

MINISTERIALBLATT

FÜR DAS LAND NORDRHEIN-WESTFALEN

Ausgabe A

25. Jahrgang

Ausgegeben zu Düsseldorf am 13. Juli 1972

Nummer 70

Inhalt

I.

Veröffentlichungen, die in die Sammlung des bereinigten Ministerialblattes für das Land Nordrhein-Westfalen (SMBl. NW.) aufgenommen werden.

Glied.-Nr.	Datum	Titel	Seite
21701 2128	9. 6. 1972	Bel. d. Ministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales Empfehlungen und Entschlüsse des Europarates zur Rehabilitation der Behinderten	1164

II.

Veröffentlichungen, die nicht in die Sammlung des bereinigten Ministerialblattes für das Land Nordrhein-Westfalen (SMBl. NW.) aufgenommen werden.

Datum	Hinweise	Seite
	Inhalt des Gesetz- und Verordnungsblattes für das Land Nordrhein-Westfalen	
	Nr. 26 v. 14. 6. 1972	1180
	Nr. 27 v. 16. 6. 1972	1180
	Nr. 28 v. 19. 6. 1972	1180
	Nr. 29 v. 23. 6. 1972	1180
	Nr. 30 v. 27. 6. 1972	1181
	Inhalt des Gemeinsamen Amtsblattes des Kultusministeriums und des Ministeriums für Wissenschaft und Forschung des Landes Nordrhein-Westfalen	
	Nr. 6 — Juni 1972	1181
	Inhalt des Justizministerialblattes für das Land Nordrhein-Westfalen	
	Nr. 11 v. 1. Juni 1972	1182

I.

21701
2128**Empfehlungen und Entschließungen des Europarates zur Rehabilitation der Behinderten**

Bek. d. Ministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales
v. 9. 6. 1972
— IV A 3 — 4460.11 —
— VI A 3 — 4170.15 —

Im Hinblick auf die Bedeutung für alle Stellen, die sich mit der Rehabilitation der Behinderten befassen, wird nachstehend eine Zusammenstellung der bisher von der Westeuropäischen Union und — nach der Übertragung der sozialen Aufgaben auf den Europarat im Jahre 1960 — vom Europarat angenommenen 34 Empfehlungen und Entschließungen zur Rehabilitation der Behinderten bekanntgegeben.

Auf die Beachtung der Empfehlungen und Entschließungen weise ich besonders hin.

Inhaltsverzeichnis

- I. Grundsätze und Richtlinien für die Rehabilitation der Behinderten (angenommen Mai 1950, revidiert November 1958)
- II. Ausbildung des Rehabilitationspersonals (angenommen Mai 1950, revidiert April 1959, erneut revidiert Juni 1969), jetzt Entschließung XXXII
- III. Erziehung und berufliche Rehabilitation der körperbehinderten Kinder und Jugendlichen im Hinblick auf ihren späteren Eintritt ins Berufsleben (angenommen Oktober 1957)
- IV. Rehabilitation der Tuberkulosekranken (angenommen November 1951)
- V. Allgemeinerziehung, Berufsausbildung und Beschäftigung der Blinden (angenommen Oktober 1957)
- VI. Erziehung und Ausbildung von tauben Kindern (angenommen Mai 1953, revidiert Mai 1966), jetzt Empfehlung XXVIII
- VII. Rehabilitation von Personen, die an Lähmungs Zuständen nach Kinderlähmung leiden (angenommen April 1954)
- VIII. Rehabilitation von Personen, die an rheumatischen Erkrankungen des Herzens leiden (angenommen Oktober 1954)
- IX. Voraussetzungen für die Erteilung von Führerschein an Behinderte (angenommen Oktober 1954)
- X. Statistiken (angenommen Oktober 1954)
- XI. Lieferung und Herstellung von Kunstgliedern (angenommen Mai 1953, revidiert Juni 1967), jetzt Empfehlung XXXI
- XII. Wettbewerbsgeschützte Beschäftigung (angenommen April 1955, revidiert Juni 1964), jetzt Empfehlung XXV
- XIII. Erzieherische Aspekte der Rehabilitation (angenommen April 1955)
- XIV. Aufklärungsmaßnahmen zur Förderung der Rehabilitation und der beruflichen Wiedereingliederung der Behinderten (angenommen April 1955)
- XV. Rehabilitation und berufliche Wiedereingliederung der Epileptiker (angenommen Oktober 1957)
- XVI. Rehabilitation der geistig und psychisch Behinderten (angenommen September 1955, revidiert Mai 1960)
- XVII. Besondere Beförderungsmittel für Amputierte und Querschnittsgelähmte (angenommen September 1955)
- XVIII. Arbeitsvermittlungsdienste für Behinderte (angenommen April 1957)
- XIX. Wege zur Ermittlung Behinderter, die — obwohl rehabilitationsbedürftig — bisher nicht in den Genuß moderner Behandlungs- und Ausbildungsmethoden gekommen sind (angenommen Mai 1958)
- XX. Planung und Ausgestaltung von öffentlichen Gebäuden, um sie den Körperbehinderten leichter zugänglich zu machen (angenommen April 1959)
- XXI. Rehabilitation der Hirngeschädigten (angenommen Mai 1960)
- XXII. Rehabilitation von Behinderten am Arbeitsplatz (angenommen November 1960)
- XXIII. Rehabilitation alter Menschen (angenommen Oktober 1962)
- XXIV. Gesundheitserziehung im Zusammenhang mit der Rehabilitation von körperlich, geistig oder seelisch Behinderten (angenommen Oktober 1962)
- XXV. Wettbewerbsgeschützte Beschäftigung (angenommen April 1955, revidiert Juni 1964), früher Empfehlung XII
- XXVI. Abschaffung der Zölle auf Kunstglieder für Behinderte (angenommen Mai 1966)
- XXVII. Rehabilitation von Personen, die an ankylosierender Spondylarthritis leiden (angenommen Mai 1966)
- XXVIII. Rehabilitation der Gehörlosen und Schwerhörigen (angenommen Mai 1953, revidiert Mai 1966), früher Empfehlung VI
- XXIX. Rehabilitation der Sprachgeschädigten (angenommen Mai 1966)
- XXX. Rehabilitation alter Menschen, die zu Hause oder in Altersheimen gepflegt werden (angenommen Juni 1967)
- XXXI. Herstellung und Lieferung von Kunstgliedern (angenommen Juni 1967), früher Empfehlung XI
- XXXII. Ausbildung des Rehabilitationspersonals (angenommen Mai 1950, revidiert April 1959, als Entschließung angenommen Juni 1969), früher Empfehlung II
- XXXIII. Über die Rehabilitation von Personen, die an einer Herzkrankheit leiden, die angeboren oder auf ein rheumatisches Fieber (Bouillaud'sche Krankheit) zurückzuführen ist (angenommen März 1970)
- XXXIV. Rehabilitation von Personen, die an fortschreitender chronischer Polyarthritis leiden (angenommen Februar 1971)

I.

Grundsätze und Richtlinien für die Rehabilitation der Behinderten

(angenommen Mai 1950, revidiert November 1959)

Allgemeine Grundsätze

Die Regierungen der Mitgliedstaaten der Westeuropäischen Union werden gebeten anzuerkennen, daß es ihre Pflicht ist, sicherzustellen, daß Behinderte — ungeachtet der Ursache oder des Ursprungs ihrer Behinderung — im Rahmen ihrer Fähigkeiten einen normalen Platz in der Gemeinschaft einnehmen, und demgemäß für ihre funktionelle Rehabilitation und ihre berufliche Wiedereingliederung zu sorgen oder sie zu fördern.

Allgemeine Richtlinien

1. Unter „Rehabilitation“ sind alle Maßnahmen zu verstehen, die dazu bestimmt sind, eine behinderte Person geistig und körperlich darauf vorzubereiten, im Rahmen ihrer Fähigkeiten einen normalen Platz in der Gemeinschaft — sei es im Arbeitsleben oder im häuslichen Bereich — einzunehmen oder wieder einzunehmen.

2. Die Rehabilitation ist daher als ein einheitlicher, kontinuierlicher Vorgang zu betrachten, der mit der Erkrankung oder der Verletzung beginnt und erst abgeschlossen ist, wenn die endgültige Wiedereingliederung unter den bestmöglichen Arbeits- und Lebensbedingungen erreicht ist. Hierbei spielt die aktive und anhaltende Mitarbeit des Behinderten selbst eine große Rolle. Es ist von größter Bedeutung, die medizinische Behandlung und die verschiedenen Phasen der funktionellen und der beruflichen Rehabilitation so frühzeitig wie möglich miteinander zu verbinden, um die Behinderung auf ein Mindestmaß zu verringern oder völlig zu beseitigen.

3. Es ist wesentlich, auf der Grundlage des medizinischen Untersuchungsergebnisses und in Verbindung mit anderen Fachleuten das Ausmaß der verbliebenen geistigen und körperlichen Fähigkeiten frühzeitig festzustellen, damit der Kreis der für den Behinderten am besten geeigneten Beschäftigungen ermittelt werden kann. In allen Phasen der Rehabilitation sollte den sozialen und den Familienverhältnissen des Betroffenen Rechnung getragen werden.

4. Das Personal, das in den einzelnen Phasen der Rehabilitation mitwirkt, sollte sorgfältig ausgewählt und besonders ausgebildet werden. Es sollte sich über die Fortschritte auf dem Gebiete der Rehabilitationsverfahren unterrichten oder darüber unterrichtet werden.

5. Dem Behinderten sollte Berufsberatung und anschließend eine Berufsausbildung ermöglicht werden, die ihm die besten Beschäftigungsmöglichkeiten bietet.

6. Allen Behinderten sollte ein ständiger Beratungsdienst zur Verfügung stehen, der ihnen, wenn nötig, hilft, eine neue Beschäftigung zu finden.

7. Dieser Beratungsdienst sollte eine nachgehende Betreuung durchführen, um sicherzustellen, daß die Beschäftigung auch auf die Dauer den geistigen, körperlichen und beruflichen Fähigkeiten des Betreuten entspricht und daß andernfalls ein Wechsel der Beschäftigung angeregt wird.

8. Es ist wichtig sicherzustellen, daß den Behinderten eine große Anzahl von Beschäftigungsmöglichkeiten offensteht; hierzu gehört die Möglichkeit, bestimmten Betrieben die Verpflichtung aufzuerlegen, einen Mindestprozentsatz solcher Personen zu beschäftigen, wobei der öffentliche Dienst mit gutem Beispiel vorangehen sollte. Zur Erleichterung eines solchen Verfahrens könnte vielleicht ein System der Registrierung Behinderter, die für Maßnahmen der Eingliederung und Wiedereingliederung in Frage kommen, eingeführt werden. Es sollten Maßnahmen ergriffen werden, um die Arbeitgeber über die beruflichen Fähigkeiten der behinderten Arbeitnehmer zu unterrichten.

9. Behinderte sollten für gleichwertige Arbeit das gleiche Arbeitsentgelt wie Nichtbehinderte erhalten.

10. Grundsätzlich stellt die gemeinsame Arbeit mit Nichtbehinderten die beste Form der beruflichen Wiedereingliederung dar. Für Behinderte, die dem Wettbewerb auf dem freien Arbeitsmarkt nicht gewachsen sind, sollten jedoch Ausbildungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten unter besonderen oder geschützten Bedingungen vorgesehen werden. Bei der Schaffung und dem Ausbau solcher Ausbildungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten dürfen sich die zuständigen Behörden nicht ausschließlich von wirtschaftlichen Erwägungen leiten lassen.

11. Erweist sich wegen der Art und der Schwere der Behinderung oder wegen des Alters des Behinderten eine befriedigende Wiedereingliederung in das Berufsleben als unmöglich, so sollte für eine soziale oder kulturelle Betätigung oder für eine Beschäftigung gesorgt werden, um dem Betroffenen die Bürde seiner Behinderung leichter zu machen.

12. Die Regierungen sollten alles in ihrer Macht Stehende tun, um sicherzustellen, daß die Behinderten selbst sowie die breite Öffentlichkeit über alle Möglichkeiten für die Eingliederung und Wiedereingliederung unterrichtet werden.

13. Es ist wichtig, daß die vielen Stellen, die sich mit der Eingliederung und Wiedereingliederung befassen, aufs engste zusammenarbeiten; hierzu gehören die staatlichen Behörden, die örtlichen Behörden, die freie Wohlfahrtspflege und vor allem das ärztliche und sonstige Personal, das unmittelbar mit der Rehabilitation befaßt ist. Diese Zusammenarbeit sollte sowohl auf nationaler wie auf örtlicher Ebene gefördert werden, und es wäre wünschenswert, daß jedes Land zu diesem Zweck über eine zentrale Koordinierungsstelle verfüge.

14. In jedem Land sollten geeignete Maßnahmen ergriffen werden, um die Forschung auf dem Gebiete der Behinderung zu fördern und um einschlägiges statistisches Material zu sammeln.

II.

Ausbildung des Rehabilitationspersonals

(angenommen Mai 1950, revidiert April 1959,
erneut revidiert Juni 1969), jetzt Entscheidung XXXII.

III.

Erziehung und berufliche Rehabilitation der körperbehinderten Kinder und Jugendlichen im Hinblick auf ihren späteren Eintritt ins Berufsleben

(angenommen Oktober 1957)¹⁾

Der Ausschuß empfiehlt

nach Prüfung des Problems der Erziehung und beruflichen Rehabilitation der körperbehinderten Kinder und Jugendlichen,

in der Erkenntnis, daß es notwendig ist, daß die Behörden Maßnahmen ergreifen, die es den behinderten Jugendlichen ermöglichen, einen Beitrag zur sozialen Entwicklung ihres Landes zu leisten und wirtschaftliche Unabhängigkeit zu erlangen, soweit es ihre körperliche Verfassung gestattet;

unter Hinweis auf seine früheren Empfehlungen, insbesondere auf die Empfehlungen Nr. V und VI, sowie auf die Empfehlungen Nr. 88 und 99 der Internationalen Arbeitsorganisation

den beteiligten Regierungen, die Maßnahmen zu ergreifen, die notwendig sind, um

1. eine frühzeitige Erfassung von behinderten Kindern dadurch sicherzustellen, daß man die Mütter- und Kinderberatungsstellen, die schulärztlichen Dienste, den Hausarzt und die Eltern zur Mitarbeit aufruft,
2. eine möglichst frühzeitige ärztliche Betreuung zu gewährleisten, um den körperbehinderten Kindern alle Rehabilitationsmöglichkeiten zur Verfügung zu stellen.

¹⁾ Diese Empfehlung tritt an die Stelle der im April 1951 angenommenen Empfehlung Nr. III.

3. zu vermeiden, daß das Kind isoliert wird und daß das Verhalten der Umwelt sich nachteilig auf die Rehabilitation auswirkt,
4. dem Kinde während seines Aufenthaltes in Sonderschulen die verschiedenen Möglichkeiten der Physiotherapie, der körperlichen Ertüchtigung und der Beschäftigungstherapie zur Verfügung zu stellen,
5. die Allgemeinerziehung für behinderte Kinder und Jugendliche auf der Grundlage der Schulpflicht auf öffentliche Kosten zu gewährleisten,
6. die Fähigkeiten des behinderten Kindes schon im schulpflichtigen Alter noch vor dem Zeitpunkt der eigentlichen Berufsberatung festzustellen,
7. die Durchführung der Berufsberatung der Jugendlichen durch eine Arbeitsgruppe sicherzustellen, der ein Berufsberater, ein Arzt und eine Fürsorgerin angehören. Die Eltern sollten hinzugezogen werden. Die Arbeitsgruppe könnte durch andere Sachverständige, z. B. durch einen Psychologen, einen Physiotherapeuten und durch einen Fachschullehrer erweitert werden,
8. die Berufsausbildung der Jugendlichen auf öffentliche Kosten zu gewährleisten und sie Fachleuten für die verschiedenen Beschäftigungszweige anzuvertrauen, um die Ausbildung so umfassend wie möglich zu gestalten,
9. das Problem der Arbeitsvermittlung behinderter Jugendlicher entweder dadurch zu lösen, daß die Arbeitgeber durch ständige Aufklärungsmaßnahmen veranlaßt werden, behinderte Arbeitnehmer einzustellen, oder daß eine Pflichtquote für die Beschäftigung Behinderter eingeführt wird, wobei die öffentliche Verwaltung mit gutem Beispiel vorangehen sollte,
10. die nachgehende Betreuung durch Zusammenarbeit zwischen der Fürsorgerin, dem Arzt und erforderlichenfalls anderen Fachleuten der Arbeitsgruppe sicherzustellen,
11. eine sorgfältige Auswahl des mit der allgemeinen und der fachlichen Ausbildung betrauten Personals zu gewährleisten und es für seine Aufgaben besonders zu schulen,
12. behinderten Jugendlichen, die nicht unter normalen Bedingungen arbeiten können, die Möglichkeiten zur Verfügung zu stellen, die vor allem wetbewerbsgeschützte Betriebe bieten, und sich dabei nicht allein von wirtschaftlichen Gesichtspunkten leiten lassen.

IV.

Rehabilitation der Tuberkulosekranken

(angenommen November 1951)

Der Ausschuß empfiehlt den beteiligten Regierungen in der Erwägung, daß im allgemeinen Übereinstimmung über die folgenden Grundsätze besteht,

1. daß die Rehabilitation so frühzeitig wie möglich einsetzen sollte,
2. daß es wünschenswert ist, den Kranken soweit wie möglich für sein früheres Arbeitsgebiet zu rehabilitieren;

in der Erwägung, daß die ärztlichen Auffassungen über den geeigneten Zeitpunkt des Beginns der Rehabilitation auseinandergehen,

- a) die Rehabilitationsarbeit intensiv fortzusetzen,
- b) eine laufende ärztliche Überwachung des Betroffenen und seiner Arbeitsbedingungen nach Abschluß der Behandlung sicherzustellen,
- c) eine möglichst enge und frühzeitige Zusammenarbeit zwischen den ärztlichen Sachverständigen und den für die Berufsberatung und die Wiedereingliederung verantwortlichen Fachleuten sicherzustellen,

- d) alle Maßnahmen zu ergreifen, um die Wiederbeschäftigung der Tuberkulosekranken sowohl an normalen Arbeitsplätzen wie unter wetbewerbsgeschützten Bedingungen zu erleichtern (insbesondere durch eine allmählich steigende Arbeitsbelastung).

V.

Allgemeinerziehung, Berufsausbildung und Beschäftigung der Blinden

(angenommen Oktober 1957)²⁾

Der Ausschuß empfiehlt

in der Erwägung, daß es Aufgabe der Regierungen ist, die Verantwortung zu übernehmen für die Wohlfahrt aller Gruppen von Behinderten, einschließlich ihrer Allgemeinerziehung und Berufsausbildung sowie ihrer Arbeitsvermittlung, und daß sich hierbei für Blinde gewisse Sonderprobleme ergeben,

den beteiligten Regierungen, geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um zu gewährleisten

1. eine geeignete Schul- und Berufsausbildung für blinde Kinder und Jugendliche, und zwar durch
 - frühzeitige Erfassung, z. B. durch Einführung der Meldepflicht bei Blindheit,
 - Einführung der Schulpflicht,
 - einen für blinde Kinder und Jugendliche geeigneten Unterricht,
 - Ausbildung von Fachpersonal (Lehrern und Erziehern),
 - Schaffung besonderer Berufsberatungszentren oder besonderer Einrichtungen im Rahmen der allgemeinen Beratungsstellen,
 - Organisation der Berufsausbildung innerhalb der Schulen oder in besonderen Anstalten;
2. die Rehabilitation und die Berufsausbildung von blinden Erwachsenen, und zwar durch
 - Errichtung von Rehabilitationszentren, die blinden Erwachsenen die Gewöhnung an ihre Blindheit erleichtern, Einzel- oder Gruppenunterricht in der Brailleschrift, Schaffung besonderer Berufsberatungszentren oder besondere Einrichtungen im Rahmen der allgemeinen Berufsberatungsstellen, durch die die Blinden der Ausbildung für eine Tätigkeit zugeführt werden, die ihren Fähigkeiten entspricht,
 - Schaffung von Berufsausbildungszentren, die eine vollständige Ausbildung oder Umschulung vermitteln, die es ermöglicht, daß Blinde in gleicher Weise wie Sehende beschäftigt und entlohnt werden;
3. Beschäftigungsmöglichkeiten für Blinde, und zwar durch Aufbau geeigneter Einrichtungen im Rahmen der allgemeinen Arbeitsvermittlung, um den Blinden alle Zweige des Wirtschaftslebens zu erschließen, sei es in unselbständiger Beschäftigung unter normalen Bedingungen, sei es durch Aufbauhilfe zum Betrieb eines selbständigen Geschäftes oder zur Ausübung eines freien Berufes, sei es durch Unterbringung in wetbewerbsgeschützten Betrieben, die mit Unterstützung der Behörden und unter ihrer Aufsicht arbeiten,

Aufklärung der Öffentlichkeit und Ausarbeitung von Vorschriften, durch die den Blinden geeignete Beschäftigungsmöglichkeiten erschlossen werden, indem man ihnen entweder bestimmte Arbeitsplatztypen vorbehält oder indem man den Betrieben eine Pflichtquote für die Beschäftigung von Behinderten auferlegt.

VI.

Erziehung und Ausbildung von tauben Kindern

(angenommen Mai 1953, revidiert Mai 1963),
jetzt Empfehlung XXVIII.

²⁾ Diese Empfehlung tritt an die Stelle der im November 1951 angenommenen Empfehlung Nr. V.

VII.**Rehabilitation von Personen, die an Lähmungsschäden nach Kinderlähmung leiden**

(angenommen April 1954)

Der Ausschuß kam zu folgenden Feststellungen:

- a) Die Grundsätze für Rehabilitationsmaßnahmen bei Kinderlähmung unterscheiden sich in den fünf Ländern nicht merklich.
- b) was die angestrebten Ziele anbelangt, so erreichen Ausrüstung und Personal in den Rehabilitationszentren in allen fünf Ländern etwa das gleiche Niveau, wenn auch z. B. die Ausbildungsmöglichkeiten nicht in allen Ländern in gleichem Maße befriedigen,
- c) die praktischen Maßnahmen auf dem Gebiete der Rehabilitation haben noch nicht in allen Ländern das angestrebte Ziel erreicht,
- d) im allgemeinen scheint keine Neigung zu bestehen, die Rehabilitationsstätten für die verschiedenen Formen der Behinderung des Bewegungsapparates zu vermehren,
- e) da der Behandlungs- und Rehabilitationsprozeß bei der Kinderlähmung sehr langwierig ist, ist es schwierig, ihn in seinem gesamten Verlauf zu beobachten. Es könnte von Vorteil sein, wenn die Krankheit in sämtlichen Phasen in einigen Zentren von einer Sachverständigengruppe studiert werden könnte.

VIII.**Rehabilitation von Personen, die an rheumatischen Erkrankungen des Herzens leiden**

(angenommen Oktober 1954)

Der Ausschuß kam zu folgenden Feststellungen:

Die Rehabilitation von Behinderten, die an rheumatischer Erkrankung des Herzens leiden, erfolgt in den einzelnen Ländern nach den allgemeinen Rehabilitationsgrundsätzen und erfordert keine besonderen Maßnahmen. Es wurde die Meinung vertreten, daß in Anbetracht der vorsichtigen Haltung der Ärzte und der vom Behinderten und seinem Arbeitgeber gehegten Besorgnisse Beschäftigungsmöglichkeiten über Gebühr eingeschränkt werden könnten. Ferner wurde angeregt, mehr Wert auf Anpassung der Maschinen und Geräte zu legen, um Anstrengung und Ermüdung des Arbeitnehmers zu vermindern und so den Kreis der Beschäftigungsmöglichkeiten zu erweitern.

Die jüngsten Fortschritte in der ärztlichen und chirurgischen Behandlung eröffnen für eine große Anzahl von Personen, die an rheumatischer Erkrankung des Herzens leiden, die Möglichkeit, Beschäftigungen von größerer Vielseitigkeit aufzunehmen und ihr Arbeitsleben zu verlängern. In Anbetracht dieser Tatsache, und da es noch zu früh war, die Ergebnisse dieser Entwicklung zu beurteilen, beschloß der Ausschuß, diese Frage zu einem späteren Zeitpunkt wieder aufzugreifen.

IX.**Voraussetzungen für die Erteilung von Führerscheinen an Behinderte**

(angenommen Oktober 1954)

Der Ausschuß empfiehlt

in der Erwägung, daß angestrebt werden sollte, rehabilitierten Personen die Erlangung eines Führerscheines eher zu erleichtern als zu erschweren,

in der Erwägung, daß die Entscheidung über die Erteilung eines Führerscheines je nach Lage des Einzelfalles getroffen werden sollte,

in der Erwägung, daß hierbei nicht so sehr Art und Grad der Behinderung selbst ausschlaggebend sein sollten, als vielmehr die allgemeine körperliche Verfassung des Behinderten und daß jede Verallgemeinerung ungerrecht, ja sogar gefährlich wäre,

den beteiligten Regierungen, möglichst wenige Beschränkungen für die Erteilung von Führerscheinen vorzusehen.

X.**Statistiken**

(angenommen Oktober 1954)

Der Ausschuß ist zu nachstehenden Feststellungen gelangt:

Da es sich gezeigt hat, daß auf dem Gebiete der Rehabilitation der Behinderten möglichst umfassende und vollständige Informationen, insbesondere statistische Angaben, außerordentlich dienlich wären,

möchte der Ausschuß die Aufmerksamkeit der Regierungen auf die Bedeutung dieses Problems und auf die Notwendigkeit lenken, geeignete Methoden zu seiner Lösung auszuarbeiten.

XI.**Lieferung und Herstellung von Kunstgliedern**(angenommen Mai 1953, revidiert Juni 1957),
jetzt Empfehlung XXXI.**XII.****Wettbewerbsgeschützte Beschäftigung**(angenommen April 1955, revidiert Juni 1964),
jetzt Empfehlung XXV.**XIII.****Erzieherische Aspekte der Rehabilitation**

(angenommen April 1955)

Der Ausschuß empfiehlt den Regierungen, die folgenden allgemeiner Grundsätze für die Schulausbildung behinderter Kinder anzunehmen:

1. Die frühzeitige Erfassung von behinderten Kindern ist von großer Bedeutung. Hausärzte, Schulärzte, Sozialarbeiter und Lehrer sollten hierbei zusammenwirken.

2. Hausärzte, Schulärzte, Sozialarbeiter und Lehrer sollten über die Möglichkeit unterrichtet sein, die für die weitere körperliche und psychologische Untersuchung und Behandlung sowie für die besondere Ausbildung behinderter Kinder bestehen.

3. Nur in Notfällen sollen behinderte Kinder in Sonderschulen geschickt werden.

4. Eine ausreichende Anzahl von Sonderschulen sollte zur Verfügung stehen.

5. Tageschulen ist der Vorzug zu geben; nur wenn der Besuch dieser Schulen wegen der Art der Behinderung oder aus anderen Gründen undurchführbar ist, sollte eine Unterbringung in einer Heimschule in Erwägung gezogen werden.

6. Kontakte zwischen der Sonderschule und der Familie des behinderten Kindes sind unerläßlich; es sollte daher das Interesse der Familie an der Arbeit der Schule geweckt werden.

7. Tages- und Heimschulen sollten sich soweit wie möglich auf bestimmte Behinderungsformen spezialisieren.

8. Behinderte Kinder sollten nicht dieselbe Einrichtung besuchen wie behinderte Erwachsene.

9. Alle Personen, die mit der Erziehung behinderter Kinder betraut sind, sollten eine ausreichende Ausbildung besitzen.

XIV.**Aufklärungsmaßnahmen zur Förderung der Rehabilitation und der beruflichen Wiedereingliederung der Behinderten**

(angenommen April 1955)

Der Ausschuß hat die verschiedenen Aufklärungsmaßnahmen geprüft, die den Zweck haben, die Rehabilitation und die berufliche Wiedereingliederung der Behinderten je nach den in den einzelnen Ländern in dieser Hinsicht

bestehenden Verhältnissen zu erleichtern, und ist zu folgenden Feststellungen gelangt:

1. In den Mitgliedstaaten könnte die Unterrichtung der Öffentlichkeit durch Werbeschriften und andere Mittel noch verbessert werden, um die Rehabilitation und die berufliche Wiedereingliederung der Behinderten zu fördern. Diese verstärkte Aufklärungstätigkeit sollte alle an der Rehabilitation beteiligten Personen erfassen, insbesondere Ärzte und Medizinstudenten, ärztliches Hilfspersonal, Sozialarbeiter und Arbeitsvermittler.

2. Es scheint eine stärkere Koordinierung der Arbeit erforderlich zu sein, die auf diesem Gebiet von den verschiedenen an der Rehabilitation beteiligten öffentlichen und privaten Organisationen geleistet wird.

3. Von großem Nutzen wäre die Herausgabe einer Zeitschrift, die so allgemein gehalten wäre, daß sie das Interesse des ärztlichen Personals, des ärztlichen Hilfspersonals, der Behinderten und der breiten Öffentlichkeit finden würde.

4. Die beteiligten Staaten sollten Veröffentlichungen, Merkblätter, Filme usw. austauschen, vor allem solche, die als besonders charakteristisch oder typisch anzusehen sind, und die zum Zwecke der allgemeinen Unterrichtung oder als Teil einer Aufklärungsaktion herausgegeben worden sind.

XV.

Rehabilitation und berufliche Wiedereingliederung der Epileptiker

(angenommen Oktober 1957)³⁾

Der Ausschuß empfiehlt den Regierungen

in der Erkenntnis, daß das Problem der Rehabilitation der Epileptiker sehr umfangreich ist und daß die bisher zu seiner Lösung ergriffenen Maßnahmen nur zum Teil erfolgreich waren,

in der Erwägung, daß es dringend erforderlich ist, die Tätigkeit auf diesem Gebiet zu intensivieren,

1. Material über die Gesamtzahl der Epileptiker und insbesondere über die Zahl der Personen zu sammeln, die infolge ihrer Behinderung am Arbeitsleben nicht oder nur in begrenztem Umfang teilnehmen können,
2. jedes Vorhaben zu fördern, das zum Ziel hat, die Kenntnis vom Wesen der Epilepsie, ihren körperlichen und geistig-seelischen Symptomen, ihren sozialen Auswirkungen sowie von den Behandlungs- und Rehabilitationsmethoden zu erweitern,
3. die Behandlung und Rehabilitation der Epileptiker so wirksam wie möglich zu gestalten, einschließlich der Errichtung nationaler Forschungszentren und die Schaffung von Sondereinrichtungen für die Betreuung und Behandlung von Epileptikern durch besonders geschultes Personal — entweder selbständig oder im Rahmen entsprechender Krankenhausabteilungen —,
4. eine enge Zusammenarbeit zwischen den im vorstehenden Absatz erwähnten Einrichtungen und den sozialärztlichen Diensten einerseits sowie den Arbeitsvermittlungsstellen andererseits anzuregen, um die Einstellung von Epileptikern im größtmöglichen Ausmaß zu fördern,
5. den Epileptikern ein möglichst großes Tätigkeitsfeld zu erschließen und allen Praktiken entgegenzuwirken, die zu einer unbegründeten Beschränkung ihrer Beschäftigungsmöglichkeiten führen, alle Maßnahmen zu fördern, die für nötig gehalten werden, um Befürchtungen und Vorurteile hinsichtlich der Beschäftigung von Epileptikern zu beheben, z. B. die Aufklärung der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer sowie der breiten Öffentlichkeit,
6. den Ausbau von Möglichkeiten zu geschützter Beschäftigung und von Fürsorgesonderdiensten für die Epileptiker anzuregen, die nicht unter normalen Bedingungen arbeiten können.

³⁾ Diese Empfehlung tritt an die Stelle der im April 1955 angenommenen Empfehlung Nr. XV.

Der Ausschuß weist auf folgende Bemerkungen des Ausschusses für das öffentliche Gesundheitswesen über die medizinischen Aspekte der Rehabilitation und der beruflichen Wiedereingliederung der Epileptiker hin:

Bemerkung zu Nr. 1 der Empfehlung

Die Statistiker sollten Erhebungen bei den ärztlichen Stellen, den Arbeitsvermittlungsstellen und den sozialmedizinischen Stellen durchführen, um die zur Verfügung stehenden Unterlagen zusammenzufassen. In diesem Zusammenhang wäre es von Interesse zu erfahren, wie hoch der Prozentsatz von Epileptikern ist, die unter normalen Bedingungen arbeiten können, vorausgesetzt, daß sie laufend ärztlich überwacht und an Arbeitsplätzen beschäftigt werden, die keine Unfallgefahren bieten. Es ist allgemein anerkannt, daß ein ziemlich hoher Prozentsatz von beschäftigungslosen Epileptikern in der Lage wäre, eine Tätigkeit auszuüben, die mit keinem besonderen Risiko verbunden ist.

Bemerkung zu Nr. 2 der Empfehlung

Für eine wirksame Behandlung der Epilepsie ist es erforderlich, eine gründliche klinische Untersuchung durchzuführen und deren Ergebnisse mit denen der Elektroenzephalographie, der Pneumo-Enzephalographie und, erforderlichenfalls, der Arteriographie zu vergleichen. Trotz der Einführung neuer Medikamente, die dank der modernen Forschung in voller Kenntnis ihrer Wirkung angewendet werden, trotz der unzweifelhaften Erfolge neurochirurgischer Eingriffe bei einigen Sonderfällen und trotz der ketogenen Diät, insbesondere für Kinder, die zahlreiche befriedigende Ergebnisse ermöglicht haben, muß zugegeben werden, daß gewisse Fälle der Epilepsie therapieresistent sind.

Es ist mehr denn je notwendig, daß die Tätigkeit der verschiedenen Forschungsgruppen weitgehend koordiniert wird, vor allem auf dem Gebiet der Chemotherapie und der Neuropsychiatrie.

Bemerkung zu Nr. 4 der Empfehlung

Es sollten Sonderdienste geschaffen werden, deren Aufgabe es ist, nach einer entsprechenden Beobachtungszeit und nach Stabilisierung des Krankheitsbildes unter ständiger ärztlicher Überwachung Ratschläge für die Vermittlung und Umschulung von Epileptikern zu erteilen.

XVI.

Rehabilitation der geistig und psychisch Behinderten

(angenommen September 1955, revidiert Mai 1960)

Der Ausschuß empfiehlt

in der Erwägung, daß die Erfahrung immer wieder gezeigt hat, daß der Zustand geistig und psychisch Behinderter ohne Rücksicht auf die Dauer seines Bestehens durch die Anwendung geeigneter Rehabilitationsmaßnahmen grundlegend geändert werden kann;

in der Erwägung, daß eine entsprechende Differenzierung der Behandlung in Allgemeinkrankenhäusern und psychiatrischen Einrichtungen es ermöglicht, auf dem Gebiete der medizinischen und der sozialen Rehabilitation sowie der Heilpädagogik bessere Ergebnisse zu erzielen und dadurch gleichzeitig die Überbelegung der psychiatrischen Einrichtungen zu verringern;

in der Erwägung, daß sich das Problem der alten Menschen, deren Zahl in den psychiatrischen Krankenhäusern täglich zunimmt, von dem der psychisch Kranken unterscheidet und eine gesonderte Behandlung verlangt;

in der Erwägung, daß das Problem der schwachsinnigen Erwachsenen ein Sonderproblem darstellt;

in der Erwägung, daß es bei schwachsinnigen Kindern erwünscht ist, ihr Verbleiben in der Familiengemeinschaft und den Besuch von Tagesschulen zu fördern, und wenn sie in heilpädagogischen Internaten untergebracht werden müssen, dafür zu sorgen, daß diese Familiencharakter haben, und daß es geboten ist, die Unterbringung geistig behinderter Kinder in Allgemeinkrankenhäusern oder psychiatrischen Einrichtungen — wenn irgend möglich — zu vermeiden;

in der Erwägung, daß in sehr vielen Fällen Anpassungsschwierigkeiten geistig Behinderter durch Anwendung sachgerechter heilpädagogischer Methoden vermieden werden könnten;

den Regierungen und den Gesundheitsbehörden

1. die Schaffung von Einrichtungen für psychische Gesundheit zu fördern, deren Aufgabe es ist, psychisch Behinderte vorbeugend früh zu erfassen und sie in die Gemeinschaft wieder einzugliedern, gleichgültig, ob sie in der Familie leben oder ob sie aus psychiatrischen Krankenhäusern entlassen worden sind;

2. die Anwendung von Rehabilitationsmethoden (Beschäftigungstherapie, Arbeitstherapie usw.) in psychiatrischen Einrichtungen weitestgehend zu fördern; diese Rehabilitation sollte schon frühzeitig in der Einrichtung einsetzen, in der der Kranke ärztlich behandelt wird. Es wäre wünschenswert, wenn an Allgemeinkrankenhäusern soweit wie möglich psychiatrische Abteilungen eingerichtet würden. Jede psychiatrische Einrichtung sollte in der Lage sein, ihren Patienten alle Möglichkeiten der Behandlung und der Rehabilitation zu bieten. Die Patienten sollten ihrem Verhalten zur Umwelt entsprechend eingeteilt werden;

3. von Einrichtungen, wie Tages- und Nachtkrankenhäusern, Gebrauch zu machen, die den Bedürfnissen des Einzelfalls angepaßt und der Rehabilitation förderlich sind;

4. die Einrichtung von Übergangsheimen für Patienten zu fördern, die aus psychiatrischen Krankenhäusern entlassen werden und deren Wiedereingliederung in die Gemeinschaft Schwierigkeiten bereitet;

5. die Aufnahme alter Menschen mit psychischen Symptomen zum Zweck der Diagnose und der Behandlung in geriatrischen Einrichtungen innerhalb oder außerhalb psychiatrischer Einrichtungen sicherzustellen. Diese Einrichtungen könnten zu Zentren für die Erforschung von Alterserscheinungen und Möglichkeiten zu ihrer Verlangsamung werden. Patienten, die einer längeren Behandlung bedürfen, sollten gegebenenfalls in geriatrischen oder psycho-geriatrischen Einrichtungen untergebracht werden;

6. wettbewerbsgeschützte Werkstätten für geistig und psychisch Behinderte im allgemeinen und für schwachsinnige Erwachsene im besonderen vorzusehen, wenn alle Versuche, für sie einen Arbeitsplatz unter normalen Bedingungen zu finden, gescheitert sind. Aber auch in wettbewerbsgeschützten Werkstätten sollte eine Anpassung der geistig und psychisch Behinderten an normale Arbeitsbedingungen angestrebt werden;

7. ein System von heilpädagogischen Einrichtungen für schwachsinnige Kinder zu schaffen, und zwar in erster Linie für Externe, die in der Familiengemeinschaft bleiben; ferner dafür zu sorgen, daß Internate Familieneigenschaften haben, um das Entstehen dauerhafter Bande der Zuneigung zwischen dem Kind und der Person, die Mutterstelle an ihm vertritt, zu begünstigen; gleichzeitig sind alle erforderlichen Maßnahmen zu ergreifen, um die natürlichen Bande zu den Eltern soweit wie möglich zu erhalten. Diese Einrichtungen sollten von psychiatrischen Krankenhäusern getrennt sein;

8. in diesen heilpädagogischen Einrichtungen eine geeignete Berufsberatung für Schüler mit psychotechnischen Prüfungen, Testverfahren und Vorschulungswerkstätten vorzusehen; soweit möglich, für eine Berufsausbildung zu sorgen, die dem geistigen Niveau und den Fähigkeiten der Jugendlichen angepaßt ist; und die Errichtung von Übergangsheimen zu fördern, damit die Jugendlichen nach ihrem Eintritt in das normale Arbeitsleben von der heilpädagogischen Einrichtung weiter betreut werden können;

9. im Rahmen der Programme für die Gesundheits-erziehung der Öffentlichkeit Mittel und Wege zur Rehabilitation geistig und psychisch Behinderter aufzuzeigen;

10. eine enge Zusammenarbeit zwischen den Behörden zu fördern, die für das öffentliche Gesundheitswesen, das Unterrichtswesen und die Fürsorge zuständig sind.

XVII.

Besondere Beförderungsmittel für Amputierte und Querschnittgelähmte

(angenommen September 1955)

Der Ausschuß empfiehlt

in der Erwägung, daß die Regierungen es sich angelegen sein lassen müssen, Amputierten und Querschnittgelähmten die Arbeitsaufnahme dadurch zu erleichtern, daß ihnen besondere, ihrem Zustand angepaßte Beförderungsmittel zur Verfügung gestellt werden; und

in der Erwägung, daß es dabei erforderlich ist, für diesen Personenkreis besondere Regelungen vorzusehen, die ebenso im Interesse der behinderten Fahrzeugführer wie der anderen Straßenbenutzer liegen,

den beteiligten Regierungen

1. die Förderung der Bereitstellung von

a) zwei Krankenfahrrädern — für den Straßengebrauch und für den Hausgebrauch — für Schwerstbehinderte (Querschnittgelähmte, Doppel-Beinamputierte oder Personen, die aus anderen Gründen völlig gehunfähig sind), wenn ihr körperlicher Zustand es erfordert;

b) einem Krankenfahrzeug, je nach Art der Amputation handbetrieben oder motorisiert, für Personen mit Doppelamputation an den unteren Gliedmaßen, damit sie eine Beschäftigung erhalten oder beibehalten können;

2. dafür Sorge zu tragen, daß

a) ein Facharzt entscheidet, ob der Behinderte einen Krankenfahrrad mit großen Vorderrädern oder mit großen Hinterrädern braucht;

b) die Krankenfahrzeuge mit einer Bremse versehen und so konstruiert werden, daß größte Stabilität und Leistungsfähigkeit bei möglichst geringem Eigengewicht erzielt werden;

c) die Stelle, die den Krankenfahrrad oder das motorisierte Krankenfahrzeug liefert, die Kosten für die Unterhaltung und den Ersatz des Fahrzeuges im Rahmen der geltenden Rechtsvorschriften trägt;

3. Amputierten und Querschnittgelähmten die Fahrerlaubnis zu erteilen, sofern sie ihre Fähigkeit zum Führen des betreffenden Fahrzeuges in einer praktischen Fahrprüfung nachgewiesen haben;

4. die zulässige Höchstgeschwindigkeit motorisierter Krankenfahrzeuge, die von Amputierten oder Querschnittgelähmten gefahren werden, entsprechend der Konstruktion des Fahrzeugtyps festzusetzen;

5. den internationalen Austausch von Meinungen und Vorschlägen über die Art der Motorfahrzeuge, die Behinderten zur Verfügung gestellt werden sollen, und über Systeme zur Kontrolle dieser Fahrzeuge zu fördern;

6. einen Vergleich der Meinungen und Vorschläge sowie ihre amtliche Bekanntgabe an die Fahrzeughersteller und die beteiligten Organisationen und Einzelpersonen zu fördern.

XVIII.

Arbeitsvermittlungsdienste für Behinderte

(angenommen April 1957)

Der Ausschuß empfiehlt,

nachdem er das in den Mitgliedstaaten angewandte Verfahren zur Ermittlung offener Stellen für Behinderte und zu deren Vermittlung in Arbeit untersucht hat,

in der Erwägung, daß eine Empfehlung (Nr. 99) der Internationalen Arbeitsorganisation über die berufliche Rehabilitation der Behinderten vorliegt, die einschlägige Bestimmungen enthält,

in der Erwägung, daß in den Mitgliedstaaten der Westeuropäischen Union eine in vielen Punkten ähnliche Organisation besteht, die im allgemeinen den Bedürfnissen hinreichend entspricht,

in der Erwägung, daß gleichzeitig gewisse Unzulänglichkeiten festzustellen sind, die vielen dieser Länder ge-

meinsam sind und auf welche die Regierungen gegebenenfalls hingewiesen werden sollten, damit sie Abhilfe schaffen,

a) Sondervermittlungsdienste für Behinderte in ausreichender Zahl zu schaffen, sie den Beteiligten leicht zugänglich zu machen und sie mit genügend Personal zu besetzen;

b) den Ausbildungsstand des Personals auf jede geeignete Weise ständig zu verbessern, vor allem durch bestmögliche Auslese der Vermittler sowie durch Schulungskurse vor oder unmittelbar nach Aufnahme ihrer Tätigkeit und durch Fortbildungslehrgänge; und dafür zu sorgen, daß dieses Personal eine gründliche Kenntnis der Beschäftigungsmöglichkeiten besitzt, die den Behinderten vorgeschlagen werden können;

c) die in Arbeit vermittelten Behinderten von den Vermittlungsdiensten im Zusammenwirken mit den anderen beteiligten Diensten so lange wie notwendig nachgehend betreuen zu lassen, um sicherzustellen, daß sie erfolgreich wieder in das Wirtschaftsleben eingegliedert worden sind;

d) bestrebt zu sein, möglichst vollständige und genaue Statistiken der in Arbeit vermittelten Behinderten aufzustellen; und zwar unterteilt nach Personen, die unmittelbar, und solchen, die nach Rehabilitations- oder Berufsausbildungslehrgängen vermittelt worden sind, um die so erzielten Ergebnisse klar erkennbar zu machen;

e) die Verbindung zwischen den Arbeitsvermittlungsdiensten für Behinderte und den allgemeinen Arbeitsvermittlungsdiensten sowie ihre Beziehungen zu den verschiedenen beteiligten ärztlichen und sozialen Diensten so eng wie möglich zu gestalten, um durch eine Koordination der Maßnahmen die größte Wirkung zu erzielen.

XIX.

Wege zur Ermittlung Behinderter, die — obwohl rehabilitationsbedürftig — bisher nicht in den Genuß moderner Behandlungs- und Ausbildungsmethoden gekommen sind

(angenommen Mai 1958)

Der Ausschuß empfiehlt

in der Erwägung, daß es wichtig ist, Wege zur Ermittlung Behinderter zu finden, die — obwohl rehabilitationsbedürftig — bisher nicht in den Genuß moderner Behandlungs- und Ausbildungsmethoden gekommen sind,

den beteiligten Regierungen, Maßnahmen zu ergreifen, um die Erreichung folgender Ziele zu fördern:

Ermittlung Behinderter auf jede geeignete Weise, z. B. durch: Registrierung der Behinderten unter Berücksichtigung der jeweiligen nationalen Gegebenheiten; Nutzung der Möglichkeiten, die zu anderen Zwecken regelmäßig durchgeführte ärztliche Untersuchungen bieten; aktive Mitarbeit der sozialmedizinischen Dienste der Krankenhäuser, der Gesundheitsbehörden und aller anderen Behörden, die für die Ermittlung Behinderter in Frage kommen;

Schaffung eines Informationsdienstes für Fragen der Rehabilitation in jedem Lande, so daß

1. Ärzte und das übrige unmittelbar oder mittelbar am Rehabilitationsprozeß beteiligte Personal auf dem laufenden gehalten werden über
 - a) Fortschritte hinsichtlich der Rehabilitationsverfahren;
 - b) vorhandene Möglichkeiten und ihre Verbesserung;
2. die Behinderten selbst, ihre Familien, ihre Arbeitgeber und die Arbeitnehmer sowie die breite Öffentlichkeit hinreichend unterrichtet sind über die vorhandenen Rehabilitationsmöglichkeiten und die erreichbaren Ergebnisse;

möglichst enge Zusammenarbeit zwischen allen öffentlichen und privaten Stellen, die sich mit der Gesundheits-erziehung, der Fürsorge für Behinderte sowie mit ihrer Eingliederung und Wiedereingliederung befassen.

XX.

Planung und Ausgestaltung von öffentlichen Gebäuden¹⁾, um sie den Körperbehinderten leichter zugänglich zu machen (angenommen April 1959)

Der Ausschuß

hält es für wünschenswert, den Körperbehinderten, die einen beträchtlichen Teil der Bevölkerung jedes Landes ausmachen, öffentliche Gebäude leichter zugänglich zu machen;

lenkt die Aufmerksamkeit auf Maßnahmen, die ergriffen werden könnten, um öffentliche Gebäude so zu bauen oder auszugestalten, daß Körperbehinderten Zugang und Benutzung erleichtert werden (Beispiele für Maßnahmen dieser Art siehe unten);

ersucht die öffentlichen Behörden eindringlich, wenn irgend möglich diesen Gesichtspunkt bei Neubauten zu berücksichtigen und bestehende Gebäude entsprechend zu verändern; und empfiehlt den Regierungen, in Zusammenarbeit mit den Behörden und den zuständigen Organisationen praktische Maßnahmen zu ergreifen.

Beispiele für Maßnahmen, durch die öffentliche Gebäude den Körperbehinderten leichter zugänglich gemacht werden können

1. Ebenerdige Eingänge. Ein oder mehrere Krankenfahrräder oder Selbstfahrer sollten in der Eingangshalle bereitstehen. In Postämtern und ähnlichen Gebäuden sollten Außen- oder Innenschalter in geeigneter Höhe und Lage angebracht sein.

2. Gerade Treppen mit breiten Stufen, um den ungehinderten Gebrauch von Krücken zu ermöglichen. Keine sogenannten offenen Treppenhäuser.

3. Geländer wo notwendig, insbesondere an Treppen; bei breiten Treppen ein Geländer in der Mitte. Das Geländer sollte so konstruiert sein, daß es einen wirklichen Halt bietet und leicht umfaßt werden kann. Für Blinde ist es sehr unangenehm, wenn das Treppengeländer, von dem sie sich meist leiten lassen, vor den letzten Stufen endet.

4. In Kaufhäusern sollten Personenaufzüge eingebaut werden; Fahrstuhltüren und Aufzugköpfe sollten genügend breit sein; die Bedienungsanlagen sollten in geeigneter Lage und Höhe angebracht sein.

5. Breite Türen, durch die Krankenfahrräder durchfahren können.

6. Keine Türschwellen.

7. Genügend Raum zwischen Schalter und Geländer (vor dem Schalterfenster) sowie an den Ausgängen von Bahnhöfen, Sportplätzen usw.

8. In Bibliotheken und ähnlichen Gebäuden Lesetische in geeigneter Höhe, um Behinderten das Lesen im Krankenfahrrad oder Spezialstuhl zu ermöglichen.

9. Wenigstens ein genügend großer Toilettenraum in jedem Stockwerk.

10. In Lichtspielhäusern, Theatern usw. Platz für Besucher in Krankenfahrrädern; ferner einige Stühle (Spezialform und -konstruktion) für Gehbehinderte.

11. Zweckmäßige Anbringung von Apparaturen, wie Klingeln, Notrufanlagen, Fernsprechern usw. In Postämtern eine geräumige Fernsprechkabine.

12. Eine ausreichend breite Drehtür und nötigenfalls daneben Pendeltüren.

13. In öffentlichen Bädern einige Einrichtungen, die den Bedürfnissen der Körperbehinderten besonders angepaßt sind.

14. Geeigneter Fußbodenbelag; sowohl glatter wie rauher Belag (z. B. Kokosläufer) ist bei gewissen Behinderungen ungeeignet.

15. Besondere Vorrichtungen, um das Einsteigen in Züge und Busse zu erleichtern.

16. Überdachte Parkplätze für Fahrzeuge Behinderter in der Nähe der Gebäude.

¹⁾ Anm. zur deutschen Gebrauchsübersetzung: Der Begriff ist im weitesten Sinne zu verstehen; vgl. Nrn. 4, 7, 8, 10, 13, 16.

XXI.

Rehabilitation der Hirngeschädigten⁵⁾

(angenommen Mai 1960)

Der Gemeinsame Ausschuß für die Eingliederung und Wiedereingliederung der Behinderten hat auf seinen früheren Tagungen die Frage der Rehabilitation der Hirngeschädigten eingehend untersucht. Im April 1959 hat die deutsche Delegation einen Sammelbericht über das Problem, wie es sich in den einzelnen Ländern darstellt, verfaßt (SGR [60] 15). Ferner hat eine Sachverständigen-Gruppe auf einer Arbeitstagung am 6. und 7. Oktober 1959 in London die Aspekte der Rehabilitation der Hirngeschädigten untersucht und Grundsätze für geeignete Rehabilitationsmaßnahmen ausgearbeitet (vgl. SOC [59] 38)⁶⁾. Diese Grundsätze beziehen sich vor allem auf die rechtzeitige Behandlung der Hirngeschädigten, die Notwendigkeit der Errichtung und des Ausbaus besonderer Rehabilitationszentren und die Anforderungen an deren personelle und materielle Ausstattung, ferner die Voraussetzungen für eine erfolgreiche berufliche und soziale Rehabilitation, die Beachtung psychischer Folgezustände, Vorbeugungsmaßnahmen gegen Hirnschädigungen, und schließlich Sondermaßnahmen für bestimmte Gruppen von Hirngeschädigten (Frauen, Kinder, nicht traumatisch Hirngeschädigte).

Der Ausschuß

in Anbetracht der Bedeutung der Rehabilitation der Hirngeschädigten, der Schwere und des besonderen Charakters ihrer Behinderung, der großen Zahl der betroffenen Personen, der Gefahren des Arbeitslebens und der ständig zunehmenden Gefahren des heutigen Verkehrs;

in der Erkenntnis, daß die Rehabilitation der Hirngeschädigten bisher nicht genügend Beachtung gefunden hat;

in der Überzeugung, daß die im Sammelbericht und in dem vollständigen Bericht der Sachverständigen niedergelegten Grundsätze für alle Mitgliedstaaten der Westeuropäischen Union von Interesse und Bedeutung sind,

bittet dringend, diese Grundsätze in Zukunft zu befolgen; ersucht alle beteiligten Regierungen, die in diesen Berichten enthaltenen Vorschläge und Anregungen bei dem Ausbau der Rehabilitationsmaßnahmen in ihren Ländern zu berücksichtigen, um eine vollständige und zufriedenstellende berufliche und soziale Rehabilitation der Hirngeschädigten zu erreichen;

und empfiehlt den Regierungen, diese Berichte weiten Kreisen zugänglich zu machen.

⁵⁾ Anm. zur deutschen Gebrauchsübersetzung: Wörtlich „Hirnverletzte“. Die Empfehlung befaßt sich jedoch nicht nur mit bleibenden Hirnschäden traumatischer Natur, für die deutsche Gebrauchsübersetzung wurde deshalb das umfassende Wort „Hirngeschädigte“ gewählt. Nach deutschem Sprachgebrauch sind Hirngeschädigt Personen, die eine Hirnschädigung gleichgültig welcher Ätiologie, auch vorübergehender Natur, erlitten haben, Hirngeschädigt Personen, die einen bleibenden Hirnschaden gleichgültig welcher Ätiologie haben, und Hirnverletzt Personen, die einen bleibenden Hirnschaden infolge eines Traumas haben.

⁶⁾ Siehe Anhang.

Anhang**WESTEUROPAISCHE UNION****Gemeinsamer Ausschuß für die Eingliederung und Wiedereingliederung der Behinderten**

— Dok. SOC (59) 38 —

Sachverständigentagung**für die Rehabilitation der Hirngeschädigten⁷⁾**

Bericht über die Erste Tagung, London, 6. und 7. Oktober 1959

Der Gemeinsame Ausschuß für die Rehabilitation und berufliche Wiedereingliederung der Behinderten hat beschlossen, eine Sachverständigen-Gruppe mit der Untersuchung der besonderen Probleme zu beauftragen, die sich im Zusammenhang mit der Rehabilitation der Hirngeschädigten ergeben, und Empfehlungen auszuarbeiten, die dem Gemeinsamen Ausschuß bei seiner künftigen Tätigkeit auf diesem Gebiet als Richtlinien dienen könnten.

⁷⁾ Vgl. Satz 3 der Präambel zur Empfehlung Nr. XXI über die Rehabilitation der Hirngeschädigten.

Die Arbeitsgruppe trat am 6. und 7. Oktober 1959 in London unter dem Vorsitz von Sir Geoffrey Jefferson zusammen und erörterte die sich im Zusammenhang mit Hirnschädigungen ergebenden Probleme.

Die Arbeitsgruppe wies darauf hin, wie bedeutend das Problem sei, da es z. B. sehr viel mehr Hirnbeschädigte gibt als Personen, die an den in den Öffentlichkeit stark beachteten Folgezuständen nach Kinderlähmung leiden. Hierdurch werde in allen Ländern ein beträchtlicher wirtschaftlicher Verlust verursacht, und es sei zu hoffen, daß für diese weitaus größere Gruppe ebenso große Erfolge wie z. B. bei den Querschnittsgelehrten erzielt würden.

Keiner der Sachverständigen konnte sich mit den in den sieben Mitgliedstaaten bestehenden Einrichtungen voll zufrieden erklären. Die Sachverständigen waren der Ansicht, daß die Rehabilitation der Hirngeschädigten ein Gebiet sei, das bisher bis zu einem gewissen Grade vernachlässigt worden sei. Es scheine ein Mißverständnis zu bestehen zwischen den Fortschritten der Neurologie und der Neurochirurgie in den letzten 25 Jahren und den Einrichtungen für die Rehabilitation von Personen, die an gewissen neurologischen Störungen leiden. Die medizinische Wissenschaft könnte stolz sein nicht nur auf die von ihr erzielten technischen Fortschritte, sondern auch auf die Methoden, die zur Behandlung schwerer neurologischer Schädigungen im akuten Stadium entwickelt worden sind. Aber es bleibe immer noch viel auf diesem Gebiet zu tun übrig, obwohl es in jedem der sieben Länder mindestens ein Zentrum gibt, in dem die Rehabilitation von Hirngeschädigten in befriedigender Weise durchgeführt wird.

Frühzeitige Behandlung

Eine wirksame ärztliche Behandlung vom Eintritt der Behinderung an ist entscheidend für die erfolgreiche Rehabilitation des Hirngeschädigten. Da bei Hirngeschädigten manchmal eine akute Lebensgefahr für den Verletzten in der Zeit unmittelbar nach dem Unfall besteht, sollten die Vorkehrungen sowohl die notwendigen Einrichtungen für besondere Erste-Hilfe-Maßnahmen an der Unfallstelle als auch die Bereitstellung geeigneter Transportmittel umfassen. Das für den Transport des Patienten verantwortliche Personal muß sich über die Notwendigkeit der Freihaltung der Atemwege und die Aufrechterhaltung einer uneingeschränkten Sauerstoffzufuhr im klaren sein.

Der Hirngeschädigte kann in ein besonderes neurochirurgisches Zentrum oder in ein allgemeines Krankenhaus übergeführt werden; in jedem Fall sollte er jedoch innerhalb der ersten Tage nach dem Unfall von einem Neurologen untersucht werden. Dem Allgemein-Chirurgen sollte bei der Behandlung von Hirnschädigungen der Rat und die Hilfe eines neurochirurgischen Teams zur Verfügung stehen. Der Patient sollte mit dem Neurochirurgen oder dem Neurologen noch einige Zeit nach seiner Entlassung in die Wohnung bleiben, um eine genaue Beobachtung der Symptome zu gewährleisten, so daß der Arzt sich ein klares Bild von der Schwere der Hirnschädigung und von der etwa erforderlichen Therapie machen kann.

Bei den weniger schweren Fällen von Hirnschädigungen sind im allgemeinen keine besonderen Rehabilitationsmaßnahmen notwendig; sie rehabilitieren sich selbst. Diese wenigen schweren Fälle bedürfen jedoch einer ärztlichen Nachbehandlung während einer gewissen Zeit nach der Entlassung aus dem Krankenhaus. Der Ausschuß ist der Ansicht, daß die nachgehende Betreuung der Patienten mehr beachtet werden sollte, insbesondere bei Personen, die in allgemeinen Krankenhäusern von allgemeinen oder orthopädischen Chirurgen behandelt worden sind; diese Nachkontrolle sollte in den Ambulatorien der Rehabilitationszentren erfolgen.

Notwendigkeit besonderer Rehabilitationszentren

Für Hirngeschädigte, die zu ihrer Wiederherstellung besonderer Maßnahmen bedürfen, würden Sondereinrichtungen von Nutzen sein, die entsprechend den nationalen Gegebenheiten und Bedürfnissen entwickelt werden müßten. Zentren, in denen eine große Zahl von Fällen behandelt wird, sind in der Lage, Erfahrungen zu sammeln und geeignete Rehabilitationsmaßnahmen zu entwickeln und zu verbessern. Ein solches Sonderzentrum kann eine

selbständige Einrichtung oder eine Abteilung eines allgemeinen Zentrums sein, die über ein eigenes Team mit besonderen Erfahrungen in der Behandlung von Hirnschädigungen verfügt.

Eine enge Zusammenarbeit zwischen den Krankenhäusern, in denen die Hirngeschädigten die erste Behandlung erhalten, und den Rehabilitationszentren ist unerlässlich.

Wegen der Vielfalt und Eigenart der Ausfälle bei Hirnschädigungen bedürfen die Zentren für die Rehabilitation der Hirngeschädigten erfahrener Ärzte sowie eines erfahrenen ärztlichen und nicht-ärztlichen Hilfspersonals.

Die Sachverständigen befaßten sich vor allem mit der Rehabilitation hirngeschädigter Männer; sie betonten jedoch, daß auch Vorsorge für die Behandlung von Hirnschädigungen bei Frauen getroffen werden müsse. Diese wichtige Forderung stehe in engem Zusammenhang mit der Auffassung der Sachverständigen, daß die Einrichtungen auch Personen aufnehmen sollten, deren Hirnschädigung andere als traumatische Ursachen hat. Die Einrichtungen für die Rehabilitation der Hirngeschädigten würden dann nicht nur Personen zugute kommen, deren Hirnschädigung auf einen Unfall zurückgeht, sondern auch Patienten, die an einer Hirnschädigung leiden, die auf andere Ursachen zurückzuführen ist. Auf diese Weise würden die Möglichkeiten für die Forschungsarbeit auf dem Gebiet der Hirnschädigung erweitert, und darüber hinaus würde der Allgemeinheit ein großer Dienst erwiesen werden.

Personal der Sonderzentren

Dem Rehabilitationsteam sollten angehören: ein Neurochirurg, ein Neurologe, ein Psychiater mit besonderen Kenntnissen auf dem Gebiet von Hirnschädigungen, ein ärztlicher Rehabilitationsspezialist mit besonderen Erfahrungen auf dem Gebiet der Rehabilitation von Hirngeschädigten, ein Psychologe, der mit den psychometrischen Testverfahren vertraut ist, ein Sprachtherapeut, ein Beschäftigungstherapeut, ein Physiotherapeut, ein(e) Fürsorger(in) und ein bis zwei Krankenschwestern mit neurologischer Spezialausbildung. Es muß hervorgehoben werden, wie wichtig es ist, daß nicht jede dieser Personen eine eigene Therapie betreibt, sondern daß alle Mitglieder eines Teams zusammenarbeiten und von dem gleichen Geist der Hingabe an ihre Rehabilitationsarbeit zum Wohle der Hirngeschädigten erfüllt sind.

Die Zentren sollten mit Werkstätten ausgestattet sein, wo Arbeitstests mit allmählich steigender Belastung unter ständiger Kontrolle durchgeführt werden können, damit auf diese Weise die allmähliche Anpassung des Hirngeschädigten an das normale Arbeitsleben erleichtert wird. Eine Wettbewerbssituation unter den Patienten sowie das Streben nach Rekordleistungen bei sportlicher und sonstiger Betätigung sollte vermieden werden, da solche Tendenzen Versagensreaktionen hervorrufen können.

Kinder

Hirngeschädigte Kinder bedürfen besonderer Maßnahmen. Das Trauma greift hier in die Entwicklung des Gehirns eines Menschen ein, der noch nicht zu einer Persönlichkeit ausgereift ist. In diesem Fall muß das Rehabilitationsteam noch durch einen Erzieher ergänzt werden. Eine wichtige Rolle bei der Behandlung hirngeschädigter Kinder spielt auch die familiäre Situation. Es ist deshalb notwendig, daß das Kind in seiner familiären Umgebung beobachtet wird und daß seine Eltern beraten werden. Sorgfältig ist zu prüfen, ob das hirngeschädigte Kind eine Normalschule besuchen kann, in diesem Falle ist es notwendig, daß das Lehrpersonal entsprechend beraten und unterstützt wird.

Psychische Folgezustände

Hirngeschädigte, insbesondere Personen mit Schädigungen des Stirn- oder Schläfenlappens, zeigen häufig psychische Veränderungen. Diagnostische Irrtümer können in ihrem Fall oft verhängnisvolle Folgen haben und zu neurotischen Reaktionen führen, die in keinem Verhältnis zu der eigentlichen Hirnschädigung stehen. Durch rechtzeitige Einschaltung der entsprechenden Spezialisten bei der Diagnostik und Therapie können mögliche Irrtümer vermieden werden.

Berufliche und soziale Rehabilitation

Hinsichtlich der beruflichen Wiedereingliederung Hirngeschädigter wird darauf hingewiesen, daß es eine Vielzahl von geeigneten Berufen für diese Personengruppe gibt; die Hirngeschädigten sollten jedoch gewisse Tätigkeiten vermeiden, z. B. Arbeiten mit starken Lärmeinflüssen, in größeren Höhen und an ungeschützten Maschinen. Das Arbeitstempo sollte der psychischen Situation des Hirngeschädigten angepaßt werden.

Die Sachverständigen erwähnten auch den Einfluß der Sozialversicherung und Sozialgesetzgebung auf die Rehabilitation von Hirngeschädigten. Es gibt gewisse Aspekte der Versicherungssysteme, die zu einer Aggravation der Fälle führen können. Die Sachverständigen waren jedoch der Ansicht, daß eine Erörterung dieses Problems über ihren Aufgabenbereich hinausginge. Sie gaben jedoch der Hoffnung Ausdruck, daß der Gemeinsame Ausschuss bei der Behandlung dieses Problems die besondere Situation der Hirngeschädigten, insbesondere die Fälle posttraumatischer Epilepsie, berücksichtigen würde.

Außerdem vertraten die Sachverständigen die Auffassung, daß es nützlich wäre, wenn der Gemeinsame Ausschuss bei seinen Erörterungen über die Gesundheitserziehung im Zusammenhang mit der Rehabilitation auch das Verhalten behandeln würde, das die Öffentlichkeit und vor allem Arbeitgeber und Arbeitskameraden den Hirngeschädigten gegenüber (einschließlich der an posttraumatischer Epilepsie leidenden Personen) zeigt.

Schließlich wiesen die Sachverständigen darauf hin, daß es notwendig sei, die Maßnahmen zur Verhütung von Hirnschädigungen zu intensivieren (Sicherheitsgurte in den Kraftfahrzeugen, Sturzhelme, Anordnung der Sitze in Flugzeugen entgegen der Fahrtrichtung usw.).

Andere in dem Fragebogen des Gemeinsamen Ausschusses erwähnte Probleme, z. B. kriminelle und sexuelle Auswirkung von Hirnschädigungen sowie die Einteilung dieser Schädigungen, schienen den Sachverständigen von zweitrangiger Bedeutung zu sein. Sie waren der Ansicht, daß es zum augenblicklichen Zeitpunkt noch nicht möglich sei, diesbezügliche Statistiken auf internationaler Ebene zu sammeln.

XXII.

Rehabilitation von Behinderten am Arbeitsplatz

Vom Gemeinsamen Ausschuss im November 1960 angenommen und im Januar 1961 der beteiligten Regierungen übermittelte Empfehlung

— AP (60) 2 —

Der Ausschuss,

geht von der Erwägung aus, daß die Wiederherstellung der vollen Arbeitsfähigkeit eines Behinderten gefördert werden kann, wenn die Rehabilitation in ihren späteren Phasen in Form einer Beschäftigung mit geeigneter produktiver Arbeit in einem vertrauten Arbeitsmilieu erfolgt;

er erkennt den bedeutsamen Beitrag an, den die Wirtschaft in den Mitgliedstaaten bereits zur medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation sowie zur beruflichen Wiedereingliederung behinderter Arbeitnehmer geleistet hat, und zwar nicht nur durch die Bereitstellung geeigneter Arbeitsplätze, sondern in einigen Fällen auch durch die Schaffung besonderer Einrichtungen, wie Krankenhäuser, Rehabilitationswerkstätten und Rehabilitationszentren;

er geht von der Erwägung aus, daß — abgesehen von der Schaffung dieser besonderen Einrichtungen, die nicht in jedem Falle möglich oder angebracht sind — der werksärztliche Dienst viel zur Förderung des Rehabilitations- und Wiedereingliederungsprozesses beitragen kann;

er empfiehlt den beteiligten Regierungen, den Arbeitgebern klarzumachen, welchen Beitrag sie zur Rehabilitation und beruflichen Wiedereingliederung von behinderten Arbeitnehmern neben den Diensten und Einrichtungen leisten können, die von anderen Stellen, wie staatlichen oder kommunalen Behörden, Krankenhäusern oder freien Wohlfahrtsverbänden zur Verfügung gestellt werden können;

1. dadurch, daß sie die Arbeitgeber anhalten, in den Unternehmen, in denen es möglich und angebracht ist, besondere Rehabilitationswerkstätten zu errichten, wo Arbeitnehmer nach einer Krankheit oder einem Unfall unter ärztlicher Aufsicht und unter Bedingungen beschäftigt werden können, die besonders geeignet sind, eine schnelle Rückkehr ins Arbeitsleben zu fördern;

2. dadurch, daß sie, soweit es die nationalen Gegebenheiten erfordern, die Arbeitgeber, Arbeitgeberorganisationen, Träger der Arbeitsunfallversicherung und ähnliche Stellen anhalten, Rehabilitationszentren zu errichten oder sich an der Errichtung solcher Zentren zu beteiligen, wo behinderten Arbeitnehmern durch ärztliche Behandlung, Heilgymnastik, Beschäftigungstherapie und ähnliche Maßnahmen geholfen werden kann, ihre Arbeitsfähigkeit wiederzuerlangen;

3. dadurch, daß sie die Arbeitgeber im allgemeinen anhalten, die Rehabilitation der behinderten Arbeitnehmer dadurch zu erleichtern, daß sie ihnen geeignete Arbeitsplätze, erforderlichenfalls nach Anpassung der Maschinen oder Geräte, zur Verfügung stellen oder ihren behinderten Arbeitnehmern die Möglichkeit geben, eine geeignete Tätigkeit wiederaufzunehmen, sobald sie vom medizinischen Standpunkt aus arbeitsfähig sind, ohne deshalb imstande zu sein, ihre bisherige Beschäftigung wiederaufzunehmen;

4. dadurch, daß sie den Ausbau der werksärztlichen Dienste und der ärztlichen Überwachung in den Betrieben fördern, zu deren Aufgabenbereich wenn möglich auch die Rehabilitation und berufliche Wiedereingliederung Behinderter gehören sollte, und schließlich dadurch, daß sie die Zusammenarbeit zwischen den bei diesen Einrichtungen tätigen Personen und den verschiedenen Stellen, die die gleichen Ziele verfolgen, fördern.

XXIII.

Rehabilitation alter Menschen

(angenommen Oktober 1962)

— AP (63) 1 —

Der Ausschub —

in der Erwägung, daß immer mehr Menschen heute ein hohes Alter erreichen und daß deshalb die Rehabilitation alter Menschen vom humanitären, ethischen und sozialen Standpunkt aus besonders untersucht werden muß, damit diese solange wie möglich ihre Selbständigkeit behalten und nicht vorzeitig zu einer schweren materiellen und finanziellen Belastung für die Gesellschaft werden;

in der Erwägung, daß die Erfahrungen der letzten Jahre bewiesen haben, daß eine Rehabilitation alter Menschen ebenso möglich ist wie eine Rehabilitation jüngerer Menschen und daß sie mit ähnlichen Methoden erreicht werden kann;

in der Erwägung, daß die Rehabilitation alter Menschen um so eher zum Erfolg führt, je besser die ärztliche Betreuung sowie die sozialen Gegebenheiten sind;

in der Erwägung, daß man übereingekommen war, im Rahmen der Tätigkeit des Europarates eine Reihe von Untersuchungen über die Voraussetzungen für die Rehabilitation alter Menschen durchzuführen, die in Krankenhäusern, in Heimen oder zu Hause gepflegt werden, sowie über die Maßnahmen, die zur Wiedereingliederung dieser Personen in den Wirtschaftsprozeß, die Gemeinschaft und die Familie zu ergreifen sind;

in der Erwägung, daß diese Untersuchungen zunächst auf alte Menschen beschränkt werden mußten, die in Krankenhäusern (ausgenommen psychiatrische Einrichtungen) gepflegt werden;

ohne die Ergebnisse weiterer, von ihm eingeleiteter Arbeiten abzuwarten,

empfiehlt den Regierungen der Mitgliedstaaten des „Teilabkommens auf sozialem Gebiet“ und der österreichischen Regierung, alle Maßnahmen zu ergreifen oder zu fördern, die das Ziel haben:

1. die medizinischen Möglichkeiten für die Rehabilitation alter Menschen und die zu diesem Zweck zur Verfügung stehenden Einrichtungen besser bekannt zu machen; diese Aufklärungsarbeit sollte sich nicht nur an die

Betroffenen selbst und ihre Familien richten, sondern beispielsweise auch an die Ärzte, die Leiter von Altersheimen und die sozialen Dienste;

2. sicherzustellen, daß den alten Menschen die gleichen Rehabilitationseinrichtungen zur Verfügung stehen wie den anderen Bevölkerungsgruppen;

3. die Rehabilitationseinrichtungen in Krankenhäusern oder Sonderzentren weiter auszubauen, um eine frühzeitige Rehabilitation alter Menschen und die Fortführung der Rehabilitationsmaßnahmen zu ermöglichen, wobei es vorerst nicht erforderlich erscheint, diese Einrichtungen oder Zentren ausschließlich alten Menschen vorzubehalten;

4. einen Krankenhausaufenthalt soweit wie möglich zu vermeiden oder die Aufenthaltsdauer auf ein Mindestmaß zu beschränken; zu diesem Zwecke sollte man:

- die Zahl der Beratungen im Außendienst, der Sonderzentren und der Tageskrankenhäuser, in denen eine ambulante Behandlung durchgeführt werden kann, erhöhen;
- die Beförderung alter Menschen zu diesen Einrichtungen und zurück so erleichtern, daß sie von diesen Behandlungsmöglichkeiten Gebrauch machen können;
- für alte Menschen, die ihre Wohnung nicht oder nur unter Schwierigkeiten verlassen können, Vorkehrungen für eine Behandlung zu Hause unter Mitwirkung eines Gremiums zu treffen, das aus den für eine vollständige Rehabilitation erforderlichen Fachkräften besteht;

5. gewissen nachteiligen Auswirkungen eines nicht zu vermeidenden längeren Krankenhausaufenthaltes soweit wie möglich durch folgende Maßnahmen entgegenzuwirken:

- während des Krankenhausaufenthaltes durch geeignete fürsorgliche Maßnahmen amtlicher Stellen oder der freien Wohlfahrtspflege, um die Entlassung aus dem Krankenhaus vorzubereiten und zu erleichtern und um insbesondere Verbindung aufzunehmen mit:

- der Familie, um sicherzustellen, daß sie sich weiterhin um den alten Menschen kümmert;
- dem Arbeitgeber, wenn eine Wiederaufnahme der Tätigkeit möglich ist;
- dem Wohnungseigentümer, um den Verlust der Wohnung zu verhindern;

durch geeignete Maßnahmen, um sicherzustellen, daß Hab und Gut der alten Menschen während eines Krankenhausaufenthaltes geschützt wird und ihnen ihre Wohnung erhalten bleibt;

- nach der Entlassung aus dem Krankenhaus durch Einwirkungen auf die Familie, daß sie den alten Menschen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus aufnimmt oder wieder aufnimmt und durch Ermittlung aller wirtschaftlichen und sozialen Maßnahmen, die geeignet sind, ihr bei der Erfüllung dieser Verpflichtung zu helfen;
- durch Sicherstellung der gesellschaftlichen Wiedereingliederung des alten Menschen und erforderlichenfalls seiner Weiterbehandlung.

XXIV.

Gesundheitserziehung im Zusammenhang mit der Rehabilitation von körperlich, geistig oder seelisch Behinderten

(angenommen Oktober 1962)

— AP (63) 2 —

Der Ausschub —

in der Erkenntnis, daß eine systematische Gesundheitserziehung im Hinblick auf die Rehabilitation von körperlich, geistig oder seelisch behinderten Personen von grundlegender Bedeutung ist;

unter Hinweis darauf, daß die Bedeutung dieser Aufgabe bereits in Empfehlungen hervorgehoben wurde, die

früher im Rahmen des Brüsseler Paktes und der Westeuropäischen Union auf dem Gebiete der Rehabilitation angenommen worden sind;

in der Erwägung, daß es Aufgabe der Gesundheitserziehung im Zusammenhang mit der Rehabilitation ist:

- a) der Entstehung von Behinderungen soweit wie möglich vorzubeugen;
- b) die Erfassung der Behinderten zu erleichtern und sie auf geeignete Einrichtungen hinzuweisen;
- c) die Behinderten über den Wirkungsbereich der Rehabilitation aufzuklären;
- d) die Behinderten zu ermutigen, bei ihrer Rehabilitation aktiv mitzuarbeiten;
- e) die Familien der Behinderten über die bestehenden Rehabilitationsmöglichkeiten zu unterrichten und ihr Verständnis für die Bedürfnisse der Behinderten zu vertiefen;
- f) Vorurteile gegen Behinderte bei den Arbeitgebern, bei den Arbeitnehmern und in der Öffentlichkeit zu beseitigen;

in der Erwägung, daß alle medizinischen, sozialen und erzieherischen Maßnahmen auf dem Gebiete der Rehabilitation die Gesundheitserziehung berücksichtigen sollten;

empfiehlt den Regierungen der Mitgliedstaaten des „Teilabkommens auf sozialem Gebiet“ und der österreichischen Regierung, die notwendigen Maßnahmen zu ergreifen, um den Erfordernissen der Rehabilitation Rechnung zu tragen, mit dem Ziele:

1. die Systeme für Aufbau und Koordinierung der Einrichtungen und Stellen, die an der Gesundheitserziehung mitzuwirken haben, erforderlichenfalls zu überprüfen;

2. erforderlichenfalls eine nationale Zentrale für Gesundheitserziehung zu errichten und sicherzustellen, daß diese Stelle sich mit den Fragen der Rehabilitation der Behinderten befaßt;

3. bei der Wahl der Gegenstände und Methoden der Gesundheitserziehung sowie bei der Auswertung ihrer Ergebnisse wissenschaftliche Verfahren anzuwenden;

4. die besonderen Aspekte der Gesundheitserziehung in bezug auf die einzelnen Gruppen von Behinderten eingehender zu untersuchen;

5. der Ausbildung aller, die mit der Gesundheitserziehung zu tun haben, größere Bedeutung zu schenken und in die Lehrpläne das Studium der allgemeinen Methoden der Gesundheitserziehung sowie der Besonderheiten dieser Erziehung im Zusammenhang mit der Rehabilitation der Behinderten aufzunehmen;

6. allen, die mit der Gesundheitserziehung zu tun haben, umfassende, vollständige und objektive Unterlagen sowie wirksames Ton- und Bildmaterial zur Verfügung zu stellen;

7. die Massenmedien (Presse, Rundfunk, Fernsehen usw.) systematisch für die Gesundheitserziehung nutzbar zu machen.

XXV.

Wettbewerbsgeschützte Beschäftigung

(angenommen April 1955, revidiert Juni 1964)

Der gemeinsame Ausschuß —

in der Erwägung, daß möglichst vielen Behinderten, einschließlich der Schwerbeschädigten, die Möglichkeit geboten werden sollte, eine entgeltliche Tätigkeit auszuüben;

daß es ihnen bei sorgfältiger Vorbereitung in vielen Fällen möglich sein wird, eine Tätigkeit unter normalen Arbeitsbedingungen aufzunehmen;

daß bei vielen anderen Schwerbeschädigten das Ziel der Beschaffung eines Arbeitsplatzes nur erreicht werden kann, wenn Möglichkeiten zur Arbeit unter besonders

angepaßten Bedingungen, d. h. in wettbewerbsgeschützter Beschäftigung, geschaffen werden;

empfiehlt den beteiligten Regierungen, alle nur möglichen Maßnahmen zu ergreifen oder zu fördern, um

1. Behinderten, die wegen der Art oder der Schwere ihrer Behinderung längere Zeit oder dauernd außerstande sind, unter normalen Wettbewerbsbedingungen zu arbeiten, angemessene Möglichkeiten für eine wettbewerbsgeschützte Beschäftigung zur Verfügung zu stellen;

2. diese Beschäftigungsmöglichkeiten, entsprechend dem unterschiedlichen Bedarf, in verschiedenen Formen zur Verfügung zu stellen, insbesondere durch die Einrichtung von beschützenden Werkstätten, durch die Schaffung von Beschäftigungsmöglichkeiten für Außenarbeit oder — falls der Behinderte nicht in der Lage ist, an den nächsten Ort der Gruppenbeschäftigung und wieder nach Hause zu gelangen — für Heimarbeit;

3. den Arbeitgebern eindringlich zu empfehlen, geeignete Teile ihrer Produktion an beschützende Werkstätten zu vergeben und ihnen, wenn möglich, das notwendige Material und die erforderlichen Maschinen zu liefern;

4. Personen mit verschiedenartigen Behinderungen in derselben Werkstätte oder bei derselben Außenarbeit und möglichst in derselben Gruppe zu beschäftigen, soweit nicht medizinische oder psychologische Gründe entgegenstehen;

5. die auf diesem Gebiet eingeleiteten Maßnahmen zu koordinieren und sie, wenn irgend möglich, in den allgemeinen Rahmen bestehender Einrichtungen und Systeme zur Rehabilitation der Behinderten einzubauen;

6. sicherzustellen, daß die Arbeiten in wettbewerbsgeschützter Beschäftigung produktiver Art sind und soweit wie möglich mit modernen Geräten und Werkzeugen wie unter normalen Bedingungen ausgeführt werden;

7. darauf zu achten, daß behinderte Arbeitnehmer in wettbewerbsgeschützter Beschäftigung eine Spezialausbildung erhalten, die ihnen bei entsprechender Besserung ihres Gesundheitszustandes und ihrer Arbeitsfähigkeit die Möglichkeit sichert, aus wettbewerbsgeschützter Beschäftigung zu normalen Arbeitsbedingungen überzuwechseln;

8. darauf zu achten, daß die wettbewerbsgeschützte Beschäftigung unter der Aufsicht von Fachkräften organisiert und durchgeführt wird, die mit Fragen der Organisation, der gewerblichen Wirtschaft sowie der Betriebs- und Personalführung vertraut sind und die Erfahrung und Takt im Umgang mit Behinderten besitzen;

9. sicherzustellen, daß eine ärztliche Untersuchung und Beurteilung erfolgt, ehe jemand in wettbewerbsgeschützte Beschäftigung vermittelt wird; daß diese Untersuchung in regelmäßigen Abständen und zwischenzeitlich nach Bedarf wiederholt wird; daß aus dem Untersuchungsbericht der Grad der Behinderung und der Arbeitsfähigkeit des Arbeitnehmers unter Berücksichtigung der Art der Tätigkeit und der Bedingungen, unter denen sie ausgeübt wird, hervorgehen und daß eine umfassende arbeitsmedizinische Betreuung, besonders im Hinblick auf die Rehabilitation zur Verfügung steht;

10. sicherzustellen, daß Personen, die in wettbewerbsgeschützter Beschäftigung tätig sind —

a) ein Arbeitsentgelt erhalten, das unter Zugrundelegung der Sätze berechnet wird, die für die gleiche Arbeit unter normalen Arbeitsbedingungen gelten;

b) die Möglichkeit haben, ihr Arbeitsentgelt sowie ihr Gesamteinkommen durch eigene Bemühungen zu erhöhen;

c) über ein Einkommen verfügen können, das ihnen für den Regelfall einen angemessenen Lebensstandard sichert;

11. sicherzustellen, daß behinderte Personen in wettbewerbsgeschützter Beschäftigung unter die Rechtsvorschriften auf dem Gebiete der Sozialen Sicherheit fallen.

XXVI.

Abschaffung der Zölle auf Kunstglieder für Behinderte

Vom gemeinsamen Ausschuß im Mai 1966 angenommene und den beteiligten Regierungen sowie dem Europäischen Zollrat übermittelte Empfehlung

— AP (66) 1 —

Der Ausschuß

lenkt die Aufmerksamkeit des Ministerausschusses beschränkt auf die Vertreter der sieben Mitgliedstaaten des Teilabkommens und Österreichs, auf die hohen Zölle, die auf Kunstglieder für Behinderte erhoben werden, wodurch manchmal die Herstellung der am besten geeigneten Körperersatzstücke und der freie Austausch von Körperersatzstücken zwischen den Mitgliedstaaten verhindert wird;

er empfiehlt dem Ministerausschuß nachdrücklich, die erforderlichen Maßnahmen zu treffen, um die unverzügliche Abschaffung dieser Zölle gemäß der im Jahre 1953 angenommenen Empfehlung Nr. 11 durchzusetzen.

XXVII.

Rehabilitation von Personen, die an ankylosierender Spondylarthritis leiden

(angenommen Mai 1966)

— AP (66) 3 —

In der Erwägung, daß die ankylosierende Spondylarthritis eine chronische, zur Invalidität führende Krankheit ist, die vor allem Männer im Alter von 20 bis 40 Jahren befällt;

in der Erwägung, daß es deshalb angebracht sei, ein Programm zur medizinischen und sozialen Betreuung von Personen aufzustellen, die an dieser Krankheit leiden;

empfiehlt der Ausschuß den beteiligten Regierungen, Maßnahmen zu ergreifen oder zu fördern, die das Ziel haben:

1. Erhebungen über die Häufigkeit der ankylosierenden Spondylarthritis durchzuführen, da diese Ermittlungen für die Stellen von Nutzen sein können, die für die Planung von Gesundheitsprogrammen zuständig sind;

2. eine möglichst frühzeitige Diagnose zu gewährleisten, um bleibende osteo-arthritische Deformationen als unvermeidliche Folge der fortschreitenden Entwicklung dieser Krankheit soweit wie möglich einzudämmen und zu diesem Zweck einen spezialisierten Beratungsdienst entweder in einem Ambulatorium für Rheumakranke oder in einem allgemeinen Krankenhaus oder in einer Spezialeinrichtung für Rheumakranke bereitzustellen; außerdem können Zentren für vorbeugende Gesundheitsfürsorge, wie die ärztlichen Dienste an höheren Schulen und Universitäten, und vor allem die werksärztlichen Einrichtungen schon aufgrund der ihnen vorliegenden Familienanamnese dazu beitragen, daß frühzeitig eine exakte Diagnose gestellt wird;

3. eine frühzeitige Krankenhausbehandlung sicherzustellen, die in vielen Fällen angezeigt sein kann, da sie die Aufstellung einer vollständigen Krankengeschichte des Patienten erleichtert und es gleichzeitig ermöglicht, einen auf längere Sicht angelegten Plan für die frühzeitige und wirksame Behandlung des Kranken aufzustellen; es wäre daher von Vorteil, wenn die Behandlung entweder in einer Spezialklinik oder in der Spezialabteilung eines allgemeinen Krankenhauses durchgeführt würde;

4. die Kontinuität der begonnenen Behandlung sicherzustellen; deshalb ist es unerlässlich, daß dem Patienten die Möglichkeit geboten wird, eine Spezialeinrichtung oder einen Facharzt zu konsultieren;

5. eine möglichst frühzeitige Umschulung und Wiedereingliederung von Personen zu gewährleisten, die an ankylosierender Spondylarthritis leiden, da diese Krankheit die Zahl der Berufe erheblich verringern kann, die für eine an dieser Krankheit leidende Person in Betracht kommen;

es steht fest, daß der Verschlimmerung der Krankheit und der fortschreitenden Behinderung bis zu einem gewissen Grad Einhalt geboten werden kann, wenn man dem Patienten eine geeignete Arbeit verschafft, die in

einer gesunden Umgebung verrichtet wird und die betroffenen Gelenke nicht zu sehr beansprucht;

6. die Gesundheitserziehung der Bevölkerung, insbesondere die Aufklärung über diese Krankheit, sicherzustellen;

7. zu gewährleisten, daß die berufliche Ausbildung und Rehabilitation von Personen, die an ankylosierender Spondylarthritis leiden, in Rehabilitationszentren durchgeführt werden, die über ein Team von ärztlichem Hilfspersonal verfügen, die nach Abschluß der Grundausbildung eine Spezialausbildung in Rheumatologie erhalten hat;

8. die Ausbildung von spezialisierten Ärzten oder von Fachärzten für Rheumatologie sicherzustellen;

9. eine erfolgreiche Vermittlung von Personen, die an ankylosierender Spondylarthritis leiden, zu gewährleisten, und zwar —

— entweder in ihrem bisherigen Beruf, sofern dieser für sie geeignet ist;

— oder in eine Tätigkeit, bei der sich die Krankheitsfolgen weniger bemerkbar machen;

— oder in eine wettbewerbsgeschützte Beschäftigung, wenn es sich um schwere Fälle handelt, oder wenn die Berufsausbildung zu keinem befriedigenden Ergebnis geführt hat.

XXVIII.

Rehabilitation der Gehörlosen und Schwerhörigen

(angenommen Mai 1953, revidiert Mai 1966)

— AP (66) 4 —

In der Erkenntnis, daß hörgeschädigte Menschen, die infolge eines Hörschadens die Sprache nicht erlernt haben oder sie zu verlieren drohen, durch rechtzeitige und geeignete Maßnahmen einen vollwertigen Platz in der Gemeinschaft einnehmen oder sich erhalten können;

in der Erwägung, daß eine frühzeitige Erkennung des Hörschadens für erfolgreiche Rehabilitationsmaßnahmen von besonderer Bedeutung ist;

in der Erwägung, daß die Entwicklung der Persönlichkeit weitgehend von der Beherrschung der Sprache und den damit eröffneten Bildungsmöglichkeiten abhängt;

in der Erwägung, daß die fortschreitenden Erkenntnisse auf medizinischem und pädagogischem Gebiet gezeigt haben, daß die Ausnutzung auch geringster Hörreste durch geeignete technische Hilfsmittel die Möglichkeiten zur Beschäftigung von Hörgeschädigten beträchtlich erweitert;

in der Erwägung, daß für hörgeschädigte Menschen die vielfältigen Möglichkeiten einer Beschäftigung in der Industrie soweit wie möglich nutzbar gemacht werden sollten, und

in der Erwägung, daß der hörgeschädigte Mensch auch nach seiner Eingliederung noch geeigneter Hilfen zur Sicherung des Erfolges dieser Eingliederung bedarf,

empfiehlt der Ausschuß den beteiligten Regierungen, alle Maßnahmen zu ergreifen, die dazu beitragen, daß —

1. die frühzeitige Erfassung von angeborenen oder erworbenen Schäden sichergestellt wird, die bei Kindern zur Taubheit oder zur Minderung der Hörfähigkeit führen können;

2. die Mitarbeit der Eltern, der Sozialarbeiter und der Ärzte, insbesondere der praktischen Ärzte und der Kinderärzte, gewonnen wird, damit den besonderen Problemen der Taubheit im Rahmen der Gesundheitserziehung Rechnung getragen wird; dem sollen vor allem geeignete Methoden der Aufklärung und Information dienen;

3. Art und Ausmaß der Hörschädigung durch Fachärzte für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, in Fachabteilungen von Kliniken oder in audiologischen Untersuchungsstellen festgestellt werden und von ihnen auch die Anpassung von Hörgeräten überwacht wird;

4. zu Hause oder in geeigneten Einrichtungen eine Frühspracherziehung und eine sonstige vorschulische Ausbildung durchgeführt wird;

5. die Kinder unter Berücksichtigung des Grades der Hörschädigung in Gehörlosenschulen, Schwerhörigenschulen oder Normalschulen unterrichtet werden;
6. die Schüler mit Hörgeräten und die Schulen mit Vielhöreanlagen sowie sonstigen technischen Hilfsmitteln ausgestattet werden;
7. gehörlosen oder schwerhörigen Kindern der Besuch weiterbildender Schulen ermöglicht wird, wenn sie hierfür begabt sind;
8. auch der hörgeschädigte Jugendliche unter Beachtung des Grades seiner Behinderung einen seinen Kenntnissen und Fähigkeiten entsprechenden Beruf ergreifen kann, wobei die allgemeinen oder speziell für Behinderte eingerichteten Berufsberatungs- und Vermittlungsdienste rechtzeitig einzuschalten sind;
9. bei Einstellungs- und Reihenuntersuchungen in den Betrieben auch eine Prüfung der Hörfähigkeit vorgenommen wird, um den Hörgeschädigten durch rechtzeitige ärztliche Behandlung und gegebenenfalls durch Versorgung mit einem Hörgerät möglichst in stand zu setzen, seinen Arbeitsplatz zu behalten;
10. dem erwachsenen Hörgeschädigten Möglichkeiten geboten werden, seine Kontaktfähigkeit mit der Umwelt zu erhalten, am kulturellen Leben der Gemeinschaft teilzunehmen und sich fortzubilden;
11. Betreuungsstellen bei Behörden, Wohlfahrtsverbänden und anderen Organisationen eingerichtet werden, die die Hörgeschädigten beraten, sie insbesondere auf die speziellen Einrichtungen und Dienste für die Hörgeschädigten hinweisen und den Erfolg der Eingliederungsmaßnahmen überwachen.

XXIX.

Rehabilitation der Sprachgeschädigten

(angenommen Mai 1966)

— AP (66) 5 —

In der Erkenntnis, daß Sprachstörungen, die nicht auf einer Schädigung des Gehörs beruhen oder nicht Folge einer neurologischen Erkrankung sind — Sprachstörungen als Folge von Hörschäden oder von neurologischen Erkrankungen werden zweckmäßig im Zusammenhang mit diesen behandelt —, durch rechtzeitige und geeignete Maßnahmen weitgehend beseitigt oder wenigstens teilweise behoben werden können;

in der Erwägung, daß eine frühzeitige Erkennung und Behandlung solcher Sprachschäden von besonderer Bedeutung für den Erfolg von Rehabilitationsmaßnahmen ist, und

in der Erwägung, daß eine baldige Beseitigung oder eine wenigstens teilweise Behebung des Sprachschadens eine freiere Entfaltung der Persönlichkeit ermöglicht;

empfiehlt der Ausschuß den beteiligten Regierungen, geeignete Maßnahmen zu ergreifen, die dazu beitragen, daß —

1. sprachgeschädigte Kinder so früh wie möglich, spätestens aber bei der Einschulung (oder während der ersten Schuljahre) erfaßt werden;
2. die Einsicht für die Bedeutung der Früherkennung und Behandlung solcher Sprachschäden, insbesondere bei Eltern, Ärzten und Lehrern, durch geeignete Methoden der Aufklärung und Information geweckt wird;
3. Art und Ursache der Sprachschäden durch Fachärzte für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten oder in entsprechenden Fachabteilungen von Kliniken festgestellt und erforderlichenfalls andere Fachkräfte wie Psychiater, Neurologen und Psychologen zugezogen werden;
4. eine Sprachheilbehandlung rechtzeitig und nach Möglichkeit ambulant durchgeführt wird, um den normalen Schulbesuch nicht zu unterbrechen;
5. für schwer sprachgeschädigte Kinder und solche, die einer längeren Spezialbehandlung bedürfen, besondere Klassen oder Schulen eingerichtet werden;

6. die Ausbildung von Sprachheillehrern, von hilfsärztlichem und von nichtärztlichem Personal gefördert wird;
7. Jugendliche und Erwachsene mit verbliebenen Sprachschäden unter Einschaltung der allgemeinen oder speziell für Behinderte eingerichteten Berufsberatungs- und Vermittlungsdienste einen ihren Fähigkeiten entsprechenden Arbeitsplatz erhalten.

XXX.

Rehabilitation alter Menschen, die zu Hause oder in Altersheimen gepflegt werden

Empfehlung, die vom Gemeinsamen Ausschuß im Juni 1967 angenommen und den beteiligten Regierungen im September 1967 übermittelt wurde

— AP (67) 1 —

Einleitung

Diese Empfehlung ist als Ergänzung zur Empfehlung XXIII (AP [63] 1) über die Rehabilitation alter Menschen, die in Krankenhäusern (mit Ausnahme der psychiatrischen Einrichtungen) gepflegt werden, gedacht und enthält daher zum Teil die gleichen einleitenden Klauseln.

Der Ausschuß empfiehlt

1. in der Erwägung, daß es nach der Satzung des Europarats seine Aufgabe ist, eine engere Verbindung zwischen seinen Mitgliedern zum Schutze und zur Förderung der Ideale und Grundsätze, die ihr gemeinsames Erbe bilden, herzustellen und ihren wirtschaftlichen und sozialen Fortschritt zu fördern;

2. in Anbetracht der Bestimmungen des Brüsseler Vertrages¹⁾, nach denen die Unterzeichnerstaaten entschlossen sind, die bereits zwischen ihnen auf dem sozialen Gebiet bestehenden Bindungen zu festigen;

3. in der Erwägung, daß die sieben Mitgliedstaaten des Teilabkommens, die die bisher von der Brüsseler Pakt-Organisation und später von der Westeuropäischen Union durchgeführten sozialen Aufgaben weiterführen, stets bestrebt waren, Vorkämpfer des sozialen Fortschritts zu sein und sich seit vielen Jahren die Harmonisierung ihrer Rechtsvorschriften zur Aufgabe gemacht haben;

4. in der Erwägung, daß immer mehr Menschen heute ein hohes Alter erreichen und daß deshalb die Rehabilitation alter Menschen vom humanitären, ethischen und sozialen Standpunkt aus besonders untersucht werden muß, damit diese solange wie möglich ihre Selbständigkeit behalten und nicht vorzeitig zu einer schweren materiellen und finanziellen Belastung für die Gemeinschaft werden;

5. in der Erwägung, daß die Erfahrungen der letzten Jahre bewiesen haben, daß eine Rehabilitation alter Menschen ebenso möglich ist wie eine Rehabilitation jüngerer Menschen und daß sie mit ähnlichen Methoden erreicht werden kann;

6. in der Erwägung, daß die Rehabilitation alter Menschen um so eher zum Erfolg führen wird, als es möglich sein wird, die Ursachen für ihre Behinderung dadurch zu beheben, daß nicht nur für ihre materiellen und sozialen Umstände in befriedigender Weise gesorgt, sondern auch eine frühzeitige Erkennung der Beschwerden gewährleistet ist, so daß so früh wie möglich und unter den besten Voraussetzungen die ärztliche und hilfsärztliche Betreuung einsetzen kann;

7. in der Erwägung, daß vereinbart worden war, im Rahmen der Tätigkeit des Europarates eine Reihe von Untersuchungen über die Voraussetzungen für die Rehabilitation alter Menschen durchzuführen, die in Krankenhäusern, Heimen oder zu Hause gepflegt werden, sowie über die Maßnahmen, die zur Wiedereingliederung dieser Personen in die Gemeinschaft und die Familie zu ergreifen sind;

8. in der Erwägung, daß diese Untersuchungen zunächst auf alte Menschen beschränkt werden mußten, die in Krankenhäusern (ausgenommen psychiatrische Einrich-

¹⁾ 17. März 1948.

tungen) gepflegt werden und zu der Empfehlung AP (63) 1 führen und vom Europarat nunmehr Untersuchungen über die Rehabilitation alter Menschen durchgeführt worden sind, die zu Hause oder in Altersheimen gepflegt werden;

9. in der Erwägung, daß in Absatz 4 der früheren Empfehlung nachdrücklich auf die Notwendigkeit hingewiesen wird, einen Krankenhausaufenthalt soweit wie möglich zu vermeiden und die Aufenthaltsdauer auf ein Mindestmaß zu beschränken;

I. den Regierungen der Mitgliedstaaten des Teilabkommens und der österreichischen Regierung, alle Maßnahmen zu ergreifen oder zu fördern, die das Ziel haben

1. alles anzubieten, damit der alte Mensch so lange wie möglich ein selbständiges Leben führen kann und dadurch günstige Bedingungen in materieller und geistig-seelischer Hinsicht erhalten bleiben bzw. gefördert werden; Verfahren zur frühzeitigen Erkennung der Altersbeschwerden weiterzuentwickeln, um dem Auftreten oder der Verschlimmerung dieser Beschwerden vorzubeugen;

2. soweit wie möglich die Wohnverhältnisse für alte Menschen zu verbessern bzw. angemessene Wohnmöglichkeiten für sie zu schaffen, z. B. Wohnheime⁹⁾; außerdem gewisse Sachleistungen und in bestimmten Fällen Barleistungen für die Verbesserung der Lebensbedingungen im Heim vorzusehen;

3. soweit wie möglich die ärztlichen und sozial-medizinischen Einrichtungen auszubauen, insbesondere die ambulanten Beratungen und die fachärztlichen Beratungen in den Kliniken; eine Verbindung zwischen den ärztlichen Beratungen auf den verschiedenen Fachgebieten in der Weise sicherzustellen, daß, selbstverständlich kostenlos, regelmäßig ein Gesamtbild über den Gesundheitszustand der alten Menschen erstellt wird; ferner für eine wirksame Koordinierung aller sozial-medizinischen und sozialen Maßnahmen zu sorgen, die den Zweck haben, den alten Menschen die Möglichkeit zu geben, in ihrer gewohnten Umgebung zu bleiben;

4. gleichzeitig mehr Beförderungsmöglichkeiten für alte Menschen zu schaffen, damit sie Krankenhäuser, Kliniken, Tageskrankenhäuser und Zentren für die funktionelle Rehabilitation oder Beschäftigungstherapie aufsuchen können. Die zur Verfügung stehenden Beförderungsmöglichkeiten könnten sowohl für Einzelpersonen als auch für Gruppen vorgesehen werden;

5. für alte Menschen, die zu Hause leben und bei denen der Zeitpunkt für eine Erkennung oder Vorbeugungsmaßnahmen bereits überschritten ist, umfassende Vorkehrungen für die Entsendung eines qualifizierten Teams in ihr Heim zu treffen, das aus einem praktischen Arzt oder Facharzt für Geriatrie, verschiedenen Spezialisten (auf dem Gebiet der Neuropsychiatrie oder physikalischen Medizin), einer Krankenschwester, einer Fürsorgerin, Physiotherapeuten oder Beschäftigungstherapeuten usw. zusammengesetzt ist.

Es sollte auch eine stärkere Inanspruchnahme von Mehrzweckzentren, wie z. B. Kliniken und Tageskrankenhäusern gefördert werden, in denen neben der funktionellen Rehabilitation im eigentlichen Sinne Einzelpersonen oder Gruppen auch Betätigungsmöglichkeiten geboten werden: Beschäftigungstherapie, gesellige Veranstaltungen usw.

Die Betreuung zu Hause sollte durch ein medizinisches und hilfsmittelmedizinisches Team erfolgen, das für die Betreuung und Rehabilitation verantwortlich ist. Dieses Team sollte von einem Arzt geleitet werden, unter Umständen dem Krankenhausarzt, wenn der alte Mensch nach dem Krankenhausaufenthalt zu Hause weiter behandelt wird.

Eine spezialisierte Fürsorgerin sollte in Verbindung mit dem ärztlichen Leiter des Teams alle den alten Menschen betreffenden medizinischen, sozial-medizinischen, Rehabilitations- und Sozialmaßnahmen koordinieren;

⁹⁾ Wohnheime sind für alte Menschen in guter gesundheitlicher Verfassung gedacht, die gelegentlich der Hilfe bedürfen.

Außer der Unterkunft bieten diese Heime ein mehr oder weniger vollständiges Netz von gemeinsamen Einrichtungen, die nicht nur die Insassen, sondern auch die alten Menschen in der Nachbarschaft, je nach ihren Bedürfnissen und Wünschen in Anspruch nehmen können.

6. Schaffung weiterer Altersheime in den Fällen, in denen alte Menschen aus sozialen Gründen nicht zu Hause bleiben können; diese Heime sollten nicht zu groß sein, damit eine gewisse familiäre Atmosphäre gewahrt bleibt und im Stadtgebiet, am Stadtrand oder in deren unmittelbarer Nähe liegen, so daß sie mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen sind und dadurch eine Isolierung vermieden wird.

Bei den allgemeinen Einrichtungen sollte für Möglichkeiten geselliger Veranstaltungen gesorgt werden, unter anderem für Kontaktpflege mit der Nachbarschaft; in Bezug auf die Betreuung sollten sie wenigstens über eine Mindestausstattung und über Fachpersonal für Rehabilitation verfügen oder sich die Mitwirkung eines medizinischen oder hilfsmittelmedizinischen Teams sichern. Außerdem sollten sie insbesondere hinsichtlich einer spezialisierten Betreuung oder funktionellen Rehabilitation Verträge mit bereits bestehenden Spezialzentren abschließen, in denen alte Menschen behandelt werden können oder aber von denen Personal zur Behandlung alter Menschen im Altersheim zur Verfügung gestellt wird;

7. etwaige Möglichkeiten für die alten Menschen in Aussicht zu nehmen, die noch in irgendeiner Weise tätig sind, um ihnen die Weiterbeschäftigung bei ihrem derzeitigen Arbeitgeber zu ermöglichen, sofern sie auf Teilzeitbasis oder mit leichten Arbeiten beschäftigt werden können.

II. Der Ausschuß verweist insbesondere auf die Notwendigkeit, alle medizinischen, sozial-medizinischen, wirtschaftlichen und auch sozialen Maßnahmen für alte Menschen zu koordinieren, damit sie solange wie möglich ihr normales Leben in der Gemeinschaft fortführen können.

XXXI.

Herstellung und Lieferung von Kunstgliedern

Empfehlung, die vom Gemeinsamen Ausschuß im Juni 1967 angenommen und den beteiligten Regierungen im September 1967 übermittelt wurde

— AP (67) 2 —

Der Ausschuß ersucht,

1. in der Erwägung, daß es nach der Satzung des Europarates seine Aufgabe ist, eine engere Verbindung zwischen seinen Mitgliedern zum Schutz und zur Förderung der Ideale und Grundsätze, die ihr gemeinsames Erbe bilden, herzustellen und ihren wirtschaftlichen und sozialen Fortschritt zu fördern;

2. in Anbetracht der Bestimmungen des Brüsseler Vertrages, nach denen die Unterzeichnerstaaten entschlossen sind, die bereits zwischen ihnen auf dem sozialen Gebiet bestehenden Bindungen zu festigen;

3. in der Erwägung, daß die sieben Mitgliedstaaten des Teilabkommens, die im Rahmen des Europarats die bisher von der Brüsseler Pakt-Organisation und später von der Westeuropäischen Union durchgeführten sozialen Aufgaben weiterführen, stets bestrebt waren, Vorkämpfer des sozialen Fortschritts zu sein und sich seit vielen Jahren die Harmonisierung ihrer Rechtsvorschriften zur Aufgabe gemacht haben;

die Regierungen der Mitgliedstaaten des Teilabkommens sowie die österreichische Regierung, ihre Vorschriften über die Herstellung und Lieferung von Kunstgliedern in Einklang mit den nachstehenden Empfehlungen zu bringen:

1. Innerstaatliche Koordinierung und Überwachung der Herstellung und Anpassung von Kunstgliedern

Der Ausschuß empfiehlt den beteiligten Regierungen, innerstaatliche Stellen zu schaffen, die für alle Gruppen von Körperbehinderten die verwaltungsmäßigen und medizinischen Grundregeln für eine neuzeitliche Prothesenversorgung koordinieren, damit einheitliche Maßnahmen sowohl hinsichtlich der technischen Ausstattung als auch der Preisgestaltung getroffen werden können.

Bei diesen Stellen könnten alle Forschungsergebnisse auf dem Gebiet des Prothesenbaus und der Prothesenanpassung gesammelt werden.

2. Zentren für die Anpassung von Prothesen

Der Ausschuß empfiehlt den beteiligten Regierungen, in jedem Land Zentren für die Anpassung von Prothesen einzurichten oder ihre Anzahl zu erhöhen, damit die von der innerstaatlichen Koordinierungsstelle festgelegten Grundregeln für die Prothesenversorgung unter strenger ärztlicher Überwachung durchgeführt werden können.

3. Lieferung von Prothesen

Der Ausschuß empfiehlt den beteiligten Regierungen, die ärztlichen und verwaltungsmäßigen Möglichkeiten zu ermitteln und einzusetzen, die eine schnelle Prothesenversorgung und die Wiedereingliederung aller Körperbehinderten mit Hilfe von möglichst unkomplizierten Prothesen erlauben.

Der Ausschuß empfiehlt den beteiligten Regierungen, die Einfuhrzölle auf Prothesen oder deren Einzelteile abzuschaffen, um die Rehabilitation der Behinderten in größtmöglichem Umfang zu fördern.

Wegen der raschen Weiterentwicklung der Orthopädietechnik hinsichtlich des verwendeten Materials und der Steuerungseinrichtungen empfiehlt der Ausschuß, den Austausch von Informationen und Erfahrungen auf dem chirurgischen, medizinischen und prothetischen Gebiet zwischen den Zentralstellen der Mitgliedstaaten zu fördern und auszubauen.

XXXII.

Ausbildung des Rehabilitationspersonals

(vor den Ministerstellvertretern am 27. Juni 1969 angenommen)

— Entscheidung AP (69) 4 —

Die Vertreter der Mitgliedstaaten des Teilabkommens auf dem Gebiet des Sozialwesens und des öffentlichen Gesundheitswesens sowie Österreichs¹⁰⁾ bei dem Ministerausschuß empfehlen

1. Im Hinblick auf die Empfehlung über die Ausbildung des Rehabilitationspersonals, die vom Gemeinsamen Ausschuß für die Eingliederung und Wiedereingliederung der Behinderten am 22. November 1968 angenommen worden ist;

2. In der Erwägung, daß es nach der Satzung das Ziel des Europarats ist, eine engere Verbindung zwischen seinen Mitgliedern herzustellen, um die Ideale und Grundsätze, die ihr gemeinsames Erbe sind, zu wahren und zu verwirklichen und ihren wirtschaftlichen und sozialen Fortschritt zu fördern;

3. Gestützt auf den Brüsseler Vertrag vom 17. März 1948, durch den die Unterzeichnerstaaten¹¹⁾ ihre Entschlossenheit bekundet haben, die sozialen Bande, die sie bereits vereinen, zu stärken;

4. Gestützt auf das Protokoll zur Änderung und Ergänzung des Brüsseler Vertrages, das am 23. Oktober 1954 von den Unterzeichnerstaaten des Brüsseler Vertrages einerseits und der Bundesrepublik Deutschland und Italien andererseits unterzeichnet worden ist;

5. In der Erwägung, daß die sieben Mitgliedstaaten des Teilabkommens, die im Rahmen des Europarates die sozialen Aufgaben der Organisation des Brüsseler Vertrages, später der Westeuropäischen Union (die aus dem Brüsseler Vertrag hervorging, als er durch das in Absatz 4 genannte Protokoll geändert wurde), übernommen haben, und Österreich, das dem Teilabkommen auf dem Gebiet der Eingliederung und Wiedereingliederung der Behinderten beigetreten ist, sich immer bemüht haben, Vorkämpfer des Fortschritts auf sozialem Gebiet und auf dem verwandten Gebiet des öffentlichen Gesundheitswesens zu sein, und seit vielen Jahren Maßnahmen zur Harmonisierung ihrer Rechtsvorschriften getroffen haben;

6. Im Hinblick auf die Empfehlung Nr. II über die Ausbildung des Rehabilitationspersonals, die im Mai 1950

¹⁰⁾ Mitgliedstaaten des Teilabkommens sind: Belgien, Frankreich, die Bundesrepublik Deutschland, Italien, Luxemburg, die Niederlande, das Vereinigte Königreich von Großbritannien und Nordirland; Österreich nimmt seit dem 11. September 1962 an den Arbeiten des Gemeinsamen Ausschusses für die Eingliederung und Wiedereingliederung der Behinderten teil.

¹¹⁾ Belgien, Frankreich, Luxemburg, die Niederlande, das Vereinigte Königreich von Großbritannien und Nordirland.

von dem Gemeinsamen Ausschuß für die Eingliederung und Wiedereingliederung der Behinderten der Organisation des Brüsseler Vertrages angenommen und im April 1959 von demselben Ausschuß im Rahmen der Westeuropäischen Union revidiert wurde;

7. In der Erwägung, daß es wesentlich ist, die Rehabilitation als einen einheitlichen, kontinuierlichen Vorgang zu betrachten, bei dem das Schwergewicht zu Beginn auf der medizinischen und gegen Ende auf der beruflichen Seite liegt;

8. In der Erwägung, daß man sich das endgültige Ziel der Rehabilitation, nämlich eine Wiedereingliederung unter den bestmöglichen Lebens- und Arbeitsbedingungen, schon vom Zeitpunkt der Erkrankung oder Verletzung an stets vor Augen halten sollte;

9. In der Erwägung, daß am Rehabilitationsverfahren, je nach Lage des Falles, ärztliches, paramedizinisches und nicht-ärztliches¹²⁾ Personal in enger Zusammenarbeit beteiligt ist, und daß seine Ausbildung diesem Umstand Rechnung tragen sollte;

10. In der Erwägung, daß die innere Einstellung des ärztlichen Personals von entscheidender Bedeutung dafür ist, daß die Rehabilitationseinrichtungen in Krankenhäusern und ähnlichen Zentren auf den höchsten Stand gebracht werden;

I. den Regierungen der sieben Mitgliedstaaten des Teilabkommens sowie Österreichs, Maßnahmen zu fördern, die dazu dienen, daß

i) sich die Ausbildung aller Studierenden der Medizin auch auf das Gebiet der Rehabilitation erstreckt. Dies sollte dadurch erreicht werden, daß die Rehabilitation in den Studienplan der medizinischen Fakultäten aufgenommen wird;

ii) alle Ärzte die Möglichkeit erhalten, gründliche Kenntnisse auf dem Gebiet der Rehabilitation zu erwerben, insbesondere

a) diejenigen, die sich auf dem Gebiet der Rehabilitation spezialisieren möchten;

b) diejenigen, die sich auf einen Zweig der Sozialmedizin vorbereiten (Werksärzte, Ärzte, die im Rahmen der Sozialversicherung tätig sind, und Ärzte, die mit den Berufsberatungsstellen zusammenarbeiten);

c) diejenigen, die sich auf ein Fachgebiet der Medizin vorbereiten, bei dem auch die Rehabilitation eine Rolle spielt;

iii) alle berufstätigen Ärzte die Möglichkeit erhalten, sich über die Fortschritte auf dem Gebiet der Rehabilitation zu unterrichten;

iv) a) die Schwesternschülerinnen auch auf dem Gebiet der Rehabilitation ausgebildet werden. Dies sollte dadurch erreicht werden, daß die Rehabilitation in den Lehrplan der Krankenpflegeschulen aufgenommen wird;

b) die Rehabilitation in die Lehrpläne für bestimmte Gruppen des Pflegepersonals, z. B. Gemeindeschwestern, Betriebsfürsorgerinnen usw. aufgenommen wird;

c) Sonderlehrgänge über Rehabilitation für leitende Kräfte in der Krankenpflege und für Lehrkräfte an den Krankenpflegeschulen veranstaltet werden;

v) das paramedizinische und das sonstige Personal, das ebenfalls auf dem Gebiet der Rehabilitation tätig ist, eine ausreichende allgemeine Einführung in die Rehabilitation erhält, und daß ihm die Möglichkeit gegeben wird, sich über die Fortschritte auf seinem eigenen Fachgebiet sowie auf dem gesamten Gebiet der Rehabilitation zu unterrichten. Dies könnte dadurch erreicht werden, daß die Rehabilitation in allen geeigneten Fällen (z. B. bei bestimmten paramedizinischen Berufen) in die anerkannten Lehrpläne aufgenommen wird, oder durch eine Ausbildung während der Arbeit, die durch Sonderlehrgänge ergänzt wird;

¹²⁾ Diese Gruppe umfaßt insbesondere Sonderschullehrer, Hauslehrer, Arbeitsvermittler, Berufsberater und Fachpersonal in Zentren für berufliche Rehabilitation und Berufsausbildung.

- vi) der Austausch des Rehabilitationspersonals zwischen den Mitgliedstaaten erleichtert wird, um auf diese Weise zum Erfahrungsaustausch und zur Verbreitung neuer Methoden und Verfahren beizutragen.

II. Ersuchen die genannten Regierungen, den Generalsekretär des Europarates alle zwei Jahre eingehend darüber zu unterrichten, was sie aufgrund dieser Entschliebung veranlaßt haben.

XXXIII.

**Über die Rehabilitation von Personen,
die an einer Herzkrankheit leiden, die angeboren
oder auf ein rheumatisches Fieber
(Bouillaud'sche Krankheit) zurückzuführen ist**
(von den Ministervertretern am 7. März 1970 angenommen)
— Entschließung AP (70) 2 —

Die Vertreter Belgiens, Frankreichs, der Bundesrepublik Deutschland, Italiens, Luxemburgs, der Niederlande und des Vereinigten Königreichs von Großbritannien und Nordirland, die Mitgliedstaaten des Teilabkommens sind, und der Vertreter Österreichs, das seit dem 11. September 1962 Mitglied des Gemeinsamen Ausschusses für die Eingliederung und Wiedereingliederung der Behinderten und des obengenannten Teilabkommens ist.

1. Im Hinblick auf die Empfehlung über die Rehabilitation von Personen, die an einer Herzkrankheit leiden, die angeboren oder auf ein rheumatisches Fieber (Bouillaud'sche Krankheit) zurückzuführen ist, welche am 3. Oktober 1969 vom Gemeinsamen Ausschuss für die Eingliederung und Wiedereingliederung der Behinderten angenommen worden ist;

2. In der Erwägung, daß es nach der Satzung das Ziel des Europarates ist, eine engere Verbindung zwischen seinen Mitgliedern herzustellen, um die Ideale und Grundsätze, die ihr gemeinsames Erbe sind, zu wahren und zu verwirklichen und ihren wirtschaftlichen und sozialen Fortschritt zu fördern;

3. Gestützt auf den Brüsseler Vertrag vom 17. März 1948, durch den Belgien, Frankreich, Luxemburg, die Niederlande und das Vereinigte Königreich von Großbritannien und Nordirland ihre Entschlossenheit bekundet haben, die Bande, die sie bereits vereinen, zu stärken;

4. Gestützt auf das Protokoll zur Änderung und Ergänzung des Brüsseler Vertrages, das am 23. Oktober 1954 von den Unterzeichnerstaaten des Brüsseler Vertrages einerseits und von der Bundesrepublik Deutschland und Italien andererseits unterzeichnet worden ist;

5. In der Erwägung, daß die sieben Mitgliedstaaten des Teilabkommens, die im Rahmen des Europarates die sozialen Aufgaben der Organisation des Brüsseler Vertrages, später der Westeuropäischen Union (die aus dem Brüsseler Vertrag hervorging, als er durch das in Absatz 4 genannte Protokoll geändert wurde), übernommen haben und Österreich, das Mitglied des Gemeinsamen Ausschusses für die Eingliederung und Wiedereingliederung der Behinderten ist, sich immer bemüht haben, Vorkämpfer des Fortschritts auf sozialem Gebiet und auf dem verwandten Gebiet des öffentlichen Gesundheitswesens zu sein, und seit vielen Jahren Maßnahmen zur Harmonisierung ihrer Rechtsvorschriften getroffen haben;

6. In der Erwägung, daß die angeborenen und akuten rheumatischen Herzkrankheiten sich auf alle Lebensbereiche des Kranken auswirken;

7. In der Erwägung, daß die Rehabilitation dieser Menschen daher besonders wichtig ist,

Empfehlen den beteiligten Regierungen, die Maßnahmen zu ergreifen, die erforderlich sind, um

- i) über Statistiken über die Häufigkeit dieser Krankheiten zu verfügen;
- ii) sicherzustellen, daß die Statistiken international vergleichbar sind,
- iii) eine frühzeitige Diagnose und Behandlung zu fördern,
- iv) die Errichtung von Zentren zur Feststellung der körperlichen Leistungsfähigkeit zu fördern,
- v) den Erwerb einer guten Allgemeinbildung insbesondere durch junge Menschen sowie die Entwicklung

einer Berufsberatung und einer geeigneten Berufsausbildung zu fördern,

- vi) die Öffentlichkeit im allgemeinen und die Arbeitgeber einschließlich des öffentlichen Dienstes im besonderen über die Vorteile einer Wiedereingliederung Behinderter in das Arbeitsleben aufzuklären.

XXXIV.

**Rehabilitation von Personen,
die an fortschreitender chronischer Polyarthritiden leiden**
(von den Ministervertretern am 19. Februar 1971 angenommen)
— Entschließung AP (71) 2 —

Die Vertreter Belgiens, Frankreichs, der Bundesrepublik Deutschland, Italiens, Luxemburgs, der Niederlande und des Vereinigten Königreichs von Großbritannien und Nordirland im Ministerkomitee, der Staaten, die Mitglieder des Teilabkommens auf sozialem Gebiet und auf dem Gebiet des öffentlichen Gesundheitswesens sind, und der Vertreter Österreichs, das seit dem 11. September 1962 an den Arbeiten des Gemeinsamen Ausschusses für die Eingliederung und Wiedereingliederung der Behinderten im Rahmen des obengenannten Teilabkommens teilnimmt,

1. Im Hinblick auf die Empfehlung über die Rehabilitation von Personen, die an fortschreitender chronischer Polyarthritiden leiden, welche am 2. Oktober 1970 vom Gemeinsamen Ausschuss für die Eingliederung und Wiedereingliederung der Behinderten angenommen worden ist;

2. In der Erwägung, daß es nach der Satzung das Ziel des Europarates ist, eine engere Verbindung zwischen seinen Mitgliedern herzustellen, um die Ideale und Grundsätze, die ihr gemeinsames Erbe sind, zu wahren und zu verwirklichen und ihren wirtschaftlichen und sozialen Fortschritt zu fördern;

3. Gestützt auf den Brüsseler Vertrag vom 17. März 1948, durch den Belgien, Frankreich, Luxemburg, die Niederlande und das Vereinigte Königreich von Großbritannien und Nordirland ihre Entschlossenheit bekundet haben, die sozialen Bande, die sie bereits vereinen, zu stärken;

4. Gestützt auf das Protokoll zur Änderung und Ergänzung des Brüsseler Vertrages, das am 23. Oktober 1954 von den Unterzeichnerstaaten des Brüsseler Vertrages einerseits und von der Bundesrepublik Deutschland und Italien andererseits unterzeichnet worden ist;

5. In der Erwägung, daß die sieben Mitgliedstaaten des Teilabkommens, die im Rahmen des Europarates die sozialen Aufgaben der Organisation des Brüsseler Vertrages, später der Westeuropäischen Union (die aus dem Brüsseler Vertrag hervorging, als er durch das in Absatz 4 genannte Protokoll geändert wurde), übernommen haben, und Österreich, das an den Arbeiten des Gemeinsamen Ausschusses für die Eingliederung und Wiedereingliederung der Behinderten teilnimmt, sich immer bemüht haben, Vorkämpfer des Fortschritts auf sozialem Gebiet und auf dem verwandten Gebiet des öffentlichen Gesundheitswesens zu sein, und seit vielen Jahren Maßnahmen zur Harmonisierung ihrer Rechtsvorschriften getroffen haben;

6. In der Erwägung, daß von den verschiedenen rheumatischen Erkrankungen die fortschreitende chronische Polyarthritiden aufgrund ihrer Häufigkeit wie auch wegen ihrer sozialen und wirtschaftlichen Auswirkungen eine typische Volkskrankheit ist, die vor allem Menschen mittleren Alters, also den berufstätigen Teil der Bevölkerung, befällt,

Empfehlen den sieben Regierungen der Vertragsparteien des Teilabkommens und der österreichischen Regierung im Rahmen der Gesundheitserziehung geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um die besondere Aufmerksamkeit der breiten Öffentlichkeit einschließlich der Fachkreise darauf zu lenken, wie gefährlich es ist, wenn die Frühsymptome nicht erkannt werden, und daß es notwendig ist, die Krankheit frühzeitig zu behandeln, um in möglichst vielen Fällen langdauernde Arbeitsunfähigkeit und das Risiko zu vermeiden, daß alle Bemühungen um eine Rehabilitation wirkungslos bleiben.

II.

Hinweise

Inhalt des Gesetz- und Verordnungsblattes für das Land Nordrhein-Westfalen

Nr. 26 v. 14. 6. 1972

(Einzelpreis dieser Nummer 1,80 DM zuzügl. Portokosten)

Glied.- Nr.	Datum		Seite
315	30. 5. 1972	Fünftes Gesetz zur Änderung des Juristenausbildungsgesetzes (JAG)	146
315	8. 6. 1972	Sechste Verordnung zur Änderung der Juristenausbildungsordnung (JAO)	148

— MBl. NW. 1972 S. 1180.

Nr. 27 v. 16. 6. 1972

(Einzelpreis dieser Nummer 0,90 DM zuzügl. Portokosten)

	Datum		Seite
	31. 5. 1972	Verordnung über das Verfahren der zentralen Bewerbung und Verteilung von Studienplätzen für das Studium der Wirtschaftswissenschaften an den wissenschaftlichen Hochschulen des Landes Nordrhein-Westfalen an Studienanfänger des Wintersemesters 1972/73	160
	5. 6. 1972	Verordnung über das Verfahren der zentralen Bewerbung und Verteilung von Studienplätzen für Studienanfänger des Wintersemesters 1972/73 an den staatlichen Fachhochschulen und entsprechenden Studiengängen an den Gesamthochschulen des Landes Nordrhein-Westfalen	160

— MBl. NW. 1972 S. 1180.

Nr. 28 v. 19. 6. 1972

(Einzelpreis dieser Nummer 0,90 DM zuzügl. Portokosten)

Glied.- Nr.	Datum		Seite
20320	19. 5. 1972	Verordnung zur Änderung der Verordnung über die Festsetzung von Aufwandsvergütungen für Lehrer, für die Leiter der Bezirksseminare, ihre ständigen Vertreter und Fachleiter bei auswärtiger Beschäftigung	166
216	20. 5. 1972	Verordnung über die Bestandteile und Angemessenheit der Betriebskosten der Kindergärten	166
	16. 5. 1972	Bekanntmachung in Enteignungssachen; betr.: Feststellung der Zulässigkeit der Enteignung nach § 42 Abs. 2 des Landesstraßengesetzes — LStrG — vom 28. November 1961 (GV. NW. S. 305)	167

— MBl. NW. 1972 S. 1180.

Nr. 29 v. 23. 6. 1972

(Einzelpreis dieser Nummer 0,90 DM zuzügl. Portokosten)

Glied.- Nr.	Datum		Seite
7134	30. 5. 1972	Verordnung zur Änderung der Verordnung zur vorläufigen Regelung der Vergütung für die Öffentlich bestellten Vermessungsingenieure in Nordrhein-Westfalen	170
75	12. 6. 1972	Verordnung zur Änderung der Markscheiderordnung	170
7842	12. 6. 1972	Siebte Verordnung zur Änderung der Verordnung über Umlagen zur Förderung der Milchwirtschaft	171

— MBl. NW. 1972 S. 1180.

Nr. 30 v. 27. 6. 1972

(Einzelpreis dieser Nummer 0,90 DM zuzügl. Porto-kosten)

Glied.- Nr.	Datum		Seite
20303	13. 6. 1972	Fünfte Verordnung zur Änderung der Verordnung über den Erholungsurlaub der Beamten und Richter im Lande Nordrhein-Westfalen	173
2184	9. 6. 1972	Bekanntmachung der Neufassung des Sammlungsgesetzes für das Land Nordrhein-Westfalen	174
	13. 6. 1972	Verordnung zur Änderung der Übergangsgebührenordnung	176

— MBl. NW. 1972 S. 1181.

**Inhalt des Gemeinsamen Amtsblattes des Kultusministeriums
und des Ministeriums für Wissenschaft und Forschung des Landes Nordrhein-Westfalen**

Nr. 6 — Juni 1972

(Einzelpreis dieser Nummer 2,— DM zuzügl. Porto-kosten)

A. Amtlicher Teil

I Kultusminister

Personalnachrichten	222
Verordnung über den Schulbezirk der Bezirksfachklasse für Verpackungsmittelmechaniker aus der Städtischen Gewerblichen Berufsschule VI in Köln. RdErl. d. Kultusministers v. 17. 2. 1972.	224
Verordnung über den Schulbezirk der Bezirksfachklasse für Landwirte an der landwirtschaftlichen und gartenbaulichen Berufsschule des Rheinisch-Bergischen Kreises in Wipperfürth. RdErl. d. Kultusministers v. 12. 4. 1972.	224
Ausbildungsbeihilfen zur Regulierung von Härtefällen — Härtefonds 1972 —. RdErl. d. Kultusministers v. 17. 5. 1972	224
Lernmittelfreiheit; hier: Verwaltungsvorschriften zu § 5 Abs. 5 Lernmittelfreiheitsgesetz (LFG). RdErl. d. Kultusministers v. 27. 4. 1972	228
Vorbereitung der Neugestaltung der gymnasialen Oberstufe in der Sekundarstufe II; hier: Planungseinheit: Gesellschaftswissenschaftliches Aufgabenfeld in den Jahrgangsstufen 11 bis 13. RdErl. d. Kultusministers v. 17. 5. 1972	228
Wahl zwischen Latein und Französisch in den 7. Klassen der Normalform des Gymnasiums. RdErl. d. Kultusministers v. 19. 5. 1972	229
Übersetzung von Zeugnisvordrucken der Hauptschule des Landes Nordrhein-Westfalen für Kinder ausländischer Arbeitnehmer in Italienisch, Portugiesisch, Spanisch, Griechisch, Serbokroatisch und Türkisch. RdErl. d. Kultusministers v. 3. 5. 1972.	229
Ordnung der Reifeprüfung für Nichtschüler. RdErl. d. Kultusministers v. 19. 5. 1972	230
Errichtung von Bezirksseminaren für das Lehramt an der Grundschule und Hauptschule. RdErl. d. Kultusministers v. 26. 4. 1972	237
Ferienordnung für das Jahr 1973. RdErl. d. Kultusministers v. 24. 5. 1972	237
Berufsgrundschuljahr; hier: Zeugniserteilung und Berechtigungen. RdErl. d. Kultusministers v. 12. 5. 1972	237

Ordnung der Fremdenprüfung zur Erlangung der Fachoberschulreife für staatlich geprüfte Techniker, Betriebswirte und Fachkaufleute, die im Land Nordrhein-Westfalen geprüft worden sind; hier: Ergänzung. RdErl. d. Kultusministers v. 24. 4. 1972

Erwerb der Fachhochschulreife durch staatlich anerkannte Erzieher. RdErl. d. Kultusministers v. 24. 4. 1972

Berichtigung
Bestimmungen über Ausbildung, Prüfung und Anerkennung als Leiterin/Leiter eines Schulkindergartens. RdErl. d. Kultusministers v. 14. 1. 1972

II-Minister für Wissenschaft und Forschung

Personalnachrichten	239
Wahlordnung zur Wahl für die Gründungssenate der am 1. August 1972 zu errichtenden Gesamthochschulen. Bek. d. Ministers für Wissenschaft und Forschung v. 19. 5. 1972	240
Änderung der Promotionsordnung der Philosophischen Fakultät der Universität Bona. Bek. d. Ministers für Wissenschaft und Forschung v. 17. 5. 1972	245
Ordnung für die Magisterprüfung der Philosophischen Fakultät der Universität Düsseldorf. Bek. d. Ministers für Wissenschaft und Forschung v. 10. 5. 1972	245
Promotionsordnung der Pädagogischen Hochschule Rheinland; hier: Änderung. Bek. d. Ministers für Wissenschaft und Forschung v. 26. 4. 1972	247

B. Nichtamtlicher Teil

Empfehlungen zur Behandlung der deutsch-polnischen Beziehungen; in den Schulbüchern der Volksrepublik Polen und der Bundesrepublik Deutschland	247
Inhaltsverzeichnis des Ministerialblattes für das Land Nordrhein-Westfalen für die Ausgaben vom 17. April bis 26. Mai 1972	252
Inhaltsverzeichnis des Gesetz- und Verordnungsblattes für das Land Nordrhein-Westfalen für die Ausgaben vom 5. Mai bis 12. Mai 1972	257

— MBl. NW. 1972 S. 1181.

