtige Erkenntnisse lassen sich aus den uns zur Verfügung stehenden Daten schon gewinnen.

Nach einer groben Darstellung des sozialpolitischen Kontextes der für die Studie ausgewählten Maßnahmen haben die nationalen Berichterstatter die Feststellungsverfahren in Bezug auf die Hinweisliste beschrieben, die aus drei Hauptteilen bestand:

i. Beschreibung der Behinderung. Dieser Teil enthält eine Liste von Feststellungen, die die nationalen Berichterstatter verwenden oder ignorieren konnten, zum Beispiel: „Es muss eine ärztliche Diagnose über ein Problem vorliegen." oder „Es gibt Beeinträchtigungen bei den grundlegenden Alltagshandlungen (z. B. Waschen, Anziehen, Nahrungsaufnahme, Mobilität)".
ii. Feststellungsmethoden. Es gab wieder eine Liste von Möglichkeiten, z. B. ärztliche Untersuchung, Selbstbewertung, Beobachtung bei der Durchführung spezifizierter Aufgaben. In diesem Teil wurden die nationalen Berichterstatter darauf aufmerksam gemacht, das beteiligte Personal anzugeben, z. B. Ärzte, Arbeitsmarktexperten usw.
iii. Instrumente zum Messen der Behinderung. Die Möglichkeiten reichten von gesetzlich vorgeschriebenen Listen von Schädigungen (Richtwerttabellen) bis zu Informationen über die Merkmale und den Hintergrund eines Menschen (Alter, Bildung, Verfügbarkeit von Beförderungsmöglichkeiten usw.).

Informationszugang

Die Berichterstatter stießen auf einige Probleme beim Informationszugang, wenn sie genauer herausfinden wollten, wie Behinderung festgestellt wird. Es gibt ausgeprägte Unterschiede zwischen den Mitgliedstaaten, was die Ebene angeht, auf der die wichtigsten Komponenten bei der Definition der Behinderung festgelegt werden. In einigen Staaten findet man formelle Instrumente, die den Rang nationaler Gesetze haben. In anderen haben die für die Feststellung zuständigen Stellen Leitlinien und Rubriken formuliert. In noch einer anderen Gruppe von Staaten vermeidet man formelle Instrumente und verlässt sich statt dessen auf die beruflichen Fähigkeiten jener, die die Feststellung vornehmen.

Die Verwaltungsbehörden waren bereit, Kopien von Formularen, Rubriken und anderen Feststellungsinstrumenten zur Verfügung zu stellen, obwohl in einigen Fällen dafür die Zustimmung der Hauptverwaltung oder leitender Beamter erforderlich war. Einige Behörden sind sehr offen und haben viel einschlägiges Material ins Internet gestellt. Schwierigkeiten, Informationen zu bekommen, kann es geben, wenn Mitarbeiter der unteren Ebene wissen, dass ihre tägliche Praxis den schriftlichen Regeln und Leitfäden nicht vollkommen entspricht. Zuweilen sprechen die Sachbearbeiter offen über ihre Umsetzungsprobleme, manchmal greifen sie jedoch auf Standardantworten zurück. In den Ländern, in denen Rechnungsprüfungsstellen die Verwaltungspraktiken untersuchen und Berichte darüber veröffentlichen (vor allem in Schweden und den Niederlanden im Behindertenbereich), gibt es anscheinend eine größere Bereitschaft, über Umsetzungsprobleme zu reden, als dort, wo diese Probleme normalerweise nicht ans Licht der Öffentlichkeit gelangen.

Einige Staaten sind bedeutend offener als andere, was die Ressourcenknappheit der Verwaltung anbelangt: So haben beispielsweise sowohl die schwedischen als auch die

niederländischen Berichterstatter auf die Möglichkeit hingewiesen, dass aufgrund der begrenzten den Behördenmitarbeitern für ihre Entscheidungsfindung zur Verfügung stehenden Zeit einige Verfahren nicht eingehalten und bestimmte „Abkürzungen“ bevorzugt werden. Es kann vorkommen, dass einige andere Systeme besser mit Ressourcen ausgestattet sind: So umfasst z. B. die Verwaltung der Erwerbsminderungsrente (EMR) in Deutschland die Erhebung vieler Informationen über einen viel längeren Zeitraum, als dies in einigen anderen Ländern zulässig ist. In der Diskussion der verschiedenen Entscheidungsfindungsmodelle in

Kapitel 4 nennen wir einige Gründe dafür, insbesondere die Einbeziehung von Gesundheitsleistungen in die Entscheidungsfindung im Behindertenbereich.

Die Anhänge

Als wir an die Zusammenstellung der Anhänge gingen, erwies es sich als recht schwierig, mit einer kurzen, knappen Beschreibung der Feststellungsverfahren die für einen Vergleich benötigten Punkte zu verdeutlichen. Es mag unkompliziert erscheinen, einen Rahmen für die Untersuchung von Definitionen zu formulieren, der darüber Aufschluss gibt, ob der medizinische oder der soziale Ansatz angewandt wird. Definitionen, die sich auf den medizinischen Zustand einer Person beziehen und die von Ärzten umgesetzt werden, könnten dem medizinischen Ansatz zugerechnet werden, während Definitionen, die sich auf den sozialen Kontext einer Person beziehen, dem sozialen Ansatz zugeordnet werden könnten. In der Praxis lassen sich jedoch nur wenige Feststellungsverfahren so ohne Weiteres auf diese Weise klassifizieren. Die in dieser Studie gesammelten Daten zeigen, dass die Feststellung der Behinderung sehr oft komplexe Kombinationen von medizinischen und sozialen Informationen beinhaltet.

Die Informationen in den Anhängen sind in zwei Teile unterteilt. Der erste Teil enthält Informationen über den politischen Kontext, während der zweite sich auf den Feststellungsprozess konzentriert. Die Überschriften in den Anhängen unterscheiden sich etwas in den drei wichtigsten behandelten Bereichen, in denen Maßnahmen angeboten werden: Einkommensbeihilfe und Einkommenssicherung, Beschäftigungsförderung und Unterstützung bei den grundlegenden Alltagshandlungen sowie Förderung des selbständigen Lebens. Die Hauptelemente sind diesen Bereichen jedoch gemein und können wie folgt zusammengefasst werden:

1. Die allgemein angewandte Definition oder die zu treffende Entscheidung. In einigen Fällen gibt es keine übergeordnete Definition oder die allgemeine Feststellung lässt Schlüsselbegriffe, wie „Unfähigkeit“, undefiniert. Es gibt allerdings einige Beispiele, wo die allgemeine Definition einen interessanten Einblick in den politischen Ansatz vermittelt.

2. Regeln und Instrumente. Bei der Zusammenfassung der Einkommensbeihilfen und einkommenssichernden Maßnahmen werden die Informationen über Regeln und Instrumente in einzelne Komponenten unterteilt: Diagnose, Schädigung, standardisierte Beschreibungen der körperlichen und geistigen Fähigkeiten, des Arbeits- und Alltagslebens. In den Zusammenfassungen anderer Maßnahmen (wo die Bewertungsprozesse generell weniger kompliziert sind) wird die Art der verwendeten Instrumente unter einer einzigen Überschrift beschrieben.

3. Personal. Das beteiligte Personal können Ärzte, Krankenschwestern, Beschäftigungsexperten, Rehabilitationstherapeuten, Sozialarbeiter, multidisziplinäre Teams und/oder Mitarbeiter der Verwaltungen und Ämter sein. Wie in Abschnitt 3.2 erläutert wird, ist es wichtig, Informationen über die institutionelle Zugehörigkeit des Personals sowie über dessen Fähigkeiten und Fachwissen zu besitzen.

4. Beobachtungen in für die Person typischen Zusammenhängen/Umständen. Sowohl bei der Beschäftigungsförderung als auch im Fall der Unterstützung bei grundlegenden Alltagshandlungen kann der Gutachter die betreffende Person bei der Verrichtung maßgeblicher Tätigkeiten am Arbeitsplatz oder zu Hause beobachten. Bei der Einkommenssicherung gibt es keinen offensichtlichen Bereich für eine kontextbezogene Beobachtung, doch kann der

Gutachter spezifische Faktoren berücksichtigen, wie die berufliche Laufbahn des Betreffenden, seine Bildung und Fertigkeiten sowie andere persönliche und soziale Umstände.

5. Die Rolle des behinderten Menschen. Im Bereich der Einkommenssicherung spielt der behinderte Mensch generell keine Rolle in dem Prozess, in dessen Rahmen er als behindert eingestuft wird, außer dass er einen Antrag stellen und als Gegenstand der Bewertung kooperieren muss. Bei der Beschäftigungsförderung hat der Behinderte mehr zu sagen, indem er sich für Maßnahmen meldet und seine Vorlieben in Bezug auf die Art der Beschäftigung nennt. Im Fall der Unterstützung bei grundlegenden Alltagshandlungen und der Förderung eines selbständigen Lebens spielt der behinderte Mensch bei der Feststellung seiner Bedürfnisse eine potenziell wichtige Rolle.

6. Die Rolle der Arbeitgeber. Deren Rolle ist potenziell sowohl bei der Beschäftigungsförderung als auch bei einkommenssichernden Maßnahmen relevant. Die Arbeitgeber können für einen Beschäftigten Anträge auf Gewährung des Behindertenstatus initiieren oder unterstützen. Sie können auch spezifische Verantwortlichkeiten im Zusammenhang mit einkommenssichernden Leistungen gegenüber ihren Mitarbeitern übernehmen, die eine Behinderung erleiden.

Die Analysen in den Anhängen sind nicht nur nach Ländern, sondern auch nach Maßnahmen strukturiert. Es muss angemerkt werden, dass die Anhänge nur die in den nationalen Berichten behandelten Maßnahmen enthalten, die, wie oben erläutert, von den Berichterstattern ausgewählt wurden, um die unterschiedlichen Definitionsansätze zu veranschaulichen. Die Maßnahmenauswahl ist daher unvollständig, wobei jedoch die Definitionsauswahl einen Anhaltspunkt für die Bandbreite der relevanten Ansätze geben soll.

Der erste Workshop für die nationalen Berichterstatter und das Projektteam fand im Februar 2001 statt, und die nationalen Berichte wurden zwischen März und Juni 2001 geschrieben. Anschließend gab es einen laufenden Austausch zwischen der Projektleiterin und den nationalen Berichterstattern, als die Anhänge erstellt und geprüft wurden. Dieser Prozess war zur Zeit des zweiten Workshops im März 2002 weitgehend abgeschlossen. Die Informationen in den Anhängen geben daher den Stand von 2001 wieder; sie sind gegebenenfalls aber per 1. Januar 2002 aktualisiert worden.

TEIL II

FORSCHUNGSERKENNTNISSE

Kapitel 3 In der Sozialpolitik verwendete Definitionen des Begriffs Behinderung

Wie bereits in Kapitel 1 ausgeführt, bezog sich unsere Forschung auf die Definitionen der Behinderung im sozialpolitischen Kontext. Bei den untersuchten Maßnahmen kommen Zuteilungsregeln, einschließlich gesundheitsbezogener Kriterien, zur Anwendung. In diesem Kapitel widmen wir uns den Zuteilungsregeln, die für die Unterstützung bei Alltagshandlungen, Einkommenssicherung und Beschäftigungsmaßnahmen gelten. Wir beschreiben und erläutern die Definitionen, die bei der Festlegung des sozialpolitischen Maßnahmenkontextes angewandt werden, und überprüfen die Relevanz und Angemessenheit der verwendeten Definitionen.

Mashaw und Reno (1996) haben sich mit dem Konzept befasst, das den aufgrund einer Behinderung gezahlten Leistungen in den USA zugrunde liegt; sie befürworten eine direkte Verknüpfung der Definitionen der Behinderung mit den sozialpolitischen Absichten:

> „Eine Definition der Behinderung, die auf dem Bedarf an Unterstützung bei grundlegenden Alltagshandlungen basiert, ist angemessen, um festzustellen, ob jemand auf öffentlich finanzierte Dienstleistungen zur Unterstützung grundlegender Alltagshandlungen Anspruch hat."
>
> „Eine Definition der Behinderung, die auf dem Bedarf an und dem wahrscheinlichen Nutzen von berufsbezogenen Dienstleistungen basiert, ist angemessen um feststellen, ob jemand auf öffentlich finanzierte Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung Anspruch hat."
>
> „Eine Definition der Behinderung, die alle einschließt, die von Diskriminierung im Beschäftigungsbereich oder in Bezug auf den Zugang zu öffentlichen Angeboten und Einrichtungen bedroht werden, ist angemessen, um festzustellen, wer unter den Schutz der Bürgerrechte fällt."
>
> „Eine Definition, die auf dem Verlust/der Minderung der Erwerbsfähigkeit basiert, ist angemessen, um festzustellen, wer Anspruch auf öffentliche oder private Geldleistungen zum teilweisen Ersatz der Einkommenseinbuße hat." (Mashaw und Reno, 1996, S. 24)

Mashaw und Reno weisen auf Situationen hin, bei denen Definitionen und Zweck scheinbar nicht aufeinander abgestimmt sind, wofür auch wir weiter unten einige Beispiele anführen möchten. Außerdem befassen wir uns mit einer Reihe von Fragen, die sich aus dem vergleichenden Charakter dieser Studie ergeben. Wir untersuchen, ob der Begriff „Behinderung" immer definiert sein muss, um Zugang zu sozialen Dienstleistungen (einschließlich der Unterstützung bei grundlegenden Alltagshandlungen), zu beschäftigungsfördernden Maßnahmen (einschließlich der beruflichen Wiedereingliederung) und zu einkommenssichernden Leistungen (einschließlich Ersatz der Einkommenseinbuße) zu gewähren. Was ist das Grundprinzip, das im Kontext einer jeden Maßnahme dafür verantwortlich ist, dass der Sachverhalt der Behinderung in die Zuteilungsregelungen einfließt? Welches Verhältnis besteht zwischen Behindertenmaßnahmen und anderen sozialen Maßnahmen, mit denen auf ähnliche Bedürfnisse oder Situationen reagiert werden soll?

Neben den Zuteilungsregeln, bei denen der Gesundheitszustand berücksichtigt wird, unterliegt jede Behindertenmaßnahme weiteren Bestimmungen, die auch auf andere für verwaltungstechnische oder sozialpolitische Zwecke geschaffene Kategorien, wie Arbeitslose, Familien mit Kindern, Senioren usw., zur Anwendung kommen. Beispiele dafür sind Bedürftigkeits- und Einkommensprüfungen sowie Beitragsvoraussetzungen. Für die Zwecke unserer Abhandlung

bezeichnen wir diese Regeln als „nicht kategorial“. In diesem Kapitel erörtern wir die Probleme, die bei der kategorialen Unterscheidung zwischen verschiedenen bedürftigen Gruppen in der Sozialpolitik auftreten, sowie die Interaktion von nicht kategorialen und kategorialen Regeln, die der Definition der Behinderung zugrunde liegen. Im Folgenden diskutieren wir die Zusammenhänge zwischen Gesundheitszustand und Bedürfnissen in Bezug auf die Unterstützung bei grundlegenden Alltagshandlungen und die Förderung eines selbständigen Lebens (siehe auch Abschnitt 3.1), Einkommenssicherung und Einkommensbeihilfen (Abschnitt 3.2) sowie Beschäftigungsmaßnahmen (Abschnitt 3.3). In Abschnitt 3.1 widmen wir uns zunächst dem Verhältnis zwischen diagnostischen und anderen Informationen über den Gesundheitszustand einerseits sowie der Bewertung der Bedürfnisse andererseits, bevor wir uns der Frage zuwenden, welche Rolle die nicht behinderungsbezogenen Kriterien, wie die Bedürftigkeitsprüfung, bei der Gewährung von Unterstützung bei grundlegenden Alltagshandlungen spielen. In Abschnitt 3.2 ermitteln wir drei unterschiedliche Möglichkeiten, wie in den einzelnen Ländern die Erwerbsunfähigkeit festgestellt wird, und wir untersuchen anschließend die Interaktion zwischen behinderungsbezogenen und nicht behinderungsbezogenen Kriterien bei der Feststellung des Leistungsanspruchs. Abschnitt 3.3 zum Thema Beschäftigungsmaßnahmen ist anders strukturiert. Es kommen bei der Verwaltung der verschiedenen Arten von Beschäftigungsmaßnahmen auch unterschiedliche Definitionsansätze zur Anwendung, wobei Erstere für unsere Zwecke in drei Gruppen unterteilt sind: spezifische behinderungsbezogene Maßnahmen, allgemeine Beschäftigungsmaßnahmen und Quotenregelungen.

3.1 Unterstützung bei grundlegenden Alltagshandlungen und Förderung eines selbständigen Lebens

Definitionen der Behinderung

Eine angemessene Definition der Behinderung für die Gewährung von Unterstützung bei grundlegenden Alltagshandlungen beruht darauf, dass Zusammenhänge zwischen dem Gesundheitszustand und der Fähigkeit, wesentliche Tätigkeiten zu verrichten, hergestellt werden. Was die Unterstützung bei grundlegenden Alltagshandlungen anbetrifft, scheinen sich die Zusammenhänge zwischen Gesundheitszustand und Bedürfnissen ganz natürlich zu ergeben. Der Bedarf an Hilfe bei Grundelementen der Selbstpflege, wie Nahrungsaufnahme, Fortbewegung und Körperpflege, kann im Allgemeinen direkt von den Gesundheitsproblemen abgeleitet werden. Sofern das Umfeld nicht sehr nachteilig ist (z. B. bei Wohnungslosen), sind dies Aufgaben, die - von Kleinkindern abgesehen - normalerweise ein jeder selbst erledigen kann. Die Bewertung des Bedarfs an Hilfe in diesem eng gefassten Aktivitätsbereich kann daher als eine Feststellung der Behinderung verstanden werden.

Jedoch weicht die Struktur der Anspruchsberechtigung im Fall der Unterstützung bei grundlegenden Alltagshandlungen in den europäischen Ländern von diesem natürlichen Muster in mehrfacher Hinsicht ab. Festzustellen ist erstens, was auch von Mashaw und Reno unterstrichen wird, dass Definitionen und Zweck nicht immer aufeinander abgestimmt sind. In mehreren Staaten wird Unterstützung bei grundlegenden Alltagshandlungen nur Beziehern von aufgrund einer Behinderung gezahlten einkommenssichernden Leistungen gewährt (in einigen Staaten ist die umfassendste Unterstützung bei grundlegenden Alltagshandlungen auf die Bezieher der Leistungen begrenzt, die aufgrund von Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten gezahlt werden). Um einen Anspruch auf Unterstützung bei grundlegenden Alltagshandlungen geltend machen zu können, müssen die Antragsteller nacheinander zwei Arten von Prüfungen über sich ergehen lassen: erstens eine Überprüfung ihrer Erwerbsunfähigkeit und anschließend eine Überprüfung ihrer Beeinträchtigung bei der

Verrichtung grundlegender Alltagshandlungen. Dieses Verfahren könnte auf der impliziten Annahme basieren, dass Arbeit immer komplexere, schwierigere und anspruchsvollere Tätigkeiten umfasst als die grundlegenden Alltagshandlungen, so dass jemand, der Letztere (teilweise) nicht verrichten kann, zwangsläufig auch zu sehr behindert ist, um arbeiten zu können. Denkt man einmal genauer darüber nach, wird klar, dass diese Annahme nicht stimmt. Am Arbeitsplatz können Fähigkeiten erforderlich sein, die mit der Verrichtung sehr spezifischer Tätigkeiten verbunden sind, welche aber durchaus damit im Einklang stehen können, dass der Betreffende nicht in der Lage ist, bestimmte grundlegende Alltagshandlungen zu bewältigen.

Dieser Punkt stößt in den europäischen Ländern zwar weitgehend auf Verständnis, doch heißt das nicht, dass deshalb so ohne Weiteres Reformen durchgeführt werden können, um die Unterstützung bei grundlegenden Alltagshandlungen von der Erwerbsunfähigkeit abzukoppeln. Es gibt wichtige institutionelle Aspekte in Bezug auf die Art und Weise, wie die Definitionen der Behinderung bei der Ressourcenzuteilung in der Sozialpolitik verwendet werden. In vielen Staaten wird die Unterstützung bei grundlegenden Alltagshandlungen für erwerbsunfähige Menschen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung bezahlt. Es müsste eine neue Finanzierungsquelle aufgetan werden und die institutionellen Zuständigkeiten müssten neu aufgeteilt werden, um ein „unabhängiges“ System für die Unterstützung bei grundlegenden Alltagshandlungen einzuführen. So war das System in Portugal bislang beispielsweise so strukturiert, dass nur der Anspruch der am stärksten von Erwerbsunfähigkeit Betroffenen auf Unterstützung bei grundlegenden Alltagshandlungen bewertet werden konnte (diese erhielten dann den Status „grande invalidez“). Vor kurzem wurde nun eine gesonderte Bewertung des Anspruchs auf Unterstützung bei grundlegenden Alltagshandlungen eingeführt. Diese Regelung gilt jetzt für einen viel größeren Kreis potenzieller Leistungsbezieher als zuvor, einschließlich der Bezieher von Altersrente und Invaliditätsrente sowie der Teilnehmer beitragsgebundener und nicht beitragsgebundener Programme. Jedoch fallen nach wie vor nur Rentner unter diese Regelung; es werden keine Leistungen für Erwerbstätige gewährt.

Wenn wir uns nun den Ländern zuwenden, in denen eine Unterstützung bei grundlegenden Alltagshandlungen unabhängig von einer Erwerbsunfähigkeit gewährt wird, stoßen wir auf versteckte vielschichtige Probleme in Bezug auf die Behauptung, dass „eine Definition der Behinderung, die auf dem Bedarf an Unterstützung bei grundlegenden Alltagshandlungen basiert, angemessen ist, um festzustellen, ob jemand auf Dienstleistungen zur Unterstützung grundlegender Alltagshandlungen Anspruch hat.“ Die Mitgliedstaaten beziehen sich in ihren Bewertungen nicht alle auf die gleichen grundlegenden Alltagshandlungen und außerdem entspricht die geleistete Unterstützung nicht zwangsläufig auch den bewerteten Beeinträchtigungen.

Ein gewisser Kern an grundlegenden Alltagshandlungen kommt schon seit langem zur Anwendung und wird in allen Mitgliedstaaten erwähnt; dazu gehören die Fähigkeit zu sitzen, sich hinzulegen, vom Stuhl oder aus dem Bett aufzustehen („Bewegungsabläufe“), für die persönliche Hygiene zu sorgen, sich anzukleiden und zu essen. Nicht so einheitlich berücksichtigt werden Mobilität und beförderungsbezogene Tätigkeiten sowie weit gefasste „soziale“ Aktivitäten, wie Hausarbeit und Haushaltsführung, Kommunikation und Aspekte der gesellschaftlichen Partizipation [Teilhabe]. Zuweilen werden letztere Aktivitäten auch als instrumentelle Alltagshandlungen im Gegensatz zu den grundlegenden Alltagshandlungen bezeichnet.

Es kommt vor, dass ein stark eingegrenzter Begriff der Alltagshandlungen bei der Bewertung zur Anwendung kommt, aber Leistungen für ein breiteres Spektrum an Bedürfnissen gewährt

werden. Bei einer solchen Bewertung kann beispielsweise die Überlegung, ob sich jemand innerhalb der Wohnung bewegen kann (die Alltagshandlung „Bewegungsabläufe“), nicht aber die externe Mobilität berücksichtigt werden, während die gewährte Leistung theoretisch sowohl die Mobilität innerhalb der eigenen vier Wände als auch außerhalb abdeckt. Wir können feststellen, dass eine Bewertung der Alltagshandlungen vorgenommen werden kann, um Menschen als behindert (oder schwerbehindert) einzustufen, ohne dass die Bewertung einen natürlichen Bezug zu den Bedürfnissen hat, um die es jeweils geht, wie man auf den ersten Blick meinen möchte. Bei der Bewertung kann man nach Anhaltspunkten für die Bedürfnisse suchen, statt die genauen Bedürfnisse zu ermitteln, die es zu befriedigen gilt.

Ein frappierendes Beispiel für einen explizit auf Anhaltspunkten basierenden Ansatz ist der „Kochtest“, der im Vereinigten Königreich durchgeführt wird, um zu bewerten, ob ein Anspruch auf die niedrigere Pflegestufe der Disability Living Allowance (DLA) besteht. Bei diesem Test wird geprüft, ob jemand mit einem herkömmlichen Herd eine Hauptmahlzeit für eine Person zubereiten kann. Der Test umfasst unterschiedliche Elemente, wie die Planung der Mahlzeit, die Vorbereitung des Gemüses, den Umgang mit heißen Töpfen und Pfannen und die Feststellung, ob das Essen gar ist. Der Test ist unabhängig davon, ob jemand früher gekocht hat oder ob er kochen will; es wird auch vorausgesetzt, dass jemand, der nicht kochen kann, dies lernen möchte. Jemand, der sich normalerweise in der Mikrowelle seine Fertiggerichte warm gemacht hat, könnte demnach als hilfsbedürftig betrachtet werden, wenn er den Kochtest nicht besteht, weil er nicht in der Lage war, eine Hauptmahlzeit zuzubereiten. Des Weiteren wird nicht erwartet, dass die gezahlten Geldleistungen dafür verwendet werden, um sich Hilfe bei der Zubereitung der Mahlzeiten zu beschaffen oder um die Extrakosten von Fertigmahlzeiten zu bestreiten.

Allgemeiner ausgedrückt, bietet die Zahlung von Geldleistungen die Möglichkeit, das Geld für andere Zwecke als für die Unterstützung bei den bewerteten Alltagshandlungen zu verwenden. Jemandem, der große Schwierigkeiten beim Anziehen und beim Essen hat, kann eine Geldleistung zugestanden werden, damit er sich Hilfe bei diesen Aktivitäten beschafft, aber dessen ungeachtet liegt es an ihm selbst, ob er sich dennoch lieber weiterhin mit dem Anziehen und Essen abmüht und das Geld für etwas anderes ausgibt. Dieses Szenario wirft recht grundsätzliche Fragen auf. Einerseits besagt der Grundsatz der Autonomie, dass ein Mensch die Möglichkeit haben sollte, das Geld gemäß seinen Vorlieben zu verwenden. Andererseits kann die Tatsache, dass das Geld nicht für Betreuungsmaßnahmen ausgegeben wird, zu der Vermutung Anlass geben, dass die ursprüngliche Bewertung des Pflegebedarfs falsch war und das Geld gestrichen werden sollte.

Dieses Problem hat sich in verschiedener Hinsicht in mehreren Ländern gestellt, und man hat diverse Lösungen und Kompromisse gefunden. Einige Staaten verfolgen einen „Laissez-faire“-Ansatz und akzeptieren die Autonomie des Einzelnen, obwohl sich durchaus die Meinung vertreten lässt, dass dies tendenziell mit einem unangemessenen Leistungsniveau einhergeht. Zum Beispiel basiert die Bewertung für die Pflegeversicherung in Österreich auf einer Rubrik, in der spezifische Pflegetätigkeiten mit der dafür veranschlagten Zeit aufgeführt sind. Es wird jedoch eingeräumt, dass das für jede Pflegestufe gezahlte Geld im Allgemeinen nicht zur Bezahlung der Zeit reichen würde, die erforderlich ist, um genau das Niveau und die Art der in der Bewertung spezifizierten Pflege zu leisten. In Deutschland können die Begünstigten der Pflegeversicherung zwischen einem Dienstleistungspaket und Geldleistungen wählen, wobei Letztere einen erheblich geringeren Wert haben als die theoretischen Kosten der Dienstleistungen. Die Geldalternative ist sehr beliebt. Einige Kommentatoren meinen, dies werfe ein schlechtes Licht auf die Qualität der erbrachten Dienstleistungen; andere weisen auf die Möglichkeit hin, dass das Geld nicht für die Beschaffung der Pflege verwendet, sondern für

andere Zwecke umgeleitet wird. Allerdings muss von jenen, die sich für die Geldalternative entscheiden, eine Pflegeperson benannt werden, und eine Überprüfung der so ernannten Personen ist vorgesehen.

Andere Länder haben versucht, die Präferenzen des Behinderten in die Bewertung und die Maßnahmen einfließen zu lassen, in dem Versuch, Autonomie und Verwaltungskontrolle miteinander zu vereinbaren. So wird beispielsweise bei der Leistung direkter Zahlungen durch den Flämischen Fonds (Belgien) der Behinderungsgrad des Antragstellers unter Verwendung einer Skala der Alltagshandlungen sowie anderer Informationen über die Schädigung bewertet. Diese Informationen werden benutzt, um den Antragsteller in eine Beihilfekategorie einzustufen. Dann wird ein Assistenzplan entwickelt, der es dem behinderten Menschen ermöglichen soll, seine Wünsche, wie sein Leben organisiert sein soll, kundzutun. Die skandinavischen Staaten haben ebenfalls verschiedene Maßnahmen dieses Stils eingeführt, indem z. B. der Behinderte als Arbeitgeber der Pflegekraft fungiert und so das Recht hat zu bestimmen, welche Pflege von wem geleistet wird.

Nicht behinderungsbezogene Kriterien im Fall der Unterstützung bei grundlegenden Alltagshandlungen

Wie wir bereits festgestellt haben, kann die Gewährung von Unterstützung bei grundlegenden Alltagshandlungen durch einen anderen Status berührt werden, insbesondere was den Anspruch auf bestimmte Renten anbelangt. Es gibt zwei weitere wichtige Kriterien, die sich auf die Gewährung von Unterstützung auswirken können. So kann die Unterstützung von einer Bedürftigkeitsprüfung und von bestimmten Altersgrenzen abhängig gemacht werden. Wir haben hier nicht die Absicht, einen umfassenden Überblick über die Maßnahmen zu geben, der auch alle diesbezüglich angewandten kategorialen (behinderungsbezogenen) und nicht kategorialen Regeln beschreibt. Unser Interesse ist es herauszufinden, inwieweit Bedürftigkeitsprüfungen oder Altersgrenzen bestimmte Vorstellungen von Behinderung widerspiegeln und die Prozesse zur Feststellung der Behinderung beeinflussen.

Beginnen wir mit der Frage der Altersgrenzen. Es gibt mehr als genug Beispiele dafür, dass die Bezeichnung „behindert“ nur auf Menschen unter einer bestimmten Altersgrenze, oft 65 Jahre, angewandt wird (für gewöhnlich wird dieser Status nur unter 65 zuerkannt, bleibt dann aber später erhalten). So sind beispielsweise in Dänemark die im Gesetz über Sozialdienstleistungen spezifizierten Rechte in Bezug auf Mobilität, soziale Kontakte und die Entwicklung bestimmter Fertigkeiten altersmäßig begrenzt. Im Vereinigten Königreich können Personen unter 65 Jahren einen Anspruch auf die Pflege- und Mobilitätsleistungen der DLA erwerben, während die Maßnahmen für die über 65-Jährigen auf die Pflege begrenzt sind. In einigen Staaten werden die Bedürfnisse älterer Menschen in geringerem Maße berücksichtigt als die jüngerer Behinderter, zwar nicht dadurch, dass ausdrückliche Unterschiede bei der Bandbreite der Bedürfnisse gemacht werden, sondern indem schlichtweg geringere Leistungen gezahlt werden. Dies trifft zum Beispiel auf bestimmte Leistungen in Frankreich und Belgien zu.

Diese Unterschiede werden u. a. damit erklärt, dass die Erwartungen in Bezug auf das normale Aktivitätenspektrum, das den Alltagshandlungen entspricht, altersabhängig sind. Insbesondere werden Menschen über 65 Jahre voraussichtlich nicht mehr berufstätig sein, was deren Unterstützungsbedarf in puncto Mobilität reduziert. Einige Staaten sehen explizit ein höheres Leistungsniveau für Berufstätige vor, das die Kosten der mit der Arbeit verbundenen Aktivitäten (wie Fahrtkosten) berücksichtigt. In Dänemark sind die Maßnahmen auf der Grundlage des Gesetzes über Sozialdienstleistungen auf die Aktivsten ausgerichtet; das

Gesetz über Sozialrenten sieht gesonderte, weniger großzügige Maßnahmen für Rentner vor. In den Niederlanden gibt es keine Altersgrenze, doch wird der Mobilitätsbedarf auf Einzelfallbasis bewertet, was es möglich macht, dass unterschiedliche soziale Normen für jüngere und ältere Menschen in die Bewertung eingehen. Die vormals getrennten Maßnahmen für Menschen im Erwerbsalter und Senioren wurden unlängst mit der Einführung des WVG in den Niederlanden zusammengefasst, ein Schritt, der von den Interessengruppen der Behinderten mit Zurückhaltung aufgenommen wurde (van Ewijk und Kelder, 1999, S. 27). Ihre Bedenken gehen dahin, dass die Forderungen der Senioren die für jüngere behinderte Menschen zur Verfügung stehenden Mittel schmälern werden. Diese Befürchtung scheint nicht unberechtigt zu sein, wenn man sich die aufgrund des finnischen Gesetzes über Sozialdienstleistungen, das keinerlei Altersgrenzen enthält, entstandene Situation anschaut, und es hat Kritik gegeben, dass ein sehr beträchtlicher Anteil der Ressourcen für die Beförderung älterer Menschen aufgewandt wird.

Eine etwas andere logische Erklärung für Unterscheidungen aufgrund des Alters hat mit der „Gesamtlebensperspektive“ zu tun. Unter diesem Blickwinkel betrachtet, ist eine unterschiedliche Behandlung von jungen und alten Menschen moralisch unbedenklich, wenn alle gleich behandelt werden, wenn sie jung und wenn sie alt sind (Daniels, 1991). Allerdings führt das Fehlen von Ausgleichsmaßnahmen im Fall von Behinderung dazu, dass, wieder aus der Gesamtlebensperspektive betrachtet, der behinderte Mensch weniger Mittel zur Verfügung hat als jemand ohne Behinderung. Unter diesem Gesichtspunkt ist es wichtig, zwischen den Bedürfnissen, die mit dem „normalen“ Altwerden zu tun haben (und die wahrscheinlich bei allen weitgehend gleich sind und daher keine Ausgleichsmaßnahmen erfordern), und jenen Bedürfnissen aufgrund außergewöhnlicher Umstände, die als „Behinderung“ bezeichnet werden können, zu unterscheiden.

Es gilt anzumerken, dass das Prinzip der Gesamtlebensperspektive keineswegs auf allgemeine Akzeptanz stößt, und es werden Gegenargumente dahingehend vorgebracht, dass die Menschen zu jedem Zeitpunkt ihres Lebens mit Würde und Respekt behandelt werden sollten. Dennoch lassen sich einzelne Elemente einer solchen Unterscheidung zwischen normalen und außergewöhnlichen Bedürfnissen in den Vorstellungen wiederfinden, die in den europäischen Ländern in Bezug auf Behinderung vorhanden sind. Eine Unterscheidung zwischen normalem Altern und Behinderung kann unter Verwendung medizinischer Indikatoren, wie Krankheit und Schädigung, getroffen werden. Beispielsweise umfasst die Bewertung für die ACTP in Frankreich bei Personen im Erwerbsalter zwei Stufen, nämlich eine medizinische Feststellung der Behinderung und eine Bewertung der Bedürfnisse. Bei der Bewertung älterer Menschen für die PSD werden nur die Bedürfnisse berücksichtigt. In der irischen Debatte über Pflegezuschüsse (siehe auch weiter unten) hat die Regierung hingegen auf die Schwierigkeit hingewiesen, zwischen behinderten und gebrechlichen alten Menschen zu unterscheiden, was ein Grund ist, die Bedürftigkeitsprüfung bei der Gewährung von Pflegezuschüssen nicht abzuschaffen.

In einigen Systemen ist die Verwendung von Altersgrenzen mit der Durchführung von Bedürftigkeitsprüfungen verbunden, wobei Maßnahmen für Senioren häufiger Gegenstand von Bedürftigkeitsprüfungen sind. Wieder könnte man sich auf die Gesamtlebensperspektive berufen, um diese Struktur zu begründen. Während Maßnahmen für behinderte Menschen darauf ausgerichtet sein können, deren materielle Verhältnisse auf das Niveau zu bringen, das sie ohne Behinderung hätten erreichen können, kann mit Maßnahmen für ältere Menschen das bescheidenere Ziel verfolgt werden, allen einen annehmbaren Mindestlebensstandard zu sichern. Dies ist weitgehend in Schweden der Fall. Der nationale Bericht über Schweden lässt darauf schließen, dass es einen nicht unerheblichen Druck gibt, sich als behindert einstufen zu

lassen, um von den Maßnahmen zu profitieren, die keiner Bedürftigkeitsprüfung unterliegen, und die lokalen Behörden haben darauf reagiert, indem sie verstärkt ärztliche Atteste anfordern. Das macht eine sehr gründliche Überprüfung erforderlich, bevor man den Schluss zieht, ob eine Feststellung stark „medizinisiert" ist oder nicht. Das schwedische Gesetz über Sozialdienstleistungen lässt recht explizit eine nicht medizinische Darstellung der Behinderung bei seiner allgemeinen Definition der Zielgruppe zu, was jedoch nicht zwangsläufig die Verwendung medizinischer Informationen durch die Gutachter ausschließt, da diese vor der Aufgabe stehen, begrenzte Ressourcen unter Menschen mit ähnlichen Bedürfnissen zu verteilen.

Am deutlichsten lässt sich dieses Verhältnis zwischen einer medizinischen Feststellung der Behinderung und der Bedürftigkeitsprüfung anhand der aktuell in Irland geführten Debatte über die aufgrund von Bedürftigkeitsprüfung gewährten Pflegezuschüsse veranschaulichen. Zum großen Teil geht es bei der Pflegediskussion in Irland um Zahlungen an die Pflegekräfte, und eines der Hauptziele der Interessenvertreter ist die Reduzierung oder Abschaffung der Bedürftigkeitsprüfung bei Pflegezuschüssen. In mehreren Berichten und Debatten wurde die Abschaffung der Bedürftigkeitsprüfung an die Festlegung eindeutiger Kriterien geknüpft, aufgrund derer festgestellt wird, wer als pflegebedürftig einzustufen ist. Der Minister für Soziales, Gemeinschafts- und Familienangelegenheiten hat erklärt, dass sein Ressort nicht dafür ausgestattet sei, detaillierte individuelle Bedürfnisbewertungen durchzuführen, und dass diese Aufgabe eher den Gesundheitsämtern obliege. Dem Ministerium zufolge sollte der wichtigste Zweck von Sozialversicherungsleistungen die Sicherung des Einkommens, nicht die Finanzierung eines Pflegesystems sein.

Aus diesen Beispielen wird deutlich, dass nicht kategoriale Maßnahmen, die der Bedürftigkeitsprüfung und einer Bewertung der Bedürfnisse unterliegen, eine Alternative zur Einstufung als behinderter Mensch darstellen, und zwar in dem Sinne, dass nicht kategoriale Kriterien die kategorialen Kriterien überflüssig machen oder zumindest deren Bedeutung verringern können. In der Sozialpolitik wird weitgehend die Auffassung vertreten, dass nicht auf einer Bedürftigkeitsprüfung beruhende, kategoriale Maßnahmen besser sind als nicht kategoriale Maßnahmen, die einer Bedürftigkeitsprüfung unterliegen. Das erfordert jedoch eine sinnvolle Festlegung von Kategorien, so dass nicht willkürlich zwischen Menschen mit ähnlichen Bedürfnissen unterschieden werden kann. Je breiter das Spektrum an Bedürfnissen, das unter die Maßnahmen zur Unterstützung bei grundlegenden und instrumentellen Alltagshandlungen fällt, desto schwieriger wird die Grenzziehung. Es kann jemand Probleme bei der Verrichtung instrumenteller Alltagshandlungen haben, die nicht direkt einem erkennbaren medizinischen Problem zugeschrieben werden können. Schwierigkeiten bei bestimmten Hausarbeiten können an fehlenden Fertigkeiten oder an mangelnder Motivation liegen. Beförderungsprobleme können Menschen haben, die vollkommen fit sind, z. B. wegen schlechter Infrastruktur oder weil das Geld fehlt. Die Tatsache, dass bei Bedürfnisbewertungen oft nach Alter differenziert wird, zeigt, dass sich eine Definition der Behinderung nicht naturgemäß aus den Bedürfnissen ergibt, die bei einer Untersuchung dieser Lebensbereiche sichtbar werden. Zu jenen, die nicht in den Genuss sämtlicher Rechte kommen, gehören unter Umständen, wenn man diese Gruppe weiter fasst, auch Menschen, die aufgrund des Alters oder anderer Barrieren, die nicht eindeutig eine Folge ihres körperlichen oder geistigen Zustands sind, isoliert sind.

3.2 Einkommenssicherung und Einkommensbeihilfe

Definitionen der Behinderung

In allen Staaten, die Gegenstand unserer Untersuchung waren, gibt es Geldleistungen für Menschen, die aufgrund einer Behinderung erwerbsunfähig sind. In vielen Ländern gibt es zwei Arten von Geldleistungen: eine beitragsfinanzierte Versicherungsleistung, die aus einer Pauschale oder einer einkommensabhängigen Zahlung besteht, sowie eine nicht beitragsfinanzierte Leistung, die das Grundeinkommen sichern soll und auf einer Bedürftigkeitsprüfung basieren kann, aber nicht muss. Das erste Kriterium zur Feststellung des Anspruchs auf diese Leistungen lautet, dass der Betreffende nicht erwerbstätig ist. Kleinere Ausnahmen findet man in den meisten Staaten: Therapeutische Arbeit oder Arbeit für ein paar Stunden die Woche kann zugestanden werden. In einigen Staaten, einschließlich der Niederlande, Schwedens und Deutschlands, gibt es den Begriff der geminderten Erwerbsfähigkeit, die mit einer regulären Teilzeitbeschäftigung vereinbar ist. In der Praxis jedoch sind nur wenige Bezieher anteiliger Leistungen erwerbstätig, so dass dieses System eher eine Möglichkeit darstellt, geringere Leistungen an weniger stark behinderte Menschen zu zahlen (falls das Haushaltseinkommen infolge dessen niedrig genug ist, können die Leistungen durch Sozialunterstützung ergänzt werden).

Die in Bezug auf diese Leistungen verwendeten Definitionen der Behinderung basieren auf der Feststellung der geminderten Erwerbsfähigkeit oder der Erwerbsunfähigkeit. Die Angemessenheit dieser Definitionen hängt davon ab, ob plausible Zusammenhänge zwischen Erwerbsfähigkeit und Gesundheitszustand hergestellt werden können. Da die Antragsteller normalerweise nicht erwerbstätig sind, besteht die Hauptaufgabe für die Gutachter darin festzustellen, ob die Nichtbeschäftigung des Antragstellers auf seinen Gesundheitszustand oder auf andere Gründe zurückzuführen ist (wie die allgemeinen Arbeitsmarktbedingungen, geringe Fertigkeiten, fehlende Motivation usw.).

Es gibt in den europäischen Staaten allgemein betrachtet drei Ansätze zur Beantwortung dieser Frage. Erstens können im Rahmen eines Verfahrens die Gründe geprüft werden, weshalb eine Person zu arbeiten aufgehört hat, und die Hindernisse ermittelt werden, die der Wiederaufnahme der früheren Tätigkeit im Wege stehen. Wir nennen dieses Vorgehen den „verfahrenstechnischen“ Ansatz. Zweitens gibt es die Möglichkeit, sich auf die Gründe zu konzentrieren, weshalb eine Person nicht in der Lage ist, eine Arbeit aufzunehmen, indem man ihre Fähigkeiten mit dem Bedarf am Arbeitsmarkt vergleicht. Diesen Ansatz haben wir „Fähigkeitsprofile“ genannt. Der dritte Ansatz besteht darin, die Behinderung ohne ausdrückliche Bezugnahme auf eine frühere oder mögliche Arbeit zu bewerten und statt dessen zu prüfen, inwieweit die Funktionsfähigkeit eines Menschen geschädigt ist. Es ist dies der „schädigungsbezogene“ Ansatz.

Verfahrenstechnische Ansätze

In einer Reihe von Staaten werden bei der Bewertung der Erwerbsunfähigkeit die Möglichkeiten der medizinischen und/oder beruflichen Rehabilitation sowie andere Wege zur Wiederaufnahme einer Arbeit untersucht. In diesem Kontext stellt die Einstufung einer Person als behinderter Mensch das Ende des Prozesses dar. Davor gibt es die Möglichkeit, als Kranker oder als „Rehabilitand“ eingestuft zu werden. Zu Beginn des Bewertungsprozesses kann geprüft werden, inwieweit sich der frühere Arbeitsplatz anpassen lässt oder ob der Betreffende bei demselben Arbeitgeber zunächst einen anderen Arbeitsplatz erhalten kann. Der verfahrenstechnische Ansatz ist der wichtigste bei Versicherungssystemen, insbesondere

wenn der Bezug von Leistungen aufgrund einer Behinderung mit ersten kurzfristigen Zahlungen von Krankengeld beginnt.

Ein Beispiel für einen explizit verfahrenstechnischen Ansatz ist der schwedische „Schritt-für-Schritt"-Prozess, in dessen Verlauf zuerst das Potenzial für eine Wiederaufnahme der früheren Tätigkeit mit oder ohne Rehabilitation untersucht wird und dann überlegt wird, ob andere mögliche Tätigkeiten bei demselben Arbeitgeber und schließlich ob andere Arbeitsplätze mit oder ohne Rehabilitation zur Verfügung stehen. Andere Staaten sind da weniger explizit, doch kann ein impliziter verfahrenstechnischer Ansatz beispielsweise durch Regeln bedingt werden, nach denen die Behörde „Rehabilitation vor Rente" in Betracht ziehen muss, wie in Deutschland.

Es ist ein Merkmal des verfahrenstechnischen Ansatzes, dass eine klare Entscheidungsgrundlage für die Feststellung der Behinderung oft fehlt. Es können eine Menge Informationen über den Zustand und die Fähigkeiten einer Person gesammelt werden. Insbesondere die Rehabilitationsdienste verwenden häufig detaillierte Bewertungsinstrumente, die dazu dienen, die Erwerbsfähigkeit einer Person zu bewerten, um sie einer neuen Beschäftigung zuzuführen und um die Umschulungsvoraussetzungen sowie den Bedarf an Hilfsmitteln für die Aufnahme dieser Tätigkeit zu ermitteln. Im Allgemeinen sind sie nicht dafür gedacht, Schwellenwerte für eine Feststellung der Behinderung festzulegen.

Der verfahrenstechnische Ansatz kann auch die Arbeitsuche mit Hilfe von Datenbanken bedeuten, um eine Tätigkeit zu finden, die den verbliebenen Fähigkeiten einer Person entspricht. Bei der Verwaltung der Entgeldersatzleistungen (EMR) in Deutschland bezieht sich der Gutachter auf ein System, das vielfältigste Aspekte des Arbeitslebens widerspiegelt: ob jemand schwere oder nur leichte Tätigkeiten verrichten kann, ob der Betreffende die ganze Zeit oder nur einen Teil der Zeit stehen, sitzen oder laufen kann, usw. Bei der Bewertung wird auch die medizinische/psychologische Fähigkeit desjenigen berücksichtigt, Arbeiten zu verrichten, die Konzentrations- und Anpassungsfähigkeit, Flexibilität, Verantwortung, Publikumskontakt usw. verlangen, und es werden Bedingungen genannt, die für die Person gefährlich wären: Feuchtigkeit, Zugluft, Temperaturschwankungen, Faktoren, die allergische Reaktionen auslösen, Lärm, sich häufig ändernde Arbeitszeiten. Das EMR-System hat jedoch keine eindeutigen Entscheidungsregeln, um Schwellen zwischen Erwerbsunfähigkeit und Erwerbsfähigkeit festzulegen. Um eine für den Betreffenden angemessene Vorgehensweise zu beschließen, ist ein hohes Maß an individueller Beurteilung und Ermessensfreiheit erforderlich, was auch Gespräche mit dem Betreffenden über einen geeigneten Rehabilitationsplan bedeuten kann.

In Staaten, in denen Sozialversicherung und Gesundheitssystem eng miteinander verbunden sind (d. h. wo dieselbe Versicherung Geldleistungen und Gesundheitsleistungen finanziert), stellen wir fest, dass oft detaillierte medizinische Untersuchungen des Gesundheitszustands durchgeführt werden, zum Teil um den Zustand zu überprüfen, zum Teil um sicherzustellen, dass eine angemessene medizinische Rehabilitation möglich ist. In den skandinavischen Ländern hingegen veranlasst die Sozialversicherung keine eingehenden medizinischen Untersuchungen und verlässt sich statt dessen auf den Bericht des behandelnden Arztes des Antragstellers. Der Schwerpunkt liegt in diesen Ländern auch eher auf beruflicher als auf medizinischer Rehabilitation (obwohl die Grenze zwischen den beiden Maßnahmenarten in der Praxis nicht unbedingt klar erkennbar ist).

Was die verfahrenstechnischen Ansätze anbetrifft, lässt sich nur schwer eindeutig sagen, ob eine Person, die das Ende des Prozesses erreicht, ohne ins Arbeitsleben zurückzukehren,

unbedingt als „behindert“ einzustufen ist. Man kann diese Frage allerdings auch anders stellen, nämlich wie flexibel die Ämter sind, in irgendeiner Phase des Prozesses festzustellen, dass das Haupthindernis, das der Wiederaufnahme einer Arbeit durch den Betreffenden im Wege steht, nicht eine Behinderung ist. Eine solche Feststellung würde bedeuten, das derjenige erneut als arbeitslos eingestuft werden müsste. Diese Möglichkeit gibt es prinzipiell in allen Staaten, doch in der Praxis kann deren Anwendung durch die Verteilung der institutionellen Zuständigkeiten eingeschränkt sein. Wo die Zahlung von Arbeitslosengeld und die Vermittlung bei unterschiedlichen Behörden liegen, kann die erstere Behörde sich weigern, die Verantwortung dafür zu übernehmen, Leistungen an Personen zu zahlen, die sie nur als marginal beschäftigungsfähig betrachtet. Das Gegenteil kann aber auch passieren: Berufsunfähigkeitsversicherungen können Anträge von Personen zurückweisen, die arbeitslos sind. Das kann zur Folge haben, dass die Betreffenden dort bleiben, wo sie angefangen haben: Einer, dessen Geschichte mit einer Krankschreibung beginnt, entscheidet sich für den „Weg der Behinderung“, während ein anderer, bei dem Arbeitslosigkeit am Anfang steht, den „Weg der Arbeitslosigkeit“ einschlägt.

Es gilt jedoch festzustellen, dass der Krankheits- und Rehabilitationsprozess auch dann, wenn der Betreffende nicht ins Arbeitsleben zurückkehrt, nicht mit dem Status der Behinderung enden muss. Es gibt eine andere Möglichkeit, die in einigen Staaten häufig in Anspruch genommen wird, dass nämlich der Prozess mit der Berentung endet. Der Prozess selbst benötigt Zeit, und ältere Arbeitnehmer, die bereits längere Zeit nicht gearbeitet haben, können Mischformen zwischen Behinderung und Berentung wählen. Auch institutionelle Zusammenhänge zwischen Berufsunfähigkeitsversicherung und Rentenversicherung erleichtern die Inanspruchnahme dieser Mischformen. In einer Reihe von Staaten gibt es Vorruhestandsregelungen, bei denen gesundheitliche Beeinträchtigungen eine Rolle spielen und die genau die Grenze zwischen den Kategorien Behinderung und Rente darstellen. So hat beispielsweise Finnland eine Vorruhestandsregelung, auf deren Grundlage ältere Arbeitnehmer (58-60 Jahre, je nach Geburtsjahr) sowohl staatliche als auch betriebliche Renten erhalten können, wenn ihre Erwerbsfähigkeit aufgrund mehrerer Faktoren gemindert ist, einschließlich Krankheit, Schädigung und Verletzung. Eine medizinische Diagnose ist erforderlich, aber es ist nicht notwendig, dass der Gesundheitszustand gegenüber anderen Faktoren, wie Bildung, nicht benötigte Fertigkeiten usw., als wesentliche Ursache betrachtet wird, um die eingeschränkte Fähigkeit des Betreffenden, seinen Lebensunterhalt zu verdienen, zu erklären. Außerdem ist der Vorruhestand ab 60 Jahren möglich (ohne medizinische Indikation), und eine Teilrente kann bei einem Nachweis verringerter Einnahmen ab 58 Jahren bezogen werden. In Frankreich gibt es für Menschen, die erwerbsunfähig werden, wenn sie über 60 Jahre alt sind, eine Art gesundheitsbezogener Frührente (viele, die die notwendigen Beitragsjahre zusammen bekommen, können ohnehin mit 60 Jahren in Rente gehen). Die Voraussetzungen für eine *retraite anticipée pour inaptitude au travail* sind eine Minderung der Erwerbsfähigkeit um mehr als 50 % und (für jene, die zu diesem Zeitpunkt arbeiten) die Feststellung, dass eine Fortsetzung der Berufstätigkeit die Gesundheit des Betreffenden gefährden würde. Man sollte beachten, dass sich diese Leistung eher auf die Unfähigkeit bezieht, die gegenwärtige/frühere Arbeit zu verrichten (Berufsunfähigkeit), als auf das allgemeine Konzept der Invalidität, das bei langfristig zu zahlenden Erwerbsunfähigkeitsleistungen zur Anwendung kommt.

Fähigkeitsprofile

In einigen Staaten wird die Behinderung mit Hilfe eines „Schnappschusses“ bewertet, der von der Erwerbsfähigkeit einer Person zu einem spezifizierten Zeitpunkt, beispielsweise nach Ende der Krankschreibung, gemacht wird. Dazu gehören das Vereinigte Königreich, die Niederlande

und Irland. Kennzeichnend für diese Systeme, insbesondere im Vereinigten Königreich und in den Niederlanden, ist die Art und Weise, wie die Bewertungsinstrumente verwendet werden, mit denen eindeutig die Schwelle zur Erwerbsunfähigkeit festgelegt werden soll. Es wird oft die Meinung vertreten, dass diese Ansätze eine rigorosere Prüfung der Behinderung darstellen als verfahrenstechnische Ansätze, die im Allgemeinen bei der früheren Arbeit einer Person als Bezugspunkt einsetzen. Der Ansatz der Fähigkeitsprofile ist mit Sicherheit abstrakter als verfahrenstechnische Ansätze, wie die eingehende Auseinandersetzung mit den britischen und niederländischen Beispielen weiter unten zeigt. In einigen Staaten steht mehr oder weniger explizit fest, dass ein verfahrenstechnischer Ansatz bei Personen, die berufstätig waren, und das Fähigkeitsprofil bei Personen, die in letzter Zeit nicht gearbeitet haben, zur Anwendung kommt. In dem nationalen Bericht über Finnland wird festgestellt, dass letztere Gruppe von Personen, die sich einer Feststellung der Behinderung vom Status der Arbeitslosigkeit aus unterziehen, „besonders problematische Fälle sind, da deren Erwerbsfähigkeit äußerst abstrakt bewertet wird, [da von ihnen] erwartet wird, dass sie ein sehr breites Spektrum an Arbeitsplatzangeboten akzeptieren“.

Hinter einer Bewertung der Erwerbsfähigkeit steht der Grundgedanke, dass die Fähigkeit einer Person beschrieben und mit den Kriterien verglichen wird, die etwas über die für die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit benötigten Fähigkeiten aussagen. Im Vereinigten Königreich und in den Niederlanden geht man dabei recht unterschiedlich vor. Beide beginnen mit einer Bewertung der Fähigkeiten der betreffenden Person. Das britische „Personal Capability Assessment“ (PCA) umfasst 14 Grundtätigkeiten, wie Laufen, Treppensteigen, Sitzen usw. (der irische Medical Review and Assessment Process arbeitet mit einer sehr ähnlichen Liste.) In den Niederlanden verwenden die Ärzte einen standardisierten Ansatz, um die funktionelle Fähigkeit zur Verrichtung einer Tätigkeit zu messen, bei dem 28 unterschiedliche Aufgabenarten definiert sind, die in verschiedenen Berufen anfallen, einschließlich der Grundtätigkeiten des PCA, aber auch spezialisierterer berufsbezogener Tätigkeiten, wie Toleranz von Umweltbedingungen (Reaktionen auf Wärme, Trockenheit usw.), Toleranz von Vibrationen, die Fähigkeit, Spezialgeräte am Körper zu tragen (z. B. Masken) usw. Während das Vereinigte Königreich und Irland ein System zur Bewertung der geistigen Gesundheit haben, das vom PCA getrennt ist, umfasst die niederländische Bewertung einige psychologische Kriterien (die Fähigkeit, mit anderen zu arbeiten, Stress auszuhalten usw.).

In den Niederlanden werden die Ergebnisse der Fähigkeitsbewertung ausdrücklich mit den Fähigkeiten verglichen, welche für bestimmte Berufe, die in einer Datenbank (FIS) gespeichert sind, verlangt werden. FIS enthält Beschreibungen von vielen tausend Arbeitsplätzen, die am niederländischen Arbeitsmarkt angeboten werden, sowie Informationen über die Anforderungen der betreffenden Arbeit an die Funktionsfähigkeit, ausgedrückt in Form einer 28 Punkte umfassenden Bewertung, sowie andere Angaben, wie Arbeitsmuster (Schichten, Arbeitszeiten usw.), Löhne und Gehälter, Arbeitsplatzniveau (gemäß einem allgemeinen Indikator von „ungelernt“ bis „wissenschaftlich“), Arbeitsplatzanforderungen: Ausbildung, Erfahrung, Art der verlangten Fertigkeiten (betriebswirtschaftliche, technische, verbale...) usw. Die FIS-Daten werden mit der Fähigkeitsbewertung des Betreffenden abgeglichen, um festzustellen, welche Arbeiten für ihn vielleicht noch in Frage kommen. Durch einen Vergleich der Einnahmen, die potenziell mit den unter Verwendung von FIS ermittelten Tätigkeiten erzielt werden können, mit dem früheren Einkommen kann der prozentuale Verlust der Erwerbsfähigkeit bestimmt werden.

Im Vereinigten Königreich wird das PCA auf eine ganz andere Weise mit den Anforderungen der Erwerbstätigkeit verglichen. Dort werden die Auswirkungen der Beeinträchtigungen einer Person nicht im Zusammenhang mit spezifischen Arbeitssituationen beurteilt. Zu den aufge-

führten Fähigkeiten gehören mehrere beschreibende Aussagen, von denen jede einer bestimmten Punktzahl entspricht. Die Entscheidung darüber, ob jemand erwerbsfähig ist, hängt von der Gesamtzahl der akkumulierten Punkte ab. Viele der beschreibenden Aussagen für die Fähigkeitsbewertung beziehen sich auf Alltagshandlungen (z. B. die Betätigung eines Wasserhahns). Dies ist für die britischen Regeln kennzeichnend, denn das bedeutet, dass die Gutachter weder die Anforderungen spezifischer Arbeitsplätze berücksichtigen noch angeben müssen, welche Arbeit eine als „erwerbsfähig" beurteilte Person tatsächlich verrichten könnte. Es sollte ebenfalls angemerkt werden, dass es im Vereinigten Königreich keine anteilige Erwerbsunfähigkeitsrente gibt, so dass ein Mensch nur als „erwerbsfähig" oder „erwerbsunfähig" eingestuft werden kann. Die Anforderungen der zuletzt ausgeübten Tätigkeit fließen in die Bewertung nicht ein und die Höhe der Einkommenseinbuße wird nicht gemessen.

Wie oben bereits festgestellt, verwendet das irische System mehr oder weniger die gleiche Fähigkeitenliste wie das britische, doch wird in Irland weiterhin eine Erwerbsfähigkeitsbewertung durchgeführt, die offener ist und mehr Entscheidungsspielraum lässt als das niederländische und britische System. Trotz der in den Aufbau der FIS-Datenbank investierten institutionellen Anstrengungen wird eingeräumt, dass das System nicht alle Elemente einer guten Abstimmung zwischen Mensch und Arbeitsplatz erfasst, aufgrund derer sich die Erwerbsfähigkeit vorhersagen ließe. Was das Vereinigte Königreich angeht, könnte man behaupten, dass das PCA weniger darauf ausgerichtet ist, Aussagen über die Beschäftigungsaussichten einer Person zu treffen als darüber Aufschluss zu geben, ob eine Person zur Arbeitsuche verpflichtet werden kann. In den Behördenleitfäden heißt es oft, man solle den Betreffenden „als erwerbsunfähig behandeln", statt anzudeuten, dass er tatsächlich erwerbsunfähig ist. Diese Unterscheidung ist bei den jüngsten Reformen deutlicher geworden, in deren Rahmen behinderte Menschen dazu aufgefordert werden, eine Berufsberatung in Anspruch zu nehmen, während sie weiterhin zwecks Leistungsgewährung als erwerbsunfähig behandelt werden.

Schädigungsbezogene Ansätze

Die vielleicht bekanntesten Instrumente der Erwerbsunfähigkeitsbewertung sind Tabellen der Schädigungen oder Richtwerttabellen. Sie haben eine lange Geschichte. In den ersten Richtwerttabellen (einer Art Gliedertaxe) wurden den durch Krieg oder Arbeitsunfälle verursachten körperlichen Schäden Prozentwerte zugewiesen (5 % für den Verlust eines Fingers, 50 % für den Verlust eines Beines usw.). Moderne Richtwerttabellen enthalten auch Werte für Schäden aufgrund von Krankheiten oder inneren Verletzungen, die manchmal unter Zuhilfenahme innovativer Medizintechnik gemessen werden. Die Tabellen sind in Kapitel unterteilt, und zwar auf der Grundlage körperlicher oder geistiger Komponenten des Körpers oder der Körpersysteme, und sie enthalten Hinweise auf medizinische Bezugsgrößen zum Normalzustand. Messwerte, wie die Beugung von Gelenken, respiratorische Kapazität, Blutdruck und Kreislauf, werden zur Festsetzung der Bezugsgrößen herangezogen. Für die Rubriken wird eine spezifische Sprache verwendet. Begriffe wie Auszehrung, Mangel, Fehlbildung, Anomalie, Missbildung tauchen wiederholt auf, und Subjekt sind die Bestandteile des Körpers: Herz, Lunge, andere innere Organe, Teile des Skeletts usw. Da Schädigungen in „Teilen" gemessen werden, kann der Gesamtschädigungsgrad das Produkt der Schädigungswerte für unterschiedliche Körperteile sein. Ein Anzeichen für eine schädigungsbezogene Rubrik ist das Vorhandensein von Regeln oder Tabellen zur Einbeziehung von Körperteilwerten in den Gesamtwert für eine Person.

„Klassische" Richtwerttabellen bewerten den Grad der Behinderung direkt aufgrund der Beschreibung des auf eine Schädigung bezogenen medizinischen Zustands einer Person.

Beispielsweise kann der Grad des Seh- oder Hörverlusts, der mit anerkannten technischen Geräten gemessen wird, direkt in einen Behinderungsgrad umgerechnet werden. Man nennt diesen Ansatz eine „direkte Messung“. In der Praxis ist es jedoch schwer, die Schwere der Schädigungen einer Person zu bewerten, ohne dabei implizit deren Folgen für wichtige Aktivitäten des Lebens, wie die Arbeit, zu berücksichtigen. Daher beruhen viele Richtwerttabellen nicht ausschließlich auf direkten Messungen, sondern berücksichtigen auch „behindernde Folgen“. Für eine gegebene Schädigung kann der Arzt aus einer bestimmten Werteskala die Werte auswählen, die unterschiedliche Auswirkungen des Zustands auf das Leben des Betreffenden widerspiegeln. In einigen Fällen ermöglicht der Ansatz der „behindernden Folgen“ die Entwicklung von Methoden zur Messung des Schweregrades, die einige der Grenzen technischer Messungen vermeiden. Zum Beispiel kann eine Atemwegserkrankung hinsichtlich ihrer Folgen für die Mobilität eines Menschen, statt in Bezug auf das Lungenvolumen beschrieben werden.

Eine der Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Schädigungsrubriken besteht darin, dass bei ihnen oft „direkte Messungen“ und der Ansatz der „behindernden Folgen“ kombiniert werden. Matheson et al. (2000) haben analysiert, wie bei den von der American Medical Association erarbeiteten und diesbezüglich oft zitierten „Guides to the Evaluation of Permanent Impairment“ zwischen den einzelnen Kapiteln und innerhalb derselben Kapitel unterschiedliche „Messebenen“ verwendet werden, die von „festgestellten Anzeichen und berichteten Symptomen“ bis zur „Unfähigkeit, bestimmte Arbeiten zu verrichten“ reichen. Wir finden diese Mischung verschiedener Ansätze auch in mehreren der in Europa verwendeten Richtwerttabellen. So kommt bei dem spanischen Leitfaden „Valoración de las situaciones de minusvalía“ (VM) eine direkte Messung zur Bewertung von Muskel-Skelett-Schädigungen zur Anwendung, während in anderen Kapiteln jedoch behindernde Effekte berücksichtigt werden. Im Kapitel zu den Geisteskrankheiten besteht die Klasse der Behinderung aus drei Komponenten: Folgen für das Alltagsleben, Folgen für die Erwerbsfähigkeit und eine dritte Kategorie, die die Schwere der Diagnose wiedergibt. Ein Blick auf die letzte Kategorie zeigt, dass eine gegebene Diagnose mit recht unterschiedlichen Dysfunktionsgraden einhergehen kann, und macht die Punkte deutlich, die eine Rolle spielen, wenn für die als geisteskrank einzustufende Person eine ausreichend große Abweichung von der Norm festgestellt werden soll.

Psychiatrische Probleme manifestieren sich als Beeinträchtigungen der Fähigkeit, bestimmte Dinge zu tun: als Fähigkeitsbeeinträchtigungen. Selbst wenn das Vorhandensein einer Schädigung bekannt ist (z. B. wenn der Betreffende eine feststellbare Missbildung oder Schädigung des Gehirns aufweist), werden bei einer sinnvollen Messung des Schweregrades die Auswirkungen auf die Fähigkeit berücksichtigt. Dies trifft jedoch nicht nur auf den Fall der geistigen Gesundheit zu. In der Praxis wird der Schweregrad einer Schädigung oft durch eine Betrachtung ihrer behindernden Folgen gemessen. In der von den COTOREP in Frankreich verwendeten Richtwerttabelle wird der Grad, bis zu dem eine Schädigung als schwer gilt, durch eine Untersuchung ihrer Folgen für die (Un-) Fähigkeit bewertet. (Ausnahmen sind sensorische Schädigungen, die direkt gemessen werden.) Die Folgen von Schädigungen werden in Bezug auf folgende Aspekte der Autonomie beschrieben: Folgerichtigkeit (die Person ist in der Lage, sich logisch und verständlich zu unterhalten und zu verhalten), Orientierung (die Person weiß die Zeit, Intervalle innerhalb eines Tages und den Ort), Körperpflege, Ankleiden usw.

Sowohl die spanische VM- als auch die COTOREP-Richtwerttabelle werden außerhalb des Bereichs versicherungsfinanzierter einkommenssichernder Leistungen angewandt, und zwar häufig auf Menschen, die nie gearbeitet haben. Bei ihnen werden Arbeitsmarktanforderungen kaum explizit berücksichtigt und keine Anhaltspunkte dafür gegeben, wie die frühere

Beschäftigung einer Person deren Bewertung beeinflussen kann. Wenn im Gegensatz dazu Versicherungsanstalten einen schädigungsbezogenen Ansatz verwenden, können sie umfassendere Protokolle erstellen, um die behindernden Folgen der Schädigungen für die Fähigkeit der Person, bestimmte Arbeiten zu verrichten, zu beschreiben, und die Protokolle können unterschiedliche Behinderungswerte für unterschiedliche Beschäftigungsbereiche nennen.

In Portugal und Griechenland sind die von den Versicherungsanstalten verwendeten Tabellen der Schädigungen Dokumente, die den Status von Gesetzen haben. Durch die Gesetzgebung hat die Regierung versucht, einen einheitlichen Ansatz für die Feststellung der Behinderung festzulegen, der sowohl für private als auch für staatliche Gremien gilt und der von den Gerichten bei Rechtsstreitigkeiten zitiert wird. Die Tabellen können als Versuch verstanden werden, die Bearbeitungskosten im Zusammenhang mit der Feststellung der Behinderung zu senken und die unterschiedlichen Akteure zu einem einheitlichen Vorgehen zu zwingen, obwohl in der Praxis bei der Anwendung der Tabellen ein erhebliches Maß an Flexibilität herrscht. Ein ähnlicher Wunsch, potenziell zugespitzte Verhandlungen mit Hilfe von Tabellen der Schädigungen abzukürzen, selbst wenn diese zugegebenermaßen etwas willkürlich sind, wird auch in der IIOD-Diskussion im belgischen nationalen Bericht festgestellt, was mit ein Grund für die weitverbreitete Verwendung von Tabellen der Schädigungen im Privatsektor in anderen Staaten sein kann.

Unter diesem Gesichtspunkt dienen Tabellen der Schädigungen als ordnungspolitisches Instrument zur Lösung von Streitigkeiten über Entschädigungen zwischen Parteien, die in dem Sinne gleich sind, als dass die eine (der Versicherer) nicht die Befugnis und Berechtigung hat, der anderen (dem behinderten Menschen) eine Lösung vorzuschreiben. Zwar muss der Fall letztlich nicht vor Gericht enden, doch steht den Parteien die Möglichkeit einer gerichtlichen Entscheidung offen und beeinflusst deren Strategie. Natürlich können behinderte Menschen im Rahmen der oben behandelten prozessbezogenen und erwerbsunfähigkeitsbezogenen Systeme auch Widerspruch gegen gerichtsähnliche Einrichtungen einlegen, doch lässt sich durchaus behaupten, dass diese Systeme tendenziell mehr Befugnis und Berechtigung haben, Einigungen ohne Streitigkeiten und Widerspruch zu erzielen. Wir möchten meinen, dass Behörden, die Tabellen der Schädigungen verwenden, dazu neigen, weniger gut entwickelte Verwaltungsstrukturen zu haben und weniger zur Rechenschaftslegung verpflichtet zu sein, als jene, die prozessorientierte Ansätze und Erwerbsunfähigkeitsansätze anwenden. Diesem Thema wollen wir uns eingehender in Kapitel 4 widmen.

In Italien und Spanien sind die Versicherungsanstalten nicht verpflichtet, eine gesetzlich vorgeschriebene Richtwerttabelle zu verwenden; sie haben durch hausinterne Ärzte ihre eigenen Bewertungsinstrumente auf der Grundlage eines schädigungsorientierten Ansatzes entwickeln lassen. Der italienische Bericht weist darauf hin, wie das INPS seine „fachliche Ermessensfreiheit“ durch die Erstellung von Protokollen ausgebaut hat. Es wird ein Grundstock an Fachwissen zusammengetragen (und aufgeschrieben und in der Ausbildung verwendet), der medizinische Daten über Diagnosen und Schädigungen mit spezifischen Beeinträchtigungen in der Arbeit oder im täglichen Leben verknüpft. Das INPS hat eine Reihe von Leitlinien zu spezifischen Problemen sowie ein Standardformular für den gesetzlich vorgeschriebenen medizinischen Bericht entwickelt. Befürworter dieser Ansatzes betrachten die Protokolle eher als technische Instrumente denn als politische Dokumente und unterstreichen deren Nützlichkeit zur Verbesserung einer einheitlichen Entscheidungsfindung in den Behörden und Regionen. Kritiker halten dem entgegen, dass eine Feststellung der Behinderung keine technische medizinische Angelegenheit sei und dass die Instrumente keine

Berechtigung hätten, wenn sie nicht unter einem breiteren politischen Blickwinkel betrachtet würden und Gegenstand von Kritik und Debatte seien.

Daher kann die Entwicklung von Bewertungsinstrumenten selbst als ein Bereich betrachtet werden, in dem unterschiedliche Berufsgruppen das Sagen haben, und die Dominanz der Ärzte bei den Entwicklungs- und Überprüfungsprozessen in manchen Ländern ist evident. Einige Systeme werden intern von den Verwaltungen entwickelt und stehen der Öffentlichkeit nicht so ohne Weiteres zur Verfügung. Im Gegensatz dazu war an der Entwicklung des PCA im Vereinigten Königreich ein breites Spektrum von Akteuren beteiligt, z. B. Angehörige der Heilberufe, andere Berufsgruppen, behinderte Menschen sowie Vertreter von Behindertenorganisationen und von Organisationen, die die Interessen von Behinderten vertreten. (Es ist jedoch auffallend, dass das Konsultationsverfahren nicht zu einem Konsens geführt hat: die Anwendung des PCA ist äußerst umstritten und stößt auf viel Kritik.)

Bis zu einem gewissen Umfang überlappen sich die in diesem Abschnitt behandelten Ansätze mit den weiter oben erörterten prozessbezogenen Ansätzen. So wenden beispielsweise die Versicherungsanstalten in Deutschland und Österreich auch beträchtliche Mittel für die Weiterentwicklung ihres fachlichen Ermessensspielraums in Form von detaillierten Leitfäden und Protokollen auf, und die beteiligten Mitarbeiter stammen nur aus dem medizinischen Bereich. Spanien, Portugal, Italien und Griechenland unterscheiden sich jedoch von Deutschland, Österreich, Frankreich und Belgien, was die Trennung der Geldleistungen vom Gesundheitsdienst und das praktische Nichtvorhandensein von Rehabilitationsmaßnahmen in Verbindung mit Geldleistungen in den erstgenannten Ländern anbelangt. All diese Staaten wiederum unterscheiden sich von Schweden, Norwegen und Finnland in Bezug auf die Vorherrschaft der Ärzte im Versicherungswesen und die relativ starke Betonung der ärztlichen Diagnose und medizinischer Daten in den zuerst genannten Ländern. (Dänemark fällt in eine eigene Kategorie, da es keine Invaliditätsversicherung hat; wie die nachstehende Diskussion zeigt, ist dort die medizinische Orientierung sogar noch schwächer ausgeprägt als bei seinen Nachbarn.)

Nicht behinderungsbezogene Kriterien bei Einkommenssicherung und Einkommensbeihilfe

In der bisherigen Diskussion ging es hauptsächlich um die Bewertung der Erwerbsunfähigkeit zu Zwecken der Zahlung von Versicherungsleistungen. Aufgrund der Beitragsvoraussetzungen ist gewährleistet, dass viele derjenigen, die einer Bewertung unterzogen werden, berufstätig waren, wobei es sich tendenziell eher um ältere Arbeitnehmer handelt. Allerdings sind die Beitragsvoraussetzungen in den einzelnen Staaten sehr unterschiedlich. Es kann eine gewisse Wechselbeziehung zwischen der „Höhe“ der Beitragsvoraussetzungen und der Prüfung der Erwerbsunfähigkeit auf der Grundlage der früher ausgeübten Tätigkeit bestehen (z. B. haben Spanien und Italien hohe Voraussetzungen und führen eine solche Prüfung durch; die Niederlande und das Vereinigte Königreich haben niedrige Beitragsvoraussetzungen und führen eine am allgemeinen Arbeitsmarkt orientierte Prüfung durch), doch verfügen wir nicht über die Daten, um diese Hypothese ausreichend zu verifizieren.

Nimmt man an, dass Nichterwerbstätigkeit das Hauptkriterium für den Bezug einer einkommenssichernden Leistung aufgrund von Behinderung ist, kann man sich einen nicht kategorialen Ansatz vorstellen, bei dem jeder, der nicht arbeitet, eine Leistung erhält, unabhängig davon, ob der Grund dafür Arbeitslosigkeit, Behinderung oder ein anderer Faktor, wie die Pflege von Angehörigen, ist. Wir können feststellen, dass zuweilen in allen

europäischen Staaten ein nicht kategorialer Ansatz bei den auf einer Bedürftigkeitsprüfung basierenden (Unterstützungs-) Leistungen zur Anwendung kommt, was jedoch nie bei den Versicherungsleistungen der Fall ist. Eine Erklärung liegt darin, dass die Unterscheidung zwischen Behinderung und Arbeitslosigkeit für die Aufteilung der Zuständigkeiten unter den Versicherungsanstalten, die über recht unterschiedliche Verwaltungs- und Finanzierungsstrukturen verfügen können, entscheidend ist. Diese Fragmentierung ist in Europa eher die Regel als die Ausnahme. Sogar in den skandinavischen Staaten, bei denen man normalerweise von integrierten sozialpolitischen Ansätzen und einer Zentralregierung ausgeht, die die Formulierung von Maßnahmen und deren Finanzierung weitgehend vereinheitlicht, ist die Arbeitslosenversicherung vom Leistungssystem für Behinderte institutionell getrennt. Auch die Niederlande haben getrennte institutionelle Strukturen, obwohl die Reformen der vergangenen zwanzig Jahre zu einer verstärkten politischen Koordinierung des Versicherungssystems geführt haben. Es kann durchaus behauptet werden, dass es einen Trend zu mehr Integration gibt, da die Zentralregierungen die traditionelle politische Autonomie einiger Sozialversicherungsanstalten in Frage stellen, um den Problemen eines nicht ausgeglichenen Haushalts Herr zu werden. Dennoch sind die einem nicht kategorialen Ansatz entgegenstehenden institutionellen Barrieren erheblich.

Das Vereinigte Königreich und Irland liefern uns Beispiele, bei denen es keine institutionellen Hindernisse für einen nicht kategorialen Ansatz gibt, aber die Kategorie der Behinderung trotzdem beibehalten wird. Wie oben erläutert, kann die kategoriale Unterscheidung verwendet werden, um festzustellen, welche Verwaltungsregeln und -voraussetzungen geeigneterweise auf den Leistungsbezieher anzuwenden sind, doch hat ein Politikwandel hin zu einer Förderung der Beschäftigung von behinderten Menschen diese Unterscheidung im Vereinigten Königreich verwischt.

In einigen Staaten ist das Versicherungssystem fragmentiert, das Unterstützungssystem jedoch integriert. In Dänemark gibt es keine Erwerbsunfähigkeitsversicherung (abgesehen von einer halb privaten Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten), und die Einkommenssicherung für behinderte Menschen ist in die allgemeine Sozialunterstützung integriert. Dies hat einige verblüffende Neuerungen dahingehend zur Folge gehabt, wie die Behinderungskategorie bei den einkommenssichernden Maßnahmen in Dänemark gehandhabt wird. Der niedrigste Satz der Erwerbsunfähigkeitsrente kann zuerkannt werden, wenn die Erwerbsfähigkeit des Antragstellers aus medizinischen *und/oder sozialen* Gründen um mindestens die Hälfte gemindert ist. Wird einem Antrag aus sozialen Gründen stattgegeben, richtet sich die Leistung (insbesondere die Bedürftigkeitsprüfung) nach der allgemeinen Sozialunterstützung. Höhere Rentensätze werden gegenwärtig auf der Grundlage einer stärkeren Minderung der Erwerbsfähigkeit (aufgrund schwererer funktioneller Beeinträchtigungen) gewährt. Jedoch ist die logische Begründung für diese Unterscheidungen etwas unklar. Eine geht dahin, dass schwerer behinderte Menschen aufgrund ihrer Behinderungen höhere Lebenshaltungskosten haben, so dass die Leistungen mit dem Schweregrad steigen sollten. Wenn jedoch der Zweck der kategorialen Unterscheidung darin besteht, die zusätzlichen Lebenshaltungskosten zu decken, lässt sich durchaus die Meinung vertreten, dass sich die Feststellung der Behinderung dann auf die Extrakosten, statt auf die Erwerbsunfähigkeit konzentrieren sollte. Dieser Gedanke liegt den derzeitigen dänischen Reformen zugrunde. Von 2003 an soll sich das System der Einkommenssicherung und Beschäftigungsförderung nur noch auf die „Fähigkeit zu arbeiten“ konzentrieren, ein Konzept, das sich auf jedes Arbeitshindernis, und nicht nur auf medizinische Aspekte bezieht. Bedürfnisse aufgrund einer Behinderung im medizinischen Sinn, wie die Unterstützung bei grundlegenden Alltagshandlungen oder anderen Aspekten des selbständigen Lebens, werden eher durch separate Maßnahmen auf der Grundlage des Gesetzes über

Sozialdienstleistungen als im Rahmen der wichtigsten Einkommensbeihilfeleistungen berücksichtigt.

Ein wichtiges Beispiel für ein nicht kategoriales System der Sozialunterstützung ist die Sozialhilfe in Deutschland. Eine individualisierte Bewertung ist das zentrale Prinzip bei der Gewährleistung von Sozialhilfe, und das bedeutet wohl, dass sich ein unterschiedlicher Bedarf an Unterstützung bei grundlegenden Alltagshandlungen und anderen Formen der „Integrationsunterstützung“ in der Bewertung jedes Einzelnen niederschlagen kann. Eine individualisierte Bewertung verursacht jedoch hohe Verwaltungskosten und kann als äußerst beliebig betrachtet werden. Die Sozialhilfe ist ausdrücklich als eine Leistung gedacht, die erst dann gezahlt wird, wenn alle anderen Möglichkeiten ausgeschöpft sind, und ein Anstieg der Zahl der Sozialhilfeempfänger kann zu einem kategorialeren Ansatz zwingen.

Möglicherweise wäre die Notwendigkeit getrennter kategorialer Leistungen aufgrund von Behinderung geringer, wenn allgemeine Bedürftigkeitsprüfungen verstärkt zur Anwendung kämen und die Finanzierung der Leistungen gesicherter wäre. Diese Alternative wurde am intensivsten in Frankreich diskutiert, wo es sowohl die allgemeine Sozialunterstützung (RMI) als auch eine Unterstützung für behinderte Menschen (AAH) gibt. Beide beruhen auf einer Bedürftigkeitsprüfung, doch ist die AAH großzügiger (insbesondere für allein lebende Menschen) und die Bedürftigkeitsprüfung weniger streng. Als der RMI eingeführt wurde (1988), gab es eine Debatte darüber, aus welchem Grund bei der Gewährung von AAH (die es bereits gab) und RMI Unterschiede gemacht werden sollten. Diese Frage wurde unlängst erneut durch ein Gesetz aufgeworfen, das im Januar 2002 in Kraft trat und den Zugang zu den von Umschulungs- und Rehabilitationseinrichtungen angebotenen Maßnahmen regelt. In dem Gesetz wird sowohl die Gruppe der Langzeitarbeitslosen als auch die der Behinderten als „gefährdet“ eingestuft. Diese Maßnahme ist Ausdruck eines neuen Verständnisses von Arbeitslosigkeit, demzufolge das Problem nicht der „Verlust eines Arbeitsplatzes“, sondern die „Entfernung zu einem Arbeitsplatz“ ist. Durch diese Entwicklung hat die Frage, in welchem Verhältnis RMI und AAH zueinander stehen, erneut Aktualität bekommen, insbesondere da Forschungsergebnisse darauf hindeuten, dass viele RMI-Empfänger unter gesundheitlichen Beeinträchtigungen leiden.

Allgemeiner gesagt, sind die Sozialunterstützungssysteme in der Lage, Menschen mit geringeren Behinderungen zu absorbieren und so die Belastung des Haushalts, der für die eigentlich wegen Behinderung gezahlten Leistungen zur Verfügung steht, zu verringern. Andererseits gibt es starken Druck vonseiten bedürftiger Menschen, ihnen einen Behindertenstatus zuzuerkennen, in den Staaten, die keine allgemeine Sozialunterstützung haben oder wo die Maßnahmen lokalen Haushaltszwängen unterliegen und/oder hochgradig beliebig sind (insbesondere in Griechenland, Italien, Spanien und Portugal).

3.3 Beschäftigungsmaßnahmen

Das einfache von Mashaw und Reno entwickelte Schema, mit dem wir diesen Teil eingeleitet haben, legt nahe, dass sich die Definition der Behinderung, die für die Feststellung des Anspruchs auf berufliche Rehabilitationsmaßnahmen verwendet wird, auf den Bedarf des Betreffenden an solchen Maßnahmen sowie auf den möglichen Nutzen, den er daraus ziehen kann, konzentrieren sollte. Wie im Fall der Unterstützung bei grundlegenden Alltagshandlungen scheint es einen natürlichen Zusammenhang zwischen Rehabilitation und Gesundheitszustand zu geben, was durch diesen Ansatz bekräftigt wird. Menschen ohne

entsprechende Gesundheitsprobleme brauchen keine Rehabilitation und hätten auch keinen Nutzen davon.

Bei der Analyse der für Beschäftigungsmaßnahmen in den Mitgliedstaaten verwendeten Definitionen ist das Bild nicht so einfach. Zwar kann zwischen Rehabilitation und Behinderung ein natürlicher Zusammenhang bestehen, doch sind viele Qualifizierungsmaßnahmen auch für einen breiteren Personenkreis potenziell von Nutzen, der Probleme hat, eine Beschäftigung aufzunehmen, welche nicht unbedingt mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung zu tun haben müssen. So kann beispielsweise das Arbeitsamt eine Beihilfe zum Lebensunterhalt für Personen zahlen, die an einer Qualifizierungsmaßnahme teilnehmen, und zwar für als „behindert" eingestufte Menschen während eines längeren Zeitraums als für andere. Es können ferner Zuschüsse an Arbeitgeber gezahlt werden, wenn sie Arbeitnehmer unterschiedlicher Kategorien einstellen, die Probleme haben, eine Arbeit zu finden; je nach Kategorie können diese Zuschüsse in unterschiedlicher Höhe oder von unterschiedlicher Dauer gewährt werden (z. B. ein Satz für Langzeitarbeitslose, ein anderer für behinderte Menschen).

Ein anderes wichtiges Gebiet der Beschäftigungsförderung für Behinderte in den Mitgliedstaaten ist die Anwendung von Quotenregelungen, womit auch die Erhebung von Abgaben bei deren Nichteinhaltung verbunden sein kann, die dann Organisationen zur Verfügung gestellt werden, deren spezifische Aufgabe es ist, die Beschäftigung behinderter Menschen zu fördern. Wie wir im weiteren Verlauf dieses Abschnittes zeigen werden, ist es nicht ganz klar, ob sich die bei der Quotenregelung angewandte Definition der Behinderung auf die Beeinträchtigungen einer Person und die damit verbundenen Schwierigkeiten bei der Arbeitsuche konzentrieren sollte oder ob die Quote als Antidiskriminierungsmaßnahme gedacht ist, wo die Kriterien für eine entsprechende Definition andere sind.

In der folgenden Diskussion unterteilen wir die Beschäftigungsmaßnahmen in Europa in drei Gruppen: spezifische behinderungsbezogene Maßnahmen (einschließlich Rehabilitationsprogrammen), deren Zielgruppe sich unserer Meinung nach weitgehend automatisch ergibt, oft sind dies Menschen mit besonderen Schädigungen; allgemeine Beschäftigungsmaßnahmen, wie Umschulungsbeihilfen, Zuschüsse an Arbeitgeber und Unterstützung bei der Arbeitsuche; sowie Quotenregelungen. Wir werden zeigen, dass jedes Gebiet andere Fragen in Bezug auf die relevante Definition der Behinderung sowie auf den Zusammenhang zwischen Behinderung und anderen Hindernissen bei der Arbeitsaufnahme und beim Erhalt eines Arbeitsplatzes aufwirft.

Spezifische behinderungsbezogene Maßnahmen

Unter dieser Überschrift fassen wir Rehabilitationsmaßnahmen, geschützte Werkstätten und Arbeitsplatzanpassungen zusammen. In allen im Rahmen dieser Studie untersuchten Staaten gibt es vielfältigste Maßnahmen, die in diese Kategorien fallen. Einige sind mit dem Sozialversicherungssystem, andere mit Sozialdiensten verbunden und wieder andere hängen zum großen Teil von freiwilliger und ehrenamtlicher Arbeit ab. Oft sind die Maßnahmen auf die betreffende Schädigung ausgerichtet: So kann es beispielsweise spezifische Angebote für Blinde oder Gehörlose geben. Das hat zur Folge, dass die Träger dieser Maßnahmen häufig eine schädigungsbezogene Definition der Behinderung bei der Zuteilung ihrer Maßnahmen verwenden, obwohl deren Verständnis, was die Art und Folgen der Behinderung anbelangt, nicht auf der Schädigung beruhen muss (siehe Ausführungen zum Thema „Definitionen" in Kapitel 1). Was die Sozialdienstleistungen betrifft, so kann man über spezifische Wege (z. B. Überweisung durch medizinische Dienste) in den Bereich behinderungsbezogener Dienste gelangen, so dass eine Feststellung der Behinderung nicht routinemäßig verlangt wird und die

Definitionen unter Umständen nicht klar festgelegt sind. Die Träger dieser Maßnahmen befassen sich nicht unbedingt mit einer intensiven Überwachung der „Grenzen“, wenn sie ihre Ressourcen zuteilen: Man kann im Gegenteil Bedenken hegen, dass behinderte Menschen gar nicht erreicht werden. Unter solchen Bedingungen können sich die Bewertungen eher darauf konzentrieren, die Bedürfnisse einer Person in Erfahrung zu bringen, als festzustellen, ob sie überhaupt Anspruch auf die Maßnahmen hat.

Es gibt jedoch auch Umstände, unter denen eine allgemeine Feststellung der Behinderung vorgenommen wird, bevor eine spezifische behinderungsbezogene Maßnahme in Anspruch genommen werden kann. In den Ländern, in denen es eine Registrierung von Behinderungen oder allgemeine Feststellungssysteme gibt (z. B. Deutschland, Österreich und Spanien), müssen die Betreffenden entweder gemeldet sein oder einen bestimmten Behinderungsgrad im Rahmen eines allgemeinen Feststellungsprozesses erreicht haben, um auf Arbeitsplätze in geschützten Werkstätten oder auf ähnliche Maßnahmen Anspruch zu haben. Diese Systeme werden eingehender in dem nachstehenden Abschnitt über Quotenregelungen behandelt.

Eine allgemeine Feststellung kann beispielsweise auch notwendig sein, wenn Vorkehrungen am Arbeitsplatz getroffen werden müssen und die Aufteilung der finanziellen Verantwortlichkeiten vom Behindertenstatus des Mitarbeiters abhängt. So können Arbeitgeber z. B. dafür zuständig sein, allgemein für ihre Mitarbeiter ein sicheres und geeignetes Arbeitsumfeld zu schaffen, wohingegen sie für Anpassungen des Arbeitsplatzes dann spezifische finanzielle Zuschüsse erhalten können, wenn der betreffende Arbeitnehmer behindert ist. Die finanzierende Behörde hat nicht nur den Bedarf des Arbeitnehmers an einer Arbeitsplatzanpassung zu berücksichtigen, sondern auch, ob die allgemeine Funktionsfähigkeit des Betreffenden so stark beeinträchtigt ist, dass die Aufwendung öffentlicher Mittel gerechtfertigt ist. Der Antrag kann abgelehnt werden, wenn beispielsweise eine teure Anpassung erforderlich ist, damit der Arbeitnehmer eine hoch spezialisierte Tätigkeit verrichten kann, er aber nicht allgemein behindert ist und so andere Arbeiten ohne Unterstützung übernehmen könnte (dieser Frage widmen wir uns eingehender in Kapitel 5).

Allgemeine Beschäftigungsmaßnahmen

Verglichen mit spezifischen behinderungsbezogenen Maßnahmen sind allgemeine Beschäftigungsmaßnahmen potenziell auch für Menschen von Nutzen, die keine gesundheitliche Beeinträchtigung haben. In einigen Staaten konzentrieren die Arbeitsämter ihre Bemühungen auf eine Gruppe, die als „schwer vermittelbar“ bezeichnet wird. Am häufigsten werden die Schwervermittelbaren aufgrund von Erfahrung ermittelt: Wenn jemand eine bestimmte Zeit lang arbeitslos ist, weist das auf einen Bedarf an zusätzlichen Mitteln hin. Es ist jedoch nicht ideal, darauf zu warten, dass sich die Schwervermittelbaren so von selbst zu erkennen geben, und die Arbeitsämter können auch auf Indikatoren achten, die für das Risiko der Langzeitarbeitslosigkeit typisch sind, wie geringes Bildungsniveau oder gesundheitsbezogene Nachteile.

Wir stellen daher fest, dass innerhalb eines solchen Systems besondere Dienstleistungen und zusätzliche Ressourcen auf der Grundlage einer Behinderung zugewiesen werden können. Derartige Maßnahmen sind oft eng mit den allgemeinen Maßnahmen für Arbeitslose verbunden. Die Arbeitslosigkeit selbst ist die erste Stufe zur Inanspruchnahme von Maßnahmen und der wichtigste Indikator für Benachteiligung. Eine Einstufung der Personen innerhalb dieser Gruppe als behinderte Menschen kann entweder für die Zuteilung von Sondermaßnahmen verwendet werden oder eine schnellere Inanspruchnahme derjenigen Maßnahmen möglich machen, die normalerweise Langzeitarbeitslosen vorbehalten sind. Der

Gesundheitszustand wird als Indikator dafür genommen, mit welcher Wahrscheinlichkeit jemand schwer vermittelbar ist, und die Bewertungen konzentrieren sich auf Fähigkeitsbeeinträchtigungen, die sich auf die Beschäftigungsfähigkeit auswirken. Schädigungen, die die Beschäftigungsfähigkeit im Normalfall nicht einschränken, verlangen keine Sondermaßnahmen.

Beispiele für Maßnahmen, die in erster Linie auf die Schwervermittelbaren ausgerichtet sind, basieren auf dem Arbeitsmarktservicegesetz (AMSG) in Österreich und dem Gesetz über Arbeitsvermittlungen in Finnland. Der finnische Bericht wirft eine Reihe von Fragen über das Verhältnis zwischen behinderten Menschen und anderen Gruppen in der Beschäftigungspolitik auf. Einige Jahre lang waren behinderte Menschen bei den Beschäftigungsmaßnahmen die einzige „Sondergruppe“, doch hat sich der Aktionsschwerpunkt der Arbeitsvermittlung unlängst auf andere Gruppen, wie Langzeitarbeitslose und arbeitslose Jugendliche, verlagert. Die Ressourcen sind dünner gesät und die mit einem offiziellen Behindertenstatus verbundenen Vorteile sind zuweilen fraglich.

Die Erkenntnis, dass das Verhältnis zwischen einer gegebenen Schädigung und Erwerbsfähigkeit von einem Gemenge verschiedener Faktoren (Erfolg medizinischer Maßnahmen, Verfügbarkeit von Hilfsmitteln, andere Fertigkeiten des Betreffenden usw.) beeinflusst werden kann, könnte die Behördenmitarbeiter, deren Hauptanliegen die Arbeitsvermittlung ist, dazu verleiten, sich bei der Bewertung des Grades der Behinderung für beschäftigungspolitische Zwecke weniger auf die Schädigungen und stärker auf Kontextfaktoren zu konzentrieren. Äußerstenfalls können Beschäftigungsmaßnahmen verallgemeinert werden („Mainstreaming“), so dass der Zugang zu Beschäftigungsprogrammen nicht davon abhängt, dass jemand als behindert eingestuft wird; er wird ungeachtet der Ursache durch einen nachteiligen Status am Arbeitsmarkt erreicht. Einerseits wird bei einem Mainstreaming das Problem vermieden, Behinderung definieren zu müssen, andererseits kann es dazu führen, dass Ressourcen zum Nachteil der Schwerbehinderten oder Körperbehinderten umgelenkt werden zugunsten jener, die Probleme mit der sozialen Anpassung haben (Bengtsson, 1995).

Der schwedische Bericht geht auf gegenteilig gelagerte Fälle ein. Ein bedeutend breiteres Spektrum an Zuschüssen und anderen Maßnahmen steht Menschen zur Verfügung, die von der Arbeitsvermittlung als behindert anerkannt sind. In einem Bericht der nationalen Rechnungsprüfungsstelle wird angedeutet, dass die Ämter Schwervermittelbare immer häufiger als nur eingeschränkt erwerbsfähig einstufen, um ihnen die Inanspruchnahme dieser Maßnahmen zu ermöglichen.

Die Beispiele machen einige der Probleme deutlich, maßgebliche Definitionen der Behinderung in der Beschäftigungspolitik zu finden. In dem schwedischen Fall sind die implizit verwendeten Definitionen in dem Sinne relevant, als dass eine Person als behindert eingestuft wird, um ihr Zugang zu geeigneten Maßnahmen zu verschaffen. Vom Gesichtspunkt der finanzierenden Behörde aus betrachtet, besteht die Gefahr, dass Mittel, die für die am stärksten Benachteiligten gedacht waren, zugunsten weniger behinderter Personen umgeleitet werden. Das heißt, es wäre wünschenswert zu beobachten, wie die Arbeitsvermittlung behinderten Menschen durch die Anwendung einer Definition der Behinderung hilft, die nicht ihrer Kontrolle unterliegt.

Leider lässt sich kaum vorstellen, wie eine externe Definition formuliert werden könnte, die für das grundlegende Kriterium relevant ist, nämlich wie schwer jemand zu vermitteln ist, da dies von vielen möglichen Faktoren abhängt. Es ist denkbar, dass beispielsweise ein gut ausgebildeter Rollstuhlfahrer in einem bestimmten Umfeld leichter zu vermitteln ist als jemand, der

zwar nicht körperbehindert, dafür aber unqualifiziert ist.

Dieses Problem tritt auch bei der Verwaltung von Zuschussregelungen auf, wo die Gefahr besteht, dass das Geld dafür verschwendet wird, Zuschüsse für Menschen mit Behinderungen zu zahlen, die an ihren speziellen Arbeitsplätzen uneingeschränkt leistungsfähig sind. Bei der belgischen CAO-26-Regelung (eine tarifliche Vereinbarung) prüft ein Arbeitsinspektor die Leistung einer Person am Arbeitsplatz, und er kann zu dem Schluss gelangen, dass die Leistung des Betreffenden nicht ausreichend beeinträchtigt ist, um einen Anspruch auf einen Zuschuss zu rechtfertigen, auch wenn eine allgemeine Feststellung der Behinderung getroffen wurde. Im Gegensatz dazu sieht die flämische VIP-Regelung (Vlaamse Inschakelingspremie) einen Zuschuss vor, der davon abhängt, dass der Betreffende allgemein als behindert eingestuft wird. Dieser Ansatz wird auch in Frankreich verfolgt, wo Zuschüsse für Arbeitnehmer, die von COTOREP als „TH“ eingestuft sind, eher von der allgemeinen Klassifikation (A, B oder C) als von der Überprüfung der am Arbeitsplatz erbrachten Leistung abhängen. Es könnte den Anschein haben, als wäre das Risiko von sinnlos gewährten Zuschüssen bei Regelungen des letzten Typs größer, doch kann man der CAO-26-Regelung vorwerfen, dass sie extrem von den Verhandlungen zwischen Arbeitgeber und Zuschusszahler abhängt.

Die allgemeine Feststellung der Behinderung, die bei diesen Regelungen getroffen wird, basiert für gewöhnlich auf einer Analyse der funktionellen Beeinträchtigungen. Der eigentliche konzeptionelle Rahmen ist daher dem ähnlich, der bei Bewertungen der Erwerbsunfähigkeit für einkommenssichernde Leistungen angewendet wird (siehe Abschnitt 3.2 oben). Im Vereinigten Königreich, in Irland und den Niederlanden ist ein vorheriger Anspruch auf einkommenssichernde Leistungen eine der verbreitetsten Möglichkeiten für behinderte Menschen, ihren Anspruch auf Beschäftigungsmaßnahmen begründen können. In Irland war der Bezug von einkommenssichernden Leistungen entscheidend, um eine Beihilfe zu den Lebenshaltungskosten zu bekommen, wenn eine Qualifizierungsmaßnahme aufgenommen oder eine kommunale Arbeitsstelle angetreten wurde, bis man vor kurzem eine gesonderte Qualifizierungsbeihilfe eingeführt hat.

Quotenregelungen

In Deutschland, Österreich und Spanien basiert die Definition der Behinderung zu Quotenzwecken auf einer Schädigungsrubrik. Die deutschen und österreichischen Rubriken beruhen weitgehend auf „direkten Messungen“, während die spanische VM eine Analyse der „behindernden Folgen“ umfasst (siehe Abschnitt 3.2). Wir haben oben festgestellt, dass eine funktionell beeinträchtigte Person an einem speziellen Arbeitsplatz uneingeschränkt leistungsfähig sein kann, wenn dieser ihren funktionellen Fähigkeiten ausreichend entspricht. Diese Situation ist bei einem schädigungsbezogenen Ansatz üblicher, da einige Schädigungen relevante funktionelle Fähigkeiten möglicherweise nur unerheblich oder gar nicht beeinträchtigen. Dies wird von mehreren Kommentatoren anerkannt, und die schädigungsbezogene Definition wird zuweilen damit gerechtfertigt, dass sie nicht nur Menschen helfen soll, deren Leistungsfähigkeit vermindert ist, sondern auch Menschen, die aufgrund ihrer Schädigung von Diskriminierung bedroht sind.

Wie in Kapitel 5 noch eingehender erörtert wird, hängt die maßgebliche Definition der Behinderung bei Antidiskriminierungsmaßnahmen von den Vorstellungen hinsichtlich Diskriminierung und Gleichbehandlung ab, auf denen die Politik gründet. Eine Antidiskriminierungspolitik, die Menschen schützen soll, deren Leistungsfähigkeit nicht beeinträchtigt ist, kann eine weit gefasste Definition der Behinderung zugrunde legen, die Menschen mit geringen

Schädigungen genauso einschließt wie Menschen, von denen der Eindruck herrscht, dass sie Beeinträchtigungen haben, die in der Tat jedoch nicht vorhanden sind. Eine so breite Definition der Behinderung wäre allerdings keine sinnvolle Grundlage für eine Quotenregelung. Die Quote muss in gewisser Weise selektiv sein, doch stößt der Auswahlprozess dann auf Kritik dahingehend, dass dadurch, dass Menschen als behindert eingestuft werden, die Quoten selbst eine Form diskriminierender Behandlung darstellen.

Die Probleme bei der Feststellung der Behinderung zu Quotenzwecken können als typisches Umsetzungsproblem betrachtet werden. Der Arbeitgeber ist derjenige, der die Quotenpolitik umsetzt. So kann er beispielsweise recht gute Informationen darüber besitzen, wie schwer ein behinderter Mensch in spezifischen maßgeblichen Situationen beeinträchtigt ist, und hat dann den Anreiz, den „Rahm abzuschöpfen", d. h. jene behinderten Arbeitnehmer auszuwählen, deren Beeinträchtigungen bei der in Frage stehenden Arbeit am wenigsten behindern. Ist der Arbeitgeber falsch unterrichtet oder hat er Vorurteile gegenüber bestimmten Behinderungen, verkehrt sich das Problem des Rahmabschöpfens in ein Diskriminierungsproblem. Der Arbeitgeber kann Arbeitnehmer begünstigen, deren Situation leichter zu verstehen ist und die die meiste Sympathie erwecken (z. B. eher körperbehinderte als geistig behinderte Menschen). Dieses Problem in Bezug auf denjenigen, der hier die ausschlaggebende Rolle spielt, kann nicht durch Vorschriften gelöst werden: Es müssen statt dessen direkt das Verhalten und die Strategien des Arbeitgebers thematisiert werden, um eine bessere Abstimmung zwischen dem Arbeitgeberverhalten und den Zielen der politischen Entscheidungsträger zu erreichen.

Mehrere Staaten haben Reformen ihrer Quotensysteme eingeleitet, die dieses Umsetzungsproblem wohl durchaus dadurch angehen, dass sie die Quotenerfüllung mit der Verabschiedung von Managementplänen zur Förderung der Beschäftigung behinderter Menschen und zur Bekämpfung diskriminierender Einstellungspraktiken verknüpfen. Sowohl Frankreich als auch Deutschland haben Maßnahmen eingeführt, bei der die für die Einhaltung der Quoten zuständige Behörde enger mit den Arbeitgebern zusammenarbeitet als bei dem herkömmlichen ordnungspolitischen Modell; und die Quotenerfüllung kann mehr als eine Möglichkeit, die Wirksamkeit von Antidiskriminierungsmaßnahmen festzustellen, denn als ordnungspolitische Maßnahme betrachtet werden, die an sich wirksam ist. Neuere Initiativen in Deutschland sehen die Bereitstellung von mehr finanzieller Unterstützung für Arbeitgeber (auf der Grundlage von Regelungen, die Verhandlungsspielraum lassen) und die Förderung eines proaktiveren und weitreichenderen Ansatzes für die Vermittlung behinderter Arbeitnehmer vor. Einerseits wird stärker darauf geachtet, Stellen zu finden, die die Bestrebungen und Vorlieben des behinderten Menschen widerspiegeln. Dementsprechend liegt in Frankreich seit Mitte der 1990er Jahre der Schwerpunkt zunehmend darauf, die Arbeitgeber zur Aufstellung von Plänen für die Eingliederung behinderter Arbeitnehmer zu veranlassen und diese Pläne durch ausgehandelte Zuschüsse zu unterstützen. In Italien, wo die Arbeitsvermittlung gewisse Befugnisse den unmittelbaren Arbeitgebern vorbehält, eine bestimmte Person für eine gemeldete Stelle einzustellen, werden nun mehr Anstrengungen unternommen, um ein detailliertes Profil des Antragstellers zu entwickeln und die Abstimmung zwischen den erfassten behinderten Menschen und den angebotenen Stellen zu verbessern.

Während diese Reformen sicherstellen sollen, dass die Quotenregelung stärker mit einer nicht diskriminierenden Praxis in Einklang gebracht wird, bleibt die Frage, wie man die behinderten Menschen erreicht, ungelöst. Einige der verwendeten Schädigungsrubriken haben eine lange Geschichte und spiegeln veraltete medizinische Annahmen und gesellschaftliche Einstellungen wider, doch ist es nicht einfach, einen entsprechenden Ersatz zu formulieren. So wird beispielsweise weithin eingeräumt, dass die österreichische Richtsatzverordnung (RSV) überholt ist, aber dennoch halten Ärzte sie für akzeptabel, sofern sie flexibel eingesetzt wird.

Die politische Motivation ist gering, die RSV zu reformieren, da erkannt wird, dass jede Überarbeitung äußerst umstritten wäre und kaum alle interessierten Parteien zufrieden stellen dürfte.

Zusammenfassung

In diesem Kapitel haben wir untersucht, wie welche Definitionen der Behinderung bei der Einkommenssicherung, bei Beschäftigungsmaßnahmen und im Fall der Unterstützung bei grundlegenden Alltagshandlungen verwendet werden. Das zentrale Thema in jedem dieser Bereiche ist die Feststellung, dass behinderte Menschen besondere einschlägige Bedürfnisse haben. Die genaue Art dieser Bedürfnisse sowie ihre Ähnlichkeiten und Unterschiede in Bezug auf die Bedürfnisse anderer Gruppen sind nicht immer klar definiert.

Selbst wenn der Zweck einer kategorialen Unterscheidung klar ist, bleiben weitere Fragen dahingehend, ob die kategorialen Unterscheidungen im Feststellungsprozess angemessen umgesetzt werden. Die Schwierigkeit, Unterscheidungen vorzunehmen, kann dazu führen, dass die politischen Entscheidungsträger den mit der Umsetzung betrauten Stellen ein erhebliches Maß an Ermessensfreiheit einräumen. Wir haben gezeigt, dass bei der Abgrenzung von Behinderungskategorien oft ein institutioneller Aspekt zum Tragen kommt. Bei integrierten Sozialsystemen haben die politischen Entscheidungsträger es eventuell leichter sicherzustellen, dass die kategorialen Unterscheidungen für sozialpolitische Zwecke relevant sind.

Angesichts der Schwierigkeiten, Behinderung zu definieren, könnte es für wünschenswert gehalten werden, die Behinderungskategorien, wann immer möglich, abzuschaffen, und den Bedürfnissen behinderter Menschen durch nicht kategoriale soziale Maßnahmen Rechnung zu tragen. Wir haben gezeigt, dass sich Beispiele für solche Maßnahmen in den Bereichen Beschäftigung (Maßnahmen für Schwervermittelbare), Einkommenssicherung (nicht kategoriale Sozialunterstützung) und Unterstützung bei grundlegenden Alltagshandlungen (wo Senioren und Behinderte auf dieselbe Art und Weise bewertet werden können) finden lassen. Dennoch stellt sich in allen Fällen die Frage, ob die Bedürfnisse behinderter Menschen angemessen anerkannt und für diese Bedürfnisse ausreichend Mittel bereitgestellt werden.

Kapitel 4 Eine Analyse der Prozesse zur Feststellung der Behinderung

Im vorangegangenen Kapitel haben wir uns mit der Definition der Behinderung beschäftigt und uns dabei auf die Relevanz von Behinderungskategorien für verschiedene sozialpolitische Maßnahmen konzentriert. In diesem Kapitel möchten wir untersuchen, auf welche Weise Menschen hinsichtlich ihrer Zugehörigkeit zu den Behinderungskategorien bewertet werden. Die Debatte über „medizinische“ und „soziale“ Ansätze bei der Definition der Behinderung wirft Fragen darüber auf, welche Vorstellungen in punkto Behinderung am ehesten in der Lage sind, die Rechte behinderter Menschen zu wahren. Traditionelle sozialpolitische Maßnahmen werden zuweilen wegen ihrer medizinischen Ausrichtung und der willkürlichen Entscheidungsfindung kritisiert. Medizinisierung und Ermessensfreiheit werden bei der Kritik an den beruflichen Befugnissen der Ärzte bei der Feststellung der Behinderung miteinander in Zusammenhang gebracht.

Angesichts der Bedeutung, die dem Unterschied zwischen dem medizinischen und dem sozialen Ansatz bei der Definition der Behinderung in der gegenwärtigen politischen Debatte

beigemessen wird, wäre es interessant, die Feststellungsverfahren nach ihrem Grad der „Medizinisierung“ zu klassifizieren. Das ist jedoch nicht so einfach. Medizinische Fachkenntnisse und Fähigkeiten werden auf unterschiedlichste Weise zur Feststellung der Behinderung herangezogen. Das Verhältnis zwischen Medizin, behinderten Menschen und der Gesellschaft ist komplex. Die Ärzte können als Anwälte und Verteidiger ihrer Patienten auftreten, dann aber wieder gezwungen sein, als Richter zu fungieren, wobei sie strikten Zwängen gehorchend arbeiten müssen, was die Grundlage ihrer Entscheidungsfindung anbelangt. Die Ärzte können sich um Ermessensfreiheit bemühen oder diese zumindest hinnehmen, in der Überzeugung, die Situation einer Person richtig beurteilen zu können, doch kann es ihnen dann wiederum passieren, dass ihre Entscheidungen von Kollegen, Patienten und Behindertenfürsprechern aus anderen Bereichen in Frage gestellt werden. Unsere Beispiele aus den einzelnen Ländern legen nahe, dass die Ärzte oft um nicht rein medizinische Urteile gebeten werden. So können sie beispielsweise aufgefordert werden, jemanden zu Hause zu besuchen und über sein soziales Umfeld zu berichten. Medizinisches Personal kann gebeten werden, einen nicht medizinischen Ansatz bei der Feststellung der Behinderung anzuwenden, was vielleicht eher mit ihrer Rolle als vertrauenswürdige Fachleute innerhalb der Gesellschaft als mit ihren Fachkenntnissen zu hat.

Wir haben in Kapitel 3 gezeigt, dass die meisten Staaten in verschiedenen sozialpolitischen Bereichen gleichzeitig mehrere Ansätze bei der Definition der Behinderung verfolgen. Man kann bei der Feststellung der Behinderung nicht generell von nationalen Ansätzen sprechen. Es gibt unterschiedliche Ansätze bei der Sozialversicherung, der Sozialunterstützung, der Bereitstellung sozialer Dienstleistungen und in der Beschäftigungspolitik. Außerdem gibt es überall dort bereichsübergreifende Fragen in Bezug auf die Art der in dem betreffenden Politikbereich geschaffenen sozialen Rechte. So halten zum Beispiel viele Kommentatoren die Bedürftigkeitsprüfung für unethisch, was die sozialen Rechte angeht, und man kann nicht über die Art der Behindertenrechte bei der Sozialunterstützung reden, ohne diesen kontextbezogenen Faktor anzuerkennen. Bei versicherungsbezogenen Systemen wird in der Sozialpolitik hingegen generell vorausgesetzt, dass sie die sozialen Rechte durch das Beitragsprinzip stärken. Allerdings werden mit solchen Systemen eher den Beitragszahlern als den Bürgern insgesamt Rechte zuerkannt, und ein großer Prozentsatz der behinderten Menschen kann diese Rechte nicht wahrnehmen. Maßnahmen, die weder auf einer Bedürftigkeitsprüfung noch auf der Zahlung von Beiträgen basieren (oft auch „universelle“ Maßnahmen genannt), gelten häufig als besonders erstrebenswert, was die Rechte angeht, doch haben universelle Systeme, wie im vorherigen Kapitel erwähnt, zur Folge, dass andere Zuteilungsgrundsätze stark betont werden, was nicht selten mit der Ausübung bestimmter beruflicher Befugnisse, wie bei der Abgrenzung von Behinderungskategorien, verbunden ist.

Ein anderer Ansatz besteht darin zu prüfen, ob und wie diese Rechte einen Menschen dazu befähigen, einen Anspruch auf bestimmte Ressourcen geltend zu machen. Die Ansicht, dass die Bedürftigkeitsprüfung nicht mit der Sicherung sozialer Rechte vereinbar ist, liegt zum Teil an der historischen Verbindung von Bedürftigkeitsprüfung und lokalen Sozialunterstützungssystemen, wo Haushaltszwänge einen starken Einfluss auf die Verwaltungsmethoden hatten. Heutzutage haben viele Staaten Sozialunterstützungssysteme, die zentral finanziert oder auf andere Weise auf eine sicherere finanzielle Grundlage gestellt werden. Eine zentrale Finanzierung kann mit einem eher ordnungspolitischen und einheitlicheren Ansatz für die Feststellung der Behinderung einhergehen, was jedoch wieder andere Fragen darüber aufwerfen kann, wie die Behinderungskategorie beschaffen ist.

Eine ordnungspolitische Sozialpolitik wirkt durch die Festschreibung von Rechten, die unabhängig von den Bereitstellungsprozessen sind und die gegen unterschiedlichste Träger

geltend gemacht werden können (Arbeitgeber, öffentliche Stellen usw.). Da Haushaltszwänge bei der Festlegung von Rechten in einer solchen Sozialpolitik nicht ausdrücklich berücksichtigt werden, kann man zu der Auffassung gelangen, dass sie die Rechte wirksamer und weniger einschränkend sichert als eine budgetorientierte Sozialpolitik. In diesem Kapitel wollen wir uns jedoch anhand von Beispielen aus den europäischen Ländern mit Fragen hinsichtlich der Mittelzuteilung im Rahmen von ordnungspolitischen Behindertenmaßnahmen befassen.

4.1 Eine Typologie der Prozesse zur Feststellung der Behinderung

In diesem Abschnitt möchten wir eine einfache Typologie der Feststellungsprozesse unter zwei Aspekten vorstellen:

1. Inwieweit die Systeme auf medizinischen Daten beruhen

Einige Systeme scheinen vor der Feststellung einer Behinderung viel in die Beschaffung medizinischer Beweise zu investieren. Hier sind die hinzugezogenen Ärzte normalerweise bei den Behörden selbst beschäftigt oder von diesen beauftragt, während man sich bei den weniger stark medizinisch ausgerichteten Systemen eher auf die Berichte des behandelnden Arztes (Hausarzt, Ärzte des Gesundheitsdienstes) verlässt. Bei den Systemen, die weitgehend auf medizinischen Daten basieren, werden von den Ärzten der Behörde medizinische Untersuchungen durchgeführt und Diagnosen überprüft, während der für die Behörde tätige Arzt bei den weniger medizinischen Systemen nur die Unterlagen prüfen oder eine funktionelle Bewertung, nicht aber eine komplette medizinische Untersuchung vornehmen darf. Bei letztgenannten Systemen wird die Diagnose des behandelnden Arztes über den Zustand des Antragstellers von der Behörde nicht überprüft und die Rolle ihres Arztes kann sich darauf beschränken, an der Entscheidungsfindung beratend teilzunehmen, während bei den medizinischeren Systemen der Arzt derjenige ist, der die Entscheidung trifft.

2. Die Ermessensfreiheit der Ärzte und anderer Fachleute

Wie oben erwähnt, lassen sich Feststellungsverfahren finden, die „relativ wenig medizinisch“ zu sein scheinen in dem Sinne, dass die Menge medizinischer Beweise begrenzt und die Ermessensfreiheit der Ärzte gering ist. Innerhalb dieser Kategorie gibt es zwei recht unterschiedliche Verfahrensweisen: eine, bei der anderen Fachleuten, wie Sozialarbeitern, Arbeitsmarktexperten oder multidisziplinären Teams, ein großer Ermessensspielraum zugestanden wird, und eine andere, bei der ein auf Regeln beruhender Ansatz angewandt wird und die berufliche Ermessensfreiheit überhaupt begrenzt ist. Die Systeme, die viel in medizinische Beweise investieren, lassen sich ebenfalls in zwei Untergruppen unterteilen. Es gibt Systeme getreu dem Motto „viele Beweise - viel Ermessensspielraum“ und andere, bei denen medizinische Beweise innerhalb eines relativ starren Rahmens, z. B. Richtwerttabellen, interpretiert werden, die die Ermessensfreiheit einschränken und die Einheitlichkeit fördern sollen.

In diesem Abschnitt skizzieren wir einige der wichtigsten Merkmale der vier Ansätze, die sich von unterschiedlichen Kombinationen der beiden Aspekte ableiten lassen. In Abschnitt 4.2 erörtern wir Beispiele aus den in dieser Studie behandelten Ländern, die die Funktionsweise dieser Ansätze veranschaulichen.

A. Wenig medizinische Beweise und viel Ermessensspielraum

Bei diesem Ansatz werden nur wenig medizinische Beweise gesammelt und ist der Ermessensspielraum der Ärzte gering, während andere Akteure viel Ermessensfreiheit genießen. Ermessensfreiheit kann mit Dezentralisierung verbunden sein. Wenn eine lokale Behörde für die von ihr verwalteten Maßnahmen finanziell verantwortlich ist, ist unseren Erkenntnissen zufolge ein hohes Maß an Ermessensfreiheit der Feststellungsebene (der „persönlichen" Ebene) vorbehalten. In einigen Fällen genießt diese lokale Behörde selbst Ermessensfreiheit, in dem Sinne, dass sie Leitlinien entwickeln kann, wer was bekommen sollte, doch gilt eine solche Ermessensfreiheit im Bewertungsprozess normalerweise nicht für die Feststellung der Behinderung (sehr wohl aber z. B. für Bedürftigkeitsprüfungen oder den Umfang der Anspruchsberechtigung).

Um die Ermessensfreiheit nicht medizinischer Fachleute zu rechtfertigen, müssen diese als beruflich entsprechend qualifiziert gelten. Dieser Ansatz basiert daher darauf, dass den Mitarbeitern des Sozialwesens, wie Sozialarbeitern, Beschäftigungstherapeuten und Berufsberatern, Respekt und Vertrauen entgegengebracht wird. Außerdem neigen die Behörden dazu zu betonen, dass die wichtigsten Fragen bei der Bewertung von Anträgen nicht unbedingt medizinischer Art sind, so dass es ihren Mitarbeitern leichter fällt, ihre Autorität auf dem für ihre Arbeit relevanten Wissensgebiet zu behaupten.

B. Wenig medizinische Beweise und wenig Ermessensspielraum

Dieser Ansatz wird meistens dort verfolgt, wo die Leistungen von der nationalen Regierung zentral finanziert werden, und diese dann bestrebt ist, die Ausgaben zu kontrollieren, indem sie Parameter für die Zuerkennung der Leistungen festlegt, einschließlich der bei der Feststellung der Behinderung einzuhaltenden Regeln und Verfahren. Die Zentralregierung möchte die Ermessensfreiheit der Ärzte und der anderen Beteiligten einschränken. Ansatz B kann von Ärzten umgesetzt werden und den Erwerb spezieller Fähigkeiten für die Feststellung der Behinderung erforderlich machen, wobei sich diese jedoch auf den maßgeblichen sozialpolitischen Bereich konzentrieren, insbesondere auf die Bewertung der Erwerbsunfähigkeit.

Dieser Ansatz weist ähnliche Merkmale auf wie Ansatz A. Die Rolle der medizinischen Beweise ist begrenzt. Es können Berichte von den behandelnden Ärzten angefordert werden, und die Behörden können ihre eigenen Ärzte mit der Auslegung dieser Berichte beauftragen, doch überprüfen sie nicht die Diagnose des behandelnden Arztes über den Zustand des Antragstellers. Anders als bei A können die Ärzte der Behörde die Antragsteller selbst befragen, jedoch nur, um Fragen im Zusammenhang mit funktionellen Beeinträchtigungen, nicht aber mit der Diagnose und Behandlung zu prüfen. Normalerweise stehen diese Ärzte dem Entscheidungsträger nur beratend zur Seite und treffen selbst keine Entscheidungen.

C. Viel medizinische Beweise und viel Ermessensspielraum

Bei den auf diesem Ansatz basierenden Systemen werden viel medizinische Beweise gesammelt und ist der Ermessensspielraum der Ärzte groß. Die institutionellen Regelungen der Systeme, die dieses Muster bzw. Muster A und B aufweisen, sind sehr unterschiedlich. Insbesondere ist die Verwaltung des Gesundheits- und des Leistungsbereichs tendenziell stärker integriert. Zum Beispiel kann die Krankenversicherung auch Krankengeld und/oder langfristige Erwerbsunfähigkeitsleistungen zahlen. Das Hauptmerkmal dieses Ansatzes besteht darin, dass die Behörde eine Menge medizinischer Daten sammeln und sich

entscheiden kann, erhebliche Mittel für Fachuntersuchungen aufzuwenden, um geeignete Gesundheitsleistungen (einschließlich einer medizinischen Rehabilitation) ausfindig zu machen und auch den Zugang zu langfristigen einkommenssichernden Maßnahmen zu kontrollieren. Im Gegensatz zu A und B kann in diesem System ein leitender Arzt die Entscheidung treffen.

D. Viel medizinische Beweise und wenig Ermessensspielraum

Das Hauptmerkmal dieses Ansatzes ist eine durch Tabellen der Schädigungen oder Richtwerttabellen strukturierte Verwendung medizinischer Daten. Normalerweise werden diese Instrumente von Ärzten angewendet, obwohl es auch Beispiele dafür gibt, dass dem Ansatz D entsprechende Systeme reformiert wurden. Dabei stand zuweilen der soziale Ansatz für die Definition der Behinderung Pate, um zu verhindern, dass diese Systeme so stark auf die Schädigungen ausgerichtet sind. Beispielsweise sieht die für die LISMI-Verwaltung in Spanien vorgeschriebene Methode zur Feststellung der Behinderung die Einbeziehung multidisziplinärer Teams vor und enthält die Richtwerttabelle (die in Abschnitt 3.2 beschriebene VM) auch nicht medizinische Daten. Ähnlich ließen sich auch die von COTOREP in Frankreich angewandten Methoden beschreiben. Jedoch anders als die Instrumente, die bei den auf Ansatz B basierenden Systemen verwendet werden, sind diese Feststellungssysteme nicht für spezielle sozialpolitische Zwecke gedacht; sie basieren viel stärker auf medizinischen Beweisen.

4.2 Feststellungspraktiken in den europäischen Staaten

In diesem Abschnitt wollen wir Beispiele aus den untersuchten Staaten diskutieren, die die Funktionsweise der vier in Abschnitt 4.1 umrissenen Ansätze verdeutlichen. Während es im Prinzip möglich sein müsste, jedes Feststellungssystem in Bezug auf die beiden Aspekte zu positionieren, sind die Merkmale einiger Systeme in der Praxis jedoch nicht eindeutig. Es sollten insbesondere zwei Probleme festgehalten werden. Erstens sind „auf medizinischen Daten beruhende Systeme“ nicht gleichzusetzen mit der Einbeziehung von Ärzten in den Feststellungsprozess. Wie in der Einführung zu diesem Kapitel erwähnt, können die Ärzte um die Abgabe von Urteilen gebeten werden, die nicht rein medizinisch sind. Man könnte erwarten, dass Ärzte dazu neigen, Probleme so zu formulieren, dass sie dabei ihre medizinischen Fachkenntnisse nutzen können, doch ist das nicht zwangsläufig der Fall und hängt zum Beispiel von der eventuellen institutionellen Zugehörigkeit eines Arztes ab. Auch unterscheiden wir zwischen medizinischen Untersuchungen, einschließlich der Diagnose und Beschreibung des Zustands einer Person in medizinischer Hinsicht, und der Bewertung der Fähigkeit einer Person, einfache Tätigkeiten zu verrichten (Sitzen, Laufen usw.). Zwar führen Ärzte oft Bewertungen der letzten Art durch (manchmal auch „funktionelle“ Bewertung genannt, obwohl dieser Begriff in den einzelnen Ländern unterschiedlich verwendet wird), doch gehören diese Bewertungen nicht in die Gruppe der auf medizinischen Daten beruhenden Feststellungen.

Das zweite Problem besteht darin, den Grad der Ermessensfreiheit eines Entscheidungsträgers einzuschätzen. Es ist sehr schwer zu sagen, wie viel Spielraum für individuelle Beurteilungen ein System tatsächlich zulässt. Man kann feststellen, ob die Entscheidungsträger (Regierung und Legislative) Regeln und Instrumente festgelegt haben, d. h. ob sie versucht haben, die Ausübung der Ermessensfreiheit zu steuern oder einzuschränken. Viel schwerer ist es, einen Eindruck davon zu bekommen, ob solche Regeln und Instrumente die Entscheidungsfreiheit in der Praxis auch wirklich begrenzen. Insbesondere Tabellen der Schädigungen können auf eine Weise verwendet werden, die es

dem Entscheidungsträger erlaubt, sich ein erhebliches Maß an Ermessensfreiheit zu erhalten, was auch in dem Bericht des Europarats über die Feststellung der Behinderung erläutert wird (Europarat, 2002, S. 14-17).

A. Wenig medizinische Beweise und viel Ermessensspielraum

In einem allgemeineren sozialpolitischen Kontext bedeutet Ansatz A, dass Menschen mit ähnlichen Bedürfnissen ähnlich behandelt werden, unabhängig davon, ob die Bedürfnisse aufgrund einer gesundheitlichen Beeinträchtigung entstanden sind oder nicht. Ansatz A ist in den skandinavischen Ländern stärker vertreten als anderswo, und zwar bei der ganzen Bandbreite von Einkommenssicherung, über Beschäftigungsmaßnahmen bis zur Unterstützung bei grundlegenden Alltagshandlungen. In anderen Staaten ist dieser Ansatz bei den Arbeitsvermittlungen weit verbreitet, insbesondere bei denen, die sich um Schwervermittelbare kümmern (siehe Kapitel 3). Die Stärken von Ansatz A liegen in seiner Verbindung zum integrierten sozialpolitischen Ansatz. Die Ausübung der Ermessensfreiheit geht damit einher, dass den hinzugezogenen Fachleuten sehr an der Ermittlung und Befriedigung der Bedürfnisse gelegen ist. Vertreter des Wohlfahrtsstaates können großen Einfluss darauf nehmen, welche politischen Antworten auf soziale Probleme gefunden werden. Sozialpolitische Einrichtungen gehen davon aus, dass sie für ihre Arbeit politische Verantwortung übernehmen müssen, und es gibt ein hohes Maß an Offenheit und Debatte, was die Verwaltung anbetrifft.

Die negativen Aspekte von Ansatz A haben erstens mit der potenziell negativen Kehrseite einer so mächtigen Rolle der im Sozialbereich Tätigen zu tun und zweitens damit, dass er auf einem weit gefassten sozialpolitischen Ansatz beruht, bei dem Haushaltszwänge die Ermessensfreiheit der Fachleute nicht einschränken. Bei der Arbeitsvermittlung scheint keiner dieser potenziell negativen Aspekte zu größeren Kontroversen oder Schwierigkeiten Anlass zu geben. Bei der Einkommenssicherung und der Unterstützung bei grundlegenden Alltagshandlungen gerät der auf großer Ermessensfreiheit basierende Ansatz aufgrund knapperer Finanzen unter Druck. Die im Sozialbereich Tätigen können auf größere Haushaltszwänge dadurch reagieren, dass sie die Regierung zur Festlegung klarer Anspruchsregelungen drängen, so dass nicht sie persönlich dafür verantwortlich sind, nachteilige Unterscheidungen zu treffen. Daher kann Ansatz A zu Ansatz B tendieren, wenn der finanzielle Druck groß genug ist. Alternativ können unter Druck gesetzte Fachleute im Behindertenbereich zu medizinischen Kriterien als Rationierungsmittel Zuflucht nehmen (Annäherung an Ansatz C), was auch in der Diskussion über LSS/LASS im schwedischen Bericht (siehe Kapitel 3) angesprochen wurde.

Fragen bezüglich der Befugnisse von Fachleuten aus dem Sozialbereich sind insbesondere im Zusammenhang mit der Unterstützung bei grundlegenden Alltagshandlungen und der Förderung des selbständigen Lebens aufgetreten. Die Befürworter eines selbständigen Lebens haben sich bemüht, die Autonomie behinderter Menschen bei Entscheidungen über die Organisation ihres Lebens zu stärken. Diese Bewegung ist in Skandinavien sehr einflussreich, was darauf schließen lässt, dass die relative Offenheit und die Rechenschaftspflicht bei Ansatz A die sozialpolitischen Einrichtungen dazu befähigen, auf diese Fragen konstruktiv zu reagieren.

Bei der Einkommenssicherung scheint die Wahrnehmung der Ermessensfreiheit im Rahmen eines prozessbezogenen Ansatzes bei der Feststellung der Behinderung (siehe Kapitel 3) die Zahl der Streitigkeiten über vorhandene Rechte zu verringern. Allerdings hat der Übergang zu einer dezentralisierten lokalen Verwaltung bei den wichtigsten aufgrund von Behinderung gezahlten Leistungen in Dänemark einige Fragen aufgeworfen. Die Integration von Sozialunterstützung, Krankengeld und Behindertenmaßnahmen auf lokaler Ebene in Dänemark

schafft in Verbindung mit einem Feststellungsansatz, der professionelle Gutachten der Anwendung von Regeln und Instrumenten vorzieht, einen erheblichen Spielraum für einen flexiblen Umgang mit den Klassifikationen. Die Leistungsregelungen (insbesondere die Angleichung der Leistungen aufgrund von Behinderung an andere Leistungen) deuten darauf hin, dass diese Flexibilität anerkannt und im Interesse einer effektiven Verwaltung der beschäftigungsfördernden Maßnahmen sogar gefördert wird. Andererseits werden behinderte Menschen infolge dessen ähnlich behandelt wie andere Sozialunterstützungsempfänger.

B. Wenig medizinische Beweise und wenig Ermessensspielraum

Ansatz B gibt es bei der Einkommenssicherung im Vereinigten Königreich und in den Niederlanden sowie in gewissem Umfang auch in Irland, obwohl die bei der irischen Sozialversicherungsbehörde beschäftigten Ärzte mehr Ermessensspielraum haben als ihre britischen Kollegen. Ansatz B kennzeichnet auch die britische Vorgehensweise in Bezug auf die Unterstützung bei grundlegenden Alltagshandlungen (Disability Living Allowance). Die Pflegeversicherung in Österreich und Deutschland weist einige der gleichen Merkmale auf. Die Ärzte können manchmal Gutachten erstellen (in der Praxis sind dies oft die Krankenschwestern), doch sollen sie den Pflegebedarf einer Person innerhalb eines sehr engen Rahmens bewerten, nicht aber die medizinische Diagnose oder Behandlung überprüfen.

Zwar sind die auf Ansatz B basierenden Systeme unserer Meinung nach im Wesentlichen nicht medizinisch, doch gibt es oft Probleme in Bezug auf die genaue Rolle medizinischer Beweise bei den Feststellungen. In den Niederlanden wurde die Frage diskutiert, ob die bei der Fähigkeitsbewertung festgestellten Beeinträchtigungen auf spezifizierte medizinische Probleme zurückführbar sein müssen. Einige Ärzte meinen, dass eine medizinische „Kausalität“ festgestellt werden sollte, andere befürworten die „Finalität“, was heißt, dass die Beschreibung der Beeinträchtigungen einer Person für die Bewertung ausschlaggebend ist. In gewissem Maße ist dieses Thema auch in Irland aufgetaucht, wo der Gutachter gehalten ist, die von der „zertifizierten Unfähigkeitsursache“ (CCI), also einem diagnostizierten medizinischen Zustand verursachten Fähigkeitsbeeinträchtigungen zu bewerten, was darauf hindeutet, dass Beeinträchtigungen, die nicht mit der CCI zusammenhängen, unberücksichtigt bleiben können. Im Vereinigten Königreich werden medizinische Beweise vorwiegend für verwaltungstechnische „Abkürzungen“ benutzt, so dass Menschen mit bestimmten medizinischen Problemen als erwerbsunfähig betrachtet werden können, ohne das PCA über sich ergehen lassen zu müssen.

In allen drei Staaten gibt es eine implizite Arbeitsteilung zwischen dem behandelnden Arzt und den Ärzten der Leistungsstelle, wobei Letztere sich auf funktionelle Beeinträchtigungen konzentrieren und Fragen über die medizinische Diagnose und den Behandlungsplan vermeiden. Allerdings sind auf Ansatz B basierende Systeme nicht immer erfolgreich bei der Abgrenzung der Rollen von behandelndem Arzt und Behördenarzt, und es kommt zu Konflikten zwischen ihnen. Zum Beispiel stand die British Medical Association dem von der Leistungsstelle durchgeführten Personal Capacity Assessment sehr kritisch gegenüber, und Kommentatoren haben die Qualität der von der Leistungsstelle beschäftigten Mitarbeiter in Frage gestellt.

Vom Standpunkt des Leistungsbeziehers aus betrachtet, scheint Ansatz B eine eindeutige Benennung der Rechte zu ermöglichen. Vom Gesichtspunkt des Leistungszahlers aus lassen sich mit diesem Ansatz die hohen Anforderungen an die Verwaltungsressourcen und die Probleme mit der Einheitlichkeit und Unparteilichkeit vermeiden, die dann auftreten, wenn Bedürfnisse individuell bewertet werden. Die Behinderungskategorie wurde eingerichtet, um Informationen über relevante Bedürfnisse effizient zu erfassen. Jedoch hat der Mangel an

Flexibilität bei den angewandten Regeln und Praktiken zur Folge, dass behinderte Menschen und andere oft eine geringe Meinung vom Bewertungsprozess haben und denken, dass er willkürlichen Unterscheidungen Vorschub leistet. Der Ansatz soll auf spezielle aufgrund von Behinderung entstandene Bedürfnisse reagieren, doch macht eine Einschränkung der Ermessensfreiheit die Abgrenzungsprobleme sehr offensichtlich. Ähnliche kritische Äußerungen gab es bei all den oben erwähnten Regelungen für eine Unterstützung bei grundlegenden Alltagshandlungen.

Es ist ein Merkmal von Ansatz B, dass die Feststellung der Behinderung als ein politischer Parameter der Zentralregierung betrachtet wird und der Bewertungsprozess reformiert werden kann, um finanziellen oder anderen politischen Anliegen Rechnung zu tragen. Solche Reformen waren in den letzten Jahren ein wichtiges Merkmal der Einkommenssicherungspolitik für Behinderte im Vereinigten Königreich und in den Niederlanden.

C. Viel medizinische Beweise und viel Ermessensspielraum

Ansatz C scheint typisch für die Sozialversicherung in Frankreich, Deutschland, Belgien und Österreich. Auch die italienische und spanische Versicherung zur Einkommenssicherung weist Merkmale von Ansatz C auf, aber ohne die in anderen Staaten festgestellte institutionelle Verbindung von Gesundheitsfürsorge und Leistungsverwaltung. Das ist nicht unproblematisch, da es zu einer Verdoppelung der medizinischen Untersuchungen in den letztgenannten Staaten sowie zu Spannungen zwischen den Versicherungsbehörden und dem Gesundheitswesen führt. Da Ansatz C ganz stark auf der beruflichen Autorität der Ärzte beruht, wird seine Legitimation durch Meinungsverschiedenheiten zwischen den Ärzten in Frage gestellt. Außerdem dürfte Ansatz C wegen der Hinzuziehung medizinischer Fachkräfte und Techniken höhere Verwaltungskosten verursachen, was als Verschwendung ausgelegt werden kann, wenn der Prozess nicht mit der Erbringung von Gesundheitsleistungen gekoppelt ist.

Die große Ermessensfreiheit der Ärzte bei Ansatz C hat zur Folge, dass, eine entsprechende Einstellung des Arztes vorausgesetzt, Spielraum vorhanden ist, um bei der Entscheidung über eine vorliegende Behinderung neben dem medizinischen Problem oder der gesundheitlichen Beeinträchtigung auch die sozialen Umstände einer Person zu berücksichtigen. Viel hängt jedoch von der Politik der Behörde ab, der die Ärzte angehören. Wenn der Versicherer von den Beitragszahlern zur Verantwortung gezogen werden kann, zum Beispiel durch die Einbeziehung von Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretern in seine Leitungsstrukturen, sollten aller Erwartung nach soziale und wirtschaftliche Faktoren einen gewissen Einfluss auf die Feststellung der Behinderung haben. Wenn der Versicherer in erster Linie einer Zentralregierung gegenüber rechenschaftspflichtig und hauptsächlich mit der Finanzkontrolle befasst ist, kann ein hochgradig medizinischer Ansatz verfolgt werden, um die Zahl der Ansprüche zu beschränken und andere Anliegen, wie eine einheitliche Entscheidungsfindung, zu berücksichtigen.

D. Viel medizinische Beweise und wenig Ermessensspielraum

Ansatz D gibt es bei der Versicherung zur Einkommenssicherung in Portugal und Griechenland sowie in vielen Staaten bei Versicherungen gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Man findet ihn ferner in vielen „ordnungspolitischen“ Umfeldern, d. h. wenn eine allgemeine Feststellung der Behinderung getroffen wird, die anschließend für unterschiedliche sozialpolitische Zwecke verwendet wird. So kann zum Beispiel eine Behörde einen Behindertenausweis oder -pass ausstellen, die bzw. der den Inhaber zur

Inanspruchnahme gewisser Leistungen berechtigt. Deutschland und Österreich haben Schwerbehindertenausweise bzw. Behindertenpässe, die dem Inhaber Vergünstigungen im öffentlichen Nahverkehr, Zugang zu Behindertenparkplätzen und Quotensystemen usw. ermöglichen. In Deutschland wird der Ausweis von einer einzigen Behörde (dem Versorgungsamt) ausgestellt, die eine Schädigungsrubrik zur Bestimmung des Grades und der Kategorie der Behinderung verwendet; in Österreich wird ebenfalls eine Schädigungsrubrik verwendet, doch obliegt die Umsetzung unterschiedlichen Behörden.

Griechenland hat unlängst mit der Einführung eines Behindertenausweissystems begonnen. Der Ausweis wird jenen ausgestellt, die zu mindestens 67 % schwerbeschädigt sind. Die Bewertung des „pathologisch-anatomischen Behinderungsgrades“ erfolgt durch Gesundheitsausschüsse in den Einzugsbereichen der Gesundheitsdienste (Krankenhäuser), und die Struktur der Ausschüsse basiert auf medizinischen Fachrichtungen (Pathologie, Chirurgie, Psychiatrie). Vom Besitz dieses Ausweises leiten sich zwar direkte Beförderungsprivilegien ab, doch soll er für die Zuteilung von Pflege- und anderen Diensten des Ministeriums für Gesundheit und soziale Betreuung verwendet werden. Die Ausstellung des Ausweises gilt als erster Schritt zur Inanspruchnahme dieser Dienste, doch hängt wahrscheinlich viel von dem anschließenden Zuteilungsprozess ab, bei dem die Dienstleistungen auf die genauen Bedürfnisse und Umstände eines Menschen abgestimmt werden.

Es ließe sich die Auffassung vertreten, dass mit dem ordnungspolitischen Ansatz Rechte für behinderte Menschen begründet werden, die dann gegen die Leistungserbringer geltend gemacht werden können. Diese Strukturen haben u. a. zur Folge, dass die Leistungserbringer die Definition der Behinderung nicht ändern können, um ihre Dienste zuzuteilen. Allerdings kann das auch nur bedeuten, dass die Zuteilung auf andere Weise stattfindet (z. B. der Reihe nach oder durch die Entwicklung zusätzlicher Leitlinien). Dies ist problematisch, was die Berechtigung der externen Definition angeht, und kann den externen Prozess in Misskredit bringen, weil er Rechte einräumt, die unglaubwürdig und nicht durchsetzbar sind. Zum Beispiel trifft COTOREP in Frankreich „Orientierungsentscheidungen“ über die Art der Beschäftigung, die ein behinderter Mensch aufnehmen sollte. Es kann jedoch nicht sichergestellt werden, dass Maßnahmen vorhanden sind, die der Orientierungsentscheidung entsprechen. Im Prinzip könnte man meinen, dass COTOREP neben dem Recht auf geeignete Maßnahmen einen gesetzlichen Behindertenstatus einräumt, doch in der Praxis lässt sich die Unabhängigkeit der Agentur von den Leistungserbringern eher als Isolation, denn als Unabhängigkeit interpretieren und wird ihre Effektivität in Frage gestellt, wie der Bericht über Frankreich im Einzelnen zeigt.

Es ist ein Merkmal ordnungspolitischer Maßnahmen, dass sich eine Anspruchsberechtigung aufgrund von Schädigungen ergibt, ohne dass im Rahmen eines Prozesses sichergestellt wird, dass bestimmte Ansprüche dem Betreffenden auch nutzen. Im Gegensatz dazu unterscheidet sich der Wert der Rechte, die mit dem Behindertenstatus eingeräumt werden, von Person zu Person ganz erheblich, je nachdem, ob der Betreffende die Rechte wahrnehmen kann oder nicht (z. B. ob er Freifahrten nutzt, ein Auto hat oder einen Arbeitsplatz bekommen kann). Anders als bei budgetorientierten sozialen Maßnahmen, bei denen die Mittel entsprechend den Bedürfnissen zugeteilt werden sollen, geht es bei ordnungspolitischen sozialen Maßnahmen nicht in erster Linie um die wirksame Zuteilung knapper Ressourcen. Die Kosten der ordnungspolitischen Zugeständnisse verteilen sich auf

mehrere Leistungserbringer (Arbeitgeber, Nahverkehrsunternehmen usw.) und unterliegen keiner Gesamtkontrolle durch eine Finanzbehörde.

Ansatz D herrscht voraussichtlich in Situationen vor, in denen die Ermessensfreiheit als problematisch angesehen wird (obwohl die Frage offen ist, ob Tabellen der Schädigungen wirklich eine wirksame Methode sind, um die Ermessensfreiheit zu regeln). Zum Beispiel kann die in privaten Versicherungen von den Versicherern bei Entscheidungen im Zusammenhang mit einer Behinderung wahrgenommene Ermessensfreiheit von den Policeninhabern mit der Begründung angefochten werden, dass die vorhandenen Anreize den Versicherer dazu verleiten, seine Ermessensfreiheit nicht unvoreingenommen wahrzunehmen, oder allgemeiner ausgedrückt, dass die Verwaltungsstrukturen des Versicherers die Wahrnehmung der Ermessensfreiheit nicht angemessen regeln. Um dieses Verhältnis zu klären und die Verfahrenskosten zu senken, können die Parteien die Verwendung von Tabellen der Schädigungen oder anderer Instrumente vereinbaren. Diese Instrumente unterscheiden sich von jenen, die bei den auf Ansatz B basierenden Systemen benutzt werden, da sie nicht auf spezifische sozialpolitische Zwecke zugeschnitten sind. Es kann in der Tat wichtig sein, dass den Instrumenten eher mehr Berechtigung und Objektivität zugestanden wird, als dass man ihnen unterstellt, sie seien durch bestimmte institutionelle Zwecke und Erfordernisse geprägt.

Zusammenfassung

Die wichtigste Schlussfolgerung aus diesem Kapitel lautet schlicht und einfach: Es gibt keine ideale Methode, in der Sozialpolitik Grenzen zwischen behinderten und nicht behinderten Menschen zu ziehen. Die Systeme, die weniger Wert auf medizinische Beweise legen (Ansätze A und B), messen dem Kriterium der sozialpolitischen Relevanz viel Bedeutung bei. Die stärker medizinisch ausgerichteten Systeme hingegen können sich größerer Legitimation erfreuen, insbesondere wenn die Ärzte ein entsprechendes Ansehen genießen und das System offene Meinungsverschiedenheiten zwischen den Ärzten zu verhindern weiß.

Ansatz D ist am besten mit der Festlegung eines allgemeinen Behindertenstatus vereinbar, der auf ein breites Maßnahmenspektrum zur Anwendung kommen kann. Man könnte daher denken, dass dieser Ansatz in sich schlüssiger ist als die anderen. Es ist jedoch auffallend, dass Ansatz D hauptsächlich in ordnungspolitischen Umfeldern zu finden ist, wo wenig Wert auf eine wirksame, zielgerichtete Verwendung knapper Mittel gelegt wird. Die Festlegung eines allgemeinen Behindertenstatus scheint nicht mit der zielgerichteten Vergabe von Ressourcen an jene vereinbar zu sein, die sie am dringendsten benötigen, was ein Hauptziel budgetorientierter sozialer Maßnahmen ist.

TEIL III

DIE BEHINDERTENPOLITIK IN DER EUROPÄISCHEN UNION

Kapitel 5 Behinderung und Diskriminierung

Im November 2000 hat die Europäische Union (EU) eine Richtlinie (Richtlinie 2000/78/EG des Rates) erlassen, die einen allgemeinen Rahmen für die Gleichbehandlung in Beschäftigung und Beruf absteckt und Diskriminierung aufgrund der Religion, des Glaubens, einer Behinderung, des Alters und der sexuellen Ausrichtung verbietet (Rahmenrichtlinie über Gleichbehandlung, FETD). Antidiskriminierungsmaßnahmen sind eine relativ neue Spielart der Ordnungspolitik. Im Wesentlichen wollen wir in diesem Kapitel untersuchen, in welchem Verhältnis dieser neue Ansatz zu den in den Mitgliedstaaten verfolgten Strategien steht. Wir werden vorhandene Antidiskriminierungsmaßnahmen unter die Lupe nehmen und uns der Frage widmen, wie die Antidiskriminierungspolitik und andere Politikbereiche bei der Bekämpfung der Hindernisse ineinander greifen, mit denen behinderte Menschen bei der Aufnahme einer Beschäftigung bzw. bei der Sicherung eines vorhandenen Arbeitsplatzes konfrontiert sind. (Eine Antidiskriminierungspolitik kann über den Beschäftigungsbereich hinaus wirksam sein, doch möchten wir uns hier auf die Beschäftigung konzentrieren, da die FETD auf eben diesen Bereich begrenzt ist.)

Die FETD enthält keine Definition der Behinderung. Es gibt in den Mitgliedstaaten Beispiele für ein allgemeines Verbot von Diskriminierungen (wie in den nationalen Verfassungen), wo Behinderung zwar erwähnt, nicht aber definiert wird. In den hier erörterten Beispielen für spezifischere und detaillierte Rechtsvorschriften gegen Diskriminierungen aufgrund einer Behinderung sind jedoch Definitionen enthalten. Sie reichen von weit gefassten Definitionen, die geringere Behinderungen einschließen, bis zu enger gefassten im Zusammenhang mit „wesentlichen“ Beeinträchtigungen. In diesem Kapitel sollen die Fragen beleuchtet werden, die für die Entscheidung zugunsten allgemeiner oder spezifischerer Definitionen ausschlaggebend sind. Zu diesem Zweck werden wir zeigen, wie unterschiedliche Definitionen mit unterschiedlichen Gleichheitsbegriffen verbunden sind, die den Antidiskriminierungsvorschriften zugrunde liegen.

5.1 Diskriminierung und unterschiedliche Gleichheitsbegriffe

In der Literatur, die sich allgemein dem Thema Diskriminierung aufgrund von Behinderung widmet, bleibt recht unklar, ob Antidiskriminierungsvorschriften in erster Linie dazu gedacht sind, Menschen zu schützen, deren Arbeitsleistung (nachfolgend Produktivität) aufgrund ihres Zustands nicht oder nur geringfügig beeinträchtigt ist, oder ob auch Menschen, die bei ihren Tätigkeiten erheblich beeinträchtigt sind, als potenziell Begünstigte dieser Vorschriften betrachtet werden. Diese fehlende Klarheit ist Ausdruck eines jeweils unterschiedlichen Gleichheitsbegriffs.

Kommen wir eingangs auf zwei allgemeine Begriffe zu sprechen: Chancengleichheit und Ergebnisgleichheit. Chancengleichheit ist auf individuellen Verdienst ausgerichtet, und zwar insofern, als eine Gleichheit der Chancen des Einzelnen, gemäß seinen Fähigkeiten einen Arbeitsplatz zu behalten und bezahlt zu werden, angestrebt ist. Dieser Gedanke ist für behinderte Menschen von besonderer Bedeutung, deren Produktivität nicht beeinträchtigt ist und deren Chancen zurzeit aufgrund von Stigmatisierungen und Klischeevorstellungen begrenzt sind. Im Gegensatz dazu scheint ein sich an der Gleichheit der Ergebnisse orientierender Begriff, der Zielvorstellungen von Umverteilung und positiven Maßnahmen umfasst, jenen mehr zu bieten zu haben, die mit erheblichen Beeinträchtigungen leben müssen.

Diese beiden Gleichheitsbegriffe scheinen deutliche Alternativen darzustellen und implizieren ganz klar unterschiedliche Definitionen der Behinderung. Der Ansatz des individuellen Verdienstes legt nahe, dass die Definition geringere Beeinträchtigungen, d. h. medizinische Zustände, deren Folgen die Aktivitäten des Betreffenden nur unwesentlich beeinträchtigen, und empfundene Behinderungen einschließen sollte. Man kann sagen, dass eigentlich gar keine Definition beim Ansatz des individuellen Verdienstes nötig ist, da die zentrale Frage lautet, ob der Betreffende diskriminiert wird. Der Ansatz der Ergebnisgleichheit deutet auf eine Definition hin, die den in der Sozialpolitik herrschenden Vorstellungen näher kommt, denn er ist auf eine andere Gruppe von Menschen mit erheblichen Beeinträchtigungen ausgerichtet.

Dieser Mangel an Klarheit hat zwei Ursachen. Erstens können wir feststellen, dass es beim Ansatz der Chancengleichheit/des individuellen Verdienstes eine Reihe ganz unterschiedlicher Diskriminierungstests gibt. An einem Ende des Spektrums finden wir, was McCrudden „Gleichheit aus Gründen der Vernunft/equality as mere rationality“ (nicht datiert, S. 15) genannt hat, wo ein willkürliches und unvernünftiges Verhalten als diskriminierend gilt, aber die Rechtfertigung einer Diskriminierung unhinterfragt akzeptiert wird. Am anderen Ende des Spektrums finden wir die „Gleichheit aus Gründen der Gerechtigkeit/equality as fairness“, wo Rechtfertigungen kritisch geprüft werden, die Möglichkeit indirekter Diskriminierungen erkannt wird und die Beweislast umgekehrt werden kann. Viele Kommentatoren behaupten, dass angemessene Vorkehrungen für behinderte Menschen im Rahmen der Antidiskriminierungsvorschriften unter den Begriff „Gleichheit aus Gründen der Gerechtigkeit“ fallen. Für andere sind solche Vorkehrungen eine Form positiver Maßnahmen. Bezogen auf unsere Definitionsdiskussion lautet die zentrale Frage, ob ein Recht auf besondere Vorkehrungen im Einklang ist mit einer weit gefassten Definition der Behinderung (oder der Verwendung gar keiner Definition) oder ob das Recht auf eine eng definierte Personengruppe begrenzt sein sollte.

Die andere Ursache von Unklarheiten hängt mit der Entwicklung eines dritten Gleichheitsbegriffs zusammen, der über den Ansatz des individuellen Verdienstes hinausgeht, aber die ausdrückliche Erwähnung einer Umverteilung wie bei der Ergebnisgleichheit vermeidet. Dieser Ansatz könnte als „radikale Chancengleichheit/radical equality of opportunity“ beschrieben werden, da er institutionelle und strukturelle Veränderungen befürwortet, um Barrieren abzubauen, die einer gleichen Partizipation [Teilhabe] behinderter Menschen im Wege stehen. Er beinhaltet die Formulierung positiver Arbeitgeberpflichten zur Förderung der Gleichheit, z. B. durch eine Überprüfung der Einstellungspraktiken, der Arbeitsplatzorganisation usw. Es ist nicht klar, welche Definition der Behinderung mit dieser Vorstellung verbunden sein sollte. In diesem Kapitel werden wir zeigen, dass es unter den Antidiskriminierungsvorschriften der europäischen Staaten auch Maßnahmen gibt, die diesem Gleichheitsbegriff entsprechen. Es sind dies jedoch gruppenorientierte Maßnahmen, die nicht auf der Festschreibung eines individuellen Klagerechts beruhen, so dass es nicht nötig ist, bestimmte Personen als behindert einzustufen.

Um zu veranschaulichen, wie sich diese unterschiedlichen Gleichheitsbegriffe in den Maßnahmen der einzelnen Länder niederschlagen, haben wir fünf Staaten einer genaueren Prüfung unterzogen. Es sind die drei Staaten, die unlängst erst Diskriminierungen aufgrund von Behinderung gesetzlich verboten haben: Irland, das Vereinigte Königreich und Schweden. Norwegen ist als Beispiel für den Ansatz der „radikalen Chancengleichheit“ vertreten, der zum Teil gruppenorientiert ist. Und schließlich behandeln wir das Beispiel Frankreichs, wo es traditionellere (und etabliertere) Maßnahmenkombinationen gibt, die einerseits einen eng gefassten Ansatz des individuellen Verdienstes (von der „Gleichheit aus Gründen der Vernunft“) und andererseits Umverteilungsstrategien widerspiegeln, die auf eine Gleichheit der

Ergebnisse ausgerichtet sind. Wenn wir jetzt auf die Maßnahmen der einzelnen Staaten näher eingehen, wollen wir drei Hauptfragen stellen:

1. Welche Definition der Behinderung wird dabei angewandt?
2. Welcher Gleichheitsbegriff wohnt ihnen inne?
3. Welche Rolle spielt das individuelle Klagerecht und welche gruppenorientierten Maßnahmen sind gegebenenfalls geplant?

(a) Irland

In Irland verbietet der Employment Equality Act (1998) Diskriminierungen im Beschäftigungsbereich und in anderen Lebensbereichen aus einer Reihe von Gründen, darunter auch Diskriminierungen aufgrund von Behinderung. Eine Definition der Behinderung ist in Paragraph 2 des Gesetzes enthalten; demnach ist Behinderung:

> a) das völlige oder teilweise Fehlen körperlicher oder geistiger Funktionen eines Menschen, einschließlich des Fehlens eines Körperteils;
> b) das Vorhandensein von Organismen im Körper, die chronische Leiden oder Krankheiten verursachen oder verursachen können;
> c) die Fehlfunktion, Fehlbildung oder Entstellung eines Teils des Körpers;
> d) ein Zustand oder eine Fehlfunktion, der oder die zur Folge hat, dass die Person auf eine andere Weise lernt als jemand ohne diesen Zustand oder diese Fehlfunktion, oder
> e) ein Zustand, eine Krankheit oder ein Leiden, wodurch die Denkprozesse, die Realitätswahrnehmung, Gefühle oder das Urteilsvermögen einer Person beeinflusst werden, was zu Verhaltensstörungen führt;
> als inbegriffen gilt eine Behinderung, die derzeit besteht oder zuvor bestand und nicht mehr besteht oder die in Zukunft bestehen kann oder die einer Person unterstellt wird.

Somit umfasst die irische Definition geringere und empfundene Beeinträchtigungen; sie setzt nicht voraus, dass die Beeinträchtigungen wesentlich sein müssen

Der im derzeitigen Recht angewandte Gleichheitsbegriff hängt mit der Geschichte dieses Gesetzes zusammen. Die ursprüngliche Employment Equality Bill (1996) wurde vom Obersten Gerichtshof für verfassungswidrig erklärt (Urteil 118/97, 15. Mai 1997). Das Gericht kam zu der Auffassung, dass die Verpflichtung, behinderte Arbeitnehmer zu beschäftigen, sofern dies für den Arbeitgeber keine „unbillige Härte“ bedeutet, kein angemessenes Gleichgewicht zwischen dem verfassungsmäßigen Eigentumsrecht des Arbeitgebers und den Grundsätzen sozialer Gerechtigkeit, die dieses Recht regeln könnten, herstellt. Der Meinung des Gerichts zufolge entspricht es der sozialen Gerechtigkeit, wenn die Gesellschaft dafür Sorge trägt, dass behinderte Menschen einen Arbeitsplatz erhalten. Doch wurde vom Gericht angeführt, dass es nicht angemessen sei, die mit einer Beschäftigung verbundenen Kosten auf die einzelnen Arbeitgeber abzuwälzen: Die Kosten der gesellschaftlichen Verpflichtung, behinderte Menschen zu beschäftigen, sollten von der ganzen Gesellschaft getragen werden. Das Gericht wies auf die Verschwommenheit und Unbestimmtheit der Arbeitgeberpflichten hin: Es könnten „die finanziellen Verhältnisse des Arbeitgebers“ bei der Festlegung der Beschäftigungspflicht berücksichtigt werden, wobei eine solche Überprüfung jedoch nicht in den Rahmen eines geeigneten Systems für die Offenlegung der Finanzen (wie z. B. des Steuersystems) falle. Das Gericht ging ferner auf die weit gefasste Definition der Behinderung in dem irischen Gesetz ein, die sogar geringere Schädigungen und künftige Behinderungen umfasst, wodurch, so das Gericht weiter, ein unannehmbarer Grad der Unbestimmtheit in Bezug auf die Kosten entstünde, die auf den Arbeitgeber zukommen könnten.

Das Gesetz enthielt in seiner 1998 verabschiedeten Fassung Zusätze, die die Entscheidung des Obersten Gerichtshofs zum Ausdruck brachten, und verpflichtet die Arbeitgeber nur dann

zur Beschäftigung behinderter Menschen, wenn die Kosten „unbedeutend“ sind. Nach Lage der Dinge lässt das vermuten, dass der Gleichheitsbegriff im EEA auf individuellem Verdienst basiert und zu dem am Ende des Spektrums angesiedelten Ansatz „Gleichheit aus Gründen der Vernunft“ tendiert, der Diskriminierungen aufgrund von Vorurteilen und Klischeevorstellungen verbietet, einen Arbeitgeber jedoch nicht verpflichtet, größere Maßnahmen zu ergreifen, um einen behinderten Menschen beschäftigen zu können. Es ist allerdings gut möglich, dass die Behörden den Ansatz „Gleichheit aus Gründen der Gerechtigkeit“ anwenden, trotz der einschränkenden Bestimmung über die „unbedeutenden Kosten“. In einem Fall aus der letzten Zeit (EED026, 04/07/02) hat das Arbeitsgericht der Beschwerde eines hörgeschädigten Arbeitnehmers wegen Diskriminierung stattgegeben. Das Gericht stellte fest, dass es vertretbar sei, vom Arbeitgeber die Anschaffung einer geeigneten Telefon-Freisprecheinrichtung für den Arbeitnehmer zu erwarten, da die Kosten in Höhe von 450 Euro im Verhältnis zum Unternehmensumsatz „unbedeutend“ seien. Es war ferner der Meinung, dass angemessene Vorkehrungen auch Schulungsmaßnahmen einschlössen und dass das Unternehmen es unterlassen habe, eine grundlegende Einführungsschulung anzubieten

Des Weiteren sieht das Gesetz positive Pflichten zur Förderung der Gleichheit vor, trotz der Beschränkung auf positive Maßnahmen zugunsten von Einzelpersonen. Mit dem Gesetz wurde eine Gleichstellungsbehörde, die Equality Authority, ins Leben gerufen, die befugt ist, Verhaltensregeln zu entwickeln, die einen erweiterten rechtlichen Status haben (§ 56). Die Equality Authority ist ermächtigt, die Gleichheit durch eine Überprüfung der Gleichbehandlung (Equality Reviews) und durch Aktionspläne (§§ 69-70) zu fördern. Diese Befugnisse begründen jedoch kein individuelles Klagerecht für behinderte Menschen.

(b) Das Vereinigte Königreich

Der britische Disability Discrimination Act 1995 (DDA) definiert Behinderung als „eine körperliche oder geistige Schädigung, die wesentliche und langfristige nachteilige Auswirkungen auf die Fähigkeit eines Menschen hat, normale Alltagshandlungen zu verrichten“. Anhang 1 des Gesetzes erweitert diese Definition, und das Ministerium für Bildung und Beschäftigung hat weitere Anhaltspunkte geliefert. Über die Definition ist heftig gestritten worden, und es gibt einige Fallrechtsurteile zu diesem Thema, obwohl die Definition nicht die zentrale Position in DDA-Verfahren einnimmt, die sie in den USA aufgrund des Americans with Disabilities Act (ADA) bekommen hat. Möglicherweise spiegelt dies Unterschiede im institutionellen Kontext wider. Es ist erheblich unkomplizierter und weniger bürokratisch, einen DDA-Fall vor Gericht zu bringen als einen ADA-Fall in den USA (Baker, 2002).

Die Voraussetzung des Vorhandenseins „wesentlicher“ nachteiliger Auswirkungen deutet auf Vorstellungen von einer „geschützten Gruppe“ hin und könnte mit dem Gedanken der Umverteilung und mit positiven Maßnahmen zugunsten behinderter Menschen vereinbar sein. Es sind in der Tat Fragen aufgeworfen worden, ob das Gesetz weniger stark behinderte Menschen schützt, die infolge ihrer Behinderung ungerecht behandelt werden, jedoch in ihren Aktivitäten nicht wesentlich beeinträchtigt sind. Unter Entstellungen leidende Menschen werden als besonders schutzbedürftig erwähnt (die Folgen gelten als „wesentlich“, auch wenn der Betreffende alle normalen Handlungen vornehmen kann (§ 3 Absatz 1)). Andere medizinische Zustände, wie Krebs oder ein HIV-positiver Befund, haben sich als problematisch herausgestellt. Krebskranke Menschen, die entlassen (oder anderweitig nachteilig behandelt) werden, wenn der Krebs noch im Frühstadium ist oder zurückgeht, haben Probleme, DDA-Fälle vor Gericht zu bringen, denn sie können nicht immer begründen, dass ihr Zustand sich so verschlimmert, dass wesentliche und langfristige Auswirkungen auf die normalen Aktivitäten

wahrscheinlich sind. Die Regierung hat allgemein akzeptiert, dass solche Fälle unter das Gesetz fallen sollten, und berät derzeit über die Einführung von Änderungen.

Das Gesetz sieht vor, dass die Mitglieder der geschützten Gruppe Sonderrechte im Beschäftigungsbereich genießen. Die Kosten eines entsprechenden Arbeitsplatzes müssen angemessen, jedoch nicht zwangsläufig nur unbedeutend sein. Vor Gericht verhandelte Fälle lassen darauf schließen, dass die Arbeitgeber davon ausgehen sollten, nachweisen zu müssen, dass sie die Möglichkeit einer Beschäftigung geprüft haben, bevor sie einen Arbeitnehmer entlassen. Im Fallrecht wird auch festgestellt, dass angemessene Vorkehrungen in der Anpassung des konkreten Arbeitsplatzes bestehen können, jedoch auch eine Änderung der Arbeitsplatzbeschreibung, eine Umbesetzung oder Änderungen der Arbeitszeitmuster (z. B. Beurlaubung für ärztliche Behandlung) notwendig machen können. Eine gewisse finanzielle staatliche Unterstützung steht für Anpassungen zur Verfügung (durch das Programm „Access to Work").

Während die restriktive Definition der Behinderung und die Klausel über angemessene Vorkehrungen darauf hinweisen könnten, dass der DDA auf einer „Ergebnisgleichheit" gründet, lässt sich durchaus behaupten, dass viele Fälle eigentlich auf individuellem Verdienst basieren. DDA-Fälle werden vor besonderen Arbeitsgerichten (Employment Tribunals) verhandelt, die Erfahrung mit ungerechten Kündigungen und anderen Aspekten der Arbeitnehmerrechte haben. Die Gerichte sind es gewohnt, die Handlungen der Arbeitgeber kritisch unter die Lupe zu nehmen und das Recht des Arbeitgebers, seine eigenen betrieblichen Entscheidungen zu treffen, gegen die Interessen der Arbeitnehmer abzuwägen. Daher neigen diese Gerichte dazu, in Bezug auf Diskriminierungen eher den Ansatz „Gleichheit aus Gründen der Gerechtigkeit" zu verfolgen, während gewöhnliche Gerichte mehr dazu tendieren, sich auf juristisch festeren Boden zu begeben und sich auf den Ansatz „Gleichheit aus Gründen der Vernunft" zu beschränken. Wichtig ist auch, dass es viele DDA-Fälle gibt, bei denen sich die Frage nach der Definition der Behinderung gar nicht stellt. Sehr oft führt der Arbeitnehmer einen Prozess auf der Grundlage des Gesetzes über ungerechte Kündigungen parallel zur DDA-Klage und ist dadurch in der Lage, sich bei der Begründung seiner Klage auf die allgemeinen Arbeitnehmerrechte zu berufen.

Bei der Einführung des britischen Gesetzes orientierte man sich stark daran, dass es möglich sein sollte, individuelle Rechte durch Klageerhebung auszuüben. In einer Studie über die ersten neunzehn Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes wurde festgestellt, dass während dieses Zeitraums 2.456 Fälle registriert wurden. Von den abgeschlossenen Fällen endeten ungefähr 40 % durch Schlichtung oder Schiedsspruch, während es bei 20 % zu einer Verhandlung vor dem Arbeitsgericht kam (Meager et al., 1999).

Der ursprüngliche DDA sah relativ schwache gruppenorientierte Maßnahmen vor, da der National Disability Council nur begrenzte Vollmachten hatte. Im April 2000 wurde anstelle des Council die Disability Rights Commission eingesetzt, die einen erweiterten Aufgabenbereich hat und individuelle Klagen mit allgemeineren indirekten politischen Folgen unterstützen und Verhaltensregeln sowie andere Maßnahmen zur Förderung der Gleichheit entwickeln kann.

(c) Schweden

Schweden hat 1999 ein Gesetz verabschiedet, das die Diskriminierung von behinderten Menschen im Arbeitsleben verbietet 1999 (SFS 1999: 132). Behinderung wird definiert als eine „dauernde körperliche oder geistige oder auf einer Lernbehinderung basierende Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit, die von Geburt an vorhanden ist oder später erworben wird oder

die voraussichtlich infolge einer Verletzung oder Krankheit auftreten wird“. Die Beeinträchtigungen müssen nicht wesentlich sein.

Im Gegensatz zum Vereinigten Königreich wird mit dem schwedischen Gesetz nicht der Versuch unternommen, die „geschützte Gruppe“ per Definition zu begrenzen, doch anders als in Irland, kann der Arbeitgeber zu Unterstützungs- und Anpassungsmaßnahmen verpflichtet werden, die mehr als nur unbedeutende Kosten verursachen. Statt dessen müssen die Kosten dergestalt sein, dass der Arbeitgeber „vertretbarerweise verpflichtet werden“ kann, die Maßnahmen durchzuführen (§ 6). Der Unterschied zwischen dem schwedischen und dem irischen Ansatz lässt sich u. a. damit erklären, dass es in Schweden Verordnungen über die Bereitstellung von Arbeitshilfsmitteln und über andere Sondermaßnahmen gibt, die auch eine finanzielle Unterstützung für Arbeitgeber vorsehen, um ihnen die Beschäftigung behinderter Menschen zu erleichtern. Anders ausgedrückt, hat man in Schweden weniger Bedenken in Bezug auf die Belastung der Arbeitgeber, da es bereits umfassende Arbeitnehmerrechte, beispielsweise im Bereich Gesundheitsschutz und Sicherheit am Arbeitsplatz, sowie Arbeitszeitregelungen gibt. Die Pflichten des Arbeitgebers betreffend Sicherheit und Gesundheitsschutz auf der Grundlage des Gesetzes über das Arbeitsumfeld bestehen darin, dafür zu sorgen, dass es bei den Beschäftigten am Arbeitsplatz nicht zu Verletzungen oder langfristigen Schäden kommt. Einige der Arbeitsplatzanpassungen, die aufgrund der besonderen Bedürfnisse eines behinderten Arbeitnehmers vorgenommen werden, können in diese Rubrik eingeordnet werden (James, 2000). Daraus würde folgen, dass die Kosten der Beschäftigung eines behinderten Menschen als „vertretbar“ beurteilt werden, wenn sie mit den Kosten von Maßnahmen vergleichbar sind, deren Durchführung man vom Arbeitgeber auch für jeden anderen Beschäftigten erwarten könnte, wie eine Verbesserung der Beleuchtung oder ergonomische Anpassungen.

Was die oben geschilderten Gleichheitsbegriffe angeht, scheint Schweden über den Ansatz des individuellen Verdienstes hinauszugehen und Elemente positiver Maßnahmen anzuwenden, die auf eine Ergebnisgleichheit ausgerichtet sind. Während jedoch oft geglaubt wird, dass bei einer Ergebnisgleichheit die Rechte auf die Mitglieder einer ausgewählten Gruppe beschränkt sein müssen, lässt der schwedische Ansatz vermuten, dass sich positive Maßnahmen verallgemeinern lassen („Mainstreaming“), und zwar in dem Sinne, dass alle Arbeitnehmer ein gewisses Recht auf positive Maßnahmen haben. Die Chance zur persönlichen Weiterentwicklung durch Beschäftigung ist ein zentraler Gedanke des schwedischen Wohlfahrtsmodells. Individuelle Rechte in Bezug auf den Zugang zu Ausbildungsmaßnahmen und der Schutz vor ungerechtfertigten Kündigungen sind recht gut entwickelt, ebenso wie die kollektiven Rechte der Arbeitnehmer in Form von Mitbestimmungsregelungen. Der schwedische Ansatz scheint zumindest teilweise darauf ausgerichtet zu sein, die Interessen behinderter Menschen durch allgemeine Maßnahmen, die für alle Arbeitnehmer gelten, zu fördern.

Eine wesentliche Rolle bei der Einführung des Gesetzes von 1999 spielte das Büro des Behinderten-Ombudsmanns (Handikappombudsmannen, HO). Der HO untersucht die von Einzelpersonen bei ihm eingehenden Beschwerden, erteilt Ratschläge und prüft die Situation in bestimmten Sektoren (z. B. die Zugänglichkeit öffentlicher Gebäude). Im Arbeitsbereich werden glaubhaft gemachte Sachverhalte, so genannte Prima-facie-Fälle, an die Gewerkschaft des Beschwerdeführers verwiesen, die eine Regelung mit dem Arbeitgeber aushandeln kann. Lehnt die Gewerkschaft es ab, tätig zu werden, führt der HO selbst die Verhandlungen. Unter den Fällen, die auf der Website des HO (www.handikappombudsmannen.se) beschrieben sind, gibt es mehrere, in denen die Gewerkschaft nicht tätig werden wollte und wo der HO anschließend eine wichtige Lösung für

den behinderten Menschen ausgehandelt hat. Das lässt vermuten, dass Organisationen, deren Zweck die kollektive Wahrnehmung von Arbeitnehmerinteressen ist, nicht immer darauf ausgerichtet sind, Sonderinteressen behinderter Menschen zu fördern.

Wenn auf dem Verhandlungswege keine Beilegung möglich ist, kann der Fall vor dem Arbeitsgericht verhandelt werden. Als dieser Bericht geschrieben wurde, gab es keine anhängigen Gerichtsverfahren, was darauf schließen lässt, dass der schwedische Ansatz mehr auf Schlichtung und Verhandlung als auf Klageerhebung beruht.

(d) Norwegen

In Norwegen gibt es kein spezifisches Antidiskriminierungsgesetz zum Schutz behinderter Menschen, doch enthält das Gesetz über das Arbeitsumfeld eine Reihe maßgeblicher Bestimmungen. Wie in Schweden auch, verpflichtet dieses Gesetz die Arbeitgeber, den Mitarbeitern Möglichkeiten zur persönlichen und beruflichen Weiterentwicklung und Selbstbestimmung einzuräumen und ein sicheres Arbeitsumfeld zu schaffen. Die Leitlinien zu diesem Gesetz lassen vermuten, dass die allgemeinen Vorschriften über die Gestaltung des Arbeitsumfelds für behinderte Menschen von besonderem Nutzen sind.

Das Gesetz über das Arbeitsumfeld enthält Bestimmungen, bei denen es speziell um behinderte Menschen geht. Paragraph 13 Absatz 1 verpflichtet den Arbeitgeber, den Arbeitsplatz so einzurichten, dass er - soweit möglich und zumutbar - behinderten Menschen zugänglich ist. Diese Pflicht gilt unabhängig davon, ob das betreffende Unternehmen jeweils behinderte Mitarbeiter beschäftigt oder nicht, so dass dabei nicht die Bedürfnisse eines konkreten behinderten Arbeitnehmers berücksichtigt werden. Paragraph 13 Absatz 1 könnte als Beispiel für den Ansatz der „radikalen Chancengleichheit“ herhalten, der die Arbeitgeber allgemein zur Förderung der Chancengleichheit verpflichtet, zumindest was die konkrete Organisation des Arbeitsplatzes angeht. In den Leitlinien heißt es jedoch, dass die Gewerbeaufsicht normalerweise keine Arbeitsplatzanpassungen verlangt, „bevor sich die Notwendigkeit stellt“.

Paragraph 13 Absatz 2 des Gesetzes über das Arbeitsumfeld legt die Pflichten des Arbeitgebers gegenüber einem Mitarbeiter fest, der eine Behinderung erleidet. Die Definition der Behinderung ist weit gefasst. In den Leitlinien zu dem Gesetz wird festgestellt, dass „die Arbeitnehmer individuelle Fähigkeiten und eine äußerst unterschiedliche Arbeitsfähigkeit besitzen. Viele haben spezielle Probleme bei der Arbeit, die mit verschiedenen Faktoren, z. B. mit somatischen und geistigen Erkrankungen, Verletzungen, Fehlern, den Folgen langjähriger Schwerstarbeit und des Alterns usw., zusammenhängen können“. In den Leitlinien wird nicht der Versuch unternommen, zwischen Problemen, die ihren Ursprung in anerkannten medizinischen Zuständen haben, und Problemen, die das Resultat sozialer und komplexer Faktoren sind, zu unterscheiden. Die Philosophie, die diesem Paragraphen 13 Absatz 2 zugrunde liegt, scheint dem schwedischen Ansatz recht ähnlich zu sein, der auf allgemeinen, allen Arbeitnehmern gewährten Rechten basiert. Der Gleichheitsbegriff beinhaltet anscheinend eine gewisse Umverteilung, mit verallgemeinerten positiven Maßnahmen für ein breites Spektrum benachteiligter Arbeitnehmer. Die Rechte auf der Grundlage von Paragraph 13 Absatz 2 sind jedoch auf bereits beschäftigte Arbeitnehmer begrenzt. Eine finanzielle Unterstützung für Anpassungen, die für einen bestimmten Mitarbeiter erforderlich sein können, ist im Rahmen des Nationalversicherungsgesetzes verfügbar. Diese Unterstützung bezieht sich auf die Bedürfnisse des Einzelnen und ist nicht dafür gedacht, die Erfüllung der in Paragraph 13 Absatz 1 spezifizierten allgemeinen Pflichten zu finanzieren.

Eine dritte für behinderte Menschen maßgebliche Bestimmung des Gesetzes über das Arbeitsumfeld ist Paragraph 55A. Dieser neueste Zusatz verbietet es Arbeitgebern, bei der Einstellung von Arbeitnehmern Unterschiede aufgrund einer Behinderung zu machen. Direkte und indirekte Diskriminierungen sind verboten, und angemessene Vorkehrungen sind vorgesehen. Es gibt jedoch in Paragraph 55A keine Vorschrift oder Leitlinie über die Definition der Behinderung, und bisher sind noch keine Fälle vor Gericht verhandelt worden.

(e) Frankreich

Frankreich hat 1990 ein allgemeines Gesetz über das Verbot von Diskriminierungen aufgrund von Gesundheit oder Behinderung verabschiedet (Nr. 90-602 vom Juli 1990). Die Verabschiedung dieses Gesetzes geht auf die allgemeine Empörung über die Diskriminierung von HIV-positiven Menschen zurück, doch ist sein Geltungsbereich größer. Mit dem Gesetz wurden einige Zusätze zum Straf- und Arbeitsgesetzbuch eingeführt, womit die Wörter „Gesundheit oder Behinderung" den bestehenden Bestimmungen über Diskriminierungen aufgrund der Rasse, Nationalität, Religion, Moral oder des Familienstands hinzugefügt wurden. Behinderung wird in dem Gesetz nicht definiert, aber die Verwendung der Begriffe „Gesundheit oder Behinderung" und die Geschichte im Zusammenhang mit HIV lässt darauf schließen, dass jeder medizinische Zustand bzw. jede Schädigung darunter fallen kann, unabhängig davon, ob er bzw. sie wesentliche Folgen für die Aktivitäten eines Menschen hat. Der Geltungsbereich des Gesetzes aus dem Jahr 1990 wurde unlängst durch das Gesetz Nr. 2001-1066 vom 16. November 2001 über die Bekämpfung von Diskriminierungen erweitert. Dieses Gesetz änderte Artikel L.122-45 des Arbeitsgesetzbuches, um eine breitere Palette an Diskriminierungsgründen zu berücksichtigen und einige andere Zusätze in Bezug auf Geltungsbereich und Rechtsmittel aufzunehmen. Behinderung und Gesundheit sind jetzt berücksichtigt, ebenso wie das äußere Erscheinungsbild.

Angemessene Vorkehrungen werden in dem Gesetz von 1990 nicht erwähnt. Sie sind jedoch Gegenstand anderer Bestimmungen im Arbeitsgesetzbuch, vornehmlich in Artikel L.122-24-4, der dann gilt, wenn ein Arbeitsmediziner feststellt, dass ein Mitarbeiter nicht in der Lage ist, seine vorherige Arbeit wiederaufzunehmen. Der Arbeitgeber muss geeignete alternative Beschäftigungsmöglichkeiten prüfen und notwendige Arbeitsplatzanpassungen vornehmen. L.122-32-5 stellt fest, dass eine staatliche finanzielle Unterstützung (insbesondere durch AGEFIPH) für solche Anpassungen gewährt werden kann.

Wie in Anhang 2 erläutert, geht es bei der Arbeit von AGEFIPH um die Verwaltung von Maßnahmen zur Förderung der Beschäftigung von Menschen, die als „beeinträchtigte Arbeitnehmer" (*travailleur handicapé*, TH) anerkannt sind. Die Entscheidung über die Einstufung eines Arbeitnehmers als TH treffen die COTOREPs. Gemäß Artikel L.323-10 des Arbeitsgesetzbuches ist ein „beeinträchtigter Arbeitnehmer eine Person, deren Möglichkeiten, einen Arbeitsplatz zu bekommen oder zu behalten, infolge unzureichender oder geminderter körperlicher oder geistiger Fähigkeiten effektiv reduziert sind". Es gibt drei unterschiedliche Schweregrade: Kategorie A bezeichnet eine „leichte Beeinträchtigung, die eine zufriedenstellende Anpassung an die [allgemeine] Arbeit zulässt"; die Kategorien B und C betreffen schwerere Beeinträchtigungen.

Die Gesetze von 1990 und 2001 enthalten wichtige Einschränkungen in Bezug auf die „medizinische Untauglichkeit", einer Arbeit nachzugehen. Gemäß Artikel 3 des Gesetzes von 1990 gilt das allgemeine Diskriminierungsverbot nicht, wenn der Arbeitgeber die Nichteinstellung oder Kündigung mit der „Untauglichkeit" des Arbeitnehmers begründet. Artikel

9 fügt die Bestimmung über Diskriminierungen aufgrund von Gesundheit oder Behinderung dem Arbeitsgesetzbuch hinzu, nimmt jedoch die von einem Arbeitsmediziner (*médecin du travail*) bescheinigte Untauglichkeit aus. Artikel 10 verbietet Diskriminierungen im öffentlichen Dienst, macht jedoch eine ähnliche Ausnahme, um die körperliche Unfähigkeit eines Menschen zur Ausübung bestimmter Funktionen zu berücksichtigen. Daher hat es den Anschein, dass das Gesetz in erster Linie Menschen mit Gesundheitsproblemen schützt, deren Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigt ist (in direktem Gegensatz dazu steht das Vereinigte Königreich, wo diese Gruppe nicht geschützt wird). Berücksichtigt man gleichzeitig das Fehlen eines allgemeinen Rechts auf angemessene Vorkehrungen, kann man vermuten, dass der diesem Gesetz innewohnende Gleichheitsbegriff auf individuellem Verdienst basiert und tendenziell auch ein wenig auf dem Konzept „Gleichheit aus Gründen der Vernunft" beruht. Viel hängt von der Meinung des Arbeitsmediziners darüber ab, inwieweit der medizinische Zustand einer Person ihre Tauglichkeit beeinflusst, doch strukturell ist dieses Gesetz so angelegt, dass jede Untauglichkeit dazu führt, dass der Betreffende dem Geltungsbereich der Antidiskriminierungsvorschriften entzogen ist und den „beeinträchtigten Arbeitnehmern" zugeordnet wird.

Es gibt in Frankreich folglich zwei getrennte Maßnahmenbündel, die auf zwei unterschiedliche Personengruppen zur Anwendung kommen. Arbeitnehmer, die Schutz auf der Grundlage der Gesetze von 1990 und 2001 beanspruchen können, werden nicht als „beeinträchtigte Arbeitnehmer" eingestuft; Zuschüsse gibt es in diesen Fällen nicht, und sie werden auch nicht mitgezählt, wenn es um die Einhaltung von TH-Quoten geht. Sie können keine besonderen Vorkehrungen einfordern, was auch nicht nötig ist, da ihre Arbeitstauglichkeit nicht beeinträchtigt ist. Arbeitnehmer, die besondere Vorkehrungen benötigen, werden als „beeinträchtigte Arbeitnehmer" eingestuft. Sie sind potenzielle Nutznießer verschiedener sozialpolitischer Maßnahmen. Ein Arbeitnehmer, der erst dann eine Beeinträchtigung erleidet, während er in einem Beschäftigungsverhältnis steht, hat gewisse individuelle Rechte gegenüber dem Arbeitgeber, doch allgemein kommt das Antidiskriminierungsgesetz auf beeinträchtigte Arbeitnehmer nicht zur Anwendung.

5.2 Der Umfang von Rechten und die Begründung restriktiver Definitionen

In diesem Abschnitt wollen wir uns mit den Fragen befassen, die die Wahl zwischen restriktiven und weit gefassten Definitionen der Behinderung bei Antidiskriminierungsmaßnahmen beeinflussen. Im Vereinigten Königreich findet sich das einzige Beispiel für einen restriktiven Definitionsansatz in einem Antidiskriminierungsgesetz in Europa. Wie wir in den vorherigen Kapiteln sehen konnten, gibt es in allen Staaten mehr oder weniger restriktive Definitionen in der Sozialpolitik.

Die Verwendung einer restriktiven Definition im Vereinigten Königreich war im Wesentlichen dadurch begründet, dass die potenziellen Kosten, die den Arbeitgebern im Zusammenhang mit der Einhaltung des DDA entstehen, durch eine zahlenmäßige Begrenzung der geschützten Gruppe gesteuert werden mussten. (Ferner spielte der Wunsch eine Rolle, ein Übermaß an Gerichtsverfahren seitens Personen mit geringeren Schäden zu verhindern.) In Schweden, um ein umgekehrtes Beispiel anzuführen, machte man sich weniger Gedanken über eine Kostenkontrolle. Wir haben angedeutet, dass das teilweise damit zusammenhängen könnte, dass einige Maßnahmen unter die Sozialversicherung fallen, aber auch zum anderen Teil mit dem hohen Standard erklärt werden kann, der bei den allgemeinen Arbeitnehmerrechten in Bezug auf ein zufriedenstellendes Arbeitsumfeld herrscht.

Die Verwendung einer restriktiven Definition zur Kostenkontrolle ist paradox. Der allgemeine Menschenverstand sagt bereits, dass ein Mensch mit einer geringeren Behinderung in der Lage sein sollte, sich auf ein Antidiskriminierungsgesetz zu berufen, wenn er ungerecht behandelt wird, weil jede notwendige Anpassung nur unbedeutende Kosten verursachen dürfte (da die Behinderung gering ist). Es ist daher wider besseres intuitives Wissen, diese Gruppe wegen der potenziellen Kosten auszuschließen.

Doch ist diese Frage nicht so einfach. Ein Problem gibt es dann, wenn für eine Person teure Vorkehrungen getroffen werden müssen, damit sie an einem bestimmten Arbeitsplatz arbeiten kann (A), während dies auf andere Arbeitsplätze nicht zutrifft (B-Z). Man kann durchaus behaupten, dass eine restriktive Definition verhindern soll, dass der Betreffende in diesem Fall eine Beschäftigung auf Arbeitsplatz A beanspruchen kann. Gemäß der britischen Definition würde man beispielsweise feststellen, dass der Betreffende in seinen Aktivitäten nicht wesentlich beeinträchtigt ist, was einen Anspruch auf Arbeitsplatz A ausschließt. Man würde erwarten, dass der Betreffende eine Arbeit in den Bereichen B-Z annimmt und akzeptiert, dass A nicht zur Debatte steht.

Dieses Szenario mag vielleicht ein wenig weit hergeholt erscheinen, doch die Frage, ob jemand von seinem Behindertenstatus an einem bestimmten Arbeitsplatz profitieren sollte, wenn er eine andere Arbeit verrichten kann, die weniger Vorkehrungen erforderlich macht, ist real. Das Problem liegt darin, dass es mühselig ist, diese Frage durch eine Definition der Behinderung beantworten zu wollen. Sozialpolitische Einrichtungen, wie die Arbeitsämter, bilden sich routinemäßig eine Meinung über die geeignete Arbeitsplatzwahl von Menschen. (In einigen Ländern ist diese Meinung in Form offizieller Regeln über Arbeitsplatzpräferenzen, Lohn- und Gehaltsbedingungen, Fahrzeiten usw. kodifiziert, insbesondere bei der Verwaltung des Arbeitslosengeldes.) Die Behördenmitarbeiter berücksichtigen oft viele Faktoren, wie Alter, Bildungsstand und berufliche Laufbahn des Betreffenden. Ein Sachbearbeiter des Arbeitsamtes, der einem behinderten Menschen zu einem Arbeitsplatz verhelfen möchte, kann solche Faktoren zusammen mit anderen Überlegungen in Rechnung stellen, die sich aus dem medizinischen Zustand und den Beeinträchtigungen des Betreffenden ergeben, und sich eine Meinung darüber bilden, ob die Kosten der Vorkehrungen für einen bestimmten Arbeitsplatz vertretbar und mit den Kosten vergleichbar sind, die an anderen möglichen Arbeitsplätzen entstehen würden.

Unter anderem gehen die in Absatz 5.1 behandelten Gesetze das Problem der Arbeitsplatzwahl dadurch an, dass sie stärkere Rechte für derzeit Beschäftigten als für künftig Beschäftigte festschreiben. Derzeit Beschäftigte haben implizit oder explizit das Recht auf spezielle Vorkehrungen an ihrem bisherigen Arbeitsplatz oder bei demselben Arbeitgeber. Die Frage, ob der Betreffende bei den Tätigkeiten des alltäglichen Lebens so behindert ist, dass Vorkehrungen an jedem Arbeitsplatz nötig wären, wird nicht unbedingt gestellt. Das ist beispielsweise bei dem schwedischen „Schritt-für-Schritt“-Prozess der Fall, der dann ins Spiel kommt, wenn eine Person nicht in der Lage ist, aufgrund langfristiger Krankheit oder Verletzung weiter zu arbeiten (siehe Anhang 1). Der erste Schritt besteht darin festzustellen, ob die Person ihren früheren Arbeitsplatz nach Durchführung der erforderlichen Anpassungen wieder einnehmen kann. Mögliche Umbesetzungen und Umschulungen bei demselben Arbeitgeber sind der nächste Schritt. Führen diese Schritte nicht zur Wiederaufnahme der Beschäftigung, werden andere Arbeitsmöglichkeiten untersucht.

Die Festschreibung des Rechts auf angemessene Vorkehrungen für derzeit Beschäftigte könnte man auf die etablierte Gesetzes- und Verfahrenssammlung zurückführen, die die Pflichten des Arbeitgebers gegenüber seinen Beschäftigten regelt. Das europäische

Sozialmodell ist, im Gegensatz zur Situation in den USA, ein Modell umfassender Arbeitnehmerrechte. Die meisten europäischen Staaten gestehen ihren Arbeitnehmern nach einer Mindestbetriebszugehörigkeit umfassende Rechte gegenüber dem Arbeitgeber zu. Dazu gehören das Recht auf Lohnfortzahlung im Krankheitsfall und auf bezahlten Elternurlaub, verschiedene Schutzklauseln bei Einzelkündigungen und Massenentlassungen sowie Schutz vor ungerechtfertigter Kündigung. In einigen Ländern wurde ein begrenztes Recht, Teilzeitarbeit zu beantragen (und darauf, dass dieser Antrag angemessen berücksichtigt wird), eingeführt. Diese Rechte können von jedem Arbeitnehmer in Anspruch genommen werden, der sich in einer entsprechenden Situation befindet (der z. B. krank wird, ein Kind hat usw.).

Die französischen Bestimmungen über angemessene Vorkehrungen fallen in den Rahmen von Arbeitnehmerrechten und sind auf diesen Kontext begrenzt. Auch wenn dieses Gesetz sowohl für derzeit als auch für künftig Beschäftigte gelten soll, wie in Großbritannien, ist es wahrscheinlich für die derzeitigen Mitarbeiter am wirksamsten. Vom Vereinigten Königreich nimmt man normalerweise an, dass es relativ schwache Arbeitnehmerrechte hat, doch, wie bereits in Abschnitt 5.1 ausgeführt, haben die bestehenden Bestimmungen gegen ungerechtfertigte Kündigungen die effektive Anwendung des Disability Discrimination Act wohl erleichtert.

Gründet man die Rechte behinderter Menschen jedoch auf die bestehende Sammlung von Arbeitnehmerrechten, nimmt man die wichtige Einschränkung in Kauf, dass diese Rechte auf jene begrenzt sind, die arbeiten. Während viele Menschen, die mit einer erst spät beginnenden Behinderung konfrontiert sind, durch solche Maßnahmen geschützt sind, haben jene, die Zugang zu einer Beschäftigung suchen, keinen Nutzen davon. Unter diesem Gesichtspunkt hat eine Definition der Behinderung auch den Zweck, einen Standard dafür festzulegen, wer Rechte aufgrund von Antidiskriminierungsvorschriften hat, die sowohl für derzeit als auch für künftig Beschäftigte gelten und die es unnötig machen, unterschiedliche Standards für „Insider“ und „Outsider“ festzulegen. Das Ideal ist lobenswert, doch stößt es auf ein sehr grundlegendes Problem im Zusammenhang mit der gerechten Aufteilung der Kosten unter den Arbeitgebern. Die Schwierigkeit besteht für einen Arbeitsuchenden darin, dass kein Arbeitgeber verglichen mit anderen Arbeitgebern ihm gegenüber besondere oder spezielle Pflichten hat. Ein Arbeitgeber (A), der mit einem künftigen Mitarbeiter konfrontiert ist, für den bestimmte Vorkehrungen getroffen werden müssen, kann fragen, warum A die Kosten tragen soll und nicht die anderen Arbeitgeber B-Z. Wir behaupten, dass eine Einengung der Definition der Behinderung keine effektive Möglichkeit darstellt, das Problem der Lastenverteilung unter den Arbeitgebern zu lösen. Wo die Kosten für entsprechende Vorkehrungen erheblich sind, bietet eine öffentliche oder soziale Finanzierungsstruktur eindeutig die direkteste und wirksamste Methode, die Lasten zu verteilen.

5.3 Definitionen in Antidiskriminierungsvorschriften und in der Sozialpolitik

Unsere Überprüfung der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften in Abschnitt 5.1 hat ergeben, dass mehrere Staaten die Arbeitgeber finanziell unterstützen, wenn sie Vorkehrungen für behinderte Mitarbeiter treffen. Diese finanzielle Beteiligung kann unter den Arbeitgebern die Akzeptanz für Antidiskriminierungsvorschriften erleichtern. Die Entscheidung des irischen Obersten Gerichtshofs legt nahe, dass eine gewisse öffentliche Finanzierungsstruktur zur Aufteilung der Kosten solcher Vorkehrungen als notwendig betrachtet werden könnte, um das Eigentumsrecht der Arbeitgeber zu schützen. Andererseits kann die Pflicht, Diskriminierungen zu verhindern, die Arbeitgeber dazu anregen, öffentlich bezuschusste Vorkehrungen zu treffen, die andernfalls vielleicht kaum auf Resonanz gestoßen wären.

Allerdings ist es nicht unbedingt ein ganz symbiotisches Verhältnis zwischen Antidiskriminierungsvorschriften und Sozialpolitik. Schwierigkeiten können wegen der unterschiedlichen an der Verwaltung zweier Interventionssphären beteiligten Behörden auftreten, die jeweils von anderen Werten und Voraussetzungen ausgehen. Beispielsweise könnte ein Gericht dem Antrag eines behinderten Menschen auf besondere Vorkehrungen stattgeben, unter der Voraussetzung, dass der Arbeitgeber finanzielle Unterstützung erhält, und dann könnte die Sozialbehörde entscheiden, dass der Betreffende ihren Regeln nach für eine Unterstützung gar nicht in Frage kommt.

Im Vereinigten Königreich fallen die Beschäftigungsprogramme in den Geltungsbereich des DDA, und eine Entscheidung der Arbeitsvermittlung, eine Person nicht zu unterstützen, die unter den Schutz des DDA fällt, könnte im Prinzip angefochten werden. In Irland sind positive Maßnahmen zugunsten behinderter Menschen gemäß Paragraph 33 des Employment Equality Act zulässig, wo die Maßnahmen „dazu gedacht sind, die Folgen von Diskriminierungen zu verringern oder zu beseitigen". Verschiedene Bestimmungen verhindern, dass Maßnahmen angefochten werden, die auf benachteiligte Gruppen ausgerichtet sind; so begründet beispielsweise die Tatsache, dass eine Sonderbehandlung oder Sondereinrichtungen für einen behinderten Menschen vorgesehen sind, kein Recht auf dieselben Sondereinrichtungen für einen Menschen ohne Behinderung oder mit einer anderen Behinderung (Paragraph 35). Trotzdem hat der Gedanke, dass soziale Maßnahmen und Antidiskriminierungsprinzipien vereinbar sein sollten, zu einigen Änderungen in den irischen Beschäftigungsprogrammen beigetragen; insbesondere zu einer Reformierung der Struktur der Ausbildungsbeihilfen.

Auch andere mögliche Konflikte zwischen Antidiskriminierungsprinzipien und sozialen Maßnahmen sind denkbar. Quotenregelungen sollten deshalb hinterfragt werden, weil sie Definitionen der Behinderung verwenden, die selbst diskriminierend sind (Quotendefinitionen schließen beispielsweise nicht selten Geisteskrankheiten aus oder weisen ihnen niedrige Werte zu). Arbeitgeber könnten Ansprüche von behinderten Menschen bestreiten, die nicht für sozialpolitische Maßnahmen in Frage kommen, und zwar mit der Begründung, dass durch die Maßnahmen der Umfang der Arbeitgeberpflichten definiert ist und ihre Kosten aufgeteilt werden und dass nicht durch die „Hintertür" des Antidiskriminierungsgesetzes zusätzliche Verpflichtungen eingeführt werden sollten.

Man kann jedoch durchaus die Meinung vertreten, dass die Umsetzung der FETD nicht zu Konflikten zwischen Antidiskriminierungsgesetz und Sozialpolitik führen dürfte. Dafür gibt es mehrere Gründe. Erstens schließt die Richtlinie ausdrücklich Sozialversicherungs- und Sozialschutzsysteme sowie „Vergütungen jeder Art seitens des Staates, die den Zugang zu einer Beschäftigung oder die Aufrechterhaltung eines Beschäftigungsverhältnisses zum Ziel haben," aus. Dadurch ist ihr Geltungsbereich eingeschränkter als bei den Rechtsvorschriften im Vereinigten Königreich und in Irland. Zweitens lässt Artikel 7 positive Maßnahmen ausdrücklich zu, obwohl eine solche Maßnahme „zur Gewährleistung der völligen Gleichstellung im Berufsleben" dienen sollte, indem Benachteiligungen aus den genannten Gründen (z. B. Behinderung) vermieden oder ausgeglichen werden. Drittens legen Kommentare zur FETD nahe, dass in Bezug auf den Gleichheitsbegriff ein Ansatz vom „individuellen Verdienst" angestrebt wird, obwohl dieser hier an jenem Ende des Spektrums angesiedelt ist, das zu Beginn dieses Kapitels mit „Gleichheit aus Gründen der Gerechtigkeit" bezeichnet wurde. Die FETD verpflichtet die Mitgliedstaaten nicht zur Umsetzung von Maßnahmen, mit denen eine Ergebnisgleichheit erreicht werden soll.

Am Anfang dieses Kapitels haben wir behauptet, dass der Ansatz des „individuellen Verdienstes“ mit einer weit gefassten Definition der Behinderung im Einklang ist, doch haben wir auch angemerkt, dass einige Kommentatoren der Ansicht sind, das Recht auf bestimmte Vorkehrungen müsse auf eine eng definierte Personengruppe begrenzt werden. Unsere Überprüfung der in den Mitgliedstaaten herrschenden Praktiken legt nahe, dass dieses Argument aus zwei Gründen nicht stichhaltig ist. Erstens kann das Recht auf angemessene Vorkehrungen zum Teil in das allgemeine System der Arbeitnehmerrechte eingebettet werden. Zweitens löst eine Begrenzung des Rechts auf angemessene Vorkehrungen nicht das Problem, dass eine gerechte Aufteilung der Kosten, die mit solchen Vorkehrungen verbunden sind, unter den Arbeitgebern sichergestellt werden muss, was sich viel wirksamer mit öffentlichen Geldern für teure Vorkehrungen bewerkstelligen lässt.

Diese Argumente zeigen jedoch, dass es schwer ist, Grundsätze dafür festzulegen, welcher Umfang an Vorkehrungen angemessen ist, die dann generell in allen Mitgliedstaaten angewandt werden können. Das allgemeine System der Arbeitnehmerrechte unterscheidet sich in den einzelnen Mitgliedstaaten, ebenso wie die Verfügbarkeit öffentlicher Mittel für teure Vorkehrungen. Man kann behaupten, die FETD lasse es zu, dass die Normen in Bezug auf angemessene Vorkehrungen je nach Mitgliedstaat und seiner jeweiligen Sozialpolitik unterschiedlich sein können. Dies ist eine Interpretation des letzten Satzes in Artikel 5 über angemessene Vorkehrungen, wo es heißt, dass die Belastung der Arbeitgeber durch geeignete Maßnahmen zur Beschäftigung von behinderten Menschen dann nicht unverhältnismäßig ist, „wenn sie durch geltende Maßnahmen im Rahmen der Behindertenpolitik des Mitgliedstaates ausreichend kompensiert wird“.

In der Einführung zu diesem Kapitel haben wir die Entwicklung zu einem dritten Gleichheitsbegriff erwähnt, den wir als „radikale Chancengleichheit“ beschrieben haben. Bei unserer Auseinandersetzung mit den Maßnahmen in den einzelnen Ländern stießen wir auf Beispiele dafür, dass den Arbeitgebern positive Pflichten zur Förderung der Gleichbehandlung auferlegt werden. Die Erfüllung dieser Pflichten wird jedoch eher durch Maßnahmen der Behörden und Ausschüsse zur Förderung der Chancengleichheit durchgesetzt als durch die Begründung individueller Klagerechte. In mehreren Staaten gibt es eine Koexistenz zwischen der Pflicht zur Förderung der Chancengleichheit und dem individuellen Klagerecht, obwohl der Schwerpunkt hierbei ganz unterschiedlich gesetzt wird, wobei das Vereinigte Königreich am stärksten auf individuelle Klageführung setzt und andere Staaten weniger. In Dänemark herrscht beträchtlicher Widerstand gegen das Modell der individuellen Klagen. Der dänische Behindertenrat und das ihm angegliederte Zentrum für die Chancengleichheit von behinderten Menschen haben den Auftrag, Gleichbehandlung durch den Grundsatz der „sektoralen Verantwortung“ umzusetzen, wobei jeder gesellschaftliche Sektor dafür verantwortlich ist, behinderten Menschen gleichen Zugang zu gewähren. Das Zentrum für Chancengleichheit wurde 1993 per Parlamentsbeschluss gegründet, in dem die in den USA verabschiedeten Antidiskriminierungsvorschriften zur Kenntnis genommen wurden und angedeutet wurde, dass besondere Rechtsvorschriften dieser Art im Widerspruch zu den dänischen Traditionen stünden. Die gleichen Bedenken finden zum Teil auch ihren Niederschlag in der schwedischen Haltung, die der Streitbeilegung durch Verhandlungen zwischen Gewerkschaften und Arbeitgebern den Vorzug zu geben scheint, obwohl offenkundig ist, dass auch in Schweden ein Weg für die Beilegung persönlicher Beschwerden offensteht.

Die FETD enthält keine expliziten Bestimmungen über die Festlegung positiver Pflichten zur Förderung der Chancengleichheit, doch drängt sie die Mitgliedstaaten, durch die Förderung des sozialen Dialogs und durch den Dialog mit Nichtregierungsorganisationen Schritte in diese Richtung zu unternehmen (Artikel 13 und 14). Stellt man die FETD in diesen allgemeineren

Kontext, scheint deren Wirksamkeit nicht ausschließlich auf dem individuellen Klagerecht zu basieren. Ihr Wert hängt vielleicht auch mit ihrem Beitrag zur Gestaltung und Verdeutlichung besonderer sozialpolitischer Themen sowie mit der strikten Umsetzungsanforderung zusammen. Häufig stehen die Streiter für die Rechte behinderter Menschen den Behörden, die sozialpolitische Maßnahmen, wie Quoten und Rehabilitationsmaßnahmen, umsetzen, äußerst kritisch gegenüber. Das Antidiskriminierungsrecht könnte hier eine Reihe alternativer Grundsätze liefern, anhand derer die Grundsätze und Voraussetzungen, die der Behindertenpolitik zugrunde liegen, neu überprüft werden können. Unter diesem Gesichtspunkt werfen der Diskriminierungs- und der Gleichbehandlungsbegriff Fragen in Bezug auf die Grundsätze und Voraussetzungen auf, auf denen die sozialen Maßnahmen für behinderte Menschen basieren, obwohl die Sozialpolitik der Mitgliedstaaten nicht in den Geltungsbereich dieser Richtlinie fällt.

Kapitel 6 Freizügigkeit für Menschen mit Behinderungen

Wie in Kapitel 1 ausgeführt, hat die Kommission in ihrer Ausschreibung darauf hingewiesen, dass ihr Interesse an Definitionen der Behinderung auf unterschiedliche Anliegen zurückzuführen ist. Eines der in diesem Zusammenhang erwähnten spezifischen Probleme war die fehlende gegenseitige Anerkennung nationaler Entscheidungen im Fall von Behinderungen und die Folgen, die sich daraus für behinderte Menschen ergeben, die innerhalb der Union ihren Wohnsitz wechseln. Die Kommission hat klargestellt, dass sie nicht an Empfehlungen interessiert sei, die dahingehen, die Mitgliedstaaten sollten ihre Definitionen auf eine bestimmte Weise ändern, um die Mobilität behinderter Menschen zu verbessern. Sie suche statt dessen nach Möglichkeiten, unterschiedliche Definitionen zu verstehen und zu vergleichen, zum Beispiel durch Festlegung allgemeiner Konzepte und Beschreibungen. Im Rahmen unserer Forschungsarbeit haben wir uns darum bemüht, indem wir eine allgemeine Sprachregelung zur Beschreibung der unterschiedlichen Ansätze getroffen und einen Rahmen festgelegt haben, innerhalb dessen nationale Maßnahmen dargestellt werden können (Kapitel 3 und 4 und die Anhänge). In diesem Kapitel wollen wir die Auswirkungen dieser Erkenntnisse unseres Projekts in Bezug auf folgende Fragen untersuchen: das Aufenthaltsrecht (Abschnitt 6.1), die Exportfähigkeit von Leistungen (Abschnitt 6.2) und die gegenseitige Anerkennung von Entscheidungen über Leistungsansprüche (Abschnitt 6.3).

Die Freizügigkeit in Europa unterliegt im Wesentlichen zwei Gruppen von Vorschriften: dem Recht, in einem anderen Staat seinen Wohnsitz zu nehmen und ohne Diskriminierung aus Gründen der Staatsangehörigkeit behandelt zu werden, und den Bestimmungen über die Exportfähigkeit bestimmter Sozialversicherungsleistungen. Von diesen beiden Vorschriftenarten lassen sich zwei Konzepte der Freizügigkeit ableiten. Eines basiert auf Nichtdiskriminierung, demzufolge ein EU-Bürger als Angehöriger eines Aufnahmemitgliedstaates behandelt werden muss, unabhängig vom Wohnsitz. Nach diesem Konzept gäbe es Freizügigkeit für die Bürger Europas, wenn sie ihren Wohnsitz dort nehmen könnten, wo immer sie möchten, und Leistungen beantragen könnten, als hätten sie immer dort gelebt, wo sie ihren derzeitigen Wohnsitz haben, wobei Aufenthaltszeiten in anderen Ländern als Aufenthalt im Aufnahmemitgliedstaat behandelt würden, Ereignisse, die in anderen Ländern eingetreten sind, so behandelt würden, als wären sie im Aufnahmemitgliedstaat eingetreten, usw. Die Gesetzgebung in den einzelnen Mitgliedstaaten sieht jeweils unterschiedliche und ungleiche Sozialversicherungsleistungen vor, und nach dem Konzept der Nichtdiskriminierung könnten die Menschen feststellen, dass sie bei einem grenzüberschreitenden Umzug auf unterschiedliche Sozialleistungsniveaus stoßen, was mit unterschiedlichen Organisationsstrukturen, Kombinationen von Geld- und Sachleistungen usw. einhergeht. Da nichts dagegen spricht, können wir

diese Abweichungen zwischen den einzelnen Staaten als Teil des Gefüges sozialer und wirtschaftlicher Unterschiede zwischen den Staaten betrachten, was bedeutet, dass derjenige, der umzieht, davon ausgehen kann, dass er in bestimmter Hinsicht besser und in anderer Hinsicht schlecht wegkommt.

Das andere Konzept der Freizügigkeit, von dem sich die Exportfähigkeit ableitet, basiert eher auf der Sicherheit des Eigentums als auf Nichtdiskriminierung. Entscheidend bei diesem Konzept ist der Schutz der Rechte, die aufgrund der gezahlten Sozialversicherungsbeiträge erworben wurden. Es wird davon ausgegangen, dass sich der Umzugswillige mit den Beiträgen ein Eigentumsrecht erworben hat, das privatisiert werden kann in dem Sinne, dass es an die betreffende Person gekoppelt ist und mit ihr umzieht und nicht in einem bestimmten sozialen Umfeld geltend gemacht werden muss. Schließt jemand eine private Versicherung ab, gibt es eigentlich keinen Grund, warum der Geltungsbereich des Vertrags territorial begrenzt sein sollte, und mit der Entwicklung Europas als einheitlicher Wirtschaftsraum werden - unseren Feststellungen nach - territoriale Grenzen bei privaten Versicherungen zunehmend abgeschafft. Was die Sozialversicherung anbetrifft, sind die Arbeitnehmer dort versichert, wo sie arbeiten, d. h. es gilt ein territoriales Prinzip (manchmal in Verbindung mit beruflichen und anderen Kriterien, die regeln, was durch die verschiedenen Sozialversicherungszweige gedeckt ist). Wenn der Grundsatz der Exportfähigkeit angewandt wird, sind die Ansprüche gegen Versicherungen nicht territorial gebunden.

6.1 Aufenthaltsrecht

Die gegenwärtige rechtliche Lage in Europa sieht so aus, dass das Aufenthaltsrecht umfassend auf Arbeitnehmer zutrifft, die das Recht haben, in einem Staat, in dem sie Arbeit finden, ihren Wohnsitz zu nehmen, und die bei der Zuteilung von Sozialleistungen und Vorteilen im Aufnahmemitgliedstaat nicht diskriminierend behandelt werden dürfen (die maßgeblichen Einzelheiten sind in der Verordnung 1612/68 niedergelegt, obwohl sich die diesbezüglich geltenden Grundsätze auch direkt aus dem Vertrag ableiten lassen). Behinderte Menschen, die nicht erwerbsfähig sind, fallen selbst nicht unter diese Bestimmungen, doch können sie die Bestimmungen über Familienzusammenführung nutzen.

Für Nichterwerbstätige ist das Recht, in einem anderen Mitgliedstaat seinen Wohnsitz zu nehmen, stark eingeschränkt. Gemäß Richtlinie 90/364 kann ein Staat einem nicht berufstätigen Migranten das Aufenthaltsrecht verweigern, wenn er nicht über ausreichende Mittel verfügt, um sicherzustellen, dass er dem Sozialsystem des Aufnahmemitgliedstaates nicht zur Last fallen wird. Es wird zuweilen behauptet, die Exportfähigkeit von Leistungen könne die Grundlage der Freizügigkeit darstellen, da sie gewährleiste, dass der Umzugswillige ausreichende Mittel habe, doch hält dieses Argument einer gründlichen Prüfung nicht stand. Nur wenn die exportfähigen Leistungen des Heimatlandes angemessen sind, um den Unterhalt des Betreffenden im Aufnahmemitgliedstaat zu bestreiten, greift dieses Argument: Allgemein können also Menschen aus Staaten mit hohen Einkommen in ärmere Staaten umziehen, doch nicht Menschen aus ärmeren (wo die Leistungen niedriger sind) in reichere Staaten (wo die Lebenshaltungskosten höher sind).

Der Vorschlag der Kommission für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates über das Recht der Unionsbürger und ihrer Familienangehörigen, sich im Hoheitsgebiet der Mitgliedstaaten frei zu bewegen und aufzuhalten, (KOM(2001) 257 endg., 23.5.01) würde einige der aktuellen Einschränkungen der Freizügigkeit behinderter Menschen zum Thema machen. Von besonderer Bedeutung sind dabei:

1. Die Erweiterung des Begriffs der „Familie“ zu Zwecken der Familienzusammenführung und die Abschaffung der Abhängigkeitsregeln. Von diesen Bestimmungen würden behinderte Menschen profitieren, da der möglichen Bedeutung von pflegerischen Beziehungen und Unterhalt zwischen Erwachsenen, die nicht miteinander verheiratet sind, Rechnung getragen würde, da eine Zusammenführung für Familienangehörige aufsteigender Linie und für erwachsene Kinder zulässig wäre und da ebenfalls anerkannt würde, dass Abhängigkeit ein Kontinuum darstellt: Es kann jemand über Finanzmittel verfügen und gleichzeitig die Pflege und Unterstützung eines anderen Menschen benötigen.

   Ein Beispiel für die möglichen Auswirkungen dieses Vorschlags ist der Fall *Snares*. Dem Vorschlag nach hätte Snares, ein behinderter Mann, das Recht, zu seiner Mutter nach Spanien zu ziehen, unabhängig davon, ob er ausreichende Mittel zur Verfügung hat oder nicht. Es wurde in diesem Fall dahingehend argumentiert, dass Snares in der Lage sein sollte, die ihm aufgrund seiner Behinderung zustehende Beihilfe zum Lebensunterhalt zu exportieren, um sein Recht auf Freizügigkeit zu schützen, doch wurde dieses Argument vom Gericht zurückgewiesen.

2. Die Einführung des Rechts auf Daueraufenthalt nach vier Jahren regelmäßigen und ununterbrochenen Aufenthalts im Aufnahmemitgliedstaat. Diese Bestimmung ist potenziell wichtig für den Schutz europäischer Bürger, die eine Behinderung erleiden, während sie in einem anderen Staat als ihrem Heimatland leben.

Interessant ist die Feststellung, dass Behinderung in dem Richtlinienvorschlag nicht erwähnt wird, obwohl eine solche Richtlinie potenziell sehr günstige Auswirkungen auf die Freizügigkeit behinderter Menschen in Europa hätte. Der Vorschlag gehört in die in Kapitel 1 diskutierte Gruppe von Maßnahmen, bei denen es sich um allgemeine, potenziell von jedem Bürger auszuübende Rechte handelt, die aber dennoch für Menschen mit Behinderungen von besonderem Wert sind. Der Vorschlag entspricht weitgehend dem sozialen Ansatz, da er bestehende Hindernisse für die Freizügigkeit, die besonders nachteilige Folgen für behinderte Menschen haben, abbaut oder beseitigt.

Die Vorschläge über das Aufenthaltsrecht bringen einige Erweiterungen in Bezug auf die Anwendung der Verordnung 1612/68 mit sich, und zwar vor allem, um sicherzustellen, dass keine Unterschiede zwischen Inländern und Menschen mit Daueraufenthaltsberechtigung gemacht werden. Für behinderte Migranten bedeuten diese Bestimmungen, dass sie den Regeln des Aufnahmemitgliedstaates über aufgrund von Behinderung gezahlte nicht exportfähige Leistungen unterliegen. Da der Aufnahmemitgliedstaat seine Regeln auf nicht diskriminierende Weise (wie bei Inländern und anderen EU-Bürgern) anwenden muss, ist es nicht nötig, eine länderübergreifende allgemeine Definition der Behinderung festzulegen oder Schritte in Bezug auf eine gegenseitige Anerkennung der Entscheidungen bei Behinderungen zu unternehmen, um die Freizügigkeit zu schützen.

6.2 Exportfähigkeit von Leistungen

Das zweite in der Einführung zu diesem Kapitel umrissene Konzept der Freizügigkeit betrifft die Wahrung der Eigentumsrechte von Personen, die ihren Wohnsitz wechseln, d. h. die Frage, ob ihnen ihr Eigentum an Sozialversicherungsleistungen sicher ist, wenn sie umziehen. Die offensichtlichste Grund, Menschen persönliche Eigentumsrechte an Sozialversicherungs-leistungen zuzuerkennen, ist die Tatsache, dass diese Leistungen den Gegenwert der von

ihnen gezahlten Beiträge darstellen. Es ist dies das Prinzip, dass vielen Entscheidungen über die Exportfähigkeit zugrunde liegt. So haben beispielsweise im Fall *Molenaar* die Molenaars Beiträge in dem Land entrichtet, in dem sie erwerbstätig waren (Deutschland) und Steuern in dem Land gezahlt, in dem sie ihren Wohnsitz hatten (Frankreich). Hier ging es um Folgendes: In dem Fall, dass sie verpflichtet wären, eine Pflegeversicherung abzuschließen, sollten sie auch ein Anrecht auf den Bezug von Leistungen aus der Pflegeversicherung haben. Die Molenaars wären anscheinend mit der Möglichkeit zufrieden gewesen, nicht in die deutsche Pflegeversicherung einzahlen zu müssen, was heißt, dass sie im Fall von Pflegebedürftigkeit auf die Dienste der Behörden in Frankreich angewiesen wären. Das Gericht stellte jedoch fest, dass es nicht befugt sei, sie von der Zahlung der Pflegeversicherungsbeiträge zu befreien, war jedoch der Meinung, dass sie statt dessen auch Anspruch auf Pflegeversicherungsleistungen hätten.

Zwar scheint es offensichtlich, dass die Beitragspflicht für die Begründung eines Eigentumsrechts an einer Versicherungsleistung und somit für die Exportfähigkeit notwendig ist, doch wird das Beitragsprinzip in der Verordnung 1408/71 nicht ausdrücklich erwähnt. Das könnte daran liegen, dass sich einige Mitgliedstaaten dem Geist der Verordnung entziehen, indem sie „versicherungsähnliche“ Leistungen aus dem allgemeinen Steueraufkommen finanzieren. Das wäre gegenüber Wanderarbeitnehmern ungerecht, die während ihrer Erwerbstätigkeit als eine in dem Land ansässige Person Steuern zahlen, doch dann keinen Anspruch auf exportfähige Leistungen hätten. Verordnung 1408/71 vermeidet dieses Problem durch die Verwendung von Indikatoren in Bezug auf die Rechte, die eine Person voraussichtlich während ihrer Erwerbstätigkeit erwirbt. Es gibt zwei Hauptindikatoren:

- die gedeckten Risiken, die in Artikel 4 Absatz 1 aufgeführt sind. Dazu gehören Alter, Invalidität, Krankheit und Arbeitslosigkeit.
- die Art des Anspruchs, d. h. eine Leistung, die „den Begünstigten aufgrund eines gesetzlich umschriebenen Tatbestands gewährt wird, ohne dass im Einzelfall eine in das Ermessen gestellte Prüfung des persönlichen Bedarfs erfolgt“.

Der erste Indikator ist Ausdruck der Vorsorgestruktur in den Mitgliedstaaten, auf deren Grundlage oft durch die Erwerbstätigkeit eine Deckung der genannten Risiken erworben werden kann. Der zweite Indikator versucht die Grenze zwischen Sozialversicherung und Sozialunterstützung zu ziehen, was die Eindeutigkeit und Sicherheit der erworbenen Rechte anbelangt.

Wir können feststellen, dass die in der Verordnung 1408/71 verwendete Formulierung Schwierigkeiten bei Leistungen mit „dualem“ Charakter bereitet. Duale Leistungen lassen sich einerseits aus der Tatsache ableiten, erwerbstätig gewesen zu sein, sehen aber gleichzeitig die Ergänzung oder sogar den Ersatz von durch Erwerbstätigkeit erworbenen Ansprüchen vor. Diese Ergänzungs- und Ersatzleistungen sind normalerweise dafür gedacht, Menschen mit Lücken in der beruflichen Laufbahn oder geringen Einkünften einen Mindestvorsorgestandard zu sichern. Das Spektrum und der Umfang dieser Ergänzungsleistungen haben in den Mitgliedstaaten in den letzten 20-30 Jahren zugenommen, da die Staaten auf neue Bedürfnisse, höhere Arbeitslosigkeit, Probleme in Bezug auf die Sozialversicherungsrechte von Frauen sowie auf andere soziale und wirtschaftliche Veränderungen reagieren mussten. Sie haben neue Leistungen in Bereichen eingeführt, die zuvor von der Sozialunterstützung abgedeckt waren, und/oder ihre Sozialunterstützungssysteme verbessert, so dass die Ansprüche eindeutiger definiert sind, die Behörde weniger Nachforschungen anstellen muss und in einigen Fällen nationale Finanzmittel anstelle von lokalen verwendet werden. Unter dem Gesichtspunkt des Abbaus von Armut und Ungleichheit sind diese Entwicklungen äußerst wünschenswert, doch stellen sie ein konzeptionelles Problem bei der Anwendung der Verordnung 1408/71 dar.

Einerseits werden zwar Rechte eindeutig definiert, doch andererseits beruhen diese Rechte eher auf gesellschaftlicher Solidarität als auf Beitragszahlungen und passen daher nicht so recht zu der Privatisierung von Eigentumsrechten, die sich aus der Exportfähigkeit ergibt.

Die Verordnung 1247/92 kann als Antwort auf diese Fragen betrachtet werden. Sie erlaubte es den Mitgliedstaaten, den Export bestimmter Leistungen zu verhindern, die (a) nicht beitragsfinanziert waren und die (b) für die in Artikel 4 Absatz 1 der Verordnung 1408/71 genannten Risiken eine ergänzende, ersetzende oder untergeordnete Deckung boten oder einen spezifischen Schutz für behinderte Menschen darstellten. Die Verordnung 1247/92 enthielt außerdem Maßnahmen zur Verbesserung der Möglichkeiten von ansässigen Personen, Leistungen zu beanspruchen. Voraussetzungen, was eine gewisse Aufenthaltsdauer anbelangt, und Einschränkungen in Bezug auf die Zahlung von Leistungen für Risiken, die in anderen Staaten zuerst eingetreten sind, sind nicht zulässig bei Leistungen, die gemäß der Verordnung 1247/92 als nicht exportfähig ausgewiesen sind.

Das Verhältnis der beiden Risikoklassen - jene, die unter die Verordnung 1408/71 Artikel 4 Absatz 1 fallen, und jene, die in der Verordnung 1247/92 erwähnt werden - wirft einige interessante Fragen zur Behindertenthematik auf. Leistungen bei Invalidität werden in Artikel 4 Absatz 1 aufgeführt, während die Verordnung 1247/92 den anderen Begriff „behindert“ verwendet. In Anbetracht dieser Diskussion wird anscheinend implizit zwischen arbeitsbezogenen Risiken und Risiken unterschieden, die unabhängig von der Arbeit entstehen. Der Begriff Invalidität bezieht sich in diesem Kontext auf die Erwerbsunfähigkeit. Nun kann man zwar erwerbsunfähig sein, ohne je erwerbstätig gewesen zu sein (z. B. bei Behinderung von Geburt oder früher Jugend an), und so setzen Invaliditätsleistungen üblicherweise eine gewisse berufliche Laufbahn voraus, um einen Anspruch zu erwerben. Leistungen für Personen, die nie oder zu kurze Zeit erwerbstätig waren, um einen Anspruch auf die wichtigsten beitragsfinanzierten Leistungen erwerben zu können, fallen anscheinend in die Rubrik der ergänzenden, ersetzenden oder untergeordneten Deckung oder unter den spezifischen Schutz für behinderte Menschen.

Die Anwendung dieser Terminologie auf Maßnahmen zur Unterstützung bei grundlegenden Alltagshandlungen - Pflegeversicherung und andere ähnliche Maßnahmen - hat sich als problematisch erwiesen. Maßnahmen zur Unterstützung bei grundlegenden Alltagshandlungen können zusammen mit Invaliditätsleistungen klassifiziert werden, wenn sie Erwerbsunfähigkeit voraussetzen. In einigen Staaten sind Mittel für die Unterstützung bei grundlegenden Alltagshandlungen nur an Personen zahlbar, die ungekürzte Invaliditätsrenten erhalten; in diesem Fall ist die Erwerbsunfähigkeit effektiv ein Kriterium und die Maßnahmen können als Ergänzung der Invaliditätsleistungen betrachtet werden. Solche Zahlungen werden im Allgemeinen exportfähig sein. Jedoch ist Erwerbsunfähigkeit oder Nichterwerbstätigkeit aufgrund von Altersrente bei vielen der von uns untersuchten Maßnahmen zur Unterstützung bei grundlegenden Alltagshandlungen, einschließlich der deutschen Pflegeversicherung, kein Kriterium. Im Fall *Molenaar* hat das Gericht entschieden, dass die Leistungen der deutschen Pflegeversicherung als Leistungen aufgrund von Krankheit betrachtet werden sollten, so dass sie in den Geltungsbereich von Artikel 4 Absatz 1 fallen. Die Meinung des Gerichts scheint im Wesentlichen auf der Verwaltungsstruktur der Pflegeversicherung zu basieren. Es gilt festzustellen, dass das Gericht alle Anstrengungen dahingehend unternommen hat, dass die Pflegeversicherung unter Artikel 4 Absatz 1 fällt, da sie andernfalls in die problematische Gruppe nicht exportfähiger beitragsfinanzierter Leistungen (Vorruhestandsleistungen sind die wichtigsten in dieser Kategorie) gehören würden.

In Fall *Jauch* folgte das Gericht der *Molenaar*-Begründung und entschied, dass die Pflege-

versicherung eine Art ergänzender Leistung aufgrund von Krankheit sei und daher unter Artikel 4 Absatz 1 falle. Es gibt jedoch keinen verwaltungstechnischen Zusammenhang zwischen Pflege- und Krankenversicherung in Österreich. Das Gericht war anscheinend der Auffassung, dass es das österreichische System trotz der Verwaltungsunterschiede nicht anders als das deutsche einstufen könne, da die Art der versicherten Risiken ähnlich sei. Diese Entscheidung stand jedoch im Widerspruch zur Entscheidung im Fall *Snares*, wo das Gericht bestätigt hatte, dass die Disability Living Allowance (DLA) eindeutig in den Geltungsbereich der Verordnung 1247/92 gehöre und rechtsgültig vom Vereinigten Königreich als nicht exportfähige Leistung gemäß dieser Verordnung genannt worden sei. Es gibt kaum Unterschiede zwischen der britischen DLA und der österreichischen Pflegeversicherung, was die Art der versicherten Risiken anbelangt. Der entscheidende Unterschied zwischen den beiden Leistungen besteht vielmehr darin, dass die DLA steuerfinanziert ist, während das Gericht das österreichische System als beitragsfinanziert einstufte. Die Struktur der Verordnungen hat eine künstliche Situation geschaffen, in der beitragsfinanzierte Maßnahmen zur Unterstützung bei grundlegenden Alltagshandlungen nun als Leistungen aufgrund von Krankheit bezeichnet werden, während sie eigentlich eher in die Rubrik des spezifischen Schutzes behinderter Menschen gehören.

6.3 Definitionen, Wohnort und gegenseitige Anerkennung von Entscheidungen

Unterstützung bei grundlegenden Alltagshandlungen

Während der Beitragsgrundsatz der Kerngedanke ist, der der Exportfähigkeit zugrunde liegt, muss man auch die Frage stellen, ob die Rechte auf eine Weise definiert sind, dass deren Ausübung überall möglich ist, oder ob einige Rechte von Natur aus ortsgebunden sind. Die Verordnung 1408/71 unterscheidet hier zwischen Sachleistungen und Geldleistungen, was wohl die Realität bei Wohnortfragen widerspiegeln dürfte. Wieder stellt sich jedoch die Frage, ob diese Unterscheidung geeignet ist, um über die Exportfähigkeit von Maßnahmen zur Unterstützung bei grundlegenden Alltagshandlungen zu entscheiden, oder ob diese relativ neue Maßnahmengruppe einen anderen Ansatz erfordert.

Gemäß der Verordnung 1408/71 Artikel 19 Absatz 1 sollten Sachleistungen von der Behörde am Wohnort (im Aufnahmemitgliedstaat) in Übereinstimmung mit den Gesetzen des Aufnahmemitgliedstaates gewährt werden. Es gibt Bestimmungen über die Erstattung durch eine „zuständige Behörde“, d. h. eine Behörde, die für das System der sozialen Sicherheit zuständig ist, in dessen Geltungsbereich der Betreffende während seiner Erwerbstätigkeit fiel. Geldleistungen können von der zuständigen Behörde gemäß ihren Vorschriften gezahlt werden, d. h. Geldleistungen können exportfähig sein.

Die Maßnahmen zur Unterstützung bei grundlegenden Alltagshandlungen in den Mitgliedstaaten lassen sich in drei Gruppen unterteilen: Maßnahmen, die ausschließlich aus Geldleistungen bestehen, Maßnahmen, die aus Geld- und Sachleistungen bestehen, und Maßnahmen, die ausschließlich aus Sachleistungen bestehen (Dienstleistungen). Einerseits können Geldleistungen dem Bezieher in Form von Standardbeträgen ausgezahlt werden, wobei die Behörde wenig Kontrolle über die Verwendung der Geldmittel ausübt („fungible“ Geldleistung). Am anderen Ende des Spektrums kann es Geldleistungen geben, die zur Erstattung spezifischer Ausgaben verwendet werden sollen, oder kann der Begünstigte ein persönliches Budget haben, das nur für von der Behörde genehmigte Anschaffungen verwendet werden darf („nicht fungible“ Leistung). Im Fall *Molenaar* (C-20/96) machte der EuGH eine Unterscheidung zwischen *Barentschädigungen* und *Geldleistungen*. Die Gelder müssen fungibel sein, um als

Geldleistung zu gelten. Die Hauptmerkmale einer Geldleistung bestehen nach Ansicht des Gerichts darin, dass regelmäßige Barauszahlungen gemacht werden, die nicht voraussetzen, dass spezifische Ausgaben entstanden sind, und dass die Leistung daher eine Verbesserung des „Lebensstandards insgesamt" ermöglicht.

Im Fall *Molenaar* hat das Gericht aufgrund des Sachverhalts entschieden, dass das deutsche System Geldleistungen vorsehe. Wir interpretieren den Sachverhalt so, dass sich das deutsche System dicht an der Geld-Sachleistungsgrenze bewegt. Die Gutachter müssen überlegen, ob eine geeignete Pflege gewährleistet werden kann, bevor die Geldoption genehmigt wird. Vom Pflegebedürftigen ist eine Pflegeperson zu benennen, beispielsweise um sicherzustellen, dass Sozialversicherungsbeiträge für die Pflegeperson abgeführt werden. Fragen wurden laut hinsichtlich der Zahlung der Beihilfe, wenn die benannte Pflegeperson etwas weiter vom Antragsteller entfernt wohnt. Die politischen Debatten zeigen, dass die Zweckentfremdung der Mittel für allgemeine Haushaltsausgaben eine Problemquelle darstellt.

Die österreichische Pflegeversicherung scheint deutlicher ein Geldleistungssystem zu sein, da es keine Sachleistungsoption gibt und weniger vorgesehen ist, die Verwendung der Gelder zu kontrollieren. Gleichermaßen wird auch die DLA im Vereinigten Königreich nur in Form von Geld gewährt und eine Prüfung der Mittelverwendung findet nicht statt. Beispiele für Barentschädigungen, die wahrscheinlich keine Geldleistungen sind, sind die persönlichen Budgets (PGBs), die das niederländische Recht für außergewöhnliche medizinische Ausgaben (AWBZ) vorsieht. Das Budget wird individuell auf der Grundlage der Bedürfnisse und Mittel des Betreffenden bewertet (Spielraum für parallele Zahlungen ist ausdrücklich vorgesehen). Der Begünstigte hat eine gewisse Freiheit bei der Verwendung des Budgets, wird jedoch kontrolliert, und es können Fragen nach dem Ausgabenmuster gestellt werden. Andere Staaten, darunter Belgien (Flandern: System direkter Zahlungen), Dänemark und Schweden, haben Baroptionen getestet, die dem behinderten Menschen mehr Autonomie bei der Formulierung seiner Bedürfnisse einräumen sollen, als dies bei der traditionellen Sachleistung möglich ist, doch handelt es sich hierbei mit großer Wahrscheinlichkeit eher um Barentschädigungen als um Geldleistungen, wenn man der vom EuGH verwendeten Definition folgt.

Es stellt sich aufgrund dieser Vielfalt, was die Koordinierung der Sozialversicherung anbelangt, die Frage, ob die Unterscheidung zwischen Sachleistungen und nicht fungiblen Barentschädigungen einerseits sowie Geldleistungen andererseits sinnvoll ist. Es gibt einige Unterschiede zwischen den verschiedenen Maßnahmenarten, was die Art der Anerkennung und Bewertung angeht. Geldleistungen erfordern ein standardisiertes Leistungsniveau mit standardisierten Kriterien, um festzustellen, wie hoch der Pflegebedarf einer Person ist. Bei allen in diesem Bericht diskutierten Maßnahmen zur Unterstützung bei grundlegenden Alltagshandlungen werden Bedarfsbewertungen als Hauptinstrument zur Festlegung des Anspruchs angewandt. Üblicherweise (die britische DLA ist eine Ausnahme) besucht der Gutachter den Betreffenden zu Hause und berücksichtigt spezifische Merkmale des häuslichen Umfelds bei der Bewertung des Bedarfs. Dieses den Maßnahmen zur Unterstützung bei grundlegenden Alltagshandlungen gemeinsame Merkmal scheint darauf hinzudeuten, dass die Anspruchshöhe wohnortspezifisch ist.

Wie oben erwähnt, gilt die Verordnung 1408/71 für eine Geldleistung, die „den Begünstigten aufgrund eines gesetzlich umschriebenen Tatbestands gewährt wird, ohne dass im Einzelfall eine in das Ermessen gestellte Prüfung des persönlichen Bedarfs erfolgt". Diese Formulierung orientiert sich an der Unterscheidung zwischen Sozialversicherung und Sozialunterstützung, und eine Reihe von Leistungen in den Mitgliedstaaten lassen sich keiner Kategorie eindeutig zuordnen. In einigen Staaten werden bestimmte Aufgaben, die zuvor von den lokalen Behörden

im Rahmen der Sozialunterstützung übernommen wurden, jetzt teilweise durch nationale Maßnahmen zur Unterstützung bei grundlegenden Alltagshandlungen erfüllt. In anderen Staaten, vor allem in Skandinavien, liegt die Zuständigkeit weiter bei den lokalen Behörden, doch sind die Rechte behinderter Menschen klarer definiert als früher. In einigen Ländern gilt die Einführung von Standardbeträgen als Schlüssel zur Förderung der Autonomie und der Rechte, während man in anderen davon ausgeht, dass Standardleistungen die Fähigkeit des Systems schwächen, auf die sehr unterschiedlichen persönlichen Bedürfnisse zu reagieren. Die Rechte könnten statt dessen dadurch gestärkt werden, dass man das für den Betreffenden zu erzielende Ergebnis (ein bestimmter Lebensstandard) definiert.

Es können Leistungen theoretisch auch dann noch exportiert werden, wenn der Anspruch wohnortspezifisch ist und/oder wenn die Rechte in Bezug auf das Ergebnis, statt in Form von festen Geldbeträgen definiert sind. Man kann jedoch keineswegs davon ausgehen, dass die Feststellung der Behinderung von einem Wohnortwechsel unberührt bleibt. Im Allgemeinen können die Begünstigten von Maßnahmen zur Unterstützung bei grundlegenden Alltagshandlungen einer neuen Bewertung unterzogen werden, wenn sich ihre Lebensumstände innerhalb ihres Heimatlandes ändern, und dasselbe muss für Veränderungen gelten, zu denen es aufgrund eines grenzüberschreitenden Umzugs kommt. Maßnahmen zur Unterstützung bei grundlegenden Alltagshandlungen sind nicht wie wohnortunabhängige Rechte strukturiert, auch wenn Standardbeträge gezahlt werden. Man kann durchaus die Meinung vertreten, dass dies mit dem sozialen Ansatz übereinstimmt, wo das Augenmerk darauf gelegt wird, welche Rolle Umweltfaktoren bei der Bestimmung der behindernden Folgen der Schädigungen oder Beeinträchtigungen eines Menschen spielen.

Definitionen bei Leistungen wegen Erwerbsunfähigkeit

So wie die Koordination derzeit geregelt ist, sind die meisten wegen Erwerbsunfähigkeit gezahlten einkommenssichernden Leistungen exportfähig. Über die Anspruchsberechtigung entscheidet die zuständige Behörde: die Versicherungsanstalt. Wanderarbeitnehmer können nicht dazu aufgefordert werden, in das Land zu reisen, in dem die zuständige Behörde ihren Sitz hat, um sich einer Bewertung zu unterziehen, und es gibt vielfältigste Mechanismen für eine Bewertung in dem Land, in dem der Betreffende ansässig ist. Im Allgemeinen verlassen sich die Mitgliedstaaten darauf, dass die Behörden der jeweils anderen Länder die notwendigen Informationen liefern, und um dies zu erleichtern, wurden von einem Verwaltungsausschuss entsprechende Standardformulare entwickelt. Wie jedoch die Diskussion in Kapitel 3 und 4 gezeigt hat, bewerten die einzelnen Staaten zweifellos unterschiedliche Dinge bei der Vergabe ihrer wegen Erwerbsunfähigkeit gezahlten Leistungen. Die Standardformulare umfassen standardisierte medizinische Daten zur Diagnose und Schädigung sowie eine Vielzahl von Fragen in Bezug auf die Arbeit. Die zuständige Behörde wählt ihre relevanten „Entscheidungsvariablen“ aus diesen Daten aus; es kann sein, dass zwei Staaten auf der Grundlage derselben Daten des Formulars unterschiedliche Entscheidungen über den Grad der Erwerbsunfähigkeit treffen. Stellen wir uns vor, jemand hat in mehreren Ländern gearbeitet und besitzt schließlich mehrere unterschiedliche Versicherungspolicen, mit denen jeweils etwas unterschiedliche Risiken versichert sind.

Die Diskussion in den vorangegangenen Kapiteln und die Informationen in Anhang 1 vermitteln einen kleinen Eindruck davon, warum es diese Unterschiede gibt. Das allgemeine Konzept der „Erwerbsunfähigkeit“ wird von allen Mitgliedstaaten als Risiko anerkannt, doch die Höhe und die Struktur der von ihnen angebotenen Versicherung unterscheiden sich aus zwei Gründen. In den einzelnen Ländern gibt es verschiedene Ansichten darüber, wie sich die Legitimität und Integrität ihrer Versicherungssysteme für Erwerbsunfähigkeit am besten aufrechterhalten lässt,

und die Staaten haben unterschiedliche arbeitsmarktpolitische Ziele, die die Anwendung ihrer Systeme beeinflussen.

In Kapitel 3 und 4 haben wir gezeigt, dass die Staaten in unterschiedlichem Maße bestrebt sind, die medizinischen Ursachen zu erforschen, die für die Probleme eines Menschen in seinem Arbeitsumfeld verantwortlich sind. Gewissermaßen stehen diese Unterschiede in Wechselbeziehung zu den vier unterschiedlichen Feststellungsansätzen, die wir in Kapitel 4 beschrieben haben. Diese unterschiedlichen Muster haben teilweise mit den institutionellen Strukturen (insbesondere mit dem Verhältnis zwischen Krankenversicherung und Sozialversicherung) und mit den beteiligten Mitarbeitern zu tun. Unterschiedliche Berufsgruppen genießen in den einzelnen Mitgliedstaaten ein unterschiedliches Maß an Vertrauen und Ansehen. Außerdem lassen sich Vertrauen und Ansehen auf verschiedene Weise aufrechterhalten: einerseits durch hochentwickeltes spezialisiertes Fachwissen, andererseits durch Offenheit gegenüber Kontrolle und Debatte (wahrscheinlich der riskantere Weg). Die Schwierigkeit zu behaupten, ein Ansatz sei „besser" als ein anderer, wird zumindest zum Teil als Argument benutzt, um das System zu rechtfertigen, und ein geänderter Ansatz birgt die Gefahr, dass die Rechtmäßigkeit der Entscheidungen, die über Anspruchsberechtigung und Anspruch getroffen werden, unterminiert wird. Die Rechtmäßigkeit eines Systems muss nicht nur in den Augen der zu bewertenden behinderten Menschen behauptet werden, die am stärksten von den unterschiedlichen Ansätzen betroffen sind, sondern auch in den Augen der Beitragszahler, die darauf vertrauen können müssen, dass sie versichert sind, wenn der entsprechende Risikofall eintritt. Wenn die Regierungen der Ansicht sind, dass ihr eigenes Bewertungssystem am besten darauf ausgerichtet ist, die Rechtmäßigkeit in ihrem Land zu gewährleisten, dann ist ein gewisser Grad an „Verwaltungsnationalismus" unvermeidbar.

Es ist hinreichend festgestellt worden, dass das Muster, welches dem Bezug von Erwerbsunfähigkeitsleistungen zugrunde liegt, sehr stark von den Arbeitsmarktbedingungen beeinflusst wird, insbesondere wenn es um ältere Arbeitnehmer geht. In Kapitel 3 haben wir gezeigt, dass unterschiedliche Staaten unterschiedliche Ansätze verfolgen, was die durchlässige Grenze zwischen Erwerbsunfähigkeit, Arbeitslosigkeit, Vorruhestand und Altersrente anbelangt. Einige haben ein hohes Renteneintrittsalter bei einer hohen Quote an Erwerbsunfähigkeitsleistungen beibehalten, während andere stärker dem Vorruhestand zuneigen, sowohl mit als auch ohne medizinische Indikation. Diese arbeitsmarktpolitischen Entscheidungen finden auch ihren Niederschlag darin, welche unterschiedlichen Modelle und Vorstellungen von den Arbeitsmarktbedingungen in die Feststellung der Behinderung einfließen und in wie unterschiedlichem Maße sich Bildungsstand, Fertigkeiten und andere soziale Faktoren dabei auswirken.

Ist eine Feststellung der Behinderung auch ohne Arbeitsmarktmodell und ohne Berücksichtigung sozialer Faktoren möglich? Eine schädigungsbezogene Richtwerttabelle könnte die Grundlage einer solchen Feststellung sein. Es ist erstaunlich, dass der einzige in der kürzlich veröffentlichten Studie des Europarats geäußerte Vorschlag für ein standardisiertes Feststellungsinstrument in einer „Europäischen Richtwerttabelle" bestand. Die Arbeitsgruppe des Europarats hat diesen Feststellungsansatz nicht gebilligt. Sie war der Meinung, dass schädigungsbezogene Richtwerttabelle willkürlicher angewandt werden, als es den Anschein hat, und dass sie außerdem in konzeptioneller Hinsicht beschränkt sind, insbesondere wenn der Versuch unternommen wird, mit ihrer Hilfe die Schwere der Schädigung zu messen, ohne deren behindernde Folgen zu betrachten.

Ein fähigkeitsorientierter Ansatz, wie das britische Personal Capacity Assessment (PCA), abstrahiert von Arbeitsmarktfaktoren und anderen sozialen Faktoren. Wir würden jedoch

behaupten, dass auch dem PCA ein implizites Arbeitsmarktmodell innewohnt. Es ist das Modell eines sehr flexiblen Arbeitsmarktes, wo selbst jemand, der nur ein begrenztes Funktionsspektrum ausfüllen kann, irgendeinen Arbeitsplatz findet, auch wenn dieser möglicherweise mit geringer Bezahlung und/oder verkürzten Arbeitszeiten einhergeht. Dieses implizite Arbeitsmarktmodell orientiert sich eindeutig an der Arbeitsmarktpolitik und den Arbeitsmarktbedingungen im Vereinigten Königreich, und es wäre nicht unbedingt angebracht, diesen Ansatz auf ein Land mit anderen Arbeitsmarktstrukturen zu übertragen. Außerdem stützt sich das Modell auf andere verwandte Maßnahmen, vor allem dem Disabled Workers Tax Credit, die dafür gedacht sind, die niedrigen Einkommen behinderter Arbeitnehmer zu ergänzen.

Man kann durchaus behaupten, der soziale Ansatz bestätigt das Vorhandensein eines integralen Zusammenhangs zwischen der Bewertung der Erwerbsunfähigkeit und den Arbeitsmarktbedingungen. Der soziale Ansatz legt nahe, dass es nicht sinnvoll ist, den Begriff der Behinderung von seinem sozialen Kontext zu trennen. Dies lässt darauf schließen, dass es dort, wo die Erwerbsfähigkeit im Mittelpunkt steht, nicht angemessen ist, vom Arbeitsmarktkontext zu abstrahieren und ein „wesentliches“ Element der Erwerbsunfähigkeit zu ermitteln, dass länderübergreifend und jederzeit angewandt werden könnte, ohne dass eine Anpassung an die Arbeitsmarktbedingungen erforderlich wäre.

Zusammenfassung

In diesem Kapitel haben wir die Bedingungen untersucht, unter denen ein behinderter Mensch in Europa von einem Land in ein anderes umziehen kann und wie sich eine solche Wohnsitzverlagerung auf den Zugang zu den Leistungen auswirkt. Dieser Zugang kann durch einen Leistungsexport aus dem Heimatland oder durch die Ausübung des Rechts auf eine nicht diskriminierende Behandlung im Aufnahmeland erreicht werden.

Die Erweiterung des Aufenthaltsrechts und ein nicht diskriminierender Zugang zu den Maßnahmen im Aufnahmeland können die Freizügigkeit behinderter Menschen wahrscheinlich wirkungsvoller verbessern als ein verstärkter Leistungsexport. Behinderte Menschen mit exportfähigen Rechten sind eine ausgewählte Gruppe, sowohl in Bezug auf ihre berufliche Laufbahn (da exportfähige Leistungen versicherungsbezogen sind) als auch hinsichtlich ihrer nationalen Herkunft (da nur wenige Staaten gewisse exportfähige Leistungen haben, insbesondere wenn es um Maßnahmen zur Unterstützung bei grundlegenden Alltagshandlungen geht). Dennoch herrscht unter den nationalen Regierungen beträchtlicher Widerstand gegen den Vorschlag der Kommission für eine Richtlinie betreffend das Recht der Unionsbürger und ihrer Familienangehörigen, sich ungehindert auf dem Gebiet der Mitgliedstaaten zu bewegen und dort einen Wohnsitz zu nehmen. Diese Probleme könnten durch einen Mitteltransfer zwischen den Staaten gemildert werden, wie er derzeit bei der Koordinierung der Sachleistungen stattfindet. Jedoch ist es unwahrscheinlich, dass die Freizügigkeit behinderter Menschen ohne eine größere Konvergenz der wirtschaftlichen Bedingungen allgemein sowie der Sozialmaßnahmen im Besonderen zwischen den Mitgliedstaaten verwirklicht werden kann.

Kapitel 7 Die Entwicklung vergleichbarer Daten zur Behinderung

Die Schwierigkeiten, Verwaltungsdaten zur Behinderung länderübergreifend zu vergleichen, sind wohlbekannt. Unterschiedliche Sozialversicherungsmaßnahmen führen zu offensichtlichen Problemen. So unterliegen zum Beispiel einige Leistungen Beitragsvoraussetzungen, andere Bedürftigkeitsprüfungen. Einige Länder zahlen aufgrund einer Behinderung gewährte Leistungen auch an ältere Menschen, während andere diese Anspruchsberechtigten an die Rentenkasse verweisen. Es gibt große Unterschiede zwischen den für Beschäftigungsmaßnahmen verwendeten Definitionen, die beispielsweise schädigungsbezogen sein können oder sich auch auf die Beeinträchtigung im Alltag beziehen können. Außerdem haben wir in Kapitel 3 gezeigt, dass viele Länder einige behinderte Menschen in die umfassendere Kategorie der „Schwervermittelbaren" einordnen.

Der Vergleich von Daten zu den Erwerbsquoten

In unserer Analyse der bei Beschäftigungsmaßnahmen angewandten Definitionen der Behinderung stellten wir fest, dass die Zahl der als behindert klassifizierten Personen von den verfügbaren Maßnahmen sowie von den persönlichen und institutionellen Anreizen, die Klassifikationen zu verwenden, abhängt. Das hat u. a. zur Folge, dass man keine logischen Zusammenhänge zwischen den in den einzelnen Ländern verwendeten Definitionen herstellen kann, anhand derer wir sagen könnten, dass eine Maßnahme eine andere einschließe oder auf eine größere Zahl beschäftigungsfähiger Personen zutreffe als eine andere. Diese unüberwindlichen Probleme finden ihren Niederschlag in der Empfehlung der Europäischen Expertenkommission für Behindertenbeschäftigung, die EU sollte die Erwerbsquote behinderter Menschen eher anhand von Umfragedaten als von Verwaltungsdaten überwachen. Auch wenn die Umfragen selbst nicht unbedingt strikt zu vergleichen sind (Gudex und Lafortune, 2000), so konnte doch eine gemeinsame Definition der Aktivitätsbeeinträchtigung festgelegt werden: Personen, die angeben, ein langfristiges Gesundheitsproblem zu haben, das sie in ihrem täglichen Leben einschränkt, gelten als behindert. Es scheint weitgehend akzeptiert zu werden, dass dies für Beschäftigungsmaßnahmen eine angemessene Definition ist, doch die Tatsache, dass sie sich von den Definitionen unterscheidet, die von den für Beschäftigungsmaßnahmen zuständigen Behörden verwendet werden, bereitet gewisse Probleme, wenn man aus den Umfrageergebnissen politisch relevante Schlussfolgerungen ziehen will. So sind beispielsweise viele Kommentatoren der Meinung, dass Antidiskriminierungsmaßnahmen Menschen mit Schädigungen nutzen sollten, deren Beschäftigungsfähigkeit nicht beeinträchtigt ist: Dieser Nutzen, so er denn vorhanden ist, kann jedoch nicht dadurch festgestellt werden, dass man die Maßnahmen zur Förderung der Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen überwacht.

Ein anderer Punkt, der in der Erwerbsquotendebatte in den USA angesprochen wurde, betrifft die Tatsache, dass die Umfragedefinition der Behinderung viele Menschen einbeziehen würde, die gar keine Beschäftigung suchen. Man kann durchaus der Meinung sein, dass Menschen, die kein Beschäftigungsverhältnis anstreben, nicht mitgezählt werden sollten, wenn es darum geht, den Erfolg von Beschäftigungsmaßnahmen zu bewerten. Diese Frage wurde in einer neueren US-Studie thematisiert, die eine Kontroverse über den Erfolg oder Nichterfolg des Americans with Disabilities Act (ADA) beilegen soll (Burkhauser *et al.*, 2001). Burkhauser *et al.* legen empirisch nachgewiesen dar, dass der Anteil behinderter Menschen, die Teil der Erwerbsbevölkerung sind (beschäftigt, arbeitsuchend oder verfügbar) in den USA in der letzten Zeit im Verhältnis zum Gesamtanteil behinderter Menschen zurückgegangen ist. Unter jenen,

die der Erwerbsbevölkerung angehören, hat die Beschäftigung zugenommen, was einige Kommentatoren zu der Behauptung veranlasst, dass es seit Einführung des ADA eine Verbesserung der Erwerbsquoten behinderter Menschen in den USA gegeben habe. Burkhauser *et al.* stellen diese Schlussfolgerung in Frage, da sie von einem erheblichen Rückgang der Erwerbsbeteiligung insgesamt überlagert wird. Ihrer Meinung nach ist dieser Rückgang politisch relevant, da er darauf hindeutet, dass sich das soziale Umfeld auf eine für arbeitsuchende behinderte Menschen nachteilige Weise verändert hat. Sie gehen in der Tat auch davon aus, dass einige behinderte Menschen wirklich erwerbsunfähig sind oder es vorziehen, nicht zu arbeiten, doch meinen sie, dass es sich dabei um eine - im zeitlichen Verlauf betrachtet - stabile Gruppe handelt.

Dieses Argument impliziert, dass eine auf alle Menschen mit Behinderungen bezogene Erwerbsquote die geeignete Variable ist, und nicht die Erwerbsquoten und Arbeitslosenzahlen jener, die eigenen Angaben zufolge Teil der Erwerbsbevölkerung sind. Die Erwerbsquote selbst unterliegt tendenziell den Maßnahmen und Arbeitsmarktbedingungen in den Mitgliedstaaten. Die Gründe für eine Überwachung der Erwerbsquote der Gesamtzahl behinderter Menschen gleichen eher den Gründen für eine Überwachung der Erwerbsquote der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter insgesamt als jenen für eine Überwachung der Arbeitslosenzahlen, die leicht aus politischen Gründen manipuliert werden können. Eine Überwachung der Gesamterwerbsquoten ist in der EU inzwischen gang und gäbe.

Unserer Ansicht nach ist es angemessen, Umfrageergebnisse zur Überwachung von Beschäftigungsmaßnahmen zu verwenden, aber die Möglichkeit, dass die Umfragedefinition Gruppen umfasst, für die Beschäftigungsmaßnahmen nicht relevant sind (z. B. Menschen, die keine Arbeit suchen), und einige ausschließt, für die bestimmte Maßnahmen relevant sind (z. B. Begünstigte von Antidiskriminierungsmaßnahmen), darf nicht außer Acht gelassen werden. Des Weiteren ist die Relevanz der Umfragedefinition der Behinderung um so fragwürdiger, je mehr wir uns anderen Politikbereichen, wie der Sozialversicherung, zuwenden.

Der Vergleich von Daten zum Bezug von Sozialversicherungsleistungen

Die OECD-Daten deuten auf eine große Diskrepanz hin zwischen der Gruppe behinderter Menschen, deren Situation in Umfragen in Erfahrung gebracht wird, und der Gruppe, die bei Sozialversicherungsmaßnahmen ermittelt und angesprochen wird. Im Durchschnitt erhalten in den EU-Staaten, für die Daten vorliegen, ungefähr zwei Drittel derjenigen, die ein langfristiges Gesundheitsproblem angeben, das sie in ihrem täglichen Leben beeinträchtigt (die Umfragedefinition), keine einkommenssichernden Leistungen aufgrund von Behinderung (OECD, 2002, Tabelle 3.7). Außerdem gibt es eine kleine Gruppe von Personen, die gemäß Umfragedefinition nicht als behindert eingestuft sind, aber dennoch Leistungen wegen einer Behinderung erhalten. Vergleicht man die Umfragedefinition der Behinderung mit den in der Sozialversicherung verwendeten Definitionen der Behinderung, kann man zwei Gründe für diese Unterschiede ausmachen:

1. Bei Leistungen wegen Behinderung, die zur Einkommenssicherung oder als Einkommensbeihilfe gezahlt werden, wird im Allgemeinen nicht geprüft, ob jemand in seinen grundlegenden Alltagshandlungen beeinträchtigt ist. Statt dessen wird untersucht, ob der Betreffende bei der Verrichtung von Arbeitshandlungen beeinträchtigt ist, die manchmal recht allgemein beschrieben werden (z. B. bei der deutschen Erwerbsminderungsrente) oder sich spezifisch auf die Anforderungen des letzten Arbeitsplatzes desjenigen beziehen (z. B. bei der italienischen AOI) oder sich auf spezifische mögliche Arbeitsplätze beziehen, die entweder

abstrakt beschrieben werden (wie beispielsweise in der FIS-Datenbank in den Niederlanden) oder konkret ermittelt werden (z. B. durch den Schritt-für-Schritt-Prozess in Schweden). So kann jemand in seinen grundlegenden Alltagshandlungen beeinträchtigt, aber dennoch erwerbsfähig sein, möglicherweise mit Hilfe bestimmter Leistungen, Zuschüsse und Anpassungen. Gleichermaßen ist es möglich, dass jemand erwerbsunfähig ist, aber trotzdem seine grundlegenden Alltagshandlungen verrichten kann, insbesondere wenn es dabei um ein eingeschränktes Handlungsspektrum geht.

2. Viele Sozialversicherungs- und Sozialschutzleistungen werden eher aufgrund des Bedarfs gezahlt, der sich aus den Beeinträchtigungen im täglichen Leben ergibt, als aufgrund der Beeinträchtigungen selbst. Im Fall der Unterstützung bei grundlegenden Alltagshandlungen scheint es einen engen Zusammenhang zwischen Beeinträchtigungen und Bedarf zu geben: Wer nicht in der Lage ist, ohne Hilfe grundlegende Alltagshandlungen zu verrichten, hat Hilfebedarf. Jedoch gibt es in vielen Staaten keine Maßnahmen, bei denen die Anspruchsberechtigung auf diese Weise definiert ist (und Maßnahmen zur Unterstützung bei grundlegenden Alltagshandlungen sind nicht in jedem Fall in den OECD-Daten enthalten). Andere Bedürfnisse, wie der Bedarf an einer grundlegenden Einkommensbeihilfe, sind nicht zwangsläufig auf Beeinträchtigungen bei den Alltagshandlungen zurückzuführen. Außerdem ähneln einige der mit einer Behinderung verbundenen Bedürfnisse, wie bereits in Kapitel 3 erwähnt, Bedürfnissen, die andere Ursachen haben und die durch allgemeine Maßnahmen, wie die Sozialunterstützung, oder durch auf eine andere Gruppe zugeschnittene Maßnahmen, wie Vorruhestandsregelungen, befriedigt werden können.

Die Einschränkungen, was die politische Relevanz der Umfragedaten anbelangt, deuten darauf hin, dass es wünschenswert wäre, wenn die nationalen Verwaltungsdaten leichter verständlich und interpretierbar wären, auch wenn sie nie für einen direkten Vergleich geeignet sein werden. Diese Studie hat gezeigt, dass es notwendig ist, Informationen über die Struktur bestimmter Maßnahmen sowie einen Überblick über das Verhältnis der Maßnahmen zueinander zu bekommen, wenn man verstehen will, wie Behinderungsklassifikationen in den Mitgliedstaaten angewandt werden. Die Anhänge enthalten Informationen über Feststellungsmethoden, über Fragen der Grenzziehung und über Zusammenhänge zwischen den einzelnen Maßnahmen in einem standardisierten Rahmen. Im folgenden Abschnitt beschäftigen wir uns mit der Frage, wie diese Informationen den politischen Entscheidungsträgern auf europäischer Ebene zur Verfügung gestellt werden können, um einen Vergleich, eine Diskussion und einen Austausch bewährter Praktiken kontinuierlich zu ermöglichen.

Eine zukünftige Überwachung der Definitionen der Behinderung

Man könnte eine Berichterstattungsstruktur für Behindertenmaßnahmen festlegen, um sicherzustellen, dass mehr Informationen über die Definitionen der Behinderung verfügbar sind. Zurzeit gibt es eine Struktur für die jährliche Berichterstattung bei Sozialversicherungsleistungen, nämlich MISSOC, das Gegenseitige Informationssystem der sozialen Sicherheit in den Mitgliedstaaten der EU und des EWR (aufzurufen unter folgender Adresse: europa.eu.int/comm/employment_social/missoc2001/index_en.htm). MISSOC enthält Daten zur Behinderung in folgenden Bereichen:

Kapitel III: Krankheit - Geldleistungen
Kapitel V: Invalidität
Kapitel VIII: Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten

Kapitel XI: Mindestsicherung - 2. Besondere beitragsunabhängige Minima - II. Invalidität
Kapitel XII: Pflegebedürftigkeit

MISSOC liefert detaillierte Informationen über Beitragsvoraussetzungen, die Höhe der zahlbaren Leistungen, die Besteuerung von Geldleistungen, die Kumulation mit anderen Leistungen der sozialen Sicherheit usw. Die landesspezifischen Kapitel enthalten auch Informationen, die für dieses Projekt von Bedeutung sind:

Grundprinzipien: Erklärt wird, ob die Leistungen steuer- oder beitragsfinanziert sind, auf Bedürftigkeitsprüfung beruhen usw.
Anwendungsbereich: Angegeben ist, wer darunter fällt (Arbeitnehmer, Selbständige usw.);
Gedeckte Risiken: Es wird eine Definition gegeben, z. B. dass ein Arbeitnehmer infolge von Krankheit oder Gebrechlichkeit nicht mehr als ein Drittel des normalen Einkommens verdienen kann. Es werden Teilrenten genannt. Außerdem werden Altersgrenzen angegeben. Es werden jedoch keine Informationen über die Instrumente geliefert, mit denen bewertet wird, ob eine Person der Definition entspricht.

Die neuen Kapitel über Pflegebedürftigkeit sind ähnlich strukturiert. Einige nützliche grundlegende Informationen werden über das gedeckte Risiko gegeben, z. B. dass der Versicherte nicht in der Lage ist, die grundlegenden Alltagshandlungen zu verrichten. Es werden Altersgrenzen genannt, und unter der Überschrift „Anwendungsbereich" sind Koppelungen mit anderen Leistungen vermerkt (z. B. ob die Pflege nur den Beziehern einkommenssichernder Leistungen zur Verfügung steht), und die Daten geben an, ob das System Einwohner und/oder Beitragszahler erfasst.

MISSOC enthält daher einige der Informationen, die für eine Interpretation der Verwaltungsdaten benötigt werden, insbesondere über die versicherte Altersgruppe, die Frage der Teilbehinderung und ob Bedürftigkeitsprüfungen und Beitragsvoraussetzungen eine Rolle spielen. Es wird nur der Sozialschutz erfasst, so dass eine Reihe von Maßnahmen in Bezug auf die Beschäftigung behinderter Menschen nicht berücksichtigt sind. Leistungen für berufstätige behinderte Menschen stehen unter der Überschrift besondere beitragsunabhängige Minima, doch sind den Arbeitgebern gezahlte Zuschüsse nicht aufgeführt. Beschäftigungsförderungsmaßnahmen, Quotenregelungen und andere ordnungspolitische Maßnahmen sind ebenfalls nicht erfasst.

Obwohl MISSOC eine sehr umfassende Datenbank ist, ist sie dennoch nicht darauf ausgelegt, Wissenschaftlern das Verständnis dessen zu erleichtern, in welchem Verhältnis die einzelnen Maßnahmen zueinander stehen. Außerdem wird dort das logische Prinzip, das der Struktur bestimmter Maßnahmen zugrunde liegt, nur äußerst knapp geschildert. Solche Informationen erfordern einen beschreibenden Bericht über die Behindertenpolitik. Gegenwärtig erstellen die Mitgliedstaaten im Rahmen des offenen Koordinierungsverfahrens beschreibende Berichte über verschiedene Aspekte ihrer Sozialpolitik, insbesondere über Aspekte der Beschäftigungsförderung. Beschreibende Berichte über die Behindertenpolitik könnten wie folgt strukturiert sein und:

- die Maßnahmen herausstreichen, bei denen für die Definition einer Zielgruppe Gesundheitsindikatoren verwendet werden;
- das logische Prinzip erläutern, das den Definitionen der Behinderung zugrunde liegt, die für die Maßnahmen verwendet werden;

- andere Zuteilungsgrundsätze nennen und auf diese Weise
- die Rolle erklären, die der Definition der Behinderung bei der Ressourcenzuteilung zukommt.

Eine Analyse dieser Art könnte den Rahmen schaffen, innerhalb dessen Informationen über die Entwicklungen in den einzelnen Mitgliedstaaten gesammelt und systematisch mitgeteilt werden könnten. Die Berichte könnten auch dazu dienen, ein gemeinsames Verständnis der nationalen Strategien zu entwickeln und den Austausch bewährter Praktiken zu erleichtern.

Abschließend möchten wir feststellen, dass die Kommission das Prinzip der Einbindung behindertenpolitischer Fragen in andere Politikbereiche (Mainstreaming) unterstützt. Die Kommission hat dazu festgestellt, dass es angesichts der behindernden Folgen vielfältigster Umweltbedingungen wünschenswert ist, Behindertenfragen im Kontext eines breiten Spektrums an Maßnahmen zu erörtern, und nicht nur im Rahmen jener, deren spezifische Zielgruppe Menschen mit Behinderungen sind. Eine Überwachung des Mainstreaming stellt eindeutig eine besondere Herausforderung dar, da keine Definition der Behinderung verwendet wird. Der Erfolg allgemein eingebundener Maßnahmen könnte unter Verwendung von Umfragedaten überwacht werden, wobei jedoch die bereits erwähnte eingeschränkte politische Relevanz von Umfragedaten nicht außer Acht gelassen werden darf.

TEIL IV

SCHLUSSFOLGERUNG

Kapitel 8 Schlussfolgerung

Im Rahmen dieses Forschungsprojekts haben wir uns mit den Definitionen der Behinderung befasst, die bei Sozialversicherungs-, Beschäftigungs- und Antidiskriminierungsmaßnahmen zur Anwendung kommen. Es wurden systematisch Informationen über Definitionen zusammengetragen, einschließlich Informationen über Feststellungsmethoden, Behörden und Personal sowie über das jeweils unterschiedliche politische Verständnis, was Behinderung eigentlich bedeutet. Der Bericht umreißt einen Rahmen für die Interpretation der Definitionen, dessen Verwendung zur sozialpolitischen Debatte und Entwicklung beitragen kann. In Abschnitt 8.1 fassen wir zusammen, wie sich einige unserer Erkenntnisse auf das Verständnis auswirken, das wir in Bezug auf die Verwendung von Behinderungsklassifikationen durch die Mitgliedstaaten in der Sozialpolitik haben.

In unserem gesamten Bericht haben wir auf die Bedeutung der durch andere Faktoren bedingten Elemente der in der Sozialpolitik verwendeten Behinderungskategorien hingewiesen. Die Definitionen sind in dem Sinne bedingt, als dass sie nur in spezifischen Zusammenhängen angewandt werden, wo besondere persönliche, soziale und umweltbezogene Faktoren im Mittelpunkt stehen. Die Schwierigkeit liegt bei einem bedingten Ansatz darin, dass er Fragen darüber aufwirft, wie die Grenzen zwischen verschiedenen Quellen der Benachteiligung gezogen werden, und dass er auf das Problem hinweist, die besondere und unverwechselbare Art der Behinderung als ein Kriterium für die Ressourcenzuteilung in der Sozialpolitik zu ermitteln. Manchmal können die Merkmale der Begünstigten unterschiedlicher Maßnahmen nicht auf eindeutige Weise beschrieben werden, und es kann zu Überschneidungen bei den beabsichtigten Zielgruppen kommen oder sie können in Konkurrenz zu den Begünstigten anderer Maßnahmen treten. Die Zuordnung von Personen zu bestimmten Kategorien kann aus finanziellen oder politischen Gründen manipuliert werden, was die moralische Bedeutung einer Kategorie untergräbt. In Abschnitt 8.2 befassen wir uns mit der Frage, ob es möglich ist, eine sicherere Definition der Behinderung für die Sozialpolitik festzulegen, die weniger von diesen bedingten Faktoren beeinflusst wird.

In Abschnitt 8.3 diskutieren wir die Auswirkungen unserer Erkenntnisse auf die Behindertenpolitik. Wir meinen, dass es wichtig ist, zwischen dem sozialpolitischen Kategorisierungsprozess und der Formulierung von Gruppeninteressen in der Politik sowie der Bildung von Gruppen- und Einzelidentitäten zu unterscheiden. Wie bereits in Kapitel 1 angedeutet, hat die Bedeutung des sozialen Ansatzes für die Definitionen der Behinderung großenteils eher mit dem allgemeinen gesellschaftlichen Verständnis von Behinderung als mit den Kategorisierungsprozessen zu tun.

8.1 Behinderungskategorien in der Sozialpolitik

In Kapitel 3 haben wir uns näher damit beschäftigt, wie sich die institutionelle Integration bzw. Fragmentierung auf die Verwendung von Behinderungskategorien auswirkt. In sozialpolitischen Strukturen, in denen Maßnahmen für unterschiedliche sozialpolitische Kategorien (Arbeitslose, Behinderte, Rentner) integriert sind, werden Behinderungsklassifikationen flexibler gehandhabt als in fragmentierten Strukturen. In Kapitel 4 haben wir gezeigt, dass die Staaten, die weniger medizinische Ansätze für die Definition der Behinderung verwenden, auch zu integrierten institutionellen Strukturen tendieren. Es kann einen Kausalzusammenhang zwischen Integration und der Anwendung nicht medizinischer Ansätze geben, da die Behörde nicht gezwungen ist, medizinisch definierte Grenzen zu verteidigen. In Systemen mit fragmentierten Leistungsträgern

werden medizinische Grenzen eher verteidigt und spielen die Ärzte für gewöhnlich eine zentrale Rolle bei der Feststellung der Behinderung. Wie in Kapitel 4 beschrieben, können die Invaliditätsversicherungen in fragmentierten Systemen auch bei den Krankenversicherern liegen, was zu einer starken Betonung medizinischer Daten und zur Beibehaltung medizinisch definierter Grenzlinien beitragen kann.

Die Feststellung der Behinderung kann mehr oder weniger willkürlich ausfallen. Integrierte, zentralisierte Systeme sind in der Regel auf die Anwendung von Instrumenten und Regeln ausgerichtet, mit denen eine einheitliche Entscheidungsfindung erreicht werden soll. Medizinische Daten können in diese Instrumente einbezogen werden, soweit sie als objektiv und zuverlässig gelten. Ein Merkmal dieser Systeme besteht darin, dass die Definitionen der Behinderung zentralen politischen Veränderungen unterliegen können, wenn diese die Verwaltung von Arbeitslosengeld, (Vor-) Ruhestandsleistungen und aufgrund einer Behinderung gezahlten Leistungen betreffen. So können beispielsweise strengere Regeln für die Arbeitsuche und die Verfügbarkeit für den Arbeitsmarkt bei der Vergabe des Arbeitslosengeldes zu einer Zunahme der Anträge auf Behindertenleistungen führen, was wiederum Veränderungen bei der Gewährung von Behindertenleistungen zur Folge haben kann, die dann ihrerseits Aspekte der ursprünglichen Veränderungen in der Arbeitslosenpolitik widerspiegeln.

Wo die Leistungsträger fragmentiert sind, die Bewertungsinstrumente aber zentral geregelt werden, ist es weniger wahrscheinlich, dass die Definitionen der Behinderung von Veränderungen des sozialpolitischen Umfelds beeinflusst werden. Diese Systeme sind oft durch die Verwendung von Tabellen der Schädigungen und Richtwerttabellen gekennzeichnet. Wir würden erwarten, dass die Feststellungspraktiken bei diesen Systemen recht stabil sind. Doch gibt es Fragen hinsichtlich der politischen Relevanz der von diesen Systemen erzeugten Definitionen der Behinderung.

In allen Mitgliedstaaten werden in den verschiedenen Maßnahmenbereichen unterschiedliche Ansätze für die Feststellung der Behinderung angewandt. Der Ansatz „viel medizinische Beweise und wenig Ermessensspielraum“, der die Verwendung von Tabellen der Schädigungen oder Richtwerttabellen beinhaltet, ist bei den ordnungspolitischen Maßnahmen, einschließlich Quotenregelungen, stark vertreten. Weniger üblich ist er bei budgetorientierten sozialpolitischen Maßnahmen, doch wird er in einigen Staaten als ein Instrument der Mehr-Ebenen-Verwaltung verwendet, wo die Zentralregierung die Maßnahmen der lokalen oder regionalen Regierungen oder Versicherungsanstalten regelt. Ansätze mit großem Ermessensspielraum (sowohl medizinische als auch nicht medizinische) findet man häufiger in Maßnahmenbereichen, in denen die politische Kontrolle und die Finanzierungszuständigkeit auf derselben Verwaltungsebene angesiedelt sind. Den Ansatz „wenig medizinische Beweise und viel Ermessensspielraum“ gibt es am ehesten bei der Sozialunterstützung und den Maßnahmen der Arbeitsämter. In Kapitel 3 haben wir festgestellt, dass die Behördenmitarbeiter oft recht flexibel sind, wenn sie Menschen für Beschäftigungsmaßnahmen als „behindert“ einstufen. Liegen die Schwierigkeiten, einen Arbeitsplatz zu finden, sowohl an sozialen als auch an gesundheitlichen Beeinträchtigungen, sind allgemeine Maßnahmen unter Umständen angemessener als Sondermaßnahmen für Behinderte. Einige Staaten gestehen der Arbeitsvermittlung jedoch einen größeren Etat für Maßnahmen für Arbeitsuchende zu, die als behindert eingestuft sind. Des Weiteren können Zielvorgaben für die Vermittlung behinderter Menschen einen institutionellen Anreiz darstellen,

Menschen als behindert einzustufen, oder anders ausgedrückt, behinderte Menschen zu „schaffen“.

8.2 Sozialpolitische Definitionen und Kategorien

In Kapitel 3 haben wir gezeigt, dass man in den einzelnen sozialpolitischen Bereichen dem Zustand der Behinderung jeweils unterschiedliche Folgen zuschreibt. Im Bereich der Einkommenssicherung geht man allgemein davon aus, dass eine Behinderung eine geminderte Erwerbsfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit nach sich zieht. In der Beschäftigungspolitik wird die Auffassung vertreten, dass eine Behinderung verringerte Produktivität bedeutet, was entweder einen Nachteil bei der Arbeitsuche darstellt oder ein Faktor ist, der zur Diskriminierung bei der Aufnahme einer Beschäftigung oder beim Erhalt des Arbeitsplatzes führt. Was die Unterstützung bei grundlegenden Alltagshandlungen angeht, wird Behinderung mit zusätzlichen Lebenshaltungskosten und dem Bedarf an Pflege und Unterstützung assoziiert.

Einige dieser Vorstellungen, was Behinderung eigentlich bedeutet, weisen eine Nähe zu einem bestimmten Ansatz zur Feststellung der Behinderung auf. Das ist im Fall der Unterstützung bei grundlegenden Alltagshandlungen am augenscheinlichsten, wo die Vorstellung, dass eine Behinderung mit zusätzlichen Kosten und Bedürfnissen verbunden ist, damit übereinstimmt, dass die Fähigkeit des Betreffenden, Alltagshandlungen zu verrichten, bewertet wird. In anderen Bereichen kann es schwerer sein, eine *Relevanz* in dem Sinne zu erreichen, dass zwischen den bei einer bestimmten Maßnahme vorausgesetzten Folgen der Behinderung und der für die Anwendung dieser Maßnahme zugrunde gelegten Feststellungsmethode Übereinstimmung herrscht. Eine Methode zur Feststellung der Behinderung zu finden, die im Hinblick auf Diskriminierungen relevant ist, ist eindeutig ein problematisches Unterfangen, was wir bereits in Kapitel 5 diskutiert haben. Eine Möglichkeit besteht darin, eine umfassende Definition zu verwenden (die kaum eine Feststellung erforderlich macht) und sich auf Abhilfe bei diskriminierenden Situationen zu konzentrieren, wenn sie entstehen. Dieser Ansatz kann jedoch nicht angewandt werden, wenn eine kategoriale Definition benötigt wird, wie bei der Anwendung positiver Maßnahmen, beispielsweise von Quotenregelungen.

Die Diskussion in Kapitel 3 und 4 hat auch auf Probleme in Bezug auf die Relevanz einiger Feststellungsmethoden im Bereich der Einkommenssicherung und Beschäftigung hingewiesen. Man kann sagen, dass bei der Einkommenssicherung eine Feststellung, in deren Rahmen hauptsächlich die Fähigkeit begutachtet wird, die mit einer Erwerbstätigkeit verbundenen Aufgaben durchzuführen, für das Verständnis dessen relevant ist, welche Folgen eine Behinderung hat, doch haben wir gesehen, dass es eine Reihe von Schwierigkeiten bereitet, solche Feststellungen zu treffen. Es wird debattiert, welche Faktoren als relevant behandelt werden sollten, z. B. ob dem Alter bei der Feststellung eine solche Rolle zukommen sollte, wie es derzeit anscheinend üblich ist, und wie bei der Feststellung der Behinderung die mehrfachen und in Wechselwirkung stehenden Benachteiligungen aufgrund von Behinderung, Bildung und Arbeitsmarktaussichten berücksichtigt werden sollten.

Relevanz wäre anscheinend eine grundlegende, aber nicht die alleinige Voraussetzung für eine praktikable sozialpolitische Kategorie. Anhand der erwähnten Beispiele wird deutlich, dass relevante Feststellungen je nach Politikbereich unterschiedlich sind, so dass die Kategorien nicht bereichsübergreifend einheitlich sind. Ein Mensch, der im Hinblick auf eine Beschäftigungsmaßnahme als behindert gilt, wird für die Unterstützung bei grundlegenden Alltagshandlungen vielleicht gar nicht als behindert eingestuft werden. Das ist möglicherweise nicht „falsch“ in dem Sinne, dass der Betreffende Probleme haben kann, eine Arbeit zu finden, ohne gleichzeitig im täglichen Leben (ausreichend schwer) beeinträchtigt zu sein. Dennoch bereitet das Vorhandensein mehrerer paralleler Definitionen und Feststellungen echte Probleme. Eines besteht darin, dass der Betreffende zwischen den Behörden „hin- und

hergeschoben“ werden kann, wobei jede einzelne eine bestimmte Vorstellung von der Zielgruppe ihrer Programme hat. Ein klassisches „Verschiebeproblem“ entsteht, wenn jemand „zu sehr“ erwerbsfähig ist, um für einkommenssichernde Leistungen aufgrund einer Behinderung in Frage zu kommen, aber gleichzeitig zu behindert ist, als dass die Arbeitsvermittlung von seiner Verfügbarkeit für den Arbeitsmarkt ausgehen kann. Das kann bedeuten, dass derjenige kein Arbeitslosengeld bekommen kann und sich um allgemeine Sozialunterstützung bemühen muss.

Auf ein ähnliches Problem wurde von der OECD in ihrer jüngsten Analyse der Behindertenmaßnahmen (siehe Abschnitt 2.1) hingewiesen. In dieser Studie wird festgestellt, dass ein „einheitlicherer“ Maßnahmenmix erforderlich wäre, um Alternativen zur Einkommenssicherung zu fördern. Als eine der wichtigsten Ideen wurde vorgeschlagen, den Begriff „behindert“ nicht mit „erwerbsunfähig“ gleichzusetzen (OECD, 2002, Absatz 25). Mit dieser Empfehlung wird angestrebt, behinderte Menschen in die Lage zu versetzen, ungehinderter eine Arbeit aufzunehmen, indem sichergestellt wird, dass sie ihre „medizinische Anspruchsberechtigung“ auf einkommenssichernde Leistungen durch eine Erwerbstätigkeit nicht verlieren.

Allgemeiner gesagt, bedeutet Einheitlichkeit, dass es wünschenswert wäre, einen Behindertenstatus zu schaffen, der dem behinderten Menschen einen gewissen Handlungsspielraum einräumt. Dies kann in gewissem Umfang durch eine „Ausstellung von Ausweisen“ und durch die Koppelung von Anspruchsvoraussetzungen geschehen, doch wenn dies systematisch geschieht, gibt es potenzielle Konflikte zwischen Relevanz und Einheitlichkeit. Die Frage ist: Welche Feststellungsmethode könnte zur Schaffung eines einheitlichen Behindertenstatus verwendet werden und könnte ein solcher Status relevant sein?

Unsere Studie legt nahe, dass es drei mögliche Feststellungsmethoden gibt. Eine Möglichkeit (die implizit in der OECD-Studie befürwortet wird) ist eine Messung der Erwerbsfähigkeit, die davon unabhängig ist, ob der Betreffende arbeitet oder nicht. Diese Maßnahme allein würde über die Zahlung von Leistungen an Erwerbstätige und Nichterwerbstätige entscheiden. Zwei EU-Mitgliedstaaten (das Vereinigte Königreich und die Niederlande) haben abstrakte Bewertungen der Erwerbsfähigkeit entwickelt, aber keiner von ihnen hat die Probleme der Grenzziehung zwischen Behinderung und durch andere Benachteiligung bedingter Arbeitslosigkeit gelöst. Die Staaten selbst zeigen sich nicht sehr zuversichtlich, was ihre abstrakten Bewertungen anbelangt: Es ist immer noch die Regel, die Erwerbsfähigkeit erneut zu bewerten, wenn der Betreffende eine Arbeit aufnimmt (im Vereinigten Königreich) oder mehr verdient, als in der Feststellung vorausgesagt wurde (in den Niederlanden).

Die anderen beiden Methoden haben nichts mit Erwerbsunfähigkeit zu tun. Wenn die OECD sich dafür ausspricht, den Begriff „behindert“ nicht mit „erwerbsunfähig“ gleichzusetzen, können alle Mitgliedstaaten mindestens eine Behinderungskategorie in ihrer Sozialpolitik vorweisen, die diesem Vorschlag entspricht. Ganz offensichtlich wird bei den für die Quotenverwaltung benutzten Feststellungsmethoden Behinderung nicht mit Erwerbsunfähigkeit gleichgesetzt. Wie wir sehen konnten, versuchen Quotenfeststellungen oft ein wesentliches Element der Behinderung zu ermitteln, indem sie die Schädigung als Feststellungsgrundlage verwenden. Die Schädigung ist auch die Feststellungsgrundlage in den Staaten, die Behindertenausweise ausstellen, um den Zugang zu einer Reihe von Maßnahmen zu regeln, oder die ein einziges Feststellungsinstrument entwickelt haben, das auf alle Maßnahmen zur Anwendung kommt. Wie wir jedoch in Kapitel 3 gesehen haben, löst man trotz Schädigungsrubriken nicht das Problem der Relevanz, obwohl sie anscheinend den wesentlichen Bestandteil der Behinderung ermitteln. Der Spielraum für eine sinnvolle direkte Messung der Schädigung ist sehr begrenzt, mit dem Resultat, dass die Schwere der Schädigungen oft durch eine Betrachtung ihrer

behindernden Folgen beurteilt wird. Behindernde Folgen entstehen in spezifischen Zusammenhängen, so dass die Schädigungsbewertung nicht die Bedeutung hat, wie es den Anschein hat. Es kann die Schädigung eines Menschen an einem Arbeitsplatz als schwerer eingestuft werden als an einem anderen oder als geringer, wenn der Betreffende zu Hause ist, als wenn er arbeitet.

Der andere wichtige Bereich, in dem die Behinderung ohne Bezugnahme auf die Erwerbsfähigkeit definiert wird, sind Maßnahmen zur Unterstützung bei grundlegenden Alltagshandlungen; hier werden sowohl Erwerbstätigen als auch Nichterwerbstätigen Leistungen gezahlt (in einigen Ländern stehen Arbeitnehmern mehr Leistungen zur Verfügung). Die Feststellungsgrundlage bei diesen Maßnahmen ist die Fähigkeit des Betreffenden, Alltagshandlungen zu verrichten, die mehr oder weniger allgemein definiert sein können. Wie in Kapitel 7 erwähnt, werden bei den Umfragedefinitionen der Behinderung generell auch die Beeinträchtigungen im täglichen Leben berücksichtigt, die sich aufgrund des Gesundheitsproblems ergeben. Könnte eine solche Definition bei der sozialpolitischen Kategorisierung verwendet werden, um Einheitlichkeit zu erreichen, ohne dass die Relevanz für spezifische politische Belange verloren geht? Die Schwierigkeit bestünde darin, dass eine hohe Schwelle in Bezug auf die Beeinträchtigungen im täglichen Leben (wo nur die am stärksten beeinträchtigten Personen als behindert gelten würden) Menschen mit geminderter Erwerbsfähigkeit ausschließen würde, die auf Beschäftigungsmaßnahmen und/oder einkommenssichernde Leistungen Anspruch hätten, während eine niedrige Schwelle die Behinderungskategorie in der Sozialpolitik für viele neue Anwärter öffnen würde. Diese Möglichkeit lässt sich von einem Vergleich zwischen den Umfrage- und den Verwaltungsstatistiken zur Behinderung ableiten.

Eine radikale Interpretation dieser Feststellungen könnte lauten, dass die Verwendung von Behinderungskategorien in der Sozialpolitik grundsätzlich fragwürdig ist. Wenn die Kategorien auf relevante Weise definiert und bewertet werden, sind sie nicht einheitlich, während es den für eine einheitliche Definition in Frage kommenden Kategorien an Relevanz fehlt, zumindest im Hinblick auf einige der spezifischen sozialpolitischen Anliegen. Wie wir in Kapitel 1 festgestellt haben, geht eine mögliche Interpretation des sozialen Ansatzes dahin, dass besondere Behinderungskategorien abgeschafft werden sollten und Rechte und Ansprüche so allgemein wie möglich zu formulieren sind. Wir sind jedoch der Meinung, dass die gegenwärtige Diskussion nicht ausreicht, um diese Ansicht zu untermauern. Relevanz und Einheitlichkeit sind nicht die einzigen Prinzipien, die der Verwendung von Kategorien in der Sozialpolitik zugrunde liegen (Bolderson und Mabbett, 1991). Die Verwendung von Kategorien kann die Sozialpolitik in die Lage versetzen, aufdringlichere und problematischere Ansätze zur Abstimmung zwischen Ressourcen und Bedürfnissen zu vermeiden, wie beispielsweise die Bedürftigkeitsprüfung. Die Kategorisierung kann Teil des Prozesses sein, die Anspruchsberechtigung besonderer Gruppen zu verteidigen. Zwar gibt es eine Menge Fragen und Probleme hinsichtlich des in der Sozialpolitik herrschenden Verständnisses von Behinderung, doch hat die Verwendung von Behinderungskategorien einige Vorteile mit sich gebracht, die die meisten um der Theorie willen nicht aufgeben möchten.

8.3 Kategorien, Identitäten und Konstrukte

Jenkins (2000) zufolge können wir zwischen sozialen Kategorien und Gruppenidentitäten unterscheiden. Eine Kategorie wird von anderen definiert und anerkannt; die Identifizierung mit einer Gruppe erfolgt durch Selbsterkenntnis und durch die gegenseitige Anerkennung der Gruppenmitglieder. Eine soziale Kategorisierung kann sich auf die Gruppenidentifizierung auswirken, da soziale Kategorien die Art und Weise beeinflussen, wie Menschen in der Gesellschaft behandelt werden, beispielsweise von den Sozialbehörden. Das Verhältnis

zwischen Kategorisierung und Identifizierung ist nicht einfach, jedoch können sich Gruppen den sie betreffenden Kategorien widersetzen und sie umstoßen.

Außerdem sollten wir die Auswirkungen sozialer Kategorien auf die Gruppenidentitäten nicht überschätzen. Wie Jenkins meint, ist es möglich, zu einer sozialen Kategorie zu gehören, ohne sich über deren Existenz oder über die eigene Zugehörigkeit zu dieser Kategorie im Klaren zu sein (2000, S. 13). Er führt dazu Volkszählungskategorien als Beispiel an, die von Sozialwissenschaftlern entwickelt und auf die „Rohantworten" der Befragten angewandt werden. Wie in Kapitel 6 näher beschrieben, werden die Umfragedefinitionen der Behinderung *a posteriori* aufgrund der Antworten zu den Fragen nach gesundheitlichen Problemen und Beeinträchtigungen im täglichen Leben festgelegt. Die Befragten wissen wahrscheinlich nicht, dass ihre Antworten dazu verwendet werden, sie als „behindert" einzustufen. Manchmal sollen Umfragedefinitionen der Behinderung auf „Selbstdefinition" basieren, doch ist dies irreführend: Sie basieren auf den von den Betreffenden selbst geschilderten Beeinträchtigungen im täglichen Leben, nicht auf einer selbst definierten Behinderung.

Die Umstände, unter denen Menschen sich selbst als behindert definieren, sind bisher kaum untersucht worden. Wir nehmen an, dass Menschen, auch wenn sie sich oft ihrer sozialpolitischen Einstufung in Kategorien bewusst sind (ihr Status als Leistungsbezieher usw.), diese Kategorien nicht zwangsläufig auch als Identität annehmen. Ein Indiz für diese Trennung zwischen Kategorien und Identitäten ist terminologischer Art: Die für Kategorien verwendeten Begriffe werden häufig als Begriffe für Identitäten genau aus dem Grund abgelehnt, dass ihre Bedeutung von anderen, nicht von der Gruppe selbst festgelegt wurde.

Eine kleine (noch nicht veröffentlichte) Studie von Watson befasst sich direkt mit der Frage der Selbstidentifizierung als behinderter Mensch. Die meisten Mitglieder seiner aus Menschen mit Schädigungen ausgewählten Stichprobe zeigten erheblichen Widerstand, die Identität als „behinderter Mensch" zu akzeptieren. Die meisten Befragten bemühten sich, soziale Identitäten zu benennen, die nicht von ihren Schädigungen bestimmt wird: Identitäten als Familienmitglieder oder Mitglieder eines Freundeskreises, als produktive und geschickte Personen, als Menschen, die weitgehend ein „normales" Leben führen. Ob man nun der Ansicht ist, das zeuge eigentlich von der geringen Bedeutung, die sie ihrer Schädigung beimessen, oder ob man es als eine Form „falschen Bewusstseins" aufgrund des mit Behinderungen verbundenen Stigmas betrachtet - der zentrale Punkt ist, dass die Menschen in der Lage sein sollten, eine eigene Identität zu entwickeln und zu wählen, und dass ihnen nicht eine Identität auf der Grundlage einiger ihnen zugeschriebener Merkmale aufgezwungen wird.

Die politisch Aktiven unter den von Watson Befragten lehnten ebenfalls eine auf Schädigungen basierende Identität ab, doch identifizierten sie sich mit anderen behinderten Menschen, wenn sie die von ihnen erlebten Schikanen schilderten. Das lässt vermuten, dass die politische Mobilisierung einer Gruppe mit gemeinsamen Erfahrungen nicht auf der Definition einer festen und gemeinsamen Identität beruhen muss. Man könnte der Meinung sein, dass die politische Mobilisierung neben den Prozessen der Identifizierung und sozialpolitischen Kategorisierung einen dritten Prozess umfasst. Schneider und Ingram (1993) zufolge könnten wir diesen Prozess als Bildung „sozialer Konstrukte" bezeichnen. Soziale Konstrukte sind ihrer Analyse nach „Stereotypen besonderer Personengruppen, die von der Politik, Kultur, Sozialisation, Geschichte, den Medien, von der Literatur, Religion usw. geschaffen wurden" (1993, S. 335). Sie behaupten, dass soziale Konstrukte einen starken Einfluss auf die Formulierung der öffentlichen Politik ausüben.

In Jenkins' Rahmen ist die Bildung sozialer Konstrukte ein Kategorisierungsprozess, doch ist es

für unsere Zwecke hilfreich, auf die Unterschiede zwischen sozialen Konstrukten und sozialpolitischen Kategorien hinzuweisen. Konstrukte charakterisieren eine Personengruppe, ohne dass man sich der Mühe unterziehen muss festzustellen, wer genau zu der beschriebenen Gruppe gehört. In der Tat sind einige der Schwierigkeiten, Menschen zu finden, die sozialen Konstrukten entsprechen, typisch für ihren stereotypen Charakter. Oft beruhen sie auf Anekdoten und selektiven Analysen. Es gibt eindeutige Verbindungen zwischen sozialen Konstrukten und sozialpolitischen Kategorien: Zum Beispiel können Regeln für die Definition von Kategorien Ausdruck bestimmter Bedenken dahingehend sein, dass negative Konstrukte wie „Schnorrer" nicht ausgeschlossen oder positive Konstrukte wie „Bedürftige" nicht einbezogen werden könnten, doch sind diese Verbindungen oft wegen des Stammtischcharakters sozialer Konstrukte problematisch. Die Bürokratie, die die Kategorien anwendet, kann von diesen populistischen Ansichten beeinflusst sein, sich gleichermaßen aber der Unstimmigkeiten zwischen den Konstrukten und den tatsächlichen Umständen der Menschen bewusst sein.

Es ist offensichtlich, dass es bei der Debatte über die Definition der Behinderung zum großen Teil um das soziale Konstrukt „Behinderung" geht. Es geht darum, wie das Bild entsteht, das die Öffentlichkeit von Behinderung hat. Diese Frage ist für die Entwicklung der Behindertenpolitik von großer Bedeutung. Anhand der in der Analyse von Schneider und Ingram vorgeschlagenen Begriffe können wir sehen, wie Fürsprecher behinderter Menschen unterschiedliche soziale Konstrukte der Behinderung zur Diskussion gestellt haben, wobei sie versuchen, das öffentliche Image behinderter Menschen als Bedürftige, aber Abhängige abzuschütteln, und wie sie die Entwicklung neuer Maßnahmenarten gefördert haben, denen eine andere Logik zugrunde liegt als den traditionellen Wohlfahrtsmaßnahmen. Allerdings hat diese Studie auch gezeigt, dass sich Neuerungen des sozialen Konstrukts Behinderung nicht so ohne Weiteres in eine Veränderung der sozialpolitischen Kategorisierungsprozesse umsetzen lassen.

PROJEKTTEAM

Helen Bolderson: Projektkoordinatorin

Deborah Mabbett: Projektleiterin

Bjorn Hvinden: Projektberater

Nationale Berichterstatter aus 14 EU-Mitgliedstaaten und Norwegen

Edoardo Ales (Italien)
Steen Bengtsson (Dänemark)
Heike Boeltzig (Deutschland)
Serge Ebersold (Frankreich)
Yvonne Giedenbacher (Österreich)
Stefanos Grammenos (Griechenland)
Marianne Hedlund (Norwegen)
Rafael Lindqvist (Schweden)
Simo Mannila (Finnland)
Maria Pilar Mourão-Ferreira (Portugal)
Bernadette O'Gorman (Irland)
Wim van Oorschot (Niederlande)
Doria Pilling (UK)
Erik Samoy (Belgien)
Charlotte Strümpel (Österreich)
Miguel Angel Verdugo (Spanien)

In der von der Europäischen Kommission für dieses Projekt einberufenen Beratungsgruppe waren vertreten: Jerome Bickenbach, Fiona Campbell, Rienk Prins, Gerard Quinn, Stefan Tromel, John Wall und Peter Wright.

Dieser Bericht wurde von Deborah Mabbett verfasst. Dem Projektteam danken wir für seine Beiträge. Weiterer Dank gebührt den Kommissionsvertretern und der Beratungsgruppe, die auf positive Weise zu dem Projekt beigetragen haben.

Literatur

Baker, A. (2002) „Access versus Process in Employment Discrimination: Why ADR [Alternative Dispute Resolution] Suits the US but not the UK" *Industrial Law Journal*, Bd. 31 Nr. 2 S. 113-134.

Bengtsson S. (Hrsg.) (1995) *Employment of persons with disabilities,* Copenhagen Conference, 6.-7. Mai 1994, Social Forsknings Instituttet, Kopenhagen

Bickenbach, J., S. Chatterji, E. M. Badley und T. B. Üstün (1999) „Models of Disablement, Universalism and the International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps" *Social Science and Medicine*, Bd. 48(9) S. 1173-1187

Blaxter, M. (1976) *The Meaning of Disability*, Heinemann Educational Books, London.

Bolderson, H. und D. Mabbett (1991) *Social Policy and Social Security in Australia, Britain and the USA*, Avebury, Aldershot.

Bolderson, H. und D. Mabbett (2001) „Non-Discriminating Social Policy? Policy scenarios for meeting needs without categorisation", in J. Clasen (Hrsg.) *What Future for Social Policy?* Kluwer Law International.

Burkhauser, R., A. Houtenville und D. Wittenburg (2001) „A User Guide to Current Statistics on the Employment of People with Disabilities", Der Konferenz zum Thema *The Persistence of Low Employment Rates of People with Disabilities – Causes and Policy Implications* vorgelegtes Papier Oktober 18.-19. 2001, Washington D.C.

Europarat (2000) *Legislation to Counter Discrimination Against Persons with Disabilities*, Von der Arbeitsgruppe Legislation against Discrimination of Persons with disabilities (P-RR-LAD) erstellter Bericht, Council of Europe Publishing, Straßburg.

Europarat (2002) *Assessing Disability in Europe: Similarities and Differences* Von der Arbeitsgruppe zur Bewertung personenbezogener Kriterien für Zuschüsse und persönliche Unterstützung für Menschen mit Behinderungen erstellter Bericht (Teilvereinbarung) (P-RR-ECA), Council of Europe Publishing, Straßburg.

Daniels, N. (1991) „A Lifetime Approach to Healthcare" in N. Jecker, Hrsg., *Ageism and Ethics*, Humana Press, Totowa, New Jersey.

Grammenos, S. (1995) *Disabled Persons Statistical Data 1993 2nd edition*, DG V, Kommission der EG und das Statistische Amt der EG, Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften.

Gudex, C. und G. Lafortune (2000) *An Inventory of Health and Disability-Related Surveys in OECD Countries*, Labour Market and Social Policy Occasional Papers Nr. 44, OECD, Paris.

ICF Checklist (2001) ICF Checklist, Version 2.1a, Clinician Form.
(http://www.who.int/classification/icf)

James, P. (2000) Research and Reports (Review Article), *Industrial Law Journal*, Bd. 29, Nr. 1, S. 85-87.

Jenkins, R. (2000) „Categorization: Identity, Social Process and Epistemology", *Current Sociology*, Bd. 48(3) S. 7-25.

McCrudden, C. (n.d.) „Theorizing European Equality Law", mimeo, Oxford University, UK

Mashaw, J. und V. Reno (Hrsg.) (1996) *Balancing Security and Opportunity: The Challenge of Disability Income Policy*, Abschlussbericht des Disability Policy Panel, National Academy of Social Insurance, Washington D.C. (Zitate sind dem unter www.nasi.org veröffentlichtem Auszug entnommen)

Matheson L. N., E. A. Gaudino, F. Mael und B. W. Hesse (2000) „Improving the validity of the impairment evaluation process: a proposed theoretical framework", *Journal of Occupational Rehabilitation*, Bd. 10 Nr. 4 S. 311-320.

Meager, N., B. Doyle, C. Evans, B. Kersley, M. Williams, S. O'Regan und N.-D. Tackey (1999) *Monitoring the Disability Discrimination Act (DDA)1995*, Department for Education and Employment, Nottingham.

Murray, C. J. L. und A. D. Lopez (1994) „Quantifying disability: Data, methods and results" in C. J. L. Murray und A. D. Lopez (Hrsg.) *Global Comparative Assessments in the Health Sector: Disease Burden, Expenditures and Intervention Packages*, WHO, Rom.

OECD (2000) *Data requirements for the project on policies to support and integrate the working age disabled*, DEELSA/ELSA/WP1/DIS(2000)4, OECD, Paris

OECD (2002) *Transforming Disability into Ability: Policies to Promote Work and Income Security for Disabled People*, OECD, Paris.

Prins, R., T. J. Veerman und S. Andriessen (1992) *Work Incapacity in a Cross-National Perspective: A pilot study on arrangements and data in six countries*, Netherlands Institute for the Working Environment (NIA)/Ministry of Social Affairs and Employment (SZW), Den Haag.

Rasmussen, N., C. Gudex und S. Christensen (1999) *Survey Data on Disability: Final Project Report*, Eurostat Working Papers, Bevölkerung und soziale Bedingungen, 3/1999/E/Nr. 20.

Schneider, Anne L. und Helen Ingram (1993) „Social Construction of Target Populations: implications for politics and policy", *American Political Science Review* Bd. 87(2), S. 334-347.

Schneider, M. (2001) „Participation and Environment in the ICF and measurement of disability" *International Seminar on the Measurement of Disability* Vereinte Nationen, 2001. (http://www.un.org/Depts/unsd/disability/methods/ac.81-4-3.pdf)

Thornton, P., R. Sainsbury und H. Barnes (1997) Helping Disabled People to Work: A Cross-National Study of Social Security and Employment Provisions Social Security Advisory Committee Research Paper 8, The Stationery Office, London.

van Ewijk, H. und T. Kelder (1999) *Who Cares? An Overview of the Dutch Systems of Health*

Care and Welfare, Netherlands Institute of Care and Welfare (NIZW).

van Elk, K., M. van Lin, R. Prins und W. Zwinkels (2000) The employment status of disabled persons in the EU: Research plan for the first annual study by the European Expert Group, EIM Zoetermeer.

Waddington, L. und M. Diller (2000) „Tensions and Coherence in Disability Policy: The Uneasy Relationship Between Social Welfare and Civil Rights Models of Disability in American, European and International Employment Law" *From Principles to Practice*, DREDF Symposium on International Disability Law and Policy. (http://www.dredf.org/symposium/waddington.html (accessed June 2002))

Watson, N. (noch nicht erschienen) „Well, I know this is going to sound very strange to you, but I don't see myself as a disabled person: Disability and Identity" demnächst in *Disability and Society.*

Zola, I. F. (1989) „Towards the Necessary Universalizing of a Disability Policy" *The Milbank Quarterly* Bd. 67.

ANHÄNGE

Anhang 1 Die Bewertung der Invalidität bzw. Erwerbsunfähigkeit

Renten und andere Leistungen für Personen, die aufgrund von „Erwerbsunfähigkeit“ oder „Invalidität“ als nicht arbeitsfähig betrachtet werden, sind einer der größten Maßnahmenbereiche zugunsten von behinderten Menschen in den EU-Mitgliedstaaten, sowohl hinsichtlich der Zahl der Begünstigten als auch hinsichtlich des Ausgabenvolumens. In allen Mitgliedstaaten gibt es für in diese Kategorie eingestufte Personen zumindest eine Maßnahme zur Einkommenssicherung oder als Einkommensersatz. In der folgenden Zusammenfassung wollen wir diese Maßnahmen ganz kurz beschreiben (und zwar unter der Überschrift Maßnahmen), um den Kontext darzustellen, innerhalb dessen die Entscheidung über die Erwerbsunfähigkeit getroffen wird. Dazu können beitragsfinanzierte Renten, nicht beitragsfinanzierte und/oder auf Bedürftigkeitsprüfung basierende Leistungen gehören. In einigen Ländern wird für diese unterschiedlichen Maßnahmen eine einheitliche Definition der Erwerbsunfähigkeit verwendet, in anderen Ländern nicht. Im Rahmen von Sozialunterstützungsmaßnahmen wird teilweise eine Definition der Behinderung verwendet, die sich mehr auf den Pflege- und Mobilitätsbedarf als auf die Erwerbs-/Arbeitsfähigkeit bezieht, doch haben wir solche Definitionen hier nicht berücksichtigt. In diesem Zusammenfassung nicht erfasst sind ferner für Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten gedachte Regelungen.

Die länderspezifischen Zusammenfassungen sind so gegliedert, dass die Definition der Behinderung auf dreierlei Weise beschrieben wird: als die in dem Gesetz über die jeweilige Maßnahme verwendete Definition, als der Prozess zur Gewährung von Zugang zum Leistungssystem und in Bezug auf die verwendeten Bewertungsprotokolle. Folgende Überschriften dienen der Strukturierung unserer Analyse:

Maßnahmen
Zu treffende Entscheidung
Erlangen des Erwerbsunfähigkeitsstatus; die Pflichten des Arbeitgebers;
Rehabilitation
Bewertung

- Diagnose
- Schädigung
- Standardisierte Beschreibungen der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten
- Standardisierte Beschreibungen des Arbeitslebens
- Standardisierte Beschreibungen des Alltagslebens
- Für den Betreffenden spezifische berufliche Fähigkeiten oder Anforderungen
- Für den Betreffenden spezifische persönliche und soziale Umstände

Daran schließen sich Hintergrundinformationen über zwei wichtige Bereiche an:

Institutionelle Strukturen und Personal
Durchlässigkeit von Grenzen: Alter, soziale Benachteiligung.

Unter der letztgenannten Überschrift finden Sie kurze Informationen über die Zusammenhänge zwischen dem System der Invaliditätsrenten und dem Altersrentensystem sowie gegebenenfalls anderen Leistungen. Meinungsverschiedenheiten und Fragen zur Grenzziehung, die in den

nationalen Berichten angesprochen wurden, werden hier ebenfalls erwähnt.

Dieser Anhang enthält eine Anlage zu den Standardklassifikationen medizinischer Diagnosen und Schädigungen (S. 68) sowie Literaturhinweise (S. 69). Alle Informationen beziehen sich auf das Jahr 2001, als die nationalen Berichte geschrieben wurden. Falls zutreffend, wurden Änderungen bis zum 1. Januar 2002 berücksichtigt.

ÖSTERREICH

Maßnahmen

Die wichtigsten Maßnahmen zugunsten von Erwerbspersonen, die eine Behinderung erleiden, sind die Berufsunfähigkeits-, die Invaliditäts- und die Erwerbsunfähigkeitspension. Es sind dies beitragsfinanzierte Leistungen. Wer keine Beiträge entrichtet hat, ist auf die allgemeine Sozialhilfe angewiesen, um seinen Einnahmenbedarf zu decken.

Die Bestimmungen über Berufsunfähigkeit kommen auf Angestellte zur Anwendung; die zugehörigen Maßnahmen werden von der Pensionsversicherung für Angestellte (PVAng) verwaltet. Wenn wir uns weiter unten eingehender mit diesem Thema befassen, geht es um eben diese Versicherungsanstalt. Die Bestimmungen über Invalidität gelten für Arbeiter, und für die Durchführung der Maßnahmen ist die Pensionsversicherung für Arbeiter zuständig. Die Definition der Behinderung ist in beiden Fällen ähnlich und im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG) niedergelegt.

Die Bestimmungen über Erwerbsunfähigkeit sind im Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz (GSVG) und im Bauern-Sozialversicherungsgesetz (BSVG) enthalten und gelten für Firmeninhaber bzw. Landwirte.

Zu treffende Entscheidung

Berufsunfähigkeit: Ein Angestellter, der (in den letzten fünfzehn Jahren) vorwiegend (mehr als die Hälfte der Zeit) in dem Beruf gearbeitet hat, für den er ausgebildet wurde oder für den er sich qualifiziert hat, gilt als berufsunfähig, wenn seine Erwerbsfähigkeit aufgrund seines körperlichen oder geistigen Zustands auf weniger als 50 % der Erwerbsfähigkeit eines gesunden Menschen mit ähnlicher Ausbildung und Berufserfahrung gesunken ist. Diese Bezugnahme auf eine vergleichbare Arbeit nennt man Berufsschutz.

Ein Arbeitnehmer, der vorwiegend in anderen Berufen gearbeitet hat als in dem Beruf, für den er ausgebildet wurde oder für den er sich qualifiziert hat, gilt als berufsunfähig, wenn er aufgrund seines körperlichen oder geistigen Zustands nicht mehr in der Lage ist, mit einer beliebigen beruflichen Tätigkeit mindestens die Hälfte dessen zu verdienen, was ein gesunder Mensch mit dieser Tätigkeit verdienen würde. Statt auf die Erwerbsfähigkeit an einem vergleichbaren Arbeitsplatz, wird auf ein potenzielles Einkommen Bezug genommen. Diese Bezugnahme nennt man Einkommensschutz.

Invalidität: Die Definitionen entsprechen jenen, die der Berufsunfähigkeit zugrunde liegen, gelten jedoch für Arbeiter. Daher gilt ein Lohnarbeiter, der (in den letzten fünfzehn Jahren) vorwiegend (mehr als die Hälfte der Zeit) in dem Beruf gearbeitet hat, für den er ausgebildet wurde oder für den er sich qualifiziert hat, gemäß der auf Angestellte zutreffenden Definition (siehe den ersten Teil der vorstehenden Definition) als invalide. Ein Arbeiter, der in anderen/ungelernten Berufen gearbeitet hat, fällt unter die Definition im zweiten Absatz oben.

Es gibt mehrere Bestimmungen, die einen Vorruhestand zulassen. Vorruhestandsleistungen aufgrund von Invalidität heißen vorzeitige Alterspension wegen geminderter Arbeitsfähigkeit. Frauen ab 55 Jahren und Männer ab 57 Jahren haben Anspruch auf diese Pension, wenn eine geminderte Arbeitsfähigkeit vorliegt, und zwar Angestellte und Arbeiter gleichermaßen, falls sie aufgrund ihres körperlichen oder geistigen Zustands nicht mehr in der Lage sind, die Hälfte dessen zu verdienen, was ein versicherter gesunder Mensch mit der gleichen Tätigkeit regulär verdienen würde, vorausgesetzt, diese Tätigkeit wurde während der letzten fünfzehn Jahre mehr als die Hälfte der Zeit ausgeübt und die geminderte Arbeitsfähigkeit besteht bereits seit mindestens 20 Wochen. In der Praxis unterscheidet sich diese Maßnahme von den anderen dadurch, dass bei den weiter oben genannten eine Änderung des Beschäftigungsverhältnisses verlangt werden kann: von älteren Arbeitnehmern wird diesbezüglich keine Flexibilität erwartet.

Es gibt keine anteiligen Pensionen.

Erlangen des Erwerbsunfähigkeitsstatus; die Pflichten des Arbeitgebers; Rehabilitation

Krankengeld wird für einen Zeitraum von bis zu 26 Wochen gezahlt, wobei diese Frist unter bestimmten Bedingungen (je nach Beitragsverlauf) verlängerbar ist. Ein Antrag auf Gewährung des Behindertenstatus kann jederzeit während der Krankschreibung gestellt werden. Renten aufgrund von Behinderung werden eingangs normalerweise für zwei Jahre bewilligt, doch werden auch unbefristete Renten gezahlt.

Der Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“ ist in Österreich seit 1996 gesetzlich verankert. In der Praxis heißt das, dass ein Teil des Haushalts der Versicherungsanstalt für den Unterhalt von Rehabilitationseinrichtungen und für die Bestreitung von Rehabilitationsausgaben verwendet werden kann, obwohl es keine Zielvorgaben oder festen Prozentsätze dahingehend gibt, welcher Betrag für die Rehabilitation aufgewendet werden soll. Ständig nehmen ungefähr 5 % der PVAng-Klientel an Rehabilitationsmaßnahmen teil.

Bewertung

- Diagnose

- Schädigung

Im Allgemeinen wird großer Wert auf eine umfassende Beschreibung des medizinischen Zustands einer Person gelegt. Die Berichte können bei einem Facharzt (der entweder bei der Versicherung angestellt ist oder von externen Ärzten auf Einzelfallbasis) in Auftrag gegeben werden. Es können zusätzliche stationäre Untersuchungen durchgeführt werden, normalerweise in Reha-Kliniken oder in Krankenhäusern der Versicherung.

Es gibt allerdings Fälle, in denen ein Anspruch nur auf der Grundlage des Antrags der betreffenden Person und der ärztlichen Unterlagen anerkannt wird. Diese Möglichkeit ist jedoch Schwerstkranken, insbesondere im Endstadium, vorbehalten.

- Standardisierte Beschreibungen des Arbeitslebens

Im Leistungskalkül beantwortet der Arzt eine Reihe von Fragen dahingehend, welche allgemeinen Arbeitsbedingungen dem Betreffenden zuzumuten sind, ohne dass dabei das Alter oder die Berufserfahrung berücksichtigt wird. Zu solchen allgemeinen Arbeits-bedingungen gehören beispielsweise Arbeits- und Schichtregelungen, Umweltfaktoren usw.

- Für den Betreffenden spezifische berufliche Fähigkeiten oder Anforderungen

Der Antragsteller muss den in den letzten 15 Jahren vorwiegend ausgeübten Beruf auf dem Antragsformular zu Zwecken des Berufsschutzes genau beschreiben.

Die Frage, wie die Erwerbsfähigkeit eines Menschen durch seinen Zustand beeinträchtigt wird, ist nicht Gegenstand der fachärztlichen Berichte; es obliegt dem Arzt, der das allgemeine medizinische Gutachten erstellt, zur Fähigkeit des Betreffenden, seinen Beruf auszuüben, Stellung zu nehmen.

Institutionelle Strukturen und Personal

Die Bewertung kann detaillierte medizinische Untersuchungen umfassen. Es können Diagnosen überprüft werden, was die Integration von Gesundheitsversorgung und Geldleistungen widerspiegelt.

Mehr als die Hälfte der bei der PVAng gestellten Anträge auf Berufsunfähigkeitspension wird abgelehnt. Der Widerspruchsprozess ist Ausdruck der sozialpartnerschaftlichen Grundlage der Sozialversicherung: mit Laienrichtern, die die Arbeitgeber und Gewerkschaften vertreten und die mit den Berufsrichtern an einem Tisch sitzen. Ungefähr die Hälfte derer, deren Anträge angelehnt wurden, legt Widerspruch ein, doch wiederum nur ein Viertel von ihnen ist erfolgreich, insofern als ihrem Widerspruch stattgegeben oder eine Einigung erzielt wird.

Durchlässigkeit von Grenzen: Alter, soziale Benachteiligung.

Invaliditätsrenten sind den Altersrenten angeglichen und werden nicht weiter gezahlt, wenn der Bezieher das Rentenalter erreicht hat. Neben den Bestimmungen über einen Vorruhestand aufgrund von Invalidität gibt es andere Bestimmungen, die einen Vorruhestand für ältere Arbeitslose und für Arbeitnehmer vorsehen, die die notwendigen Beitragsjahre zusammen haben. Diese Bestimmungen gelten für Frauen ab 55 Jahren und für Männer ab 60 Jahren, obwohl diese Altersgrenzen allmählich angehoben werden.

Der nationale Bericht lässt darauf schließen, dass das österreichische System durch eine strikte ärztliche Kontrolle gekennzeichnet ist, obwohl bei älteren Arbeitnehmern auch soziale Faktoren berücksichtigt werden.

BELGIEN

Maßnahmen

Die beiden wichtigsten Maßnahmen zur Einkommenssicherung von Menschen, die aufgrund einer Verletzung oder Krankheit nicht arbeiten können, sind in Belgien die versicherungsbezogene Invaliditätsrente (indemnité d'invalidité/invaliditeitsuitkering) und die nicht beitragsfinanzierte Einkommensersatzleistung für behinderte Menschen (allocation de remplacement de revenus/ inkomensvervangende tegemoetkoming). Außerdem gibt es ein allgemeines Sozialunterstützungssystem (Minimex). In der Praxis dürfte es sich bei den Beziehern von nicht beitragsfinanzierten Einkommensersatzleistungen wahrscheinlich um Personen handeln, die auch eine „Eingliederungsbeihilfe" zur Deckung des Pflegebedarfs und des Bedarfs an sozialen Kontakten erhalten.

Zu treffende Entscheidung

Die Invaliditätsrente:
Eine Person, die als direkte Folge des Auftretens oder der Verschlechterung von Verletzungen oder funktionellen Schäden zu arbeiten aufgehört hat, gilt als nicht mehr arbeitsfähig, wenn ihre Erwerbsfähigkeit aus diesem Grund anerkanntermaßen nur noch höchstens 1/3 dessen beträgt, was ein (nicht behinderter) Mensch derselben sozialen Schicht und mit der gleichen allgemeinen und beruflichen Bildung
in der Berufskategorie, zu der auch der Beruf gehört, den der Betreffende zu dem Zeitpunkt ausgeübt hat, als er arbeitsunfähig wurde, verdienen kann; er gilt in diesem Fall als nicht mehr arbeitsfähig während des Zeitraums der „primären Arbeitsunfähigkeit", der bis zu einem Jahr dauern kann.
in allen Berufen, die der Betreffende gemäß seiner allgemeinen und beruflichen Bildung ausüben konnte oder könnte, verdienen kann; er gilt in diesem Fall als nicht mehr arbeitsfähig nach einem Jahr (oder eher, wenn sich der Zustand stabilisiert hat und es um eine Bewertung hinsichtlich Dauerinvalidität geht).

Es gibt keine Teilarbeitsunfähigkeit. Es können ein gewisses Arbeitseinkommen und Rentenbezüge kombiniert werden, wenn dies vom médecin conseil (der die Versicherung beratende Arzt) im Rahmen der allmählichen Rückkehr ins Berufsleben befürwortet wird.

Einkommensersatzleistungen für behinderte Menschen:
Anspruch auf diese Leistungen besteht, wenn die Erwerbsfähigkeit des Betreffenden aufgrund seines physischen oder geistigen Zustands nur noch maximal 1/3 dessen beträgt, was ein nicht behinderter Mensch an einem beliebigen Arbeitsplatz am allgemeinen Arbeitsmarkt verdienen könnte.

Invaliditätsrente

Erlangen des Erwerbsunfähigkeitsstatus; die Pflichten des Arbeitgebers; Rehabilitation
Ein Antrag auf Invaliditätsrente kann vom Status der Erwerbstätigkeit, der Selbständigkeit oder der Arbeitslosigkeit aus gestellt werden. Zunächst erhält eine Person, die aufgrund von Krankheit nicht arbeitsfähig ist oder dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung steht, Leistungen wegen „primärer Arbeitsunfähigkeit", die höchstens ein Jahr lang gezahlt werden können. Die Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber dauert maximal einen Monat; nach Ablauf dieser Frist sollte der médecin conseil informiert werden, der dann eine Untersuchung vornimmt. Der médecin conseil kann eine teilweise Rückkehr an den Arbeitsplatz genehmigen und Rehabilitationsmöglichkeiten prüfen. Die Krankenversicherung kann sowohl medizinische als auch berufliche Reha-Maßnahmen finanzieren.

Der médecin conseil kann auch zu der Meinung gelangen, dass jemand nicht aufgrund von Krankheit an der Berufstätigkeit gehindert wird, und ihn an die Arbeitslosenversicherung verweisen. Wenn andererseits der Anspruch länger als sechs Monate besteht, wird ein Antrag auf Invaliditätsrente gestellt.

Bewertung

- Diagnose

Der médecin conseil führt eine medizinische Standarduntersuchung durch. Sollte er irgendwelche Zweifel an den vom Hausarzt vorgelegten Unterlagen hegen, kann die Diagnose nachgeprüft werden.

Weder hat eine Krankheit oder Schädigung automatisch einen Leistungsanspruch zur Folge, noch schließt das Fehlen einer eindeutigen Diagnose einen Leistungsanspruch aus.

- Standardisierte Beschreibungen der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten

„Was zählt, ist das Vorhandensein funktioneller Beeinträchtigungen, die die Arbeitsfähigkeit mindern“ (belgischer Bericht, S. 8). Es werden jedoch keine Standardinstrumente zur Feststellung funktioneller Beeinträchtigungen verwendet.

- Standardisierte Beschreibungen des Arbeitslebens

In Grunde sollte der Gutachter die „Resteinkünfte“ berechnen, die der Summe entsprechen, welche in einem Beruf verdient werden kann, den der Betreffende trotz der beeinträchtigten Leistungsfähigkeit ausüben könnte und der seiner allgemeinen und beruflichen Bildung entspricht. Allerdings gibt es keine Instrumente für eine solche hypothetische Bewertung, so dass die Schätzung, ob die Resteinkünfte oberhalb oder unterhalb der kritischen Schwelle von einem Drittel der normalen Einnahmen liegen, auf dem Urteil des Gutachters basiert.

- Für den Betreffenden spezifische berufliche Fähigkeiten oder Anforderungen

Wie hoch der Verlust ist, den eine Person erleidet, wird im Verhältnis zu den Einnahmen bewertet, die eine Vergleichsperson ohne Beeinträchtigung erzielen könnte: In der Praxis werden die früheren Einnahmen des Betreffenden als Bezugsgröße herangezogen.

- Für den Betreffenden spezifische persönliche und soziale Umstände

In der Praxis ist die Bewertung spezifisch auf den Antragsteller zugeschnitten, da es zentral um dessen Aussichten auf eine erfolgreiche Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt geht. Wenn die Beeinträchtigungen des Antragstellers nicht auf funktionelle Beeinträchtigungen zurückzuführen sind (sondern beispielsweise auf schlechte Arbeitsmarktbedingungen oder eine ungenügende Ausrichtung am Arbeitsmarkt), kann er an die Arbeitslosenversicherung verwiesen werden. Inwieweit jedoch die Aussichten aufgrund funktioneller Beeinträchtigungen und nicht durch das Arbeitsplatzangebot verringert sind, wird nicht genau gemessen.

Einkommensersatzleistung:

Erlangen des Erwerbsunfähigkeitsstatus; die Pflichten des Arbeitgebers; Rehabilitation

Im Allgemeinen haben diejenigen, die diese Leistung beantragen, nie oder nur unregelmäßig gearbeitet und keine andere Einkommensquelle.

Bewertung

- Diagnose

Ärzte des Gesundheitsministeriums führen die Untersuchung durch und stellen ihre eigene Diagnose; sie ziehen darüber hinaus andere Bewertungen hinzu.

- Standardisierte Beschreibungen der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten

Es gibt keine offizielle Liste der funktionellen Fähigkeiten.

- Standardisierte Beschreibungen des Alltagslebens

Diese Evaluation steht oft im Zusammenhang mit einem Antrag auf Eingliederungsbeihilfe, wo eine erweiterte Skala der grundlegenden Alltagshandlungen verwendet wird.

- Für den Betreffenden spezifische berufliche Fähigkeiten oder Anforderungen

Aufgrund der mangelnden Arbeitserfahrung der hier zu beurteilenden Menschen sind sogar noch weniger Informationen vorhanden, anhand derer sich die Arbeitsfähigkeit bewerten ließe, als bei der versicherungsbezogenen Invaliditätsrente. Die Ärzte haben kaum Zugang zu Informationen über Möglichkeiten und Chancen am Arbeitsmarkt.

Institutionelle Strukturen und Personal

Der médecin conseil, der den Zugang zu versicherungsbezogenen Renten kontrolliert, ist nicht der Hausarzt der betreffenden Person. Wenn die medizinischen Umstände eindeutig sind (der Betreffende ist z. B. im Krankenhaus), wird er vielleicht keine Untersuchung durchführen, aber den Antragsteller dennoch irgendwann sehen wollen. Er kann die Ergebnisse der von anderen Ärzten durchgeführten Untersuchungen sammeln und auch um neue Untersuchungen bitten.

Zwar ist der médecin conseil nicht an Entscheidungen über die medizinische Akutversorgung beteiligt, doch hat er eine wichtige Rolle, wenn es um die Frage der Rehabilitation geht. Der médecin conseil macht Vorschläge für Rehabilitationsprogramme und berücksichtigt die Kosten von medizinischen Rehabilitations- oder von Umschulungsmaßnahmen, die zentral von einem Ärztekollegium beim Ministerium (mit Zweigstellen in den Regionen) genehmigt werden müssen.

Einkommensersatzleistungen: Die Ärzte, die hierfür die Bewertung vornehmen, arbeiten für das Gesundheitsministerium. Ihre Aufgabe ist es, Bewertungen zu Leistungszwecken durchzuführen, nicht aber in der Gesundheitsversorgung aktiv zu sein.

Durchlässigkeit von Grenzen: Alter, soziale Benachteiligung

Invaliditätsrenten werden nur bis zum Rentenalter gezahlt. Das Rentenalter beginnt derzeit bei 61 Jahren für Frauen (ansteigend) und bei 65 Jahren für Männer; allerdings können viele Bezieher von Invaliditätsrenten Vorruhestandsregelungen nutzen, die für Menschen mit ausreichenden Beitragsjahren ab einem Alter von 60 Jahren gelten.

Eine Textanalyse der vor den Arbeitsgerichten verhandelten Fälle lässt darauf schließen, dass persönliche Faktoren, wie Alter, Geschlecht, Bildungsniveau, Persönlichkeit und Einstellungen, die Entscheidung über eine Invaliditätsrente beeinflussen.

DÄNEMARK

Maßnahmen

Das Gesetz über Sozialrenten (aus dem Jahr 1921, das 1965 wesentlich erweitert, 1984 reformiert und 1998 mit weiteren Änderungen versehen wurde) sieht drei Stufen der Frührente bzw. des Vorruhestands (førtidspension) vor. Die mittlere Stufe der førtidspension kann zuerkannt werden, wenn die „Berufsfähigkeit“ aufgrund des Gesundheitszustands um mindestens zwei Drittel gemindert ist; die höchste Stufe gilt, wenn die verbliebene Berufsfähigkeit vernachlässigt werden kann. Die niedrigste Stufe (almindelig førtidspension)

wird gewährt, wenn die Arbeitsfähigkeit des Antragstellers aus medizinischen und/oder sozialen Gründen um mindestens 50 % gemindert ist. All diese Leistungen sind nicht beitragsfinanziert. Die almindelig førtidspension basiert auf einer Bedürftigkeitsprüfung, wobei alle Einnahmen berücksichtigt werden, wenn sie aus sozialen oder sozialmedizinischen Gründen bewilligt wird. Eventuelle Arbeitseinkommen werden in allen Fällen mit den Renten verrechnet.

Zu treffende Entscheidung

Die als Sozialrente gezahlte almindelig førtidspension kann einem Langzeitarbeitslosen bewilligt werden, wenn die beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen oder aktiven Arbeitsmarktmaßnahmen ausgeschöpft sind. Da nicht nachgewiesen werden muss, dass ein Gesundheitsproblem vorliegt und in Bezug auf die Aussichten des Betreffenden eine wichtige Rolle spielt, handelt es sich bei dieser Grundrente nicht um eine reine Behindertenrente.

Die mittleren und höheren Renten sowie die medizinisch begründete almindelig førtidspension beziehen sich auf eine Minderung der „Berufsfähigkeit", das heißt auf die Auswirkungen des Gesundheitszustands auf die Fähigkeit eines Menschen, eine Arbeit zu verrichten. Bei der Festlegung des Minderungsgrades wird in gewissem Umfang der Bildung und der früheren Tätigkeit, dem Alter, dem Wohnort und den Beschäftigungsmöglichkeiten Rechnung getragen. Im Gegensatz dazu wird „Arbeitsfähigkeit" (der im Zusammenhang mit der sozial begründeten almindelig førtidspension verwendete Begriff) definiert als „die Fähigkeit, die Anforderungen des Arbeitsmarktes in Bezug auf unterschiedliche spezifizierte Aufgaben zu erfüllen, um ein Einkommen für den vollständigen oder teilweisen Selbstunterhalt zu erzielen"; diese Fähigkeit wird im Rahmen des beruflichen Rehabilitationsprozesses bewertet (dänischer Bericht, S. 6).

Die „Berufsfähigkeit" ist ein anderes und älteres Konzept als die „Arbeitsfähigkeit". Es ist geplant, die Kriterien bis 2003 in einem auf der Arbeitsfähigkeit basierenden Ansatz zu vereinheitlichen.

Erlangen des Erwerbsunfähigkeitsstatus; die Pflichten des Arbeitgebers; Rehabilitation

Eine Lohnfortzahlung im Krankheitsfall durch den Arbeitgeber gibt es während der ersten zwei Wochen; dann geht die Verantwortung auf das kommunal verwaltete öffentliche System über. Krankengeld wird normalerweise bis zu einem Jahr gezahlt; es kann aber auch insbesondere jenen länger bewilligt werden, die auf berufliche Rehabilitationsmaßnahmen warten, doch haben die Gemeinden, wie weiter unten ausgeführt, starke Anreize, diesen „passiven" Bezugszeitraum nicht auszudehnen. Im Allgemeinen endet die Zahlung von Krankengeld, wenn ein Arzt bescheinigt, dass sich der medizinische Zustand des Betreffenden stabilisiert hat.

In der Regel kann ein Arbeitgeber einen Arbeitnehmer nach viermonatigem krankheitsbedingten Fehlen entlassen (Høgelund, 1999, S. 18).

Ein anderer Weg zum Bezug von førtidspension führt über die Sozialunterstützung. Langzeitarbeitslose Sozialunterstützungsempfänger können auch an berufliche Rehabilitationsmaßnahmen (beispielsweise einschließlich sonderpädagogischer Maßnahmen) verwiesen werden. Der Zugang zur Rehabilitation basiert nicht auf medizinischen Kriterien.

Die Gemeindeverwaltung erwägt die Bewilligung einer Behindertenrente, wenn die Rehabilitations- und Beschäftigungsmöglichkeiten (einschließlich geschützter Werkstätten) ausgeschöpft sind. Offiziell stellt der Betreffende keinen Antrag auf diese Rente: Sie wird vielmehr von der Gemeinde als letzte Möglichkeit vorgeschlagen.

Bewertung

- Diagnose

Die seit langem etablierte Interpretation des Begriffs „Berufsfähigkeit“ hängt stark mit der medizinischen Diagnose zusammen. Es gibt (wenngleich nicht in einer Liste formalisierte) Konventionen dahingehend, wie groß die Wahrscheinlichkeit ist, dass bestimmte medizinische Diagnosen die Berufsfähigkeit eines Menschen beeinflussen.

Jedoch ist mit den laufenden Reformen die Absicht verbunden, sich von dem „fundamental-diagnostischen“ Ansatz zu entfernen. Diagnosebezogene Bewilligungen werden mit der Begründung kritisiert, dass die potenzielle Arbeitsfähigkeit gar nicht untersucht wird. Es sind beschäftigungspolitische Maßnahmen (wie das Gesetz über den Nachteilsausgleich für erwerbstätige Menschen mit Behinderungen - siehe Anhang 2) verabschiedet worden, die erwerbstätige Menschen mit schweren Gesundheitsproblemen unterstützen sollen.

- Standardisierte Beschreibungen des Arbeitslebens

Die Definition der „Arbeitsfähigkeit“ bezieht sich auf „die Anforderungen des Arbeitsmarktes in Bezug auf verschiedene spezifizierte Aufgaben“. Es gibt jedoch keine standardisierten Aufgabenlisten. Statt dessen erfolgt die Bewertung aufgrund der Erfahrungen, die im Laufe des beruflichen Rehabilitationsprozesses gewonnen werden.

- Standardisierte Beschreibungen der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten

Neben der „Arbeitsfähigkeit“ wurde das Konzept der „funktionellen Beeinträchtigung“ entwickelt, um die medizinischen Aspekte einer geminderten Arbeitsfähigkeit zu erfassen. Der Begriff „funktionelle Beeinträchtigung“ wird verwendet, um die praktischen Folgen einer Diagnose zu beschreiben.

- Für den Betreffenden spezifische persönliche und soziale Umstände

In Paragraph 15 Absatz 3 des Gesetzes über Sozialrenten heißt es: „Bei der Bewertung des Grades der Minderung der Arbeitsfähigkeit ist das Einkommen, das mit einer den Stärken und Fähigkeiten des Antragstellers entsprechenden Tätigkeit, deren Verrichtung man von ihm in Anbetracht seiner allgemeinen und beruflichen Bildung und seines beruflichen Hintergrunds erwarten kann, wahrscheinlich zu erzielen ist, mit dem normalen Einkommen einer Person mit ähnlicher Bildung/Ausbildung in derselben Region zu vergleichen. Andere Faktoren, wie Alter, Beruf, Wohnort und Beschäftigungsaussichten, sollten ebenfalls, neben anderen Faktoren, die angesichts der Umstände für wichtig erachtet werden, berücksichtigt werden.“

In der Praxis läuft es bei der Auslegung dieser Faktoren auf die Frage hinaus, ob es einer Gemeindeverwaltung gelingt, für den Betreffenden einen Arbeitsplatz zu finden, den er ausfüllen kann.

Institutionelle Strukturen und Personal

Die Delegierung von Entscheidungsbefugnissen hinsichtlich der Behindertenrenten hat zur Folge, dass in den einzelnen Gemeindeverwaltungen abweichende Verfahren angewandt werden. So wird beispielsweise für eine Person, deren Antrag mit der Zahlung von Krankengeld beginnt, ein Standardformular für die Krankschreibung verwendet, doch entscheiden die Gemeindeverwaltungen darüber, wie häufig neue Atteste angefordert werden (und die Ärzte

erhalten eine Gebühr für jedes einzelne Attest). Wenn über die Bewilligung einer Behindertenrente entschieden wird, dann befindet der für den Fall zuständige Behördenmitarbeiter darüber, welche fachärztlichen Gutachten er benötigt (und die Verwaltung muss diese bezahlen). Es wäre jedoch falsch zu vermuten, dass die Gemeindeverwaltung die verfügbaren medizinischen Informationen kontrolliert. Manchmal entsteht der Eindruck, dass der Hausarzt des Antragstellers als sein Anwalt auftritt. Die medizinischen Gutachten werden von einem Amtsarzt geprüft (der den Antragsteller selbst jedoch nicht untersucht - er ist ein „Arzt der Unterlagen"). Meinungsverschiedenheiten über die Auslegung der fachärztlichen Beweise sind einer der Gründe für Widerspruchsverfahren.

Durchlässigkeit von Grenzen: Alter, soziale Benachteiligung

Die førtidspension endet mit dem Rentenalter von 65 Jahren (sowohl für Männer als auch für Frauen). Bei Menschen über 60 Jahre ist der niedrigste Satz der førtidspension dem Altersruhegeld angeglichen (obwohl die Bedürftigkeitsprüfung strenger ist). Daher stellt der niedrige Satz, der, wie bereits festgestellt, auf sozialen und medizinischen Kriterien basiert, einen Weg zum Vorruhestand dar.

In institutioneller Hinsicht tendiert das System dazu, die Zusammenhänge zwischen Behinderung und anderen Quellen der Benachteiligung zu verwischen. Die Gemeinden verwalten Sozialunterstützung, Krankengeld und berufliche Rehabilitationsmaßnahmen sowie die førtidspension. Sie sind verpflichtet, „aktive Maßnahmen" für die Empfänger von Sozialunterstützung zu verfolgen. Aufgrund der Finanzierungsstruktur haben die Gemeindeverwaltungen finanzielle Anreize, die Menschen in Aktivierungs- oder Rehabilitationsmaßnahmen zu halten. Den Gemeinden werden 50 % der Sozialunterstützungs-/Aktivierungs- und Rehabilitationsleistungen vom Staat erstattet, während die førtidspension nur zu 35 % erstattet wird. Rehabilitationsleistungen können höchstens fünf Jahre lang gezahlt werden. Krankengeld wird für ein Jahr zu 50 % erstattet; danach sind es nicht erstattungsfähige Gemeindeaufwendungen. Das „Flexjob"-Modell (das im Anhang über die Beschäftigungsmaßnahmen behandelt wird) sieht vor, dass 50 % bzw. 67 % des Einkommens vom Staat gezahlt werden, ohne dass der Gemeinde dabei (abgesehen von den Verwaltungskosten für die Vermittlung) Kosten entstehen.

FINNLAND

Maßnahmen

Finnland hat ein Nationalrentensystem, das sich auf die gesamte Bevölkerung erstreckt, und ein beitragsbezogenes Arbeitnehmerrentensystem (sowie eine gewisse private Vorsorge). Ungefähr zwei Drittel der Bezieher von Behindertenrenten erhalten Leistungen aus beiden Systemen; andere beziehen nur eine Nationalrente aufgrund unzureichender Beitragszahlungen oder eine anteilige Arbeiternehmerrente (Nationalrenten sind nur bei „völliger" Erwerbsunfähigkeit zu zahlen).

Zu treffende Entscheidung

Gesetz über die Nationalrente: Als behindert gilt, wer aufgrund von Krankheit, Schädigung oder Verletzung nicht in der Lage ist, seine übliche oder eine entsprechende Arbeit zu verrichten, die unter Berücksichtigung von Alter, Qualifikation und anderen relevanten Faktoren als geeignet betrachtet werden muss und ein angemessenes Einkommen sichert. (Finnischer Bericht S. 12)

Gesetz über die Arbeitnehmerrente: Ein Arbeitnehmer hat Anspruch auf eine Behindertenrente, wenn seine Arbeitsfähigkeit aufgrund von Krankheit, Schädigung oder Verletzung als um mindestens 2/5 gemindert eingeschätzt werden kann, wobei dieser Zustand ohne Unterbrechung mindestens ein Jahr dauern muss.

Ist die Erwerbsfähigkeit um 40-59 % gemindert, besteht Anspruch auf eine Teilrente; die ungekürzte Rente erhalten jene, deren Erwerbsfähigkeit um 60 %+ verringert ist.

Bei ihrer Schätzung der Minderung der Erwerbsfähigkeit muss die Behörde die Restarbeitsfähigkeit des Arbeitnehmers berücksichtigen, die ihn in die Lage versetzt, ein Einkommen an einem zur Verfügung stehenden Arbeitsplatz zu erzielen, wobei er eine Tätigkeit verrichtet, deren Verrichtung unter Berücksichtigung seiner allgemeinen und beruflichen Bildung, der vorherigen Tätigkeit, seines Alters und der Wohnverhältnisse sowie anderer maßgeblicher Faktoren von ihm angemessenerweise erwartet werden kann. (Finnischer Bericht, S. 12)

Es gibt daher zwei Maßnahmen, bei denen zwei unterschiedliche Entscheidungen zu treffen sind, die jedoch oft parallel verwaltet werden. Die behinderungsbezogenen Anforderungen des Gesetzes über die Arbeitnehmerrente scheinen weniger streng zu sein als jene des Gesetzes über die Nationalrente, doch Personen mit unzureichendem Versicherungsverlauf können keine Arbeitnehmerrente beziehen. Die für diese beiden Renten zuständigen Behörden sind per Gesetz verpflichtet, sich bei der Genehmigung oder Ablehnung eines Antrags miteinander in Verbindung zu setzen.

Erlangen des Erwerbsunfähigkeitsstatus; die Pflichten des Arbeitgebers; Rehabilitation

Der Bewilligungsprozess beginnt bei einer Behindertenrente normalerweise mit einem kurzzeitigen Bezug von Krankengeld, und zwar für höchstens 360 Tage. Das Krankengeld wird von der Sozialversicherungsanstalt verwaltet (die auch für die Nationalrente zuständig ist). Die zahlbare Leistung wurde früher befristete Behindertenrente genannt, heißt aber jetzt „finanzielle Rehabilitationsunterstützung“, deren Zahlung von der Aufstellung eines Rehabilitationsplans flankiert sein sollte (obwohl das in der Praxis nicht immer auf sinnvolle Weise geschieht).

Neben der beruflichen Rehabilitation kann die Sozialversicherungsanstalt einem erwerbstätigen behinderten Menschen auch eine Entschädigung für Kosten zahlen, die ihm durch die Inanspruchnahme von Hilfe, Dienstleistungen usw. entstehen. Diese Leistung mit dem Namen beschäftigungsbezogener Zuschuss aufgrund von Behinderung wird zu drei unterschiedlichen Sätzen je nach Grad der Behinderung gezahlt.

Die medizinische Versorgung obliegt dem Gesundheitsdienst, der institutionell von der Sozialversicherungsanstalt getrennt ist. Jedoch finanziert die Sozialversicherungsanstalt auch medizinische Reha-Maßnahmen (ASLAK). Die Sozialversicherungsanstalt ist verpflichtet, einen Teil (4 %) der Krankengeldaufwendungen für Rehabilitation auszugeben.

Bewertung

- Diagnose/ Schädigung/Fähigkeitsbeschreibung

Die Krankschreibungen müssen eine Diagnose und die Bestätigung des Arztes enthalten, dass der Betreffende nicht arbeitsfähig ist. Wenn ein Antrag auf Behindertenrente gestellt wird, wird auf dem ärztlichen Attest die Behinderung bestätigt, indem eine Diagnose gestellt und ein (normalerweise umfangreiches) Gutachten über die Arbeitsunfähigkeit geliefert wird. In dem

Bericht kann beschrieben werden, inwieweit der Betreffende aufgrund seines medizinischen Zustands funktionell beeinträchtigt ist.

Wird ein Arbeitsloser krank, herrscht eine andere Auffassung in Bezug auf die Frage, „die Verrichtung welcher Tätigkeit angemessenerweise erwartet werden kann“. Nach einer ersten kurzen Phase des Berufsschutzes muss ein Arbeitsloser eine große Bandbreite an Stellenangeboten akzeptieren. Das ärztliche Attest ist in diesem Fall allgemeiner gehalten; es wird darauf hingewiesen, dass der Zustand des Betreffenden seine Möglichkeiten zu arbeiten allgemein einschränkt, statt dass Bezug auf spezifische Anforderungen des Berufes genommen wird.

Bei der Nationalrente reicht eine „soziale“ Unfähigkeit, wie Alkoholismus, an sich normalerweise nicht aus, um einen Anspruch zu begründen. Es müssen weitere relevante Faktoren beteiligt sein, und zwar diagnosebezogene (z. B. medizinische Komplikationen) oder funktionsbezogene (z. B. die Fähigkeit, grundlegende körperliche oder geistige Aufgaben oder Handlungen zu bewältigen).

Institutionelle Strukturen und Personal

Das ärztliche Attest für die Behindertenrente wird vom behandelnden Arzt des Betreffenden ausgestellt. Medizinisch ausgebildete Experten der Sozialversicherungsanstalt/der Arbeitnehmerversicherung werten das Attest und das Antragsformular aus.

Die Empfehlung des medizinischen Experten ist sehr einflussreich, doch liegt die endgültige Entscheidung beim Sachbearbeiter der Versicherung. Im Fall von „internen“ Widersprüchen bei der Sozialversicherungsanstalt/der Arbeitnehmerversicherung findet eine Anhörung vor einem Ausschuss statt, dem die ursprünglichen Entscheidungsträger (der medizinische Experte und der Sachbearbeiter) sowie Vertreter der Arbeitgeber und Gewerkschaften usw. angehören. Externe Widersprüche vor dem Verwaltungsgericht sind ebenfalls möglich.

Durchlässigkeit von Grenzen: Alter, soziale Benachteiligung

Die Zahlung der Behindertenrente endet, wenn der Betreffende das Rentenalter erreicht hat (65 Jahre für Männer und Frauen). Es gibt eine Vorruhestandsregelung, derzufolge ältere Arbeitnehmer (58-60 Jahre, je nach Geburtsjahr) sowohl Nationalrente als auch Arbeitnehmerrente beziehen können, wenn ihre Erwerbsfähigkeit aufgrund verschiedener Faktoren, darunter Krankheit, Schädigung und Verletzung, gemindert ist. Eine ärztliche Diagnose ist notwendig, doch muss nicht festgestellt werden, dass die geminderte Erwerbsfähigkeit im Wesentlichen darauf und nicht auf andere Faktoren, wie Bildung, nicht benötigte Fähigkeiten usw., zurückzuführen ist.

Außerdem kann Vorruhestandsregelungen in Anspruch nehmen, wer 60 Jahre und älter ist (ohne medizinische Indikation), und eine anteilige Rente kann beim Nachweis verringerter Einnahmen ab 58 Jahren bezogen werden.

Menschen mit geringer Beschäftigungsfähigkeit haben aufgrund unzureichender Berufstätigkeit/Beitragszahlungen wahrscheinlich keinen Anspruch auf eine Arbeitnehmerrente. Erfolgt die Antragstellung, wenn der Betreffende arbeitslos ist, wird in Bezug auf die potenzielle Tätigkeit ein breites Spektrum an Möglichkeiten ins Auge gefasst (siehe oben).

FRANKREICH

Maßnahmen

Es gibt in Frankreich im Wesentlichen zwei einkommenssichernde Maßnahmen für Menschen, die aufgrund von Krankheit oder Verletzung nicht arbeiten können: die versicherungsbezogene pension d'invalidité und die Allocation pour l'Adulte Handicapé (AAH), eine Art Sozialunterstützung. Die Erwerbsunfähigkeit wird für diese beiden Maßnahmen durch getrennte Behörden auf unterschiedliche Weise bewertet. Die AAH war ein Vorläufer des allgemeinen Sozialunterstützungssystems RMI, das 1988 eingeführt wurde. Die Einführung von RMI hatte eine Diskussion über die logischen Grundlagen der AAH sowie anderer kategorialer Unterstützungsleistungen entfacht. RMI sorgt dafür, dass jeder Begünstigte einen „Eingliederungsvertrag" erhält, der dessen besondere Bedürfnisse berücksichtigen sollte. Das hat jedoch zu folgender Frage geführt: „Brauchen wir immer noch spezielle Gesetze für Behinderte oder sollten nicht umgekehrt die beeinträchtigten Menschen wie jeder andere Bürger auch behandelt werden?" (Alfandari, 1997, S. 684) Die AAH wurde letztlich beibehalten, doch haben in einer unter RMIstes 1998 durchgeführten Umfrage ca. 30 % angegeben, dass sie Behinderungen hätten, die sie in ihrer beruflichen Tätigkeit oder in ihren Alltagshandlungen beeinträchtigten (Afsa, 1999, S. 3). Da das AAH-Antragsverfahren langwierig ist, das RMI-Verfahren aber schnell geht, kann RMI außerdem als Zwischenlösung verwendet werden (Colin et al., 1999, S. 7).

Zu treffende Entscheidung

Pension d'invalidité
Als invalide wird eingestuft, wer keinen Arbeitsplatz finden kann, der ihm ein Einkommen sichert, das mehr als ein Drittel des Einkommens beträgt, das eine Person in demselben Bereich, in derselben beruflichen Kategorie, zu der er früher gehörte, erzielten könnte.

Es gibt drei Invaliditätskategorien:
Kategorie eins: Der Betreffende ist noch in der Lage, gewisse Arbeiten zu verrichten.
Kategorie zwei: Der Betreffende in nicht in der Lage, in irgendeinem Beruf zu arbeiten.
Kategorie drei: Der Betreffende ist arbeitsunfähig und benötigt die Hilfe eines anderen bei den grundlegenden Alltagshandlungen.
Die Invaliditätsrente für Kategorie 1 beträgt 30 % des Durchschnittseinkommens (berechnet auf der Grundlage der 10 besten früheren Jahre), für Kategorie 2 sind es 50 %.

AAH
Erwachsene, die die Beitragsvoraussetzungen für eine Teilnahme am Versicherungssystem (SECU) nicht erfüllen, können AAH beantragen, wofür eine Bewertung durch COTOREP sowie eine Bedürftigkeitsprüfung erforderlich sind. Der Betreffende muss zu diesem Zweck von COTOREP als zu 80 % behindert eingestuft werden oder bei einem Grad der Behinderung von 50-79 % als unfähig betrachtet werden, eine Arbeit zu finden.

Pension d'invalidité

Erlangen des Erwerbsunfähigkeitsstatus; die Pflichten des Arbeitgebers; Rehabilitation

Für versicherte Arbeitnehmer wird Krankengeld (indemnites journalières) bei langfristigen oder chronischen Gesundheitszuständen für einen Zeitraum von bis zu drei Jahren (sonst für 360 Tage innerhalb von drei Jahren) gezahlt, doch die Entscheidung, eine pension d'invalidité zu beantragen, kann vor Ablauf der drei Jahre getroffen werden, wenn der Gesundheitszustand

sich stabilisiert hat (consolidé) und eine Besserung unwahrscheinlich ist. Während des langen Zeitraums, in dem Krankengeld gezahlt wird, finden Kontrollen innerhalb des Krankengeldsystems statt, die in anderen Ländern dem Übergang von Krankengeld zu Invaliditätsleistungen zugrunde liegen würden. Insbesondere erfolgt die Krankschreibung zunächst durch den behandelnden Arzt, doch es finden nach drei Monaten Kontrollen statt, und nach Ablauf von sechs Monaten muss die Krankschreibung vom médecin conseil (der die Versicherung beratende Arzt) bei der Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) bestätigt werden. Die von der CPAM durchgeführten Kontrollen betreffen das Management sowohl der Behandlungskosten als auch der Geldleistungen.

Der Arbeitsvertrag eines kranken Arbeitnehmers wird für die Dauer der Krankheit ausgesetzt, kann vom Arbeitgeber aber nicht ohne Einhaltung bestimmter Verfahren gekündigt werden. Ein Zusatz zum Arbeitsgesetz von 1990 untersagt eine ausschließlich aufgrund von Invalidität ausgesprochene Kündigung eines Arbeitnehmers. Vor der Kündigung muss der Arbeitnehmer von einem Arbeitsmediziner (médecin du travail) begutachtet werden, der bescheinigt, dass der Betreffende nicht in der Lage ist, seine gegenwärtige Arbeit zu verrichten, und der alternative Tätigkeiten in demselben Betrieb oder eine Änderung der Arbeit (z. B. Teilzeit) empfiehlt. Der Arbeitgeber ist zwar nicht verpflichtet, die Empfehlungen des Arztes zu akzeptieren, doch muss er eine Ablehnung angemessen begründen können.

Es ist möglich, nach einer Krankschreibung auf Teilzeitbasis und mit einem anteiligen Bezug von Krankengeld an den Arbeitsplatz zurückzukehren. Für diese Option muss es einen „therapeutischen" Grund geben, und der Arbeitgeber muss einverstanden sein. Diese Regelung kann höchstens sechs Monate in Anspruch genommen werden.

Die Entscheidung, eine Invaliditätsrente zu beantragen, liegt weitgehend bei den beteiligten Ärzten. Potenziell Begünstigte können selbst einen Antrag stellen, doch ist dies weder üblich noch angeraten. Spricht sich der médecin conseil gegen die Bewilligung der Rente aus, da der Zustand nicht stabil ist, kann dagegen bei einem vom eigenen Arzt und dem médecin conseil benannten Sachverständigen Widerspruch eingelegt werden.

Bewertung

- Diagnose

Bei Krankengeld muss der behandelnde Arzt medizinisch genau begründen, warum die Berufstätigkeit ausgesetzt wurde.

- Für den Betreffenden spezifische berufliche Fähigkeiten oder Anforderungen
- Für den Betreffenden spezifische persönliche und soziale Umstände

In Stellungnahmen zur Festlegung der Invaliditätsrente wird darauf hingewiesen, dass die geminderte Arbeitsfähigkeit des Versicherten nicht auf dem Zustand des Betreffenden an sich beruht, sondern auf den Folgen dieses Zustands für seine Fähigkeit, einer Erwerbsarbeit nachzugehen. Gemäß dem Gesetz hängt die Anspruchsberechtigung nicht nur von der Schwere und Art der Beeinträchtigungen oder Gebrechen des Betreffenden, sondern auch vom Alter, seinen körperlichen oder geistigen Fähigkeiten, der Berufsausbildung und Berufserfahrung ab (Art. L 341-3 Gesetz S.S.). Das Konzept der Invalidität berücksichtigt daher sowohl medizinische als auch berufliche und soziale Kriterien.

Man sollte jedoch darauf hinweisen, dass der médecin conseil gehalten ist, die Beschäftigungsfähigkeit einer Person bezogen auf den gesamten lokalen Arbeitsmarkt zu betrachten. Im

Gegensatz dazu steht die Bewertung der „Tauglichkeit“ oder „Untauglichkeit“ durch den médecin du travail (Arbeitsmediziner), der die Fähigkeit einer Person, eine spezifische Arbeit zu verrichten (möglicherweise nach Vornahme gewisser Anpassungen) begutachten muss. Es ist daher möglich, dass ein Mensch vom Arbeitsmediziner als „untauglich“ eingestuft wird, ohne vom Arzt der Versicherung für „invalide“ befunden zu werden. Gleichermaßen schließt die Einstufung (allgemeine) Invalidität nicht die Möglichkeit aus, dass jemand eine spezifische Arbeit verrichten kann. Diese Unterscheidung wurde im Arbeitsrecht entwickelt, wo eine Debatte darüber stattfindet, ob eine Feststellung der Invalidität einen Grund für den Arbeitgeber darstellt, einen Mitarbeiter zu entlassen, ohne dass die Bewertung durch einen Arbeitsmediziner erfolgen und eine alternative Tätigkeit in Erwägung gezogen werden muss (der Prozess der Feststellung der „Tauglichkeit“ oder „Untauglichkeit“). In einem Rundschreiben des Arbeitsministeriums heißt es, dass eine Feststellung der Invalidität nicht automatisch als Kündigungsgrund benutzt werden sollte (Circulaire DRT Nr. 94-13, 21. Nov. 1994). Der médecin du travail kann hinzugezogen werden, um die Möglichkeit einer teilweisen Wiederaufnahme der Arbeit durch einen in die erste Invaliditätskategorie eingestuften Arbeitnehmer zu bewerten; unter bestimmten Umständen kann er auch darüber befinden, ob eine in die 2. Kategorie eingestufte Person an ihren Arbeitsplatz zurückkehren sollte.

AAH

Bewertung

Eigentlich umfasst die Bewertung zwei Teile: zuerst wird der Grad der Beeinträchtigung in Prozent gemessen (wobei es drei Gruppen gibt: A (0-<50 %), B (50-<80 %) und C (80 %+)) und anschließend darüber entschieden, ob eine Person der Gruppe B erwerbsunfähig ist.

Der Guide Barème, die Grundlage der COTOREP-Bewertungen, bezieht sich ausdrücklich auf die Konzepte der WHO in Bezug auf Schädigung (déficience), Behinderung (incapacité) und Beeinträchtigung (désavantage social). Der Barème enthält Behinderungsgrade, die sich aufgrund von Schädigungen ergeben. Anders ausgedrückt: Es werden die meisten Schädigungen, die als schwer eingestuft werden, unter Berücksichtigung ihrer Auswirkungen hinsichtlich Behinderung bzw. Nichtbehinderung bewertet. (Ausnahmen sind sensorische Schädigungen, die direkt bewertet werden.) Um die in der Einführung benutzten Begriffe zu verwenden, wird beim französischen Barème eher auf die „behindernden Folgen“ geachtet, als dass der Versuch unternommen wird, den Grad der Behinderung direkt anhand der Schädigung zu messen. Dort wurde auch festgestellt, dass bei der Verwendung eines Schädigungsrahmens Regeln benötigt werden, wie die Folgen mehrerer Schädigungen zu addieren sind. (Es kommt die Belshazzar-Formel zur Anwendung.) Es wird jedoch betont, dass diese Regel nur ein Anhaltspunkt sein kann.

- *Diagnose*
- *Schädigung*

Die Überschriften im Guide Barème ähneln sehr stark jenen, die in der Klassifikation ICIDH-1 für die Liste der Schädigungen verwendet werden. Allerdings werden auf dem Formular, das der behandelnde Arzt oder ein anderer Arzt für sein medizinisches Gutachten benutzt, andere Überschriften verwendet. (Das medizinische Gutachten ist wichtig: Zwei Drittel der Antragsteller werden nicht noch einmal ärztlich untersucht.)

Folgende Überschriften werden im medizinischen Gutachten verwendet:

Intellektuelle Schädigungen und/oder psychische Probleme und/oder Verhaltensstörungen
Schädigungen im Zusammenhang mit Epilepsie
Gehörschäden
Sprachschäden
Sehschäden
Kardiorespiratorische Schäden
Schädigungen des Verdauungssystems
Schädigungen des Harnsystems
Stoffwechselstörungen oder Enzymdefekte
Bluterkrankungen und Störungen des Immunsystems
Muskel-Skelett-Erkrankungen
Entstellende Schädigungen

- Standardisierte Beschreibungen der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten

- Standardisierte Beschreibungen des Alltagslebens

Im medizinischen Gutachten sind die Folgen der Schädigungen im Hinblick auf die Bereiche eines autonomen Lebens beschrieben und in Kategorien unterteilt: A (kann die Handlungen/Aufgaben vollständig, gewohnheitsmäßig und korrekt erledigen), B (kann die Handlungen/Aufgaben teilweise, nicht gewohnheitsmäßig, nicht korrekt erledigen) oder C (kann die Handlungen/Aufgaben gar nicht erledigen). Es werden folgende Bereiche genannt:

Folgerichtigkeit: kann sich logisch und verständlich unterhalten und verhalten
Orientierung: weiß die Zeit, Intervalle innerhalb eines Tages und den Ort
Körperpflege
Ankleiden
Nahrungsaufnahme: kann eine zubereitete Mahlzeit essen
Kontinenz
Bewegungsabläufe: kann aufstehen, sich hinlegen und sich hinsetzen
Mobilität innerhalb des Hauses: mit oder ohne Gehstock, Rollator oder Rollstuhl
Mobilität außerhalb des Hauses: kann ohne Transportmittel das Haus verlassen
Fern-Kommunikation: kann ein Telefon, Pieper oder Alarmgerät benutzen

Diese Überschriften sind genauer und spezifischer und mehr auf die konkreten Tätigkeiten ausgerichtet als die Überschriften im Guide Barème, bei denen es um Orientierung, Verhalten, Kommunikation, Autonomie und soziale Beziehungen geht. Der Guide Barème enthält in einigen Abschnitten außerdem eine detailliertere Einstufung als die Kategorien A, B und C.

- Für den Betreffenden spezifische berufliche Fähigkeiten oder Anforderungen

Im ersten medizinischen Gutachten werden auch die Folgen der Beeinträchtigung in Bezug auf die Fähigkeit des Betreffenden erläutert, seine gegenwärtige Arbeit zu verrichten, wobei die Vorkehrungen am Arbeitsplatz, die Arbeitszeiten, Schwierigkeiten, Mobilität und Fehlzeiten erwähnt werden.

Der Guide Barème enthält weder spezifische, auf die betreffende Person bezogene Punkte noch allgemeine Punkte, bei denen es um den Beschäftigungsbereich geht. Es gibt wenig Anhaltspunkte dafür, wie bei COTOREP darüber entschieden wird, ob jemand, der als zu

50-79 % behindert eingestuft ist, aufgrund seiner Behinderung keine Arbeit finden kann. Eine Studie aus dem Jahr 1999 zeigt, dass bei Menschen mit einem höheren Grad der Behinderung (8/10 der zu 70 %, aber nur 4/10 der zu 50 % Behinderten) eher davon ausgegangen wird, dass sie keine Arbeit finden werden (Colin et al., 1999, S. 6). Ältere Frauen gehören zu den Gruppen, bei denen es recht unwahrscheinlich erscheint, dass sie eine Arbeit finden.

Institutionelle Strukturen und Personal

Für die Invaliditätsrente trifft der médecin conseil eine medizinische Feststellung. Die endgültige Entscheidung liegt dann auf der Grundlage dieser Orientierungshilfe beim médecin contrôleur der Caisse Régionale d'Invalidité. Gesundheitsversorgung und Geldleistungen sind integriert: Die CPAM und ihr regionaler Partner sind dafür verantwortlich, die bei den behandelnden Ärzten entstehenden Kosten der Gesundheitsversorgung sowie die Kosten der Geldleistungen zu kontrollieren, die aufgrund ihrer Empfehlungen in Bezug auf eine Wiederaufnahme der Arbeit entstehen.

Die Bewertung durch COTOREP basiert auf einer Auslegung des ICIDH-1-Konzepts der Behinderung. Im Grunde wird bei der Bewertung das Augenmerk auf die Schädigungen des „gesamten Menschen" gelegt und dann eine als Orientierungshilfe gedachte Empfehlung ausgesprochen (allgemeiner Arbeitsmarkt, geschützte Werkstätten usw.). Medizinisch ausgebildete Gutachter sind gemeinsam mit Arbeitspsychologen, Sozialarbeitern und Arbeitsmarktexperten für diese Bewertungen zuständig. Das Fachleuteteam unterbreitet seine Vorschläge einer Laienkommission, der Vertreter der Sozialpartner, des Gesundheits-, Beschäftigungs- und Pflegebereichs sowie von Behindertenorganisationen angehören. Das Arbeitsgesetz sieht vor, dass ein behinderter Mensch seinen Fall persönlich vortragen und die mögliche Entscheidung mit der Kommission erörtern kann.

In der Praxis finden solche Kommissionstreffen inzwischen ziemlich selten statt, und die behinderten Menschen treten öfter bei Widerspruchsverfahren als bei der Erstentscheidung in Erscheinung. Des Weiteren untersucht der COTOREP-Arzt oder der im Namen von COTOREP handelnde Arzt den Antragsteller nur in ungefähr einem Drittel der Fälle. Vielfach wird daher auf der Grundlage der ärztlichen Unterlagen entschieden.

COTOREP ist in zwei Bereiche gegliedert, wobei sich der erste mit der beruflichen Ausrichtung und der Zuerkennung des Status travailleur handicapé befasst; beim zweiten geht es um Sozialleistungen wie der AAH. Auf dem Antragsformular gibt der Antragsteller an, ob er an Beschäftigungsmaßnahmen (insertion professionnelle) oder an Geldleistungen oder an einer carte d'invalidité interessiert ist. In den Anmerkungen wird darauf hingewiesen, dass man sich bei der Beantragung von Geldleistungen oder eines Ausweises weder an den ersten Bereich zu wenden hat noch eine Bewertung als beeinträchtigter Arbeitnehmer durchlaufen haben muss. Die Koordination zwischen den beiden Bereichen ist begrenzt; der erste untersteht traditionell dem Beschäftigungsministerium, der zweite dem Sozialministerium. Zwar wurden diese beiden Ministerien 1997 (zum Ministère de l'emploi et de la solidarité) zusammengefasst, doch sind die getrennten Bereiche auf Abteilungsebene erhalten geblieben. Für die AAH ist das recht wichtig, wo der zweite Bereich für die Bewertung zuständig ist, obwohl die Anspruchsberechtigung von Menschen, die als zu 50-80 % behindert eingestuft sind, von der Bewertung ihrer Beschäftigungsaussichten abhängt.

Durchlässigkeit von Grenzen: Alter, soziale Benachteiligung

Die pension d'invalidité ist zahlbar an Personen im Alter zwischen 20 und 60 Jahren; im Alter von 60 Jahren werden die Begünstigten an das System der Altersrente verwiesen (régime de la Pension Vieillesse). Wer über 60 Jahre alt ist und erwerbsunfähig wird, kann eine Form gesundheitsbezogenen Vorruhestands in Anspruch nehmen (viele mit vollständigem Versicherungsverlauf können ohnehin mit 60 in Rente gehen). Voraussetzung für eine retraite anticipée pour inaptitude au travail ist eine um mindestens 50 % geminderte Erwerbsfähigkeit und (für die zu diesem Zeitpunkt Erwerbstätigen) eine Feststellung, dass eine Fortsetzung der Berufstätigkeit ihrer Gesundheit schaden würde. Zu beachten ist, dass sich diese Leistung auf die Berufsunfähigkeit (Untauglichkeit), und nicht auf das allgemeine Konzept der Erwerbsunfähigkeit bezieht, das bei der Verwaltung langfristig zu zahlender Krankengelder und Invaliditätsleistungen angewandt wird.

Seit 1999 werden die Bezieher von AAH ebenso mit 60 Jahren an das Altersrentensystem verwiesen.

Seit dem Jahr 2000 können erwerbstätige beeinträchtigte Arbeitnehmer mit 57 Jahren zu Sonderbedingungen in Rente gehen.

DEUTSCHLAND

Maßnahmen

Die wichtigste Maßnahme zur Einkommenssicherung für Menschen mit geminderter Erwerbsfähigkeit in Deutschland ist die Erwerbsminderungsrente EMR. Es ist dies eine beitragsfinanzierte Versicherungsleistung. Außerdem können Menschen mit Behinderungen Sozialhilfe beziehen, doch geht es bei der Feststellung der Behinderung zu Sozialhilfezwecken eher um Pflege- und Mobilitätsbedürfnisse als um die Erwerbsunfähigkeit.

Zu treffende Entscheidung

Die EMR ist zahlbar an Menschen, deren Fähigkeit, ihren Lebensunterhalt zu verdienen, infolge von „Krankheit oder Behinderung vollständig oder teilweise gemindert ist".

Eine vollständige Erwerbsunfähigkeit ist definiert als die Unfähigkeit, mehr als drei Stunden am Tag zu arbeiten; eine geminderte Erwerbsfähigkeit sieht eine Restarbeitsfähigkeit von 3 bis 6 Stunden pro Tag vor.

Erlangen des Erwerbsunfähigkeitsstatus; die Pflichten des Arbeitgebers; Rehabilitation
Wenn ein Berufstätiger krank wird, hat er eingangs Anspruch auf Lohnfortzahlung von sechs Wochen durch den Arbeitgeber. Danach geht die Verantwortung auf die Krankenkassen (KK) über, die für einen Zeitraum von bis zu 78 Wochen 80 % des Einkommens zahlen. Die KK können verlangen, dass der Kranke während dieser Frist EMR beantragt, wenn sie seinen Gesundheitszustand als langfristig betrachten; der Kranke hat dafür dann 10 Wochen Zeit. Die KK finanzieren die medizinische Rehabilitation und tragen die Kosten der Gesundheitsversorgung.

Die KK bewerten die Arbeitsunfähigkeit, d. h. die Bewertung wird auf die letzte Arbeit/den letzten Arbeitsplatz des Betreffenden bezogen. Im Gegensatz dazu wird bei Beantragung von EMR die Unfähigkeit des Betreffenden, seinen Lebensunterhalt zu verdienen, bewertet

(Erwerbsunfähigkeit), d. h. bei der Bewertung geht es um die allgemeine Arbeitsfähigkeit bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt.

Ein Antrag auf EMR wird als Antrag auf Rehabilitation behandelt, und es müssen vor der Bewilligung langfristiger Leistungen Rehabilitationsmöglichkeiten geprüft werden.

In Grunde sollte ein Berufstätiger, dessen Arbeitsfähigkeit abnimmt, ohne dass der Ausbruch einer kritischen Krankheit die Einstellung der Arbeit zur Folge hat, von den Reha-Diensten der Rentenkassen unterstützt werden (die KK sind möglicherweise nicht beteiligt).

Bewertung

- Diagnose

Die Krankschreibung erfolgt durch den behandelnden Arzt (niedergelassener Arzt oder Krankenhausarzt). Bei Beantragung von EMR erstellt der behandelnde Arzt einen Bericht mit der Diagnose, den aktuellen Beschwerden, dem Hintergrund der Erkrankung, der gegenwärtigen Behandlung, den Ergebnissen der medizinischen Untersuchungen sowie anderen medizinischen Erkenntnissen (Gewicht, Größe, Blutdruck, Testergebnisse usw.) sowie der Krankengeschichte und der Dauer der Krankheit.

Sollte der Medizinische Dienst der Rentenkasse beschließen, dass eine Untersuchung des Antragstellers erforderlich ist, wird ein medizinisches Gutachten in Auftrag gegeben, in dem die Diagnose überprüft werden kann. Die Diagnose ist in diesem medizinischen Gutachten gemäß ICD-10 kodiert, wobei es einen zusätzlichen Kode für die Symptome des Zustands gibt, d. h. ob er chronisch oder wiederkehrend ist usw.

- Schädigung

Das Berichtsformular für den behandelnden Arzt bietet Platz für die Beschreibung „funktioneller Beeinträchtigungen“, doch gibt es keine Liste, aus der hervorgeht, was darunter zu verstehen ist.

Medizinische Gutachten, die von den Versicherungen in Auftrag gegeben werden, enthalten ebenfalls eine offene Überschrift für funktionelle Beeinträchtigungen und spezifische Überschriften, wo eingetragen werden kann, ob der Betreffende taub, blind, geistig behindert, Rollstuhlfahrer usw. ist.

- Standardisierte Beschreibungen des Arbeitslebens

Das medizinische Gutachten der Kasse umfasst eine „sozialmedizinische Bewertung“, in deren Rahmen die Fähigkeiten einer Person bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt festgestellt werden. Dieses Leistungsbild enthält so genannte positive und negative Elemente.

Zu den positiven Elementen gehört eine Bewertung der Fähigkeit:

schwere/mittelschwere/ leichte bis mittelschwere/leichte Arbeit zu verrichten
zu stehen, zu sitzen, zu gehen - ständig/zeitweise
Schichten - Tages-/Spät- oder Nachtschicht - zu arbeiten.

Zu den negativen Elementen gehört eine Bewertung:

der medizinischen/psychologischen Fähigkeit, eine Arbeit zu verrichten, die Konzentration, Anpassungsfähigkeit, Flexibilität, Reaktionsvermögen, Publikumsverkehr verlangt.

der sensorischen Fähigkeiten: Sehen, Hören, Sprechen.
der Haltung und Beweglichkeit: Benutzung der Hände, Bücken, Treppensteigen, das Tragen von Lasten.

Die Bewertung macht auch auf Bedingungen aufmerksam, die für den Betreffenden gefährlich wären: Nässe, Zugluft, Temperaturschwankungen, Allergene, Lärm, häufig wechselnde Arbeitszeiten.

Es ist zu beachten, dass es gewisse Überschneidungen mit den standardisierten Beschreibungen der körperlichen und geistigen Fähigkeiten geben kann, die in den Systemen anderer Länder vorhanden sind. Es ist nicht ganz klar, aus welchem logischen Grund die Unterteilung in „positive" und „negative" Elemente vorgenommen wird. Die positiven Elemente könnte man als mögliche Standard-Arbeitsbedingungen betrachten, während die negativen Elemente wohl eine ganze Reihe von Arbeitsplatzanforderungen betreffen, die einen Bezug zu den Problemen eines Menschen haben können.

Diese Bewertung schließt mit der Stellungnahme des Arztes dahingehend, wie viele Stunden der Betreffende arbeiten könnte, wobei jedoch die Zeitkategorien bei anteiliger und ungekürzter EMR nicht identisch sind.

Der medizinische Sachverständige, der eine kurze Empfehlung hinsichtlich der medizinischen Anspruchsberechtigung abgibt, verwendet detaillierte Anhaltspunkte, die die Auswirkungen der medizinischen Zustände auf die potenzielle Leistungsfähigkeit des Betreffenden am Arbeitsplatz beschreiben. Erhebliches Gewicht wird auf eine Folgerichtigkeit zwischen der diagnostischen Schilderung des medizinischen Zustands einer Person und der Beschreibung der Beeinträchtigungen des Betreffenden am Arbeitsmarkt gelegt, wofür diese Anhaltspunkte verwendet werden.

- Für den Betreffenden spezifische berufliche Fähigkeiten oder Anforderungen

Auf dem Antragsformular schildert der Antragsteller seinen schulischen und beruflichen Werdegang. Der Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit wird im Vergleich zu den Einnahmen einer ähnlichen Person ohne beeinträchtigenden Zustand bewertet.

Wenn die medizinische Bewertung auf eine geminderte Erwerbsfähigkeit hinweist, muss die Kasse nachweisen, dass eine geeignete Arbeit vorhanden ist; andernfalls sind die ungekürzten Leistungen zu zahlen. Gegenwärtig sind Teilzeitstellen dem Vernehmen nach sehr knapp (der Teilzeitarbeitsmarkt ist „zu"), so dass im Allgemeinen die volle Rente gezahlt wird. Diese Praxis entspricht einem maßgeblichen Beschluss des Sozialgerichts.

Institutionelle Strukturen und Personal

Das deutsche System ist durch die Einbeziehung hoch qualifizierter Fachleute und die Erhebung vieler Informationen geprägt. Der Bewertungsprozess ist oft langwierig. Die Integration von Gesundheitsversorgung und Geldleistungen hat zur Folge, dass die zwecks Bewilligung von Geldleistungen an der Bewertung Beteiligten weitere medizinische Verfahren und Tests verlangen können.

Allerdings ist das System auch durch eine komplexe Aufteilung der Zuständigkeiten für die medizinische und die berufliche Rehabilitation zwischen den KK, den Rentenkassen und dem Arbeitsamt gekennzeichnet. Verschiedene staatliche Maßnahmen haben eine bessere Koordination zwischen diesen Stellen erforderlich gemacht. Die jüngste Initiative ist die

Einrichtung „gemeinsamer Servicezentren“, die behinderte Menschen über die Förderkriterien aufklären und die zuständige Kasse für die Organisation und Finanzierung der Rehabilitation ermitteln.

Rein technisch liegt die endgültige Entscheidung über die EMR bei einem Experten für Verwaltungsrecht, doch wird die medizinische Bewertung fast immer akzeptiert. Der Verwaltungsbeamte stellt die Frage, ob angemessene Stellenangebote für die Bezieher anteiliger Renten vorhanden sind (siehe oben zum Thema Teilzeitarbeitsmarkt).

Der medizinische Sachverständige, der die Gesamtentscheidung über die medizinische Anspruchsberechtigung formuliert, hat potenziell Zugang zu einer umfassenden Datei mit medizinischen Gutachten, trifft den Antragsteller jedoch nicht persönlich. Großes Gewicht wird durch die Dokumentation der medizinischen Entscheidungsgrundlage sowie durch die Verwendung der Anhaltspunkte, die in Anbetracht der Entscheidungen des Sozialgerichts regelmäßig aktualisiert werden, auf eine einheitliche Entscheidungsfindung gelegt.

Durchlässigkeit von Grenzen: Alter, soziale Benachteiligung.

Vorruhestandsregelungen: Arbeitnehmer mit ausreichendem Versicherungsverlauf können vor Erlangung des offiziellen Rentenalters von 65 Jahren in Rente gehen, und zwar Männer mit 63 und Frauen mit 60 Jahren. Arbeitnehmer, die ein Jahr lang arbeitslos waren, können sich mit 60 Jahren berenten lassen.

Wie oben feststellt, kann der EMR-Bewertungsprozess langwierig sein, und es werden Rehabilitationsmaßnahmen neben medizinischen Fragen geprüft. Dieser Prozess reagiert offenbar flexibel auf unterschiedliche Bedürfnisse und Umstände der Antragsteller. Jedoch geht die interne Flexibilität mit institutioneller Rigidität einher, wobei die Fragen zur Aufteilung von Verantwortung und Kompetenz unter den verschiedenen Stellen ungelöst sind. Diese institutionelle Aufteilung führt zu Grenzverläufen, die es vielleicht schwierig machen zu erklären, wie die Zahl der Bezieher von EMR begrenzt wird.

GRIECHENLAND

Maßnahmen

In Griechenland sind die wichtigsten Maßnahmen für Menschen, die aufgrund von Invalidität nicht arbeitsfähig sind:

- die Arbeitnehmerrentensysteme, einschließlich des allgemeinen Systems IKA sowie der Systeme für die Beschäftigten des öffentlichen Sektors;
- Versicherungssysteme für Landwirte und Selbständige, die einen großen Anteil am griechischen Arbeitsmarkt stellen;
- nicht beitragsfinanzierte Sozialunterstützung für nicht arbeitsfähige Menschen mit besonderen Bedürfnissen sowie Sonderprogramme für besondere medizinische Zustände.

Die verschiedenen Versicherungssysteme erstrecken sich auch auf Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Die Bestimmung des Grades der Behinderung erfolgt bei diesen Maßnahmen auf die gleiche Art und Weise: Unterschiede gibt es in Bezug auf die Beitragsverläufe, die notwendig sind, um eine Rente zu beziehen, und in den Bestimmungen über die Erzielung anderer Einkommen zusätzlich zur Rente. Außerdem stellen die

Gesundheitsausschüsse, die den Grad der „medizinischen“ Behinderung festlegen (siehe weiter unten), auch fest, ob ein ausreichender Zusammenhang zwischen dem Arbeitsplatz und der Verletzung/Erkrankung und/oder der daraus folgenden Schädigung vorhanden ist, um auf für Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten bestimmte Maßnahmen Anspruch zu haben.

Zu treffende Entscheidung

Das wichtigste Versicherungssystem ist die Arbeitnehmerversicherung IKA. IKA sieht vor:
- Teilinvalidität (50-<67 %)
- Invalidität (67-<80 %)
- Schwerinvalidität (80 %+),

während die anderen Versicherungssysteme nur Invalidität kennen (67 %+).
Im Rahmen des IKA-Systems erhält ein als zu 100 % invalide eingestufter Mensch eine Extrabeihilfe in Höhe von 50 %, um die Pflege durch einen anderen zu bezahlen.

Die Legaldefinitionen der Invalidität beziehen sich bei IKA auf die Erwerbsfähigkeit als Grundlage unterschiedlicher Invaliditätsgrade, d. h.
- Schwerinvalidität (80 %+): Der Betreffende ist nicht in der Lage, mit einer seinen Stärken, Fertigkeiten und seiner Bildung entsprechenden Arbeit mehr als 20 % dessen zu verdienen, was ein vergleichbarer gesunder Mensch verdienen könnte;
- Invalidität (67 %+): Der Betreffende ist nicht in der Lage, mit einer seinen Stärken, Fertigkeiten und seiner Bildung entsprechenden Arbeit in seinem üblichen Beruf mehr als ein Drittel dessen zu verdienen, was ein vergleichbarer gesunder Mensch in derselben Berufskategorie verdienen könnte;
- Teilinvalidität (50 %+): Der Betreffende ist nicht in der Lage, mit einer seinen Stärken, Fertigkeiten und seiner Bildung entsprechenden Arbeit in seinem üblichen Beruf mehr als die Hälfte dessen zu verdienen, was ein vergleichbarer gesunder Mensch in derselben Region und derselben Berufskategorie verdienen könnte.

Jedoch trotz der Bezugnahme auf die Erwerbsfähigkeit und der Anpassung der unterschiedlichen Invaliditätsgrade an unterschiedliche Kriterien hinsichtlich Beruf und Region scheint die tatsächliche Bewertung sehr stark medizinischen Kriterien zu unterliegen.

Erlangen des Erwerbsunfähigkeitsstatus; die Pflichten des Arbeitgebers; Rehabilitation
IKA sieht Krankengeld für Versicherte bei vom behandelnden Arzt bescheinigten Krankheiten vor.

Bewertung

- Diagnose

Die Feststellung ist bei IKA in zwei Teile gegliedert: die „medizinische“ Invalidität, die sich auf die Feststellung des medizinischen Zustands sowie des Grads und der Dauer der Schädigung bezieht, und die „versicherungstechnische“ Invalidität, bei der es um die Bewertung der Minderung der Erwerbsfähigkeit geht. Die Feststellung der medizinischen Invalidität obliegt den Gesundheitsausschüssen. Gegen ihre Entscheidung kann bei einem Höheren Gesundheitsausschuss Widerspruch eingelegt werden, sie muss aber von den Versicherungsbehörden akzeptiert werden.

Es gibt eine Vielfalt spezifischer Maßnahmen („Abkürzungen“) für bestimmte Diagnosen und Zustände, z. B. bei IKA (die Akkumulation ausreichender Arbeitstage vorausgesetzt): Paraplegie und Tetraplegie, Thalassämie (Mediterrananämie), Blindheit.

Bei der Sozialunterstützung gibt es Sondermaßnahmen für Blinde, Menschen mit spastischer Enzephalopathie, Thalassämie oder AIDS, Hansen'scher Krankheit, für Taubstumme, Menschen mit Paraplegie und Tetraplegie, schwerer geistiger Behinderung (IQ < 30) usw. Innerhalb der allgemeinen Unterstützungsmaßnahmen für jene, die ein vom Zertifizierungsausschuss ausgestelltes Attest besitzen (siehe unten), gibt es eine „Abkürzung" für Menschen mit Nierenerkrankungen und Diabetes.

- Schädigung

Der Leitfaden für die Bewertung des Grades der Behinderung (1993) wird von den Gesundheits- und Zertifizierungsausschüssen benutzt. Er enthält Zahlenwerte und Spannen für die Bestimmung des Behinderungsgrades, der sich aus spezifizierten medizinischen Zuständen ergibt. Er ist auf der Grundlage medizinischer Fachrichtungen in Kapitel unterteilt:

Innere Medizin
Haut und Unterhaut
Psychiatrie und Neurologie
Orthopädie
Hals-Nasen-Ohren
Chirurgie
Augen und Augenanhangsgebilde
Berufskrankheiten

Die Kapitel sind entsprechend verschiedenen diagnostischen Überschriften gegliedert. In einigen Fällen, z. B. Verletzungen der Gliedmaßen (Muskel-Skelett-Schädigungen) und Augen-/Sehprobleme, werden detaillierte Zahlenwerte für die genaue Messung des Invaliditätsgrades genannt.

- Für den Betreffenden spezifische berufliche Fähigkeiten oder Anforderungen

Dem Leitfaden zufolge kann bei der Feststellung des Invaliditätsgrades die Arbeit berücksichtigt werden, die der Betreffende normalerweise verrichtet, z. B. ob es sich um Hand- oder Kopfarbeit handelt. Es wird festgestellt, dass die Ausübung einiger spezifischer Berufe durch spezifische Schädigungen beeinträchtigt ist, z. B. der Beruf des Fahrers oder Anstreichers bei Verlust des Farbunterscheidungsvermögens. Bei den im Zusammenhang mit IKA zu treffenden Feststellungen muss der Ausschuss den Grad des Verlustes seit Beginn der Arbeit/Versicherung bewerten. Auf diese Weise können besondere berufliche Folgen berücksichtigt werden. Das heißt auch, dass zuvor (z. B. von Kindheit an) bestehende Zustände nicht in einen hohen Invaliditätsgrad resultieren.

- Für den Betreffenden spezifische persönliche und soziale Umstände

Laut einigen Teilen des Leitfadens kann der Ausschuss auch Folgendes berücksichtigen:
individuelle Merkmale, wie Alter und Geschlecht: z. B. sind im Leitfaden je nach Alter unterschiedliche Grade für Schädigungen der oberen Gliedmaßen angegeben;
Bildung: bei der Bewertung der geistigen Behinderung berücksichtigt der Ausschuss auch den erreichten Schulabschluss;
soziale Faktoren: Auswirkungen auf die soziale Eingliederung, die sozialen Zusammenhänge und die Autonomie werden an spezifischen Stellen erwähnt (z. B. Drogensucht, Mobilitätsbeeinträchtigungen).

Außer dass die Versicherung diese Faktoren bei der Feststellung der „medizinischen“ Invalidität berücksichtigt, kann sie den vom Gesundheitsausschuss festgestellten Invaliditätsgrad um bis zu 17 % heraufsetzen (um den Arbeitsmarktfaktoren und anderen Faktoren Rechnung zu tragen).

Institutionelle Strukturen und Personal

Die IKA-Gesundheitsausschüsse (die über die „medizinische“ Behinderung entscheiden) sind von den Gesundheitsausschüssen anderer Versicherungen und von den Zertifizierungsausschüssen getrennt, die das Gesundheits- und Sozialministerium für die Verwaltung des Behindertenausweises und ähnlicher Maßnahmen, einschließlich der Sozialunterstützung, eingerichtet hat. Es kann jedoch ein und derselbe Arzt in mehreren Ausschüssen vertreten sein und in einigen Fällen nutzen andere Versicherungen diese IKA-Ausschüsse.

Durchlässigkeit von Grenzen: Alter, soziale Benachteiligung

Die Altersrente beginnt bei Männern mit 65, bei Frauen mit 60 Jahren (wobei das Eintrittsalter bei Letzteren steigt).

Es gibt verschiedene Vorruhestandsregelungen für Arbeitnehmer mit ausreichendem Beitragsverlauf, ebenso für jene, die Schwerarbeit oder ungesunde Arbeiten verrichtet oder in der Baubranche gearbeitet haben. Für Arbeitnehmer, die der Versicherung erst nach dem 1.1.1993 beigetreten sind, gelten andere Bestimmungen.

Zwar ist es Selbständigen und Landwirten erlaubt, dem Versicherungssystem beizutreten, doch lässt der hohe Anteil der Erwerbsbevölkerung ohne Arbeitnehmerstatus in Griechenland darauf schließen, dass viele nicht versichert sind und statt dessen von Sozialunterstützung abhängig sein dürften. Es gibt kein allgemeines Sozialunterstützungssystem in Griechenland. Sozialunterstützung wurde traditionell nur Menschen mit bestimmten spezifizierten medizinischen Zuständen gewährt. Einige Elemente eines allgemeineren Behindertensystems wurden mit den Gesetzen von 1989 und 1995 eingeführt, doch konzentriert sich die Versicherungsdeckung eher auf besondere Bedürfnisse als auf ein wegen Arbeitsunfähigkeit fehlendes Einkommen.

IRLAND

Maßnahmen

In Irland gibt es zwei einkommenssichernde Leistungen für Menschen, deren Arbeitsfähigkeit durch Krankheit oder Schädigung dauerhaft gemindert ist: eine beitragsfinanzierte Invaliditätsrente und eine nicht beitragsfinanzierte, auf einer Bedürftigkeitsprüfung basierende aufgrund von Behinderung gezahlte Beihilfe (Disability Allowance). Das kurzfristig gezahlte beitragsfinanzierte Krankengeld (bis zu einem Jahr zahlbar) heißt zurzeit Behindertengeld (Disability Benefit). Es gibt einen Vorschlag, diese Leistung in Krankengeld (Sickness Benefit) umzubenennen und auch ein nicht beitragsfinanziertes Krankengeld einzuführen, doch wurde dieser Vorschlag bislang nicht umgesetzt.

Zu treffende Entscheidung

Die über das Vorliegen einer Behinderung zu treffende Entscheidung sieht bei jeder dieser Leistungen etwas anders aus, obwohl die Bewertungsverfahren sehr ähnlich sind. Für die Invaliditätsrente muss der Antragsteller seit mindestens einem Jahr ständig arbeitsunfähig gewesen sein (und kurzfristiges Behindertengeld erhalten haben) oder dauerhaft arbeitsunfähig sein oder über 60 Jahre alt sein und an einer schweren Krankheit oder Beeinträchtigung leiden. (Daher kann die Invaliditätsrente an Menschen mit sehr ernstem Zustand oder an über 60-Jährige mit schweren Krankheiten oder Beeinträchtigungen gezahlt werden, ohne dass in den dazwischen liegenden 12 Monaten durchgehend Behindertengeld bezogen worden sein muss.)

„Arbeitsunfähig" heißt, aufgrund einer spezifischen Krankheit oder körperlichen oder geistigen Behinderung unfähig zu sein zu arbeiten oder als in diesem Sinne unfähig zu gelten. Es gibt keine Teilrenten.

Für die Beihilfe Disability Allowance muss der Betreffende „medizinisch geeignet" sein (und eine Bedürftigkeitsprüfung bestehen). Jemand ist medizinisch geeignet, wenn er „eine Verletzung, Krankheit oder ein Leiden oder eine körperliche oder geistige Behinderung [hat], die seit mindestens einem Jahr anhält oder voraussichtlich mindestens ein Jahr anhalten wird. Als Folge dieses Zustands ist der Betreffende bei der Verrichtung einer Arbeit, die ansonsten für eine Person seines Alters, mit seiner Erfahrung und Qualifikation geeignet wäre, wesentlich beeinträchtigt."

Diese Definitionen sind im Leitfaden für die medizinische Prüfung und Bewertung MRA (Medical Review and Assessment) wiedergegeben, doch findet sich kein Hinweis darauf, wie weit die Entscheidung in der Praxis aufgrund der unterschiedlichen Formulierung der Zustände abweichen kann. Es wird für die verschiedenen Leistungen das gleiche MRA-Formular verwendet.

Erlangen des Erwerbsunfähigkeitsstatus; die Pflichten des Arbeitgebers; Rehabilitation

Behindertengeld wird nach drei „Wartetagen" nach Krankmeldung eines Arbeitnehmers gezahlt. Es gibt kein vom Arbeitgeber zu zahlendes gesetzliches Krankengeld, doch können sich die Arbeitgeber auf der Grundlage von Tarifverträgen oder von mit den Beschäftigten geschlossenen Einzelverträgen zur Zahlung von Krankengeld oder zur Lohnfortzahlung im Krankheitsfall verpflichten. Per Gesetz sind die Arbeitgeber nicht verpflichtet, einem kranken Mitarbeiter die Rückkehr an den Arbeitsplatz zu erleichtern. Die Frage, ob das im Employment Equity Act (1998) niedergelegte Verbot der Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen solche Pflichten impliziert, wurde in der Praxis bisher nicht überprüft. Der Bezug von Behindertengeld ebnet den Weg zum Bezug einer Invaliditätsrente (siehe oben).

Die aufgrund von Behinderung gezahlte nicht beitragsfinanzierte Beihilfe (Disability Allowance), die im Oktober 1996 eingeführt wurde und den von den Health Boards gezahlten Unterhalt für Menschen mit Behinderungen (Disabled Person's Maintenance Allowance) abgelöst hat, beginnt mit einem Attest des behandelnden Arztes des Antragstellers, der hier als „medical certifier", also in etwa als medizinische Urkundsperson, fungiert. Auf dem Antragsformular werden vom Arzt die Diagnose, die Krankengeschichte und die aktuelle Behandlung angegeben. Außerdem übernimmt der Arzt die oben beschriebene funktionelle Bewertung (geistige Gesundheit, Lernfähigkeit, Bewusstsein usw.). Dem Antrag kann zunächst auf der Grundlage dieser Informationen stattgegeben werden. Nach einigen Monaten wird der Antrag dann unter Anwendung des gleichen MRA-Verfahrens wie für das Behindertengeld/die Invaliditätsrente erneut geprüft.

Bewertung

- Diagnose

Bei einem mit Krankheit beginnenden Antrag bescheinigt der behandelnde Arzt des Antragstellers zunächst die Arbeitsunfähigkeit (vorausgesetzt dieser Arzt ist auf der Grundlage der Social Welfare Acts als medical certifier zugelassen). Der Arzt wird gebeten, die Arbeitsunfähigkeit näher zu erläutern, und zwar in Form einer medizinischen Diagnose oder einer Beschreibung der Symptome. Auf dem Formular für die Erstkrankschreibung befindet sich eine Liste allgemeiner Zustände -Bauchschmerzen, Bruch, Herzprobleme usw. - und Platz genug, damit der Arzt den Zustand genau benennen kann. Die Beamten der Ministeriums für Soziales, Gemeinschafts- und Familienangelegenheiten kodieren den Zustand und vergeben ein dem Kode entsprechendes Weiterleitungsdatum. Bei Fortbestehen des Anspruches wird der Antrag zur medizinischen Bewertung weitergeleitet.

Der vom Arzt des Antragstellers angegebene Zustand wird als „zertifizierte Unfähigkeitsursache“ (CCI) bezeichnet. Im Leitfaden zum MRA-System (siehe unten) heißt es, dass der medizinische Gutachter „das Vorhandensein der CCI nicht in Frage stellt“; statt dessen bewertet er den Grad der Minderung der Funktionsfähigkeit bei arbeitsbezogenen Tätigkeiten und die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Antragstellers. Allerdings umfasst das MRA-Formular die Rubrik „systemische Prüfung und medizinische Untersuchung“, wo der Arzt den allgemeinen Gesundheitszustand des Betreffenden in Bezug auf verschiedene medizinische Bereiche (geistige Gesundheit, Neurologie, Atemwege, Blutkreislauf, Ernährung usw.) beschreibt und die „relevanten klinischen Erkenntnisse“ zusammenfasst.

- Standardisierte Beschreibungen der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten

Die medizinische Überprüfung und Bewertung (MRA) wird von medizinischen Gutachtern durchgeführt. Der medizinische Gutachter erfasst die medizinische und chirurgische Geschichte des Antragstellers, wobei er sich auf die für die CCI wichtigen Aspekte konzentriert. Ferner vermerkt er seinen beruflichen Werdegang sowie seine schulischen und beruflichen Qualifikationen, und er notiert die Stellungnahme des Antragstellers selbst betreffend seinen medizinischen Zustand und dessen Folgen für „die Verrichtung normaler Tätigkeiten des täglichen Lebens/berufsbezogener Tätigkeiten“. Der Gutachter legt daraufhin eine „klinische Beschreibung“ der Auswirkungen seines Zustands in Bezug auf folgende Funktionsbereiche vor:
Geistige Gesundheit
Lernfähigkeit
Bewusstsein
Gleichgewichtssinn
Sehfähigkeit
Hörvermögen
Sprachfähigkeit
Kontinenz
Reichweite
Heben/Tragen
Manuelle Geschicklichkeit
Bücken/Knien/Hocken
Sitzen
Stehen
Treppensteigen
Gehen

Für jeden Bereich werden die Auswirkungen des Zustands nach Kategorien angegeben: normal, schwach, mäßig, schwer, sehr schwer. Im Leitfaden heißt es ferner: „Sollte der Funktionsbereich keinen Zusammenhang mit der CCI oder einem anderen wesentlichen in der Krankengeschichte vermerkten Zustand aufweisen und ist keine große Abweichung festzustellen“, kann der Bereich als normal bezeichnet werden. Anders ausgedrückt, der Gutachter sollte keine Funktionsbeeinträchtigungen untersuchen, die nicht mit der CCI zusammenhängen. Im Leitfaden wird ferner darauf hingewiesen, dass sich der Gutachter seine Meinung weder „auf der Grundlage der Behauptungen des Antragstellers, in welcher Weise dieser beeinträchtigt ist, noch notwendigerweise anhand der während der Untersuchung gezeigten Leistungsfähigkeit [bilden sollte], sondern aufgrund seiner Einschätzung der medizinischen Vorgeschichte, der vorgelegten medizinischen Beweise und der einschlägigen klinischen Erkenntnisse.“

Im Leitfaden wird dem Gutachter geraten, für den Fall, dass seine Meinung von der des Antragstellers abweicht, was die Fähigkeiten des Antragstellers in den jeweiligen Funktionsbereichen anbelangt, beispielsweise Folgendes zu vermerken: „Die Symptome des Antragstellers lassen sich durch die objektiven klinischen Erkenntnisse nicht angemessen erklären“. Sind der Gutachter und der Antragsteller einer Meinung, sollte es heißen: „Die Erkenntnisse stimmen mit den Symptomen überein“.

Bei einem psychiatrischen Problem führt der Gutachter einen psychiatrischen Test in vier Bereichen durch:
Erledigung bestimmter Aufgaben
Alltagsleben
Bewältigung von Drucksituationen
Interaktion mit anderen Menschen.
Es gibt außerdem die vier im Vereinigten Königreich verwendeten Bereiche für die Bewertung von Geisteskrankheiten, und der Leitfaden für die Gutachter ist sehr ähnlich, insbesondere insofern, als viel Wert darauf gelegt wird, indirekt etwas über die geistige Gesundheit des Betreffenden zu erfahren, indem einschlägige Informationen über alltägliche Aktivitäten und Erfahrungen beschafft werden.

- Standardisierte Beschreibungen des Arbeitslebens

Der letzte Teil des MRA-Prozesses ist die „Bewertung der Arbeitsfähigkeit“. Wenn der Antragsteller länger als sechs Monate nicht mehr gearbeitet hat und kein Arbeitsplatz zur Verfügung steht oder wenn der Betreffende nie gearbeitet hat, überlegt der Gutachter, ob jener in der Lage ist, Tätigkeiten in einer der genannten Kategorien zu verrichten. In diese Kategorien fließen ein: die Schwere der Arbeit (leicht, mäßig, schwer) und das Fertigkeitsniveau (geringer/mittel/qualifiziert) - bei insgesamt neun Kategorien von A leicht/qualifiziert bis zu I schwer/geringer qualifiziert. Für jede Kategorie werden Beispiele angeführt (freie Berufe, Wissenschaftler... bis zur Baubranche und zur Müllabfuhr).

Der Gutachter sollte „in funktioneller Hinsicht“ beschreiben, warum der Antragsteller arbeitsfähig ist, z. B. „weil er längere Zeit ohne Probleme sitzen kann“, usw. Bei Arbeitsunfähigkeit genügt ein kurzer Verweis auf die funktionelle Bewertung.

Der Gutachter soll ferner angeben, ob es darüber hinaus einen nicht funktionellen behindernden Faktor gibt. Das bezieht sich auf „Zustände, die zwar die Fähigkeit des Antragstellers, eine der arbeitsbezogenen Tätigkeiten zu verrichten, nicht beeinträchtigen, aber dennoch als behindernd betrachtet werden können.“ Dazu gehören z. B. maligner Hypertonus, Herzrhythmusstörungen

usw. Es ist möglich, dass Zustände, die zu allgemeiner Müdigkeit und Erschöpfung führen, unter dieser Überschrift anerkannt werden könnten; es können auch Situationen anerkannt werden, wo sich der Zustand eines Menschen durch die Arbeit verschlechtern würde.

- Standardisierte Beschreibungen des Alltagslebens

Für die psychiatrische Bewertung (siehe oben) wird eine Schilderung der sozialen Aspekte des Alltagslebens des Antragstellers herangezogen.

Im Leitfaden für die medical certifiers (nicht die Gutachter, sondern die behandelnden Ärzte, die die Krankschreibung ausstellen) heißt es: „In den Fällen, in denen nicht die Aussicht auf eine baldige Rückkehr an den Arbeitsplatz besteht, sollte der certifier die Frage der Arbeitsfähigkeit eher in Bezug auf Arbeiten im Haus als in Bezug auf die frühere berufliche Tätigkeit untersuchen..."
„Das trifft insbesondere auf Personen zu, die sich während der Krankheit um ihren Haushalt selbst kümmern und in naher Zukunft wahrscheinlich nicht in ihren alten Beruf zurückkehren werden." Jedoch werden Hausarbeiten im Leitfaden für die Bewertung der Arbeitsfähigkeit innerhalb des MRA-Systems nicht erwähnt.

Institutionelle Strukturen und Personal

Die endgültige Entscheidung über den Leistungsanspruch trifft ein entscheidungsbefugter Behördenmitarbeiter, der sowohl die nicht medizinischen als auch die einschlägigen medizinischen Zustände berücksichtigt. Nicht medizinische Sachverständige sind an der Feststellung der Behinderung beteiligt („medizinische Anspruchsberechtigung" genannt).

Dem Leitfaden für medizinische Gutachter ist zu entnehmen, dass es sich bei dem Verhältnis zwischen der MRA-Bewertung und der Meinung des behandelnden Arztes (der wahrscheinlich als medical certifier für Krankengeld zugelassen ist) um eine sensible Angelegenheit handelt. Die Feststellung der Diagnose/CCI ist das Vorrecht des behandelnden Arztes des Antragstellers.

Medizinische Gutachter sind zugelassene Ärzte, arbeiten jedoch auf Vollzeitbasis beim Ministerium. Sie haben eine Sonderausbildung in der Evaluierung von Behinderungen (Human Disability Evaluation) absolviert.

Durchlässigkeit von Grenzen: Alter, soziale Benachteiligung

Die Invaliditätsrente kann nur Personen bewilligt werden, die das Rentenalter noch nicht erreicht haben, wird aber nach Erreichen des Rentenalters weiter gezahlt. Die Invaliditätsrente steigt für 65- bis 80-Jährige und dann wieder für die Altersgruppe 80+.

ITALIEN

Maßnahmen

Die Diskussion hier konzentriert sich auf den Assegno ordinario di invalidita (gewöhnlicher Invaliditätszuschuss), bei dem es sich um eine beitragsfinanzierte Beihilfe für Menschen handelt, deren Fähigkeit, weiterhin ihren früheren Beruf auszuüben, um 67 %+ gemindert ist. Darüber hinaus gibt es nicht beitragsfinanzierte Einkommenssicherungsmaßnahmen, vor allem die Pensione di inabilita, die Menschen erhalten, deren Arbeitsfähigkeit bezogen auf jegliche

berufliche Tätigkeit um 100 % gemindert ist, und den Assegno mensile, einen monatlichen Zuschuss für Menschen mit einer um mindestens 74 % geminderten Arbeitsfähigkeit. Die Bewertungen im Zusammenhang mit diesen letztgenannten Leistungen sowie mit Zuschüssen für pflegebedürftige Menschen, die Begleitung benötigen, werden von den Medizinischen Ausschüssen des Nationalen Gesundheitsdienstes durchgeführt.

Zu treffende Entscheidung

Ob die „Arbeitsfähigkeit" (capacita di lavoro) des betreffenden Arbeitnehmers um 67 %+ gemindert ist. Dieser Begriff unterscheidet sich von der „Erwerbsfähigkeit" (capacita di guadagno). Ein Gerichtsurteil hat Anfang der 1970er Jahre festgelegt, dass die Bewertung der „Erwerbsfähigkeit" die lokalen Arbeitsmarktbedingungen berücksichtigen muss. So sei also bei einer wirtschaftlichen Depression die Erwerbsfähigkeit gemindert.

Ein Studie von 1980 kam zu dem Schluss, dass dieser Ansatz zu einer starken Zunahme der Bewilligungen beigetragen habe und dass die Invaliditätsrente als Form des Vorruhestands benutzt werde. Die Reformen in den 1980er Jahren haben eine Verlagerung des Kriteriums von der „Erwerbsfähigkeit" zur „Arbeitsfähigkeit" zur Folge gehabt.

Es gibt keine Teilarbeitsunfähigkeit, jedoch ist es möglich, AOI mit einem gewissen Arbeitseinkommen zu kombinieren.

Erlangen des Erwerbsunfähigkeitsstatus; die Pflichten des Arbeitgebers; Rehabilitation

Für Lohnarbeiter gibt es kein gesetzliches Krankengeld. Für Angestellte sieht das Gesetz eine Lohnfortzahlung von drei Monaten im Krankheitsfall vor.

Das INPS (Nationalinstitut für Sozialschutz) kann medizinische Rehabilitationsmaßnahmen finanzieren.

Bewertung

- Diagnose

Zunächst wird von einem vom Patienten gewählten Arzt der INPS-Fragebogen ausgefüllt, auf dem die Diagnose anzugeben ist.

- Schädigung

Beim INPS beschäftigte Ärzte führen eine medizinische Bewertung durch und erstellen ein rechtsgültiges medizinisches Gutachten. Zu dieser Bewertung gehört eine vollständige Untersuchung der Funktionsfähigkeit der wichtigsten Körpersysteme. Die Diagnose des behandelnden Arztes wird überprüft, weitere Gesundheitszustände können von den INPS-Ärzten vermerkt werden. Es werden Protokolle verwendet, bei denen das Augenmerk auf der Diagnose und den damit verbundenen Schädigungen in bestimmten Bereichen, z. B. Kardiologie, Neoplasmen, liegt. Allerdings darf die Bewertung nicht ausschließlich auf diesen Protokollen basieren (anders als bei der Bewertung im Fall von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten, wo die Tabellen der Schädigungen eine gesetzliche Grundlage haben und häufig angewandt werden). Im Gesetz ist vorgesehen, dass es für den AOI eine persönliche Evaluation der Restarbeitsfähigkeit geben muss, was eine ausschließliche Abhängigkeit von standardisierten Tabellen ausschließt.

- Für den Betreffenden spezifische berufliche Fähigkeiten oder Anforderungen

Dieser Teil der Bewertung basiert auf der normalerweise und vorwiegend vom Antragsteller verrichteten Tätigkeit. Die Arbeit des Betreffenden wird mit Hilfe eines detaillierten Fragebogens untersucht, auf dem bestimmte Merkmale der Tätigkeit hervorgehoben werden: Schwere der Arbeit, Arbeitshaltung (sitzend, stehend usw.), Umwelt (Luftfeuchtigkeit, Temperatur, Benutzung von Treppen und Leitern), Bedienen von Maschinen und besonderen Instrumenten.

Einige der vom INPS entwickelten Protokolle stellen einen Zusammenhang zwischen der Diagnose und den funktionellen Beeinträchtigungen und folglich bestimmten Schwierigkeiten bei der Verrichtung gewisser Tätigkeitsarten (sowie anderen Folgen für das Alltagsleben) her. Da das Gesetz ausdrücklich auf die vorherige Tätigkeit des Betreffenden Bezug nimmt (oder genauer gesagt, auf die Art Arbeit, die er in der Vergangenheit vorwiegend verrichtet hat), müssen die festgestellten Schädigungen den konkreten Anforderungen der vorherigen Arbeit gegenübergestellt werden.

Institutionelle Strukturen und Personal

Die spezialisierten medizinischen Mitarbeiter des INPS spielen eine zentrale Rolle. Ihre Entscheidungen sind für das INPS bindend. Der fachliche Teil des Gesetzes über Versicherungen für medizinische Versorgung, das von den Ärzten des INPS angewandt wird, soll Konflikte zwischen dem behandelnden Arzt des Antragstellers und den INPS-Ärzten vermeiden helfen. Ein Antragsteller, der eine Entscheidung des INPS anfechten möchte, wird sich im Allgemeinen um die Unterstützung eines dritten Sachverständigen bemühen, nicht um die seines eigenen Arztes.

Das Gesetz räumt dem medizinischen Gutachter einen großen Ermessensspielraum ein. Jedoch hat das INPS selbst diesen Ermessensspielraum eingeengt, indem es Protokolle entwickelt hat, die den Ärzten in den INPS-Sektionsbüros als Richtschnur dienen. Diese Protokolle sind ein internes Verwaltungsinstrument. Widersprüche beim Arbeitsgericht sind nicht selten. Der Richter betraut einen Sachverständigen mit der Evaluierung des Falls.

Durchlässigkeit von Grenzen: Alter, soziale Benachteiligung.

Normalerweise wird die Zahlung von Invaliditätsleistungen mit Erreichen des Rentenalters eingestellt (zurzeit 65 Jahre für Männer und 60 Jahre für Frauen). Ausnahmen sind möglich, wenn der Leistungsbezieher arbeitet oder wenn die gezahlten Beiträge für eine Altersrente nicht ausreichen (5 Beitragsjahre für Invaliditätsleistungen, 15 für Altersrente).

NIEDERLANDE

Maßnahmen:

Die wichtigste Maßnahme zur Einkommenssicherung von Menschen mit aufgrund einer Behinderung geminderter Erwerbsfähigkeit ist die Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO). Obwohl technisch betrachtet eine beitragsfinanzierte Leistung, sind die Beitragsvoraussetzungen minimal. Es gibt eine separate Maßnahme für junge Menschen, die nie erwerbstätig waren (Wajong). Anteilige WAO-Leistungen können mit dem Bezug von anteiliger Arbeitslosenunterstützung kombiniert werden.

Außerdem kann allgemeine Sozialunterstützung zur Ergänzung der WAO beantragt werden, doch ist keine weitere Prüfung der Erwerbsunfähigkeit damit verbunden.

Zu treffende Entscheidung

Beitragsfinanzierte Leistungen werden im Rahmen der WAO Menschen bewilligt, die infolge von Krankheit oder Schädigung nicht in der Lage sind, mit Erwerbsarbeit das zu verdienen, was nicht behinderte Menschen mit vergleichbarer Ausbildung und Berufserfahrung normalerweise verdienen würden (niederländischer Bericht, S. 7). Teilrenten sind möglich: Die Erwerbsfähigkeit muss um mindestens 15 % gemindert sein; die weitere Minderung der Erwerbsfähigkeit wird davon ausgehend in 10 %-Spannen bewertet (15-25, 25-35 usw.), bis zu den beiden höchsten Spannen von 65-80 % und 80 %+.

Erlangen des Erwerbsunfähigkeitsstatus; die Pflichten des Arbeitgebers; Rehabilitation

Für einen Erwerbstätigen beginnt die Beantragung von WAO-Leistungen im Allgemeinen mit einer Krankschreibung. Reformen in den 1990er Jahren sollten einen Großteil der finanziellen Verantwortung bei Krankheit den Arbeitgebern aufbürden, um die Anreize zur Wiedereingliederung zu verbessern. Den Arbeitgebern droht eine Art Bußgeld, wenn ihre Mitarbeiter eine Behinderung erleiden, und zwar insofern, als die Berechnung der Versicherungsbeiträge auf Erfahrungswerten basiert.

Nach 13 Wochen Krankschreibung muss der Arbeitgeber einen Rehabilitationsplan erstellen. Kranke Mitarbeiter genießen Kündigungsschutz für einen Zeitraum von bis zu zwei Jahren; bei vorzeitigen Kündigungen muss eine Genehmigung vom regionalen Arbeitsamt oder Bezirksgericht eingeholt werden, und es ist nachzuweisen, dass es unmöglich ist, den Betreffenden innerhalb desselben Unternehmens unterzubringen (Høgelund und Veerman, 2000, S. 4).

Bewertung

- Diagnose

Der Arzt der Versicherung überprüft die medizinische Diagnose nicht, die den vom behandelnden Arzt des Betreffenden zur Verfügung gestellten Unterlagen entnommen wird.

Sobald ein Antrag auf WAO-Leistungen gestellt ist, wird die Erwerbsfähigkeit des Antragstellers in zwei Stufen bewertet: (1) durch Erstellung eines „Fähigkeitsprofils“ für den Antragsteller und (2) durch eine Untersuchung der Auswirkungen der Fähigkeitsbeeinträchtigungen auf ein potenzielles Arbeitseinkommen. Stufe (1), das Fähigkeitsprofil, übernimmt der Arzt der Versicherung, Stufe (2) ein Arbeitsmarktexperte. Beide sind bei der Sozialversicherungsanstalt angestellt.

- Standardisierte Beschreibungen der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten

Im Wesentlichen besteht Stufe 1 aus einer mündlichen Befragung, bei der der Arzt den Bericht des Antragstellers über seine Gesundheitsprobleme und seine Fähigkeit, unterschiedliche Tätigkeiten zu verrichten (Funktionsbeeinträchtigungen), schriftlich festhält. Unter den Ärzten wird diskutiert, wie das „Kausalitätsprinzip“ (dass die Beeinträchtigungen die Folge von Krankheit oder Schädigung sein müssen) angewandt werden sollte, wobei ein unterschiedliches Augenmerk auf die Beeinträchtigung selbst und auf den Kausalzusammenhang gelegt wird (niederländischer Bericht, S. 10).

In der Praxis kommt man bei ungefähr 35-40 % der Antragsteller in Stufe 1 zu dem Schluss, dass „keine dauerhafte Arbeitsfähigkeit mehr vorhanden ist“ (niederländischer Bericht, S. 8). Der Grund für diese Entscheidung kann darin liegen, dass sich der Antragsteller im Krankenhaus oder in einem Pflegeheim befindet, dass er bettlägerig ist, dass er nicht in der Lage ist, für sich selbst zu sorgen, und bei den Alltagshandlungen von anderen abhängig ist oder dass er unfähig ist, Ereignisse mental zu bewältigen, und daher in Bezug auf soziale Beziehungen behindert ist. In eine neueren Studie wurde festgestellt, dass 80 % derjenigen ohne dauerhafte Arbeitsfähigkeit zu der letztgenannten Gruppe jener Menschen gehören, deren mentales Bewältigungsverhalten beeinträchtigt ist (niederländischer Bericht, S. 13).

Die Ärzte verwenden einen standardisierten Ansatz, um die Funktionsfähigkeit des Antragstellers, bestimmte Tätigkeiten zu verrichten, zu messen; dabei werden 28 unterschiedliche Aufgabenarten definiert, die bei verschiedenen Berufen anfallen, nämlich:

Sitzen
Stehen
Laufen
Treppensteigen
Klettern
Knien, Kriechen, Hocken
Bücken
Kurzes zyklischen Bücken und Drehen
Heben
Schieben und Ziehen
Tragen
Benutzung des Nackens
Reichweite
Arbeiten oberhalb des Kopfes
Hand-Finger-Fertigkeit
Umweltaspekte (Reaktionen auf Wärme, Trockenheit usw.)
Hautkontakt (z. B. Allergien)
Vibrationen
Benutzung besonderer Geräte am Körper (z. B. Masken)
Persönliches Risiko (z. B. Unfallanfälligkeit)
Psychologische Kriterien (Arbeiten mit anderen, Tempo, Stress usw.).

In Bezug auf die meisten Aufgaben bewertet der Gutachter den Antragsteller als „normal“ oder „nicht normal“; in einigen Fällen wird gemessen, wie lange der Betreffende die betreffende Aufgabe verrichten kann.

- Standardisierte Beschreibungen des Arbeitslebens

Bei Stufe (2) geht es dann darum, den Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit zu bewerten, wofür ein Arbeitsmarktexperte zuständig ist. Dieser Experte befragt ebenfalls den Antragsteller und bekommt so Informationen über dessen Schulbildung, Fertigkeiten und Berufserfahrung. Um die Resterwerbsfähigkeit zu bestimmen, sucht der Experte Arbeiten, zu deren Verrichtung der Betreffende noch in der Lage ist. Solche Arbeitsplätze müssen nicht verfügbar sein (in Form von freien Stellen). Sie müssen „allgemein akzeptabel“ sein, müssen jedoch nicht den Status haben, der dem Bildungsstand und der Berufserfahrung des Antragstellers entsprechen würde (niederländischer Bericht, S. 10).

Das wichtigste offizielle von den Sachverständigen benutzte Instrument für die Suche nach möglichen Arbeitsplätzen ist das Function Information System (FIS). Der Betrieb dieses rechnergestützten Systems wird derzeit reformiert, im Juni 2001 funktionierte das System jedoch folgendermaßen. Es enthält Beschreibungen von Tausenden von Arbeitsplätzen, die am niederländischen Arbeitsmarkt angeboten werden, wobei folgende Merkmale erfasst sind:
Arbeitsmuster (Schichten, Arbeitszeiten usw.)
Löhne und Gehälter
Arbeitsplatzniveau (ein allgemeiner Indikator von „ungelernt“ bis „wissenschaftlich“)
Arbeitsplatzanforderungen: Bildung, Erfahrung, Art der benötigen Fertigkeiten (betriebswirtschaftlich, technisch, verbal...)
Arbeitsplatzbeschreibung (Zweck, Inhalt, Aufgaben)
Die funktionellen Anforderungen des Arbeitsplatzes ausgedrückt in Form des 28-Punkte-Standards zur Bestimmung der Funktionsfähigkeit, den der Arzt in Stufe (1) verwendet.

Der Sachverständige nutzt die Computerdatenbank, um mindestens drei Stellen ausfindig zu machen, die für den Antragsteller geeignet sind. Ist dies nicht möglich, wird der Antragsteller als vollständig behindert eingestuft. Es werden die drei Arbeitsplätze mit dem höchsten Einkommensniveau ausgewählt, und das mittlere Einkommen gibt Aufschluss über die Resterwerbsfähigkeit des Antragstellers. Die wiederum wird mit der Erwerbsfähigkeit einer vergleichbaren Person ohne Krankheit oder Schädigung verglichen: Im Allgemeinen wird dafür das Einkommen des Antragstellers vor Eintritt der Krankheit heranzogen.

- Für den Betreffenden spezifische berufliche Fähigkeiten oder Anforderungen

Der Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit wird im Vergleich zu dem Einkommen einer vergleichbaren Person ohne die entsprechende Beeinträchtigung bewertet: In der Praxis werden die vorherigen Einkünfte des Antragstellers als Ausgangsbasis benutzt.

Institutionelle Strukturen und Personal

Die Ärzte der Versicherungen haben eine wichtige Rolle: Siehe die Zahl der Anträge, die nicht über Stufe 1 hinausgelangen. Personalknappheit und Zeitdruck bei der Entscheidungsfindung scheinen bedeutende Probleme darzustellen.

Nach einer Zeit weitreichender Reformen sollen die verschiedenen an der Feststellung der Behinderung beteiligten Sozialversicherungsanstalten in einer einzigen nationalen Behörde integriert werden, was Gerechtigkeit und Einheitlichkeit bei der Entscheidungsfindung erleichtern dürfte.

Die Regierung hat sich darum bemüht, die Einheitlichkeit und Objektivität der Entscheidungen zu verbessern, indem sie rechtliche Standards in Form von gesetzlichen Instrumenten (Bewertungsvorschriften) veröffentlicht hat.

Durchlässigkeit von Grenzen: Alter, soziale Benachteiligung

Ganz offensichtlich sind die niederländischen Behörden der Meinung, dass die Grenzen bei der WAO zu durchlässig sind. Es hat einige Anstrengungen gegeben, um die Zahl der wegen Behinderung gestellten Anträge in den Niederlanden zu verringern, vor allem mit dem Gesetz zur Antragsreduzierung (TBA) im Jahr 1993 (niederländischer Bericht, S. 12). Mit diesem Gesetz wurde die Bandbreite der Arbeitsplätze von „geeignet“ auf „allgemein akzeptabel“ erweitert. Es wurde auch versucht, den Ermessensspielraum der Versicherungsärzte einzuschränken, insbesondere durch Betonung des Kausalitätsprinzips (dass funktionelle

Beeinträchtigungen die direkte und medizinisch objektiv bewertbare Folge von Krankheit oder Schädigung sein sollten). Da jedoch ein Großteil der Fälle in Stufe 1 auf der Grundlage psychiatrischer Probleme entschieden wird, ist dieser Grundsatz schwer zu realisieren.

Es wurden auch Maßnahmen angewandt, um unter den WAO-Beziehern die Rückkehr ins Arbeitsleben zu fördern. Als teilbehindert eingestufte Personen können arbeiten, obwohl dann jedoch tendenziell eine Neubewertung vorgenommen wird, wenn die Einnahmen über dem liegen, was aufgrund der Bewertung der Minderung der Erwerbsfähigkeit angenommen wurde. Ungefähr die Hälfte jener, die als teilbehindert eingestuft wurden, ist erwerbstätig (Beljaars und Prinz, 2000, S. 5). Ein Mensch mit einer Teilbehinderung kann auch anteilige Arbeitslosenunterstützung beantragen, wenn er keinen seinen verbliebenen Fähigkeiten angemessenen Arbeitsplatz finden kann. Das niederländische System kann die durch Gesundheitsprobleme bedingte Minderung der Erwerbsfähigkeit unter Bedingungen kompensieren, unter denen andere Länder die Erwerbsfähigkeit eines Menschen immer noch als angemessen betrachten würden (da sie nicht die Minderung, sondern die aktuelle Erwerbsfähigkeit bezogen auf Vergleichswerte zur Arbeitsfähigkeit betrachten). Der Minderungsausgleich und die in Bezug auf den Grad der Minderung angewandte Spanne (angefangen bei 15 %, ein vergleichsweise niedriger Wert für allgemeine Leistungen wegen Behinderung) können darauf zurückzuführen sein, dass das System für Entschädigungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten in die allgemeine Behindertenregelung integriert ist.

Die WAO ist beitragsfinanziert, setzt aber keine Mindestzugehörigkeit voraus. Der Antragsteller muss jedoch vor Eintritt der Behinderung erwerbstätig gewesen sein, und wer zu jung ist, um vor Eintritt der Behinderung gearbeitet zu haben, fällt unter ein anderes System (Wajong). Ältere Menschen, die vor Eintritt der Krankheit oder Schädigung nicht gearbeitet haben (wie z. B. Hausfrauen), haben keinen Anspruch auf WAO.

Die Zahlung von WAO wird eingestellt, wenn der Betreffende das Rentenalter von 65 Jahren (für Männer und Frauen) erreicht. Im Rahmen des Altersrentensystems gibt es keine Vorruhestandsregelung.

Eine umfassende Diskussion der Gründe, weshalb die Zahl der Bezieher beim niederländischen System höher ist als bei anderen europäischen Systemen, findet man bei Beljaars und Prins, 2000.

NORWEGEN

Maßnahmen

Die wichtigste langfristige finanzielle Leistung für Menschen, die aufgrund von Krankheit, Verletzung oder Schädigung arbeitsunfähig sind, ist die uførepensjon. Es ist dies eine Vorruhestandsrente für behinderte Menschen, die als (teilweise oder vollständig) arbeitsunfähig gelten.

Für Personen, deren früheres Einkommen eine bestimmte Höhe nicht überschritten hat, gibt es eine pauschale Grundrente (grunnpensjon). Darüber hinaus erhalten sie eine Sonderzulage (særtillegg), um ein gewisses Einkommen zu garantieren (minstepensjon). An Personen, deren früheres Einkommen oberhalb dieser Grenze lag, wird eine einkommensabhängige Ergänzungsrente gezahlt (tilleggspensjon). Diese Leistungen sind Teil des Nationalen Versicherungssystems (folketrygden). Alle Einwohner Norwegens sind Mitglieder dieses

Systems. Eine ungekürzte minstepensjon wird Altersrentnern gezahlt, die sei 40 Jahren Mitglied sind, bei anderen verringert sich die Rente entsprechend der Jahre ihrer Zugehörigkeit (Mindestdauer drei Jahre). Für Personen mit angeborenen Schädigungen, die schon in jungen Jahren behindert sind, gelten Sonderregeln für die Leistungsberechnung.

Zusätzlich zu Krankengeld (sykepenger) (wird höchstens ein Jahr lang gezahlt) können Menschen mit langwierigen Krankheiten oder Behinderungen Rehabilitationsleistungen (medizinisch und beruflich) in Anspruch nehmen. Eine medizinische Rehabilitationsbeihilfe (rehabiliteringspenger) wird für höchstens ein Jahr gezahlt, während die berufliche Rehabilitationsbeihilfe (attføringspenger) auch mehrere Jahre lang bezogen werden kann.

Zu treffende Entscheidung

Gemäß dem Nationalversicherungsgesetz haben Personen zwischen 18 und 67 Jahren Anspruch auf uførepensjon, wenn ihre Arbeitsfähigkeit (verstanden als Erwerbsfähigkeit) aufgrund von Krankheit, Verletzung oder Schädigung dauerhaft um mindestens 50 % gemindert ist. Diese allgemeinen Bewilligungskriterien sind ähnlich wie bei den Rehabilitationsmaßnahmen. Im Fall der uførepensjon werden die Entscheidungen über Anträge von der Nationalversicherungsanstalt (Trygdeetaten) auf der Grundlage der von externen Sachverständigen, insbesondere Ärzten und Mitarbeitern des Arbeitsamtes (Aetaten), durchgeführten Bewertungen getroffen.

Erlangen des Erwerbsunfähigkeitsstatus; die Pflichten des Arbeitgebers; Rehabilitation

Gemäß dem Nationalversicherungsgesetz (Paragraph 12-5) besteht ein Anspruch auf uførepensjon erst, wenn „eine angemessene Behandlung und berufliche Rehabilitation“ versucht wurde, um die Erwerbs- bzw. Arbeitsfähigkeit des Betreffenden zu verbessern. Die Nationalversicherungsanstalt ist routinemäßig verpflichtet festzustellen, ob die Möglichkeit einer beruflichen Rehabilitation gegeben ist, um den Betreffenden dabei zu unterstützen, seine Arbeits-/Erwerbsfähigkeit wiederzuerlangen oder zu verbessern. Im Rahmen dieser Tätigkeit sollen die Bearbeiter die Antragsteller, die von der Teilnahme an beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen profitieren könnten, an das Arbeitsamt verweisen (arbeidsmarkedsetaten). In gewissen Fällen von (gemäß einer standardisierten Diagnoseliste) zum Tode führenden oder komplexen Schädigungen entscheidet die Nationalversicherungsanstalt selbst, dass eine weitere Überprüfung der Arbeitsfähigkeit und Beschäftigungsaussichten nicht erforderlich ist.

Das Arbeitsamt stellt fest, ob eine Teilnahme an beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen „notwendig und angemessen“ ist (ibd. Paragraph 11-6). Das Arbeitsamt kann den Betreffenden zwecks genauerer beruflicher Beurteilung auch an die regionalen Berufsberatungszentren (arbeidsrådgivningskontorer) verweisen. Das Arbeitsamt trifft Entscheidungen über die Anträge auf berufliche Rehabilitationsbeihilfe und die Einleitung praktischer Maßnahmen. Wenn das Arbeitsamt darüber befindet, ob berufliche Rehabilitationsmaßnahmen notwendig und angemessen sind, sollen das Alter, die allgemeinen Fähigkeiten, das Bildungsniveau und die Berufserfahrung sowie die Beschäftigungsaussichten vor Ort oder andernorts, wo der Betreffende sinnvollerweise nach Arbeit suchen sollte, berücksichtigt werden (ibd. Paragraph 11-5). Im Gesetz sind keine Einschränkungen dahingehend vorgesehen, welche Art Arbeit der Betreffende aufnehmen sollte, abgesehen von der allgemeinen Anforderung, dass diese Arbeit für den Betreffenden „geeignet“ (høvelig) zu sein hat (Paragraph 11-6). Kommt das Arbeitsamt zu dem Schluss, dass eine berufliche Rehabilitation nicht notwendig und angemessen ist, wird der Betreffende an die Nationalversicherungsanstalt zurückverwiesen, damit eine abschließende Entscheidung über den Anspruch auf Behindertenrente getroffen werden kann.

Meistens führt der Weg zur uførepensjon über eine oder mehrere Krankschreibungen und die Teilnahme an Rehabilitationsmaßnahmen.
Nach acht Wochen krankheitsbedingten Fehlens ist der behandelnde Arzt des Betreffenden verpflichtet, ein detailliertes Attest (sykemelding II-skjema) vorzulegen. Der Arzt muss die Nationalversicherungsanstalt über die laufende Behandlung, über Pläne für die weitere Behandlung sowie über mögliche Rehabilitationsmaßnahmen informieren. Der Arzt verwendet das gleiche Formular wie bei Anträgen auf Rehabilitationsbeihilfen und uførepensjon.
Der Arbeitgeber zahlt Krankengeld in den ersten beiden Wochen der Krankschreibung, dann ist das Nationalversicherungssystem für die Zahlungen zuständig. Doch während der gesamten Krankheitsdauer ist der Arbeitgeber verpflichtet, praktische Vorkehrungen in Erwägung zu ziehen und zu realisieren, die notwendig sind, um die Rückkehr des Patienten an den Arbeitsplatz zu unterstützen. Kranke Arbeitnehmer können beispielsweise allmählich (graderte sykepenger) oder in Form einer aktiven Beurlaubung im Krankheitsfall (aktiv sykemelding) die Arbeit wieder aufnehmen. Diese Regelungen werden angewandt, um zu gewährleisten, dass der Mitarbeiter den Kontakt zu seiner Arbeitsstelle nicht verliert, und um seine Fähigkeit, einer regelmäßigen Arbeit nachzugehen, zu testen. Die Regelungen sind freiwillig, werden aber häufig genutzt und von der Nationalversicherungsanstalt und den Ärzten gefördert. Offiziell ist der Arbeitgeber ferner per Gesetz verpflichtet, der Nationalversicherungsanstalt eine schriftliche Stellungnahme darüber zuzuleiten, welche Vorkehrungen am Arbeitsplatz getroffen werden können, um dem Patienten die Rückkehr in den Beruf zu erleichtern (Nationalversicherungsgesetz, Paragraph 25-2), doch hat diese Vorschrift kaum oder keine praktische Bedeutung.

Gemäß dem Gesetz über das Arbeitsumfeld (Arbeidsmiljøloven) hat der Arbeitgeber die Pflicht, den Arbeitsplatz zugänglich zu machen und alternative Arbeitsmöglichkeiten zur Verfügung zu stellen oder technische Anpassungen vorzunehmen (Paragraph 13). Offiziell kann ein krankgeschriebener Mitarbeiter nur entlassen werden, wenn solche Maßnahmen ohne Erfolg durchgeführt wurden. Dennoch sind die Arbeitgeber nur dazu verpflichtet, diese Maßnahmen „soweit möglich“ umzusetzen. In der Praxis unterlassen oder vernachlässigen viele Arbeitgeber solche Vorkehrungen. Die Arbeitsaufsicht (Arbeidstilsynet) (und letztlich auch die Gerichte) akzeptieren dies wahrscheinlich, wenn der Arbeitgeber nachweisen kann, dass solche Maßnahmen die wirtschaftliche Lebensfähigkeit des Unternehmens gefährden oder die Entlassung anderer Mitarbeiter notwendig machen würden.

Die Nationalversicherungsanstalt soll die Arbeitgeber über die finanzielle und praktische Unterstützung bei technischen Ausrüstungen oder der Anpassung von Arbeitsregelungen informieren. In der Praxis hat dies nur geringe Auswirkungen. Die Regierung hat unlängst beschlossen, dass Umbesetzungen, Änderungen des Arbeitsplatzes oder des Arbeitsumfelds sowie andere Rehabilitationsmaßnahmen am Arbeitsplatz aktiver genutzt werden müssen, um sowohl im privaten als auch im öffentlichen Sektor die Beschäftigung behinderter Menschen zu fördern und eine Ausgrenzung aus dem Arbeitsmarkt zu verhindern.

Bewertung

- Diagnose/ Schädigung

Der behandelnde Arzt des Betreffenden ist verpflichtet, den medizinischen Zustand zu bescheinigen, d. h. die einschlägige/n medizinische/n Diagnose/n zu stellen und deren Folgen zu bewerten. Die Diagnosen müssen nach internationalen Standards akzeptabel sein, und es werden die Klassifikationen ICPC, ICD-9 oder ICD-10 zur Kodierung verwendet. Der Arzt muss beurteilen, ob der medizinische Zustand die „Funktionsfähigkeit“ (funksjonsevne) seines Patienten einschränkt, d. h. zu Schädigungen führt.

- Standardisierte Beschreibungen der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten

Bislang werden keine standardisierten (gelisteten) Beschreibungen oder Kategorien verwendet. Die Regierung denkt gegenwärtig über die Anwendung standardisierterer Beschreibungen der Art und Form der Schädigungen (funksjonsvurdering, d. h. „funktionelle Bewertung“) nach .

- Für den Betreffenden spezifische berufliche Fähigkeiten oder Anforderungen

Der Arzt beurteilt, welche Konsequenzen die Schädigung für die Arbeitsfähigkeit (arbeidsevne) des Betreffenden hat. Er soll sowohl die Aussichten auf eine Rückkehr des Betreffenden an den bisherigen Arbeitsplatz als auch die Möglichkeit einer neuen Arbeit in Erwägung ziehen. In diesem Rahmen soll er beurteilen, zu welcher Art arbeitsbezogener Aktivitäten oder Vorgänge der Patient nicht in der Lage ist. Der Arzt liefert darüber hinaus Prognosen, d. h. er schätzt die voraussichtliche Dauer der medizinischen Zustands, der Schädigung oder der geminderten Arbeitsfähigkeit. Die Nationalversicherungsanstalt verlangt den Nachweis eines klaren Zusammenhangs zwischen dem medizinischen Zustand, der Schädigung und der geminderten Arbeitsfähigkeit sowie dafür, dass die Schädigung die Hauptursache der geminderten Arbeits-/Erwerbsfähigkeit darstellt (Paragraph 12-6). Demzufolge muss der Arzt bewerten, in welchem Maße die Schädigung zu der geminderten Erwerbsfähigkeit beiträgt. Er wird ferner um eine Stellungnahme gebeten, ob berufliche Rehabilitationsmaßnahmen eingeleitet werden sollten.

- Für den Betreffenden spezifische persönliche und soziale Umstände

Die Uførepensjon ist entsprechend den unterschiedlichen Graden der Minderung der Arbeitsfähigkeit (50, 60, 70, 80, 90 oder 100 %) zahlbar (Paragraph 12-11). Wenn die Nationalversicherungsanstalt darüber befindet, um welchen Grad die Erwerbsfähigkeit eines Antragstellers gemindert ist, soll sie dabei das Alter, die allgemeinen Fähigkeiten, das Bildungsniveau und die Berufserfahrung sowie die Beschäftigungsaussichten vor Ort oder andernorts, wo der Betreffende sinnvollerweise nach Arbeit suchen sollte, berücksichtigen (Paragraph 12-7).

Institutionelle Strukturen und Personal

Der behandelnde Arzt des Antragstellers übernimmt normalerweise die medizinische Hauptbewertung. Nur wenn es von der Nationalversicherungsanstalt als notwendig erachtet wird, werden spezielle hausinterne Ärzte (rådgivende leger) hinzugezogen, um die Qualität der Informationen und der Bewertung auf dem vom behandelnden Arzt vorgelegten Attest zu überprüfen, und in seltenen Fällen kann der Antragsteller auch zu einem Gespräch gebeten werden.

In Norwegen wird die berufliche Rehabilitation als integraler und wichtiger Teil des Aufgabenbereichs der Nationalversicherungsanstalt und des Arbeitsamtes betrachtet. Die Zusammenarbeit und Koordination zwischen diesen beiden Behörden sind institutionalisiert, vorwiegend in Form von regelmäßigen Treffen (z. B. basismøter). Dementsprechend sollen diese Behörden kooperieren, um ein frühzeitiges Eingreifen zu gewährleisten, einen Ausschluss aus der Erwerbsarbeit zu verhindern und/oder eine Rückkehr ins Arbeitsleben zu fördern. Die Nationalversicherungsanstalt ist für die „klinische“ Phase und den Kontakt zu den Klinikärzten (Allgemeinmedizinern, Fachärzten oder Therapiefachkräften) verantwortlich, das heißt für den Zeitraum, während dessen der Patient sich medizinischen Untersuchungen und Behandlungen unterzieht. Das Arbeitsamt ist für die Phase zuständig, während der der Antragsteller an beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen teilnimmt (z. B. Umschulungs- und Weiterbildungsmaßnahmen, betriebliche Ausbildung im öffentlichen/privaten Sektor, geschützte Werkstätten oder Beschäftigung am offenen Arbeitsmarkt).

Durchlässigkeit von Grenzen: Alter, soziale Benachteiligung

In den letzten Jahren hat die Regierung versucht, den Ermessensspielraum bei der Berücksichtigung persönlicher und sozialer Umstände einzuschränken, indem sie z. B. mehr Gewicht auf die Möglichkeit geografischer Mobilität gelegt hat, um die Aussichten auf eine alternative Beschäftigung zu erhöhen. Diese Verschärfung der Regeln und der Verwaltungspraxis hat auch den Spielraum für individuelle Präferenzen und Motivationen etwas verringert. Wenn das Arbeitsamt darüber entscheidet, ob berufliche Rehabilitationsmaßnahmen „notwendig und angemessen" sind, soll es das Alter, die allgemeinen Fähigkeiten, das Bildungsniveau und die Berufserfahrung sowie die Beschäftigungsaussichten vor Ort oder andernorts, wo der Betreffende sinnvollerweise nach Arbeit suchen sollte, berücksichtigen. Dementsprechend hat auch die Nationalversicherungsanstalt bei der Festlegung des Grads der Minderung der Erwerbsfähigkeit das Alter, die allgemeinen Fähigkeiten, das Bildungsniveau und die Berufserfahrung sowie die Beschäftigungsaussichten vor Ort oder andernorts, wo der Betreffende sinnvollerweise nach Arbeit suchen sollte, zu berücksichtigen. In beiden Fällen lässt das darauf schließen, dass eine allgemeine Bewertung der „gesamten" Lebenssituation des Betreffenden erfolgen soll. Es gibt wenig systematische Kenntnisse darüber, inwieweit und wie genau das Personal dieser beiden Behörden diese Ermessensfreiheit nutzt, z. B. ob allen in diesem Gesetz genannten Faktoren das gleiche Gewicht beigemessen wird.

Rehabilitationsmaßnahmen und die uførepensjon enden im Alter von 67 Jahren, sowohl für Männer als auch für Frauen. Dann haben alle in Norwegen Ansässigen Anspruch auf Altersrente. Personen über 62 Jahre können bis zum Alter von 67 Jahren avtalefestet pensjon (ATP) beziehen. Diese Vorruhestandsregelung wird im Wesentlichen durch Tarifvereinbarungen zwischen den Gewerkschaften und den Arbeitgeberorganisationen (zuzüglich einiger öffentlicher Zuschüsse) finanziert. Sie gilt hauptsächlich für Menschen, die kontinuierlich während eines langen Zeitraums gearbeitet haben. Ein hohes Alter (über 55) kann die Entscheidung über die Gewährung einer Behindertenrente beeinflussen, wenn es schwierig erscheint, dem Betreffenden eine alternative Beschäftigung zuzuweisen. Doch muss der Betreffende trotzdem die oben genannten medizinischen Kriterien erfüllen. Einen anderen „Weg" zur Behindertenrente gibt es für Langzeitarbeitslose oder für sozial benachteiligte Menschen. Aber auch in diesem Fall müssen die genannten medizinischen Kriterien erfüllt sein, denen zufolge die Erwerbsfähigkeit aufgrund von Krankheit, Verletzung oder Schädigung und nicht nur durch allgemeine Schwierigkeiten im Leben oder fehlendes Einkommen gemindert sein muss.

PORTUGAL

Maßnahmen

Portugal hat eine beitragsfinanzierte Invaliditätsrente (pensão de invalidez) und eine nicht beitragsfinanzierte „Invaliditätssozialrente" (pensão social de invalidez). Beide werden jetzt von einem einzigen Gesetz (17/2000) geregelt, das jedoch noch nicht vollständig in Kraft getreten ist. Es gibt eine allgemeine Sozialhilfe, den rendimento minimo garantido, die 1996-97 eingeführt wurde.

Zu treffende Entscheidung

Das Kriterium der Behinderung, das über den Anspruch auf Invaliditätsrente entscheidet, besagt, dass der Betreffende in jedwedem Beruf nicht mehr als ein Drittel seines vorherigen Einkommens verdienen darf. Es gibt keine anteiligen Leistungen, und die Bezieher können

ihren Anspruch auf Invaliditätsrente nicht aufrechterhalten, wenn sie arbeiten.

Erlangen des Erwerbsunfähigkeitsstatus; die Pflichten des Arbeitgebers; Rehabilitation
Hierzu liegen keine Informationen vor.

Bewertung

- Diagnose

- Schädigung

Der „berichtende" Arzt führt eine Untersuchung durch und stellt eine Diagnose. Das Amt für die Überprüfung der Invalidität kann auch andere medizinische Gutachten einholen.

Die Empfehlung des berichtenden Arztes basiert auf der Nationalen Invaliditätsliste (Gesetzesverordnung 341/93). Diese Liste ist in Kapitel untergliedert, die den Kapiteln der amerikanischen Leitlinien AMA Guides (siehe Anlage) ähneln (auch wenn sie nicht identisch sind). Die Liste ist nämlich nach diagnostischen Kriterien, wie Neurologie, Dermatologie, endokrines System usw., gegliedert. Es gibt zwei Kapitel über entstellende Schädigungen und Gesichtsverletzungen.

Wie im Hauptbericht (Kapitel 3) erwähnt, können Schädigungsrubriken in unterschiedlichen Abschnitten verschiedene „Messebenen" aufweisen, was auf die portugiesische Rubrik auch zutrifft. Das Kapitel über das Muskel-Skelett-System (Aparelho locomotor) ist so gegliedert, dass der Grad der Behinderung direkt von der genauen Messung der Bewegungseinschränkungen oder anderer Beeinträchtigungen spezifischer Körperteile abgeleitet werden kann, während andere Kapitel keine Prozentangaben enthalten. Im Kapitel über Krebs und Tumorerkrankungen wird der Arzt angewiesen, die Folgen der Krebserkrankungen im Hinblick auf anatomische Veränderungen sowie in Bezug auf die in anderen Kapiteln beschriebene Funktionsfähigkeit zu untersuchen.

Um die Bewertungsformulare auszufüllen, muss der Arzt das Kapitel und den Abschnitt in Bezug auf die Diagnose angeben und den in der Tabelle genannten „Beeinträchtigungskoeffizienten" eintragen (obwohl diese Tabelle eine ganze Spanne von Werten enthalten kann). Dieser Koeffizient kann angepasst werden; der Arzt muss die Anpassung begründen. Das Formular enthält ferner Spalten für die Berechnung des aufgrund der einzelnen Koeffizienten gebildeten „globalen Beeinträchtigungskoeffizienten" für jede Schädigung.

- Für den Betreffenden spezifische berufliche Fähigkeiten oder Anforderungen

Den Leitlinien zufolge ist es möglich, dass die Arbeit, die der Betreffende normalerweise verrichtet (ob es sich also um Hand- oder Kopfarbeit handelt), bei der Bestimmung des Invaliditätsgrades eine Rolle spielt. Es werden einige spezifische Berufe genannt, deren Ausübung durch spezifische Schädigungen beeinträchtigt wird; beispielsweise gehören Darsteller (Schauspieler usw.) sowie Berufe mit Publikumsverkehr zu der Gruppe, bei der sich entstellende Schädigungen stärker auswirken.

- Für den Betreffenden spezifische persönliche und soziale Umstände

Zwar könnte man aufgrund der Struktur der Leitlinien annehmen, dass ihre Anwendung strengen Regeln folgt und vorhersagbar ist, doch lässt die Formulierung mehrerer Abschnitte dem Arzt ein hohes Maß an Ermessensfreiheit, wenn es darum geht, genau zu bestimmen,

welche Auswirkungen eine Schädigung auf eine bestimmte Person hat (siehe auch weiter unten).

Institutionelle Strukturen und Personal

Das Vorhandensein einer einzigen nationalen Liste der Schädigungen, auf die bei vielen Maßnahmen in Portugal Bezug genommen wird, könnte darauf schließen lassen, dass die institutionelle Zugehörigkeit des Benutzers dieser Liste keine wesentliche Rolle spielt und dass mit Hilfe der Liste getroffene Feststellungen in vielfältigsten Zusammenhängen anwendbar wären. Allerdings wird in einigen Teilen der Liste jeweils eindeutig von einem bestimmten Kontext ausgegangen: So gibt es zum Beispiel an verschiedenen Stellen spezifische Anmerkungen zu Schädigungen aufgrund von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten.

Die Liste ist zwingendes Recht und muss befolgt werden, beispielsweise von den Richtern in Widerspruchsverfahren. Allerdings lässt sie reichlich Interpretationsspielraum.

Durchlässigkeit von Grenzen: Alter, soziale Benachteiligung.

In der Präambel zur Nationalen Liste von 1993 (Tabela nacional de incapacidades) wird auf die Geschichte der Liste eingegangen, die ihren Ursprung im Jahr 1932 mit der Verabschiedung der in Frankreich entwickelten Lucien-Mayet-Liste hat und für die Feststellung von Verletzungen bei Arbeitsunfällen verwendet wurde. Es heißt dort, dass die Liste angesichts der medizinischen Entwicklungen und der technologischen Veränderungen der Arbeitswelt überarbeitet wurde. Es wird auch auf den rigiden Charakter früherer Tabellen hingewiesen. Die neue Tabelle soll einen flexibleren Ansatz ermöglichen.

SPANIEN

Maßnahmen

Es gibt zwei Arten der Einkommenssicherung für behinderte Menschen: beitragsfinanzierte Arbeitsunfähigkeitsrenten und nicht beitragsfinanzierte Invaliditätsrenten. Das Beitragssystem besteht bereits seit vielen Jahren (die meisten Elemente des gegenwärtigen Systems stammen aus dem Jahr 1966; das Vorgängersystem (SOVI) wurde per 1. Januar 1967 abgeschafft, obgleich einige Übergangsregelungen in Kraft geblieben sind). Die nicht beitragsfinanzierten Leistungen waren im allgemeinen Gesetz über die soziale Eingliederung behinderter Menschen (LISMI: Ley 13/1982, 7. April, Ley de integración social de los minusválidos) vorgesehen. Das für beide Leistungsarten geltende Gesetz wurde nun in das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (Ley General de la Seguridad Social, LGSS) aufgenommen. Doch unterscheiden sich die in den beiden Systemen verwendeten Definitionen der Behinderung ganz beträchtlich und auch die für deren Verwaltung zuständigen Behörden sind recht weitgehend getrennt.

Zu treffende Entscheidung

Bei der beitragsfinanzierten Rente bedeutet Arbeitsunfähigkeit (incapacidad), dass ein Arbeitnehmer, der eine angemessene medizinische Behandlung erfährt, ernsthafte anatomische oder funktionelle Beeinträchtigungen aufweist, die objektiv festgestellt werden können und voraussichtlich von Dauer sind und die seine Arbeitsfähigkeit (capacidad laboral) teilweise oder vollständig mindern (Art. 136 Absatz 1 LGSS).

Bei der nicht beitragsfinanzierten Rente ist die Invalidität (invalidez) das Ergebnis von Schädigungen (deficiencias), die in absehbarer Zukunft anhalten werden und die körperlich oder geistig, angeboren oder nicht angeboren sein können und die die körperlichen, geistigen oder sensorischen Fähigkeiten des Betroffenen zum Erliegen bringen oder verändern (Art. 136 Absatz 2 LGSS).

Ältere Fassungen der Sozialversicherungsgesetze verwenden den Begriff „invalidez" im Zusammenhang mit beitragsbezogenen Leistungen, doch wird heute der Bezeichnung „incapacidad" der Vorzug gegeben.

Man kann sehen, dass sich die beiden Definitionen unterscheiden, insbesondere insofern, als sich die Definition für die beitragsfinanzierte Rente ausdrücklich auf die Arbeitsfähigkeit bezieht, während dies bei der anderen Definition für die nicht beitragsfinanzierte Rente nicht der Fall ist. Die Definition für die beitragsfinanzierte Rente bezieht sich auch auf die Minderung der Arbeitsfähigkeit, während die andere Definition anscheinend mehr auf die Schädigungen ausgerichtet ist, die sich von Geburt oder Kindheit an manifestieren.

Es gibt bei der Arbeitsunfähigkeitsrente der Sozialversicherung vier unterschiedliche Grade, und zwar parcial, total, absoluta und gran invalidez, die wie folgt definiert werden:
Parcial: dauerhafte teilweise Arbeitsunfähigkeit bezogen auf den normalerweise ausgeübten Beruf. Die Arbeitsfähigkeit ist aufgrund von Krankheit oder Verletzung um 33 %+ gemindert.
Total: dauerhafte vollständige Arbeitsunfähigkeit bezogen auf den normalerweise ausgeübten Beruf. Darüber hinaus gibt es die Möglichkeit der „qualifizierten" vollständigen Arbeitsunfähigkeit, wobei angenommen wird, dass ein Arbeitnehmer aufgrund seines Alters oder anderer Umstände nicht in der Lage ist, eine andere Arbeit als die normalerweise ausgeübte zu erhalten. Ein Arbeitnehmer über 55 Jahre wird automatisch als „qualifiziert" eingestuft.
Absoluta: dauerhafte vollständige Arbeitsunfähigkeit bezogen auf jede Art von Arbeit.
Gran invalidez: vollständige Arbeitsunfähigkeit und der Bezieher ist darüber hinaus nicht in der Lage, ohne die Hilfe einer anderen Person grundlegende Alltagshandlungen (Ankleiden, Fortbewegung, Nahrungsaufnahme usw.) zu verrichten (Art 137 LGSS).

Die nicht beitragsfinanzierte Rente ist dann zahlbar, wenn der Betreffende gemäß der im Decreto Real 1971/1999 vorgesehenen Rubrik zu mehr als 65 % behindert ist. Zusätzliche Beträge für Pflege und Mobilität können bewilligt werden (ebenso wie bei der versicherungsbezogenen Kategorie gran invalidez): Sie unterliegen einer weiteren Bewertung, auf die in Anhang 3 näher eingegangen wird.

Erlangen des Erwerbsunfähigkeitsstatus; die Pflichten des Arbeitgebers; Rehabilitation

Die Leistungen werden während eines Zeitraums von 12 Monaten gezahlt, wobei eine Verlängerung um weitere 6 Monate möglich ist, wenn die Aussicht besteht, dass der Begünstigte seine Arbeitsfähigkeit wiedererlangt. Die Arbeitsunfähigkeit wird von den Ärzten des Gesundheitsdienstes bescheinigt.

Die Bewertung der dauerhaften Arbeitsunfähigkeit kann bei Ablauf der Frist der vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit oder auf Antrag der Arbeitsaufsicht, des Gesundheitsdienstes (INSALUD), des Betreffenden selbst oder seiner Vertreter von der INSS-Provinzdirektion veranlasst werden.

Beitragsfinanzierte Erwerbsunfähigkeitsrente

Das INSS hat die Aufsicht über die Gremien, die die dauerhafte Arbeitsunfähigkeit zu Zwecken der beitragsfinanzierten Sozialversicherungsleistungen feststellen (Art. 143 Absatz 1 LGSS). Der medizinische Teil des Feststellungsverfahrens obliegt den Equipos de Valoración de Incapacidades (EVI), die den Provinzbüros des INSS unterstehen. Jedoch gibt es seit dem Jahr 2000 keine EVI mehr in den Provinzbüros in Katalonien und im Baskenland (Fußnote 433. S. 204 LGSS).

Bewertung:

Die EVI-Ärzte legen eine Stellungnahme und einen Entscheidungsvorschlag, Informe Médico de Síntesis (IMS) genannt, vor. Die endgültige Leistungsbewilligung liegt bei der Provinzverwaltung, wobei diese Empfehlung und die nicht medizinischen Faktoren die Grundlage bilden.

- Diagnose
Sofern verfügbar, erhält der EVI die klinischen Unterlagen vom Gesundheitsdienst und/oder einen medizinischen Bericht von der Arbeitsaufsicht des INSS sowie andere medizinische Daten. Diese Informationen werden im IMS zusammengefasst. (Einzelheiten siehe Art. 8-10 des Erlasses vom 18. Januar 1996 (Dekret 1300/1995)).

Um eine möglichst objektive Evaluation sicherzustellen, basiert die Bewertung der Beeinträchtigungen oder Schädigungen einer Person auf den Kenntnissen des Arztes über die Art der Krankheit oder Verletzung. Nach Meinung von Jardon-Dato, einem EVI-Koordinator im Zentralbüro des INSS, wäre es wünschenswert, eine Liste der Arbeitsunfähigkeitsursachen zu erstellen, die kodifiziert werden kann. Für jede der Ursachen bzw. jeden der Prozesse gibt es eine Rubrik, in der die Regeln und Protokolle für deren/dessen Diagnose und Einstufung, die möglicherweise daraus folgenden Schädigungen sowie die Methoden zur Evaluierung der Schädigungen dargelegt sind (Jardon-Dato (2000)).

- Schädigung
Im IMS wird die „Restfunktionsfähigkeit“ des Arbeitnehmers bewertet und den Anforderungen seines früheren Arbeitsplatzes und/oder den allgemeinen Arbeitsmarktanforderungen gegenübergestellt. Sofern es Instrumente für diesen Zweck gibt, betreffen sie eher die Schädigungen als die „standardisierten Beschreibungen der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten“, zumindest in dem Sinne, wie der Begriff in dieser Veröffentlichung verwendet wird.

- Für den Betreffenden spezifische berufliche Fähigkeiten oder Anforderungen
In dem Antrag auf Bewertung der dauerhaften Arbeitsunfähigkeit ist das Datum des letzten Arbeitstages sowie der Grund der Arbeitseinstellung, der normalerweise ausgeübte Beruf und die Berufskategorie angegeben und es wird die tatsächlich verrichtete Arbeit beschrieben.

- Für den Betreffenden spezifische persönliche und soziale Umstände
Jardon-Dato weist darauf hin, dass die Einstellung oder Selbstbewertung des Arbeitnehmers bei der Evaluierung weder berücksichtigt wird, noch berücksichtigt werden kann, da diese Evaluierung auf einem objektiven Vergleich der funktionellen Beeinträchtigungen mit den Arbeitsanforderungen beruhen muss.

Nicht beitragsfinanzierte pensión de invalidez

Bewertung:

Bei dieser Rente wird der Grad der Behinderung (grado de minusvalía) von den Büros für Bewertung und Beratung (equipos de valoración y orientación) ermittelt; diese „unterstehen dem Institut für Migration und Sozialdienste (IMSERSO) oder den entsprechenden Stellen der Autonomen Regionen, an die diese Aufgabe delegiert wurde“ (Präambel zum Decreto Real 1971/1999). In der Praxis wird die Bewertung jedoch von den Zentren für behinderte Menschen übernommen, die den Sozialdienstdirektionen der Autonomen Regionen unterstellt sind.

Der Leitfaden Valoración de las situaciones de minusvalía (VM), dem mit dem Decreto Real 1971/1999 Gesetzeskraft verliehen wurde, soll als Richtschnur für die Arbeit der Zentren dienen. Vor Erlass des Decreto Real sollte die Bewertung bei nicht beitragsfinanzierten Leistungen einer in einer Verfügung des Ministeriums für Arbeit und Sozialversicherung von 1984 (8. März 1984) enthaltenen Richtwerttabelle folgen. Jedoch haben die geringere rechtliche Stellung dieser Verfügung und die von den Autonomen Regionen verabschiedeten praktischen Änderungen eine maßgeblichere Stellungnahme dahingehend erforderlich gemacht, wie die Behinderung festgestellt werden sollte. In Artikel 1 des Decreto Real 1971/1999 wird auf die Notwendigkeit eines Systems zur Einstufung der Behinderung hingewiesen, das eine gewisse Einheitlichkeit der Bewertungen in ganz Spanien gewährleistet.

Der Leitfaden wurde von IMSERSO veröffentlicht und wird beispielsweise entsprechend eventuellen Änderungen der AMA Guides (siehe weiter unten) aktualisiert.

- Diagnose

Die Feststellung der Behinderung basiert auf der Schwere der Krankheitsfolgen, nicht auf der Diagnose einer Krankheit (Kap. 1, Normas Generales des Leitfadens VM, Punkt 2). Jedoch ist die Analyse der Schädigung nach diagnostischen Überschriften gegliedert.

- Schädigung

In der Einführung zu dem Leitfaden wird auf die WHO-Definition der Behinderung Bezug genommen, derzufolge Behinderung als „Funktionsbeeinträchtigung oder -mängel aufgrund von Schädigungen, die typische Alltagssituationen behindern oder unmöglich machen“ verstanden wird, und an mehreren Stellen im ersten Kapitel über Allgemeine Normen wird festgestellt, dass Behinderung im Hinblick auf die Auswirkungen einer Schädigung auf die Verrichtung grundlegender Alltagshandlungen verstanden werden sollte. Allerdings entsprechen die genannten Alltagshandlungen nicht der Überschrift der „standardisierten Beschreibungen des täglichen Lebens“, die in diesen Zusammenfassungen verwendet wird: Sie enthalten Elemente standardisierter Beschreibungen körperlicher oder geistiger Fähigkeiten (siehe weiter unten).

Im Einzelnen verwendet der Leitfaden einen Großteil der AMA Guides, was die dauerhaften Schädigungen anbelangt (siehe Anlage). Wie in der Einführung erwähnt und von Matheson et al. (2000) ausführlicher behandelt, wird in den AMA Guides das Konzept der Schädigungen und ihrer Auswirkungen auf unterschiedlichen Ebenen entwickelt, je nach Art der zu bewertenden Schädigung. Gleiches gilt für den spanischen Leitfaden. Dieser hat die charakteristische „nicht aggregierte“ Struktur von Schädigungsrubriken, denen zufolge der Grad der Behinderung für Teile des Körpers bestimmt und dann zu einer in Prozent

ausgedrückten Gesamtklasse zusammengefasst wird. In einigen Kapiteln gibt es Rubriken zur Berechnung der Gesamtbehinderung (discapacidad global personal) auf der Grundlage spezifischer Einzelbehinderungen. So führt beispielsweise eine Kommunikationsbehinderung von 60-84 % zu einer Gesamtbehinderung von 36-50 %. Bei der Bewertung des Muskel-Skelett-Systems wird anhand der Tabellen deutlich, wie sich Beeinträchtigungsgrade (Amputation oder Bewegungsunfähigkeit) z. B. bei einem Finger in Beeinträchtigungsgrade der ganzen Hand übersetzen lassen; diese wiederum lassen sich in Beeinträchtigungsgrade der „oberen Gliedmaßen" und jene in Behinderungsprozentsätze umrechnen. Beispiel: 100 %ige Beeinträchtigung eines Fingers = 10 %ige Beeinträchtigung der Hand = 9 %ige Beeinträchtigung der oberen Gliedmaßen = 4 % Behinderung.

Jedoch kommt nicht in allen Kapiteln der gleiche Ansatz zur Anwendung. In einigen werden Schemata zur Bestimmung der „Behinderungsklassen" verwendet. Jede Klasse kann vier oder fünf Komponenten haben, u. a. beispielsweise:

- Diagnose („der Zustand des Betreffenden ist so und so")
- Behandlung (höhere Behinderungsklassen sind mit aufwendigeren Behandlungen verbunden)
- Technisch-medizinische Messungen des Zustands
- Der „Grad" der Behinderung, hinsichtlich der Auswirkungen auf die grundlegenden Alltagshandlungen.

In dem Kapitel über Geisteskrankheiten besteht die „Klasse" aus drei Komponenten: Auswirkungen auf das Alltagsleben, Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit und eine dritte Kategorie, die den Ernst der Diagnose wiedergibt. In der Diskussion der letztgenannten Kategorie wird festgestellt, dass eine gegebene Diagnose mit recht unterschiedlichen Dysfunktionsgraden einhergehen kann, und es wird auf die Punkte hingewiesen, die eine Rolle spielen, wenn eine ausreichende Abweichung von der Norm festgestellt werden soll, um eine Person als geisteskrank einzustufen. Es wird ferner empfohlen, Drogenabhängigkeit nicht als Zustand an sich zu behandeln; eine Prädisposition zur Sucht und/oder Pathologien im Zusammenhang mit der Abhängigkeit können die Grundlage für eine Klassifizierung bilden.

- Standardisierte Beschreibungen der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten

Während der Leitfaden ausgesprochen auf „Schädigungen" ausgerichtet ist, können überall Bezugnahmen auf die Leistungsfähigkeit gefunden werden, insbesondere in Bereichen, wo technisch-medizinische Messungen nicht möglich sind. So enthält zum Beispiel das Kapitel über die Sprache Angaben dazu, ob der Betreffende von der Familie, von Freunden, Fremden usw. verstanden werden kann. (Die Kapitel über das Seh- und Hörvermögen hingegen beruhen auf technischen Messungen.) Es ist auch zu beachten, dass die grundlegenden Alltagshandlungen der AMA Guides (siehe auch weiter unten) einige Elemente einschließen, die unter diese Überschrift gehören.

- Standardisierte Beschreibungen des Arbeitslebens

Kurzbeschreibungen gibt es im Kapitel über Geisteskrankheiten.

- Standardisierte Beschreibungen des Alltagslebens

In der Einführung des Leitfadens werden die grundlegenden Alltagshandlungen der AMA Guides wie folgt erwähnt:

1. Handlungen der Selbstpflege (Ankleiden, Nahrungsaufnahme, Risikovermeidung, Sauberkeit und Körperpflege)

2. Andere Handlungen des Alltagslebens:
2.1 Kommunikation
2.2 Körperliche Betätigung
2.2.1 intrinsisch [sich bewegen] (Aufstehen, Ankleiden, Hinsetzen)
2.2.2 funktionell [Dinge handhaben] (Tragen, Heben, Schieben)
2.3 Sensorische Funktionen (Hören, Sehen...)
2.4 Manuelle Funktionen (Greifen, Drücken...)
2.5 Transport (bezieht sich auf die Fähigkeit, [verschiedene] Transportmittel zu benutzen)
2.6 Sexuelle Funktionsfähigkeit
2.7 Schlafen
2.8 Soziale und Freizeitaktivitäten

- Für den Betreffenden spezifische persönliche und soziale Umstände

Bei einem Behinderungsgrad von 25 % oder mehr bei der medizinischen Bewertung (wie oben beschrieben, einschließlich der Auswirkungen auf Alltagshandlungen) können „soziale" Faktoren berücksichtigt werden, was den medizinischen Prozentsatz um maximal 15 % erhöhen kann.

Zu den im Decreto Real 1971/1999 umrissenen Faktoren gehören:

Familienfaktoren: die Höhe der Familienunterstützung, Familienbeziehungen, Funktionsfähigkeit der Familie

Wirtschaftliche Faktoren: werden unter Zugrundelegung des gesamten Familieneinkommens bewertet, wobei Extrakosten im Zusammenhang mit der Behinderung abgezogen werden und das Einkommen dann durch die Zahl der Familienmitglieder geteilt und mit dem Mindestlohn verglichen wird

Arbeitsfaktoren

Kulturelle Faktoren

Der im Decreto Real skizzierte Ansatz zu den sozialen Faktoren wird in den einzelnen Autonomen Regionen auf unterschiedliche Weise weiterentwickelt, insbesondere in Anbetracht der unterschiedlichen „Beratungsoptionen" (geschützte Werkstätten, Rehabilitation, Weiterbildung), die in dem Zentrum, in dem die Bewertung stattfindet, zur Verfügung stehen.

Institutionelle Strukturen und Personal

Es wird bei der Zusammensetzung der Evaluierungszentren, die das Decreto Real umsetzen sollen, Wert auf einen multidisziplinären Ansatz gelegt; in dem Dekret ist vorgesehen, dass dem Bewertungsteam ein Psychologe und ein Sozialarbeiter sowie ein Arzt angehören müssen (Art. 8 Absatz 1). In den EVI-Ausschüssen sind vorwiegend Ärzte und Verwaltungsbeamte vertreten, obwohl auch daran gedacht ist, Rehabilitationsexperten und/oder Experten für Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz zu beteiligen.

Durchlässigkeit von Grenzen: Alter, soziale Benachteiligung

Die Altersrente beginnt im Alter von 65 Jahren, doch können Personen mit Übergangsrechten auf der Grundlage von SOVI schon mit 60 in Rente gehen. Vorruhestandsregelungen gibt es für Menschen, die in anstrengenden, giftigen, gefährlichen oder ungesunden Umgebungen arbeiten.

SCHWEDEN

Maßnahmen

Die wichtigste Maßnahme zur langfristigen Einkommenssicherung für Menschen, die aufgrund von Krankheit oder Verletzung nicht arbeitsfähig sind, ist der Vorruhestand oder die vorzeitige Rente, förtidspension. Für Menschen, die nie gearbeitet bzw. nie Beiträge gezahlt haben, gibt es eine Pauschalrente; jene, die Beiträge zur Sozialversicherung entrichtet haben, erhalten eine einkommensabhängige Rente.

Außer Krankengeld (normalerweise ein Jahr lang gezahlt) können für einen Zeitraum von mehreren Jahren Rehabilitationsleistungen bewilligt werden.

Zu treffende Entscheidung

Gemäß Sozialversicherungsgesetz können Menschen förtidspension beziehen, wenn ihre Arbeitsfähigkeit aufgrund von Unfall, Krankheit oder aus anderen medizinischen Gründen gemindert ist. Medizinische Gründe können eine körperliche oder geistige Krankheit, die Folgen einer solchen Krankheit oder eine angeborene Behinderung sein. Es gibt vier Stufen der geminderten Arbeitsfähigkeit (.25-<.5; .5-<.75; .75-<.875; .875+ („vollständig oder fast vollständig“)). Diese Minderung der Arbeitsfähigkeit wird nicht im Hinblick auf eine geminderte Erwerbsfähigkeit ausgedrückt; implizit wird der Betreffende eher im Vergleich zur Arbeitsfähigkeit eines durchschnittlichen Arbeitnehmers bewertet als mit Bezug auf seine früheren Fähigkeiten.

Es wird nicht explizit erwähnt, ob die Fähigkeit, am allgemeinen Arbeitsmarkt oder im früheren Beruf zu arbeiten, einer Prüfung unterzogen wird, doch impliziert das weiter unten beschriebene Schritt-für-Schritt-Verfahren eine gewisse Flexibilität (Wechsel in einen anderen Beruf).

Erlangen des Erwerbsunfähigkeitsstatus; die Pflichten des Arbeitgebers; Rehabilitation

Nach einer Lohnfortzahlung von 13 Tagen (durch den Arbeitgeber) übernimmt die Sozialversicherung die Zahlung von Krankengeld.

Nach 28 Tagen sollten sich der Arbeitgeber, der Kranke und die Sozialversicherung auf einen Rehabilitationsplan einigen. In dem Plan kann einfach erwähnt werden, dass mit einer Wiederaufnahme der Arbeit bei Gesundung gerechnet wird; es können jedoch auch mögliche Rehabilitationsmaßnahmen und/oder ein Stellenwechsel ins Auge gefasst werden. Gemäß dem Beschäftigungsschutzgesetz (LAS, 1974/1982) ist Krankheit kein akzeptabler Grund, aus dem ein Arbeitgeber einen Arbeitnehmer entlassen kann, es sei denn, er kann nachweisen, dass der Mitarbeiter wichtige Arbeitsaufgaben nicht verrichten kann und dass alle Möglichkeiten im Zusammenhang mit Umbesetzungen, Verbesserungen des Arbeitsumfelds und Rehabilitation ausgeschöpft sind.

Ist kein Arbeitgeber vorhanden, erstellt die Sozialversicherungsanstalt (Försäkringskassan) den Rehabilitationsplan. Zu diesem Zweck kann sie eng mit den Rehabilitationsdiensten (AF-rehabilitering) zusammenarbeiten, die Teil des Arbeitsmarktservicesystems (das dem Nationalen Arbeitsmarktausschuss AMS untersteht) sind. Oft kommt es zu Überweisungen an die AF-rehabilitering, wenn außer Frage steht, dass der Betreffende an seinen früheren Arbeitsplatz zurückkehrt, und wenn weitere Informationen über die Präferenzen,

Begabungen und Arbeitsfähigkeit des Betreffenden benötigt werden. Die Mitarbeiter von AF-rehabilitering sind häufig Arbeitstherapeuten, Psychologen, Sozialarbeiter und Arbeitsamts-mitarbeiter.

Im Grunde ist es möglich, dass eine Person als nicht ausreichend arbeitsunfähig betrachtet wird, um Rehabilitationsdienste in Anspruch nehmen zu können; in einem solchen Fall ist die Arbeitslosenversicherung oder die Sozialunterstützung für ihren Unterhalt zuständig.

Der Bezug von Krankengeld ist offiziell nicht befristet, doch ist es üblich, dafür zu sorgen, dass „passive" Krankschreibungen ein Jahr nicht übersteigen. Verglichen mit anderen Ländern beginnt die Prüfung der Rehabilitationsmöglichkeiten und der Aussichten auf eine Rückkehr ins Arbeitsleben in Schweden relativ früh.

Rehabilitationsmöglichkeiten, einschließlich eines Wechsels des Arbeitsplatzes oder Arbeitgebers, werden „Schritt für Schritt" untersucht.

Bewertung

- Diagnose

- Schädigung/Beschreibung der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten

Nach 7 Tagen muss ein ärztliches Attest des behandelnden Arztes vorgelegt werden. Nach einer Krankschreibung von 28 Tagen ist eine umfassendere ärztliche Bescheinigung erforderlich, auf der Folgendes anzugeben ist:

- die Diagnose (sofern vorhanden) und die Symptome
- die durchgeführte ärztliche Untersuchung
- die Funktions- und Arbeitsfähigkeit.

Es gibt keine offiziellen oder gesetzlichen Listen zur Beschreibung der Funktions- und Arbeitsfähigkeit. Die Bewertung erfolgt in jedem Fall den Umständen entsprechend.

Die Bescheinigung wird vom behandelnden Arzt des Betreffenden ausgefüllt und von einem anderen Arzt im Auftrag der Sozialversicherung geprüft.

Abkürzungen - Sonderbehandlung aufgrund bestimmter Diagnosen/Zustände: Bei einigen Diagnosen reicht das ursprüngliche ärztliche Attest als Nachweis der Arbeitsunfähigkeit und der Unangemessenheit von Rehabilitationsmaßnahmen aus. Der von der Krankenversicherung gezahlte Satz liegt über dem langfristigen Krankengeld/der förtidspension, so dass es keinen Anreiz gibt, schneller auf die letztgenannten Leistungen umzustellen.

- Für den Betreffenden spezifische berufliche Fähigkeiten oder Anforderungen

In Stufe 5 des Schritt-für-Schritt-Prozesses wird überlegt, ob der Betreffende in der Lage ist, eine andere normal verfügbare Arbeit ohne berufliche Rehabilitation anzunehmen. Es gibt keine vorgeschriebenen Verfahren, wie die Bewertung aussehen sollte, wenn der Kranke eine normal am Arbeitsmarkt verfügbare Arbeit annehmen kann, oder wie festgestellt werden kann, welche Stellen zu einem bestimmten Zeitpunkt offen sind. Diese Bewertung wird üblicherweise von einem Sachbearbeiter der Försäkringskassan übernommen. Dazu gehört ein Gespräch mit dem beratenden Arzt der Sozialversicherungsanstalt, falls die Folgen der medizinischen Diagnose und/oder Schädigung schwer zu interpretieren sind. Die Arbeitsmarktbehörden müssen nicht konsultiert werden, obwohl dies oft der Fall ist.

- Für den Betreffenden spezifische persönliche und soziale Umstände

Die letzte Stufe des Schritt-für-Schritt-Prozesses ist erreicht, wenn man zu dem Schluss kommt, dass der Betreffende, auch mit Rehabilitation, keine Chance hat, eine normal verfügbare Arbeit anzunehmen. Jetzt muss festgestellt werden, ob seine Arbeitsfähigkeit für einen längeren Zeitraum oder dauerhaft gemindert ist. Das Gesetz schreibt vor, dass zwischen Diagnose und Arbeitsfähigkeit ein Kausalzusammenhang bestehen muss; eine unzureichende Arbeitsfähigkeit muss auf einen medizinischen Zustand und nicht auf andere persönliche Faktoren zurückgehen, wie fehlende Ausbildung oder geringe Fertigkeiten. Faktoren, wie Alter, Bildung und Wohngegend, sollten im Grunde nur in Ausnahmefällen berücksichtigt werden, wenn besondere Umstände vorliegen. In den Empfehlungen des Sozialversicherungsausschusses wird festgestellt, dass solchen Umständen bei älteren Arbeitnehmern Rechnung getragen werden kann.

Institutionelle Strukturen und Personal

Medizinische Informationen werden vom behandelnden Arzt des Betreffenden eingeholt. Diese Informationen werden dann vom Arzt der Sozialversicherung geprüft, der jedoch in keinem Fall den Antragsteller selbst untersucht. Der behandelnde Arzt kann um weitere Informationen gebeten werden, doch darf die Sozialversicherung nicht eigene ärztliche Untersuchungen in Auftrag geben. Die Aufgabe des bei der Sozialversicherung tätigen Arztes ist die Beratung des jeweiligen Sachbearbeiters. Dieser Sachbearbeiter hat eine wichtige Funktion, insbesondere bei der Bewertung der Rehabilitationsaussichten. Oft wird er den Kranken im Laufe der Rehabilitation mehrere Male sehen; das erste Mal, wenn der Rehabilitationsplan ausgearbeitet werden soll, und später im Nachgang zu den ergriffenen Maßnahmen.

Wir können daraus ersehen, dass bei diesem System die „ärztliche Bürokratie“ keine wichtige Rolle spielt. Echte Entscheidungsbefugnis hat der jeweilige Sachbearbeiter: Es gibt keinen Hinweis darauf, dass ärztliche Empfehlungen immer befolgt werden.

Entscheidungen über die förtidspension und andere Leistungen werden von Mitarbeitern der Sozialversicherung geprüft und vorbereitet, doch die formale Entscheidung liegt beim lokalen Sozialversicherungsausschuss (es gibt in Schweden 15 solcher Gremien, die von der Kommune/der lokalen Behörde unabhängig sind). Seine Mitglieder sind Laien, die die politischen Parteien und Arbeitsmarktorganisationen vertreten und die den lokalen Arbeitsmarkt und andere maßgebliche Umstände kennen sollten. Die Ausschüsse dienen der Kontrolle und als Gegengewicht zur Ermessensfreiheit der Sozialversicherungsmitarbeiter. Sie werden jedoch insbesondere von den zentralen Behörden kritisiert, weil sie angeblich zu einer nicht einheitlichen Umsetzung der Sozialversicherungsvorschriften beitragen.

Behörden: Die Sozialversicherung hat Zugang zur beruflichen Rehabilitation und kann berufliche Rehabilitationsprogramme finanzieren.

Das Leistungssystem ist vom System der Gesundheitsversorgung getrennt, und das Sozial-versicherungssystem entscheidet weder über den Zugang zu medizinischer Rehabilitation oder zu anderen gesundheitlichen Maßnahmen noch verfügt es über Mittel für deren Finanzierung. Allerdings stehen dem Sozialversicherungssystem sehr wohl Finanzmittel für die berufliche Rehabilitation (Schulung, Tests, Weiterbildung usw.) zur Verfügung, und die Grenze zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation ist weiß Gott nicht klar gezogen. So können beispielsweise krankgeschriebene Bauarbeiter zwecks Genesung an spezielle Institute zur Teilnahme an einer „Rückenschule“ verwiesen werden.

Die Ärzte, die die ärztlichen Atteste ausstellen, sind Beschäftigte des Gesundheitswesens und vom Antragsteller ausgewählt. Wenn der medizinische Nachweis auf dem Attest nicht ausreicht, können weitere Informationen von dem Arzt eingeholt werden. In der Praxis enthält das Attest sowohl die Diagnose als auch die Symptome, was jedoch von der Stufe abhängt, die der Betreffende innerhalb des Systems der Gesundheitsversorgung erreicht hat - es kann Verzögerungen geben, bis er einen Termin bei einem Facharzt bekommt. Das Sozialversicherungssystem muss sich auf solche Verzögerungen einstellen (schwedischer Bericht, S. 2).

Durchlässigkeit von Grenzen: Alter, soziale Benachteiligung

Die Zahlung der Förtidspension wird eingestellt, wenn der Bezieher das Rentenalter von 65 Jahren (für Männer und Frauen) erreicht hat.

Das Rentenalter wird ab 61 flexibel gehandhabt, doch ist die garantierte Altersrente erst ab 65 Jahren zahlbar. Eine Teilzeitrente bei verringerten Arbeitszeiten kann ab 61 bezogen werden.

Für ältere Arbeitnehmer ist die Grenze zwischen Menschen mit anerkannten Behinderungen und Menschen mit aus anderen Gründen geminderter Beschäftigungsfähigkeit nicht eindeutig gezogen. Für jüngere Arbeitnehmer wirkt sich eine Rehabilitationslastigkeit darauf aus, welcher Ansatz verfolgt wird. So ist es wahrscheinlich, dass Menschen mit Lese-Rechtschreib-Schwäche oder Rechenschwierigkeiten an berufliche Rehabilitationsmaßnahmen verwiesen werden, unabhängig davon, ob sie eine anerkannte Lernbehinderung haben.

Bei Alkoholabhängigkeit wird u. U. ein ärztliches Attest ausgestellt, das auf einer somatischen Diagnose basiert, doch bei einer Prüfung der Rehabilitationsmöglichkeiten wird wahrscheinlich wieder festgestellt, dass der Betreffende ein gewisses Rehabilitationspotenzial aufweist.

VEREINIGTES KÖNIGREICH

Maßnahmen

Die wichtigste Einkommenssicherungsmaßnahme für Menschen, die aufgrund von Krankheit oder Verletzung nicht arbeitsfähig sind, ist die Arbeitsunfähigkeitsleistung Incapacity Benefit (IB). Die IB trat 1994 an die Stelle des Krankengeldes und der Invaliditätsleistung. Es gibt drei IB-Stufen: einen kurzfristigen niedrigeren Satz (zahlbar während 28 Wochen im Fall von Krankschreibung), einen kurzfristigen höheren Satz (bis 52 Wochen) und einen langfristigen Satz (ab 52 Wochen). Viele Menschen, die während ihrer Erwerbstätigkeit krank werden, beziehen während der ersten 28 Wochen ein von ihrem Arbeitgeber gezahltes Krankengeld, Statutory Sick Pay (SSP), anstelle des niedrigsten IB-Satzes.

Der Vorgänger von IB war die Invaliditätsleistung Invalidity Benefit (IVB). Eine gesonderte Beihilfe für Schwerbehinderte, nämlich die Severe Disability Allowance (SDA), wurde jenen gezahlt, die von Jugend an behindert sind und deren Beitragsverlauf nicht ausreichte, um sich einen Anspruch auf IVB/IB zu erwerben. Die SDA wurde durch einen Zusatz zu den IB-Beitragsbedingungen im Jahr 2001 in die IB eingegliedert und ist inzwischen ausgelaufen.

Viele Menschen, die aufgrund von Gesundheitsproblemen nicht arbeitsfähig sind, erhalten darüber hinaus Sozialunterstützung aus dem allgemeinem System des Income Support (IS). Zusätzliche Beträge („Prämien“) werden Menschen mit Behinderungen gezahlt, die IS

erhalten. Jedoch bezieht sich Behinderung in diesem Zusammenhang auf den Mobilitäts- und Pflegebedarf und macht keine Prüfung der Auswirkungen des Gesundheitszustands auf die Arbeitsfähigkeit erforderlich. Zahlungen zur Deckung des Mobilitäts- und Pflegebedarfs werden in Anhang 3 behandelt.

Zu treffende Entscheidung

Während der ersten 28 Wochen einer Krankheit oder Verletzung wird bei der Prüfung der Arbeitsfähigkeit auf den vom Betreffenden ausgeübten Beruf Bezug genommen:

> „Bei der auf den ursprünglichen Beruf bezogenen Prüfung wird festgestellt, ob der Betreffende aufgrund einer spezifischen Krankheit oder körperlichen oder geistigen Behinderung unfähig ist, eine Arbeit zu verrichten, deren Verrichtung von ihm im Rahmen des von ihm ausgeübten Berufes billigerweise verlangt werden könnte."

Nach 28 Wochen wird die Prüfung auf alle Arbeiten bezogen und nun Personal Capability Assessment (PCA, persönliche Fähigkeitsbewertung) genannt. Eine Person, die IB beantragt und ursprünglich arbeitslos war oder nur eine begrenzte berufliche Laufbahn vorzuweisen hat, unterliegt ab Antragstellung dem PCA.

In den IB-Hinweisen heißt es, dass diese Leistung bewilligt werden sollte, wenn die Arbeitsfähigkeit soweit gemindert ist, dass die Betreffenden sich nicht erst um eine Arbeit bemühen müssen, um einen Anspruch zu erwerben, und nicht dann, wenn ihre Arbeitsfähigkeit bereits so sehr gemindert ist, dass eine Arbeit unmöglich ist (UK-Bericht, S. 1). Anteilige Arbeitsunfähigkeitsleistungen gibt es nicht, doch kann Erwerbstätigen ein Zuschlag zum Einkommen (in Form des Disabled Persons Tax Credit) gewährt werden, wenn deren Einkommen aufgrund einer Behinderung gemindert ist.

Erlangen des Erwerbsunfähigkeitsstatus; die Pflichten des Arbeitgebers; Rehabilitation

Die Krankschreibung zu Beginn eines Anspruchs erfolgt durch den behandelnden Arzt des Antragstellers (dem Hausarzt, GP). In der Tat führt der Hausarzt auch die auf den ursprünglichen Beruf bezogene Prüfung durch. In der Praxis „haben die Hausärzte selten Informationen über die Umstände und Anforderungen des Berufs oder Arbeitsplatzes ihres Patienten" (Hiscock und Ritchie, 2001, 18), und die Krankschreibungspraktiken sind sehr unterschiedlich. Zwar können die Hausärzte Zweifel hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeit des Betreffenden andeuten und sich von den BA Medical Services Rat holen, doch wird dies kaum getan und selten dem Rat entsprechend gehandelt. Bezieht der Begünstigte SSP statt IB, ist es eher Sache des Arbeitgebers als der Leistungsstelle, Fragen hinsichtlich des Anspruchs zu stellen. Der Arbeitgeber kann den kranken Arbeitnehmer während des 28-Wochen-Zeitraums entlassen, vorbehaltlich der Bestimmungen des Disability Discrimination Act sowie der Vorschriften über die Umgehung von SSP-Zahlungen (auf die sich jedoch kaum berufen wird).

Die medizinische Rehabilitation obliegt dem National Health Service, die berufliche dem Arbeitsamt. Die Sozialversicherungsanstalt ist weder an der Durchführung dieser Rehabilitationsmaßnahmen beteiligt, noch hat sie Zugriff auf die Ergebnisse der Rehabilitationsbewertungen. Sie zahlt jedoch Beihilfen an Personen, die an einer medizinischen und/oder beruflichen Rehabilitation teilnehmen.

Bewertung

- Diagnose

Nach 28 Wochen liefert der Hausarzt der Leistungsstelle umfassendere medizinische Informationen (Med 4), und zwar unter Angabe

- der Diagnose des Zustands, der in erster Linie für die Arbeitsunfähigkeit verantwortlich ist
- anderer maßgeblicher medizinischer Zustände
- eines Hinweises auf die behindernden Folgen des Zustands
- der aktuellen Behandlung oder Fortschritte
- eines Hinweises darauf, ob der Patient in der Lage ist, zu einer Untersuchung zu kommen
- des Rats den er dem Patienten dahingehend gegeben hat, ob er zur Ausübung seines früheren Berufs in der Lage ist.

In Statistiken über neue IB-Anträge nach Diagnosegruppen werden die ICD-Kapitel verwendet. Die ersten fünf Kapitel für neue Ansprüche in dem Jahr bis Mai 2000 waren:
V Psychische und Verhaltensstörungen
XIII Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
XVIII Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind
IX Krankheiten des Kreislaufsystems
XIX Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen

Es gibt eine umfangreiche Liste von Sonderzuständen, die die BA-Entscheidungsträger in die Lage versetzt, die Invaliditätsleistung IB ohne weitere Nachweise auf der Grundlage des ärztlichen Med4-Berichts und des vom Antragsteller ausgefüllten Antragsformulars zu bewilligen. Bei bestimmten anderen Zuständen, z. B. einer schweren psychiatrischen Störung, wird über die Bewilligung nach Eingang der Unterlagen bei den BA Medical Services entschieden. Weitere Informationen können auch vom Hausarzt eingeholt werden.

- Standardisierte Beschreibungen der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten

- Standardisierte Beschreibungen des Alltagslebens

Liegt kein Sonderzustand vor, erhält der Antragsteller einen dem PCA entsprechend aufgebauten Fragebogen (IB50). Erzielt der Antragsteller mit dem selbst durchgeführten PCA die erforderliche Punktanzahl (siehe weiter unten) und stimmt das PCA mit den vom Hausarzt vorgelegten medizinischen Beweisen überein, kann über die Bewilligung positiv entschieden werden. Bei Unstimmigkeiten oder wenn beim PCA nicht genug Punkte erzielt wurden, wird der Antragsteller zwecks medizinischer Bewertung an die BA Medical Services verwiesen. Personen mit weniger schweren psychiatrischen Problemen müssen sich einer psychiatrischen Bewertung unterziehen.

Der zugelassene Arzt führt mit dem Antragsteller ein Gespräch im Rahmen der medizinischen Bewertung über folgende Punkte:

- Berufliche Laufbahn und Grund der Arbeitseinstellung
- Anamnese
- Häusliche Situation
- Eigene Schilderung der Probleme und Funktionsbeeinträchtigungen
- Typischer Tagesablauf

Auf der Grundlage dieser Informationen, des während der Bewertung beobachteten Verhaltens, der medizinischen Kenntnisse über die Folgen des Zustands des Betreffenden sowie der Erkenntnisse aller klinischen Untersuchungen, die durchgeführt werden können, um das geeignete unverwechselbare Merkmal (Deskriptor) für die funktionellen Fähigkeiten des Betreffenden zu ermitteln oder zu verifizieren (siehe weiter unten), führt der zugelassene Arzt das PCA oder im Fall von psychiatrischen Problemen die psychiatrische Bewertung durch.

Das PCA ist in einem Anhang zu den Sozialversicherungsvorschriften über Arbeitsunfähigkeit von 1995 niedergelegt. Es umfasst 14 Fähigkeiten:

Gehen
Treppensteigen
Sitzen
.. (weitere der irischen Liste ähnliche Punkte)
Kontinenz
Bei Bewusstsein bleiben

Zu jeder Fähigkeit gibt es mehrere „Deskriptoren“, die über die Häufigkeit und den Grad der Beeinträchtigung dieser Fähigkeit Aufschluss geben, so reicht die Spanne der Deskriptoren beim Sprachvermögen beispielsweise von „kann nicht sprechen“ (15) über „Fremde haben große Schwierigkeiten, den Betreffenden zu verstehen“ (10) bis zu „kein Problem beim Sprechen“ (0). Jedem Deskriptor sind Punkte zugewiesen (z. B. die in Klammern angegebenen).

Teil II des Anhangs widmet sich psychiatrischen Behinderungen. Hier gibt es vier Fähigkeiten:

Durchführung von Aufgaben
Das tägliche Leben
Bewältigung von Drucksituationen
Interaktion mit anderen Menschen

Zu jeder Fähigkeit gehören wieder Deskriptoren wie in Teil I; allerdings unterscheiden sich die Punkteskala und die Art und Weise, wie die Punkte für diesen Teil der Bewertung kombiniert werden. Im Leitfaden wird darauf hingewiesen, wie wichtig es ist, indirekt etwas über den Geisteszustand eines Menschen zu erfahren, indem man einschlägige Informationen über die alltäglichen Aktivitäten und Erfahrungen sammelt.

In den Vorschriften heißt es, dass die Beeinträchtigungen eines Menschen vor dem Hintergrund des alltäglichen Lebens, und nicht in einer spezifischen Arbeitssituation beurteilt werden sollten. Viele Deskriptoren beziehen sich auf Alltagshandlungen (z. B. das Betätigen eines Wasserhahns). Das ist ein wichtiges Merkmal der britischen Regeln, denn das heißt, dass die Gutachter weder die Anforderungen eines spezifischen Arbeitsplatzes berücksichtigen, noch angeben müssen, welche Arbeit eine als „arbeitsfähig“ beurteilte Person tatsächlich verrichten könnte. Während bei Widerspruchsentscheidungen im Allgemeinen der Ansatz der „Alltagshandlungen“ bestätigt wird, sind einige spezifische Probleme aufgetreten, zum Beispiel hinsichtlich der Regelmäßigkeit und Häufigkeit, mit der ein Mensch zu bestimmten Funktionen in der Lage ist, sowie Probleme, die daraus entstehen können, dass jemand nicht in der Lage ist, das Arbeitsumfeld in der gleichen Weise unter Kontrolle zu haben wie das häusliche Umfeld.

Die Schwelle für die Bestimmung der Arbeitsunfähigkeit zu Zwecken der Leistungsbewilligung wird bei den psychiatrischen Deskriptoren bei 10 Punkten bei den psychiatrischen und physischen Deskriptoren bei 15 Punkten erreicht.

Institutionelle Strukturen und Personal

Die BA Medical Services sind externe Vertragspartner. Sie beschäftigen zugelassene Ärzte (Approved Doctors), die im Arztregister eingetragen sind und darüber hinaus eine Sonderausbildung in der Durchführung von PCA absolviert haben. Die BA Medical Services werden oft von breiteren medizinischen Kreisen kritisiert. Sie hätten nicht den Entscheidungsspielraum, den Hausärzte gewöhnt seien; es besteht der Eindruck, dass sie einen formalistischen und regelbasierten Ansatz verfolgen. Die Widerspruchsgerichte und Auftraggeber betrachten die zugelassenen Ärzte generell als objektiver als den Antragsteller und als unparteilicher als dessen behandelnden Arzt.

Nicht medizinisches Personal kann über die Anspruchsberechtigung entscheiden, wenn die Diagnose und das vom Antragsteller selbst durchgeführte PCA übereinzustimmen scheinen und das PCA genug „Punkte“ ergibt. Ob Übereinstimmung herrscht, entscheiden jedoch die medizinischen Mitarbeiter, die den Leitfaden schreiben und über Anträge beraten.

Durchlässigkeit von Grenzen: Alter, soziale Benachteiligung

Das PCA gilt als eine Möglichkeit, um zu verhindern, dass Personen einen Anspruch auf IB erwerben, deren Beschäftigungsaussichten beispielsweise aufgrund fehlender geeigneter Arbeitsplätze in dem Bereich gering sind, die aber keine wesentlichen Funktionsbeeinträchtigungen haben. Jedoch trifft der Ansatz in Bezug auf anerkannte Behinderungen keine strenge Unterscheidung zwischen „sozialen“ Zuständen (um die skandinavische Terminologie zu verwenden), wie Alkoholismus, und medizinischen Zuständen.

In gewissem Maße haben anerkannte Behinderungen ein weniger aufwendigeres Antragsverfahren zur Folge. Eine Reihe von Diagnosen lassen „Abkürzungen“ zu; auch der entscheidungsbefugte Beamte wird höchstwahrscheinlich feststellen, dass ärztliche Bescheinigung und PCA übereinstimmen, wenn die Diagnose „traditionell“ und ihm vertraut ist.

Die Zahlung von Arbeitsunfähigkeitsleistungen wird mit Erreichen des Rentenalters eingestellt (zurzeit 65 Jahre für Männer und 60 für Frauen). Bei der staatlichen Altersrente gibt es keine Teilanspruchsberechtigung und keine Frührentenregelung (die Altersrente ist nicht an den Ruhestand gebunden, d. h. die Rentenempfänger müssen nicht aus dem Arbeitsleben ausscheiden).

Anhang

Standardklassifikationen medizinischer Diagnosen und Schädigungen

Internationale Klassifikation der Krankheiten - 10. Fassung (ICD-10)

Die ICD-10 ist wie folgt aufgebaut:

Die Kapitel der ICD-10

I Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)
II Neubildungen (C00-D48)
III Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems (D50-D98)
IV Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)
V Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)
VI Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)
VII Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (H00-H59)
VIII Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes (H60-H95)
IX Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)
X Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)
XI Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)
XII Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)
XIII Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)
XIV Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)
XV Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)
XVI Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (P00-P96)
XVII Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (Q00-Q99)
XVIII Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind (R00-R99)
XIX Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00-T98)
XX Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität (V01-Y98)
XXI Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Z00-Z99)

Hinweise:

Die Kodes des Kapitels XXI „Z“ betreffen auch Probleme in Bezug auf die Lebensführung, z. B.
Z72.0 Tabakkonsum; Nikotinabhängigkeit siehe unter F17.2 (Kapitel V);
Z72.1 Alkoholkonsum; Alkoholabhängigkeit siehe unter F10.2 (Kapitel V).

ICD-10, Bd. 1, WHO 1992

Schädigungen

Die Kapitelüberschriften für Schädigungen in der ICIDH-1 lauten wie folgt:

1 Intellektuelle Schädigungen
2 Andere psychische Schädigungen
3 Sprachschädigungen
4 Ohrschädigungen

5 Augenschädigungen
6 Viszerale Schädigungen
7 Skelettschädigungen
8 Entstellende Schädigungen
9 Generalisierte, sensorische und andere Schädigungen

Dieser spezielle Satz von Überschriften ist in den nationalen Bewertungsrubriken kaum zu finden. Es wird ein allgemeinerer Ansatz verfolgt, um das System nach diagnostischen Überschriften zu gliedern, mit Protokollen für die Bewertung des Grades der Schädigung, der aus dem diagnostizierten Zustand folgt. Ein führendes Beispiel für einen schädigungsbezogenen Ansatz bei der Feststellung der Behinderung wurde von der American Medical Association entwickelt, die Behinderung wie folgt definiert: „die aufgrund einer Schädigung veränderte Fähigkeit eines Menschen, persönliche, soziale oder berufliche Anforderungen oder gesetzliche oder anderweitige Vorschriften zu erfüllen". Diese Definition legt den Schwerpunkt auf die Schädigung; der Rahmen der Behinderung ist sehr weit gefasst und allgemein. Die Kapitel in den AMA Guides to the Evaluation of Permanent Impairment (American Medical Association, Chicago, 1993) lauten folgendermaßen:

Muskel-Skelett-System
Nerven
Atmung
Herz-Kreislauf
Blutbildungssystem
Augen
Hals-Nasen-Ohren (einschließlich Sprache)
Verdauung
Harnsystem und Fortpflanzungssystem
Endokrinsystem
Haut
Geisteszustand und Verhalten
Schmerz

Man kann sehen, dass diese Überschriften mehr mit den diagnostischen Überschriften in der ICD-10 als mit den Schädigungsüberschriften der ICIDH-1 zu tun haben, obwohl es zwischen allen gewisse Überschneidungen gibt.

Literatur

Die meisten in den Anhängen enthalten Informationen stammen aus den nationalen Berichten, die über die Projekt-Website: www.brunel.ac.uk/depts/govn/research/disability.htm zugänglich sind.

Afsa C. (1999) „État de santé et insertion professionnelle des bénéficiaires du RMI" DREES Études et Résultats, Nr. 7, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Paris (zugänglich über www.sante.gouv.fr)

Alfandari E. (1997) „France" in S. Muñoz Manchado und R. de Lorenzo (Hrsg.) European Disability Law, Fundación ONCE, Colección Solidaridad, Escuela Libre Editorial, Madrid

Beljaars P. und R. Prins (2000) „Disability Programme Reforms and Labour Market Participation in the Netherlands (1990-2000): Principles, measures and outcomes in a decade of combating high disability rates." Ein Dokument, das der ISSA-Konferenz zum Thema Social Security in the Global Village, Helsinki, 25.-27. September, vorgelegt wurde.

Colin C., V. Cordey und L. Pasquier-Doumer (1999) „L'accèss l'allocation aux adultes handicapés: le jeu combiné de critères médicaux et sociaux" DREES Études et Résultats, Nr. 39, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Paris

Høgelund, Jan (1999) Reintegration policies in the Netherlands and Denmark: The Role of Employers, Danish National Institute of Social Research. Kopenhagen.

Høgelund J. und T. J. Veerman (2000) „Reintegration: Public or Private Responsibility? The Dutch and Danish Reintegration Policy Towards Work Incapacitated Persons." Ein Dokument, das der ISSA-Konferenz zum Thema Social Security in the Global Village, Helsinki, 25.-27. September, vorgelegt wurde.

Jardon-Dato E. (2000) „La valoración médica de la incapacidad para el trabajo (elaboración del listado de enfermedades con la colaboración de las sociedades científicas)" Revista de Neurologia Bd. 31 Nr. 9 S. 882-884.

Anhang 2 Definitionen bei beschäftigungsfördernden Maßnahmen

In den EU-Mitgliedstaaten gibt es ein breites Spektrum beschäftigungsfördernder Maßnahmen für Menschen mit Behinderungen, so zum Beispiel:

- Quotenregelungen, die von einer Abgabe/Geldbuße bei Nichteinhaltung der festgelegten Quoten flankiert werden;
- vorübergehend oder auf Dauer gezahlte Lohnkostenzuschüsse, Anpassungszuschüsse (für Arbeitgeber) und Einkommensergänzungen (für Arbeitnehmer);
- Schulungs- und Rehabilitationsmaßnahmen und/oder Gebührenerstattung und Unterhaltszuschüsse für Menschen, die an Schulungs- und Rehabilitationsmaßnahmen teilnehmen;
- Vermittlungsdienste, Job-Coaching, Unterstützung bei Bewerbungsgesprächen, Dolmetscherdienste usw.

Wie Menschen in den Zuständigkeitsbereich der Arbeitsämter gelangen und entscheiden, ob sie einen Antrag auf Sondermaßnahmen für Behinderte stellen sollen, bzw. wie sie an derartige Maßnahmen verwiesen werden, hängt sowohl von individuellen Anreizen als auch von institutionellen Erwägungen ab. Betrachten wir zunächst die individuellen Anreize: Hier können wir feststellen, dass kein EU-Mitgliedstaat Menschen, die bereits in den Genuss von Leistungen aufgrund einer Behinderung kommen, dazu verpflichtet, sich mit den Trägern beschäftigungsfördernder Maßnahmen in Verbindung zu setzen, um ihren Leistungsanspruch aufrechtzuerhalten. Auf diese Weise werden die Bezieher solcher Leistungen eher davon abgehalten, sich mit diesen Möglichkeiten überhaupt auseinander zu setzen. Insgesamt lassen die nationalen Berichte darauf schließen, dass Menschen, die sich um beschäftigungsfördernde Maßnahmen bemühen, keine Leistungen wegen Behinderung erhalten, obwohl vielleicht bereits Schritte in dieser Hinsicht eingeleitet worden sind.

Welche Voraussetzungen es für eine Bewilligung anderer Barleistungen (möglicherweise auf dem Weg zu langfristigen Leistungen wegen Behinderung) zu erfüllen gilt, kann sich darauf auswirken, wie viele behinderte Menschen beschäftigungsfördernde Maßnahmen in Anspruch nehmen. Mehrere Staaten bieten beschäftigungsfördernde Maßnahmen, insbesondere im Rahmen der beruflichen Rehabilitation, jenen an, die letztendlich vielleicht auf Behindertenleistungen Anspruch haben. So gilt in Deutschland beispielsweise der Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“, während die dänischen Gemeinden stark motiviert werden, eventuelle Beschäftigungsmöglichkeiten vor der Bewilligung einer langfristig aufgrund von Behinderung zu zahlenden Leistung zu prüfen.

Es kann vorkommen, dass Menschen in Sonderprogramme für Behinderte gedrängt werden, wenn es ihnen aufgrund der Voraussetzungen für die Bewilligung von Arbeitslosenunterstützung nicht möglich ist, ihren Status als „normale“ Arbeitslose aufrechtzuerhalten. Die Bedingung, dass der Betreffende dem Arbeitsmarkt mehr als eine bestimmte Wochenstundenzahl zur Verfügung stehen muss oder eine ausreichende „Arbeitsfähigkeit“ besitzen muss, gibt es in den meisten Mitgliedstaaten. Große Unterschiede herrschen zwischen den einzelnen Ländern, was das Schicksal der Menschen anbelangt, denen aufgrund solcher Vorschriften keine Arbeitslosenunterstützung bewilligt werden kann: In einigen Staaten können die Betreffenden Beschäftigungsmaßnahmen für Behinderte nutzen, während solche Möglichkeiten in anderen nicht vorhanden sind. In Deutschland können diese Personen z. B. den Status „Rehabilitand“ zuerkannt bekommen, wenn ein geeignetes Programm angeboten wird; in anderen Ländern ist der Bezug von Sozialunterstützung oder kurzfristigem Krankengeld üblicher, zumindest während der Antrag auf Behindertenleistungen bearbeitet wird.

In den länderspezifischen Analysen fassen wir diese unterschiedlichen Faktoren zusammen, indem wir einen Überblick über die Maßnahmen geben und die damit verbundenen individuellen und institutionellen Anreize und Voraussetzungen schildern. Unter den Überschriften Institutionelle Zuständigkeiten und Verbindungen sowie Anreize und Voraussetzungen für eine Teilnahme an Beschäftigungsmaßnahmen möchten wir in unseren Analysen die Zusammenhänge zwischen den allgemeinen Beschäftigungsmaßnahmen und den diskutierten beschäftigungsfördernden Maßnahmen für Menschen mit Behinderungen erläutern. Berücksichtigt sind alle verfügbaren Informationen über institutionelle Anreize im Zusammenhang mit der Behinderungsklassifikation sowie eine Zusammenfassung der Leistungsvorschriften und anderer Voraussetzungen, die sich auf die Entscheidung, sich um derartige Maßnahmen zu bemühen, auswirken können.

Andere Elemente des Bewertungsprozesses sind unter folgenden Überschriften zusammengefasst:

Personal
Zum Beispiel ob die beteiligten Mitarbeiter im Beschäftigungsbereich qualifiziert sind oder medizinisches Fachwissen besitzen.

Vorschriften und Instrumente

Beobachtung im Kontext
Die Gutachter können Gelegenheit erhalten, Menschen am Arbeitsplatz oder bei der Verrichtung arbeitsbezogener Tätigkeiten zu beobachten, entweder innerhalb einer üblichen Arbeitsumgebung, in einer geschützten Werkstätte oder in einer Reha-Einrichtung.

Rolle des behinderten Menschen
Den behinderten Menschen selbst kommt bei der Bewertung eine bestimmte Rolle zu; sie können beispielsweise ihre Bestrebungen und Vorlieben nennen oder eine allgemeinere Entscheidung dahingehend treffen, ob sie als behindert eingestuft werden möchten oder nicht.

Rolle des Arbeitgebers
Die Arbeitgeber können betroffene Mitarbeiter z. B. dazu ermutigen, einen Antrag auf Einstufung zu stellen oder in Gremien mitzuarbeiten, die die Arbeit der bewertenden Behörde kontrollieren.

Alle Informationen beziehen sich auf das Jahr 2001, als die nationalen Berichte geschrieben wurden. Falls zutreffend, wurden Änderungen bis zum 1. Januar 2002 berücksichtigt.

ÖSTERREICH

Maßnahmen

Im nationalen Bericht werden folgende Beschäftigungsmaßnahmen erörtert:

1. Das Behinderteneinstellungsgesetz (BEinstG), das eine Quotenregelung, Vorschriften zur Bekämpfung von Diskriminierungen bei Lohn- und Gehaltszahlungen, Kündigungsschutz, Zuschüsse, Darlehen usw. sowie eine begleitende Hilfe am Arbeitsplatz (Arbeitsassistenz) und integrative Betriebe vorsieht.

Arbeitsassistenz: Hilfe bei der Arbeitsuche am offenen Markt - Bereitstellung von Job-Coaches, beruflicher Weiterbildung, administrativer Unterstützung, Informationen usw. für Arbeitgeber, was spezielle Vorkehrungen für den Betreffenden anbelangt.

Integrative Betriebe - früher geschützte Werkstätten genannt: Mit der Namensänderung soll betont werden, dass die Arbeitserfahrung die Begünstigten in die Lage versetzen sollte, sich um Arbeit am offenen Arbeitsmarkt zu bemühen. Das Entgelt entspricht den auf der Grundlage allgemeiner Tarifverträge gezahlten Löhnen und Gehältern.

Die Regierungen der Bundesländer betreiben in eigener Zuständigkeit ebenfalls geschützte Werkstätten, arbeitstherapeutische Einrichtungen usw., jedoch oft mit anderen Entgeltregelungen, finanzieller Unabhängigkeit und Zuschüssen usw.

2. Das Arbeitsmarktservicegesetz (AMSG) (1994), das beschäftigungsfördernde Maßnahmen allgemein für Menschen im Erwerbsalter vorsieht, unter besonderer Berücksichtigung jener, die am Arbeitsmarkt benachteiligt sind und deren Beschäftigungsaussichten nicht denen anderer gleichen (§ 31). Es werden Sonderschulungsprogramme für behinderte Menschen angeboten, und für auf diese Gruppe zugeschnittene Maßnahmen steht ein höherer Etat zur Verfügung.

Darüber hinaus bieten die Sozialversicherungs- und Unfallversicherungsträger Rehabilitationsmaßnahmen für Menschen an, die aufgrund von Krankheit/Invalidität zu arbeiten aufhören und einen ausreichenden Beitragsverlauf vorweisen können. Bei dieser Maßnahme geht es vorwiegend um eine medizinische Rehabilitation.

Institutionelle Zuständigkeiten und Verbindungen

Offizielle Bescheinigungen über einen Grad der Behinderung (GdB) von 50 %+ können von mehreren Behörden beschafft werden, so auch von den Sozialversicherungs- und Unfallversicherungsträgern. Ist keine dieser Behörden beteiligt, ist das Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen dafür zuständig. Bestimmte Teilaspekte müssen auch von den Trägern der Arbeitsassistenz und den integrativen Betrieben selbst bescheinigt werden.

Integrative Betriebe sind für begünstigte Behinderte (registrierte Behinderte) gedacht, was jedoch nicht heißt,

(a) dass ein begünstigter Behinderter automatisch Anrecht auf einen Arbeitsplatz in einem integrativen Betrieb hat. Der Zugang hängt vom Standort der betreffenden Firma und von den freien Stellen ab; es wird eine Warteliste geführt.
(b) dass der integrative Betrieb nur begünstigte Behinderte beschäftigen darf. Es gelten vielmehr umfassendere Parameter: 80 % der Mitarbeiter müssen behindert sein (GdB 30 %+) und 60 % müssen begünstigt sein (50 %+).

Wer begleitende Hilfe am Arbeitsplatz in Anspruch nimmt, muss in den offenen Arbeitsmarkt integrierbar sein. Die Träger solcher Arbeitsassistenzmaßnahmen müssen Zielvorgaben in Bezug auf eine erfolgreiche Vermittlung erfüllen. Sie haben einen Anreiz, Menschen abzulehnen, die schwer zu vermitteln sind, was jedoch keinen formalen Charakter hat (z. B. durch Festlegung von Mindestvoraussetzungen hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit), im Gegensatz zu den integrativen Betrieben (siehe auch S. 6).

Arbeitsmarktservice
Der Arbeitsmarktservice betrachtet behinderte Menschen als eine Gruppe unter den Schwervermittelbaren. Der „Weg der Behinderung“ gilt nicht immer als der am besten geeignete. Es gibt jedoch finanzielle Vorteile, diesen Weg zu beschreiten.

Anreize und Voraussetzungen für eine Teilnahme an Beschäftigungsmaßnahmen

Die Zuerkennung eines Grades der Behinderung berechtigt zur Inanspruchnahme vielfältigster Maßnahmen auf der Grundlage des BEinstG und in gewissem Umfang auch des AMSG. All diese Maßnahmen sind beschäftigungsbezogen - wer nicht in einem Beschäftigungsverhältnis steht oder keine Arbeit sucht, hat kaum Grund, sich einer GdB-Bewertung zu unterziehen. Es deutet einiges darauf hin, dass ein großer Teil derjenigen, die sich um den Status der Begünstigung/Registrierung im Rahmen der Quotenregelung bemühen, Arbeitnehmer sind, die bereits in einem Beschäftigungsverhältnis stehen, wenn sie eine Behinderung erleiden.

Zugang zu den Maßnahmen des Arbeitsmarktservice wird ohne ausreichende Arbeitsfähigkeit nicht gewährt.

Bewertungen

Einstufung als begünstigter Behinderter auf der Grundlage des BEinstG (Quotenregelung usw.)

Zu treffende Entscheidungen, Kriterien

- Messen der Schwere der Schädigung:
  Der Grad der Behinderung einer Person (GdB) wird bezogen auf den Wert 100 gemessen; die Anspruchsberechtigung/Begünstigung beginnt bei einem Grad von 50+. Der GdB ist nicht dazu gedacht, die Arbeitsfähigkeit oder -unfähigkeit zu messen.

- Leistungsbeeinträchtigungen bei allgemeinen beschäftigungsbezogenen Tätigkeiten
  Ein Mensch kann jedoch nicht als begünstigt eingestuft werden, wenn die Behinderung so schwer ist, dass eine Eingliederung in den Arbeitsmarkt unmöglich ist. Die Entscheidung darüber trifft der ärztliche Gutachter (siehe unten).

Personal

Der Antragsteller legt medizinische Unterlagen vor; normalerweise erfolgt eine weitere Untersuchung durch einen bei der zuständigen Behörde (normalerweise die Bundesanstalt für Soziales und Behindertenwesen, BSB) beschäftigten oder von ihr beauftragten Arzt. Dieser berichtet über den Gesundheitszustand und die Schädigungen des Betreffenden, nimmt jedoch keine Bewertung der Arbeitsfähigkeit vor, außer im oben genannten Fall, wenn aufgrund der Schwere der Behinderung eine Eingliederung in den Arbeitsmarkt ausgeschlossen ist.

Vorschriften und Instrumente

Grundlage für das ärztliche Gutachten ist die Richtsatzverordnung (RSV), eine detaillierte Liste der Schädigungen (725 Posten) mit den entsprechenden Graden der Behinderung. Es gibt Regeln, nach denen die Prozentsätze unterschiedlicher Schädigungen zu einem Gesamtwert zusammengefasst werden können.

Beobachtung im Kontext

Findet nicht statt, siehe aber weiter unten den Abschnitt über integrative Betriebe und geschützte Arbeitsplätze.

Rolle des behinderten Menschen

Der behinderte Mensch muss den Prozess der Feststellung der Begünstigung einleiten.

Rolle des Arbeitgebers

Keine bei der Bewertung des GdB.

Andere Bewertungen auf der Grundlage des BEinstG

Integrative Betriebe

Zu treffende Entscheidung, Kriterien:

Integrative Betriebe sind für begünstigte Behinderte gedacht. Allerdings können auch nicht begünstigte Behinderte mit gezählt werden, wenn festgestellt werden soll, ob der Betrieb seine Zielvorgaben erreicht hat, sofern deren Grad der Behinderung über 30 % beträgt. Die Bewertung obliegt - auf der Grundlage der RSV - dem Betriebsarzt, der auch die Aufgaben nennt, zu deren Verrichtung der Betreffende imstande ist (siehe unten - Restleistungsfähigkeit). Der Arzt erstattet einem Bewertungsteam Bericht, dem Vertreter des Betriebs, des Arbeitsmarktservice, der Bundesanstalt für Soziales und Behindertenwesen, der Landesregierungen usw. angehören. Dieses Team kontrolliert die Führung der Warteliste und die Vergabe von Stellen vor dem Hintergrund der Art der Behinderung, der Qualifikationen und der Arbeitserfahrung des Betreffenden.

Über den Zugang zu einem integrativen Betrieb entscheidet ein weiteres Kriterium, nämlich die Restleistungsfähigkeit. Der Betreffende muss mindestens 50 % der normalen Leistungsfähigkeit besitzen.

Der Platz, den jemand auf der Warteliste einnimmt, hängt vom Datum der Antragstellung, aber auch von den Qualifikationen, dem Entwicklungspotenzial und der „sozialen Dringlichkeit“ ab (d. h. davon, wie wichtig es für den Betreffenden ist, eine Arbeit zu finden).

Vorschriften und Instrumente

Die Restleistungsfähigkeit wird vom Betrieb selbst bewertet, indem die Leistung des Betreffenden bei der tatsächlichen Arbeit beobachtet wird. Der Grad der Restleistungsfähigkeit kann sich bei einer Änderung/einem Wechsel des Arbeitsplatzes ändern.

Arbeitsassistenz: Zwar verschafft die Einstufung als begünstigter Behinderter (GdB > 50 %) Zugang zu diesen Maßnahmen, doch stehen sie auch anderen Gruppen offen. Die Träger von Arbeitsassistenzmaßnahmen sind oft auf bestimmte Behinderungen ausgerichtet (z. B. Gehörlosigkeit).

Beobachtung im Kontext

Eine Checkliste der Funktionsschädigungen - kann vom Assistenten/Coach ausgefüllt werden, nachdem dieser eine gewisse Zeit mit dem Antragsteller zusammengearbeitet hat. Die Antragsteller können gebeten werden, einen Fragebogen zur beruflichen Orientierung auszufüllen.

Der Assistent/Coach erstellt einen Bericht, nachdem er eine gewisse Zeit mit dem Antragsteller zusammengearbeitet hat. Es können für eine solche Bewertung Probearbeitstage vereinbart werden.

Auf der Grundlage des AMSG (Arbeitsmarktmaßnahmen)

Zu treffende Entscheidung, Kriterien:

Wenn eine Person auf der Grundlage des BEinstG eingestuft wurde (begünstigter Behinderter oder zu 30 %+ behindert), reicht dies für einen Anspruch auf Sondermaßnahmen gemäß AMSG aus.

Andernfalls trifft der Mitarbeiter des Arbeitsmarktservice die Entscheidung darüber, ob der „Weg der Behinderung“ eingeschlagen werden soll, wobei er Folgendes berücksichtigt:

- für den Betreffenden spezifische persönliche und soziale Umstände
- Selbstbewertung des Antragstellers
- die Meinung anderer, z. B. von Ausbildern
- mögliche stigmatisierende Folgen.

Personal

Nachweise zur Krankengeschichte müssen vorgelegt werden. Mit einer Untersuchung wird normalerweise ein Amtsarzt betraut (z. B. Ärzte des Roten Kreuzes in Wien). Das ärztliche Gutachten gibt Anhaltspunkte dafür, wo und wie der Betreffende arbeiten könnte, und enthält Empfehlungen beispielsweise zu Sonderschulungen.

Der Arbeitsmarktservice beschäftigt je nach Region unterschiedlich qualifizierte Mitarbeiter, z. B. gibt es an einigen Orten spezifische Dienste und Spezialisten für berufliche Rehabilitation, während diese Aufgaben woanders von normalen Mitarbeitern wahrgenommen werden.

Vorschriften und Instrumente

Es gibt keine spezifischen Instrumente. Was die Nutzung des „Wegs der Behinderung“ anbelangt, insbesondere bei Menschen mit Geisteskrankheiten, gibt es erhebliche regionale Unterschiede. Eigentlich sollen die Mitarbeiter für jeden Antragsteller einen individuellen Ansatz wählen, der auf seine Bedürfnisse zugeschnitten ist.

Die Arbeitsmarktstatistiken gaben früher Aufschluss über die Art der Behinderung (Körperbehinderung, Sehbehinderung, Hörschädigung, Geisteskrankheit, Lernbehinderung), doch heute (seit September 1999) wird nur noch die Art der Registrierung angegeben. Die größte Kategorie lautet sinngemäß „anderweitig vom Arbeitsmarktservice erfasst“.

Beobachtung im Kontext

Die Bewertung erfolgt vor dem Hintergrund möglicher geeigneter Arbeitsmarktmaßnahmen (z. B. Schulungsmöglichkeiten).

Rolle des behinderten Menschen

Der Betreffende muss damit einverstanden sein, den Weg der Behinderung zu beschreiten.

Rolle des Arbeitgebers

Keine.

BELGIEN

Maßnahmen

Die im nationalen Bericht erörterten Beschäftigungsmaßnahmen werden vom Flämischen Fonds für die soziale Eingliederung behinderter Menschen angeboten. Ähnliche Maßnahmen gibt es auch von anderen Regionalfonds, wie z. B. dem Wallonischen Fonds (AWIPH). Die Maßnahmen umfassen:

- Lohnkostenzuschüsse
- Berufsbildung
- geschützte Arbeitsplätze
- Bereitstellung eines Dolmetschers oder anderer Unterstützung

Institutionelle Zuständigkeiten und Verbindungen

Die normalerweise von einem Arbeitsamt wahrgenommenen Aufgaben sind in Belgien dezentralisiert worden. Der Nationale Beschäftigungs- und Vermittlungsdienst (RVA/ONEM) verwaltet die Arbeitslosenunterstützung, ist aber seit der mit der Reform von 1991 eingeführten Dezentralisierung nicht mehr für die Vermittlung verantwortlich. Auch die Aufgaben des Nationalen Fonds für die soziale Rehabilitation behinderter Menschen wurden per 1.1.91 dezentralisiert.

Der Flämische Fonds finanziert eine Reihe von Maßnahmen, einschließlich Pflegediensten und Ausrüstungen. Hier wollen wir uns zwar nur mit den Beschäftigungsmaßnahmen befassen, doch gilt anzumerken, dass einige Sozialdienstleistungen desselben Fonds in Wirklichkeit wie Beschäftigungsmaßnahmen wirken, z. B. die Hilfe, die Menschen in Anspruch nehmen können, um zur Arbeit zu gelangen.

Der Flämische Fonds und die anderen Regionalfonds sind institutionell ziemlich unabhängig von anderen Einrichtungen im Bereich der Beschäftigungsförderung, wie beispielsweise Jobbörsen.

Anreize und Voraussetzungen für eine Teilnahme an Beschäftigungsmaßnahmen

Es gibt keine ausdrücklichen Verbindungen zwischen den Beschäftigungsmaßnahmen für behinderte Menschen und den Maßnahmen zur Einkommenssicherung. Im Allgemeinen ist jemand, der beim Fonds beschäftigungsfördernde Maßnahmen beantragt, Bezieher von Arbeitslosenunterstützung. Schulabgänger sowie Menschen, die berufstätig waren, haben in Belgien Anspruch auf Arbeitslosenunterstützung.

Menschen mit Behinderungen können von den regionalen Vermittlungsdiensten als schwervermittelbar eingestuft werden. Das hat jedoch nicht zur Folge, dass ihnen der Bezug von Arbeitslosenunterstützung verwehrt wird; im Gegenteil, diese kann Schwervermittelbaren sogar länger gezahlt werden als „normalen“ Arbeitslosen. In den letzten Jahren wurden verstärkt Anstrengungen unternommen, Langzeitarbeitslose zu „aktivieren“, wozu auch einige gemeinsame Maßnahmen des flämischen Vermittlungsdienstes und des Flämischen Fonds für die soziale Eingliederung behinderter Menschen gehören. Allerdings gehen diese Bemühungen nicht mit einer entschiedenen Verhängung von Sanktionen gegen jene einher, die keine Arbeit aufnehmen.

In dem Bericht wird erwähnt, dass die Zahl jener, die sich um Maßnahmen bemühen und auch angenommen werden, vom jeweiligen Angebot abhängt. „Je mehr Maßnahmen- und Dienstleistungsarten vom Fonds angeboten werden, desto mehr Menschen werden verwaltungstechnisch wahrscheinlich als behindert eingestuft“ (belgischer Bericht, S. 13)

Bewertungen

Zu treffende Entscheidung, Kriterien

Bei dem Antragsteller muss es sich um einen „behinderten Menschen“ handeln, wobei Behinderung als „langfristige und wesentliche Beeinträchtigung der Möglichkeiten sozialer Eingliederung aufgrund verringerter intellektueller, psychischer, physischer oder sensorischer Fähigkeiten“ definiert wird.

- Leistungsminderung bei allgemeinen beschäftigungsbezogenen TätigkeitenIm Hinblick auf Beschäftigungsmaßnahmen wird bewertet, inwieweit die verringerten Fähigkeiten eines Menschen seine Eingliederung in den Arbeitsmarkt behindern.
- Indikatoren für Benachteiligung, z. B. die Schwierigkeit, eine Arbeit zu finden. Wenn keine „gravierende“ Diagnose vorliegt, d. h. wenn der Zustand einer Person nicht ernst ist, muss der Antragsteller nachweisen, dass er sich erfolglos um eine reguläre Arbeit bemüht hat.
- Leistungsminderungen bei einer spezifischen Arbeit

Es gibt zwei Programme für eine bezuschusste Beschäftigung: CAO-26 (Tarifvereinbarung 26) oder VIP (Vlaamse Inschakelingspremie - Flämischer Eingliederungszuschuss). Letzterer ist noch ziemlich neu und unterscheidet sich von CAO-26 insofern, als die Zuschusshöhe fest ist (30 % des Mindestlohnes in dem betreffenden Sektor), während CAO-26 zwischen 5 % und 50 % des Lohnes liegt, je nachdem, wie weit die Produktivität des Betreffenden an dem speziellen Arbeitsplatz unter der Normalproduktivität liegt.

Bei CAO-26 erfolgt die Messung des Produktivitätsverlustes kontextbezogen (also in einem spezifischen Arbeitsumfeld). Gilt eine Person für eine spezifische Maßnahme als nicht anspruchsberechtigt, wird die allgemeine Bewertung hinfällig. Bei VIP ist die Messung der Produktivitätsminderung nicht kontextbezogen: Der Status wird nach der allgemeinen Bewertung zuerkannt und noch bevor der Betreffende eine Arbeit gefunden hat.

Personal

Die allgemeine Anspruchsberechtigung wird von multidisziplinären Ausschüssen auf der Grundlage der Informationen bewertet, welche von multidisziplinären Teams, die in zugelassenen Organisationen ohne Erwerbscharakter arbeiten, bereitgestellt werden.

An der Prüfung der Anspruchsberechtigung im Zusammenhang mit spezifischen Maßnahmen sind andere Akteure beteiligt, vor allem die über die Einhaltung der Arbeitsgesetze wachende Arbeitsaufsicht, welche die Höhe des CAO-26-Zuschusses festlegt, der einem Arbeitgeber gezahlt werden sollte, wenn er einen behinderten Arbeitnehmer an einem bestimmten Arbeitsplatz beschäftigt. Die Aufsicht ist nicht an der Verwaltung des VIP-Zuschusses beteiligt.

Vorschriften und Instrumente

In einigen Fällen, z. B. bei Gehörlosigkeit, reicht der Nachweis der Schädigung selbst aus, damit eine entsprechende Maßnahme (Unterstützung durch einen Dolmetscher bei der Arbeit) bewilligt werden kann.
In Grunde hängt jede Form der vom Fonds geleisteten Hilfe von der Einzelfallentscheidung ab, die ein Ausschuss auf der Grundlage einer individuellen Bedarfsbewertung trifft. In einigen Fällen jedoch wurden Regeln formuliert, um eine interne Entscheidungsfindung zu erleichtern, wobei diese Regeln jedoch keinen rechtlichen Status haben und bei einem Widerspruchsverfahren außer Kraft gesetzt werden könnten. Beispielsweise basieren die Schulabgängern zur Verfügung stehenden Maßnahmen in erster Linie auf dem Bildungsniveau und der schulischen Laufbahn des Betreffenden.

Beobachtung im Kontext

Das Erstbewertungsverfahren wird unter Außerachtlassung des Kontextes durchgeführt und entscheidet darüber, ob der Betreffende in einer geschützten Werkstatt arbeiten darf, ob er ausreichend behindert ist, damit sein Arbeitgeber Anspruch auf einen Lohnkostenzuschuss hat, usw. Danach verfügt der so Bewertete über ein „Ticket“ für die eine oder andere Maßnahme. Das „Ticket“ kann unbenutzt bleiben, wenn der Inhaber zum Beispiel gerade keine Arbeit hat oder die Werkstatt keine freien Stellen anbietet. Wenn er jedoch eine Stelle findet, kann sich der Arbeitgeber oder die Werkstatt an den Fonds wenden, um Zuschüsse für den Betreffenden zu beantragen.

Beim CAO-26-Zuschuss wird das „Ticket“ tatsächlich überprüft und die Arbeitsaufsicht führt eine Vor-Ort-Kontrolle durch.

Rolle des behinderten Menschen

Der behinderte Mensch leitet das Antragsverfahren ein, indem er beim Flämischen Fonds Hilfe bei der Eingliederung in den Arbeitsmarkt beantragt, entweder allgemein oder bezogen auf eine spezifische Maßnahme, wie beispielsweise ein Stelle in einer geschützten Werkstatt oder Anpassungen des Arbeitsplatzes oder einen Lohnkostenzuschuss für seinen Arbeitgeber

Rolle des Arbeitgebers

In der Praxis läuft die Entscheidung der Arbeitsaufsicht über einen CAO-26-Zuschuss oft auf Verhandlungen mit dem Arbeitgeber hinaus.

DÄNEMARK

Maßnahmen

Im nationalen Bericht werden folgende Maßnahmen behandelt:

Das Gesetz über aktive Sozialpolitik (1998), das berufliche Rehabilitation und „Flexjobs" vorsieht. Flexjobs sind Arbeitsplätze, für die Lohnkostenzuschüsse in Höhe von 25 %, 50 % oder 75 % des Mindestlohnes gezahlt werden (der 25 %-Satz soll 2003 abgeschafft werden).
Es gibt ferner „geschützte Arbeitsplätze", für die es einen 50 %igen Zuschuss gibt und wo der Betreffende 1/3 der normalen Arbeitszeit arbeitet.

Das Gesetz über den Nachteilsausgleich für erwerbstätige Menschen mit Behinderungen (LCPDE) sieht Folgendes vor:

1. Priorität für Arbeitnehmer mit Behinderungen im öffentlichen Sektor:
   - in der Praxis wird der Prioritätsparagraph nur von wenigen Behörden bei der Einstellung angewandt;
   - jedoch kommt dieses Gesetz bei der Lizenzvergabe für Marktstände und Taxis zur Anwendung.

2. Das Eisbrecherprogramm: Ein Zuschussprogramm für Berufseinsteiger mit Behinderungen

3. Das Programm zur Bezahlung von Arbeitshilfsmitteln, Werkzeugen und Verbesserungen der Zugänglichkeit

4. Der persönliche Unterstützungsplan - normalerweise bis zu 20 Stunden die Woche, in einigen Fällen aber Vollzeit

Institutionelle Zuständigkeiten und Verbindungen

Das LCPDE wird vom Arbeitsamt umgesetzt; andere Maßnahmen obliegen den Gemeindebehörden. Diesen kommt eine Schlüsselrolle beim Management der Rehabilitationsmaßnahmen und der Leistungsbewilligung zu. Sie haben einen starken finanziellen Anreiz, Menschen, die andernfalls Rehabilitationsbeihilfen, foertidspension oder Sozialunterstützung beziehen würden, zu „Flexjobs" zu verhelfen, da diese Lohnkostenzuschüsse von der Zentralregierung gezahlt werden.

Über eine Beschäftigung auf der Grundlage eines Sozialkapitels (das abweichende Bedingungen und Bestimmungen für Menschen mit geminderter Leistungsfähigkeit zulässt) entscheidet der Arbeitgeber in Absprache mit der Gewerkschaft, die das Kapitel ausgehandelt hat.

Anreize und Voraussetzungen für eine Teilnahme an Beschäftigungsmaßnahmen

Das Gesetz über aktive Sozialpolitik geht auf den Wunsch zurück, die Zahl derjenigen, die Leistungen beantragen, zu verringern und sicherzustellen, dass die Antragsteller dazu ermutigt werden, sich eine Arbeit zu suchen. Hauptzielgruppe der Maßnahme waren Arbeitslose; der ursprüngliche Schwerpunkt lag auf arbeitslosen Jugendlichen.

Das Gesetz gilt für alle, die bei einer Gemeindebehörde um Unterstützung nachsuchen. Eine Unterscheidung zwischen jenen, deren Beeinträchtigungen bei der Arbeitsuche auf eine Behinderung zurückzuführen sind, und denjenigen, die andere Probleme haben (z. B. fehlende

Bildung, Abhängigkeit usw.), trifft die Gemeindebehörde im Laufe der Festlegung geeigneter Maßnahmen (Aktivierung, Rehabilitation usw.).

Die derzeitigen Bestimmungen unterstreichen, dass zunächst alle Beschäftigungsoptionen ausgeschöpft sein müssen, bevor eine Behindertenrente bewilligt wird. Geschützte Arbeitsplätze (der Arbeitgeber erhält einen Zuschuss von 50 %) sind jedoch Menschen vorbehalten, die eine Behindertenrente erhalten.

Gewissermaßen werden behinderte Menschen, die eine Arbeit suchen, ähnlich behandelt wie jede andere Gruppe, die Schwierigkeiten hat, einen Arbeitsplatz zu bekommen. Der Zentralverband behinderter Menschen, DCODP, spricht sich nicht für eine differenzierte Behandlung bei der Anwendung von Aktivierungs- und Rehabilitationsmaßnahmen aus. Der DCODP befürwortet ein Ausgleichsmodell, bei dem Menschen mit eingeschränkter Funktionsfähigkeit auf eine Weise entschädigt werden sollten, die es ihnen erlaubt, auf der gleichen Grundlage wie andere zu „funktionieren".

In gewisser Weise findet sich dieses Konzept im LCDPE wieder. LCPDE-Maßnahmen sind auf Menschen mit Körperbehinderungen ausgerichtet.

Bewertungen

LCPDE

Zu treffende Entscheidungen, Kriterien

Im LCPDE wird die Gruppe der Begünstigten zwar als „Menschen mit Behinderungen" beschrieben, aber nicht darüber hinaus definiert, wenn man von dem persönlichen Unterstützungsplan einmal absieht, wo ausdrücklich besondere Zustände erwähnt werden (Blindheit usw. - siehe unten).

Das Zentrum für Chancengleichheit hat eine Definition der Behinderung vorgeschlagen, die den Grundsatz des Nachteilsausgleichs berücksichtigen soll, der, so das Argument, dem LCDPE eigentlich zugrunde liegt. Die Definition lautet: Ein Mensch ist behindert, wenn

- eine Beeinträchtigung der körperlichen, psychischen oder intellektuellen Funktionen vorliegt, die einen Nachteilsausgleich notwendig macht, wenn der Betreffende auf der gleichen Grundlage wie andere in vergleichbarer Lebenssituation funktionieren soll.

- eine Leistungsbeeinträchtigung bei einer spezifischen Arbeit vorliegt.

Was die Art der LCPDE-Maßnahmen, insbesondere Arbeitsplatzanpassungen, anbelangt, wird das Augenmerk auf Beeinträchtigungen in einem spezifischen Beruf/an einem spezifischen Arbeitsplatz gelegt.

- Indikatoren für eine Benachteiligung vorliegen, z. B. Schwierigkeiten, eine Arbeit zu finden.

Wer um Unterstützung nachsucht, muss schwer vermittelbar sein, d. h. es darf ihm nicht möglich gewesen sein, unter normalen Bedingungen eine Arbeit zu finden.

Personal

Die Arbeitsämter beschäftigen Behindertenberater, die ursprünglich im Zusammenhang mit der Kampagne zur Sensibilisierung für die soziale Verantwortung der Unternehmen ernannt wurden.

Es wird eine ärztliche Bescheinigung verlangt, die vom behandelnden Arzt des Betreffenden ausgestellt wird.

Vorschriften und Instrumente

In Bezug auf den persönlichen Unterstützungsplan werden ausdrücklich drei Schädigungen genannt - Sehbehinderung, Hörschädigung und Beeinträchtigungen der körperlichen Funktionsfähigkeit (d. h. insbesondere Paraplegie usw.).

Für die anderen Maßnahmen gibt es keinen detaillierten Bewertungsleitfaden.

Beobachtung im Kontext

Bei der Bereitstellung von Arbeitshilfsmitteln hängt die Anspruchsberechtigung davon ab, ob die Maßnahme für die Bedürfnisse des Betreffenden geeignet ist.

Rolle des behinderten Menschen

Während „Aktivierungsmaßnahmen" Pflicht sein können, müssen sich behinderte Menschen die Maßnahmen auf der Grundlage des LCPDE aussuchen.

Rolle des Arbeitgebers

Die Arbeitgeber sind rechtlich nicht verpflichtet, die Inanspruchnahme von LCPDE-Maßnahmen zu erleichtern; mit der Kampagne zur Sensibilisierung für die „soziale Verantwortung der Unternehmen" wurde jedoch versucht, sie davon zu überzeugen. Diese Initiative sollte die Beschäftigung behinderter Menschen durch Überzeugungsarbeit und die Aufnahme von „Sozialkapiteln" in die Tarifvereinbarungen fördern, auf deren Grundlage Menschen mit einer Leistungsfähigkeit von unter 100 % eingestellt werden könnten.

Maßnahmen auf der Grundlage des Gesetzes über aktive Sozialpolitik:

Zu treffende Entscheidungen

Das Gesetz über aktive Sozialpolitik sieht Rehabilitationsmaßnahmen und Flexjobs für Menschen vor, deren Arbeitsfähigkeit gemindert ist. Arbeitsfähigkeit wird definiert als „die Fähigkeit, den Anforderungen des Arbeitsmarktes, verschiedene Aufgaben zu verrichten, um ein Einkommen zu erzielen, gerecht zu werden".

Das Gesetz gilt für alle, die bei einer Gemeindebehörde um Unterstützung nachsuchen. Die Unterscheidung zwischen jenen, deren Beeinträchtigungen bei der Arbeitsuche auf eine Behinderung zurückzuführen sind, und denjenigen, die andere Probleme haben (z. B. fehlende Bildung, Abhängigkeit usw.), trifft die Gemeindebehörde im Laufe der Festlegung geeigneter Maßnahmen (Aktivierung, Rehabilitation usw.).

Personal

Die zentralen Entscheidungen werden von Sozialarbeitern getroffen.

Vorschriften und Instrumente

Die Maßnahmen zeichnen sich dadurch aus, dass sie mehr von der Struktur der finanziellen Anreize, die Behördenentscheidungen beeinflussen, abhängen, als von zentral festgelegten Vorschriften und Instrumenten.

Beobachtung im Kontext

Jeder, der langfristig krank ist, sollte einen Rehabilitationsplan haben; Rehabilitationseinrichtungen können den Antragsteller beobachten und bewerten.

Die Höhe des Zuschusses für einen Arbeitsplatz beruht in der Praxis oft auf der beobachteten Fähigkeit des Betreffenden, diese Arbeit zu verrichten.

FINNLAND

Maßnahmen

Die im nationalen Bericht erörterten Beschäftigungsmaßnahmen fallen unter das Gesetz und die Verordnung über Arbeitsvermittlungen, wo Folgendes vorgesehen ist:

- besondere Hilfe bei der Vermittlung und Berufsberatung
- Schulungszuschüsse
- Zuschüsse für Arbeit auf Probe
- Zuschüsse an Arbeitgeber: Der Arbeitsplatz kann 24 Monate lang subventioniert werden (verglichen mit sechs Monaten bei anderen Gruppen Arbeitsuchender, z. B. Langzeitarbeitslosen), und der Zuschuss kann ab Beginn der Arbeitsuche gezahlt werden, während andere Zielgruppen ein kurze Zeit arbeitslos gewesen sein müssen (normalerweise fünf Monate), bevor diese Regelung zur Anwendung kommt.

Es gibt ferner mehrere beschäftigungsbezogene Maßnahmen, die mit der Sozialversicherung verbunden sind. Besonders wichtig sind Maßnahmen, die einem Menschen den Erhalt seines Arbeitsplatzes nach Ausbruch einer langfristigen Krankheit/Behinderung ermöglichen, einschließlich Arbeitsplatzanpassungen, Schulungskursen usw., was „Erhalt der Arbeitsfähigkeit" genannt wird. Daher wird die berufliche Rehabilitation von Menschen mit geminderter Arbeitsfähigkeit oder für Menschen, die von einer Minderung der Arbeitsfähigkeit bedroht sind, von der Sozialversicherung bezahlt (im Finnischen die Akronyme TYK bzw. ASLAK). Eine andere Maßnahme, die beschäftigungsbezogene Behindertenbeihilfe, entschädigt erwerbstätige, an Schulungsmaßnahmen teilnehmende oder arbeitsuchende behinderte Menschen für die durch ihre Behinderung verursachten Extrakosten. Hier ist die Definition der Behinderung schädigungsbezogen und die Entschädigung wird je nach Schwere der Schädigung in unterschiedlicher Höhe (drei Sätze) gezahlt.

Institutionelle Zuständigkeiten und Verbindungen

Die hier behandelten Maßnahmen werden von der Arbeitsvermittlung angeboten, die dem Arbeitsministerium untersteht.

Geschützte Arbeitsplätze werden von den Gemeinden und NRO bereitgestellt und haben nicht viel mit den Arbeitsvermittlungen zu tun. Die Gemeinden bieten auch Maßnahmen für Drogen- und Alkoholabhängige an. Geschützte Arbeitsplätze sind in verschiedener Form in Finnland vorhanden, spielen aber als Mittel der Beschäftigungspolitik eine geringe Rolle. Sie sind in erster Linie eine Maßnahme zur Einbeziehung/Eingliederung beispielsweise geistig behinderter Menschen.

Verbindungen zu allgemeinen Beschäftigungsmaßnahmen und zu Maßnahmen für andere Gruppen, die am Arbeitsmarkt benachteiligt sind, sind wichtig - die allgemeinen Maßnahmen stehen auch Menschen mit Behinderungen offen und können oft geeigneter sein als Sondermaßnahmen. Der Vorteil, als behindert gemeldet zu sein, ist heute fraglich. Der Schwerpunkt der Beschäftigungsmaßnahmen hat sich auf andere Gruppen verlagert (Langzeitarbeitslose, arbeitslose Jugendliche, Einwanderer). Der Hauptvorteil ist der schnelle Bezug eines 24 Monate lang gezahlten Zuschusses. Einige Autoren haben die Frage aufgeworfen, ob es überhaupt sinnvoll ist, sich für Beschäftigungsmaßnahmen als Behinderter einstufen zu lassen, da behinderte Arbeitsuchende z. B. in Bezug auf die Dauer der Arbeitslosigkeit schlecht abschneiden. Außerdem kann eine solche Einstufung als stigmatisierend betrachtet werden.

Mit einer Einstufung sollen behinderte Arbeitsuchende nicht ausgegrenzt werden, es sollen ihnen vielmehr, wie oben beschrieben, zusätzliche Dienste zugänglich gemacht werden.

Anreize und Voraussetzungen für eine Teilnahme an Beschäftigungsmaßnahmen

Menschen über 50 Jahre, die dabei sind, auf der Grundlage von Vorruhestandsregelungen eine Frührente zu beantragen, werden nicht gedrängt, an Beschäftigungsmaßnahmen für behinderte Menschen teilzunehmen. Das liegt daran, dass die Rentenregelungen als Lösung für die Arbeitsmarktprobleme älterer Arbeitsuchender genutzt werden. Diese Situation ändert sich zurzeit, denn es wird viel Wert auf eine stärkere Erwerbsbeteiligung gelegt, doch ist es noch zu früh, um etwas über die Ergebnisse dieser Entwicklung vom Standpunkt der Behinderten aus sagen zu können.

Aufgrund der Wechselwirkungen zwischen Renten- und Beschäftigungspolitik auf individueller Ebene kann es auch dazu kommen, dass Arbeitslosenunterstützung und Renten gegeneinander abgewogen werden. In der Regel verliert ein behinderter Mensch seinen Anspruch auf Arbeitslosenunterstützung nicht aufgrund einer durch seine Behinderung bedingten geminderten Arbeitsfähigkeit oder unzureichenden Verfügbarkeit für den Arbeitsmarkt. Er kann seinen Leistungsanspruch jedoch verwirken, wenn er grundlos Stellenangebote der Arbeitsvermittlung ablehnt, wie jeder andere Arbeitsuchende auch. Es kann vorkommen, dass ein Mensch bereits als behindert eingestuft ist und Anspruch auf Behindertenrente hat, dass jedoch die Antragsbearbeitung einige Zeit dauert und es zu Lücken im Leistungsbezug kommt.

Bewertungen

Zu treffende Entscheidungen, Kriterien

Behinderte Menschen werden gemäß der IAO-Konvention 159 als Menschen definiert, deren Aussichten, einen Arbeitsplatz zu finden, zu behalten oder befördert zu werden infolge einer ordnungsgemäß anerkannten körperlichen oder geistigen Schädigung wesentlich gemindert sind.

Eine Schädigung selbst ist nicht ausreichend, um einen Anspruch zu begründen: Es muss die Beschäftigungsfähigkeit beeinträchtigt sein - z. B. kann der Verlust einer Gliedmaße irrelevant sein, wenn der Betreffende einen akademischen Hintergrund hat. Funktionsbeeinträchtigungen werden berücksichtigt, wenn sie diagnostisch dokumentiert sind und sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken.

Personal

Die Gesundheitsprobleme des Betreffenden müssen in einem vom Antragsteller beizubringenden ärztlichen Attest dokumentiert sein. Die Arbeitsvermittlung hat weder einen medizinischen Dienst, noch gibt sie medizinische Gutachten in Auftrag, doch sie rät den Arbeitsuchenden, ärztliche Hilfe zu suchen und sich ein Attest ausstellen zu lassen.

Die Rollen unterschiedlicher Fachkräfte: Psychologen, die in der Berufsberatung tätig sind, haben eine weit gefasste Definition der Behinderung eingeführt; seit 1998 ist eine medizinische Diagnose erforderlich, was einer der Gründe dafür sein kann, dass in der Berufsberatung der Weg der Behinderung immer weniger eingeschlagen wird.

Vorschriften und Instrumente

Es gibt keine standardisierten Instrumente: Die Arbeitsbehörden haben einen großen Ermessensspielraum, doch inwieweit dieser ausgeschöpft wird, hängt im Prinzip von der Frage ab, ob eine Einstufung als behinderter Mensch dem Betreffenden nutzt.

Die ICD-Kodes werden beibehalten und für die Jahresstatistik der Arbeitsvermittlung verwendet.

Beobachtung im Kontext

Es gibt eigentlich keine Möglichkeit der kontextbezogenen Beobachtung, abgesehen von den Fällen, wo dies Teil der Einschätzung ist, ob die verfügbaren Maßnahmen für den Betreffenden geeignet sind.

Rolle des behinderten Menschen

Es erfolgt kein Akteneintrag über eine Behinderung ohne Zustimmung des Betreffenden.

Rolle des Arbeitgebers

Bei den Maßnahmen der Arbeitsvermittlung spielt der Arbeitgeber im Allgemeinen keine Rolle (die meisten behinderten Arbeitsuchenden sind arbeitslos, und wer nicht arbeitslos ist, ist beim Arbeitsamt gemeldet, um Vorsorge für den Fall einer zukünftigen Arbeitslosigkeit zu treffen). In Bezug auf den Erhalt der Arbeitsfähigkeit ist die Rolle der Arbeitgeber jedoch von entscheidender Bedeutung.

FRANKREICH

Maßnahmen

Bei den im nationalen Bericht behandelten Beschäftigungsmaßnahmen handelt es sich um eine Reihe rechtlicher Möglichkeiten, die den Zugang zu und den Verbleib in einem Beschäftigungsverhältnis für Menschen erleichtern, die als travailleur handicapé (TH, beeinträchtigte Arbeitnehmer) anerkannt sind. Es geht dabei um folgende Maßnahmen:

1. Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt:
- Die GRTH (Garantie, dass für beeinträchtigte Arbeitnehmer bestimmte Mittel zur Verfügung stehen): Der Arbeitgeber zahlt dem TH den vollen Lohn, bekommt jedoch einen Teil dieses Lohnes erstattet (Lohnkostenzuschuss);
- Eine Einstellungsprämie für Arbeitgeber und Arbeitnehmer (prime a l'insertion).

TH werden entsprechend drei Behinderungskategorien bewertet: A (gering), B (mittel) und C (schwer). Die Unternehmen können einen gekürzten Lohn an Arbeitnehmer der Kategorien B (ein Abschlag von bis zu 10 % auf den Normallohn) und C (bis zu 20 %) zahlen.

2. Auch bei geschützten Arbeitsplätzen (ETP) können Zuschüsse gezahlt werden, jedoch zu höheren Sätzen. Geschützte Arbeitsplätze umfassen „Sozialfirmen" für weniger schwer behinderte Menschen (1/3+ der normalen Leistungsfähigkeit) und geschützte Werkstätten (centres d'aide par le travail, CAT) für die stärker behinderten.

3. In der Berufsbildung werden die Honorare der Ausbilder und Ausbildungsbeihilfen gezahlt.

Beeinträchtigte Arbeitnehmer zählen mit, wenn es um die Erfüllung der für den allgemeinen Arbeitsmarkt geltenden Quoten geht. Ein Arbeitgeber kann seinen Pflichten im Rahmen der Quotenregelung nachkommen, indem er

- als TH eingestufte Arbeitnehmer beschäftigt;
- Verträge mit Einrichtungen schließt, die geschützte Arbeitsplätze (ETP) zur Verfügung stellen;
- Vereinbarungen/Pläne mit AGEFIPH trifft bzw. vereinbart (siehe unten);
- eine Abgabe an AGEFIPH entrichtet.

Institutionelle Zuständigkeiten und Verbindungen

Die wichtigste für die Beschäftigungsförderung unter behinderten Menschen zuständige Einrichtung ist AGEFIPH (siehe agefiph.asso.fr), deren Einnahmen aus den wegen nicht erfüllter Quoten erhobenen Abgaben stammen. AGEFIPH verwaltet die GRTH (seit 1996) sowie andere Ausgabenprogramme und finanziert Cap emploi, das Netz von Dienstleistern im Beschäftigungsbereich (dem auch EPSR und OIP angehören). AGEFIPH schließt außerdem Vereinbarungen mit größeren Arbeitgebern, Ausbildungsträgern und ähnlichen Agenturen, wie ANPE (dem Vermittlungsdienst).

Verbindungen zu allgemeinen Arbeitsmarktmaßnahmen sowie zu Maßnahmen für andere Gruppen, die am Arbeitsmarkt benachteiligt sind: Dass es eine separate Bewertungsstelle (COTOREP) und einen separaten Fonds zur Beschäftigungsförderung unter behinderten Menschen (AGEFIPH) gibt, lässt darauf schließen, dass die Maßnahmen für Behinderte recht weitgehend von den allgemeinen Maßnahmen getrennt sind. Jedoch hat AGEFIPH mehrere Vereinbarungen mit den Anbietern allgemeiner Arbeitsmarktmaßnahmen getroffen.

Anreize und Voraussetzungen für eine Teilnahme an Beschäftigungsmaßnahmen

Keine Verbindung zum Leistungssystem; Arbeitnehmer können den Status eines TH beantragen, wenn sie nicht in der Lage sind, ihren gegenwärtigen/früheren Arbeitsplatz zu halten, aber nicht ausreichend behindert sind, um eine Invaliditätsrente zu beziehen. Das trifft insbesondere auf Arbeitnehmer kurz vor Ablauf des Zeitraums zu, während dessen sie Krankengeld erhalten haben (3 Jahre), und insbesondere auf Personen, die die Regelungen für eine allmähliche Rückkehr an den Arbeitsplatz in Anspruch genommen haben, deren Laufzeit höchstens sechs Monaten beträgt.

Neben jenen, die von COTOREP bewertet werden, können auch Personen als TH anerkannt werden, die einen Arbeitsunfall erlitten haben oder an einer Berufskrankheit leiden und aus diesem Grund zu 10 % oder mehr behindert sind oder die eine Invaliditätsrente (von SECU) erhalten, was eine Minderung der Arbeitsfähigkeit um 2/3+ voraussetzt.

Bewertungen

Zu treffende Entscheidungen, Kriterien

Ein TH ist „eine Person, deren Möglichkeiten, einen Arbeitsplatz zu bekommen oder zu behalten, infolge fehlender oder geminderter körperlicher oder geistiger Fähigkeiten effektiv reduziert sind“. Wer Zugang zu Beschäftigungsmaßnahmen erhalten will, beantragt eine Einstufung als TH beim ersten COTOREP-Bereich. Dieser Bereich bewertet die Arbeitsfähigkeit des Antragstellers; hierfür wird der Guide Barème nicht verwendet (siehe Hauptbericht). COTOREP kann einen Antrag ablehnen, wenn die Arbeitsfähigkeit des Betreffenden nicht ausreichend gemindert ist oder wenn man der Meinung ist, dass ein Arbeiten unmöglich ist. Ungefähr 40 % der Erstanträge werden abgewiesen.

Personal

Die erste medizinische Stellungnahme wird von einem Arzt des Antragstellers vorgelegt, der nichts mit COTOREP zu tun hat. Bei TH-Anträgen kann dies der Betriebsarzt sein.

Das Fachpersonal von COTOREP sind Ärzte, Arbeitspsychologen, Sozialarbeiter und Mitarbeiter des Arbeitsamtes. Weitere Informationen können von Fachärzten eingeholt werden.

Vorschriften und Instrumente

Der Guide Barème wird nicht für Bewertungen des ersten Bereichs verwendet, der mit der beruflichen Orientierung befasst ist. Es gibt keine offiziellen Leitfäden und Instrumente, die öffentlich zugänglich sind.

Beobachtung im Kontext

Wenn der Antragsteller nicht arbeitet, gibt es keine Möglichkeit der kontextbezogenen Beobachtung, und die Bewertungen durch COTOREP werden auch als recht abstrakt kritisiert. Die von COTOREP beschlossene berufliche Orientierung entspricht unter Umständen nicht den tatsächlich angebotenen Stellen; insbesondere „bedeutet eine Orientierung auf den Arbeitsmarkt [in vielen Fällen], dass man sich auf das Arbeitsamt hin orientiert“ (französischer Bericht, S. 26).

Es kann jedoch auch einen Antrag stellen, wer bereits einen Arbeitsplatz hat oder die Aufnahme einer spezifischen Arbeit in Erwägung zieht. Anhand des AGEFIPH-Leitfadens ist klar, dass die

Arbeitgeber auch finanzielle Unterstützung für Arbeitnehmer beantragen können, die zunächst keinen TH-Status besitzen. So wird beispielsweise bei der Beschreibung des Antragsverfahrens für Lohnzuschüsse auch geschildert, wie sich ein Arbeitnehmer als TH einstufen lassen kann.

Rolle des behinderten Menschen

Personen, die eine Einstufung beantragen, müssen angeben, was sie damit bezwecken: allgemein gesagt, ob sie als TH anerkannt werden wollen oder ob ihr Leistungsanspruch anerkannt werden soll (denn danach richtet sich, ob der Antrag an den ersten oder den zweiten Bereich geht), und in ersterem Fall, ob sich ihre Orientierung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt, auf eine Ausbildungsmaßnahme oder auf einen geschützten Arbeitsplatz usw. bezieht.

Zwar ist im Arbeitsgesetz vorgesehen, dass der Betreffende seinen Fall persönlich vorbringen kann und die geeignete Orientierung mit dem Ausschuss erörtern kann, doch sind solche Treffen in der Praxis eher selten. Das Fachpersonal hingegen diskutiert den Fall mit dem Antragsteller.

Rolle des Arbeitgebers

Die Arbeitgeber können eine wichtige Rolle spielen und Mitarbeiter, die eine Behinderung erleiden, oder zukünftige Mitarbeiter dazu ermutigen, einen Antrag zu stellen. Eine Folge der Quotenregelung sind Anreize für den Arbeitgeber, behinderte Arbeitnehmer zu finden, obwohl viele es einfach vorziehen, die Abgabe zu entrichten.

Arbeitgeber und Gewerkschaftsvertreter sind in dem Ausschuss vertreten, der die endgültige Entscheidung trifft. In der Praxis wird diese Aufgabe oft an das Fachpersonal von COTOREP delegiert.

DEUTSCHLAND

Maßnahmen

Die wichtigsten Beschäftigungsmaßnahmen für behinderte Menschen in Deutschland sind:

- von der Bundesanstalt für Arbeit (BA), den Rentenkassen und Gemeindebehörden (Sozialamt, Jugendamt) finanzierte Rehabilitationsmaßnahmen;
- eine Erweiterung der von der BA angebotenen allgemeinen beruflichen Fortbildungs- und Umschulungsmaßnahmen, z. B. längere Ausbildungszeiten für behinderte Menschen;
- Quotenregelungen und andere damit verbundene Maßnahmen.

Diese Maßnahmen gelten für zwei unterschiedliche Zielgruppen: Rehabilitationsmaßnahmen und erweiterte Bildungsmaßnahmen gelten für im weiteren Sinne als behindert eingestufte Personen, während Quotenregelungen auf Schwerbehinderte und Menschen mit „ähnlichem Status“ zur Anwendung kommen. Die beiden Definitionen sind recht unterschiedlich und haben eigentlich nichts mit der Schwere der Behinderung zu tun, was weiter unten noch näher erklärt wird.

Festzustellen ist auch, dass es bei den erweiterten Bildungsmaßnahmen der BA ausschließlich um die Vorbereitung auf das Arbeitsleben geht (Ausbildung, Rehabilitation usw.), was keine Unterstützung am Arbeitsplatz beinhaltet. Beschäftigungsmaßnahmen für Schwerbehinderte

konzentrieren sich hingegen auf den Arbeitsplatz selbst. Zwar können auch Mitglieder dieser Gruppe ein Anrecht auf Rehabilitation und Ausbildung haben, doch werden sie für solche Maßnahmen gesondert bewertet.

Die Quotenregelung, d. h. die Pflicht zur Beschäftigung schwerbehinderter Menschen, wurde per 1. Januar 2001 wesentlich reformiert. Der Hauptgrund lag darin, dass viele Unternehmen lieber die Abgabe zahlten, als dass sie sich um eine Einhaltung der Quote bemühten. Die wichtigsten Veränderungen waren eine Senkung der Quote (von 6 auf 5 %) sowie höhere Strafen bei Nichteinhaltung. Die Bußgelder sind jetzt so gestuft, dass Unternehmen, die am stärksten von der Quote abweichen (und weniger als 2 % schwerbehinderte Mitarbeiter beschäftigen) pro nicht besetzten Quotenplatz eine höhere Strafe zahlen.

Gleichzeitig hat man die finanzielle Unterstützung (Eingliederungsbeihilfen) für Unternehmen, die schwerbehinderte Mitarbeiter beschäftigen, großzügiger gestaltet, und es wurde die institutionelle Struktur, die der Bewilligung dieser Unterstützung zugrunde liegt, reformiert. Die Regierung hat eine Initiative zur Schaffung von 50.000 Arbeitsplätzen für Schwerbehinderte gestartet. Sie hat angekündigt, die Quote 2003 wieder anzuheben, wenn die Arbeitslosigkeit unter schwerbehinderten Arbeitnehmern bis Oktober 2002 nicht um 50.000 gesunken sein sollte.

Eingliederungsbeihilfen decken einen gewissen Prozentsatz der Lohnkosten des Mitarbeiters während der ersten Zeit des Beschäftigungsverhältnisses, wenn dieser Zeitraum als „Einarbeitungszeit“ bezeichnet werden kann. Die Beihilfe kann 24 Monate lang gezahlt werden, und zwar in Höhe von 40 bis 60 %. Zuschüsse für Anpassungen des Arbeitsplatzes können ebenfalls bewilligt werden.

Institutionelle Zuständigkeiten und Verbindungen

Der Zugang zu Reha-Maßnahmen kann über das Sozialversicherungssystem, andere Sozialbehörden oder durch die BA erfolgen. Es wurde eine Reihe von Maßnahmen ergriffen, um der Komplexität gerecht zu werden, die mit der Verteilung der finanziellen Zuständigkeiten für Reha-Maßnahmen unter diesen Behörden verbunden ist, indem beispielsweise Gemeinsame Servicestellen für Rehabilitation geschaffen wurden. Der modus operandi dieser Servicestellen besteht darin, eine geeignete Reha-Maßnahme schnell zu bewerten und einzuleiten und Fragen in Bezug auf die finanzielle Zuständigkeit später zu klären.

Bei der BA ist für einen Zugang zu Reha-Maßnahmen und für einen Anspruch auf erweiterte Bildungsmaßnahmen eine Bewertung durch den Ärztlichen Dienst der BA erforderlich.

Die BA organisiert darüber hinaus auch allgemeine Beschäftigungsmaßnahmen, die allen, die ihre medizinische Rehabilitation abgeschlossen haben oder die unter anderen Gesundheitsproblemen leiden, sowie „normalen“ Arbeitslosen offen stehen. Beispielsweise können Personen, die sich nach einer schweren Erkrankung um eine andere Arbeit bemühen, an das BIZ (Berufs-Informations-Zentrum) innerhalb der BA verwiesen werden, das allen Arbeitsuchenden Informationen zur Verfügung stellt. Schwerbehinderte werden ebenfalls dazu ermutigt, sich an das BIZ zu wenden (siehe www.jobs-fuer-schwerbehinderte.de).

An der Verwaltung der Quotenregelung und anderer Maßnahmen für Schwerbehinderte sind besondere Fachabteilungen der BA, die Integrationsfachdienste, beteiligt. Diese Fachabteilungen haben der Beschreibung zufolge die Aufgabe, die Arbeitsämter zu unterstützen, und sind finanziell autonom, wobei der Etat von den Integrationsämtern verwaltet wird.

Die Bewertung im Fall von Schwerbehinderung liegt nicht bei diesen Ämtern, sondern beim Versorgungsamt (manchmal auch Amt für Versorgung und Familienförderung), das den Ländern unterstellt ist. Das Versorgungsamt legt den Grad der Behinderung (GdB) fest, wobei Menschen mit einem GdB über 50 % als schwerbehindert gelten. Es sind jedoch die Arbeitsämter, die darüber entscheiden, ob Menschen mit einem GdB zwischen 30 und 50 % zu Quotenzwecken gleichgestellt sein sollten.

Anreize und Voraussetzungen für eine Teilnahme an Beschäftigungsmaßnahmen

Es besteht kein Zusammenhang zwischen der Ausstellung eines Behindertenausweises (GdB > 50) und einem Anspruch auf die wichtigsten Geldleistungen. Es werden jedoch geringere Leistungen bewilligt, wie etwa Kilometergeld.

Ist die Leistungsfähigkeit einer Person so stark beeinträchtigt, dass sie nicht mehr als 15 Stunden die Woche arbeiten kann, wird davon ausgegangen, dass sie dem Arbeitsmarkt nicht ausreichend zur Verfügung steht, um sich arbeitslos melden zu können. Im Grunde kann der Ärztliche Dienst der BA bestimmen, dass die zuständige Rentenkasse zur Zahlung verpflichtet ist. Da die Rentenversicherungsanstalten nach dem Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“ verfahren, können sie einen Reha-Plan aufstellen. In einigen Fällen (bei weniger als 15 Beitragsjahren) ist die BA verpflichtet, den Reha-Plan zu finanzieren. Diese Personen werden als „Rehabilitanden“ eingestuft, nicht als Arbeitslose (oder Rentner).

Reha-Maßnahmen stehen den Empfängern von Arbeitslosengeld und Arbeitslosenhilfe sowie Sozialhilfeempfängern zur Verfügung.

Bewertungen

Schwerbehinderung

Zu treffende Entscheidungen, Kriterien

- Messen der Schwere der Schädigung
  Das Versorgungsamt bewertet den Gesamtgrad der Behinderung (GdB) bezogen auf den Wert 100. Der GdB dient dazu, die Beeinträchtigung der Teilnahme am Leben zu messen. Er ist nicht Ausdruck der Arbeitsfähigkeit und ist unabhängig von der beruflichen Laufbahn und den beruflichen Bestrebungen einer Person. Die Schädigung muss für einen Menschen seines Alters atypisch sein, damit sie anerkannt werden kann.

- Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit bei allgemeinen beschäftigungsbezogenen Tätigkeiten
  Bei der Entscheidung darüber, ob eine Person mit einem GdB von 30-50 % gleichgestellt sein sollte, muss das Arbeitsamt überlegen, ob der Betreffende ohne Gleichstellung aufgrund seiner Beeinträchtigung vielleicht keinen geeigneten Arbeitsplatz finden würde. Die Gleichstellung wirkt sich nur auf seine quotenmäßige Berücksichtigung aus; andere Vorteile, zum Beispiel in Bezug auf die Fahrt zur Arbeit oder zusätzliche Urlaubstage, werden nicht gewährt.

Personal

Die Entscheidung über den GdB basiert ausschließlich auf medizinischen Daten und Kenntnissen.

Vorschriften und Instrumente

Das Versorgungsamt verwendet eine Richtwerttabelle, in der für jede Schädigung ein entsprechender Grad der Behinderung angegeben ist. Der Gesamtwert wird aufgrund der Schädigungspunkte für jeden „Bereich" (Wirbelsäule, Unterschenkel usw.) berechnet.

Beobachtung im Kontext

Findet bei der Bestimmung des GdB nicht statt; man beachte jedoch das verstärkte Augenmerk auf den Vermittlungs-/Arbeitsucheprozess (siehe unten).

Rolle des behinderten Menschen

Der Behinderte muss seine Einstufung beantragen. Auf der offiziellen Website www.jobs-fuer-schwerbehinderte.de werden behinderte Menschen nachdrücklich aufgefordert, nicht auf einen Schwerbehindertenausweis zu verzichten, da sie ohne ihn nicht in der Lage seien, ihre Rechte auszuüben.

Es werden behinderte Menschen auf der Website ferner dazu ermutigt, „sich selbst zu bewerten", d. h. über ihre beruflichen Bestrebungen und Einschränkungen und über die Frage nachzudenken, ob sie allein oder im Team arbeiten möchten, usw.

Behinderte Menschen werden darüber hinaus dazu angeregt, das Arbeitsamt aufzusuchen, auch wenn sie früher schon einmal dort waren, da inzwischen neue Maßnahmen angeboten werden, und die Berufs-Informations-Zentren in Anspruch zu nehmen.

Rolle des Arbeitgebers

Die Reformen von 2001 haben die Beziehungen zwischen Arbeitgeber, Behinderten und Arbeitsamt verändert. Die Arbeitgeber sind verpflichtet, sich mit den zuständigen Behörden in Verbindung zu setzen, wenn sich ein Schwerbehinderter für eine Stelle bewirbt oder wenn Probleme im Zusammenhang mit seiner Beschäftigung auftreten. Sie sind auch verpflichtet, Eingliederungsvereinbarungen mit den Behörden zu formulieren, die konkrete Aussagen zur Personalplanung, Arbeitsplatzgestaltung, Arbeitsorganisation und Arbeitszeit enthalten. Des Weiteren wurde das Recht der Vertrauenspersonen am Arbeitsplatz, angehört zu werden, erweitert.

Rehabilitation und erweiterte Ausbildungsmaßnahmen

In diesem Abschnitt geht es um Reha-Maßnahmen der BA. Eine Rehabilitation kann allerdings auch über andere Kanäle laufen.

Zu treffende Entscheidungen, Kriterien

Das Sozialgesetzbuch III verpflichtet die BA, bei der Bewilligung von Leistungen oder Maßnahmen die „persönlichen Verhältnisse" der von ihr unterstützten Menschen zu berücksichtigen. Das sind beispielsweise Gesundheitsprobleme, die die Berufswahl einschränken. Ärztliche Gutachten können aus vielerlei Gründen angefordert werden, z. B. um festzustellen,

ob eine Kündigung der bisherigen Arbeit aus Gesundheitsgründen gerechtfertigt war. Der Ärztliche Dienst wird nur auf Veranlassung einer anderen Fachabteilung der BA tätig (z. B. Arbeits- und Berufsberatung, Leistungsabteilung).

Leistungseinschränkungen in einem spezifischen Beruf (oder vorgeschlagenen Beruf oder Rehabilitation und Ausbildungsplan)
Das ärztliche Gutachten dient dazu, „das individuelle Leistungsvermögen festzustellen und dem Arbeitsamt so eine objektive Grundlage für seine Vermittlungs- oder Förderungsbemühungen oder für die Entscheidung über Geldleistungen zu bieten". (BA, „Der Ärztliche Dienst der BA", Juli 1999) Ob „Schwellenentscheidungen" über den Grad der Leistungseinschränkung getroffen werden müssen, hängt vom Einzelfall ab, z. B. davon, ob der Betreffende dem Arbeitsmarkt in ausreichendem Maße zur Verfügung steht (siehe oben - Anreize und Voraussetzungen). Im Allgemeinen berät der Ärztliche Dienst hinsichtlich der Eignung einer bestimmten Berufswahl sowie von Aus-/Weiterbildungs- und Rehabilitationsmaßnahmen.

Genereller gesagt, geht es bei den Bewertungen immer um die Berufsunfähigkeit, insofern als die Hindernisse berücksichtigt werden, mit denen der Betreffende bei der Arbeitsuche konfrontiert ist.

Personal

Für den Ärztlichen Dienst der BA sind hauptamtliche Arbeitsamtsärzte und Vertragsärzte tätig. Die Vertragsärzte können aus vielen Bereichen hinzugezogen werden, einschließlich der Sozialversicherungsanstalten. Die Betonung liegt hier auf der „objektiven Feststellung" von Gesundheitsproblemen.

Einige Fragen der BA-Fachabteilungen lassen sich bereits anhand vorhandener ärztlicher Unterlagen beantworten; eine körperliche Untersuchung ist nicht immer nötig. Erforderlichenfalls können fachärztliche Gutachten in Auftrag gegeben werden.

Vorschriften und Instrumente

Der Ärztliche Dienst der BA verwendet Formulare und Rubriken, die denen sehr ähnlich sind, die die Rentenkassen für die Verwaltung der EMR verwenden (siehe Anhang 1). Kernstück des ärztlichen Gutachtens sind ein positives Leistungsbild („Was kann der Proband, also „der zu Untersuchende", leisten?") und ein negatives Leistungsbild („Welche Tätigkeiten sind auszuschließen?"). Dieses Leistungsbild wird zu den Anforderungen der jeweils in Aussicht genommenen Tätigkeit in Beziehung gesetzt, um die Eignung des Probanden festzustellen.

Beobachtung im Kontext

Das ärztliche Gutachten wird auf Veranlassung anderer Abteilungen im Hinblick auf einen spezifischen Vorschlag, z. B. Berufsausbildung, erstellt.

Rehabilitationspläne können mit Hilfe der Informationen erarbeitet werden, die durch besonders ausgestattete Testeinrichtungen gewonnen werden. Beispielsweise umfasst das ERGOS-Pilotprojekt eine detaillierte Bewertung, um ein individuelles Rehabilitationsprogramm zu entwerfen.

Rolle des behinderten Menschen

Das ärztliche Gutachten kann nur mit Zustimmung des Betreffenden erstellt werden. Der Reha-Gesamtplan wird mit dem Betreffenden besprochen.

Rolle des Arbeitgebers

Arbeitgeber sind hier nicht beteiligt.

GRIECHENLAND

Maßnahmen

Die im nationalen Bericht beschriebenen Beschäftigungsmaßnahmen sind eine Quotenregelung und Einstellungszuschüsse für Menschen mit besonderen Bedürfnissen.

Das Quotensystem gilt auch für andere Gruppen, von denen man der Meinung ist, dass sie bei der Suche nach Arbeit (und einem Erwerbseinkommen) besondere Unterstützung verdienen. Dazu gehören Kriegsversehrte, die Familienangehörigen eines behinderten Menschen sowie Eltern mit vielen Kindern, ehemalige Widerstandskämpfer usw. Die „globale“ Quote beträgt 8 %, wovon 2 % Menschen mit besonderen Bedürfnissen vorbehalten sind (3 % im öffentlichen Sektor).

Im öffentlichen Sektor gibt es weiterhin Vorschriften über die Reservierung von Arbeitsplätzen, z. B. muss ein bestimmter Prozentsatz von Telefonistenstellen Blinden vorbehalten sein.

Institutionelle Zuständigkeiten und Verbindungen

Die Bescheinigung des Behinderungsgrades obliegt den Gesundheitsausschüssen von IKA sowie dem Gesundheits- und Sozialministerium.

Um in den Genuss einer Quotenregelung oder von Zuschüssen zu gelangen, muss der Betreffende beim Arbeitsamt (OAED) arbeitslos gemeldet sein. Das OAED verwaltet das Quotensystem, indem es den Arbeitnehmern mit den meisten Punkten freie Stellen zuweist.

Verbindungen zu den allgemeinen Beschäftigungsmaßnahmen sowie zu Maßnahmen für andere Gruppen, die am Arbeitsmarkt benachteiligt sind - Das griechische Arbeitsamt erhält bedeutende Mittel aus dem Europäischen Sozialfonds (ESF), von denen ein Teil für Menschen mit Behinderungen aufgewendet werden kann. Jedoch hat sich Griechenland dagegen entschieden, beispielsweise die berufliche Unterstützung für behinderte Menschen mit ESF-Mitteln zu finanzieren.

Anreize und Voraussetzungen für eine Teilnahme an Beschäftigungsmaßnahmen

Es wird bei der Quotenregelung die gleiche Definition der Behinderung verwendet wie für IKA-Renten und den Behindertenausweis. Jedoch bedeutet der Bezug einer IKA-Rente nicht, dass der Betreffende Vorteile hat, wenn er im Rahmen der Quote eine Arbeit sucht. Im Gegenteil: Die Bestimmungen zugunsten einkommensschwacher Menschen und die Vorschriften über eine Kürzung der Rente bei gleichzeitigem Arbeitseinkommen haben zur Folge, dass die Quote weitgehend jenen zugute kommt, die keinen Rentenanspruch haben.

Auswertungen

Zu treffende Entscheidung, Kriterien

Ein Anspruch auf Maßnahmen haben Menschen mit einem Grad der Behinderung von 50 %+. Bei Festlegung der Gesamtzahl der Quotenpunkte des Antragstellers werden vom OAED die folgenden zusätzlichen Kriterien berücksichtigt:

- Alter des Antragstellers
- berufliche Qualifikationen
- familiäre Verhältnisse
- wirtschaftliche (finanzielle) Situation.

Für die Quote kommt die Altersgruppe 21-45 Jahre in Betracht, für Zuschüsse die 18- bis 65-Jährigen.

Personal

Die Gesundheitsausschüsse setzen sich aus Ärzten zusammen.

Vorschriften und Instrumente

Es wird der Leitfaden zur Bewertung des Grades der Behinderung (siehe Anhang 1) benutzt.

Beobachtung im Kontext

Findet im Allgemeinen nicht statt; siehe aber auch „Rolle des Arbeitgebers“.

Rolle des behinderten Menschen

Der behinderte Mensch muss die Initiative ergreifen und sich beim Arbeitsamt arbeitslos melden.

Rolle des Arbeitgebers

Im Grunde sind die Arbeitgeber an ein rigoroses System der Arbeitsplatznominierung gebunden. Sie können jedoch eine ärztliche Bescheinigung dahingehend anfordern, dass die nominierte Person für die in Frage stehende Arbeit nicht geeignet ist. Die Bewertung der Eignung erfolgt vorbehaltlich der Pflicht des Arbeitgebers, den Arbeitsplatz entsprechend anzupassen, wenn die Kosten dafür in einem angemessenen Verhältnis stehen. Ein Arbeitgeber kann sich nach einer zweimonatigen Probezeit auch um Ersatz für den Kandidaten bemühen.

IRLAND

Maßnahmen

Eine Vielzahl beschäftigungsbezogener Unterstützungsmaßnahmen, die Menschen mit Behinderungen dabei helfen sollen, einen Arbeitsplatz zu finden oder zu behalten, werden über die nationale Ausbildungs- und Beschäftigungsbehörde, FÁS, vermittelt. Dazu gehören:

- Job Interview Interpreter Grant. Ein Zuschuss, den Arbeitsuchende mit Hör- oder Sprachschädigung erhalten können, wenn sie für ein Vorstellungsgespräch einen Dolmetscher benötigen;

- Personal Reader Grant. Ein Zuschuss für Blinde oder Sehbehinderte, die Hilfe benötigen, wenn sie aus beruflichen Gründen lesen müssen, damit sie einen Vorleser bezahlen können. Dieser Zuschuss wird bis zu 16 Wochen lang gezahlt;
- Employment Support Scheme (ESS). Finanzielle Unterstützung für Arbeitgeber, um diese zur Einstellung von behinderten Menschen, deren Produktivität nur 50 bis 80 % der normalen Leistung beträgt, zu motivieren;
- Workplace Equipment/Adaptation Grant (WEAG). Ein Beitrag zu den zusätzlichen Kosten, die einem Arbeitgeber aufgrund der Einstellung oder Weiterbeschäftigung eines behinderten Mitarbeiters für Ausstattungen und Anpassungen entstehen, vorausgesetzt, diese Extrakosten stehen mit der Behinderung im Zusammenhang;
- Grant to Retrain Workers who become Disabled while in Employment. Hiermit sollen Arbeitgeber unterstützt werden, die einen Mitarbeiter weiterbeschäftigen und umschulen, der aufgrund von Krankheit oder Unfall eine Behinderung erleidet;
- Supported Employment Programme. Ein Programm, auf dessen Grundlage behinderten Menschen, die zusätzliche Unterstützung benötigen, durch Job-Coaches dabei geholfen wird, einen Arbeitsplatz zu bekommen oder zu behalten;
- Disability Awareness Training Support Scheme. Zuschüsse zu Schulungsmaßnahmen, die für die Behindertenproblematik sensibilisieren sollen. Ziel dieses Programms ist es, „die Eingliederung behinderter Menschen in das Arbeitsleben zu erleichtern und falsche Vorstellungen über behinderte Menschen und deren Fähigkeit, leistungsfähige und effektive Kollegen und Mitarbeiter zu sein“ durch entsprechende Schulungsbeihilfen aus der Welt zu schaffen;
- Training Allowance for People with Disabilities. Ausbildungsbeihilfe für Menschen mit Behinderungen. Bis Mitte 2001 waren behinderte Menschen auf Sozialunterstützung angewiesen, und es gab keine Beihilfen für jene, die auf diese Leistungen keinen Anspruch hatten. Die 2001 eingeführte Änderung sollte sicherstellen, dass alle die gleichen Rechte und Vorteile genießen.

Menschen mit Behinderungen haben Zugang zu zwei Ausbildungsarten: ein Rehabilitationstraining, das von den Health Boards oder in deren Auftrag von spezialisierten Einrichtungen angeboten wird, sowie berufliche Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen, die von FÁS oder im Auftrag von FÁS von spezialisierten Einrichtungen durchgeführt werden.

Behinderte Menschen können außerdem (durch FÁS) am Gemeinschaftlichen Beschäftigungsprogramm teilnehmen. Im Allgemeinen beträgt die untere Altersgrenze für das EU-Programm 25 Jahre, doch für Menschen mit Behinderungen und für Travellers liegt diese Grenze bei 18 Jahren.

Quote im öffentlichen Dienst
3 % der Arbeitsplätze im öffentlichen Sektor (öffentlicher Dienst, lokale Behörden, Health Boards) sind für behinderte Menschen reserviert.

Institutionelle Zuständigkeiten und Verbindungen

Es gab in Irland bedeutende Reformen aufgrund der Empfehlungen zu einem „Maßnahmen-Mainstreaming“, also zur Einbeziehung von Behindertenmaßnahmen in die allgemeine Politik, die die Kommission in ihrem Bericht über den Status von Menschen mit Behinderungen („A Strategy for Equality“, 1996) abgegeben hat.

Im März 2000 wurde der National Rehabilitation Board aufgelöst und die Bereiche Berufsbildung und Beschäftigungsmaßnahmen wurden im Zuge des „Mainstreaming“ in FÁS

eingegliedert, die dem Ministerium für Unternehmen, Handel und Beschäftigung unterstellte nationale Behörde für Berufsbildung und Beschäftigung. (Andere Tätigkeitsbereiche wurde anderen allgemeinen Ausschüssen, insbesondere den Health Boards übertragen) Die National Disability Authority und Comhairle wurden zur selben Zeit gegründet. Die NDA ist dafür zuständig, die Arbeit sämtlicher Regierungsressorts und aller staatlichen Behörden um eine Behindertenperspektive zu erweitern. Comhairle ist ein Informations- und Beratungsdienst und allgemein dafür verantwortlich, alle Bürger mit Informationen zu versorgen. Informationen für Menschen mit Behinderungen sind ein wesentlicher Teil dieser Arbeit.

Private und freiwillige Organisationen sind die wichtigsten Träger von Spezialdienstleistungen für Behinderte.
Die Programme für eine unterstützte Beschäftigung werden durch eine Vielzahl an Organisationen umgesetzt.

Mit der Gründung eines Überwachungsausschusses im Jahr 1997 und dem verstärkten Bemühen der Gewerkschaften um eine Quoteneinhaltung hat es neue Impulse gegeben, die Quote von 3 % im öffentlichen Sektor zu erfüllen.

Anreize und Voraussetzungen für eine Teilnahme an Beschäftigungsmaßnahmen

Eine Teilnahme ist nicht obligatorisch.

Bewertungen

Zu treffende Entscheidung, Kriterien:

Keine spezifischen Definitionen der Behinderung. Es gibt Hinweise darauf, dass Menschen mit geringeren Behinderungen bei der 3 %-Quote im öffentlichen Dienst mit gezählt werden. Fragen, wie die Behinderung von FÁS festgestellt werden sollte, sind ungeklärt. Der NRB hat seinerzeit Dienste für behinderte Menschen erbracht, die durch spezifische Kanäle weiterverwiesen wurden – diese Zugangswege stellten de facto ein Art Definitionsprozess dar. Seit der institutionellen Reform ist die Definition der Behinderung eine offene Frage. Die weit gefasste Definition der Behinderung im Employment Equality Act (siehe Kap. 5) hat anerkanntermaßen Auswirkungen für FÁS.

Personal

FÁS-Mitarbeiter entscheiden, wohin jemand weiterverwiesen wird.

Vorschriften und Instrumente

Der Bezug von Sozialversicherungsleistungen oder eine Weiterverweisung vom Bildungssystem wurde oft als Anhaltspunkt für eine Behinderung verwendet.

Beobachtung im Kontext

Die Träger unterstützter Beschäftigungsverhältnisse können während einer Probezeit die Eignung einer Person überprüfen.

Rolle des behinderten Menschen

Nicht ausdrücklich dargelegt.

Rolle des Arbeitgebers

Es wird versucht, die Arbeitgeber stärker einzubinden, z. B. durch eine Kampagne zur Sensibilisierung für Behindertenfragen.

ITALIEN

Maßnahmen

Die im nationalen Bericht diskutierten Beschäftigungsmaßnahmen gehen auf das Gesetz von 1999 zurück, mit dem das System der „direkten Vermittlung" (collocamento mirato) reformiert wurde. Per Gesetz wurde die Quote (von 15 % auf 7 %) gesenkt, aber ihre Durchsetzung durch Verhängung von Geldbußen wegen Nichteinhaltung gestärkt. Eine Befreiung von den Sozialabgaben wurde Arbeitgebern in Aussicht gestellt, die Arbeitnehmer mit schwereren Behinderungen einstellen, und es wurde eine finanzielle Unterstützung für Anpassungen des Arbeitsplatzes vorgesehen.

Einige Provinzregierungen haben erweiterte Maßnahmen im Programm, d. h. sie bieten eine umfassendere Berufsberatung, Unterstützungskräfte und ein Job-Coaching im Rahmen der Verwaltung des collocamento mirato für behinderte Menschen an.

Institutionelle Zuständigkeiten und Verbindungen

Die Umsetzung des Gesetzes von 1999 obliegt den Provinzregierungen, insbesondere dem Dreiparteien-Ausschuss Commissione provinciale per le poliche del lavoro. Das Provinz-arbeitsamt (servici all'impiego) führt ein Arbeitslosenregister für Behinderte. Die ersten Schritte, die auf dem Weg zu einer Anerkennung als Behinderter zu Quotenzwecken unternommen werden müssen, werden als erfüllte Voraussetzungen dokumentiert (passporting, siehe unten).

Verbindungen zu allgemeinen Beschäftigungsmaßnahmen und zu Maßnahmen für andere Gruppen, die am Arbeitsmarkt benachteiligt sind, gibt es nicht.

Anreize und Voraussetzungen für eine Teilnahme an Beschäftigungsmaßnahmen

In Bezug auf das System der Geldleistungen sind keine Voraussetzungen zu erfüllen.

Bewertungen

Das Gesetz 68/1999 weist darauf hin, dass man sich im Rahmen des Unterstützungsprozesses eher auf die „Restarbeitsfähigkeit" (die positive Leistungsfähigkeit) des Antragstellers, statt auf die Minderung seiner Arbeitsfähigkeit konzentrieren sollte.

Zu treffende Entscheidung, Kriterien:

Für die Quotenregelung kommen fünf Hauptgruppen von Behinderten in Betracht:

- Zivilinvaliden (mit der Bescheinigung di invalidita del lavoratore) mit einer Rest-arbeitsfähigkeit von 45 % oder darunter. Die Zivilinvalidität (die auch in Bezug auf nicht versicherungsbasierte Leistungen relevant ist) wird von medizinischen Ausschüssen bewertet, die in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsdienst eingerichtet werden.

- Arbeitsinvaliden (invaliditi del lavoro, werden vom INPS bewertet) mit einer Restarbeitsfähigkeit von 33 % oder darunter.
- Taubstumme und Blinde (deren Betreuung allgemein unter gesonderte Rechtsbestimmungen fällt)
- Kriegsversehrte.

Für diese vier Gruppen müssen - wie unten ausgeführt - ausführliche Profile erstellt werden, bevor sie sich registrieren lassen können.

- Menschen, die aufgrund von Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten behindert sind (bewertet von INAIL), werden ohne detaillierte Profilerstellung registriert.

Wer eines der oben genannten Kriterien erfüllt und arbeiten möchte, wird einer weiteren Bewertung durch einen Fachausschuss unterzogen, der ein Arbeits- und Sozialprofil erstellt.

Personal

Die Erstfeststellung der Behinderung wird von Ärzten getroffen. Der Fachausschuss setzt sich aus Ärzten, Sozialarbeitern, Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretern, Vertretern der lokalen und regionalen Regierung, Arbeitsmarktexperten sowie Experten für Pflege- und Rehabilitationsfragen zusammen.

Vorschriften und Instrumente

Die medizinischen Ausschüsse wenden die WHO-Normen und Konzepte gemäß dem Dekret des Gesundheitsministeriums Nr. 509 von 1988 an (wird noch eingehender im Rahmen der Pflegedienstleistungen erörtert). Der medizinische Ausschuss liefert dem Fachausschuss eine Funktionsdiagnose, gemäß einem Dekret vom Januar 2000, in dem die Parameter dargelegt sind.

Das vom Fachausschuss erstellte Arbeits- und Sozialprofil umfasst folgende persönliche Angaben:

- Qualifikationen
- Arbeitskompetenzen
- eventuell geeignete Arbeiten
- Art und Grad der Behinderung.

Beobachtung im Kontext

Mit den Reformen war die Absicht verbunden, dass die Kompetenzen des behinderten Menschen sorgfältig beachtet werden sollten, um ihm eine geeignete Stelle zu vermitteln: „Die richtige Person am richtigen Arbeitsplatz“. In der Praxis kann das Arbeits- und Sozialprofil abstrakt oder in enger Zusammenarbeit mit möglichen Arbeitgebern erstellt werden, je nach Provinzbüro.

Rolle des behinderten Menschen

Hierzu liegen keine Informationen vor.

Rolle des Arbeitgebers

Der verbesserten Durchsetzung der Quotenregelung seit 1999 steht der größere Einfluss der

Arbeitgeber auf den Vermittlungsprozess gegenüber, was auch dem Geist der allgemeinen Arbeitsmarktreformen der 1990er Jahre entspricht.

NIEDERLANDE

Maßnahmen

Im nationalen Bericht werden Maßnahmen auf der Grundlage des Gesetzes über die Wiedereingliederung von Menschen mit geminderter Arbeitsfähigkeit (REA) erörtert. Einen separaten Vermittlungsprozess gibt es für Arbeitsstellen, die unter das Gesetz über geschützte Werkstätten fallen (WSW).

Das REA-Gesetz bildet den allgemeinen Rahmen zur Steigerung der Erwerbsbeteiligung von Menschen mit geminderter Arbeitsfähigkeit. Es delegiert die allgemeine Verantwortung für die Eingliederung behinderter Menschen an die Arbeitgeber und Gewerkschaften. Der Vorläufer dieses Gesetzes, WAGW (1987), benutzte die Androhung einer Quotenregelung als Hebel, um die Sozialpartner zu Maßnahmen zu bewegen, was sich jedoch als unwirksam erwiesen hat. Mit REA wurden nun einige finanzielle Anreize eingeführt:

- Die Arbeitgeber erhalten ein festes Budget für jeden von ihnen eingestellten behinderten Mitarbeiter (im Grunde um Anpassungen zu finanzieren, obwohl die tatsächlichen Kosten dafür unter den veranschlagten Haushaltsmitteln liegen können).
- Krankengeld für behinderte Mitarbeiter wird nicht vom Arbeitgeber, sondern aus der nationalen Krankenversicherung bezahlt.
- Die WAO-Beiträge werden gesenkt, wenn 5 %+ der Lohnkosten für Menschen mit Behinderungen aufgewendet werden.
- Es wurde ein persönliches Budget für behinderte Menschen eingeführt, die eine Arbeitsstelle antreten.

Institutionelle Zuständigkeiten und Verbindungen

Bei Personen, die nicht zu einer der Gruppen gehören, die die Voraussetzungen für eine REA-Anspruchsberechtigung erfüllen (siehe unten), können folgende Einrichtungen die Minderung der Arbeitsfähigkeit feststellen:

- die Gemeinde bei Beantragung von Sozialunterstützung;
- die Verwaltungsstellen (uvis) der Nationalen Sozialversicherungsanstalt (LISV) für die Empfänger von Arbeitslosenunterstützung und für Arbeitnehmer;
- das Arbeitsamt für arbeitslos Gemeldete, die keine Leistungen beziehen, und für Arbeitnehmer, obwohl die Bewertung in diesen Fällen in der Praxis den uvis übertragen wird.

Stellen in geschützten Werkstätten werden von den kommunalen Auswahlkomitees vergeben. Es wird eine Warteliste geführt und die Stellen werden denjenigen zugewiesen, die die geeigneten Fähigkeiten besitzen und die besten Listenplätze haben.

Viele Menschen sind teilbehindert, was bedeutet, dass sie einen gewissen Kontakt zum allgemeinen Arbeitslosensystem haben (in Bezug auf den „Teil“, den sie arbeitsfähig sind). Maßnahmen für Langzeitarbeitslose können auch für Menschen mit Teilbehinderung wichtig sein. Es gibt ein breites Spektrum an Maßnahmen im Rahmen der allgemeinen Beschäftigungsförderung (WIW) für die Eingliederung von Arbeitsuchenden, insbesondere mit der Schaffung von Arbeitsplätzen durch die Gemeinden. Seit 1998 ist die Beschäftigungsförderung nicht mehr auf bestimmte Gruppen begrenzt (Jugendliche, Langzeitarbeitslose usw.).

Anreize und Voraussetzungen für eine Teilnahme an Beschäftigungsmaßnahmen

In der REA-Präambel wird betont, dass eine Wiedereingliederung aus Gründen der Gerechtigkeit zu fördern sei; das eigentliche Motiv für die Maßnahmen ist jedoch darin zu sehen, dass die Arbeitslosenkasse entlastet werden soll, worauf auch die engen Verbindungen zwischen WAO- und REA-Bewertung hinweisen.

Bewertung (REA)

Zu treffende Entscheidung, Kriterien

In der Entschließung betreffend Menschen mit geminderter Arbeitsfähigkeit (1998) werden vier Fragen genannt:
- Liegt eine Krankheit oder ein Gebrechen vor, die bzw. das zu strukturellen Funktionsbeeinträchtigungen führt (körperlich, geistig)?
- Besteht das Risiko ernster Gesundheitsprobleme in den nächsten fünf Jahren?
- Haben die Beeinträchtigungen zur Folge, dass der Betreffende nicht mehr als 75 % der normalen Wochenstundenzahl arbeiten kann?
- Sind REA-Maßnahmen erforderlich, um den Betreffenden in die Lage zu versetzen, Arbeitsaufgaben normal durchzuführen?

Die Entschließung enthält ein Schema der bei der Bewertung der erwähnten Punkte zu befolgenden Schritte.

Viele leiten eine Anspruchsberechtigung auf der Grundlage des REA-Gesetzes von ihrem Anspruch auf andere Maßnahmen ab (d. h. dass beispielsweise der Bezug anerkannter anderer Leistungen als Voraussetzung anerkannt wird, hier passporting genannt). Dazu gehören:

1. Empfänger von aufgrund einer Behinderung gezahlten Leistungen (WAO, Waz oder Wajong);
2. Menschen, die eine Maßnahme zur Förderung des Erhalts oder der Wiedererlangung ihrer Arbeitsfähigkeit in Anspruch nehmen (z. B. eine WVG-Mobilitätsleistung wie einen Rollstuhl);
3. Menschen, die auf der Grundlage einer entsprechenden Indikation in eine geschützte Werkstatt aufgenommen werden sollen, jedoch keine solche Stelle haben (es gibt eine diesbezügliche Warteliste, da zu wenig Plätze zur Verfügung stehen);
4. Menschen, deren aufgrund einer Behinderung gezahlte Leistung (WAO, Waz oder Wajong) vor maximal fünf Jahren ausgelaufen ist.

Personal

Wenn die Bewertung durch uvi erfolgt (wie bei WAO), sind sowohl Ärzte der Versicherung als auch Arbeitsmarktexperten beteiligt.

Vorschriften und Instrumente

Es gibt zwar keine standardisierten Instrumente für REA an sich, aber einige für die als Voraussetzung anerkannten Leistungen (z. B. wird für WAO ein „Fähigkeitsprofil“ verwendet (siehe Anhang 1 wegen weiterer Einzelheiten)). In der Entschließung über die Bewertung wird anerkannt, dass es abweichende Bewertungspraktiken gibt, und es wird davon ausgegangen, dass sich die Behörden und Experten eng an die Standardpraktiken halten, die bei der Bewertung von WAO-Anträgen (wenn die REA-Bewertung durch uvi und das Arbeitsamt erfolgt) und

von WSW- und WVG-Anträgen (wenn die REA-Bewertung durch die Gemeinde erfolgt) angewandt werden.

Beobachtung im Kontext

Es gibt eine gewisse kontextbezogene Bewertung aufgrund der Notwendigkeit, ein Stellenangebot vorweisen zu müssen, bevor REA-Maßnahmen in Betracht kommen.

Rolle des behinderten Menschen

Ein proaktives Verhalten des behinderten Menschen ist für REA von zentraler Bedeutung, da die Maßnahmen mit der Arbeitsuche des Betreffenden einhergehen müssen.

Rolle des Arbeitgebers

Wenn ein REA-Zuschuss beantragt wird, kann der Arbeitgeber den Antrag stellen.

NORWEGEN

Maßnahmen

Beschäftigungsförderungsmaßnahmen für behinderte Menschen sind in einer Reihe von Rechtsvorschriften vorgesehen. Die wichtigsten sind das Gesetz über das Arbeitsumfeld, das Planungs- und Baugesetz, das Nationalversicherungsgesetz und das Beschäftigungsgesetz.

Der nationale Bericht konzentriert sich im Wesentlichen auf das Gesetz über das Arbeitsumfeld. Es ist dies ein allgemeines Gesetz, bei dem es nicht ausschließlich um die Beschäftigung behinderter Menschen geht. Das Gesetz verpflichtet die Arbeitgeber dazu, ihre Arbeitsstätte für „beruflich beeinträchtigte“ Menschen (yrkeshemmede) zugänglich zu machen und angemessene Vorkehrungen zu treffen für Menschen, die als Beschäftigte des jeweiligen Unternehmens eine Behinderung erleiden (Paragraph 13). Das Gesetz untersagt es Arbeitgebern, Stellenbewerber aufgrund einer Behinderung zu diskriminieren. Die Antidiskriminierungsbestimmungen werden in Kapitel 5 des Hauptberichts näher behandelt.

Institutionelle Zuständigkeiten und Verbindungen

Die lokale Gewerbeaufsicht (Det lokale arbeidstilsynet) ist allgemein dafür zuständig, die Einhaltung des Gesetzes über das Arbeitsumfeld zu überwachen.

Anreize und Voraussetzungen für eine Teilnahme an Beschäftigungsmaßnahmen

Nicht zutreffend.

Bewertungen

Zu treffende Entscheidung, Kriterien:

Was unter dem Begriff „beruflich beeinträchtigter Arbeitnehmer“ (yrkeshemmet arbeidstaker) zu verstehen ist, wird weder im Gesetz über das Arbeitsumfeld noch in den auf der Grundlage dieses Gesetzes erlassenen bindenden Vorschriften definiert. Allerdings liefern die von der Direktion der Gewerbeaufsicht zu diesem Gesetz herausgegebenen Leitlinien einige Anhaltspunkte: „Arbeitnehmer haben individuelle Fähigkeiten und besitzen eine äußerst unterschiedliche Arbeitsfähigkeit. Viele haben spezielle Probleme bei der Arbeit, die

mit verschiedenen Faktoren, z. B. mit somatischen und geistigen Erkrankungen, Verletzungen, Fehlern, den Folgen langjähriger Schwerstarbeit und des Alterns usw., zusammenhängen können. Das Gesetz über das Arbeitsumfeld ist allgemein gehalten und regelt alle Bedingungen, die physikalische, psychologische oder soziale Aspekte des Arbeitsumfelds betreffen. Das gilt für alle Beschäftigten des Unternehmens, einschließlich jener, die unter den erwähnten Problemen leiden und die in diesem Zusammenhang als beruflich beeinträchtigt bezeichnet werden." Außerdem wird in den Leitlinien klargestellt, dass körperliche Beeinträchtigungen sowie geistige, soziale und komplexe Probleme mit einer beruflichen Beeinträchtigung verbunden sein können.
In den auf der Grundlage des Beschäftigungsgesetzes (Sysselsettingsloven) erlassenen Vorschriften über Arbeitsmarktmaßnahmen werden beruflich beeinträchtigte Menschen definiert als „Personen, deren Erwerbsfähigkeit gemindert ist oder deren Möglichkeiten der Berufs- oder Arbeitsplatzwahl erheblich eingeschränkt sind. Der Grund kann entweder Krankheit, Verletzung oder Schädigung oder mangelnde soziale Anpassung sein."

Das Nationalversicherungsgesetz tendiert zu einer enger gefassten Definition der Behinderung: „Soziale Probleme", „Folgen des Drogenmissbrauchs und des Alterns" sind keine Behinderungen gemäß diesem Gesetz.

Personal

Gemäß dem Gesetz über das Arbeitsumfeld kommt dem Beamten der Gewerbeaufsicht eine Schlüsselrolle zu. In größeren Unternehmen mit Sicherheits- und Gesundheitsschutzbeauftragten sind diese wahrscheinlich daran beteiligt, die Notwendigkeit von Arbeitsplatzanpassungen oder Umbesetzungen zu beurteilen. Unternehmen mit mehr als 50 Beschäftigten sind verpflichtet, einen besonderen Ausschuss für das Arbeitsumfeld (Arbeidsmiljøutvalg) einzurichten (ibd. Paragraph 23-24). Die Mitglieder dieser Gremien sind darin geschult, sich mit Fragen des Arbeitsumfelds zu befassen, und sind auch bei Problemen im Zusammenhang mit Vorkehrungen für und Umbesetzungen von Mitarbeitern hinzuzuziehen, die eine berufliche Beeinträchtigung erleiden. Einzelne Mitarbeiter können über ihren Gewerkschaftsvertreter (Obmann), den Sicherheitsbeauftragten oder den Ausschuss für das Arbeitsumfeld Anträge stellen, Beschwerden oder Gesuche einreichen oder sie können sich mit ihren Fragen direkt die Geschäftsleitung wenden.

Vorschriften und Instrumente

Die Leitlinien zum Gesetz über das Arbeitsumfeld liefern keine Richtschnur oder Empfehlungen, wie der Grad oder die Art der geminderten Arbeitsfähigkeit im Unternehmen bewertet werden soll. Es wird eher darauf hingewiesen, dass die Situation und Fähigkeiten des einzelnen Mitarbeiters im Vergleich zu den Anforderungen an seine Arbeit die Grundlage für organisatorische Vorkehrungen und technische Anpassungen am Arbeitsplatz darstellen sollten. In der Praxis wird man sich wahrscheinlich oft auf eine Bewertung der Fähigkeiten eines Mitarbeiters stützen, die auf der Grundlage anderer Rechtsvorschriften zur Verfügung steht, z. B. Krankengeld und Rehabilitationsleistungen gemäß Nationalversicherungsgesetz (Folketrygdloven).

Beobachtung im Kontext

Alle Maßnahmen auf der Grundlage des Gesetzes über das Arbeitsumfeld erfordern eine kontextbezogene Beobachtung.

Rolle des behinderten Menschen

Das Gesetz lässt Verhandlungsspielraum, was die persönlichen und die sozialen Verhältnisse anbetrifft, die die Arbeitsfähigkeit eines Arbeitnehmers beeinträchtigen können. Allgemein gesagt, liegt es bei dem jeweiligen Arbeitnehmer, einen Antrag auf Anerkennung der beruflichen Beeinträchtigung und auf angemessene Vorkehrungen, auf Arbeitsplatzanpassungen oder Umbesetzung zu stellen.

Rolle des Arbeitgebers

Das Gesetz über das Arbeitsumfeld ist eine ordnungspolitische Maßnahme, die den Arbeitgebern weitreichende Verpflichtungen auferlegt.

PORTUGAL

Maßnahmen

In Portugal wurde ein breites Spektrum an Beschäftigungsförderungsmaßnahmen für behinderte Menschen eingeführt. Dazu gehören:

- Unterstützung bei der sozialen und beruflichen Eingliederung von Menschen mit Behinderungen (Apoios à integração socioprofissional de pessoas deficientes). Diese Unterstützung besteht aus finanzieller Hilfe für Unternehmen, wenn sie:
    - behinderte Menschen mit unbefristeten Arbeitsverträgen einstellen oder befristete in unbefristete Verträge umwandeln;
    - behinderte Menschen mit geminderter Arbeitsfähigkeit einstellen. Hilfe wird in Form einer finanziellen Entschädigung für den Einarbeitungs- bzw. Wiedereinarbeitungszeitraum für maximal vier Jahre gezahlt;
    - bauliche Hindernisse bei der Anpassung von Gebäuden an die funktionellen Erfordernisse behinderter Arbeitnehmer beseitigen;
    - behinderte Menschen einstellen, die Supervision und Hilfe während des Eingliederungszeitraums benötigen.

- ein Programm für geschützte Beschäftigung (Programa sobre emprego protegido), das dauerhafte und bezahlte Arbeitsplätze schafft und auch eine Ausbildung am Arbeitsplatz und gegebenenfalls den Übergang in reguläre Beschäftigungsverhältnisse ermöglicht.

- Integrationsunternehmen (Empresas de inserção); deren Ziel ist die Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung durch berufliche (Wieder-) Eingliederung, Unterstützung beim Erwerb und der Weiterentwicklung persönlicher, sozialer und beruflicher Fähigkeiten, die für eine Erwerbstätigkeit benötigt werden, und durch Schaffung von Arbeitsplätzen, mit denen Bedürfnisse erfüllt werden sollen, die der reguläre Arbeitsmarkt nicht abdeckt. Somit sind diese Unternehmen nicht spezifisch für behinderte Menschen gedacht.

- Andere spezialisierte Ausbildungs- und Rehabilitationsprogramme (Rehabilitação Profissional).

Institutionelle Zuständigkeiten und Verbindungen

Das Institut für Beschäftigung und Ausbildung (Instituto do Emprego e Formação Profissional (IEFP)) verwaltet die Programme durch die Centros de Emprego (Beschäftigungszentren) und durch spezialisierte Rehabilitationseinrichtungen.

Anreize und Voraussetzungen für eine Teilnahme an Beschäftigungsmaßnahmen

Hierzu liegen keine Informationen vor.

Bewertungen

Zu treffende Entscheidung, Kriterien

Die von den Centros de Emprego verwalteten Maßnahmen stehen behinderten Menschen offen, ungeachtet der Art und des Grades der Behinderung.

Das Programm für geschützte Beschäftigung ist für behinderte Menschen bestimmt, die im erwerbsfähigen Alter sind, aber aufgrund ihrer Beeinträchtigung nicht direkt in den regulären Arbeitsmarkt eingegliedert werden können.

Um auf laufende finanzielle Zuschüsse (bis zu 4 Jahre lang) Anspruch zu haben, muss der Betreffende eine geminderte Arbeitsfähigkeit nachweisen.

Personal

Beamte des IEFP treffen die Entscheidungen.

Vorschriften und Instrumente

In Grunde könnte die Nationale Invaliditätsliste (siehe Anhang 1) verwendet werden.

Beobachtung im Kontext

Zuschüsse im Rahmen der Bestimmung über Finanzzuschüsse werden auf Einzelfallbasis ausgehandelt.

Rolle des behinderten Menschen

Hierzu liegen keine Informationen vor.

Rolle des Arbeitgebers

Ein proaktives Verhalten der Arbeitgeber wird gefördert, beispielsweise durch das Programm prémio de mérito, eine symbolische Anerkennung für Unternehmen, die sich aktiv um die Beschäftigungsförderung für behinderte Menschen verdient machen.

SPANIEN

Maßnahmen

Es gibt eine Quote für die Beschäftigung beeinträchtigter Arbeitnehmer, derzufolge Arbeitgeber mit mehr als 50 ständigen Mitarbeitern verpflichtet sind, 2 % der Stellen mit beeinträchtigten Arbeitnehmern zu besetzen (Decreto Real 27/2000 von 14. Januar (B.O.E. Nr. 22 vom 26-01-2000)). Diese Quote wurde unlängst gesenkt, doch hat man ihre Durchsetzung dadurch verbessert, dass Arbeitgeber, die die Quote nicht erfüllen, nunmehr verpflichtet sind, Abgaben an Organisationen zu entrichten, die Beschäftigungs- oder Schulungsmaßnahmen für behinderte Menschen anbieten, oder Waren bzw. Dienstleistungen von Sonderbeschäftigungsdiensten zu beziehen.

Unternehmen, die beeinträchtigte Arbeitnehmer einstellen, kommen in den Genuss geringerer Sozialversicherungsabgaben. Zuschüsse sowie Steuer-/Abgabenerleichterungen werden Projekten gewährt, in deren Rahmen Unternehmen geschützte Arbeitsstätten für beeinträchtigte Arbeitnehmer schaffen.

Institutionelle Zuständigkeiten und Verbindungen

Die Quotenreformen gingen auf eine Vereinbarung zwischen dem Ministerium für Arbeit und soziale Angelegenheiten (Trabajo y Asuntos Sociales, MTAS) und dem Spanischen Ausschuss von Behindertenvertretern (CERMI) zurück.

Vielfältigste Einrichtungen sind an der Schaffung von geschützten Werkstätten (Centros Especial de Empleo), Rehabilitationszentren und Beschäftigungsdiensten beteiligt. Die Sozialbehörden der Autonomen Regionen koordinieren diese Maßnahmen.

Anreize und Voraussetzungen für eine Teilnahme an Beschäftigungsmaßnahmen

Es kann eine Bewertung des Grades der Beeinträchtigung beantragt werden, um Zugang zu vielerlei Maßnahmen, einschließlich nicht beitragsfinanzierter Sozialschutzleistungen, zu erlangen.

Bewertungen

Zu treffende Entscheidung, Kriterien

Der Anspruch auf Berücksichtigung bei der Quotenregelung setzt einen Grad der Beeinträchtigung von 33 %+ voraus. Es wird eine allgemeine Klassifikation der Behinderung verwendet; es gibt keine Sonderbestimmungen für berufliche Beeinträchtigungen oder andere spezifische Aspekte der Behinderung, die sich auf die Beschäftigung auswirken.

Spanien hat eine Datenbank über Menschen mit Behinderungen (La Base de Datos Estatal de Personas con Discapacidad), die Informationen für allen Einrichtungen bereithalten soll, die im Behindertenbereich tätig sind, und alle Personen enthalten soll, die von den zuständigen Verwaltungsbehörden als Behinderte mit einem bestimmten Grad der Behinderung anerkannt sind.

Personal

Die Bewertungen obliegen multidisziplinären Teams.

Vorschriften und Instrumente

Bei der Bewertung wird das im Leitfaden valoración de las situaciones de minusvalía (VM) enthaltene Schema verwendet.

Beobachtung im Kontext

Findet in Bezug auf die allgemeine Bewertung des Grades der Beeinträchtigung nicht statt.

Rolle des behinderten Menschen

Nicht zutreffend.

Rolle des Arbeitgebers

Spielen bei der Bestimmung des Grades der Behinderung keine Rolle.

SCHWEDEN

Maßnahmen

Folgende Beschäftigungsmaßnahmen werden im nationalen Bericht behandelt:

Sozialversicherungsmaßnahmen:

1. Rehabilitationsleistungen und -dienste
2. Arbeitshilfen und -einrichtungen - Arbeitshilfen werden von der Sozialversicherung organisiert und im Rahmen des Rehabilitationsprozesses verordnet, siehe weiter unten auch die an Arbeitgeber zahlbaren AMS-Maßnahmen des Arbeitsmarktausschusses.
3. Zuschuss wegen Beeinträchtigung

Maßnahmen des Arbeitsmarktausschusses (AMS):
Sonderanpassungen und Zuschüsse des AMS für behinderte Arbeitsuchende sind u. a.:

- Finanzielle Unterstützung für Arbeitshilfen am Arbeitsplatz - finanzielle Unterstützung für den Kostenträger (z. B. Arbeitgeber).
- Sondermaßnahmen für Personen mit Sehbehinderung oder Hörschädigung, einschließlich Schulung persönlicher Assistenten, Übertragung von Unterlagen in Braille-Schrift usw.
- Unterstützung für persönliche Assistenz - bedeutet wirtschaftliche Unterstützung für einen Arbeitgeber oder eine andere Person, die die Kosten eines persönlichen Assistenten für einen behinderten Menschen mit geminderter Arbeitsfähigkeit trägt, wenn dieser eine solche Hilfe in seiner Funktion als Beschäftigter, Selbständiger usw. benötigt.
- Unterstützte Beschäftigung - Der regionale Arbeitsmarktausschuss ernennt einen besonderen Unterstützer für einen behinderten Menschen mit geminderter Arbeitsfähigkeit, wenn dieser in der Anfangszeit seines Beschäftigungsverhältnisses zusätzliche Schulung oder Unterstützung benötigt.
- Bezuschusste Beschäftigung: Zuschüsse können dem Arbeitgeber eines behinderten Menschen gewährt werden, wenn der Betreffende dadurch einen neuen Arbeitsplatz bekommen oder seinen alten behalten kann. Der bezuschusste Beschäftigungszeitraum darf im Normalfall vier Jahre nicht überschreiten.
- Geschützte Beschäftigung, entweder a) Beschäftigung bei der Firma Samhall oder einem ihr angeschlossenen Unternehmen; oder b) Beschäftigung bei einem öffentlichen Arbeitgeber (Staat, Kreisrat oder Gemeinde).

Wenn ein Arbeitgeber finanzielle Hilfe (Anpassungsbeihilfen, Zuschüsse) erhält, um einen behinderten Arbeitnehmer einstellen zu können, gilt dieser Arbeitnehmer als Beschäftigter mit „Sondervertrag“, der einen zusätzlichen Kündigungsschutz auf der Grundlage des Beschäftigungsschutzgesetzes genießt.

Gesetz über das Arbeitsumfeld: Die allgemeine Durchführung dieses Gesetzes obliegt der Behörde für das Arbeitsumfeld (www.av.se). Maßnahmen auf der Grundlage dieses Gesetzes können Vorteile für behinderte Menschen bieten (siehe Diskussion in Kapitel 5 des Hauptberichts).

Institutionelle Zuständigkeiten/Verbindungen

Wie festzustellen ist, gibt es Überschneidungen bei den Zuständigkeiten der Sozialversicherungsanstalt und des Arbeitsamtes (PEO). Des Weiteren sind die Gemeinden für die Sozialunterstützung und besondere kommunale Arbeitsplätze sowie für andere Maßnahmen für Schwervermittelbare verantwortlich, zu denen u. a. Menschen mit sozialmedizinischen Behinderungen (Alkoholiker, Drogenabhängige), unter das Gesetz über Sozialdienste fallende Personen oder Langzeitarbeitslose mit schweren psychiatrischen Problemen gehören.

Im schwedischen Bericht werden die unterschiedlichen Perspektiven der beteiligten Einrichtungen wie folgt analysiert: „Der Sozialversicherung liegt ein individuelles Konzept der Arbeitsfähigkeit zugrunde, das sich auf den Gesundheitszustand (laut ärztlicher Bescheinigung), das Ergebnis der Funktions- und Arbeitstests sowie die Bestrebungen des Betreffenden bezieht. Die Arbeitsmarktbehörden betrachten diese Frage jedoch normalerweise unter dem Gesichtspunkt der Beschäftigungsfähigkeit, d. h. sie erwägen die tatsächlichen Chancen, einen Arbeitsplatz zu finden. Die Arbeitsmarktbehörden verlangen oft, dass der Betreffende für den Einstieg in den Arbeitsmarkt bereit ist, d. h. dass er gesund und motiviert ist (was bei einem krankgeschriebenen Arbeitslosen häufig nicht der Fall ist“ (schwedischer Bericht, S. 17).

Wenn das Arbeitsamt eine Person als nicht beschäftigungsfähig einstuft, kann diese an die Sozialversicherung zurückverwiesen werden. Reicht jedoch die objektive medizinische Grundlage für Sozialversicherungsleistungen nicht aus (siehe Anhang 1), wird der Betreffende wohl beim Sozialamt der Gemeinde Unterstützung und Leistungen beantragen müssen. In dem Bericht wird beschrieben, wie ein Mensch „(endlos) zwischen den Sozialbehörden hin- und hergeschoben werden kann“ (schwedischer Bericht, S. 18).

Anreize und Voraussetzungen für eine Teilnahme an Beschäftigungsmaßnahmen

Beim „Schritt-fürSchritt“-Prozess der Bewilligung von Behindertenleistungen kann auch die Möglichkeit von Rehabilitation und eine Rückkehr an den Arbeitsplatz, möglicherweise mit Hilfe einer der oben genannten Sozialversicherungsmaßnahmen, berücksichtigt werden. Die Sozialversicherungsanstalten haben einen sehr flexiblen Auftrag, was die spezifischen beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen in jedem Fall anbelangt. Die weiter oben erwähnten Leistungen dienen der Einkommenssicherung, aber die Rehabilitationsmaßnahmen können inhaltlich unterschiedlich sein: Schulung am ehemaligen Arbeitsplatz, an einem anderen Arbeitsplatz, Berufsbildung usw. Die Leistungen stellen nur das Skelett/den Rahmen dar, das/den es durch andere Aktivitäten auszufüllen gilt. Die Arbeitgeber haben gewisse Pflichten gegenüber ihren kranken Mitarbeitern, was ihr Interesse, eine der genannten Maßnahmen zu ergreifen, steigern kann.

Eine beim Arbeitsamt arbeitslos gemeldete Person, die eine Teilnahme an ihr angebotenen Maßnahmen zur Erleichterung des (Wieder-) Einstiegs in das Arbeitsleben ablehnt, läuft Gefahr, als nicht beschäftigungsfähig eingestuft und - wie oben beschrieben - an die Sozialbehörden weiterverwiesen zu werden.

Bewertungen

Zuschuss wegen Beeinträchtigung

Zu treffende Entscheidung

Die Funktionsfähigkeit einer Person muss „während eines bedeutenden Zeitraums soweit gemindert sein, dass der Betreffende... b) die Hilfe eines anderen benötigt, um erwerbstätig sein zu können... ". Ausbildungszeiten (mit dem Bezug öffentlicher Ausbildungsbeihilfen) werden mit Erwerbsarbeit gleich gesetzt.

[Hinweis: Dieser Zuschuss ist auch zahlbar an Personen, die a) bei ihren Alltagshandlungen die zeitaufwendige Hilfe eines anderen benötigen; oder c) erhebliche zusätzliche Lebenshaltungskosten haben. Hier behandeln wir die für die Beibehaltung einer Erwerbsarbeit geleistete Hilfe.]

Diagnosen/Schädigungen an sich bedingen keinen Anspruch.

Personal

Normalerweise wird eine medizinische Bescheinigung benötigt, doch spielen Ärzte hier keine wichtige Rolle. Die wichtigsten Akteure sind die Mitarbeiter der Sozialversicherungsanstalten.

Vorschriften und Instrumente

Blinde oder Gehörlose (oder Personen mit schweren Hörschädigungen) haben immer Anspruch auf einen Zuschuss wegen Beeinträchtigung.

Beobachtung im Kontext

Der Schwerpunkt liegt ganz stark auf der Beobachtung in realen Lebenssituationen. Der Nationale Sozialversicherungsausschuss empfiehlt, dass die Sozialversicherungsanstalt Informationen zu folgenden Aspekten einholt: über den Arbeitgeber, die Arbeitsaufgaben, die Arbeitszeit, die Art der Hilfe, die der Behinderte für den Weg zur Arbeit benötigt, das Verkehrsmittel und die Fahrzeiten, über den Hilfebedarf bei der Durchführung von (Teilen der) Arbeitsaufgaben und wie lange und wie oft diese Hilfe benötigt wird, über den Hilfebedarf zur Gewährleistung der Mobilität am Arbeitsplatz, über denjenigen, der diese Hilfe leistet, ob derjenige dafür von einem anderen als dem Behinderten selbst entlohnt wird, wie viel diese Hilfe für den Behinderten kostet.

Rolle des behinderten Menschen

Zustimmung erforderlich.

Rolle des Arbeitgebers

Die Arbeitgeber haben keine spezifizierten Pflichten, zu den Kosten beizutragen, für die der Zuschuss wegen Beeinträchtigung bewilligt wird. Sie haben jedoch Pflichten, was die Rehabilitation anbelangt (Zuschuss zu den Rehabilitationskosten ihrer Mitarbeiter), und ähnliche Verpflichtungen auf der Grundlage des Gesetzes gegen die Diskriminierung von behinderten Menschen im Beschäftigungsbereich. In dem Bericht heißt es: „Sozialversicherungsmitarbeiter müssen letztendlich oft zähe Verhandlungen mit den Arbeitgebern darüber führen, wer der Anforderung nicht entsprechen wird oder kann, sich um seine langfristig erkrankten Mitarbeiter zu kümmern“ (schwedischer Bericht S. 17).

Arbeitsmarktmaßnahmen

Zu treffende Entscheidung, Kriterien

Die Definition der Behinderung, die auf all die Maßnahmen zur Anwendung kommt, lautet: „Ein Mensch mit einer arbeitsbezogenen Behinderung ist jemand, der aufgrund einer Funktionsbeeinträchtigung eine geminderte Arbeitsfähigkeit aufweist und daher Schwierigkeiten hat oder voraussichtlich haben wird, ein reguläres Beschäftigungsverhältnis zu finden oder zu behalten".

Der Betreffende muss beim Arbeitsamt (PEO) gemeldet sein. Wenn er dann als nicht unmittelbar beschäftigungsfähig eingestuft wird, kann der Mitarbeiter des Arbeitsamtes einen Funktions- oder Arbeitstest bei einem Arbeitsmarktinstitut (seit 2001 AF-Rehabilitering, eine Sonderdienststelle innerhalb der Arbeitsverwaltung) vorschlagen. Die meisten behinderten Arbeitsuchenden werden an diese Einrichtungen verwiesen.

Personal

Die Entscheidung obliegt dem PEO-Beamten, der einen erheblichen Ermessensspielraum hat.

Vorschriften und Instrumente

Der Betreffende wird vom PEO-Beamten mittels einer Liste von Behinderungskategorien (handikappkoder) als behindert eingestuft. Diese Kategorien sind eine Mischung aus diagnostischen Kriterien (z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen und/oder Lungenkrankheiten) und schädigungsorientierten Kriterien (z. B. Mobilitätsschädigung, Rollstuhlfahrer).

AF-Rehabilitering bietet vielfältigste Arbeitstests, psychologische Eignungstests und praktische Schulungen an. Diese Rehabilitationsinstrumente sind jedoch nicht in erster Linie zur Festlegung von Schwellenwerten gedacht, die dazu dienen, einen Menschen als behindert einzustufen.

Trotz dieser formalen behinderungsbezogenen Kategorien und Instrumente lässt der Bericht vermuten, dass die Grenze zwischen Behinderung und geringer Beschäftigungsfähigkeit fließend ist. In einem Bericht der schwedischen nationalen Rechnungsprüfungsstelle wird behauptet, dass die Arbeitsämter die Schwervermittelbaren zunehmend als arbeitsmäßig beeinträchtigt einstufen (schwedischer Bericht, S. 18). Auf der Grundlage dieser Klassifikation haben sie dann Anspruch auf Beschäftigungszuschüsse und Stellen bei Samhall.

Beobachtung im Kontext

Die Rehabilitationsprozesse ermöglichen eine gewisse kontextbezogene Beobachtung.

Rolle des behinderten Menschen

Der Behinderte muss die vorgenommene Einstufung immer genehmigen.

Rolle des Arbeitgebers

Keine.

VEREINIGTES KÖNIGREICH

Maßnahmen

Zu den im nationalen Bericht erwähnten Beschäftigungsmaßnahmen gehört ein breites Spektrum an Programmen, die von den Disability Employment Advisers (DEA, Arbeitsberater für Behinderte) in den Büros der Arbeitsvermittlung (Jobcentres; jetzt Jobcentre-Plus-Büros (siehe unten)) verwaltet werden. Bei einigen Programmen, insbesondere dem New Deal for Disabled People (NDDP), ist auch eine Teilnahme über New-Deal-Jobmakler (die ebenfalls in den Jobcentre-Plus-Büros arbeiten) möglich. Folgende Maßnahmen werden angeboten:

- Bewertung der Beschäftigungsfähigkeit und Beratung über Ausbildung, Vermittlung usw.
- Einarbeitungsprogramm, in dessen Rahmen während eines kurzen Zeitraums (sechs Wochen) ein wöchentlicher Zuschuss an Arbeitgeber gezahlt wird, die einen behinderten Menschen auf Probe einstellen;
- New Deal for Disabled People (NDDP), besteht aus einer Vielzahl „innovativer Programme“ für Arbeitsuche, Beratung und Unterstützung bei Arbeitsantritt, die von verschiedenen Agenturen durchgeführt werden, mit denen die Arbeitsvermittlung Verträge abgeschlossen hat;
- Vorbereitung auf die Arbeit, ähnlich den New Deal-Programmen;
- Schulungen in Einrichtungen, insbesondere für behinderte Menschen;
- Arbeitsbezogenes Lernen für Erwachsene, das auch Langzeitarbeitslosen zur Verfügung steht;
- Workstep, ein Programm für unterstützte Beschäftigung. Behinderte Menschen werden entweder an allgemeinen Arbeitsplätzen oder in unterstützten Fabriken beschäftigt. Der Mitarbeiter wird dem Arbeitsplatz entsprechend bezahlt und der Anbieter erhält einen Zuschuss. (Bei dem Anbieter kann es sich um einen Arbeitgeber handeln, doch oft ist es ein Vermittler, wie eine gemeinnützige Organisation oder eine lokale Behörde, die behinderte Menschen in allgemeinen Beschäftigungsverhältnissen unterstützen. Der Arbeitgeber wird nicht unbedingt bezuschusst.)

Für Menschen, die bereits einen Arbeitsplatz oder ein Stellenangebot haben, übernimmt das Programm Access to Work (AtW) die Bezahlung für Kommunikatoren und Unterstützer, von Fahrgeld, Spezialausrüstung und der Anpassung der Räumlichkeiten. Verwaltet wird es von AtW-Beratern.

Eine Einkommensergänzung kann an erwerbstätige Menschen mit Behinderungen gezahlt werden. Derzeit hat diese Ergänzung die Form eines Steuernachlasses: Disabled Person’s Tax Credit (DPTC).

Institutionelle Zuständigkeiten und Verbindungen

Die Regierung hat eine Reihe von Schritten unternommen, um die Verbindung zwischen der Bereitstellung von Beschäftigungsmaßnahmen (in den Jobcentres) und dem Prozess der Beantragung von Sozialversicherungsleistungen (in den Büros der Leistungsstelle) zu stärken. Im April 2002 wurden die Büros der Arbeitsvermittlung mit der Leistungsstelle zu den neu eingerichteten Jobcentre-Plus-Büros zusammengelegt.

Eine Neuerung der letzten Zeit betrifft den zugelassenen Arzt (Approved Doctor), der die Bewertung im Hinblick auf die Arbeitsunfähigkeitsleistung Incapacity Benefit (siehe Anhang 1)

vornimmt und einen Bericht über die Leistungsfähigkeit erstellt, in dem die arbeitsbezogenen Tätigkeiten aufgeführt sind, die der Betreffende trotz seiner Behinderung verrichten kann. Die Erkenntnisse dieses Berichtes haben (derzeit) keinen Einfluss auf die Feststellung der Behinderung zwecks Gewährung von Incapacity Benefit.

Mehrere Agenturen, die bei der Arbeitsvermittlung unter Vertrag sind, erbringen Dienstleistungen für behinderte Menschen. In diesen Verträgen sind im Allgemeinen Leistungsziele spezifiziert, was tendenziell dazu führen kann, dass die Anbieter geringer behinderte Arbeitnehmer bevorzugen. Beispielsweise haben die Anbieter von unterstützter Beschäftigung im Rahmen von Workstep Ziele betreffend den Übergang in nicht unterstützte Beschäftigungsverhältnisse zu erfüllen, und die Entwicklung geht dahin, die Zuschüsse für die Betreffenden mit der Dauer der unterstützten Beschäftigung zu senken.

Anreize und Voraussetzungen für eine Teilnahme an Beschäftigungsmaßnahmen

Keine der von den DEAs verwalteten Maßnahmen steht im Zusammenhang mit einem Leistungsanspruch.

Bislang konnte ein Bezieher von IB nicht arbeiten, ohne dass Fragen laut wurden, ob der Betreffende eigentlich ausreichend behindert ist, um weiterhin einen Leistungsanspruch zu begründen. Es gibt jedoch einige genehmigte, davon ausgenommene Kategorien, und der Umfang „zulässiger Arbeit“ wurde unlängst erweitert.

Des Weiteren wird mit dem NDDP, der Gründung der JobCentre-Plus-Büros und der Einführung des Berichts über die Leistungsfähigkeit insgesamt versucht, die herkömmliche Praxis, IB-Bezieher von Beschäftigungsprogrammen auszuschließen, zu verändern. Ein behinderter Mensch muss nunmehr nicht auf den Bezug von IB verzichten und einen Zuschuss für Arbeitsuchende (Job Seekers Allowance) beantragen, der geringer ist, um Zugang zum NDDP zu erhalten. Darüber hinaus müssen Antragsteller, die in Gegenden wohnen, wo arbeitsbezogene Gespräche üblich sind (ein ONE-Pilotgebiet), an diesem

Gespräch teilnehmen oder die Möglichkeit hinnehmen, vom Leistungsanspruch ausgeschlossen zu werden.

Der DPTC ist dazu gedacht, Menschen, die als Arbeitslose Leistungen wegen Behinderung beziehen, den Weg in ein Beschäftigungsverhältnis zu ebnen, worauf die Bestimmungen über die als Voraussetzung anerkannten Leistungen hinweisen, denen zufolge Leistungsempfänger automatisch einen Anspruch auf DPTC haben.

Bewertungen

Workstep

Zu treffende Entscheidungen, Kriterien

Es gibt zwei Hauptkriterien:

- Der Betreffende muss der Definition der Behinderung entsprechen, die im Disability Discrimination Act (DDA) festgelegt ist: Er muss eine körperliche oder geistige Behinderung aufweisen, die seine Fähigkeit, normale Alltagshandlungen zu verrichten, erheblich und langfristig beeinträchtigt.

- Der Betreffende muss in den vergangenen sechs Monaten Leistungen bezogen haben oder erwerbstätig sein und Gefahr laufen, seinen Arbeitsplatz zu verlieren, oder Schulabgänger sein und eindeutig Bedarf an Unterstützung bei der Arbeit haben.

Bis April 2001 besagte das erste Kriterium, dass der Betreffende keinen Arbeitsplatz am offenen Arbeitsmarkt finden oder behalten kann und dass seine Produktivität zwischen 30 % und 80 % der normalen Produktivität betragen muss.

Personal

Der DEA bestätigt, dass der DDA-Definition entsprochen wird und eine der anderen Anspruchsvoraussetzungen erfüllt ist. Nachweise vom behandelnden Arzt des Betreffenden können im Zweifelsfall angefordert werden.

Vorschriften und Instrumente

Für den DEA gibt es einen Leitfaden zur DDA-Definition.

Beobachtung im Kontext

Eigentlich basiert die Bewertung nicht auf einer kontextbezogenen Beobachtung. In der Praxis jedoch kann die Feststellung der Anspruchsberechtigung damit beginnen, dass eine geeignete Stelle gefunden wird, so dass dieses Kriterium dann abgehakt werden kann.

Rolle des behinderten Menschen

Nach der überarbeiteten Regelung liegt der Schwerpunkt eher darauf, die Maßnahmen den Bedürfnissen des Beschäftigten anzupassen, und der behinderte Mensch kann Job-Coaching und Beratung in Anspruch nehmen.

Rolle des Arbeitgebers

Seit April 2001 müssen die Anbieter von Workstep-Stellen (die, wie erwähnt, Vermittlerorganisationen oder Arbeitgeber sein können) in Bezug auf den Übergang in nicht unterstützte Beschäftigungsverhältnisse strengere Zielvorgaben als früher erfüllen. Dahinter steckt wohl die Absicht, dass diese Ziele seitens der Arbeitgeber bewusster und proaktiver verwirklicht werden sollen, um die Stärken des behinderten Mitarbeiters zu erkennen und sein Beschäftigungspotenzial weiterzuentwickeln.

Disabled Persons Tax Credit

Zu treffende Entscheidungen, Kriterien

Es gibt im Wesentlichen zwei Gruppen von Kriterien:

Bei einem Neuantrag muss der Betreffende eine der in Frage kommenden Sozialversicherungsleistungen beziehen oder kürzlich bezogen haben (als Voraussetzung anerkannte Leistungen, passporting).

Auch bei einem Folgeantrag verlässt man sich auf die Methode, die als Voraussetzung anerkannten Leistungen zugrunde zu legen, insbesondere Pflege- und Mobilitätsleistungen (z. B. höhere Sätze der Disability Living Allowance). Liegt keine derartige Anspruchsberechtigung vor, kann ein „Behinderungstest“ durchgeführt werden.

Personal

Verwaltungsbeamte prüfen die auf diesen anerkannten Leistungen basierenden Voraussetzungen und treffen die Entscheidung über den „Behinderungstest“ unter Verwendung der vom behandelnden Arzt des Antragstellers eingeholten Informationen. Die Inanspruchnahme von SEMA (medizinische Dienste, die Untersuchungen für die wichtigsten Sozialversicherungsleistungen durchführen) ist möglich, aber selten.

Vorschriften und Instrumente

In einem Leitfaden für Entscheidungsträger (Decision Makers Guide) sind die auf anerkannten Leistungen basierenden Voraussetzungen und die Komponenten des Behinderungstests dargelegt. Kommt Letzterer zur Anwendung muss eine von 21 Bedingungen erfüllt sein, beispielsweise in Bezug auf die Unfähigkeit zu stehen, zu laufen, die Arme oder Hände zu benutzen; auf Einschränkungen des Seh- oder Hörvermögens, der Sprachdeutlichkeit, des Bewusstseins; auf die Unfähigkeit, 40 Stunden die Woche zu arbeiten, usw. Die Bedingungen ähneln jenen des Personal Capacity Assessment (PCA), das bei der Verwaltung von Incapacity Benefit zur Anwendung kommt (siehe Hauptbericht); allerdings ist der verlangte Grad der Leistungsminderung beim DPTC niedriger, da nur eine Bedingung erfüllt werden muss (siehe die Akkumulation von Punkten beim PCA).

In dem Leitfaden wird die Durchführung des Tests im Detail erläutert, z. B. was mit „laufen“ gemeint ist.

Beobachtung im Kontext

Keine, man beachte aber die Umstände, unter denen die Behinderung mit Bezugnahme auf die spezifischen Beschäftigungsbedingungen bewertet wird (siehe weiter unten zur Rolle des Arbeitgebers).

Rolle des behinderten Menschen

Der Betreffende muss die Leistung beantragen.

Rolle des Arbeitgebers

Bei dem Test, ob jemand in der Lage ist, eine Arbeitswoche durchzustehen, geht es um die Frage, ob der Arbeitgeber dem Betreffenden besondere Zugeständnisse gemacht hat. Wer behauptet, von einer normalen Arbeitswoche erschöpft zu sein, hat dann keinen Anspruch, wenn er weiterhin die normalen Wochenstunden arbeitet, ohne dass der Arbeitgeber Anpassungen vornimmt. Werden vom Arbeitgeber zusätzliche Ruhezeiten, die Vermeidung bestimmter Aufgaben oder Sonderpausen zugestanden, gilt der Test als bestanden (Decision Makers Guide DMG13040).

Anhang 3 Definitionen im Fall der Unterstützung bei grundlegenden Alltagshandlungen und der Förderung eines selbständigen Lebens

Maßnahmen zur Unterstützung von Menschen, die bei der Verrichtung von Alltagshandlungen Hilfe benötigen oder zusätzliche Kosten haben, umfassen langfristige Pflegemaßnahmen, Geldleistungen für Beförderungskosten, spezielle Diäten und andere Bedürfnisse sowie Sondervergünstigungen für behinderte Menschen, wie die kostenlose oder verbilligte Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel, Nachlässe bei der Nutzung anderer Einrichtungen (Fernsehgebühren, Telefongebühren usw.) sowie Steuererleichterungen. Die länderspezifischen Zusammenfassungen enthalten Kontextinformationen unter folgenden Überschriften:

Maßnahmen

Institutionelle Zuständigkeiten

Bewertungen

(medizinische Betreuung, persönliche Betreuung, Hilfe im Haushalt, Mobilität, soziale Kontakte, zusätzliche Konsumausgaben)

Art der Maßnahme

(Dienstleistung oder Geldleistung; wenn Geldleistung: Standardbeträge, Erstattung tatsächlicher Ausgaben; wenn Dienstleistung: Grad der Spezifizierung)

Verbindungen zu anderen Definitionen der Behinderung

Altersgrenzen

Bedürftigkeitsprüfung/Mittelbewertung, Zuzahlung.

Bewertungsprozesse werden wie folgt beschrieben:

Allgemeine Definition:

Hier geht es - sofern angegeben - um die allgemeine Definition des Begriffs Behinderung in Bezug auf die betreffende Maßnahme. In einigen Beschreibungen heißt es, dass es sich bei den Bedürfnissen des Antragstellers um die Folge eines anormalen Zustands handeln muss, andere erwähnen nichts dergleichen. Beispielsweise hängt die Anspruchsberechtigung laut der allgemeinen Definition bei der österreichischen Pflegeversicherung davon ab, dass aufgrund einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung oder einer sensorischen Behinderung ein dauerhafter Bedarf an Unterstützung und Pflege besteht, während der schwedischen LSS-Beschreibung zufolge ein behinderter Mensch jemand ist, der auf Dauer große Schwierigkeiten hat, den Alltag zu bewältigen.

Spezifizierte Schädigungen:

Hier befassen wir uns mit der Frage, ob Gruppen mit besonderen Schädigungen ausdrücklich als anspruchsberechtigt genannt werden und/oder ob ihnen eigene Sondermaßnahmen zustehen. Schädigungen können aus historischen Gründen spezifiziert werden oder auch zu Zwecken einer verwaltungstechnischen Abkürzung des Verfahrens verwendet

werden, was die Anforderungen an eine detaillierte Bewertung reduziert.

Personal:

Das beteiligte Personal können Ärzte, Krankenschwestern, Sozialarbeiter, multidisziplinäre Teams oder Verwaltungsbeamte der Sozialversicherung sein.

Vorschriften und Instrumente:

Beobachtung im Kontext:

Hier wollen wir einen kleinen Eindruck davon vermitteln, inwieweit eine Behinderung in Abhängigkeit von besonderen sozialen und umweltbezogenen Bedingungen betrachtet wird.

Rolle des behinderten Menschen:

Dieser Punkt ist am wichtigsten bei Sachleistungen oder nicht fungiblen Barentschädigungen, wo einige Länder Maßnahmen verabschiedet haben, um den behinderten Menschen in die Lage zu versetzen, seine eigenen Bedürfnisse zu definieren und/oder mitzuentscheiden, wie seine Bedürfnisse befriedigt werden. Beispielsweise können sich behinderte Menschen in einigen Staaten dafür entscheiden, als Arbeitgeber ihrer Betreuungsperson aufzutreten, statt die Dienstleistungen einer Einrichtung zu akzeptieren, die das Betreuungspersonal beschäftigt.

Alle Informationen beziehen sich auf das Jahr 2001, als die nationalen Berichte geschrieben wurden. Falls zutreffend, wurden Änderungen bis zum 1. Januar 2002 berücksichtigt.

ÖSTERREICH

Maßnahmen

Die wichtigste Maßnahme zur Förderung eines selbständigen Lebens, die im nationalen Bericht beschrieben wird, ist das Bundespflegegeldgesetz (BPGG) (1993). Dieses Gesetz hat zum Teil die auf der Grundlage der Sozialhilfegesetze der Länder bestehenden Bestimmungen ersetzt, doch sind die alten Ländermaßnahmen nach wie vor in Kraft.

Institutionelle Zuständigkeiten

Das BPGG sieht Pflegegelder für die Bezieher von Renteneinkünften (vorwiegend Alters- und Behindertenrenten) vor. Zusätzlich zum BPGG wurden neun entsprechende Ländergesetze verabschiedet, die Pflegegelder (auf der gleichen Grundlage) für Personen vorsehen, deren Haupteinkommensquelle Ergänzungsleistungen sind, die erwerbstätig sind usw.

Bei Rentnern ist die jeweilige Pensionskasse für die Verwaltung der Beihilfen zuständig. Diese Ausgaben werden aus den Steuereinnahmen des Bundes erstattet. Die Zahlungen an Nicht-rentner werden - bei zentraler Finanzierung - von den Ländern verwaltet.

Bewertungen

Es wird zwischen Betreuung und Hilfe unterschieden. Betreuung umfasst Körperpflege und

Waschen, Zubereitung der Mahlzeiten und Hilfe bei der Nahrungsaufnahme, Medikamentengabe und Hilfe bei der Mobilität „im engeren Sinne“, z. B. beim Aufstehen und beim Insbettgehen. Hilfe beinhaltet die Beschaffung von Lebensmitteln und Arzneien, Putzen, Wäschewaschen und andere Aufgaben im Haushalt sowie Hilfe bei der Mobilität „im weiteren Sinne“.

Art der Maßnahme

Das Pflegegeld wird bar gezahlt. Es gibt sieben Stufen entsprechend den pro Monat benötigten Pflegestunden (Stufe 1: 50 Stunden, Stufe 4: 160 Stunden) sowie der Intensität der Pflege und der Schwere der Probleme des Betreffenden (Stufe 5-7, alle mit mindestens 180 Pflegestunden).

Verbindungen zu anderen Definitionen der Behinderung

Wie oben unter „Institutionelle Zuständigkeiten“ erwähnt, obliegt die Zahlung der Gelder an Rentenempfänger den Pensionskassen, in allen anderen Fällen den Sozialämtern der Landesregierungen. Verändert sich der Einkommens- und/oder Beschäftigungsstatus des Betreffenden, kann die Zuständigkeit wechseln, was eine neue Bewertung erforderlich macht. Beispielsweise kam es im Fall der Andrea Mielke unlängst zu Unstimmigkeiten, als jene nicht mehr in der Lage war, ihrer Teilzeitarbeit nachzugehen, und somit Anspruch auf eine Behindertenrente hatte. Die Versicherungsanstalt stufte ihren Pflegebedarf niedriger ein als zuvor das Sozialamt Salzburg, was eine parlamentarische Anfrage zur Folge hatte.
(Siehe auch unter http://www.parlament.gv.at/pd/pm/XXI/J/texte/018/J01819_.html)
Die Bezieher von Pflegegeld sind außerdem von den Telefon- und Rundfunk-/Fernsehgebühren befreit.

Altersgrenzen

Keine - alle Altersgruppen sind abgedeckt (seit einer neuen Reform auch sehr junge Menschen).

Bedürftigkeitsprüfung/Mittelbewertung, Zuzahlung

Für Rentner gibt es keine Bedürftigkeitsprüfung. Länderregelungen sehen jedoch vor, dass die Gebühren für gewisse Dienste einkommensabhängig sind.

Bewertung

Allgemeine Definition

Laut Paragraph 4 BPGG sind die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt, „...wenn auf Grund einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung oder einer Sinnesbehinderung der ständige Betreuungs- und Hilfsbedarf (Pflegebedarf) voraussichtlich mindestens sechs Monate andauern wird oder würde...“

Spezifizierte Schädigungen

Für vier spezifizierte Schädigungen gibt es feste Pflegegeldstufen, z. B. Gehörlosigkeit und Blindheit = Stufe 5.

Personal

Bei dem von der Pensionskasse umgesetzten Bundesgesetz besteht das beteiligte Personal aus Ärzten, deren Arbeitsstruktur jener bei der Hauptpension gleicht. Das ärztliche Gutachten

eines Vertragsarztes wird von einem Amtsarzt und einem Ausschuss überprüft. Ein weiterer Ausschuss trifft dann die endgültige Entscheidung.

Im Fall der Andrea Mielke (siehe oben) deutet einiges darauf hin, dass die Pensionskasse einen stärker technisch-medizinisch ausgerichteten Bewertungsansatz verfolgt als die Landessozialämter. Allerdings bemühen sich die unterschiedlichen Behörden um eine gleiche Ausrichtung ihrer Ansätze, und Untersuchungen zeigen, dass die Bewilligungsmuster in den Ländern ähnlich sind (österreichischer Bericht, S. 40).

Vorschriften und Instrumente

Eine Verordnung aus dem Jahr 1999 nennt die spezifischen Pflegeaufgaben mit dem jeweils dafür vorgesehenen Zeitaufwand. Die Verordnung enthält Bewertungsrubriken, so dass der Gutachter die Zeit pro Monat für jede Aufgabe addieren kann, um die entsprechende Pflegestufe (Stufe 1-5, 50-180 Stunden pro Monat) zu bestimmen. Bei den höchsten Pflegestufen (Stufe 5-7) muss im ärztlichen Gutachten die Art des außerordentlichen Pflegebedarfs angegeben sein, z. B. wenn tags- und nachtsüber Pflege erforderlich ist (Stufe 6) oder wenn der Betreffende vollkommen bewegungsunfähig ist (Stufe 7).

Beobachtung im Kontext

Im Leitfaden wird empfohlen, die Untersuchung im häuslichen Umfeld durchzuführen, ohne dass dies allerdings vorgeschrieben ist.

Rolle des behinderten Menschen

Der behinderte Mensch muss einen Antrag stellen und Angaben zu den erhaltenen Leistungen und zu anderen institutionellen Fragen machen; eine Schilderung des Pflegebedarfs durch den Betreffenden selbst ist offiziell nicht vorgesehen.

BELGIEN

Maßnahmen

Die im nationalen Bericht behandelten ***Maßnahmen*** sind die Bundeseingliederungsbeihilfe und Direktzahlungen durch den Flämischen Fonds für die soziale Eingliederung behinderter Menschen.

Institutionelle Zuständigkeiten

Die Eingliederungsbeihilfe wird vom Bund finanziert und vom Gesundheitsministerium verwaltet.

Andere Maßnahmen zur Förderung eines selbständigen Lebens werden von den Gemeinschaften angeboten. Das Programm der Direktzahlungen ist ausdrücklich eine Initiative des Flämischen Fonds und gilt nur in Flandern.

Bewertungen

Die Eingliederungsbeihilfe dient zur Deckung der Extrakosten im Zusammenhang mit Funktionsschädigungen. Bei der Feststellung der Anspruchsberechtigung sind Beeinträchtigungen in folgenden Bereichen relevant:

- Mobilität (einschließlich Fortbewegung außerhalb des Hauses)
- Zubereitung und Aufnahme von Mahlzeiten

- Persönliche Betreuung und Hygiene
- Hausarbeiten
- Leben ohne Beaufsichtigung
- Kommunikation und soziale Kontakte.

Das Programm der Direktzahlungen bezieht sich speziell auf die Inanspruchnahme persönlicher Assistenten. Die Programmvorschriften sehen keine Begrenzung der Tätigkeit der persönlichen Assistenten vor, d. h. sie dürfen Pflege, Hilfe im Haus, Unterstützung bei der Mobilität usw. leisten. Siehe die Diskussion weiter unten, innerhalb welchen Rahmens der behinderte Mensch die Tätigkeiten benennen kann, bei denen er Hilfe benötigt.

Art der Maßnahme

Eingliederungsbeihilfen werden bar gezahlt; es gibt vier Sätze, je nach Umfang der Beeinträchtigung.
Das Programm der Direktzahlungen - Es wird ein Budget auf der Grundlage der Beeinträchtigung bei der Verrichtung grundlegender Alltagshandlungen bewilligt. Im Idealfall entspricht das Budget den vom Behinderten eingereichten Ausgabenplänen; andernfalls kann das Budget aufgestockt werden. Die Ausgaben sollten einen Bezug zum eingereichten Ausgabenplan aufweisen, der die Höhe der zu finanzierenden persönlichen Unterstützung und die davon abgedeckten Tätigkeiten enthält.

Verbindungen zu anderen Definitionen der Behinderung

Die Eingliederungsbeihilfe ist in institutioneller Hinsicht mit der Einkommensersatzleistung für behinderte Menschen verbunden, und häufig wird die Anspruchsberechtigung in Bezug auf beide Leistungen zusammen anhand derselben Unterlagen bewertet.

Das Programm der Direktzahlungen unterliegt der gleichen Definition der Behinderung wie alle anderen Maßnahmen des Flämischen Fonds (einschließlich z. B. der Beschäftigungsmaßnahmen) - siehe unten: Allgemeine Definition.

Altersgrenzen

Eingliederungsbeihilfe wird Menschen zwischen 21 und 65 Jahren gezahlt. Für über 65-Jährige gibt es gesonderte Maßnahmen, und zwar die Allocation pour l'aide aux personnes agées, deren Leistungen etwas geringer sind.

Der Flämische Fonds - Der Fonds berücksichtigt nur Anträge von Menschen unter 65 Jahren, doch wurde Hilfe bereits bewilligt, kann sie auch nach 65 weiter gezahlt werden.

Bedürftigkeitsprüfung/Mittelbewertung, Zuzahlung

Eingliederungsbeihilfe: Wenn der Begünstigte berufstätig ist, werden die Einnahmen oberhalb des garantierten Mindesteinkommens von der Beihilfe abgezogen, und es gibt darüber hinaus auch eine allgemeine Einkommensschwelle.

Bewertung

Eingliederungsbeihilfe

Allgemeine Definition

Die Beihilfe ist für Menschen gedacht, deren Fähigkeit zu einem selbständigen Leben beeinträchtigt ist.

Spezifizierte Schädigungen

Keine.

Personal

Ärzte des Gesundheitsministeriums sind für die Erstbewertungen zuständig; obwohl eine multidisziplinäre Bewertung vorgesehen ist, kommt es praktisch nur dann dazu, wenn bei Gericht Widerspruch eingelegt wurde.

Vorschriften und Instrumente

Die Rechtsvorschriften enthalten eine Skala für die Bewertung der Fähigkeit, grundlegende Alltagshandlungen zu verrichten. Zwar wurde diese Skala speziell für diese Gesetze entwickelt, doch ähnelt sie anderen Skalen für grundlegende Alltagshandlungen, wie der Barthel- und der Katz-Skala, sowie den Skalen für instrumentelle Alltagshandlungen (siehe auch Hauptbericht Kapitel 3).

Beobachtung im Kontext

Der Betreffende wird normalerweise zu Hause untersucht.

Rolle des behinderten Menschen

Nicht angegeben.

Direktzahlungen durch den Flämischen Fonds

Allgemeine Definition

Um allgemein auf Maßnahmen des Flämischen Fonds Anspruch zu haben, muss der Antragsteller eine Behinderung aufweisen, die als „langfristige und wesentliche Beeinträchtigung der Möglichkeiten einer sozialen Integration aufgrund geminderter geistiger, psychischer, körperlicher oder sensorischer Fähigkeiten“ definiert wird.

Spezifizierte Schädigungen

Keine.

Personal

Multidisziplinäre Teams übernehmen die Erstbewertung, ob eine Behinderung vorliegt. An der Feststellung des Anspruchs auf Direktzahlungen ist ebenfalls ein multidisziplinäres Team beteiligt; die endgültige Entscheidung obliegt einem Ausschuss, dem Menschen mit (Körper-) Behinderungen, Eltern behinderter Menschen, Experten und Vertreter des Flämischen Fonds angehören.

Vorschriften und Instrumente

1. Der Grad der Behinderung wird unter Verwendung der Barthel- und der Elida-Skala für grundlegende Alltagshandlungen sowie anderer Informationen über die Schädigung bewertet. Mit Hilfe dieser Angaben wird der Antragsteller in eine Budgetkategorie eingeordnet.

2. Der Hilfebedarf des Betreffenden wird durch eine detaillierte Beschreibung des geplanten Einsatzes persönlicher Assistenten (für die ganze Woche, Tag für Tag, Stunde für Stunde) angegeben. Diese Beschreibung kann vom multidisziplinären Team und dem behinderten Menschen gemeinsam verfasst werden; es können jedoch zwei Vorschläge eingetragen werden, wenn die Parteien sich nicht einig sind.

Beobachtung im Kontext

Die detaillierte Beschreibung des Einsatzes persönlicher Assistenten ist spezifisch für die Lebensumstände, das Umfeld usw. des Betreffenden.

Rolle des behinderten Menschen

Die Rolle des behinderten Menschen ist ein wichtiges Merkmal des Systems der Direktzahlungen. Der Mechanismus für die Erstellung eines Assistenzplans soll dem behinderten Menschen eine Mitsprache darüber ermöglichen, wie er sein Leben organisieren möchte. Jedoch wird im nationalen Bericht festgestellt, dass sich das Element der Selbstdefinition auf die Bewertung der Bedürfnisse bezieht, nicht auf die Erstbeurteilung, ob eine Behinderung im Sinne der Anspruchsberechtigung auf Maßnahmen des Flämischen Fonds vorliegt.

DÄNEMARK

Maßnahmen

Das Gesetz über Sozialdienstleistungen sieht spezifische Maßnahmen für die Betreuung sowohl von Kindern als auch von Erwachsenen mit Behinderungen (sowie von anderen Gruppen - von Kindern im Allgemeinen, Todkranken usw.) vor.

Das Gesetz über Sozialrenten betrifft „Zuschüsse für Außerhaushilfe“ für Menschen, die aufgrund einer Behinderung ständige Hilfe benötigen, wenn sie das Haus verlassen, sowie „Dauerpflegezuschüsse“ (anstelle des Zuschusses für Außerhaushilfe), wenn die Behinderung eine ständige Pflege oder Beaufsichtigung erforderlich macht.

Institutionelle Zuständigkeiten

Die Gemeinden sind für die Verwaltung der meisten Maßnahmen verantwortlich.

Die Landkreise haben im Rahmen des Gesetzes über Sozialdienstleistungen ebenfalls bestimmte Zuständigkeiten, insbesondere für schwerer behinderte Menschen, für Hilfen, die in engem Zusammenhang mit der medizinischen Betreuung stehen, sowie für Einrichtungen. Die Landkreise sind für das Gesundheitswesen zuständig.

Bewertungen

Der erklärte Zweck des Gesetzes über Sozialdienstleistungen besteht u. a. darin, „die Möglichkeiten des Einzelnen für ein erfülltes Leben durch Kontakte, soziale und andere Aktivitäten, Behandlung, Pflege und Betreuung zu verbessern". Es sind folgende Maßnahmen vorgesehen:

- Beratung;
- persönliche Pflege und Hilfe;
- Hilfe oder Unterstützung bei der erforderlichen praktischen Arbeit im Haushalt;
- Hilfe beim Erhalt der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten.

Darüber hinaus gibt es spezifische Maßnahmen, wie z. B.:

- Zahlung der zusätzlichen Unterhaltskosten (nicht für die Bezieher einer Sozialrente, außer für diejenigen, die am stärksten geschädigt sind), wenn solche zusätzlichen Kosten eine Folge der Schädigung sind;
- Leistungen für technische Hilfsmittel, langlebige Konsumgüter, Zuschüsse für PKW usw.

Die Zuschüsse auf der Grundlage des Sozialrentengesetzes decken Extrakosten im Zusammenhang mit der Pflege durch einen anderen (andere Kostenarten scheinen implizit in den Grundbeträgen der Sozialrente enthalten zu sein).

Art der Maßnahme

Gesetz über Sozialdienstleistungen: Individuelle Bedürfnisse bestimmen die Leistungshöhe. Es gibt jedoch einige spezifische Bewilligungen. Eine spezifische Bewilligung von 15 Stunden Hilfe pro Monat, die über 6 Monate angespart werden kann, gibt es für „Personen unter 67 Jahren, deren Bewegungsfreiheit aufgrund einer wesentlichen und dauerhaften Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Funktionen behindert ist" und die keine andere Form der Pflege in Anspruch nehmen.

Mehrere Artikel des Gesetzes über Sozialdienstleistungen sollen für Flexibilität bei der Durchführung der Maßnahmen sorgen, das gilt u. a. für:

- die Möglichkeit, dass der Pflegebedürftige selbst eine Person mit der Wahrnehmung dieser Aufgaben betrauen kann. Die so ernannte Person muss von der Gemeindebehörde gebilligt werden, woraufhin dann mit dieser Pflegeperson schriftlich der Umfang und der Rahmen der Aufgaben, die Bezahlung usw. vereinbart werden.
- Hilfe als Ersatz für oder zur Entlastung des Ehegatten, der Eltern oder eines anderen nahen Verwandten, der die Pflege übernimmt.
- die Möglichkeit, dass die Gemeinde einen Zuschuss zu jeder von dem Betreffenden selbst beschafften Hilfe zahlt, wenn sie diese Dienstleistung nicht selbst erbringen kann.
- die Möglichkeit, dass sich einige Begünstigte (unter 67 Jahren mit wesentlicher und dauerhafter Schädigung) für den Zuschuss anstelle der Dienstleistung entscheiden können, obwohl dies von der Gemeinde abgelehnt werden kann, die auch die Wahl hat, die Pflegeperson direkt zu bezahlen.

Die Zuschüsse werden „in Form eines Festbetrages auf der Grundlage der geschätzten Kosten" gezahlt (Paragraph 76 Absatz 4).
Das Gesetz über Sozialdienstleistungen enthält außerdem detaillierte Bestimmungen über die Umstände, unter denen ein Anspruchsberechtigter technische Hilfsmittel von einem Lieferanten erwerben darf, der keinen Vertrag mit der Gemeinde oder dem Landkreis geschlossen hat.

Sozialrentengesetz: Es werden spezifizierte Barbeträge gezahlt (Dauerpflegezuschüsse sind ungefähr doppelt so hoch wie die Zuschüsse für Außerhaushilfe).

Verbindungen zu anderen Definitionen der Behinderung

In Bezug auf das Gesetz über Sozialdienstleistungen im Allgemeinen keine, doch sind Sozialrentner von einigen Maßnahmen ausgeschlossen. Zuschüsse gemäß Sozialrentengesetz wiederum stehen nur Rentnern zur Verfügung.

Altersgrenzen

Gewisse spezifische Maßnahmen gemäß dem Gesetz über Sozialdienstleistungen sind nur für Personen unter 67 Jahren gedacht.
Zuschüsse gemäß Sozialrentengesetz werden ausschließlich an Rentner im Alter von 18 bis 65 Jahren gezahlt.

Bedürftigkeitsprüfung/Mittelbewertung, Zuzahlung

Gesetz über Sozialdienstleistungen: Bei den Bewertungen können die Mittel des Ehegatten, nicht aber die anderer Familienangehöriger berücksichtigt werden.

Mit den Haushaltsreformen der 1990er Jahre wurde den dänischen Behörden erheblich mehr Spielraum eingeräumt, Benutzergebühren zu erheben. Einige Gemeinden haben daraufhin Gebühren für Pflegedienste, insbesondere für Haushaltshilfen, eingeführt.

Sozialrentengesetz: Die Zuschüsse basieren nicht auf einer Bedürftigkeitsprüfung.

Bewertung

Allgemeine Definition

Einige Maßnahmen des Gesetzes über Sozialdienstleistungen sind für Menschen „mit vorübergehender oder dauerhafter Schädigung der körperlichen oder geistigen Funktionen“ bestimmt; allerdings gibt es spezifische Maßnahmen, die auf enger definierte Gruppen zugeschnitten sind, nämlich:

Im Bereich der „Entwicklung von Fertigkeiten“ besteht die Zielgruppe aus „Personen mit speziellen Bedürfnissen aufgrund wesentlich geschädigter körperlicher oder geistiger Funktionen oder besonderer sozialer Probleme“.

Geldleistungen für Hilfe im Haushalt erhalten Personen „unter 67 Jahren mit wesentlicher und dauerhafter Schädigung der körperlichen oder geistigen Funktionen, die Bedarf an persönlicher Hilfe und Pflege sowie an Unterstützung bei der Erledigung der notwendigen praktischen Arbeiten im Haushalt haben“.

In Bezug auf Zuschüsse zu den Kosten für Pflegepersonen, Aufsichtspersonen und Betreuer umfasst die Zielgruppe „Personen mit wesentlich und dauerhaft geschädigten körperlichen oder geistigen Funktionen mit einem Aktivitätsgrad, der besondere Unterstützung erforderlich macht“.

Für gehörlose, blinde Menschen ist ausdrücklich eine spezielle Kontaktperson vorgesehen.

Extralebenshaltungskosten können bestritten werden für „Personen mit wesentlich und dauerhaft geschädigten körperlichen oder geistigen Funktionen“, die keine Sozialrente beziehen.

Sozialrentengesetz: Zuschüsse für Außerhaushilfe können Blinden und stark sehbehinderten

Menschen oder Personen gezahlt werden, die aufgrund einer Behinderung anderweitig ständig auf Hilfe angewiesen sind, wenn sie das Haus verlassen.

Spezifizierte Schädigungen

Gesetz über Sozialdienstleistungen: Gehörlose, blinde Menschen werden besonders erwähnt (siehe oben). Der Leitfaden zum Gesetz über Sozialdienstleistungen des Sozialministeriums enthält eine Reihe von Beispielen für behindernde Zustände, die sich beispielsweise auf die Atmung, das Sprechen, das Bewusstsein (wie bei Epilepsie) usw. auswirken. Der nationale Bericht deutet darauf hin, dass diese vielen Beispiele für so unterschiedliche Bedingungen eher als Illustration dessen, was mit Behinderung gemeint ist, denn als Einschränkung der Anspruchsberechtigung verstanden werden sollen.

Sozialrentengesetz: Blindheit/Sehbehinderung werden besonders erwähnt (siehe oben).

Personal

Die Bewertung obliegt einer Oberschwester oder einem Sozialarbeiter. Hauspflege wird vom Hausarzt oder Krankenhaus verordnet.

Vorschriften und Instrumente

Gesetz über Sozialdienstleistungen: Es gibt einen umfassenden Leitfaden zu behindernden medizinischen Zuständen. Sobald ein Mensch als behindert eingestuft ist, bewertet der Sozialarbeiter dessen Fähigkeit, häusliche Arbeiten zu verrichten und/oder Handlungen im Bereich der Körperpflege vorzunehmen, soziale Kontakte aufzunehmen, sich außer Haus zu bewegen usw. Zu diesem Zweck werden verschiedene Checklisten und Bewertungsrubriken verwendet, deren Struktur jedoch aufgrund der vielfältigsten Bedürfnisse, die anerkannt und berücksichtigt werden können, offen ist.

Beobachtung im Kontext

Gesetz über Sozialdienstleistungen: Die Bewertungen erfolgen normalerweise zu Hause, und es werden spezifische Umstände bei der Evaluierung der individuellen Bedürfnisse berücksichtigt.

Rolle des behinderten Menschen

Zuschüsse gemäß dem Gesetz über Sozialdienstleistungen „sind vorbehaltlich der Fähigkeit des Begünstigten zahlbar, die Hilfe zu organisieren, z. B. durch Beschaffung der notwendigen Hilfe und durch Übernahme der Verantwortung für die tägliche Arbeitsplanung“ (Paragraph 77 Absatz 2). Allgemeiner gesagt, soll der behinderte Mensch durch die Möglichkeit, die Maßnahmenart (siehe weiter oben unter „Art der Maßnahme“) zu wählen, befähigt werden, sich die für seine Bedürfnisse am besten geeigneten Dienstleistungen zu sichern.

FINNLAND

Maßnahmen

Die wichtigsten im nationalen Bericht behandelten Maßnahmen zur Förderung eines selbständigen Lebens fallen unter das Gesetz über die Erbringung von Dienstleistungen für behinderte Menschen und die zugehörigen Verordnungen.

Institutionelle Zuständigkeiten

Die Gemeinden müssen die Lebensbedingungen behinderter Menschen untersuchen und fördern.

Durch eine genaue Festlegung der Anspruchsvoraussetzungen in Bezug auf die Dienstleistungen sowie des zu erwartenden Dienstleistungsumfangs hat der Staat den Gemeinden Pflichten auferlegt, die der Einzelne vor Gericht einklagen kann. Einige Fälle sind bis vor den Obersten Gerichtshof gelangt, und es wird derzeit eine Sammlung von Fallrechtsurteilen zu den durch das Gesetz begründeten Rechten entwickelt (finnischer Bericht, S. 24).

Bewertungen

Spezifizierte Bedürfnisse:
- Fortbewegung
- Kommunikation
- Leben in den eigenen vier Wänden
- Bedarf an Hilfe durch andere (in Stunden)

Vorgesehene Extrakosten
- Zusätzliche Kosten für Nahrungsmittel
- Kosten für maßgeschneiderte/individuell geänderte Kleidung

Art der Maßnahme

Das Gesetz legt die Anspruchsvoraussetzungen in Bezug auf die Dienstleistungen und den zu erwartenden Dienstleistungsumfang fest. Um beispielsweise den Beförderungsanspruch zu definieren, gilt „ein schwer behinderter Mensch als eine Person mit besonderen Bewegungsproblemen, die aufgrund ihrer Schädigung oder Krankheit ohne übermäßige Schwierigkeiten kein öffentliches Verkehrsmittel benutzen kann“ (31.1.1995/ 102). Des Weiteren ist festgelegt, dass es einem Schwerbehinderten möglich sein muss, zusätzlich zu seinem Weg zur Arbeit oder zur Ausbildungsstätte mindestens 18 einfache Fahrten pro Monat zu unternehmen.

Die Gemeinde bestimmt die Art der Maßnahme, z. B. Einsatz eines Busses für die Beförderung oder Erstattung von Taxikosten.

Verbindungen zu anderen Definitionen der Behinderung

Keine - die Maßnahmen sind institutionell nicht mit anderen Leistungen verbunden.

Altersgrenzen

Keine - Senioren sind wichtige Nutzer dieser Dienstleistungen.

Bedürftigkeitsprüfung/Mittelbewertung, Zuzahlung

Keine für die im Gesetz spezifizierten Dienstleistungen.

Bewertung

Allgemeine Definition

Ein behinderter Mensch ist eine Person, die aufgrund von Schädigung oder Krankheit langfristig besondere Schwierigkeiten hat, normale Alltagshandlungen zu verrichten (Paragraph 2 des

Gesetzes über die Erbringung von Dienstleistungen für behinderte Menschen).

Spezifizierte Schädigungen

Im Allgemeinen wird nicht auf spezifizierte Schädigungen Bezug genommen, erwähnt werden aber:

- Mobilitätsschädigungen, die „übermäßige Schwierigkeiten“ bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel zur Folge haben
- schwere Sprachstörungen.

Personal

Medizinische Daten werden verlangt, doch die Bewertung der Bedürfnisse obliegt Sozialarbeitern.

Vorschriften und Instrumente

Außer dem Gesetz und den Verordnungen sind keine anderen Instrumente entwickelt worden. Man beachte allerdings die Erstellung eines Leitfadens auf der Grundlage von Fallrechtsurteilen.

Beobachtung im Kontext

Sozialarbeiter besuchen und beobachten die Betreffenden normalerweise zu Hause.

Rolle des behinderten Menschen

Der Betreffende muss die Dienstleistungen beantragen.
Die Abteilung für Sozialdienstleistungen muss einen Dienstleistungsplan in Absprache mit dem Betreffenden und seinem Betreuer erstellen.

FRANKREICH

Maßnahmen

Personen, die im Rahmen des Sozialversicherungssystems eine Invaliditätsrente beziehen, haben eventuell Anspruch auf Majoration pour Tierce Personne (MTP). Andere (z. B. AAH-Empfänger – siehe Anhang 1) können Allocation Compensatrice au titre de la Tierce Personne (ACTP) oder seit dem 1. Januar 2002 Allocation Départementale Personnelisée d’Autonomie (ADPA) erhalten, welche ACTP ersetzt.

Rentner, deren Antrag auf MTP nicht stattgegeben wurde, können auch ACTP/ADPA beantragen. Altersrentner können einen Antrag auf Prestation Spécifique Dépendance (PSD) stellen.

In der folgenden Diskussion wollen wir uns auf ACTP/ADPA konzentrieren. Die wichtigste Veränderung mit Einführung von ADPA bestand darin, dass die gezahlten Beträge nunmehr nicht vom Empfänger oder seinen Erben eingetrieben werden können, während dies bei ACTP im Prinzip noch der Fall war.

Institutionelle Zuständigkeiten

Anträge auf ACTP/ADPA werden von COTOREP bewertet, aber in erster Instanz über das lokale Zentrum für Sozialmaßnahmen CCAS gestellt. Die Verwaltung für Gesundheits- und

Sozialmaßnahmen auf Département-Ebene (Action Sanitaire et Sociale du Département, DASS) entscheidet auf der Grundlage der COTOREP-Bewertung über den zutreffenden ACTP-/ADPA-Satz (von 40 % bis 80 %).

Bewertungen

ACTP/ADPA orientiert sich am persönlichen Pflegebedarf, doch werden die von der Pflegeperson zu verrichtenden Tätigkeiten nicht im Einzelnen spezifiziert.

Art der Maßnahme

ACTP/ADPA ist eine Geldleistung. Beim Höchstsatz (80 % der MTP) muss der Begünstigte nachweisen, dass er eine Pflegeperson beschäftigt oder dass ein Mitglied seines Haushalts die Pflege übernimmt. Bei den niedrigeren ACTP-/ADPA-Sätzen (40-70 %) muss kein Nachweis für eine Hilfe durch Dritte erbracht werden.

Verbindungen zu anderen Definitionen der Behinderung

Der Begünstigte muss gemäß COTOREP-Bewertung einen allgemeinen Grad der Behinderung von 80 % aufweisen.

Altersgrenzen

Neuanträge auf ACTP/ADPA sind auf Personen unter 60 Jahren begrenzt, doch werden diese Leistungen weiter gezahlt, wenn sie einmal bewilligt wurden. Die Altersgruppe der über 60-Jährigen kann PSD beantragen.

Bedürftigkeitsprüfung/Mittelbewertung, Zuzahlung.

ACTP/ADPA kann nur bewilligt werden, wenn die Mittel des Antragstellers laut Bewertung unter dem Niveau der Sozialunterstützung liegen. Es gibt spezifische Regeln für die Außerachtlassung bestimmter Einkünfte bei der Mittelbewertung.

Bewertung

Allgemeine Definition

ACTP/ADPA ist an Personen im Alter zwischen 16 und 60 Jahren zahlbar, die einen ständigen Grad der Behinderung (taux d'incapacité permanent) von 80 %+ aufweisen und die die Hilfe eines anderen bei mindestens einer grundlegenden Alltagshandlung (actes essentiels de l'existence) benötigen. Der Höchstsatz wird gezahlt, wenn Hilfe bei den meisten grundlegenden Alltagshandlungen benötigt wird und nachgewiesen werden kann, dass die Pflege von einer Person übernommen wird, die dafür auf eine eigene Erwerbstätigkeit verzichtet oder für die geleistete Pflege bezahlt wird. Die niedrigeren Sätze werden gezahlt, wenn Hilfe bei einer oder mehr grundlegenden Alltagshandlungen benötigt wird oder wenn Hilfe bei den meisten Handlungen benötigt wird, aber nicht nachgewiesen werden kann, dass eine Pflegeperson vorhanden ist, die die genannten Bedingungen erfüllt.

Spezifizierte Schädigungen:

Bei Blinden wird davon ausgegangen, dass sie die Bedingungen für ACTP/ADPA erfüllen.

Personal: Personal und Struktur von COTOREP sind in Anhang 1 beschrieben.

Vorschriften und Instrumente:

Das Gesetz enthält keine detaillierte Aufschlüsselung der grundlegenden Alltagshandlungen zu ACTP-/ADPA-Zwecken. Bei PSD wird die Bewertung jedoch unter Verwendung des nationalen Standardrasters AGGIR durchgeführt. Die Komponenten dieses Rasters entsprechen den Autonomiebereichen in dem von COTOREP verwendeten Guide Barème (siehe Anhang 1), d. h.

Folgerichtigkeit
Orientierung
Körperpflege
Ankleiden
Nahrungsaufnahme
Kontinenz
Bewegungsabläufe
Fortbewegung innerhalb der Wohnung
Fortbewegung außerhalb der Wohnung
Kommunikation

Beobachtung im Kontext:

Hierzu liegen keine Informationen vor.

Rolle des behinderten Menschen:

Auf dem ADPA-Antragsformular nennt der Antragsteller die Hilfe, die er von Familienmitgliedern, Freunden und Nachbarn sowie Hilfsorganisationen erhält. Außerdem gibt er an, wenn er nicht die erforderliche Hilfe bekommt. In diesem Fall vermerkt der Antragsteller, welche Hilfe er benötigt, um seine Probleme im Alltag zu lösen.

DEUTSCHLAND

Maßnahmen

Eine der wichtigsten Maßnahmen in Deutschland zur Förderung des selbständigen Lebens ist die Pflegeversicherung, die 1995 für die häusliche Pflege und 1996 für die stationäre Pflege eingeführt wurde. Die Pflegeversicherung ist beitragsfinanziert, doch seit dem 1. 1. 1997 fallen auch Sozialhilfeempfänger unter das gesetzliche Pflegeversicherungssystem, während sie vorher vergleichbare Leistungen als Teil der Sozialhilfe von den Kommunen erhielten.

Die Sozialhilfe umfasst auch Maßnahmen, die ein selbständiges Leben erleichtern. Da gibt es beispielsweise die Hilfe in besonderen Lebenslagen, und für Menschen mit Behinderungen fällt die wichtigste Maßnahme in die Rubrik Eingliederungshilfe.

Institutionelle Zuständigkeiten

Die Krankenkassen sind die Träger der Pflegeversicherung („Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“) und ihre ärztlichen Gutachter übernehmen die Bewertungen. Allerdings ist die Finanzierung der Pflegeversicherung vollkommen von der Krankenversicherung getrennt, und es stellt sich die Frage, was von welchem System bezahlt werden sollte; beispielsweise fällt die häusliche medizinische Behandlung unter die Krankenversicherung.

Sozialhilfe wird vom Sozialamt gezahlt.

Bewertungen

Pflegeversicherung: Der Grad der Pflegebedürftigkeit, die Pflegestufe einer Person, richtet sich nach der Zeit, die für die grundlegenden Alltagshandlungen benötigt wird, wozu Körperpflege, Nahrungsaufnahme und Mobilität (im engen Sinne - Aufstehen, Fortbewegung in der Wohnung) gehören. Hilfe bei häuslichen Verrichtungen und der Hausarbeit ist inbegriffen, hat aber weniger Gewicht hinsichtlich der insgesamt aufgewendeten Zeit, die für die Pflegestufe ausschlaggebend ist.

Übrigens ist die Mobilität außerhalb der Wohnung nicht berücksichtigt; die Unfähigkeit, das Haus zu verlassen, ist kein Grund für den Bezug von Leistungen aus der Pflegeversicherung.

Eingliederungshilfe: umfasst Pflege, zusätzliche Fahrtkosten und Kosten für eine Begleitperson für unterwegs, Schulung der Betreuungsperson usw.

Art der Maßnahme

Pflegeversicherung: Die Dienste können von Organisationen erbracht werden, die mit der Pflegeversicherung einen Vertrag geschlossen haben, und zwar bis zu einem bestimmten Kostensatz pro Pflegestufe, oder der Antragsteller wählt die Geldleistungsalternative. Die Geldleistung liegt zwar nur knapp über der Hälfte des Betrages, der für die Pflegeleistung zugewiesen wird, ist aber beliebter.

Der ärztliche Gutachter soll bewerten, ob die erforderliche Pflege mit der Geldalternative sichergestellt werden kann; auch die von Vertragsorganisationen erbrachte Pflegeleistung wird kontrolliert.

Sozialhilfe: kann auch als Geldleistung gewährt werden, z. B. in Form einer finanziellen Entschädigung für die Betreuungsperson oder von Zuschüssen an den behinderten Menschen.

Verbindungen zu anderen Definitionen der Behinderung

Im Grunde keine Verbindung. Der Begriff „Behinderung“ wird in der Pflegeversicherung nicht benutzt, und auch die in anderen Bereichen vorhandenen Konzepte (Schwerbehinderung, Erwerbsminderung usw.) werden nicht angewandt.

Obwohl einige Sozialhilfemaßnahmen speziell für behinderte Menschen gedacht sind, gibt es keine automatische Anspruchsberechtigung beispielsweise einer als behindert eingestuften Person (GdB > 50 %).

Altersgrenzen

Keine

Bedürftigkeitsprüfung/Mittelbewertung, Zuzahlung

Nicht bei der Pflegeversicherung. Alle Formen der Sozialhilfe beruhen auf Bedürftigkeitsprüfungen.

Bewertung

(Pflegeversicherung)

Allgemeine Definition

Es wird darauf hingewiesen, dass der Pflegebedarf, nicht der medizinische Zustand für den Anspruch auf Pflegeversicherungsleistungen ausschlaggebend ist.

Es gibt folgende drei Pflegestufen:
I. Erheblich Pflegebedürftige - es wird bei mindestens zwei grundlegenden Alltagshandlungen (Verrichtungen im Ablauf der täglichen Lebens) einmal am Tag, Hilfe im Haushalt mehrmals die Woche benötigt. Insgesamt muss sich der Bedarf pro Tag auf mindestens 1,5 Stunden belaufen, wovon für die Grundpflege (Körperpflege, Nahrungsaufnahme oder Mobilität) mindestens 46 Minuten aufgewendet werden müssen.

II. Schwerpflegebedürftige - es wird mindestens dreimal pro Tag Hilfe bei den grundlegenden Alltagshandlungen, Hilfe im Haushalt mehrmals die Woche benötigt. Insgesamt muss sich der Bedarf pro Tag auf mindestens 3 Stunden belaufen, wovon für die Grundpflege mindestens 2,0 Stunden aufgewendet werden müssen.

III. Schwerstpflegebedürftige - Hilfe bei den grundlegenden Alltagshandlungen wird 24 Stunden am Tag, Hilfe im Haushalt mehrmals die Woche benötigt. Insgesamt muss sich der Bedarf pro Tag auf mindestens 5,0 Stunden belaufen, wovon für die Grundpflege mindestens 4,0 Stunden aufgewendet werden müssen.

Spezifizierte Schädigungen

Keine. In den Debatten über den Umfang der Pflegeversicherung wurden jedoch spezifische Zustände erörtert. Insbesondere gab es ausführliche Diskussionen über Maßnahmen für Menschen mit Demenz, die bei den Bewertungen für die Pflegeversicherung in hohem Maße ausgeschlossen werden, da ihre Fähigkeit, die für die Bewertung spezifizierten Aufgaben durchzuführen, nicht zwangsläufig beeinträchtigt ist. Man hat neue Regeln eingeführt, um die Versorgung dieser Gruppe zu verbessern.

Personal

Krankenschwestern der Krankenkassen übernehmen die Bewertungen.

Vorschriften und Instrumente

Jede zulässige Pflegekomponente ist genauestens festgelegt, und entsprechende Pläne ermöglichen dem Gutachter die für jede Komponente pro Tag aufgewendete Zeit anzugeben.

Beobachtung im Kontext

Die Bewertungen finden zu Hause statt.

Rolle des behinderten Menschen

Recht strenge Regeln, was als Pflege betrachtet werden kann, schränken den Spielraum, die eigenen Bedürfnisse zu definieren, ein. Es wird angenommen, dass die Geldalternative auch deshalb so beliebt ist, weil die Einschränkungen hinsichtlich der zu leistenden Pflege (z. B. sozialer Kontakt und Begleitung) für informelle Pflegepersonen nicht gelten.

GRIECHENLAND

Maßnahmen

Rentner und Personen, die Sozialversicherungsbeiträge zahlen, können bei Pflegebedarf einen Barzuschuss erhalten.

Behinderten Sozialunterstützungsempfängern können ebenfalls ergänzende Leistungen im Zusammenhang mit ihrem Pflegebedarf/Hilfebedarf bei grundlegenden Alltagshandlungen bewilligt werden.

Andere Pflegebedürftige (insbesondere Senioren) haben Anspruch auf verschiedene vor Ort erbrachte Sachleistungen.

Institutionelle Zuständigkeiten

Bei Rentnern übernimmt die zuständige Versicherungsanstalt (IKA ist die wichtigste Versicherung) die Bewertung und die Zahlung (siehe Anhang 1).

Die Feststellung der Behinderung bei Nichtrentnern erfolgt durch die Gesundheitsausschüsse, die von den Regionalbüros des Nationalen Gesundheitsdienstes gebildet und finanziert werden. Behindertenleistungen, Ergänzungsleistungen und

Dienstleistungen im Rahmen der Sozialunterstützung werden von den lokalen Behörden erbracht.

Bewertungen

Der genaue Bedarf, der durch die Geldleistungen gedeckt werden soll, ist nicht spezifiziert, doch liegt der Schwerpunkt auf Pflegeleistungen.

Art der Maßnahme

Geldleistungen erhalten Rentner und Sozialunterstützungsempfänger; in allen anderen Fällen werden Sachleistungen bewilligt.

Verbindungen zu anderen Definitionen der Behinderung

Die wichtigsten Pflegezuschüsse betreffen nur Rentner, d. h. arbeitsunfähige oder ältere Menschen.

Mit dem Behindertenausweis, der jetzt als Pilotprojekt eingeführt wurde, soll behinderten Menschen durch einen einzigen Pass Zugang zu einer Reihe von Maßnahmen verschafft werden. Er ist hauptsächlich für jene gedacht, die von frühester Jugend an behindert sind, d. h. für Nichtrentner.

Altersgrenzen

Hierzu liegen keine Informationen vor.

Bedürftigkeitsprüfung/Mittelbewertung, Zuzahlung.

Der Pflegezuschuss zur Rente und die Ergänzungsleistungen zur Sozialunterstützung für behinderte Menschen beruhen nicht auf einer Bedürftigkeitsprüfung. Sachleistungen bei Pflegebedürftigkeit setzten im Allgemeinen eine Bedürftigkeitsprüfung voraus oder unterliegen der Zuzahlung.

Bewertung

Allgemeine Definition:

Der Pflegezuschuss steht Rentnern zur Verfügung, die an Paraplegie/Tetraplegie leiden und vollständig behindert sind, wenn ständiger Bedarf an Beaufsichtigung, Pflege und Hilfe durch einen Dritten vorliegt.

Spezifizierte Schädigungen:

Was Rentner anbetrifft, werden Paraplegie und Tetraplegie ausdrücklich genannt, siehe oben.

Im Rahmen der Sozialunterstützung gibt es Sondermaßnahmen für Blinde, Menschen mit spastischer Enzephalopathie, Thalassämie (Mediterrananämie) oder AIDS, Hansen'scher Krankheit, für Taubstumme, Menschen mit Paraplegie und Tetraplegie, schwerer geistiger Behinderung (IQ < 30) usw.

Personal:

Die Bewertung wird von Ärzten vorgenommen. Die Gesundheitsausschüsse der ersten Ebene sind nach Fachrichtungen organisiert; die drei Hauptsektoren sind Pathologie, Chirurgie und Psychiatrie, die jeweils in Teilbereiche untergliedert sind. Den Ausschüssen der zweiten Ebene (die sich mit Widersprüchen befassen) gehören Vertreter der drei Hauptsektoren an.

Vorschriften und Instrumente:

Die Gesundheits- und Zertifizierungsausschüsse arbeiten mit dem Leitfaden für die Bewertung des Grades der Behinderung (1993).

Beobachtung im Kontext:

Die Bewertung konzentriert sich auf den medizinischen Zustand, statt auf Lebensverhältnisse und andere persönliche und soziale Umstände des Betreffenden.

Rolle des behinderten Menschen:

Nicht erwähnt.

IRLAND

Maßnahmen

Constant Care Allowance (Ständiger Betreuungszuschuss): Dieser Zuschuss wird nur Personen gezahlt, die Leistungen wegen eines Arbeitsunfalls (Behinderung) erhalten.

Von den Health Boards werden mehrere Zuschüsse verwaltet, zum Beispiel:
Mobilitätszuschuss
Motorised Transport Grant (Zuschuss für die Benutzung motorisierter Verkehrsmittel)
Blind Welfare Allowance (Wohlfahrtsgeld für Blinde).

Darüber hinaus gibt es vielfältige Leistungen und Vergünstigungen für Blinde, einschließlich Vergünstigungen im öffentlichen Personenverkehr, Zuschüsse zu den Strom-, Gas- und Telefongebühren sowie eine Befreiung von den Fernsehgebühren.

Steuervergünstigungen können ebenfalls gewährt werden: Blinde, die sich haben registrieren lassen, erhalten einen zusätzlichen persönlichen Steuernachlass. Außerdem gibt es Steuernachlässe für Halter von Blindenhunden sowie einen Zuschuss zur Beschäftigung einer Pflegeperson.

Die Health Boards bieten auch Haushaltshilfe an.

Es gibt mehrere Leistungen, die an Pflegepersonen gezahlt werden: Carer's Allowance (mit Bedürftigkeitsprüfung), Carer's Benefit (beitragsfinanziert) und Domiciliary Care Allowance (für die Eltern eines behinderten Kindes), aber keine weiteren Zuschüsse, um Pflegeleistungen einzukaufen. Die Carer's Allowance geht auf die frühere Prescribed Relatives Allowance zurück. Es ist fraglich, ob sie als behinderungsbezogene Leistung betrachtet werden sollte, und zwar nicht nur, weil sie an die Pflegeperson statt an den Behinderten gezahlt wird, sondern auch weil sich die Kriterien mehr auf die Mittel der Pflegeperson als auf den Bedarf des Pflegebedürftigen konzentrieren.

Die Pflegedebatte in Irland dreht sich zum großen Teil um die Zahlungen an Pflegepersonen. Eines der Hauptziele der Behindertenfürsprecher besteht darin, die Bedürftigkeitsprüfung bei der Carer's Allowance abzuschaffen. In mehreren Berichten und Diskussionen wurde die Abschaffung der Bedürftigkeitsprüfung mit der Forderung verbunden, eindeutigere Kriterien festzulegen, aufgrund derer dann entschieden wird, wer als pflegebedürftig gilt. In einer Debatte, die am 12. Dezember 2002 im Sonderuntersuchungsausschuss für Familien-, Gemeinschafts- und Sozialangelegenheiten stattfand, hat der Minister den Zusammenhang zwischen einer Abschaffung der Bedürftigkeitsprüfung und der Entwicklung medizinischer Kontrollmechanismen erneut formuliert. Er erklärte, das Ministerium (DSCFA) sei nicht dafür ausgestattet, detaillierte individuelle Bedarfsbewertungen durchzuführen, was eher eine Aufgabe der Health Boards sei. Er wiederholte die Position, der Hauptzweck von Sozialversicherungsleistungen bestehe in der Einkommenssicherung, nicht in der Finanzierung eines Pflegesystems.

1998 wurde von einer Arbeitsgruppe innerhalb des Finanzministeriums die Verfügbarkeit von Mitteln überprüft, mit denen die Pflege innerhalb der Gemeinschaft im Rahmen des Action Programme for the Millennium gefördert werden sollte. Man kam dabei zu folgendem Schluss: Wenn der Zugang zu Pflegemaßnahmen durch die Abschaffung der Bedürftigkeitsprüfung bei der Carer's Allowance verbessert werden solle, müsse für eine Möglichkeit gesorgt werden, zwischen der Pflege für Menschen, die „einfach nur alt (und vielleicht ein wenig gebrechlich)" sind, und Menschen, die vollständig behindert sind, zu unterscheiden (Department of Finance, TSG 98/45 Care in the Community). Daraufhin wurde vom Western Health Board, County Mayo, ein Pilotprojekt zum Thema Bedarfsbewertung in Angriff genommen.

Die derzeitigen Voraussetzungen (des Jahres 2002) für den Bezug von Carers Benefit oder Allowance besagen unter anderem, dass der Pflegebedürftige „so behindert sein muss, dass er

eine Vollzeitpflege und -betreuung benötigt“. Diese Bedingung wird nicht sehr streng gehandhabt. Das Antragsformular enthält einen Abschnitt für ein medizinisches Gutachten über den Pflegebedürftigen. Der Arzt stellt die Diagnose und nennt die voraussichtliche Dauer der Behinderung sowie die funktionellen Fähigkeiten, wozu er die gleiche Liste verwendet, die auch für das MRA-System (für Invaliditätsrenten usw.) benutzt wird. Keine Fragen haben direkt mit dem Pflegebedarf zu tun.

Institutionelle Zuständigkeiten

Die Constant Attendance Allowance wird vom Ministerium für Soziales, Gemeinschafts- und Familienangelegenheiten (DSCFA) verwaltet.

Für den Mobilitätszuschuss, den Motorised Transport Grant und die Blind Welfare Allowance sind die regionalen Health Boards zuständig.

Steuervergünstigungen für die Beschäftigung einer Pflegeperson sind die Domäne der irischen Steuerbehörde.

Bewertungen

Mit der Constant Attendance Allowance wird für Pflege/Betreuung bei grundlegenden Alltagshandlungen (necessities of life), d. h. Essen, Schlafen usw., gesorgt.

Die Blind Welfare Allowance kann als ein Zuschuss zu den durch die Blindheit bedingten Extrakosten betrachtet werden, auch wenn diese Kosten nicht spezifiziert sind.

Der Mobilitätszuschuss ist ein Beitrag zu den Kosten der Fortbewegung außer Haus.

Die Steuervergünstigung für die Beschäftigung einer Pflegeperson gilt nicht für Personen, die nur als Haushaltshilfen beschäftigt werden.

Antragsteller, die eine Behindertenleistung oder Gelder vom Health Board erhalten, können bei ihrem Health Board einen Zuschuss aufgrund ihrer besonderen Bedürfnisse, beispielsweise in Bezug auf Heizung und besondere Ernährung, im Rahmen des Programms Supplementary Welfare Allowance (das Sozialunterstützungssystem, das dann greift, wenn alle anderen Möglichkeiten ausgeschöpft sind) beantragen.

Die Health Boards haben die Möglichkeit (aber nicht die Pflicht), Vorkehrungen zu treffen, damit Menschen, die normalerweise in Einrichtungen untergebracht werden würden, zu Hause gepflegt werden können. Die übliche Praxis sieht so aus, dass häusliche Pflege und Haushaltshilfe bewilligt werden, wodurch sowohl medizinische als auch nicht medizinische Aufgaben abgedeckt sind.

Art der Maßnahme

Constant Attendance Allowance wird bar in drei Sätzen gezahlt, und zwar für „normale“, „schwere“ und „außergewöhnlich schwere“ Behinderung.

Auch andere Zuschüsse werden bar zu Standardsätzen gezahlt.

Die Steuervergünstigung kann in Bezug auf das steuerpflichtige Einkommen geltend gemacht werden. Die Pflegeperson muss offiziell angestellt sein (bei einem eingetragenen Arbeitgeber,

mit PATE-Steuerabzug), entweder direkt oder über eine Agentur.

Die häuslichen Dienstleistungen des Health Board werden immer als Sachleistungen bewilligt (Arbeitsleistung), und zwar auf der Grundlage einer individuellen Bedarfsbewertung.

Verbindungen zu anderen Definitionen der Behinderung

Constant Attendance Allowance wird Menschen gezahlt, die aufgrund von Berufskrankheit oder Arbeitsunfall zu 100 % behindert sind.

Blind Welfare Allowance kann zusammen mit der Blindenrente, der Invaliditätsrente oder der Altersrente beantragt werden.

Altersgrenzen

Constant Attendance Allowance und Blind Welfare Allowance werden an Personen über 18 Jahre gezahlt.
Auf einen Mobilitätszuschuss haben Personen im Alter von 16 bis 66 Jahren Anspruch.

Steuervergünstigung: Keine Altersgrenzen.

Bedürftigkeitsprüfung/Mittelbewertung, Zuzahlung

Constant Attendance Allowance basiert nicht auf Bedürftigkeitsprüfung.

Blind Welfare Allowance, Mobilitätszuschüsse usw. setzen eine Bedürftigkeitsprüfung voraus. Die Leistungssätze für Gelder der Health Boards sind standardisiert, aber es gibt zwischen den einzelnen Boards Unterschiede bei der Durchführung der Bedürftigkeitsprüfungen.

Nur wer über die Mittel verfügt, um eine Pflegeperson einzustellen, kann die Steuervergünstigung nutzen.

Häusliche Dienstleistungen unterliegen der Bedürftigkeitsprüfung und Zuzahlung.

Bewertung

Allgemeine Definition

Um einen Mobilitätszuschuss zu erhalten, muss „der Antragsteller unfähig sein zu laufen, auch mit Hilfe künstlicher Gliedmaßen oder anderer geeigneter Hilfsmittel, oder er muss in einem solchen Gesundheitszustand sein, dass die für das Laufen erforderliche Anstrengung gefährlich wäre“.

Die Steuervergünstigung wird für die Pflege eines „behinderten Menschen“ bewilligt; auf dem Antragsformular muss der Antragsteller die „Art der Behinderung“ angeben.

Um eine Constant Attendance Allowance zu erhalten, muss der Betreffende bei den grundlegenden Alltagshandlungen auf Hilfe angewiesen sein.

Den derzeitigen Bestimmungen über Carer’s Benefit und Allowance zufolge muss der Pflegebedürftige „Vollzeitpflege- und -betreuung“ benötigen; das bedeutet, der Pflegebedürftige ist so behindert, dass eine ständige Beaufsichtigung erforderlich ist, um Gefahren von ihm

abzuwenden, oder dass eine ständige Beaufsichtigung und häufige Hilfe während des Tages im Zusammenhang mit seinen persönlichen Bedürfnissen benötigt wird, zum Beispiel Hilfe beim Laufen und bei Erledigungen, beim Essen oder Trinken, Waschen, Baden, Ankleiden usw. In der Praxis werden in Bezug auf diese Anforderungen gewisse Konzessionen gemacht, z. B. heißt „Vollzeit“ nicht 24 Stunden und „häufig“ nicht „ständig“. Das hat immerhin zur Folge, dass die Pflegeperson nicht mit dem Pflegebedürftigen zusammenleben muss.

Spezifizierte Schädigungen

Wie aufgeführt, gibt es eine Reihe von Vorkehrungen speziell für Blinde und Sehbehinderte.

Personal

Die Entscheidung über Constant Attendance Allowance trifft ein DSCFA-Mitarbeiter auf der Grundlage des ärztlichen Gutachtens, das aufgrund des Hauptantrags auf eine Behindertenleistung vorliegt, und möglicherweise eines Besuchsberichts eines (nicht medizinischen) Mitarbeiters.

Anträge auf Mobilitätszuschuss müssen zusammen mit einer Erklärung des behandelnden Arztes eingereicht werden, worin der Zustand des Betreffenden und seine Unfähigkeit zu laufen bescheinigt werden. Die endgültige Entscheidung über die medizinischen Kriterien trifft der Senior Area Medical Officer vom Health Board.

Für Carers Benefit und Allowance wird die ärztliche Bescheinigung für den Pflegebedürftigen vom behandelnden Arzt ausgestellt, der ein Gutachten mit Diagnose und voraussichtlicher Dauer verfasst, in dem die Fähigkeiten des Betreffenden unter Verwendung der gleichen Liste wie für die einkommenssichernden Leistungen beschrieben werden.

Vorschriften und Instrumente

Der Leitfaden zur Constant Attendance Allowance ist recht begrenzt. Es werden einige grundlegende Alltagshandlungen als Beispiele aufgeführt, doch der zuständige Sachbearbeiter kann die „Notwendigkeiten des Lebens“ frei interpretieren. Bei der Antragstellung muss der Antragsteller angeben,

- was er aufgrund der Behinderung nicht kann
- was seine Pflege- oder Betreuungsperson für ihn tut
- ob die Betreuung täglich, Tag und Nacht usw. benötigt wird.
-

Welcher Satz der Constant Attendance Allowance bewilligt wird, hängt davon ab, ob Vollzeit- oder Teilzeitpflege, nur tagsüber oder Tag und Nacht erforderlich ist.

Es gibt vier Regeln für den Mobilitätszuschuss: 1. unfähig zu laufen; 2. Zustand dauert mindestens ein Jahr; 3. Fortbewegung des Antragstellers darf nicht aus medizinischen Gründen verboten sein; 4. Antragsteller muss in einem Zustand sein, dass er von einer Veränderung seiner Umgebung profitiert.

Beobachtung im Kontext

Für die Constant Attendance Allowance kann ein Besuch abgestattet werden, bei dem der Besucher Folgendes festhält:

- wie der Betreffende tatsächlich seine Zeit verbringt

- ob Hilfe tagsüber und in der Nacht benötigt wird.

Rolle des behinderten Menschen

Der Leitfaden zur Constant Attendance Allowance setzt standardisierte Alltagshandlungen voraus („Notwendigkeiten"), die der Betreffende im täglichen Leben verrichten muss.

Die individuellen Bedarfsbewertungen der Health Boards wurden in einer Vorlage zur Nationalen Gesundheitsstrategie 2001 der Untergruppe Qualität des National Consultative Forum an die Lenkungsgruppe kritisiert. Die Gruppe befürwortete eine stärkere Rolle der Patienten und der Anwälte auf institutioneller Ebene (Health Board usw.) sowie unabhängiger Anwälte, die dem Einzelnen dabei behilflich sind, ein Pflegepaket zusammenzustellen.

ITALIEN

Maßnahmen

Geldleistungen zur Deckung des Pflegebedarfs werden sowohl innerhalb als auch außerhalb des Versicherungssystems bewilligt. Im Rahmen der Sozialversicherung erhalten Rentner, die bei der Fortbewegung die Hilfe eines Dritten oder ständige Hilfe bei der Verrichtung grundlegender Alltagshandlungen benötigen, einen Zuschuss zu ihrer Rente. Im Rahmen des nicht versicherungsbasierten Systems für „Zivilinvalidität" ist die wichtigste Leistung die indennità di accompagnamento (Begleitzuschuss), die 1980 mit dem Gesetz Nr. 18 eingeführt wurde.

Es werden derzeit Reformvorschläge erarbeitet, die auf eine einheitlichere Leistungsstruktur abzielen, einschließlich einer Leistung zur Förderung des selbständigen Lebens und der Kommunikation (indennità per favorire la vita autonoma e la comunicazione), einer Zusatzleistung für Schwerstbehinderte sowie einer Leistung für Pflegepersonen von vollständig abhängigen alten Menschen (über 65 Jahre).

Institutionelle Zuständigkeiten

Das INPS finanziert und verwaltet die Zahlungen an Rentner der Sozialversicherung. Das Innenministerium ist für die indennità di accompagnamento zuständig.

Die Bewertung für die indennità di accompagnamento erfolgt durch einen Medizinischen Ausschuss, den es in jeder lokalen Verwaltungsstelle (ASL) des Nationalen Gesundheitsdienstes gibt.

Bewertungen

Die indennità di accompagnamento ist für jene bestimmt, die ohne die ständige Hilfe einer Begleitperson nicht laufen können oder die aufgrund ihrer Behinderung ständige Hilfe bei den Alltagshandlungen benötigen.

Art der Maßnahme

Die hier erörterten Maßnahmen sind Geldleistungen.

Verbindungen zu anderen Definitionen der Behinderung

Die Maßnahmen des Sozialversicherungssystems betreffen die Bezieher von Invaliditäts- oder Altersrenten.
Die Maßnahmen des nicht beitragsfinanzierten Systems sind für Menschen mit einem Grad der Zivilinvalidität gedacht, der formal 100 % beträgt (wie bei der einkommenssichernden Leistung pensione di inabilita – siehe Anhang 1), sofern sie die Hilfe eines anderen benötigen. Eine entsprechende Bescheinigung des Medizinischen Ausschusses kann auch die Grundlage sein, auf der die Pflegeperson des behinderten Menschen permissi in favore di persone gravemente handicappate beantragen kann, womit das Recht auf bezahlte Beurlaubung verbunden ist.

Altersgrenzen

Für die indennità di accompagnamento gibt es keine Altersgrenzen.

Bedürftigkeitsprüfung/Mittelbewertung, Zuzahlung.

Es findet keine Bedürftigkeitsprüfung statt.

Bewertung

Allgemeine Definition:

Bei der indennità di accompagnamento muss der Betreffende als Vollinvalide (100 % Zivilinvalidität) eingestuft sein und er darf darüber hinaus nicht in der Lage sein, ohne die Hilfe einer Begleitperson zu laufen oder grundlegende Alltagshandlungen zu verrichten. Es kann ein Mensch jedoch trotz einer Einstufung als Zivilinvalide arbeitsfähig sein; die indennità di accompagnamento kann auch Erwerbstätigen bewilligt werden.

Das Innenministerium hatte sich darum bemüht, die Leistungen auf Menschen mit Körperbehinderungen zu begrenzen, was jedoch vom Corte di Cassazione verworfen wurde, wo man der Meinung war, dass geistig behinderte Menschen ebenfalls in den Geltungsbereich des Gesetzes von 1980 fallen.

Zu Zwecken der permissi in favore di persone gravemente handicappate wird ein Schwerbehinderter als ein Mensch definiert, dessen Behinderung seine Selbständigkeit so weit gemindert hat, dass ständige, globale und andauernde Hilfe benötigt wird (Gesetz 104/1992 Art. 3).

Die Medizinischen Ausschüsse können eine Einstufung als leicht, mittelschwer, erheblich oder schwer behindert vornehmen. Permissi in favore di persone gravemente handicappate gelten nur für Menschen, die als schwer behindert eingestuft sind.

Spezifizierte Schädigungen

Keine

Personal:

Die Medizinischen Ausschüsse bestimmen den Grad der Zivilinvalidität eines Menschen und bestätigen darüber hinaus, dass es sich bei dem Betreffenden um „einen behinderten Menschen handelt, der ohne die ständige Hilfe einer Begleitperson nicht laufen kann“ oder der

ständige Hilfe benötigt, da er nicht in der Lage ist, grundlegende Alltagshandlungen zu verrichten, und/oder der im Sinne des Gesetzes 104/1992 behindert ist. Den Medizinischen Ausschüssen gehören ein Facharzt für Gerichtsmedizin, der den Vorsitz führt, und zwei weitere Ärzte an. Der Ausschuss kann um zwei zusätzliche medizinische Sachverständige je nach der spezifischen Schädigung erweitert werden. Diese Sachverständigen werden vom jeweils maßgeblichen Verband ernannt, z. B. der Nationalen Blindenunion, dem Nationalverband von Familien mit Kindern und Erwachsenen mit subnormalen Zuständen usw. Der Ausschuss kann auch Sozialarbeiter und andere Fachleute hinzuziehen, und es kann der behandelnde Arzt des Betreffenden an der Bewertung teilnehmen.

Die Empfehlung des Medizinischen Ausschusses wird an ein lokales Medizinisches Komitee für Invalidität und Kriegsrenten weitergeleitet, eine Verwaltungseinrichtung, die von den Ministerien für Finanzen, Inneres und Verteidigung ins Leben gerufen wurde. Dieses Komitee setzt sich ebenfalls aus Ärzten zusammen. Sofern dieses Komitee die Empfehlung des Medizinischen Ausschusses nicht in Frage stellt, kann der Ausschuss seine Bewertung bestätigen.

Vorschriften und Instrumente:

Es werden Tabellen von angeborenen Krankheitserscheinungen und Missbildungen (Decreto Ministeriale 5.2.1992) verwendet, die regelmäßig z. B. durch Rundschreiben des Finanzministeriums aktualisiert werden. Diese Tabellen nennen entweder einzelne Prozentwerte für bestimmte Diagnosen (z. B. Altzheimer = 100 %) oder Spannen (z. B. Down-Syndrom = 75 % oder 100 % je nach Schwere des Zustands, der per IQ gemessen werden kann, aber auch die Fähigkeit des Betreffenden widerspiegeln kann, grundlegende Alltagshandlungen zu verrichten).

Die Medizinischen Ausschüsse sind ferner angewiesen, die ICIDH-Begriffe zu verwenden, doch die Tabellen liefern spezifischere Anhaltspunkte und werden regelmäßig zitiert.

Beobachtung im Kontext:

Es findet ein Arztbesuch statt.

Rolle des behinderten Menschen:

Das Augenmerk liegt zunehmend auf einer Bewertung der „Restleistungsfähigkeit“ eines Menschen sowie auf der Suche nach geeigneten Leistungen und Rehabilitationsmaßnahmen, um die Eingliederung zu erleichtern. Es sind jedoch noch keine Verfahren entwickeln worden, um den behinderten Menschen in die Zusammenstellung von Hilfepaketen einzubeziehen.

NIEDERLANDE

Maßnahmen

Maßnahmen zur Förderung eines selbständigen Lebens und für außergewöhnliche Bedürfnisse sind in drei Hauptmaßnahmengruppen unterteilt:

WVG, umfasst Mobilitätshilfe und Anpassungen des häuslichen Umfelds;
AWBZ, umfasst besondere Pflegekosten;
ABW, das allgemeine Sozialunterstützungssystem, das Maßnahmen für behinderungsbedingte zusätzliche Lebenshaltungskosten vorsieht.

WVG (1994) ist eine Kombination von früheren Maßnahmen im Rahmen der Invaliditätsrente

und von Maßnahmen für Senioren, die auf Sozialunterstützung Anspruch haben.

Institutionelle Zuständigkeiten

WVG und ABW werden von den Gemeinden verwaltet. WVG wird (eigentlich) aus dem allgemeinen Steueraufkommen der Gemeinden finanziert; ABW wird zum Teil durch die Zentralregierung kofinanziert.
AWBZ ist ein nationales Gesundheitsprogramm, das vom eigentlichen Krankenversicherungssystem getrennt ist (Pflegebedürftigkeit gilt als durch normale Anbieter nicht versicherbar). AWBZ wird von regionalen Pflegebehörden verwaltet. Es ist zu Problemen bei der Koordination von WVG und AWBZ gekommen, und es gibt Pilotprojekte, um die Verbindung zwischen den beiden zu verbessern.

Bewertungen (*medizinische Pflege, persönliche Pflege, Hilfe im Haus, soziale Kontakte, zusätzliche Konsumausgaben*)

WVG erstreckt sich auf die Mobilität und die Anpassung des Lebensumfelds.
ABW deckt zusätzliche Konsumausgaben von Menschen, deren Haushaltseinkommen dem Mindesteinkommen entspricht (d. h. Menschen mit Sozialunterstützung oder vergleichbarem Einkommen, z. B. Altersrentner mit Mindest-AOW)

Historisch betrachtet wurde ein Großteil der AWBZ-Mittel für die Finanzierung stationärer Pflege ausgegeben. AWBZ finanziert auch häusliche Pflegeleistungen, und mit der Schaffung persönlicher Budgets (siehe unten) wurden AWBZ-Mittel vielfältigeren Zwecken zugeführt.

Art der Maßnahme (Dienstleistung oder Geldleistung; wenn Geldleistung: Standardbeträge, Erstattung tatsächlicher Ausgaben; wenn Dienstleistung: inwieweit individuelle Ansprüche spezifiziert sind).

Bei WVG können sowohl Geldleistungen als auch Dienstleistungen bewilligt werden. Geldleistungen gibt es normalerweise als Erstattung, d. h. sie sind an spezielle Ausgaben gebunden.

In dem vom Verband der Gemeinden (VNG) zur Verfügung gestellten Leitfaden ist kein Mobilitätsbedarf festgelegt; er wird individuell auf der Grundlage der regelmäßigen sozialen Kontakte und Aktivitäten einer Person und der potenziellen Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel bewertet. Ebenso wenig werden Mindestanforderungen an das Lebensumfeld spezifiziert.

Persönliche Budgets (PGBs) im Rahmen von AWBZ wurden Mitte der 1990er Jahre eingeführt. Sie sollen eine Anpassung der Dienstleistungen an die Präferenzen des behinderten Menschen erleichtern. Derzeit läuft ein Projekt zur Modernisierung von AWBZ, das die Deinstitutionalisierung weiter vorantreiben und Fragen im Zusammenhang mit dem PGB-Management thematisieren soll. PGBs sind beliebt, doch unterscheiden sich die Ausgabenmuster recht stark vom Muster der erbrachten Dienstleistungen, was Bedenken hinsichtlich eines möglichen Missbrauchs aufkommen lässt.

Verbindungen zu anderen Definitionen der Behinderung

Ein paar Gemeinden kombinieren die Verwaltung von WVG-, AWBZ- und ABW-Maßnahmen (NL 19). Die WVG-Bewertung kann als Voraussetzung für Beschäftigungsmaßnahmen dienen (REA). Es gibt keine Verbindung zur wichtigsten einkommenssichernden Maßnahme (WAO).

Altersgrenzen

Mit WVG wurde die vorherige Unterscheidung zwischen Maßnahmen für Menschen im erwerbsfähigen Alter (im Rahmen von AAW) und Maßnahmen für Senioren (im Rahmen der Sozialunterstützung) abgeschafft.

Bedürftigkeitsprüfung/Mittelbewertung, Zuzahlung

Für WVG müssen die Gemeinden Regeln für die den Maßnahmen zugrunde liegenden Kriterien festlegen und sich dann auch daran halten (Voraussetzung der Finanzierung mit „offenem Ende"). So können Zuzahlungen und Bedürftigkeitsprüfungen (im Allgemeinen eher Affluenz-prüfungen, um Wohlhabende auszuschließen) zur Bedingung gemacht werden.

Im Rahmen von AWBZ ist normalerweise eine gewisse Zuzahlung erforderlich.
ABW beruht auf Bedürftigkeitsprüfung.

Bewertung

(WVG)

Allgemeine Definition

In Artikel 1 Absatz 1 wird ein behinderter Mensch definiert als „... eine Person, die infolge von Krankheit oder Gebrechlichkeit nachweisbare Beeinträchtigungen im täglichen Leben oder bei der Fortbewegung innerhalb und außerhalb der Wohnung erlebt".

Spezifizierte Schädigungen

Es gibt keine besonderen Schädigungen mit spezifizierten Ansprüchen in den nationalen Gesetzen, und auch der Leitfaden der Niederländischen Union der Gemeinden (VNG) spezifiziert keine Ansprüche aufgrund von Schädigungen, obwohl die Schädigungen klassifiziert sind (siehe unten).

Personal

In kleineren Gemeinden kommt der WVG-Berater wahrscheinlich aus der Sozialarbeit. Ein Großteil der Bewertungen wird Organisationen übertragen, die medizinisches oder physiothera-peutisches Personal beschäftigen. Größere Gemeinden beschäftigen eher selbst entsprechend qualifizierte Mitarbeiter und vergeben wahrscheinlich weniger Bewertungsaufträge außer Haus.

Vorschriften und Instrumente

Die meisten Gemeinden arbeiten mit einem „Indikationsprotokoll", das von der VNG entwickelt wurde. Dieses Protokoll benutzt ICD- und ICIDH-1-Klassifizierungsüberschriften als Bewertungsrahmen. Der Gesundheitszustand eines Menschen wird unter Verwendung einer Liste von Überschriften klassifiziert, die denen der AMA Guides ähneln (siehe Anhang 1 zum Hauptbericht) und eine Mischung aus diagnostischen und schädigungsbezogenen Überschriften darstellen. Daraufhin wird eine Analyse der Beeinträchtigungen des Antragstellers in den unterschiedlichsten Bereichen durchgeführt. Diese Auflistung ist eine Mischung der ICIDH-1-Listen der Behinderungen und Beeinträchtigungen und ähnelt dem WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS II).

Beobachtung im Kontext

In ungefähr 40 % der Fälle findet die Bewertung beim Antragsteller zu Hause statt.

Rolle des behinderten Menschen

Es werden die Handlungen analysiert, die durch die Beeinträchtigungen des Antragstellers behindert werden. Die Wahl der geeigneten Maßnahmen erfolgt in Abstimmung mit dem Antragsteller.

NORWEGEN

Maßnahmen

Es gibt einschlägige Maßnahmen auf der Grundlage des Nationalversicherungsgesetzes (Folketrygdloven) und des Gesetzes über Sozialdienstleistungen (Sosialtjenesteloven).

Maßnahmen des Nationalversicherungsgesetzes bestehen u. a. in einer finanziellen Unterstützung zur - wie es heißt - „Verbesserung der Funktionsfähigkeit im täglichen Leben“ für Menschen mit Behinderungen (Paragraph 10-6, 10-7), der Übernahme von mit der Behinderung verbundenen Zusatzkosten (Paragraph 6-3) und einer besondere Pflege auf der Grundlage privater (familiärer) Regelungen (Paragraph 6-5, 6-5).

Der nationale Bericht konzentriert sich auf eine spezielle Maßnahme des Gesetzes über Sozialdienstleistungen, die selbstbestimmte persönliche Hilfe (brukerstyrt personlig assistanse, BPA).

Institutionelle Zuständigkeiten

Die Gemeinden erbringen Dienstleistungen auf der Grundlage des Gesetzes über Sozialdienstleistungen gemäß nationalen Leitlinien.

Mit der BPA soll flexibel auf die individuellen Umstände des behinderten Menschen reagiert werden können, und vor allem aus diesem Grund wurde beschlossen, diese Maßnahme in das Gesetz über Sozialdienstleistungen, statt in das Nationalversicherungssystem aufzunehmen (Ot.prp. Nr. 8 (1999-2000), das von den Versicherungsanstalten verwaltet wird.

Bewertungen

Die meisten Bedürfnisse betreffen praktische Hilfe und Training im täglichen Leben, einschließlich der Hilfe im Haushalt, bei der Körperpflege, beim Ankleiden, bei der Hygiene, Nahrungsaufnahme und sozialen Kontakten sowie einschließlich der Unterstützung bei der Teilnahme an sozialen und kulturellen Aktivitäten. Die BPA ist im Normalfall nicht dafür gedacht, Bedürfnisse zu erfüllen, wenn der Betreffende an anderen organisierten Aktivitäten wie Arbeit oder Ausbildung teilnimmt.

Die Art der unter die BPA fallenden Bedürfnisse ist nicht reguliert, nur wie viele Stunden an Hilfe mittels BPA bezahlt werden. In den von einer nutzerorientierten Kooperative erstellten BPA-Leitlinien werden die Aufgaben eines Helfers genannt: Fenster putzen, eine Flasche Wein öffnen, beim Baden den Rücken abseifen, die Kinder aus der Kita abholen, einkaufen gehen, Fußböden wischen oder Betten machen, das Auto des Betreffenden fahren, den Rollstuhl reparieren, beim Gleitschirmfliegen helfen, Notizen auf Sitzungen machen usw. Dieser Kooperative zufolge können die Aufgaben eines persönlichen Helfers den Betreffenden in die Lage versetzen und ihm die Energie geben, Alltagshandlungen zu verrichten.

Art der Maßnahme

Die Maßnahme besteht aus einem in Stunden ausgedrückten Anspruch auf eine Dienstleistung. Die Gemeinde entscheidet über die dem Betreffenden bewilligte Wochenstundenzahl, die von einer Stunde pro Woche bis 24 Stunden am Tag variieren kann.

Verbindungen zu anderen Definitionen der Behinderung

Es gibt keine formale Verbindung oder Beziehung zwischen den im Zusammenhang mit BPA verwendeten Definitionen und den anderweitig benutzten Definitionen der Behinderung. Es kann jedoch sein, dass einige Menschen bereits in den Genuss von stationärer Pflege, Haushaltshilfe oder anderen Pflegedienstleistungen vonseiten der Gemeinde gekommen sind, bevor eine Beantragung von BPA überhaupt angesprochen wurde, was sich in der Praxis darauf auswirken kann, wie die Bewertungen tatsächlich durchgeführt werden.

Altersgrenzen

Das Sozialministerium hat dringend empfohlen, darauf zu achten, dass BPA-Begünstigte älter als 18 Jahre sind - dem Alter der Volljährigkeit in Norwegen. Und zwar deshalb, weil die Begünstigten in der Lage sein sollten, ihre eigenen Bedürfnisse zu definieren, den Helfer zu instruieren und anzuleiten, wie die Hilfe geleistet werden sollte, einen Arbeitsplan aufzustellen und einzuhalten und mit den anderen Aspekten der Rolle einer Aufsichtsperson klar zu kommen. Die Gemeinden können BPA unter besonderen Umständen auch Jugendlichen unter 18 Jahren bewilligen. Diese Entscheidung sollte dann auf einer Erklärung Dritter aus dem Umfeld des Antragstellers basieren (Eltern, andere nächste Verwandte oder Vormund), dass sie bereit sind, die Beaufsichtigung und Anleitung des Helfers zu übernehmen, zumindest am Anfang (Ot.prp. Nr. 8, Absatz 4.2, SHD 2000: 2).

Bedürftigkeitsprüfung/Mittelbewertung, Zuzahlung

Bedürftigkeitsprüfung/Mittelbewertung oder Zuzahlung gibt es bei BPA nicht.

Bewertung

Bei der BPA wird eine duale Bewertung durchgeführt; einerseits muss im Rahmen der Bewertung festgestellt werden, dass die betreffende Person einen erheblichen Hilfebedarf im täglichen Leben hat, andererseits dass der Betreffende ausreichend befähigt ist, diese besondere Form der Hilfe zu nutzen.

Allgemeine Definition

Die allgemeinste Definition lautet, dass eine Person „aufgrund von Krankheit, Behinderung, Alter und aus anderen Gründen einen besonderen Hilfebedarf haben muss“, um Anspruch auf BPA (Paragraph 4-2 des Gesetzes über Sozialdienstleistungen) zu haben. Gemäß der Gesetzesvorlage (Ot.prp. Nr.8, Absatz 4.2) und dem Leitfaden des Sozialministeriums sind die wichtigste BPA-Zielgruppe „Menschen mit gemischtem (komplexem) und erheblichem Bedarf an Dienstleistungen“ (SHD 2000: 2). Dementsprechend weisen beide Dokumente darauf hin, dass es sich bei der BPA um eine Maßnahme für schwer behinderte Menschen handelt (Ot.prp. Nr. 8, Absatz 1, SHD 2000: 1).

Darüber hinaus muss der Antragsteller in der Lage sein, den persönlichen Helfer anzuleiten. Er muss über ein ausreichendes Selbstverständnis und Ressourcen verfügen, um ein

aktives Leben führen zu können, sowohl innerhalb als auch außerhalb der Wohnung (Ot.prp. Nr. 8, Absatz 4.2, SHD 2000: 2).

Spezifizierte Schädigungen

In der Gesetzesvorlage (Ot.prp. Nr. 8, Absatz 4.2) und dem Leitfaden (SHD 2000: 2) heißt es ausdrücklich, dass die BPA nicht auf besondere Behinderungen, Diagnosen oder Schädigungen beschränkt sei, solange die Behinderung die erforderliche Anleitung seitens des behinderten Menschen nicht unmöglich mache. In diesen Dokumenten wird auch darauf hingewiesen, dass einem Menschen mit Lernschwierigkeiten in Sonderfällen BPA bewilligt werden kann. Daher gibt es keine Liste maßgeblicher und spezifischer Schädigungen. Jedoch waren die Pilotprojekte in den 1990er Jahren von der wichtigsten Organisation körperbehinderter Menschen eingeleitet worden. Unseren Informanten und anderen Forschungsarbeiten (Askheim 2000: 210-213; Askheim 2002: 6-7) zufolge haben die meisten derzeitigen BPA-Begünstigten wesentliche physische Schädigungen, insbesondere in Bezug auf die Mobilität.

Personal:

Die Maßnahme wird von Mitarbeitern der kommunalen Sozial- und Pflegeämter verwaltet; das sind insbesondere bei der Gemeinde angestelltes Gesundheitspersonal (z. B. Krankenschwestern) und gelegentlich Sozialarbeiter.

Vorschriften und Instrumente:

Der BPA-Leitfaden ist recht begrenzt. Die Empfehlungen sind breit angelegt und unspezifisch. Sie lassen den Mitarbeitern der kommunalen Pflege- und Sozialämter viel Ermessensspielraum. Im Leitfaden wird betont, dass die Gemeinden diese Maßnahme Einwohnern anbieten müssen, die bei Bewilligung von BPA potenziell ein aktiveres und selbständigeres Leben führen könnten. Es wird empfohlen, nur Antragstellern, die ihre eigenen Bedürfnisse ausreichend verstehen und die ausreichend kompetent sind, um den Helfer anzuleiten, BPA zu bewilligen, was einige Verwaltungsmitarbeiter zu der Meinung veranlasst, dass damit Menschen mit intellektuellen oder sozialen Schädigungen ausgeschlossen sind.

Es muss kein schriftlicher Antrag auf BPA gestellt werden, doch die meisten lokalen Sachbearbeiter legen ihrem Vorgesetzten einen schriftlichen Evaluierungsbericht vor und geben Empfehlungen hinsichtlich der benötigten BPA-Stunden ab. Daraufhin gibt wiederum der Vorgesetzte eine Empfehlung ab, was die BPA umfassen sollte und was als andere Art der Dienstleistung (Hauspflege, stationäre Pflege, Arbeitstherapie [Ergotherapie], Physiotherapie u. ä.) erbracht werden sollte. All diese Leistungen sind Teil der Gesundheitsmaßnahmen und Dienstleistungen, die von den meisten Gemeinden angeboten werden. Die lokale Dienstleistungsverwaltung soll ein komplettes „Pflege- und Dienstleistungspaket“ zusammenstellen, das geeignet ist, sämtliche Bedürfnisse des behinderten Menschen abzudecken. Einige Verwaltungen jedoch betrachten die BPA-Dienstleistungen immer noch als eine über die normale Pflege hinausgehende Dienstleistung. Andere Gemeinden nutzen BPA aktiv als Pflegedienstleistung für Menschen mit erweitertem Pflege- und Dienstleistungsbedarf (einschließlich alter und schwer kranker Menschen).

Eine vom Sozialministerium und dem norwegischen Verband der lokalen Behörden (Kommunenes Sentralforbund), Ressurssenter for omstilling I kommunene – RO) ins Leben gerufene halbprivate Agentur bietet Information und Beratung, wie die Gemeinden BPA planen, einführen und praktisch umsetzen sollten.

Beobachtung im Kontext

Der zuständige Mitarbeiter des Gesundheits-, Pflege- oder Sozialamtes wird den Antragsteller normalerweise in seiner Wohnung aufsuchen, um dessen Bedürfnisse und Fähigkeiten sowie die praktischen Hindernisse zu bewerten und die erforderliche BPA-Stundenzahl schätzen. Hat der Antragsteller zuvor bereits andere Pflegeleistungen der Gemeinde in Anspruch genommen, werden seine Verhältnisse den Mitarbeitern des Gesundheits-, Pflege- oder Sozialamtes bereits bekannt sein, so dass eine Beobachtung im Kontext nicht erforderlich ist.

Rolle des behinderten Menschen:

Gemäß Paragraph 8-4 des Gesetzes über Sozialdienstleistungen ist die Gemeinde verpflichtet, den Antragsteller anzuhören, d. h. das Dienstleistungspaket soll soweit möglich in Zusammenarbeit mit dem Begünstigten zusammengestellt werden, und seiner Meinung kommt erhebliches Gewicht zu. Genauer gesagt, befähigt diese Maßnahme den behinderten Menschen, bei der Beantragung von BPA sowohl seine Bedürfnisse zu definieren als auch mitzuentscheiden, wie diesen Bedürfnissen am besten Rechnung getragen werden sollte. BPA ist eine Alternative für die Gestaltung praktischer und persönlicher Hilfe bei schwer behinderten Menschen, die im täglichen Leben innerhalb und außerhalb ihrer Wohnung auf Hilfe angewiesen sind. Dem Begünstigten kommt die Rolle zu, die Arbeit zu beaufsichtigen und die Verantwortung für die Organisation und Inhalte der Hilfe bezogen auf seine Bedürfnisse zu übernehmen. Im Rahmen der von der Gemeinde zugebilligten Stundenzahl kann der Begünstigte frei entscheiden, wen er als Helfer haben möchte, was der/die Helfer tun soll/en, wo und zu welchen Zeiten die Hilfe geleistet werden soll.

Eine zentrale Voraussetzung ist, dass der behinderte Mensch in der Lage sein muss, die Arbeit des Helfers zu beaufsichtigen, nicht dass er zwangsläufig auch der Arbeitgeber des Helfers sein muss. Es haben sich drei Modelle herausgebildet, wie die Arbeitgeberfunktion geregelt werden kann: die Gemeinde, eine Kooperative (andelslag) von Begünstigten oder der einzelne Begünstigte selbst können alle formaler Arbeitgeber des Helfers/der Helfer sein.

PORTUGAL

Maßnahmen

Eine wichtige neue Maßnahme wurde 1999 angekündigt und im Jahr 2000 eingeführt (Dekret Nr. 309-A/2000 vom 30. November): die Zusatzleistung bei Pflegebedürftigkeit (complemento por dependência). Diese Zusatzleistung wird an die Bezieher von Altersrenten, Behindertenrenten und Hinterbliebenenrenten im Rahmen beitragsfinanzierter und nicht beitragsfinanzierter Systeme gezahlt. Früher hatten nur Schwerbehinderte (grande invalidez) beim beitragsfinanzierten System Anspruch auf diese Leistung.

Andere Maßnahmen:
Bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten (Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais)
- Ergänzende Pflegeleistung (prestação suplementar por assistência de terceira pessoa): Zusatz zur Rente für schwer behinderte Menschen, die ständige Betreuung benötigen. Höhe bis zur Obergrenze des Mindestlohns für Haushaltshilfen.

Soziale Maßnahmen:
Für Menschen, die vorübergehend oder ständig wegen körperlicher, intellektueller oder sozialer Beeinträchtigungen einen geringen oder erheblichen Pflegebedarf haben.

Institutionelle Zuständigkeiten

Die Richtlinienkompetenz hat das Ministério do Trabalho e da Solidariedade. Die Verwaltung des Complemento por dependencia liegt bei den Bezirkszentren für Solidarität und soziale Sicherheit (Centros Distrital de Solidariedade e Segurança Social).

Die Maßnahmen werden gemeinsam von der Zentralregierung und den Provinzen finanziert.

Bewertungen

Geldleistungen konzentrieren sich auf den Bedarf an persönlicher Pflege. Beeinträchtigungen in puncto Hygiene und Nahrungsaufnahme werden ausdrücklich erwähnt.

Soziale Maßnahmen umfassen auch soziale Kontakte (Tageszentren usw.).

Art der Maßnahme

Betreuerische Maßnahmen sind Geldleistungen. Die Beträge sind entsprechend dem Grad der Pflegebedürftigkeit (es gibt zwei Pflegestufen) festgelegt. Für die Bezieher beitragsfinanzierter Renten beläuft sich der Betrag auf 50 % bzw. 90 % der Sozialrente; für die Bezieher nicht beitragsfinanzierter Renten auf 45 % bzw. 75 % des gleichen Grundbetrags.

Im Antrag muss die Person angegeben sein, die die Pflege übernehmen wird.

Soziale Maßnahmen sind Sachleistungen.

Verbindungen zu anderen Definitionen der Behinderung

Der Antragsteller muss eine Rente beziehen - doch gibt es Maßnahmen für die Bezieher von Alters- und von Behindertenrenten.

Altersgrenzen

Gesonderte Maßnahmen für pflegebedürftige Kinder. Keine Altersobergrenze.

Bedürftigkeitsprüfung/Mittelbewertung, Zuzahlung.

In den wichtigsten Regeln für die nicht beitragsfinanzierte Rente ist eine Bedürftigkeitsprüfung vorgesehen; ansonsten nicht.

Bewertung

Allgemeine Definition:

Es gibt zwei Pflegestufen:
1. Der Betreffende kann bestimmte Handlungen nicht selbständig verrichten, die zur Befriedigung der grundlegenden Notwendigkeiten des täglichen Lebens unerlässlich sind;

2. Der Betreffende ist in der unter 1. beschriebenen Lage und darüber hinaus bettlägerig oder zeigt Symptome einer schweren Demenz.

Spezifizierte Schädigungen:

Es werden einige Schädigungen genannt, bei denen Schnellbearbeitungsanträge möglich sind, z B. HIV und multiple Sklerose.

Personal:

Die Antragsteller müssen zusammen mit ihrem Antrag ein ärztliches Gutachten einreichen, in dem ihre Pflegebedürftigkeit bestätigt wird. Die Entscheidung treffen Beamte.

Vorschriften und Instrumente:

Die breite Verfügbarkeit von Pflegezuschüssen ist neu, und die Festsetzung von nur zwei Pflegestufen spiegelt wahrscheinlich mangelnde Erfahrung und Rechtsprechung auf diesem Gebiet wider.

Beobachtung im Kontext:

Nicht genannt.

Rolle des behinderten Menschen:

Nicht genannt.

SPANIEN

Maßnahmen

Zulagen zur Deckung des Pflegebedarfs werden sowohl innerhalb als auch außerhalb beitragsfinanzierter Systeme gezahlt. Unabhängige Maßnahmen zu diesem Zweck gibt es nicht.

Außerdem werden gesonderte Ad-hoc-Maßnahmen für Menschen angeboten, die Probleme bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel haben.

Institutionelle Zuständigkeiten

Beitragsfinanzierte Leistungen zahlt das INSS (Nationale Sozialversicherungsanstalt). Das Institut für Migration und Sozialdienste (IMSERSO) hat die Richtlinienkompetenz für nicht beitragsfinanzierte Leistungen; die Autonomen Regionen sind für die Verwaltung und Finanzierung nicht beitragsfinanzierter Invaliditätsleistungen zuständig.

Bewertungen

Es gibt Maßnahmen für den Bedarf an persönlicher Betreuung.

Art der Maßnahme

Betreuerische Maßnahmen sind Geldleistungen.

Verbindungen zu anderen Definitionen der Behinderung

Für Maßnahmen im Rahmen des Sozialversicherungssystems muss der Antragsteller nachweisen, dass er auf Dauer vollkommen arbeitsunfähig ist (incapacidad permanente absoluta) und dass die Behinderung außerdem so schwer ist, dass er die Hilfe eines anderen benötigt (gran invalidez).

Maßnahmen im Rahmen des nicht beitragsfinanzierten Systems sind für Menschen mit einem Grad der Behinderung oder einer chronischen Krankheit von 75 % oder darüber gedacht, die die Hilfe eines anderen benötigen.

Altersgrenzen

Neubewilligungen von Versicherungsleistungen gibt es nur bis zum Alter von 65 Jahren; sobald jedoch eine Bewilligung erfolgt ist, gelten keine weiteren Altersgrenzen.
Der nicht beitragsfinanzierte Zuschuss von 50 % ist auf Menschen im Alter von 18 bis 65 Jahren begrenzt, die zu 75 %+ behindert sind; mehr Ermessens-/Sachleistungen im Rahmen der allgemeinen Sozialunterstützung stehen (anderen) beeinträchtigten und älteren Menschen zur Verfügung, die über kein ausreichendes Einkommen verfügen und sich in einer schwierigen sozialen und familiären Lage befinden.

Bedürftigkeitsprüfung/Mittelbewertung, Zuzahlung.

Den Maßnahmen der allgemeinen Sozialunterstützung liegt eine Bedürftigkeitsprüfung zugrunde.

Bewertung

Allgemeine Definition:

Sowohl im beitragsfinanzierten als auch im nicht beitragsfinanzierten System muss der Betreffende aufgrund anatomischer oder funktioneller Beeinträchtigungen die Hilfe eines Dritten bei der Verrichtung grundlegender Alltagshandlungen benötigen.

Spezifizierte Schädigungen

Keine

Personal:

Ärzte der Sozialversicherung (bei den beitragsfinanzierten Leistungen) oder multidisziplinäre Teams (nicht beitragsfinanziert) treffen die Entscheidungen.

Vorschriften und Instrumente:

Der Leitfaden valoración de las situaciones de minusvalía (VM) enthält einen Abschnitt über die Bewertung des Pflegebedarfs (baremo para determinar la necesidad de asistencia de otra persona). Er ist in vier Unterabschnitte unterteilt: Situation (ob bettlägerig usw.), Selbstpflege (Aufstehen, Insbettgehen, Ankleiden, Körperpflege, Nahrungsaufnahme), Kommunikation, Sicherheit und Orientierung, besondere Bedürfnisse (z. B. Benutzung spezieller medizinischer Geräte) sowie persönliche und soziale Anpassung. Jeder Abschnitt enthält Angaben mit einer bestimmten Punktzahl. Für einen Anspruch auf Hilfe müssen mindestens 15 Punkte erzielt werden.

Beobachtung im Kontext:

Es ist üblich, aber nicht vorgeschrieben, dass die Bewertung zu Hause stattfindet.

Rolle des behinderten Menschen:

Nicht genannt.

SCHWEDEN

Maßnahmen

Es gibt drei Hauptgruppen von Maßnahmen zur Förderung eines selbständigen Lebens, die im nationalen Bericht behandelt werden:

1. den Zuschuss wegen Beeinträchtigung, der von der RFV verwaltet wird (eine Sozialversicherungsleistung),
2. das Gesetz über Unterstützung und Dienstleistungen für bestimmte Gruppen behinderter Menschen (LSS) und das Gesetz über die Entschädigung für Hilfeaufwendungen (LASS) sowie
3. das Gesetz über Sozialdienstleistungen (SoL);

die unter 2. und 3. genannten Maßnahmen werden von den Gemeinden verwaltet.

1. Der Zuschuss wegen Beeinträchtigung wird gezahlt,
   - damit die Hilfe eines anderen im täglichen Leben bestritten werden kann
   - um zusätzliche Lebenshaltungskosten zu decken.

Er kann auch bewilligt werden, um erwerbstätige Menschen zu unterstützen (siehe auch unter Beschäftigungsmaßnahmen).
Ein ähnlicher Zuschuss, der Pflegezuschuss, wird gezahlt, um die häusliche Pflege behinderter Kinder zu erleichtern.

2. Auf der Grundlage von LSS wird ein ganzes Spektrum an Maßnahmen angeboten; wir konzentrieren uns hier jedoch auf die persönlichen Hilfemaßnahmen, die ausdrücklich durch LASS geregelt sind.

3. SoL widmet sich Bedürfnissen, bei denen es teilweise zu Überschneidungen mit LSS/LASS kommt. Jedoch können für auf der Grundlage von SoL geleistete Dienste Gebühren erhoben werden (vorbehaltlich einer Bedürftigkeitsprüfung), und die Höhe des Anspruchs ist restriktiver definiert. SoL lässt den Gemeinden mehr Ermessensspielraum. Der Schwerbehindertenstatus ist daher mehr für LSS-/LASS-Zwecke von Vorteil. SoL basiert nicht auf Sonderdienstleistungen für Behinderte, sondern auf dem Grundsatz, dass jeder einen „angemessenen Lebensstandard" haben sollte.

Unterschiede hinsichtlich der Anspruchsberechtigung bei LSS/LASS und SoL hängen letztlich mit der Schwere der Behinderung zusammen; der nationale Bericht lässt darauf schließen, dass zunehmend ärztliche Bescheinigungen verwendet werden, um diese Grenze zu ziehen.

Institutionelle Zuständigkeiten

Der Zuschuss wegen Beeinträchtigung und der Pflegezuschuss werden von der Sozialversicherungsanstalt (RFV) gezahlt.
LSS/LASS und SoL werden von lokalen Behörden verwaltet und auf der Grundlage einer zentral-lokalen Mischfinanzierung finanziert.

Bewertungen

(medizinische Pflege, Körperpflege, Hilfe im Haus, Mobilität, soziale Kontakte, zusätzliche Konsumausgaben)

Durch den Zuschuss wegen Beeinträchtigung werden der Pflegebedarf und Kosten im Zusammenhang mit der Wohnung, einer besonderen Ernährung usw. gedeckt. Der Pflegebedarf umfasst Körperpflege (Baden usw.) und Hausarbeit, wie Kochen, Putzen, Wäschewaschen, Bettenmachen.

- Ständige Betreuung zählt als Pflegezeit.
- Es werden Intensität und Häufigkeit bewertet.

Zusätzliche Lebenshaltungskosten können Folgendes umfassen:

- Anpassungen des häuslichen Umfelds
- besondere Gerätschaften
- Nahrung, Kleidung und andere Konsumartikel
- zusätzliche medizinische Kosten.

LSS/LASS erstreckt sich auf stationäre und Entlastungspflege, Tagesaktivitäten usw. sowie auf die Bereitstellung persönlicher Hilfe.

Die wichtigsten Dienstleistungen im Rahmen von SoL umfassen Hilfe bei der Benutzung von Verkehrsmitteln, Haushaltshilfe und andere Pflege sowie geschützte/betreute Unterbringung.

Art der Maßnahme

Der Zuschuss wegen Beeinträchtigung ist eine Geldleistung. Er wird in drei Sätzen gezahlt: 69, 53 oder 36 % des Grundbetrags (der Messwert für Geldleistungen).

LSS regelt die Erbringung von Dienstleistungen. Zehn verschiedene Dienstleistungen werden in dem Gesetz genannt. Mit LASS werden durch die Art und Weise, wie die Pflegeleistungen organisiert sind, Ideen der Bewegung für ein selbständiges Leben umgesetzt. Gemäß LASS hat der Nutzer der Dienstleistung das Recht, seinen Assistenten einzustellen, d. h. die Gemeinde stellt die Mittel zur Verfügung, mit denen der Assistent bezahlt werden kann. Alternativ kann auch die Gemeinde den Assistenten beschäftigen.

SoL: Mit der Änderung des Gesetzes über Sozialdienstleistungen im Jahr 1997 wurde die Sozialunterstützung in zwei Hauptkategorien unterteilt:

a) (finanzieller) Unterhalt für die grundlegendsten Bedürfnisse (Nahrung, Kleidung, Wohnung, Konsumartikel usw.);
b) andere Formen der Sozialunterstützung und Sozialdienstleistungen (Mobilitätsdienstleistungen, Haushaltshilfe, Wohnraum mit Sonderdienstleistungen und Betreuung für Senioren und Behinderte).

Zwar wurde eine spezifische nationale Leitlinie für Geldleistungen unter (a) eingeführt, doch gibt es nichts Entsprechendes für (b). „Die Entscheidung darüber, wie viele und welche Dienstleistungen einem behinderten Menschen zugestanden werden, trifft das Sozialamt der jeweiligen Gemeinde.“ (Schwedischer Bericht S. 14)

Verbindungen zu anderen Definitionen der Behinderung

Zuschuss wegen Beeinträchtigung: Trotz institutioneller Verbindungen kein Bezug zur Bewertung bei Behindertenleistungen. Übrigens wird Hilfe für erwerbstätige Menschen im

Rahmen derselben Maßnahme geleistet.

Andere Maßnahmen: Keine Verbindungen.
Dienstleistungen im Rahmen von SoL sind institutionell mit den Geldleistungen der Sozialunterstützung verbunden, doch (insbesondere) viele ältere Begünstigte nutzen nur die Dienstleistungen der Gemeinde.

Altersgrenzen

Zuschuss wegen Beeinträchtigung: 16-64 Jahre (Hinweis: Pflegezuschuss für Kinder)
LSS/LASS gilt nur für Menschen unter 65 Jahren.
SoL – alle Altersgruppen

Bedürftigkeitsprüfung/Mittelbewertung, Zuzahlung

Zuschuss wegen Beeinträchtigung: keine Bedürftigkeitsprüfung, Barentschädigung
LSS/LASS: keine Bedürftigkeitsprüfung oder Zuzahlung
SoL: Bedürftigkeitsprüfung und Zuzahlung

Bewertung

Zuschuss wegen Beeinträchtigung

Allgemeine Definition der Behinderung

Spezifizierte Schädigungen

Blinde oder Gehörlose (oder stark Schwerhörige) haben immer Anspruch auf diesen Zuschuss.

Personal

Medizinische Daten werden verlangt, doch erfolgt die Bedarfsbewertung durch RFV-Mitarbeiter.

Vorschriften und Instrumente

Es gibt eine Reihe von RFV-Empfehlungen dahingehend, was berücksichtigt werden sollte; der Ansatz jedoch orientiert sich stark an den Umständen des Einzelfalls.

Die Umrechnung des Pflegebedarfs in Minuten und Stunden übernimmt der RFV-Mitarbeiter - es gibt keine standardisierten Zeitzuweisungen für unterschiedliche Bedürfnisse.

Verbraucherpreisinformationen (von Konsumentverket) werden oft verwendet, um die Extrakosten für Nahrung, Kleidung usw. zu bewerten.

Beobachtung im Kontext

Entweder sucht der Antragsteller die Behörde auf oder deren Mitarbeiter besuchen den Antragsteller zu Hause. Diese Besuche gelten für eine solche Bewertung oft als hilfreich.

Rolle des behinderten Menschen

Der Betreffende muss den Zuschuss beantragen.

Persönliche Hilfe im Rahmen von LSS/LASS

Allgemeine Definition

Als behindert gilt, wer „auf Dauer große Schwierigkeiten bei der Bewältigung des Alltags“ hat.

Spezifizierte Schädigungen

Das Gesetz unterteilt die Schwerbehinderten in drei Untergruppen:

a) Menschen mit intellektuellen Schädigungen;
b) Menschen mit dauerhafter geistiger Dysfunktion nach einem Gehirnschaden, zu dem es aufgrund von Gewalteinwirkung oder körperlicher Erkrankung gekommen ist;
c) Menschen mit anderen körperlichen oder geistigen Behinderungen, die nicht eindeutig mit dem normalen Alterungsprozess im Zusammenhang stehen.

Personal

Medizinische Daten werden verlangt, doch erfolgt die Bedarfsbewertung durch Sozialarbeiter.

Vorschriften und Instrumente

Beobachtung im Kontext

Die Gutachter besuchen die Antragsteller normalerweise zu Hause und erstellen mit ihnen gemeinsam den Pflegeplan.

Rolle des behinderten Menschen

Dies ist ein wichtiges Merkmal bei LASS, da das Ziel darin besteht, die Begünstigten zu befähigen. Spezifische Bestimmungen sehen das Recht des Betreffenden vor, den persönlichen Assistenten selbst zu beschäftigen, oder, wenn der Assistent bei der Gemeinde angestellt ist, sich für eine Person seiner Wahl zu entscheiden. Der behinderte Mensch darf auch entscheiden, welche Art Hilfe der Assistent wie leisten sollte (schwedischer Bericht, S. 13).

Sozialdienstleistungen im Rahmen von SoL

<u>Allgemeine Definition der Behinderung</u>
Keine

Spezifizierte Schädigungen

Keine

Personal

Sozialarbeiter. Medizinische Daten werden nicht verlangt.

Vorschriften und Instrumente

Keine nationalen Leitlinien.

Beobachtung im Kontext

Normalerweise besuchen und beobachten Sozialarbeiter die Antragsteller zu Hause.

Rolle des behinderten Menschen

Der Betreffende muss die Hilfe beantragen.

VEREINIGTES KÖNIGREICH

Maßnahmen

Im britischen Bericht wird die Disability Living Allowance (DLA) behandelt, eine im Rahmen der Sozialversicherung wegen Behinderung gezahlte Geldleistung. Andere Maßnahmen zur Förderung eines selbständigen Lebens sind die vom NHS bereitgestellte häusliche Pflege und die von den lokalen Behörden verwaltete Gemeindepflege. Die Gemeindepflegemaßnahmen basieren auf Bedarfsbewertungen und Bedürftigkeitsprüfungen. Sie wurden früher immer als Sachleistungen erbracht, da die lokalen Behörden keine Geldleistungen zahlen konnten; Barentschädigungen („direkte Zahlungen" genannt) wurden jedoch mit dem Gemeindepflegegesetz, Community Care (Direct Payments) Act, von 1996 eingeführt, und zurzeit bemüht sich die Regierung um deren intensivere Anwendung.

Ein Antrag auf DLA kann von Personen unter 65 Jahren, die pflegebedürftig sind oder Mobilitätshilfe benötigen, gestellt werden. Sie kann zusätzlich zu anderen Leistungen gezahlt werden, wovon jedoch sich überschneidende Maßnahmen im Rahmen von Arbeitsunfall- und Kriegsrentenregelungen ausgenommen sind. DLA kann auch an Erwerbstätige oder an Personen gezahlt werden, die aus irgendeinem Grund keine einkommenssichernden Leistungen erhalten. Es gibt keine Beitragsvoraussetzungen.

Eine ähnliche Maßnahme ist das bei Invalidität gezahlte Pflegegeld, Invalid Care Allowance, das an die Pflegepersonen behinderter Menschen gezahlt wird, einschließlich Personen, die den mittleren oder höheren DLA-Satz erhalten.

Institutionelle Zuständigkeiten

Das Ministerium für Arbeit und Renten (Department of Work and Pensions, früher Department of Social Security) ist für die DLA verantwortlich. Für Bewertungen und Zahlungen ist die Leistungsstelle (Benefits Agency, eine DWP-Behörde) zuständig.

Bewertungen

(medizinische Pflege, Körperpflege, Haushaltshilfe, Mobilität, soziale Kontakte, zusätzliche Konsumausgaben)

Die Pflegekomponenten der DLA sehen Hilfe bei bestimmten körperbezogenen Betätigungen, wie Waschen und persönlicher Hygiene, Aufstehen, Ankleiden usw., und bei der Medikamenteneinnahme, sowie Überwachung und Beaufsichtigung (z. B. wenn der Betreffende sich selbst verletzen kann) vor. Die DLA ist nicht für eine spezialisierte medizinische Hauspflege gedacht; diese fällt in den Zuständigkeitsbereich des NHS.

Die Mobilitätskomponenten sind an Menschen zahlbar, die „Hilfe bei Erledigungen" benötigen, einschließlich Personen, die zwar laufen können, aber geführt werden müssen. Andererseits ist jemand, der nur einschränkt laufen kann, nicht unbedingt anspruchsberechtigt, wenn er nämlich nicht nachweisen kann, dass die Führung oder Überwachung durch einen anderen ihm eine Mobilität außer Haus ermöglicht.

Art der Maßnahme (Dienstleistung oder Geldleistung; wenn Geldleistung: Standardbeträge, Erstattung tatsächlicher Ausgaben; wenn Dienstleistung: inwieweit individuelle Ansprüche spezifiziert sind)

Die DLA ist eine Geldleistung.

Verbindungen zu anderen Definitionen der Behinderung

Die Bewertung bei der DLA läuft relativ getrennt ab und unterscheidet sich von der Bewertung der Arbeitsunfähigkeit (siehe Anhang 1). Dennoch dient die DLA Voraussetzung für einen Anspruch auf den Disabled Persons Tax Credit (DPTC) für Erwerbstätige.

Ein Bezug von DLA ist mit die wichtigste Grundlage für die Bewilligung einer Behindertenprämie im Rahmen einkommenssichernder Leistungen, Income Support (IS), der Sozialunterstützung.

Altersgrenzen

DLA wird Menschen vor Vollendung des 65. Lebensjahres bewilligt, die pflegebedürftig sind und/oder Hilfe bei der Mobilität benötigen; anschließend (nach der Bewilligung) kann die Zahlung auch nach dem 65. Lebensjahr fortgesetzt werden. Wird nach Vollendung des 65. Lebensjahres ein Erstantrag gestellt, kann Attendance Allowance beantragt werden, die in zwei Sätzen gezahlt wird, welche ungefähr den beiden höheren Sätzen der DLA-Pflegekomponenten entsprechen. In der Tat sind somit Menschen über 65 Jahre von Mobilitätsgeldern und von Leistungen bei weniger schweren Behinderungen, die einen Pflegebedarf zur Folge haben, ausgeschlossen.

Bedürftigkeitsprüfung/Mittelbewertung, Zuzahlung

Die DLA beruht nicht auf Bedürftigkeitsprüfung.

Bewertung

Allgemeine Definition

Die DLA-Mobilitätskomponente ist eine Leistung für Menschen, die „Schwierigkeiten bei Erledigungen haben“. Die DLA-Pflegekomponente ist für Menschen mit „Bedarf an Pflege oder Beaufsichtigung“ gedacht.

Spezifizierte Schädigungen

Gehörlose und Blinde sowie Menschen, die ihre Beine verloren haben, sind automatisch anspruchsberechtigt.

Personal

Die Entscheidung obliegt einem BA-Entscheidungsträger. Medizinische Orientierungshilfe kann eingeholt werden, wenn es Diskrepanzen zwischen dem medizinischen Zustand eines Menschen und dem genannten Pflegebedarf gibt, oder im Fall von anderen Schwierigkeiten bei der Auslegung der medizinischen Beweismittel. Es wird jedoch darauf hingewiesen, dass der Medizinische Dienst weder über Anträge entscheiden noch direkt einen Rat erteilen kann, ob der Betreffende einer Überprüfung der Behinderung genügt.

Nur eine Minderheit der Antragsteller wird zwecks Untersuchung an die Medizinischen Dienste verwiesen. Der behandelnde Arzt (GP) des Betreffenden kann auf der Rückseite der

Antragsformulare eine kurze Erklärung zum Zustand seines Patienten abgeben, und der Entscheidungsträger kann den GP oder das Krankenhaus um einen Bericht bitten.

Vorschriften und Instrumente

Die Entscheidungsträger befolgen einen detaillierten Leitfaden, in dem Begriffe definiert sind und der Betreuungsumfang spezifiziert ist, z. B. ist eine Tag- und Nachtbetreuung erforderlich, damit der Betreffende Anspruch auf die höchste Pflegestufe hat.

Bei der niedrigsten Pflegestufe muss der Betreffende entweder ein gewisses Maß an Betreuung bei der persönlichen Pflege benötigen oder den „Kochtest bestehen“, auch unter dem Namen „Hauptmahlzeitstest“ bekannt, bei dem die Fähigkeit eines Menschen überprüft wird, eine frische Mahlzeit auf einem herkömmlichen Herd zuzubereiten. Der Test umfasst die Planung der Mahlzeit, die Vorbereitung des Gemüses, den Umgang mit heißen Töpfen und Pfannen und das Wissen, wann die Mahlzeit gar ist. Dieser Test soll dazu dienen, die körperliche und geistige Fähigkeit eines Menschen, komplexe Aufgaben zu erfüllen, zu messen.

Beobachtung im Kontext

Keine. Die Entscheidung wird auf der Grundlage des Antragsformulars und ergänzender Informationen getroffen. Die Entscheidungsträger sind gehalten, nicht zu berücksichtigen, wo die Betreffenden leben und welcher Art ihre Arbeit ist.

Rolle des behinderten Menschen

Der Antragsteller muss ein Formular ausfüllen, auf dem er seine eigene Beurteilung dahingehend eintragen kann, inwieweit sein Zustand ihn beeinträchtigt. Diese „Selbstbewertung“ ermöglicht ihm eine eigene Schilderung seines Pflegebedarfs. Diese Schilderung wird im Vergleich mit den Regeln bewertet, die festlegen, welcher Bedarf zulässig ist. Einige Regeln sind jedoch von den Bedürfnissen und Präferenzen des Betreffenden unabhängig, wie z.B. der Kochtest. Es hat keinen Einfluss auf diesen Test, ob der Betreffende früher gekocht hat oder kochen möchte; es wird auch davon ausgegangen, dass jemand, der nicht kochen kann, dies lernen will. Wer sich normalerweise Fertiggerichte in der Mikrowelle warm gemacht hat, kann als hilfebedürftig angesehen werden, wenn der den Test nicht bestanden hat, da er nicht in der Lage war, eine Hauptmahlzeit zuzubereiten.

CE-V/5-02-004-DE-C

Europäische Kommission
General Direktion Beschäftigung und Soziales
Referat EMPL/E.4
Rue de la Loi 200
B-1049 Brüssel
Tel.: +32-2 295 50 39
Fax: +32-2 299 80 78