



GESCHÄFTSBERICHT 2015

BAR e.V.
GESCHÄFTSBERICHT 2015



Einleitung 6



1
FAKTEN – ANALYSIEREN UND AUSWERTEN 8
 Rehabilitation in Zahlen und Daten 10
 Trägerübergreifende Ausgaben- und Leistungsstatistik 12



2
WERKSTATT BAR – ERARBEITETES IM PROZESS 24
 Beschäftigungsfähigkeit und Rehabilitation 26
 Rehabilitation braucht verbindliche Zusammenarbeit 28
 Reha-Prozess und Beratung 30
 Zielgruppen im Fokus 32



3
POLITIK MITGESTALTEN – WEITERENTWICKLUNG DER REHA 34
 Der Orientierungsrahmen für die Arbeit der BAR 2016 – 2018 38



4
ÖFFENTLICHKEIT ERZEUGEN – SENSIBILISIEREN UND VERMITTELN 40
 BAR berichtet 42
 BAR publiziert 48
 BAR veranstaltet 52
 BAR qualifiziert 56



5
DIE BAR ALS ORGANISATION 58
 Die Mitglieder 58
 Die Gremien 60
 Organe und Ausschüsse 62

EINLEITUNG

Politische Veränderungen und Reformen wie das Bundesteilhabegesetz, die SGB IX-Reform und die Pflegereform: Erwartungsvolle Debatten bestimmen die Reha-Welt. Aber das Alltagsgeschäft läuft, kontinuierlich und beharrlich. Es ist eine Konstante, deren tagtägliche Ergebnisse erst die Grundlage für große Reformen sind. Das, was sich quasi unter dem öffentlichen Radar abspielt, ist ein permanentes Koordinations- und Kooperationsnetzwerk, dessen Aufgabe es ist, das System Rehabilitation und Teilhabe kontinuierlich weiterzuentwickeln und damit zu optimieren.

Das Selbstverständnis der BAR ist und bleibt mit dieser Aufgabe verknüpft. Ein solches Koordinations- und Kooperationsnetzwerk kann nur dann wirken und seine Adressaten finden, wenn diese auch verstärkt in den Blick genommen werden, mit einer veränderten Perspektive, die sich auf den Menschen mit Behinderung einlässt, sich auf ihn einstellt.

Dem, was mit dem Begriff Personenzentrierung bezeichnet wird, muss sich dann alles andere neu zuordnen: Die Ausrichtung und Flexibilisierung der Unterstützungsleistungen, die Planung und Durchführung von Maßnahmen, die trägerübergreifende Koordination und Kooperation.

Personenzentrierung, Beratung, Netzwerke, das sind Schlüsselbegriffe für den Erfolg von Rehabilitation. Sie mit Leben zu füllen, setzt einschlägige Kenntnisse voraus, aber vor allem auch abgestimmte Strukturen und Prozesse. Grundvoraussetzung sind Neugier, Empathiefähigkeit, Kreativität, Engagement und Respekt.

Ansatzpunkte der BAR

Die BAR hat im Konzert der Akteure eine ganze Reihe an Möglichkeiten sich einzubringen. Grundlage sind die Perspektiven der Weiterentwicklung des Systems Reha und Teilhabe. Die anstehenden Herausforderungen spiegeln sich in den Vorhaben und Aktivitäten der BAR in ihrer ganzen Vielschichtigkeit. Alles ist darauf ausgerichtet, die verschiedenen Akteure zusammenzubringen und Interessenslagen zu bündeln. Eine Plattform zu bilden, auf der das Notwendige, das Mögliche und das Wünschenswerte geplant und erarbeitet wird.

Die Ansatzpunkte hierfür sind immer kooperativ und partizipativ: Gesetzliche Instrumente ausgestalten (Gemeinsame Empfehlungen), gemeinsame Standards entwickeln (Beratung), Wissenstransfer, Fort- und Weiterbildung, Aufklärungsarbeit und wo möglich die Komplexität des gegliederten Systems zu reduzieren. Am Ziel ändert sich nichts: Selbständige Lebensführung und Inklusion behinderter Menschen als Grundprinzip gesellschaftlichen Zusammenlebens.



Markus Hofmann
Vorstandsvorsitzender
der BAR



Dr. Volker Hansen
Vorstandsvorsitzender
der BAR



Dr. Helga Seel
Geschäftsführerin
der BAR

FAKTEN – ANALYSIEREN UND AUSWERTEN

OHNE ZAHLEN GEHT ES NICHT. DENN BEDARFGERECHTE SOZIALPOLITIK FUßT AUF AUSFÜHRLICHEN UND GENAUEN FAKTEN. DASS REHA EINE VERLÄSSLICHE DATENLAGE BRAUCHT, MACHEN NEBEN DER PRAXISERFAHRUNG VOR ALLEM HANDLUNGSaufTRÄGE, WIE IN ARTIKEL 31 DER UN-BRK (STATISTIK UND DATENSAMMLUNG) FESTGESCHRIEBEN, DEUTLICH. NUR SO KÖNNEN MAßNAHMEN ZUR UMFASSENDEN VERWIRKLICHUNG VON REHABILITATION UND TEILHABE ERGRIFFEN UND UMGESETZT WERDEN.

DAHER BÜNDELT DIE BAR JÄHRLICH DIE AKTUELLEN TRÄGERSPEZIFISCHEN ZAHLEN, DATEN UND FAKTEN, BEREITET SIE AUF UND STELLT SIE IHREN MITGLIEDERN UND DER ÖFFENTLICHKEIT ZUR VERFÜGUNG. IM 3-JAHRESVERGLEICH ZEIGT DIE BAR-STATISTIK DIE AUSGABEN DER UNTERSCHIEDLICHEN REHA-TRÄGER FÜR REHABILITATION UND TEILHABE.

1

REHABILITATION IN ZAHLEN UND DATEN	10
TRÄGERÜBERGREIFENDE AUSGABEN- UND LEISTUNGSSTATISTIK	12

FAKTEN – ANALYSIEREN UND AUSWERTEN

REHABILITATION IN ZAHLEN UND DATEN

Das Rehabilitationsgeschehen – Zahlen sprechen Bände

Menschen, die im Fokus von Reha und Teilhabe stehen, sind alles andere als eine Randgruppe. Die Zahlen belegen das auf eindrucksvolle Weise. Um ihre Teilhabe kontinuierlich weiter zu verbessern und Bedarfe zu erkennen, braucht es auch verlässliches Zahlenmaterial. Die kommentarlose Zusammenstellung aussagekräftiger Daten, die im Zusammenhang mit Rehabilitation und Teilhabe stehen, bietet eine andere Form des Erkenntnisprozesses. Sie polarisiert, provoziert und simplifiziert – als Anregung zur Interpretation, Diskussion und weiteren Aktivwerdens im Rahmen der BAR.

- ¹ Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (2015): Soziale Selbstverwaltung, Analysen und Informationen zur sozialen Sicherung.
- ² BKK Dachverband (2015): BKK Gesundheitsreport 2015.
- ³ AOK Bundesverband (2015): Fehlzeiten-Report 2015.
- ⁴ AOK Bundesverband (2015): Fehlzeiten-Report 2015.
- ⁵ Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation (2015): Rehabilitation in Deutschland – beispielgebend für Europa.
- ⁶ Deutsche Rentenversicherung (2015): Reha-Bericht 2015. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik.
- ⁷ Robert Koch Institut (2015): Gesundheit in Deutschland. Zusammenfassung des Berichts.
- ⁸ Demografie Portal des Bundes und der Länder (2015): Zahlen und Fakten.
- ⁹ Deutsche Rentenversicherung (2015): Reha-Bericht 2015. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik.
- ¹⁰ Landschaftsverband Westfalen-Lippe (2015): Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen. Amtliche Ergebnisse.

In Deutschland erreichte das Sozialbudget – zur Finanzierung aller erbrachten Sozialleistungen – ein Rekordvolumen von **849,2 Mrd. Euro**. Es stieg im Vergleich zum Vorjahr 2013 um plus 3,8%. ¹

Arbeitnehmer haben sich 2013 im Durchschnitt 17,8 Tage krank gemeldet. Im Vergleich zum Vorjahr entspricht das einer Zunahme von **7,3%** oder 1,2 Tage. ²

Über **50%** der Auszubildenden klagen beim Thema Gesundheit über körperliche Beschwerden, **46,1%** auch über psychische Beschwerden. ³

Nach einer Stagnation im Jahr 2013 sind die Fälle psychisch erkrankter Menschen mit einem Plus von **9,7%** erneut deutlich angestiegen. ⁴

In Deutschland werden im Jahr rund 2 Mio. Patienten in 1.239 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit insgesamt **171.000 Betten** behandelt. ⁵

85% der Rehabilitanden sind im Verlauf von 2 Jahren nach Abschluss ihrer Rehabilitation wieder erwerbsfähig. ⁶

Laut des im Juli 2015 in Kraft getretenen Präventionsgesetzes werden die Krankenkassen statt derzeit **289 Mio.** Euro künftig bis zu 500 Mio. Euro im Jahr für Primärprävention ausgeben. ⁷

Folgt man Zukunftsprognosen, steigt die Zahl der Pflegebedürftigen bis 2060 auf **4,7 Mio.** Das hieße, 6% der Gesamtbevölkerung wären pflegebedürftig – doppelt so viele Menschen wie heute. ⁸

Bei körperlichen Erkrankungen kostet eine stationäre medizinische Rehabilitation ca. 2.727 Euro. Wird eine medizinische Rehabilitation bei psychischen und Abhängigkeitserkrankungen erforderlich, schlägt diese im Durchschnitt längere Leistung mit **6.285 Euro** zu Buche. ⁹

Von rund 29 Mrd. Euro (brutto) an Sozialhilfeleistungen entfiel im Jahr 2014 mehr als die Hälfte auf die Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung. Mit **16,4 Mrd.** stieg der Wert dabei im Vergleich zum Vorjahr um 0,8 Mrd. Euro, das entspricht einem Mehr von ca. 5%. ¹⁰

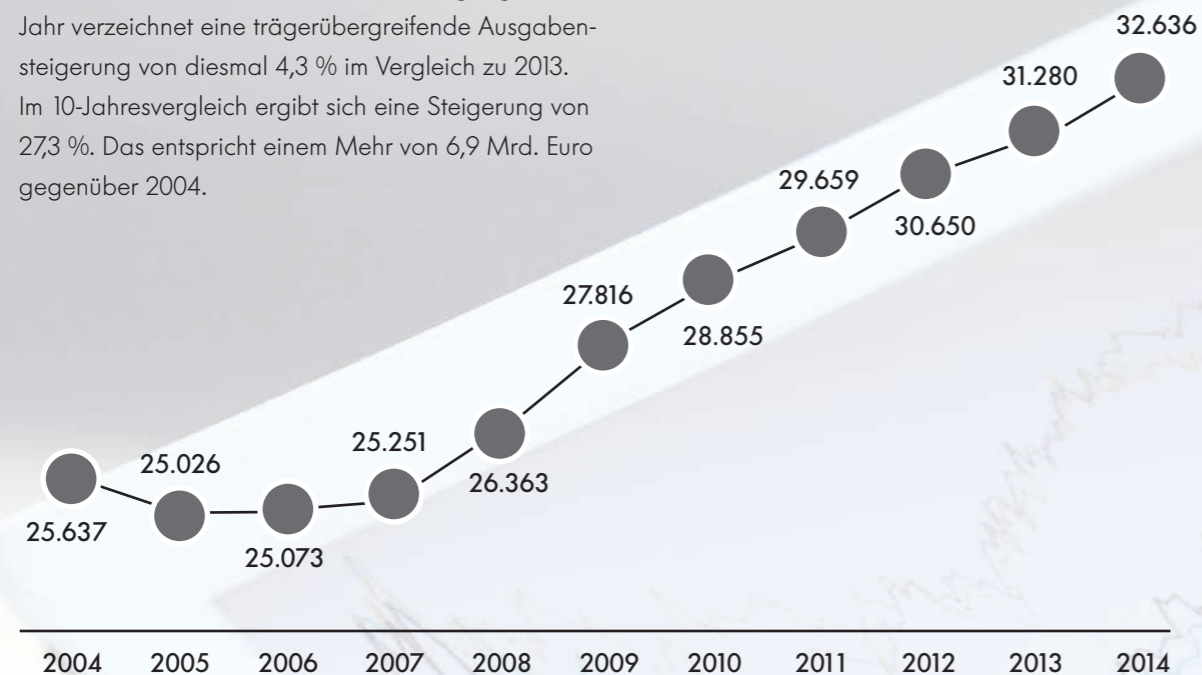
FAKTEN – ANALYSIEREN UND AUSWERTEN

TRÄGERÜBERGREIFENDE AUSGABEN- UND LEISTUNGSSTATISTIK

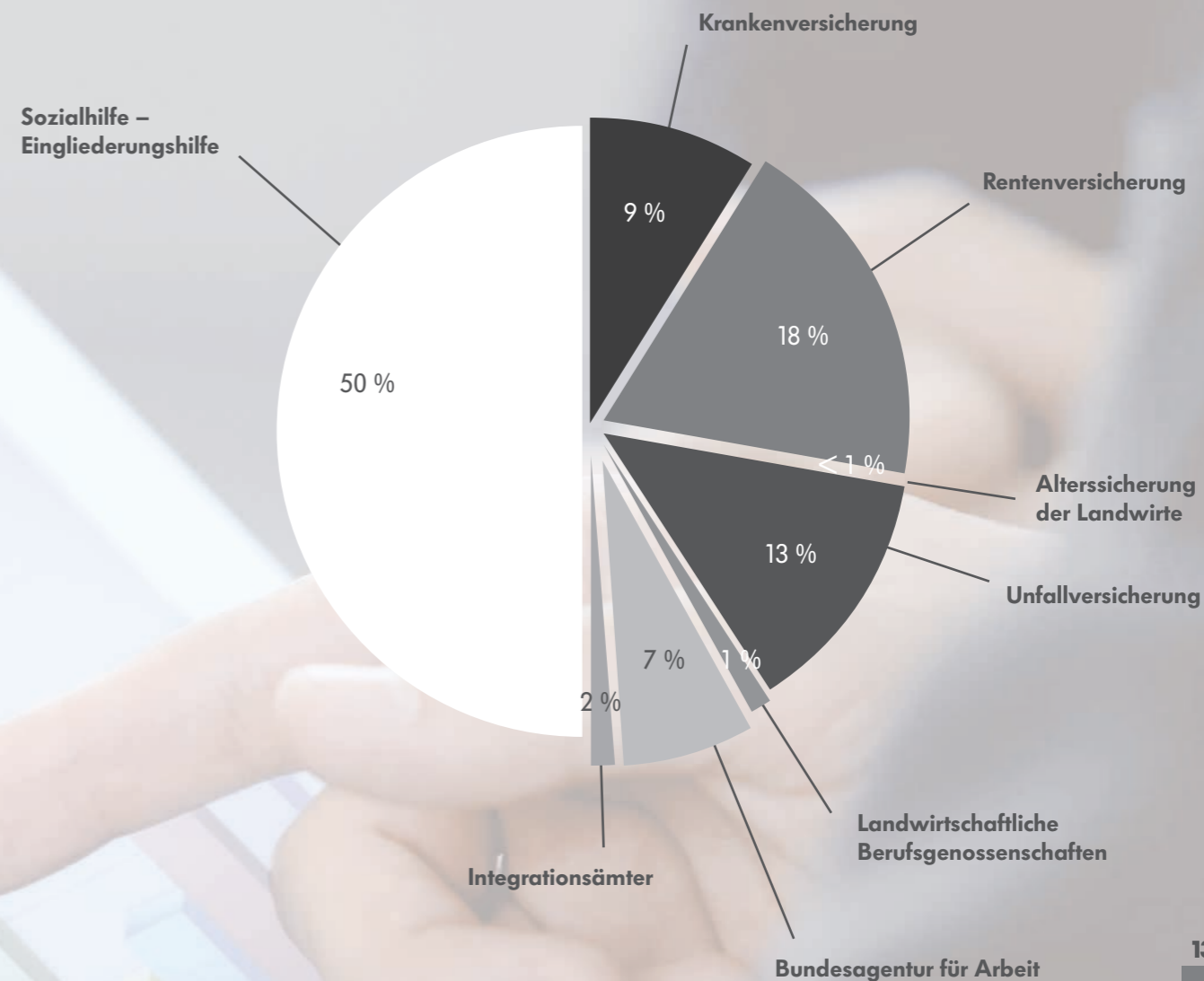
32,6 Mrd. Euro für Reha-Leistungen

Dass die Ausgaben für Reha und Teilhabe kontinuierlich steigen, macht nicht nur der Dreijahresvergleich deutlich. Geht man weiter zurück und blickt auf die letzten 10 Jahre, ist ein steter Aufwärtstrend erkennbar, der sich 2014 fortsetzt. Auch das vergangene Jahr verzeichnet eine trägerübergreifende Ausgabensteigerung von diesmal 4,3 % im Vergleich zu 2013. Im 10-Jahresvergleich ergibt sich eine Steigerung von 27,3 %. Das entspricht einem Mehr von 6,9 Mrd. Euro gegenüber 2004.

Lässt sich der Aufwärtstrend auch auf die einzelnen Trägerbereiche übertragen? Dazu eine nähere Betrachtung der Zahlen.



AUSGABEN-VERHÄLTNIS DER REHA-TRÄGER 2014 (IN %)



AUSGABEN FÜR REHABILITATION UND TEILHABE (IN MIO. EURO)*

	2012	2013	2014	Veränd. zum Vorjahr
Krankenversicherung	Σ 2.768	2.840	2.961	4,2%
Stationäre Anschlussrehabilitation gesamt	1.682	1.691	1.730	2,3%
Stationäre Rehabilitation gesamt	324	360	383	6,3%
Rehabilitation für Mütter und Väter	20	18	14	-18,9%
Ambulante Rehabilitation gesamt	110	113	116	2,5%
Beiträge zur UV für Rehabilitanden	63	59	54	-9,7%
Rehasport / Funktionstraining	170	189	214	13,7%
Sonstige ergänzende Leistungen	87	91	101	11,4%
Leistungen in sozialpäd. Zentren	195	189	205	8,9%
Belastungsproben u. Arbeitstherapie	0,6	0,7	0,5	-30,4%
Leistungen in Frühförderstellen	89	99	107	8,2%
Ergänzende Leistungen zur Reha (DMP)	19	20	21	3,9%
Persönliches Budget	8,6	11,6	15	29,3%
Rentenversicherung	Σ 5.862	5.841	6.031	3,2%
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	3.859	3.830	3.947	3,1%
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (ITA)	1.172	1.194	1.246	4,4%
Sonstige Leistungen nach § 31 SGB VI	504	482	487	1,1%
Sozialversicherungsbeiträge	327	335	350	4,6%
Persönliches Budget	0,3	0,5	0,5	5,8%
Altersicherung der Landwirte	Σ 14,9	14,6	13,3	-8,7%
Unfallversicherung**	Σ 3.850	3.997	4.152	3,9%
Ambulante Heilbehandlung u. Zahnersatz	1.308	1.348	1.402	4,0%
Stat. Behandlung u. häusl. Krankenpflege	1.042	1.079	1.117	3,6%
Verletztengeld und bes. Unterstützung	601	640	659	2,9%
Sonstige Heilbehandlungskosten	714	747	788	5,4%
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (ITA)	185	184	186	1,6%
Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften	Σ 328	332	349	5,1%
Persönliches Budget	0,8	1	1,3	34,8%
Bundesagentur für Arbeit	Σ 2.269	2.234	2.266	1,4%
Pflichtleistungen der IJA	2.154	2.113	2.141	1,3%
Ermessensleistungen der IJA	108	113	115	1,3%
Persönliches Budget	6,7	8	9,9	24,0%
Integrationsämter	Σ 429	447	507	13,5%
Begleitende Hilfe im Arbeitsleben	330	346	384	11,0%
Arbeitsmarktprogramme	31	25	43	71,3%
Sonstige Leistungen, darunter	67	75	80	6,1%
Persönliches Budget	0,1	0,5	0,3	-27,7%
Sozialhilfe - Eingliederungshilfe	Σ 15.129	15.575	16.358	5,0%
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	39	35	36	3,2%
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	39	33	32	-1,7%
Leistungen in anerkannten VföM	3.855	4.037	4.241	5,1%
Weitere Leistungen zur Teilhabe, darunter	11.196	11.471	12.048	5,0%
Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nach § 55 SGB IX	9.622	9.843	10.305	4,7%
Weitere Leistungen der Eingliederungshilfe nach § 54 SGB XII	1.118	1.199	1.304	8,7%
Sonstige Leistungen der Eingliederungshilfe	456	429	440	2,6%
Ausgaben insgesamt	Σ 30.650	31.280	32.636	4,3%

* Abweichungen im Summenverhältnis ergeben sich durch das Runden der Zahlen.

Für die Richtigkeit der genannten Zahlen können wir keine Gewähr übernehmen, da diese in der Verantwortung der einzelnen Herausgeber liegen.

** In der DGUV kann eine Aufspaltung der Ausgaben zur Heilbehandlung und zur medizinischen Rehabilitation nicht vorgenommen werden.

Quellen:

BMG, Endgültige Rechnungsergebnisse der Gesetzlichen Krankenversicherung 2012-2014

Statistik der Deutschen Rentenversicherung, Rehabilitation 2012-2014

Landwirtschaftliche Altersversicherung, Geschäfts- und Rechnungsergebnisse 2012-2014

DGUV, Geschäfts- und Rechnungsergebnisse 2012-2014

Landwirtschaftliche Unfallversicherung, Geschäfts- und Rechnungsergebnisse 2012-2014

Bundesagentur für Arbeit, Monatsergebnisse des Beitragshaushalts 2012-2014

BIH, Jahresbericht 2012-2014

Statistisches Bundesamt, Statistik der Sozialhilfe 2012-2014

LEISTUNGEN DER MEDIZINISCHEN REHABILITATION UND ZUR TEILHABE AM ARBEITSLEBEN

	2010	2011	2012	2013	2014
--	------	------	------	------	------

Leistungen der medizinischen Rehabilitation

Krankenversicherung*	796.122	800.154	765.241	759.824	802.915
Rentenversicherung**	996.154	966.323	1.004.617	988.380	1.014.763
* Rehafälle					
** abgeschlossene Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Übergangsgeldfälle)					

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Bundesagentur für Arbeit*	147.686	137.843	129.201	123.825	121.056
Rentenversicherung**	135.211	130.888	126.917	128.518	142.323
* Jahresdurchschnitt Bestand der Rehabilitanden (SGB III)					
** abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben					

GESAMT (LEISTUNGEN)	Σ	2.075.173	2.035.208	2.025.976	2.000.547	2.081.057
----------------------------	----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

Anträge auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation

Krankenversicherung	1.006.864	933.231	960.452	962.259	1.037.335
Rentenversicherung	1.669.142	1.690.818	1.692.801	1.670.139	1.724.277

Anträge auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Bundesagentur für Arbeit					
Rentenversicherung	412.966	397.388	403.938	407.265	417.531

GESAMT (ANTRÄGE)	Σ	3.088.972	3.021.437	3.057.191	3.039.663	3.179.143
-------------------------	----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

Quellen:

Statistik der Deutschen Rentenversicherung, Rehabilitation 2007-2014

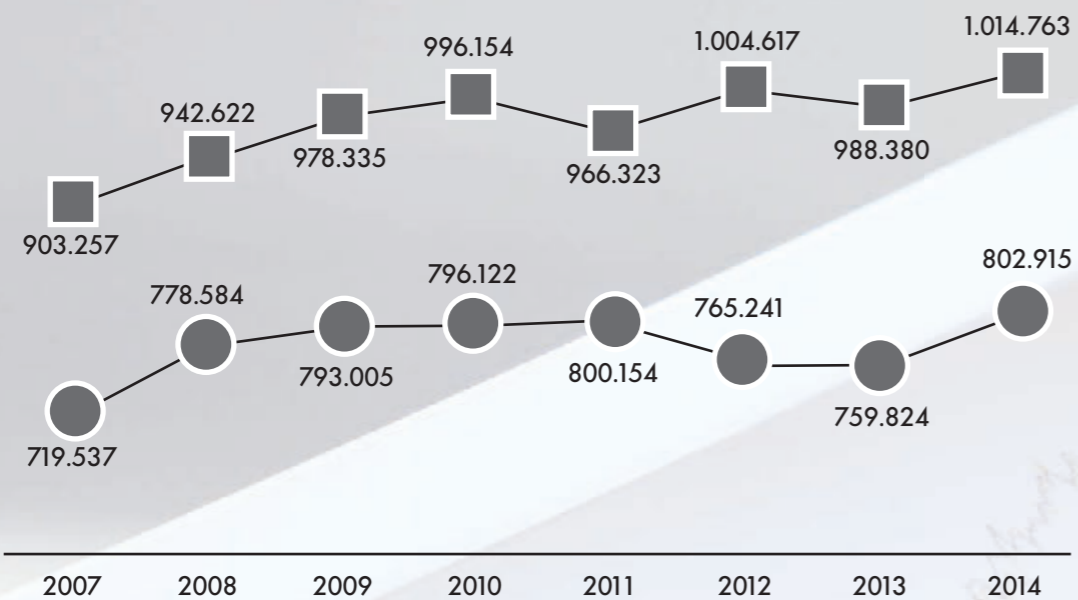
Bundesagentur für Arbeit, Förderstatistik, Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben – Rehabilitanden Deutschland 2007-2014

BMG, Ergebnisse der Statistik KG5, Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen der Gesetzlichen Krankenversicherungen 2009-2014

BMG, Gesetzliche Krankenversicherung, Leistungsfälle und -tage 2013, Ergebnisse der GKV-Statistiken KG2/2007-213 und KG5/2007-2014



LEISTUNGEN DER MEDIZINISCHEN REHABILITATION

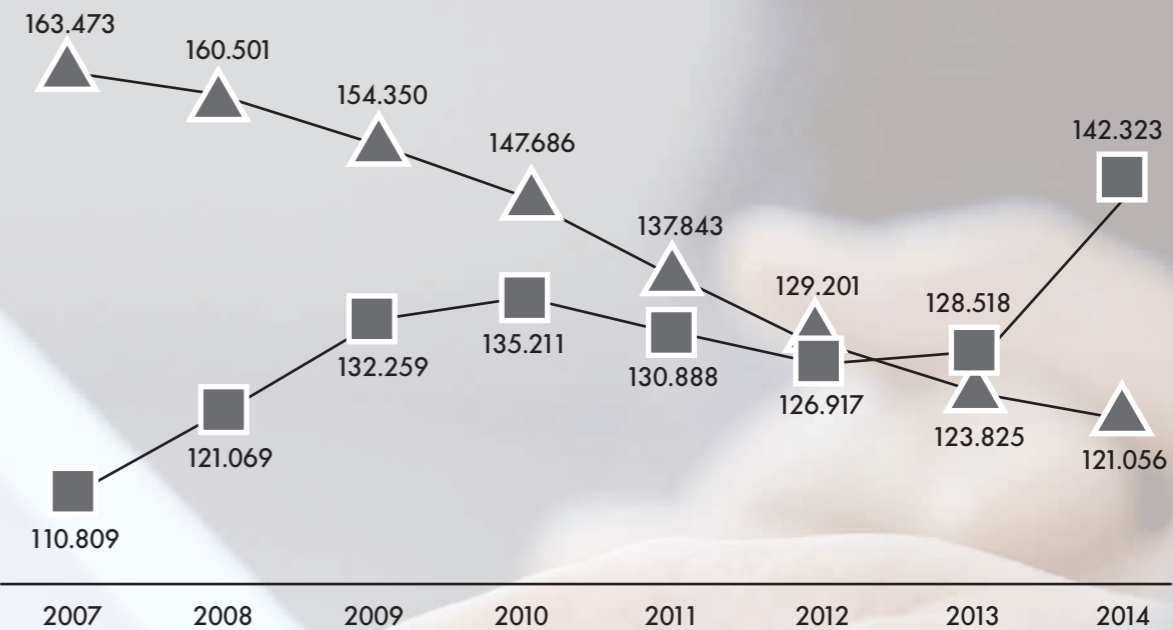


● Krankenversicherung* ■ Rentenversicherung**

* Reha-Fälle

** abgeschlossene Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Übergangsgeldfälle)

LEISTUNGEN ZUR TEILHABE AM ARBEITSLEBEN

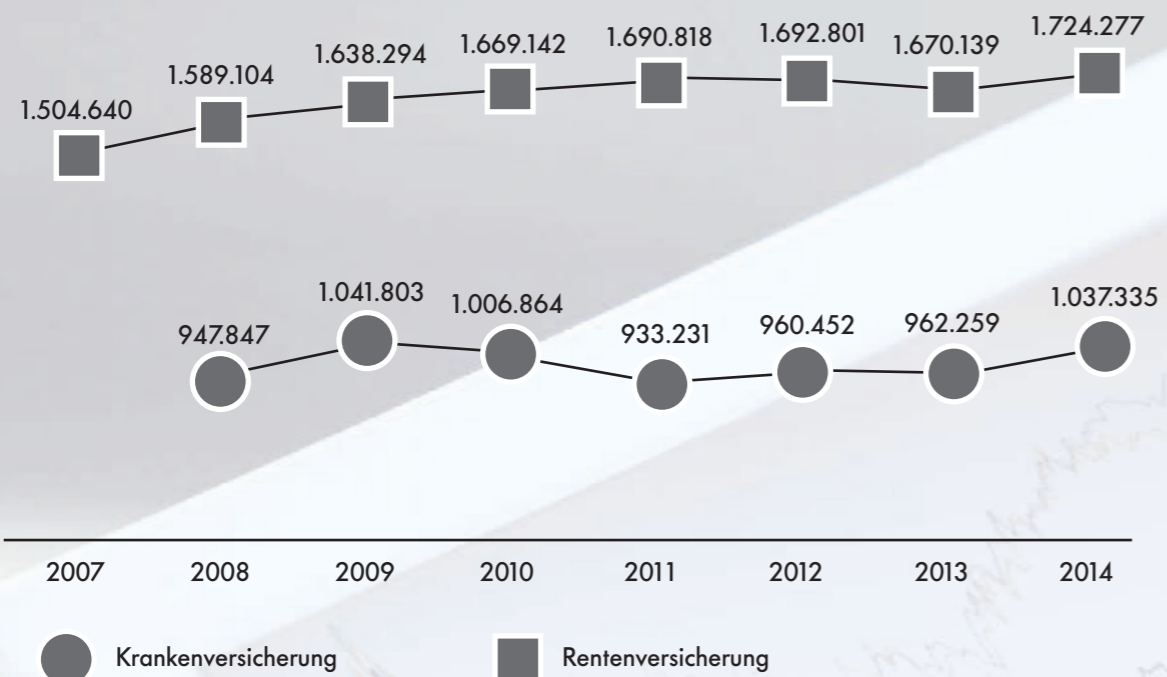


▲ Bundesagentur für Arbeit* ■ Rentenversicherung**

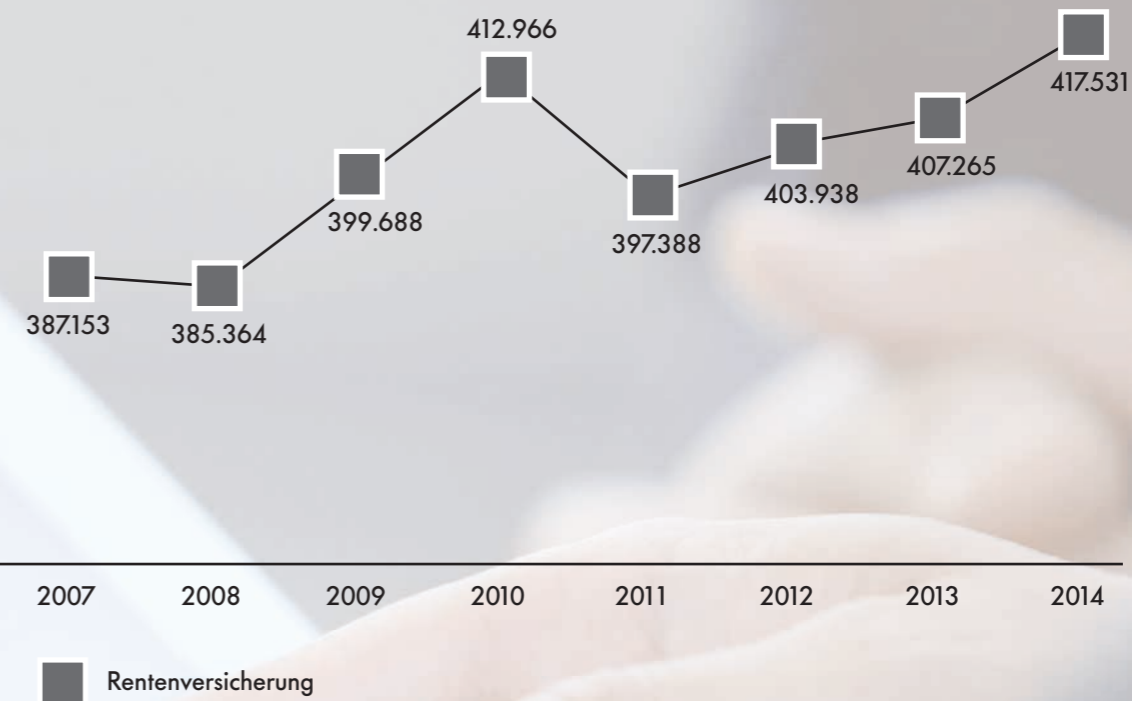
* Jahresdurchschnitt Bestand der Rehabilitanden (SGB III)

** abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

ANTRÄGE AUF LEISTUNGEN DER MEDIZINISCHEN REHABILITATION

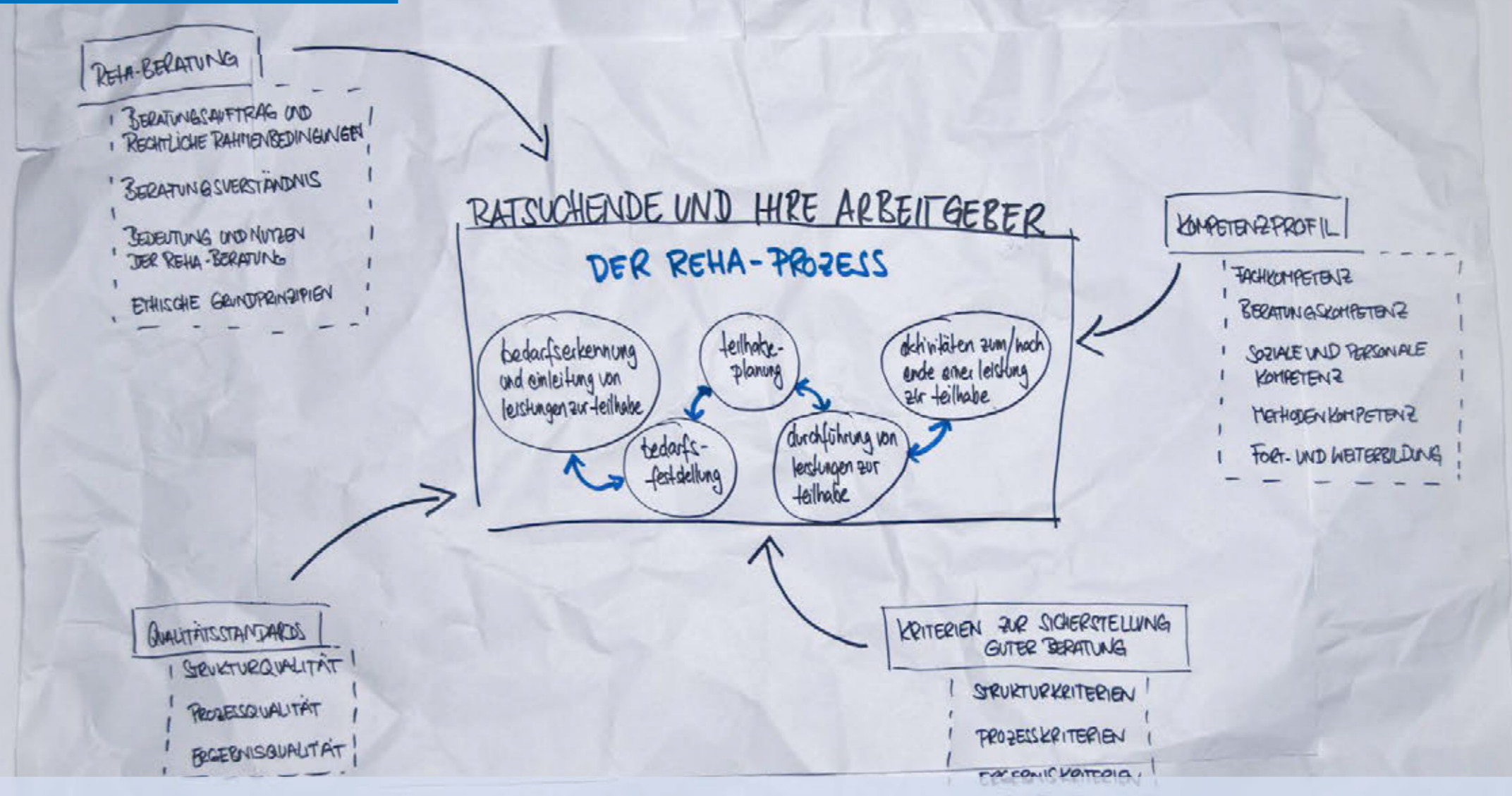


ANTRÄGE AUF LEISTUNGEN ZUR TEILHABE AM ARBEITSLEBEN



WERKSTATT BAR – ERARBEITETES IM PROZESS

EIN BLICK IN DIE WERKSTATT GENÜGT MEISTENS, UM ZU SEHEN WO MAN DRAN IST. HIER WIRD INTENSIV GEARBEITET. DAS, WAS IN EINER WERKSTATT PRODUZIERT, REPARIERT ODER PRÄPARIERT WIRD, PASSIERT OFT IN AUFWENDIGEN ARBEITSPROZESSEN.



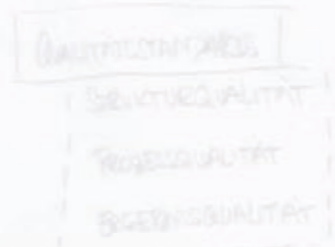
2

BESCHÄFTIGUNGSFÄHIGKEIT UND REHABILITATION	26
REHABILITATION BRAUCHT VERBINDLICHE ZUSAMMENARBEIT	28
REHAPROZESS UND BERATUNG	30
ZIELGRUPPEN IM FOKUS	32

WERKSTATT BAR – ERARBEITETES IM PROZESS

Wirft man also einen genauen Blick in eine Werkstatt, wird schnell deutlich, wie schwierig und anspruchsvoll die Erarbeitung selbst scheinbar einfachster Produkte ist. Wenn in der „BAR-Werkstatt“ Methoden und Werkzeuge zum besseren Gelingen von Kommunikation, Koordination und Kooperation innerhalb eines ausdifferenzierten Systems entwickelt und eingesetzt werden, zeigt sich, an wie vielen unterschiedlichen Stellschrauben gedreht werden muss, um ein funktionierendes Räderwerk zu garantieren. Und wie viele Gedanken und Methoden nötig sind, um Menschen und Organisationen mit unterschiedlichen Aufgaben und oftmals unterschiedlichen Zielrichtungen in die vielschichtigen Arbeitsprozesse zu integrieren.

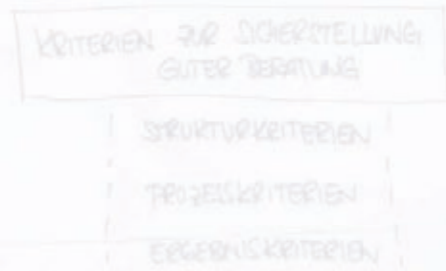
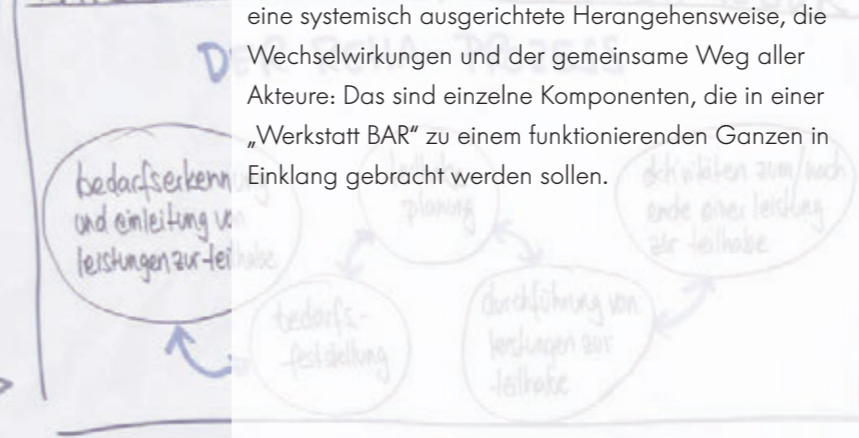
Ein Blick in die „Werkstatt BAR“ zeigt die anspruchsvollen Aufgabenfelder und Projekte, deren Nutzen es sein soll, die im System von Reha und Teilhabe möglichen Leistungen sichtbar zu machen und zu verbessern. Das Aufgabenfeld Reha und Teilhabe ist komplex. Gleichzeitig stehen alle Akteure vor der Herausforderung, die Teilhabe von Menschen mit Behinderung sicherzustellen. Die stetig wachsende Bedeutung von Rehabilitation und Teilhabe macht sich an den maßgeblichen Einflussfaktoren der aktuellen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen fest: Demografischer Wandel, Rente mit 67, Erhalt von Beschäftigungsfähigkeit – um nur einige Stichpunkte zu nennen.



Die daraus resultierenden gesellschaftlichen Veränderungen müssen mit den Anforderungen an Inklusion und Teilhabe behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen harmonisiert werden. Der Einzelne als Teil eines größeren Ganzen, Personenzentrierung, die stärkere ökonomische Sicht auf die Leistungen, eine systemisch ausgerichtete Herangehensweise, die Wechselwirkungen und der gemeinsame Weg aller Akteure: Das sind einzelne Komponenten, die in einer „Werkstatt BAR“ zu einem funktionierenden Ganzen in Einklang gebracht werden sollen.

Dazu sind solide Werkzeuge notwendig, motivierte Gestalter und mutige Umsetzer, Idealisten, Realisten und Raum zur Entfaltung. „Die Werkstatt BAR“ ist die Plattform, mit Diagnoseareal, Fertigungshalle und Zukunftswerkstatt. Die Werkzeuge sind Projektmanagement, Kommunikation, Vernetzung, Workshop, Arbeitsgruppe. Die Produkte sind Publikationen für Internet und Druck, abgestimmt auf die jeweilige Zielgruppe: die Mitglieder der BAR, behinderte, von Behinderung bedrohte und chronisch kranke Menschen, an der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen beteiligte Verbände und Organisationen, Fachexpertinnen und -experten und die Öffentlichkeit insgesamt.

RATSUCHEN



FÖRDERUNG UND WARTUNG

WERKSTATT BAR – ERARBEITETES IM PROZESS

BESCHÄFTIGUNGSFÄHIGKEIT UND REHABILITATION

Im Erhalt der Gesundheit erwerbstätiger Menschen und ihrer Beschäftigung trotz gesundheitlicher Einschränkungen zeigt sich der Wert von Rehabilitation für die Sozialversicherung. Der demografische Wandel und seine Auswirkungen auf die Lebens- und Arbeitswelten sind hinlänglich bekannt. Die entscheidende Aufgabe für die kommenden Jahre ist daher gut abzuschätzen: Die Gestaltung einer demografie-festen Gesellschafts- und Unternehmenspolitik, der sich Arbeitgeber, Sozialversicherungsträger und Politik zukünftig verstärkt zu stellen haben. Denn: Gerade die Sozialleistungsträger sind es, die im Einzelfall auch die finanziellen Folgen des Scheiterns der Bemühungen um die Erhaltung und Wiederherstellung von Arbeits-, Erwerbs- und Beschäftigungsfähigkeit weitgehend tragen müssen. Hierbei ergeben sich Konsequenzen auf verschiedenen Ebenen.

Neben der wesentlichen Frage der Effektivität und Effizienz von Rehabilitationsleistungen und präventiver Aspekte, ist sicher die Frage verzahnter Leistungen in jedem Einzelfall von zentraler Bedeutung. Gerade die Komplexität psychischer Erkrankungen und deren Auswirkungen auf die Beschäftigungsfähigkeit machen deutlich, dass ein koordiniertes Zusammenwirken der betrieblich, kurativ-therapeutisch, psychosozial und rehabilitativ tätigen Akteure wichtig ist, damit Hilfen möglichst frühzeitig, nahtlos und damit effektiv einsetzen können.

Wenn, wie aktuell, Menschen mit Behinderung überproportional häufig arbeitslos sind und zugleich die Teilhabe am Arbeitsleben ein wichtiges sozialpolitisches Ziel ist, wird in einer alternden Gesellschaft daher auch die Frage bedeutsamer, mit welchen Mitteln und Anreizen diese Erwerbspotenziale zukünftig für Wirtschaftsprozesse besser erschlossen werden können. In der Gesamtschau zeigt sich: Im Themenfeld „Beschäftigungsfähigkeit und Rehabilitation“ ergeben sich trägerübergreifende Fragen innerhalb der Rehabilitation, an ihren Rändern und über diese hinaus. Die Rehabilitationsträger haben dies längst erkannt. Sie widmen sich aktuell und zukünftig verschiedenen Ansätzen der Sicherung und (Wieder)Herstellung von Beschäftigungsfähigkeit auch auf Ebene der BAR.

Unter dem thematischen Dach „Rehabilitation im Kontext der Sicherung und Wiederherstellung der Beschäftigungsfähigkeit“ gibt es drei Teilprojekte. Das erste Teilprojekt **„Beschäftigungsfähigkeit durch Betriebliches Eingliederungsmanagement“** ist abgeschlossen. Als Ergebnis stellt die BAR ein kompaktes Info-Blatt für Arbeitgeber und weitere praxisrelevante Materialien auf der Homepage zur Verfügung. Im Projekt **„Beschäftigungsfähigkeit im Kontext psychischer Gesundheit“** stehen Fragen wie frühzeitige Bedarfserkennung, rechtzeitiger Therapiezugang und verzahnte Leistungsangebote im Fokus. Dabei sollen Handlungsbedarfe und mögliche

Versorgungslücken aufgezeigt werden. Im dritten Teilprojekt **„Beschäftigungsfähigkeit durch verbesserte Verzahnung von Rehabilitation mit Prävention in der Arbeitswelt“** werden im Dialog mit betrieblichen Akteuren Handlungsbedarfe aufgezeigt und gesundheitsfördernde Strategien entwickelt. Die gemeinsame Aufgabe lautet mithin, betriebliche Akteure mit Handlungskompetenzen auf dem Feld der Prävention und Rehabilitation auszustatten. Zwei Veranstaltungen haben in diesem Zusammenhang wichtige Impulse gesetzt: Im Februar 2015 das BAR-Fachgespräch mit dem Titel **„Unternehmen und Sozialversicherung im**

Dialog – Auf dem Weg zur Vernetzung“ sowie im März 2015 ein **Diskussionsforum zur „Leistungsgestaltung für Menschen mit psychischer Erkrankung als gemeinsame Herausforderung der Sozialleistungsträger“**. Zwei Informationsbroschüren der BAR wurden grundlegend überarbeitet und komplettieren das Portfolio: **Die Gemeinsame Empfehlung „Integrationsfachdienste“** und die Arbeitshilfe **„Stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess“** mit Fallbeispielen, Formularen, Rechtsquellen und weiterführenden Literaturhinweisen.

CHECKLISTE BAR Werkstatt

- Projekt „Beschäftigungsfähigkeit durch Betriebliches Eingliederungsmanagement“
- Projekt „Beschäftigungsfähigkeit im Kontext psychischer Gesundheit“
- Projekt „Beschäftigungsfähigkeit durch verbesserte Verzahnung von Rehabilitation mit Prävention in der Arbeitswelt“
- BAR Fachgespräch 2015 „Unternehmen und Sozialversicherung im Dialog – Auf dem Weg zur Vernetzung“
- Diskussionsforum zur „Leistungsgestaltung für Menschen mit psychischer Erkrankung als gemeinsame Herausforderung der Sozialleistungsträger“, Reha-Kolloquium 2015
- InfoKompakt „Betriebliches Eingliederungsmanagement“
- Gemeinsame Empfehlung „Integrationsfachdienste“
- Arbeitshilfe „Stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess“

WERKSTATT BAR – ERARBEITETES IM PROZESS

REHABILITATION BRAUCHT VERBINDLICHE ZUSAMMENARBEIT

Ein **abgestimmtes Ziel** ist eng mit definierten Zielkriterien verbunden. Organisiertes und bestrebt Zusammenwirken hängt wesentlich davon ab, wie die beteiligten Personen kooperieren, Ressourcen, Erwartungen und Ziele aufeinander abstimmen, Aufgaben und Zuständigkeiten aufteilen und den Kooperationsprozess institutionell und tragfähig verankern. Das hat viel mit dem Begriff „Netzwerken“ zu tun. Auch wenn Netzwerke mittlerweile als eine Art „gesellschaftliche Modernisierungsmetapher“ gesehen werden können, stehen sie für die zunehmende Differenzierung und Arbeitsteilung gesellschaftlicher Teilbereiche und den daraus resultierenden veränderten Koordinationsbedarf. **Vernetzung zielt auf Synergie und verbindliche Kommunikation von bisher getrennt handelnden Akteuren.**

Als Motor für die kontinuierliche Weiterentwicklung des Rehabilitationsgeschehens initiiert und moderiert die BAR partizipative Entwicklungs- und Entscheidungsprozesse. Akteure vernetzen, Maßnahmen zu rehabilitationsrelevanten Themen bündeln, Wissen und Informationen in geeigneter Weise transportieren und zugänglich machen: im Rahmen des Wissensmanagements und der Vernetzung ergeben sich zahlreiche Bezüge zur BAR.

Vernetzung vielfältiger Akteure in der Rehabilitation – was bringt das? Dieser Frage widmet sich eine

BAR-Projektgruppe. Ziel des Projekts ist es, diesen Nutzen mit Expertinnen und Experten konkret herauszuarbeiten und erfolgreiche Netzwerkmodelle beispielhaft zu beleuchten. So kann die Bereitschaft von Entscheidern, in Netzwerkarbeit zu investieren verstärkt werden. Schon die Projektarbeit an sich ist eine Vernetzungsleistung und ein wertvoller Wissenstransfer: Rehabilitationsträger, Vertreterinnen und Vertreter von Einrichtungen und Diensten, Menschen mit Behinderung und der Selbsthilfe sowie aus Unternehmen als auch aus der Wissenschaft stellen sich derzeit dieser anspruchsvollen Fragestellung unter dem Dach der BAR. Innerhalb des Projekts wurde ein **Diskussionsforum zum Thema „Vernetzung in der Rehabilitation – was bringt's?“** im März 2015 auf dem Reha-Kolloquium durchgeführt. Wichtige Impulse für die Arbeit aus unterschiedlichen Blickwinkeln konnten dadurch gewonnen werden.

Um die trägerübergreifende Zusammenarbeit unter dem Blickwinkel Qualitätssicherung stärker zu verankern, ist eine insgesamt verbesserte Abstimmung der jeweiligen Abläufe der verschiedenen Sozialversicherungsträger und die Schaffung von Rahmenbedingungen, die die Kooperation erleichtern, notwendig. Damit beschäftigte sich ein weiteres Projekt unter dem Titel **„Konzept für eine verstärkte Nutzung von Instrumenten der Qualitätssicherung im trägerübergreifenden Rehabilitationsprozess“**. Zusätzlich soll

daran anknüpfend die **Gemeinsame Empfehlung zur Qualitätssicherung** überarbeitet werden.

Auch das Projekt „Beschäftigungsfähigkeit durch verbesserte Verzahnung von Rehabilitation mit Prävention in der Arbeitswelt“ hat die Parameter Zusammenarbeit und Vernetzung im Blick. Hier wurden bereits Eckpunkte für ein verbessertes Zusammenwirken der für die Gesundheit relevanten Akteure und ihrer präventiven und rehabilitativen Unterstützungsleistungen aufgezeigt. Im Kern ziehen die Sozialleistungsträger in Sachen Gesundheit am gleichen Strang. Mit den vielfältigen präventiven und rehabilitativen Leistungen und Hilfen innerhalb des gegliederten Systems der sozialen Sicherung stehen weitreichende und wirkungsvolle Möglichkeiten zur Verfügung, die aber nur im Dialog und durch Vernetzung aller Akteure ihre Wirkung entfalten können.

Nicht zuletzt ist auch die Zusammenarbeit im internationalen Kontext zu betrachten – denn Rehabilitation ist eine globale Herausforderung. Die BAR ist gemeinsam mit der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) das deutsche Mitglied des Weltverbands Rehabilitation International (RI). Sie bilden das deutsche RI Nationalsekretariat. In Kooperation mit der DGUV informierte die BAR **Gäste aus Indonesien, Namibia und Japan** über das Rehabilitationssystem in Deutschland und die Aufgaben der BAR. Darüber hinaus unterstützte die BAR einen von der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) organisierten Fachaustausch mit einer **Delegation aus Indien**. In Begleitung der Vorsitzenden der österreichischen Monitoringstelle informierte sich zudem eine **Delegation aus dem türkischen Sozialministerium** bei der BAR über die Nutzung der ICF in der Rehabilitation.

CHECKLISTE BAR Werkstatt

- Projekt „Mehrwert und Erfolgsmodelle verbesserter Vernetzung in der Rehabilitation“
- Diskussionsforum zum Thema „Vernetzung in der Rehabilitation – was bringt's?“, Reha-Kolloquium 2015
- Projekt „Konzept für eine verstärkte Nutzung von Instrumenten der Qualitätssicherung im trägerübergreifenden Rehabilitationsprozess“
- Gemeinsame Empfehlung „Qualitätssicherung“
- Internationaler Austausch mit Gästen aus Indonesien, Namibia, Indien, Türkei

WERKSTATT BAR – ERARBEITETES IM PROZESS

REHA-PROZESS UND BERATUNG

Vom Start weg gut beraten – das könnte auch das Motto eines gelingenden Reha-Prozesses sein. Rehabilitation und Teilhabe sind sehr gut als Prozess zu verstehen. Dieser beginnt idealtypisch mit der Erkennung von individuellen Bedarfen an Leistungen zur Teilhabe und endet mit Abschluss und nachhaltiger Sicherung dieser Leistungen. In allen Phasen ist gute Beratung mitentscheidend für die Entwicklung von Lösungsstrategien. Gute Reha-Beratung ist sowohl für den Ratsuchenden als auch den Rehabilitationsträger und die Gesellschaft ein Gewinn. Der gesamte Reha-Prozess wird durch eine passgenauere und effektivere Gestaltung optimiert.

Hierzu war eine fachlich breit aufgestellte **Projektgruppe mit der Erarbeitung trägerübergreifender Beratungsstandards beauftragt. In mehreren Workshops und Sitzungen wurde ein Themenbericht als Workshop-Dokumentation sowie eine Handlungsempfehlung erarbeitet.** Damit knüpft die BAR direkt an die konkrete Arbeit der Beratungsfachkräfte in den unterschiedlichen Reha-Settings an. In die Ergebnisse sind die Qualität und das Know-How

der bestehenden Beratungsangebote der einzelnen Trägerbereiche mit eingeflossen. Die Handlungsempfehlungen zur Sicherstellung guter Beratung in der Rehabilitation sollen dazu beitragen, zu einem gemeinsamen Verständnis der Reha-Beratung bei allen Rehabilitationsträgern zu kommen. Dazu braucht es gemeinsame fachliche Grundlagen, die in der jeweiligen trägerspezifischen Kultur entfaltet und weitergeformt werden können.

In diesem Sinne ist auch die **Überarbeitung der Gemeinsamen Empfehlung „Begutachtung“** ein Baustein zur Beurteilung bestehender Teilhabebeeinträchtigungen behinderter Menschen. Dabei werden trägerübergreifende Grundsätze für die Begutachtung vereinbart, die auf personenbezogenen Faktoren im Rahmen der ICF und dem ihr zugrundeliegenden bio-psycho-sozialen Modell der WHO basieren. Da Leistungen zur Teilhabe als Prozess zu verstehen sind, ist die Begutachtung dem gesamten Reha-Prozess von der Bedarfserkennung bis zur Durchführung von Leistungen und darüber hinaus zuzuordnen.

RATSUCHENDE UND IHRE ARBEITGEBER

DER REHA-PROZESS

KOMPETENZPROFIL

FACHKOMPETENZ
BERATUNG

bedarfserkennung
und einzel-
leistungen

CHECKLISTE BAR Werkstatt

- Projekt „Trägerübergreifende Beratungsstandards“
- Themenbericht „Trägerübergreifende Beratungsstandards“
- Handlungsempfehlungen „Trägerübergreifende Beratungsstandards“
- Gemeinsame Empfehlung „Begutachtung“

WERKSTATT BAR – ERARBEITETES IM PROZESS

ZIELGRUPPEN IM FOKUS

Kommunikation ist nur dann erfolgreich, wenn sie ihre Zielgruppen erreicht und dort die gewünschte Wirkung erzielt. Daher sind die Zielsetzungen, die die BAR mit ihrer Arbeit verfolgt auch die Basis eines modernen Kommunikationskonzepts. Mit den Ergebnissen und deren Kommunikation „nach draußen“ ergeben sich die Fragen: Was und wen eine erarbeitete Ergebnis oder ein Produkt erreichen soll und welche Zugangswege dafür geeignet sind.

Das Spektrum der Arbeit der BAR bewegt sich zwischen Dienstleistung für ihre Mitglieder, fachlicher Weiterentwicklung der Reha, Information und Aufklärung sowie Öffentlichkeitsarbeit und Bewusstseinsbildung. Daraus ergeben sich die Zielgruppen, an die sich die Ergebnisse der BAR-Arbeit richten:

- Die Mitglieder der BAR,
- Behinderte, von Behinderung bedrohte und chronisch kranke Menschen,
- Verbände und Organisationen aus dem Bereich Rehabilitation und Teilhabe,
- Experten und Fachöffentlichkeit,
- die Öffentlichkeit insgesamt.

Die Ergebnisse der BAR-Arbeit werden aktuell über unterschiedliche Formate wie Empfehlungen, Arbeitshilfen, Praxisleitfäden, Themenberichte, den Newsletter „Reha-Info“ publiziert, als Printmedien zur

Verfügung gestellt sowie über die Homepage der BAR bekannt gemacht.

Mit den ICF-Praxisleitfäden 1 und 2 macht die BAR niedergelassene Ärzte sowie Ärzte und Therapeuten in Reha-Einrichtungen mit der Konzeption der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) vertraut.

Der auf fünf Hefte konzipierte Wegweiser Rehabilitation und Teilhabe in Leichter Sprache hat das Ziel, Menschen mit kognitiven Einschränkungen in die Lage zu versetzen, Zugang zu dem komplexen Aufgabenfeld von Reha und Teilhabe und der zur Verfügung stehenden Leistungen zu bekommen. Die ersten drei Hefte sind gedruckt.

Empfehlungen zur Durchführung einer ambulanten Rehabilitation und deren Voraussetzungen geben die indikationsspezifischen Rahmenempfehlungen der BAR. Zielgruppe ist ein multiprofessionelles Team aus Ärzten, Psychologen, Therapeuten und Gesundheits- und Krankenpflegern. In der Werkstatt befindet sich aktuell zur Überarbeitung und Aktualisierung: Der Allgemeine Teil der Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation. Er beinhaltet Grundsätze, Voraussetzungen und Ziele der ambulanten medizinischen Rehabilitation und definiert die Kriterien für Rehabilitationsbedürftigkeit, die Reha-

bilitationsprognose und Rehabilitationsfähigkeit. Des Weiteren enthält der Allgemeine Teil die Beschreibung der Angebotsstruktur sowie die allgemeinen personellen, räumlichen und apparativen Anforderungen an die ambulante Rehabilitationseinrichtung.

Mit dem Wegweiser für Ärztinnen und Ärzte sowie weitere Gesundheitsberufe der Rehabilitation soll wiederum ein multiprofessionelles Team bedient werden: Mit dem Fokus auf Information und Aufklärung über das System der Rehabilitation, auf sozialmedizinisches Wissen und vor allem auf praxisrelevante Erläuterungen für Ärzte und weitere Gesundheitsberufe, hat der „Wegweiser Ärzte“ eine komplett neue Ausrichtung.

Perspektivisch sollen weitere Zielgruppen in den Blick genommen werden, so zum Beispiel Ärzte und Therapeuten, aber auch die Eltern, Angehörigen und betroffenen Jugendliche, in dem „Wegweiser Kinderrehabilitation“. Dabei geht die Projektgruppe den Fragen nach: Worin sollen die Zielgruppen genau unterstützt werden? Welches Medium/Format ist dafür geeignet? In dem aktuellen Projekt „Rehabilitation und Migration“ wird auch die Flüchtlingsthematik aufgegriffen.

CHECKLISTE BAR Werkstatt

- ICF-Praxisleitfaden 1 „Zugang zur Rehabilitation“, zweite Auflage
- ICF-Praxisleitfaden 2 „Medizinische Reha-Einrichtung“, zweite Auflage
- Wegweiser „Leichte Sprache“, Heft 1 – 5
- Rahmenempfehlungen „zur ambulanten medizinischen Rehabilitation“, allgemeiner Teil
- Buchprojekt „Wegweiser „für Ärzte und weitere Gesundheitsberufe“
- Projekt „Wegweiser Kinderrehabilitation“
- Projekt „Rehabilitation und Migration“

POLITIK MITGESTALTEN – WEITERENTWICKLUNG DER REHA

DIE TRÄGER DER SOZIALEN SICHERHEIT STEHEN VOR STETIG WACHSENDEN WIRTSCHAFTLICHEN, SOZIALEN UND DEMOGRAFISCHEN HERAUSFORDERUNGEN, DIE IHRE FINANZIERBARKEIT BELASTEN UND IHRE AUFGABEN, SOZIALE UNSICHERHEIT ZU BEKÄMPFEN, BEEINTRÄCHTIGEN KÖNNEN.

ANGESPROCHEN IST HIER AUCH DIE REHABILITATION, DEREN BEDEUTUNG KONTINUIERLICH STEIGT. LEISTUNGEN DER MEDIZINISCHEN UND DER BERUFLICHEN REHABILITATION UND ERGÄNZEND DAZU DER BEGLEITENDEN HILFE IM ARBEITSLEBEN WERDEN IMMER WICHTIGER VOR DER DEMOGRAFISCHEN

ENTWICKLUNG IN DEUTSCHLAND, VOR DEM SIGNIFIKANTEN ANSTIEG DER LEISTUNGSANTRÄGE VON MENSCHEN MIT PSYCHISCHER ERKRANKUNG, KANN KEINER DIE AUGEN VERSCHLIESSEN. VORAUSSCHAUENDES PLANEN, STEuern UND HANDELN IST HIER GEFORDERT – AUCH ALS GEMEINSAMES THEMA DER AKTEURE IM SOZIALLEISTUNGSSYSTEM.



POLITIK MITGESTALTEN – WEITERENTWICKLUNG DER REHA

Neben den Fragen zu Art und Umfang von Sozialleistungen spielen hier auch Fragen der Koordinierung und Kooperation im gegliederten Sozialleistungssystem eine Rolle, damit die Erbringung von Leistungen im Einzelfall im Sinne von „Leistungen wie aus einer Hand“ erfolgt.

An Kernelementen werden in diesem Zusammenhang diskutiert:

- Mit einer gemeinsamen Zielsetzung die Divergenz und Unübersichtlichkeit des bestehenden Rehabilitationsrechts beenden.
- Ein Bedarfsfeststellungs- und Begutachtungsverfahren zu etablieren, das personenzentriert und trägerübergreifend ist.
- Die Zuständigkeiten im gegliederten Sozialleistungssystem mit einem klugen Schnittstellenmanagement flankieren, um „Leistungen wie aus einer Hand“ zu erbringen.

Ob und wie gut das gelingt, zeigt sich besonders bei Menschen mit Behinderung mit komplexem Unterstützungsbedarf. Ein gutes Zusammenspiel erweist sich für alle Beteiligten als Mehrwert. Um Doppelarbeit zu vermeiden, Effizienzreserven sowohl bei den Leistungen selbst wie auch bei den Verfahren zur Erbringung der Leistungen zu nutzen, um für die Menschen mit Behinderung eine an den individuellen Bedürfnissen ausgerichtete wirksame Leistungen zu erbringen, braucht es das Zusammenspiel der Akteure.

Die Aufgaben der BAR setzen hier an. Sie koordiniert und fördert im Rahmen des geltenden Rechts Ideen und Maßnahmen, welche die Sozialleistungsträger bei der Erbringung von Rehabilitations- und Teilhabeleistungen unterstützen sollen, damit durch sinnvolles Ineinandergreifen ihrer Leistungen eine umfassende Rehabilitation gewährleistet werden kann. Die BAR als Plattform für Koordination, Dialog und Vernetzung: Hier werden zum einen gemeinsam Grundlagen erarbeitet für das von Menschen mit Behinderung und auch von Arbeitgebern zu Recht erwartete abgestimmte Vorgehen der Sozialleistungsträger; diese Grundlagen sollen auch einfließen in die weiteren trägerspezifischen Aktivitäten der Sozialleistungsträger.

Die UN-Behindertenrechtskonvention verpflichtet die Träger der sozialen Sicherheit in den Staaten, die das Übereinkommen ratifiziert haben, ihre Rechtssysteme anzupassen, damit größtmögliche Teilhabe für Menschen mit Behinderung an allen Aspekten des Lebens erreicht und sichergestellt werden kann. Seit Inkrafttreten prägen ihre Inhalte, ihre Umsetzung im nationalen Recht und die in manchen Fällen streitige Auslegung von Vorschriften die behindertenpolitische Diskussion in Deutschland. So sind Partizipation, Personenzentrierung, Flexibilisierung, Individualisierung bei der Leistungserbringung wichtige Schlüsselbegriffe und Anforderungen aus der UN-BRK, ohne dass ein gemeinsames Verständnis schon sichergestellt ist. Grundvoraussetzung für die Umsetzung ist aber die Verständigung auf eine gemeinsame Auslegung, ein gemeinsamer Konsens dessen; was damit gefordert wird.

Eine zentrale Rolle in der Behindertenpolitik spielt derzeit das Reformvorhaben für ein Bundesteilhabegesetz. Als maßgebend für das Gelingen der Reform wird auch die gemeinsame und trägerübergreifende Abstimmung verfahrensrechtlicher Regelungen im SGB IX als die für alle Sozialleistungsträger geltende Klammer herausgestellt. „Zusammenarbeit im gegliederten System“ berührt die Kernaufgaben der BAR – „Zusammenarbeit im gegliederten System verbessern“ ist eine der zentralen Anforderungen, die an die Akteure gestellt wird und gleichzeitig eine der Kernbotschaften, die die Mitglieder der BAR formulieren. Ein Arbeitsfeld im Orientierungsrahmen der BAR für die Jahre 2016 bis 2018 wird sich zentral mit dieser Zielstellung befassen.

POLITIK MITGESTALTEN – WEITERENTWICKLUNG DER REHA DER ORIENTIERUNGSRAHMEN FÜR DIE ARBEIT DER BAR 2016 – 2018

Der Unterstützungs- und auch Gestaltungsauftrag der BAR spiegelt sich wider im neuen Orientierungsrahmen der BAR 2016 – 2018 mit seinen Arbeitsfeldern und Vorhaben. „Orientierung“ war ein Schlüsselwort für dessen Erarbeitung.

Grundlage für die Aufstellung waren Orientierungspunkte wie:

„Das Aufgabenspektrum der BAR“

Die Aufgaben der BAR leiten sich her aus dem SGB IX, der Satzung und ebenso aus der UN-BRK. Danach soll die BAR Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe koordinieren und fördern, insbesondere indem sie darauf hinwirkt, dass die Leistungen nach gleichen Grundsätzen durchgeführt werden, die zu betreuenden Menschen über die Möglichkeiten der Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe unterrichtet werden, die Mitglieder die bei der Durchführung der Rehabilitation gemachten Erfahrungen austauschen, auswerten und zugänglich machen. Im Sinne von Bewusstseinsbildung soll die BAR die Teilhabe behinderter Menschen an der Gesellschaft unterstützen.

Mit diesem Spektrum bewegt sich die BAR zwischen einer Dienstleistung für ihre Mitglieder, der fachlichen Weiterentwicklung, der Information und Aufklärung und schließlich der Öffentlichkeitsarbeit und Bewusstseinsbildung.

Ihre Ergebnisse haben als Zielgruppen die Mitglieder der BAR, behinderte, von Behinderung bedrohte und chronisch kranke Menschen, an der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen beteiligte Verbände und Organisationen sowie die breite Öffentlichkeit.

„Gesellschaftliche Entwicklung/en“

Rehabilitation muss immer auch im Kontext der gesamtgesellschaftlichen Entwicklungen gesehen werden. Es geht um Aspekte wie:

- Im Zusammenhang mit der demografischen Entwicklung wird die Bedeutung von Rehabilitation weiter steigen.
- Die Entwicklung im Bereich psychischer Erkrankungen deutet auf eine weitere Zunahme hin.
- Mit Blick auf eine effiziente Nutzung der Möglichkeiten des gegliederten Sozialleistungssystems sind die Verkettungen „Prävention vor Rehabilitation“ – „Rehabilitation vor Pflege“ – „Rehabilitation und Pflege“ zusammenzudenken.

„Anforderungen an Rehabilitation und Teilhabe im trägerübergreifenden Kontext“

Die UN-Behindertenrechtskonvention und das SGB IX legen Anforderungen an Reha und Teilhabe fest, die auch von Menschen mit Behinderung und ihren Verbänden, den Sozialpartnern und letztlich von den Rehabilitationsträgern als Anspruch an

sich selbst gestellt und ebenso im Reformprozess für ein Bundesteilhabegesetz formuliert werden. Es geht um die Umsetzung von Partizipation und Personenzentrierung, die Erbringung von „Leistungen wie aus einer Hand“, die Schaffung von Grundlagen für trägerübergreifende Bedarfsermittlung und Bedarfsfeststellung, trägerübergreifende Beratung, trägerübergreifende Teilhabeplanung, trägerübergreifendes Fallmanagement.

Der neue Orientierungsrahmen

Der neue Orientierungsrahmen umfasst die vier Fokusse:

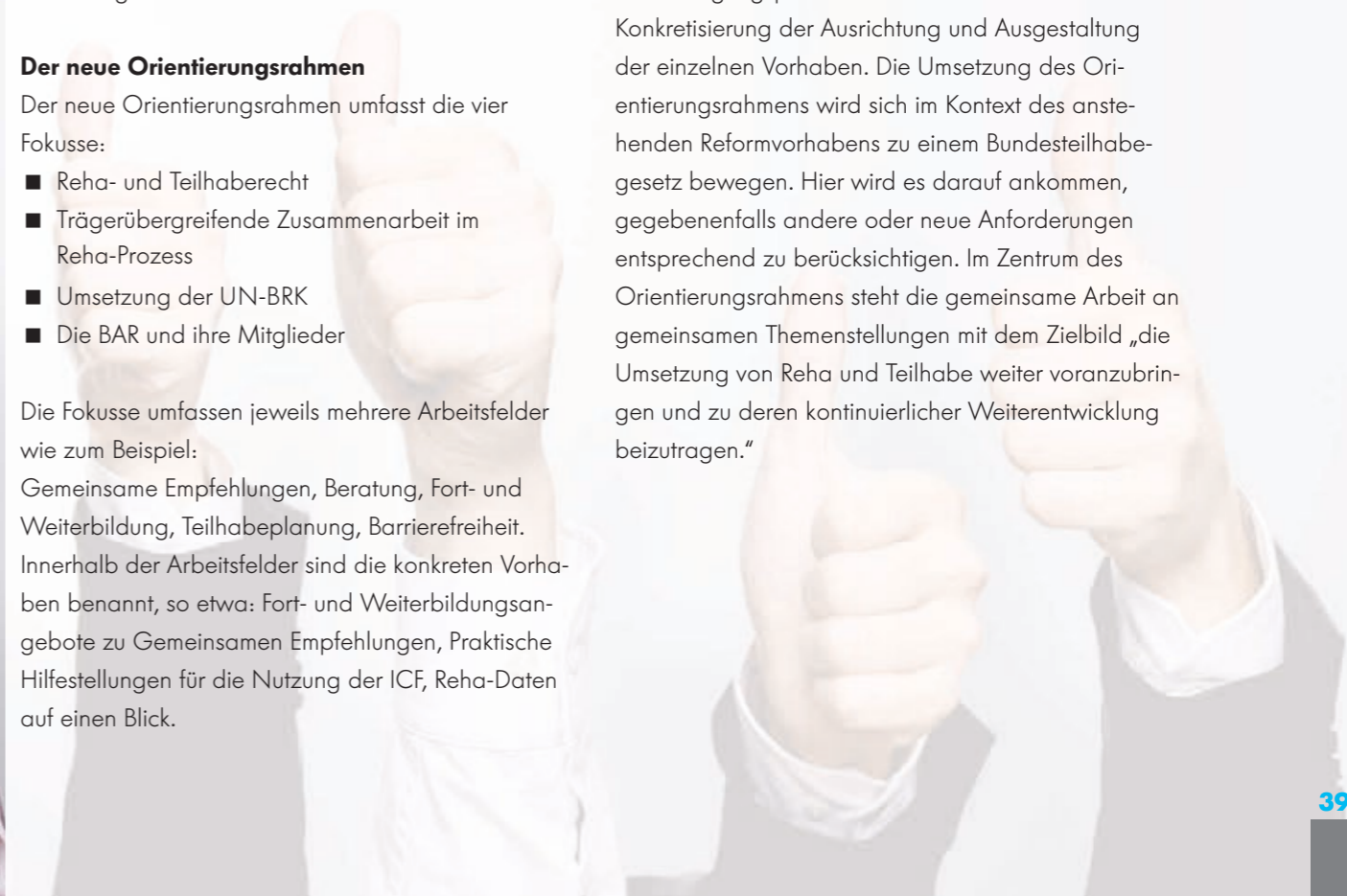
- Reha- und Teilhaberecht
- Trägerübergreifende Zusammenarbeit im Reha-Prozess
- Umsetzung der UN-BRK
- Die BAR und ihre Mitglieder

Die Fokusse umfassen jeweils mehrere Arbeitsfelder wie zum Beispiel:

Gemeinsame Empfehlungen, Beratung, Fort- und Weiterbildung, Teilhabeplanung, Barrierefreiheit. Innerhalb der Arbeitsfelder sind die konkreten Vorhaben benannt, so etwa: Fort- und Weiterbildungsangebote zu Gemeinsamen Empfehlungen, Praktische Hilfestellungen für die Nutzung der ICF, Reha-Daten auf einen Blick.

Nicht bei allen Vorhaben geht es um neue Themen, sondern auch um die Weiterentwicklung bereits gemeinsam erzielter Ergebnisse. Als Beispiele dafür gelten die trägerübergreifenden Beratungsstandards und ebenso die Gemeinsamen Empfehlungen „Reha-Prozess“.

Grundlage für die Umsetzung der Vorhaben ist ein Verständigungsprozess mit Blick auf die weitere Konkretisierung der Ausrichtung und Ausgestaltung der einzelnen Vorhaben. Die Umsetzung des Orientierungsrahmens wird sich im Kontext des anstehenden Reformvorhabens zu einem Bundesteilhabegesetz bewegen. Hier wird es darauf ankommen, gegebenenfalls andere oder neue Anforderungen entsprechend zu berücksichtigen. Im Zentrum des Orientierungsrahmens steht die gemeinsame Arbeit an gemeinsamen Themenstellungen mit dem Zielbild „die Umsetzung von Reha und Teilhabe weiter voranzubringen und zu deren kontinuierlicher Weiterentwicklung beizutragen.“



ÖFFENTLICHKEIT ERZEUGEN – SENSIBILISIEREN UND VERMITTELN

DASS MAN NICHT NICHT KOMMUNIZIEREN KANN, STELLTE DER WISSENSCHAFTLER PAUL WATZLAWICK EINST FEST. AUCH STETE INTERAKTION SCHÜTZT NICHT VOR MISSVERSTÄNDNISSEN BEI DER INFORMATIONSVERMITTLUNG. SCHNELL WERDEN UNKLARE ODER AMBIVALENTE SIGNALE FALSCH GEDEUTET. DESHALB ZÄHLT DIE BAR ES ZU IHREN GRUNDLEGENDEN AUFGABEN, WICHTIGE INHALTE, WIE SIE DAS THEMENSPEKTRUM REHABILITATION FASST, EINDEUTIG UND FÜR DIE JEWEILIGEN ZIELGRUPPEN NACHVOLLZIEHBAR ZU PUBLIZIEREN.

UM DIESE KOMMUNIKATION AUCH IN DIE RICHTIGE BAHNEN ZU LENKEN, NÄMLICH IN RICHTUNG DER BREITEN UND HETEROGENEN ZIELGRUPPEN, DIE DIE BAR MIT IHRER ARBEIT UND EXPERTISE ANSPRUCHT, WERDEN VERSCHIEDENE MEDIEN UND KANÄLE GENUTZT: NEBEN BROSCHÜREN UND FLYER ZIELEN INSBESONDERE DER NEWSLETTER „REHA-INFO“ UND DIE HOMEPAGE DER BAR DARAUFGAB, DAS KOMPLEXE REHA-GESCHEHEN ADRESSATENGERECHT DARZUSTELLEN. HIERBEI SOLL ZUSÄTZLICH ZUR WISSENSVERBREITUNG EIN BEWUßTSEIN FÜR MENSCHEN MIT BEHINDERUNG GESCHAFFEN WERDEN, UM VORURTEILE IHNEN GEGENÜBER ABZUBAUEN.



4

BAR BERICHTET	42
BAR PUBLIZIERT	46
BAR VERANSTALTET	52
BAR QUALIFIZIERT	56

ÖFFENTLICHKEIT ERZEUGEN BAR BERICHTET

Reha-Info

6-mal jährlich erscheint der Newsletter „Reha-Info“ und berichtet über das aktuelle Rehabilitationsgeschehen sowie die damit in Verbindung stehenden Aktivitäten und Projekte der BAR. Über 5.000 Leserinnen und Leser erreicht die Broschüre damit deutschlandweit, ca. 2.700 in gedruckter, über 2.000 in digitaler Form. Selbst über die Landesgrenzen hinaus finden sich Abnehmer, die zu großen Teilen online auf die Publikationen zugreifen und damit ihr Interesse an einer gesellschaftlichen und politischen Vertiefung des Themas Reha bekunden.

Um dieses Interesse an der Reha-Info konstant aufrecht zu erhalten und sowohl inhaltlich als auch optisch den Wünschen ihrer Leser optimal zu entsprechen, führte die BAR zwischen August und Oktober 2014 eine ausführliche Leser-Umfrage durch. Zur Diskussion standen neben der Themenauswahl Aktualität, Layout, Umfang und Erscheinungshäufigkeit.

300 Rückantworten erreichten die Redaktion. Mit einer größtenteils positiven Gesamtbewertung – in Schulnoten eine 2 – kann die BAR ein rundum zufriedenes Meinungsbild verzeichnen.

Aktuelle Inhalte aus der Reha-Welt aufgreifen und die Verknüpfung zum Leistungsgeschehen herstellen – das scheint das Interesse der Leser zu treffen. Dazu

sollen die BAR-Aktivitäten jeweils in den Kontext der verschiedenen Themen gebracht werden. Genau da setzen die „Themenschwerpunkte“ des aktuellen Geschäftsjahrs an,

- Eingliederungshilfe (05/2014)
- Wissensmanagement und Vernetzung (06/2014)
- Ausgaben für Rehabilitation und Teilhabe (01/2015)
- Beruflicher Wiedereinstieg (02/2015)
- Perspektivwechsel: Lebenslagen (03/2015)
- Der Reha-Prozess als „Road-map“ zum Reha-Erfolg (04/2015)

die die BAR weiter verfolgen möchte.

Reha-Info 6/2015

Editorial

Teilhabeplanung, Reha-Plan, Eingliederungsplan, Hilfeplan, Gesamtplan: die Begrifflichkeiten für ein Verfahren, das als Instrument zur Koordination von Leistungen zur Teilhabe dienen soll, sind Äußere und oberflächlich in der Realität liegt das Konfliktpotenzial. Dass eine Vereinheitlichung der Verfahren angestrebt werden soll, steht außer Frage, wird sich aber daran messen lassen müssen, wie sich die Klärung von Leistungsansprüchen mit den Möglichkeiten der Partizipation und der gemeinsamen Entwicklung von individuellen Zukunftsperspektiven verbinden lässt. Konzepte der Teilhabeplanung sollten also ein Selbstverständnis entwickeln, das Partizipation und fachliche Expertise mit strategischem Handeln verbindet.

In dem von Subsidiarität geprägten System sozialer Dienstleistungen setzen sich Planungen aus den Strategien und Handlungen unterschiedlicher Akteure zusammen. Umso wichtiger ist es, die individuelle Teilhabeplanung in erster Linie als Koordinations- und Vernetzungsaufgabe zu verstehen. Jede Planung orientiert sich an Zielen. In diesem Sinne sollte die Teilhabeplanung koordiniertes und synergetisches Handeln zum Zwecke der Verwirklichung rationaler Ziele durchsetzen. Das Konzept der übergreifenden Teilhabeplanung beinhaltet sowohl eine zeitgemäße Perspektive für die Gestaltung von Teilhaberechten behinderter Menschen als auch eine politische Strategie.

Teilhabeplanung verfolgt die Ziele der Gleichstellung und der Sicherstellung von Zugänglichkeit, der Organisation von Hilfen und die politische Interessensvertretung nicht als isolierte Handlungsbereiche, sondern in einer Gesamtstrategie. Dabei stehen die Teilhabedaruft, die durch Leistungen gedeckt werden, im Fokus. Diese Lassen sich aber nur dann tragfähig organisieren, wenn auf politischer Ebene die Weichen für eine möglichst barrierefreie und inklusive Gesellschaft gestellt sind.

Ich grüße Sie herzlich und wünsche Ihnen für das neue Jahr alles Gute
Ihre Helga Seel
Geschäftsführerin der BAR

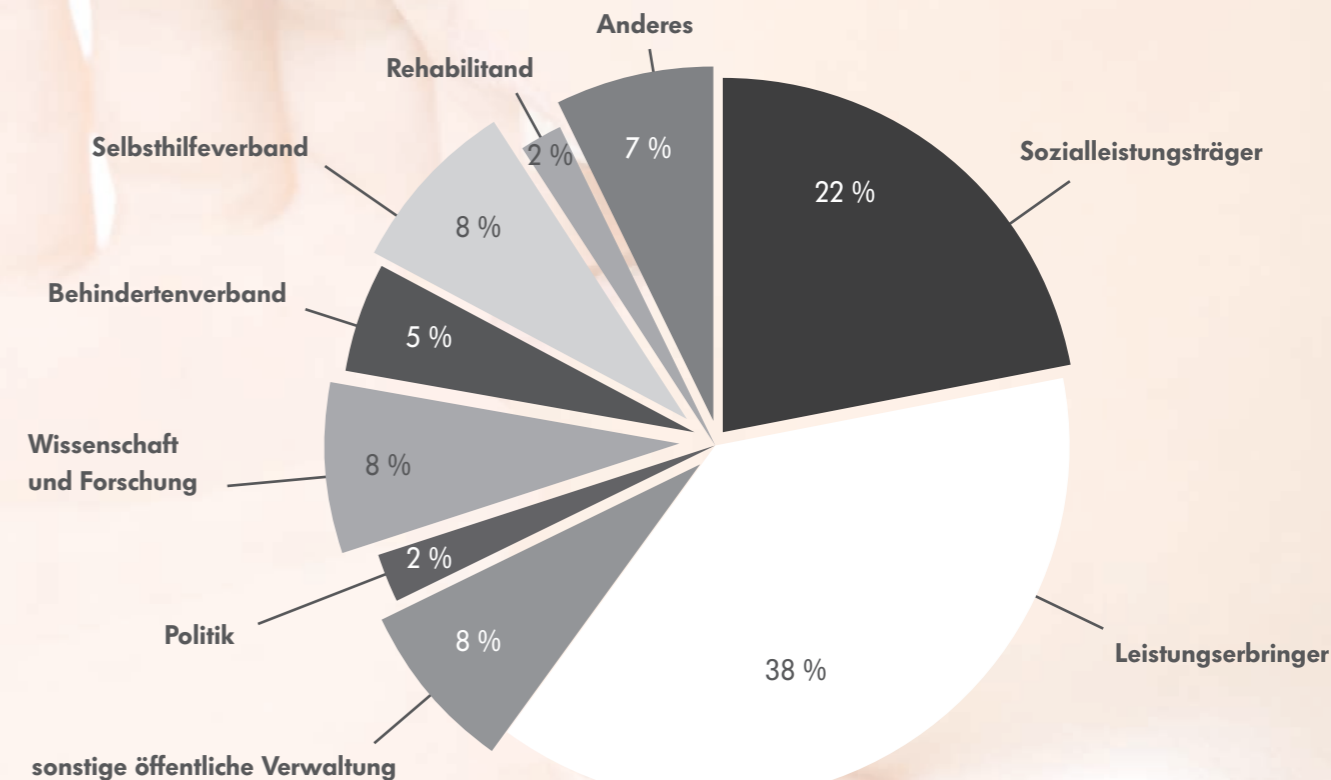
Inhalt

Teilhabeplanung – eine individuelle Zukunftsperspektive? 1
Statements zur Teilhabeplanung IV
20 Jahre Neurologisches Phasenmodell VII
Einblicke in die Rehabilitation VIII

Teilhabeplanung – eine individuelle Zukunftsperspektive?
Kleine Schritte. Jeden Tag. Die Rückkehr zu einem selbstbestimmten Leben in der „Mitte“ der Gesellschaft kommt für behinderte Menschen in der Praxis oft einem Pilgerschritt gleich: Zwei Schritte vor, einen Schritt zurück“. Häufig stehen bei der Gewährung von Teilhabeleistungen objektive Kriterien im Vordergrund. Wer nach der Teilhabe behinderter Menschen fragt, muss schlicht auch deren subjektive Blickrichtung einnehmen. Die umgebenden Lebenskontexte, die individuelle Lage in solchen Kontexten und die eigenen Zukunftserwartungen sind wichtige Bestimmungsgrößen einer Teilhabeplanung.

Die BAR empfiehlt in der Gemeinsamen Eingliederung Reha-Prozess die Erstellung eines individuellen Teilhabeplans nach bestimmten Grundsätzen und Erfordernissen, darunter auch die Einbeziehung der bio-psycho-sozialen Aspekte im Sinne der ICF. Das und die Parameter Personenzentrierung, Partizipation und Sozialraumbezug sind entscheidende Kriterien einer zielorientierten Teilhabeplanung. Was aber letztlich aus der „Teilhabebox“ gezaubert wird, hängt von der Fähigkeit zu Koordination und Kooperation der beteiligten Akteure ab. Und von einem wirkungsorientierten Instrumentarium, sprich dem gezielten Einsatz von Teilhabeleistungen und nicht zu vergessen: den fachlichen Anforderungen an Beraterinnen und Berater. Teilhabedaruft gibt es in unterschiedlichen Lebenslagen (Gesundheit, Arbeit, Familie, Bildung, Gemeinde), sie haben verschiedene institutionelle Bezüge und meistens unterschiedliche Kostenträger. Daher ist die

WER LIEST DIE REHA-INFO? (IN %)



ÖFFENTLICHKEIT ERZEUGEN BAR BERICHTET

Homepage

Im Zeitalter neuer Medien, in dem Computer, Smartphone, Tablet und sonstige Elektronik wie selbstverständlich zum Alltag gehören, scheut sich auch die BAR nicht, den Weg in die digitale Welt einzuschlagen und weiter mitzugehen. Jährlich steigende Zahlen an Online-Nutzern, wie sie die Studie von ARD/ZDF auch 2015 verzeichnen (wir sind im Schnitt 169 Minuten online pro Tag und 70 % davon auf „Social Media“-Plattformen unterwegs), spiegeln die Bedeutung des Internets als Informations- und Kommunikationskanal wider. Immer mehr Menschen suchen nach Wissen im Netz, zunehmend auch Angehörige älterer Altersgruppen.

Um zukunftsfähig zu bleiben und den Bedarfen ihrer Adressaten entgegenzukommen, führte die BAR Ende 2014 deshalb einen „Relaunch“ der Website durch. Unter Berücksichtigung der gesamten Zielgruppenbreite, die die BAR mit Wissen, Expertise und Material bedient, entstand eine strukturgleiche Homepage, die sich aber in ihrer Konzeption übersichtlicher und in der inhaltlichen Gestaltung dichter, bzw. aktueller zeigt.

Dass sich diese Arbeit ausgezahlt hat, signalisieren die Nutzer durch ihre Webseitenaktivitäten. Im vergangenen Geschäftsjahr wurde die Homepage 743.405 Mal aufgerufen, wobei der durchschnittliche Besucher 3 Minuten und 22 Sekunden dort verweilt. Verglichen mit einer deutschlandweiten Studie von de.statica.com, die den Aufenthalt pro Website im Schnitt mit 40 Sekunden bemisst, scheinen sich die Nutzer auf der BAR-Homepage „wohlzufühlen“.



ÖFFENTLICHKEIT ERZEUGEN BAR PUBLIZIERT

ICF-PRAXISLEITFADEN 1
Zugang zur Rehabilitation

THEMENBEREICH

ICF: ZUGANG ZUR REHABILITATION
KURZFASSUNG ICF-PRAXISLEITFADEN 1

Heft 2
LEICHTE SPRACHE

BEWUSSTSEINSBILD UND BARRIEREFREI
Gelingene Beispiele zur Umsetzung UN-Behindertenrechtskonvention

REGELN FÜR DIE SCHULE, DIE AUSBILDUNG UND DIE ARBEIT
Weg-Weiser Rehabilitation und Teil-Habe

UNTERNEHMEN UND SOZIALVERSICHERUNG IM DIALOG
Auf dem Weg zur Vernetzung
3. Februar 2015 in Langen

BETRIEBLICHES EINGLIEDERUNGSMANAGEMENT
Für die Arbeitgeber stellt das betriebliche Eingliederungsmanagement ein unerlässliches Mittel zur Sicherung von Beschäftigungsfähigkeit von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern dar.

Was ist Betriebliches Eingliederungsmanagement?
Die Gewerkschaft vertritt von Arbeitgeber die Durchführung eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM), wenn Arbeitnehmer/innen innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen oder wiederholt arbeitsunfähig sind. BEM ist ein Instrument zur Überwindung eventueller Arbeitsunfähigkeit vorübergehend und das Beschäftigungsverhältnis im Unternehmen zu erhalten.

Wozu dient das BEM?
Ziel des BEM ist es, die Beschäftigungsfähigkeit der Mitarbeiter/innen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder Behinderungen nachhaltig zu sichern. Dabei kommt es nicht darauf an, ob die gesundheitliche Gefährdung arbeitsbedingt ist oder nicht.

Wozu dient das BEM?
Ziel des BEM ist es, die Beschäftigungsfähigkeit der Mitarbeiter/innen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder Behinderungen nachhaltig zu sichern. Dabei kommt es nicht darauf an, ob die gesundheitliche Gefährdung arbeitsbedingt ist oder nicht.

Wozu dient das BEM?
Ziel des BEM ist es, die Beschäftigungsfähigkeit der Mitarbeiter/innen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder Behinderungen nachhaltig zu sichern. Dabei kommt es nicht darauf an, ob die gesundheitliche Gefährdung arbeitsbedingt ist oder nicht.

TRÄGERÜBERGREIFENDE BERATUNGSSTANDARDS
Handlungsempfehlungen zur Sicherstellung guter Beratung in der Rehabilitation

Arbeitshilfe Stufenweise Wiedereingliederung

Um Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer nach langer Krankheitszeit wieder schrittweise an eine volle Arbeitsbelastung heranzuführen, hat sich das Instrumentarium der stufenweise Wiedereingliederung bewährt. Dessen Erfolg zeigt sich sowohl an der nachhaltigen Stabilisierung von Arbeitsverhältnissen als auch an einem steten Informationsinteresse. Damit letzteres mit aktuellen Fakten gestillt werden kann, wurde die Arbeitshilfe unter Berücksichtigung der rechtlichen Entwicklungen, angepasst und neu aufgelegt. Damit die Broschüre eine echte Arbeitshilfe darstellt, werden die Inhalte jeweils für die beteiligten Zielgruppen dargestellt und gegliedert: z. B. Versicherter, behandelnder Arzt, Krankenkasse, Arbeitgeber.

Trägerübergreifende Beratungsstandards

Beratung, Fallmanagement und Teilhabeplanung im Kontext von Rehabilitation und Teilhabe sind in den Mittelpunkt des Interesses in der Fachöffentlichkeit gerückt. Unser gegliedertes und funktional ausdifferenziertes Sozialleistungssystem steht dabei auf dem Prüfstand. „Personenzentrierung“ und „Individualisierung“ sind im gesamten Reha-Prozess zentral. Beratung als eigene Leistung zu begreifen, die dazu notwendige Professionalisierung von Beratung vorzubringen – dafür stehen die Trägerübergreifenden Beratungsstandards.

STUFENWEISE WIEDEREINGLIEDERUNG IN DEN ARBEITSPROZESS
Arbeitshilfe

TRÄGERÜBERGREIFENDE BERATUNGSSTANDARDS
Handlungsempfehlungen zur Sicherstellung guter Beratung in der Rehabilitation

ÖFFENTLICHKEIT ERZEUGEN BAR PUBLIZIERT

WW Leichte Sprache 1 bis 3

Informationen allein zu produzieren, genügt nicht. Sie müssen auch vermittelt werden und zwar all denen, die am Rehabilitationsprozess beteiligt sind. Dazu zählen nicht nur Leistungsträger und involvierte Verbände oder Organisationen, sondern auch und insbesondere die Menschen mit Behinderung. Für sie ist es meist am schwierigsten, sich Wissen über das komplexe Reha-System anzueignen. Gerade kognitive Beeinträchtigungen können sie auf ihrem Weg der Informationssuche einschränken. Deshalb gibt die BAR ihnen mit dem Weg-Weiser in Leichter Sprache eine erste Orientierungshilfe an die Hand. In 5 Heften werden die Rechte von Menschen mit Behinderung sowie mögliche Schritte in Richtung Teilhabe am schulischen und Arbeitsleben gut verständlich behandelt.



ICF-Praxisleitfaden 1

Von einer Arbeitsgruppe des Sachverständigenrates der Ärzteschaft der BAR erstellt, soll der ICF-1-Praxisleitfaden vor allem Ärztinnen und Ärzte mit der Konzeption der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) vertraut machen, aber auch anderen am Reha-Prozess Beteiligten einen Einblick in die damit verbundenen praktischen Anwendungsmöglichkeiten geben. Der Praxisleitfaden 1 konzentriert sich dabei auf den Zugang zur Rehabilitation.

ICF-Kompakt: Zugang zur Rehabilitation

In Ergänzung zum Praxisleitfaden 1 wurde ein übersichtliches Faltpapier erstellt, das gerade im Zugang zur Rehabilitation die Grundlagen der ICF systematisch erläutert. Das praktische Format bietet Hilfestellung vor allem für Ärzte und weitere Gesundheitsberufe die mit und am Menschen arbeiten.



1. Bedeutung der Klassifikation „ICF“ für die Tätigkeit niedergelassener Ärzte

1.1 Nicht alle gesundheitsrelevanten Probleme sind kurierbar
Jeder Arzt weiß, nicht immer sind alle gesundheitsrelevanten Probleme von Patienten mit akuten medizinischen Mitteln restlos behandelbar. Das heißt aber nicht, dass es immer unmöglich wäre, sie zu lösen. Die ärztliche Tätigkeit richtet sich deshalb neben der Behandlung von Krankheiten und Verletzungen auch immer auf die Auswirkungen von Krankheiten, z. B. im Hinblick auf Mobilität, Kommunikation, Erwerbstätigkeit oder Selbstversorgung unter Berücksichtigung des gesamten Lebenshintergrundes. Diese betroffenen Menschen, deren Teilhabe am Leben in der Gesellschaft krankheitsbedingt wahrscheinlich länger als 6 Monate beeinträchtigt ist, gelten als behindert bzw. als von Behinderung bedroht, wenn dies zu erwarten ist (§ 2 SGB IX).

1.2 Rehabilitation als ergänzendes Unterstützungssystem
Für die Unterstützung von Menschen mit (drohender) Behinderung sind in der gesetzlichen Sozialversicherung („Kostenträger“) über die Kuratation hinaus sog. „Leistungen zur Teilhabe“ (auch: „Rehabilitation“) vorgesehen. Die ärztliche Beratung von Patienten setzt dafür ein profundes Wissen um Zugänge und Möglichkeiten des Reha-Systems voraus. Rehabilitation ist untrennbar in medizinische Rehabilitation, berufliche Rehabilitation (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, kurz: IIA) und soziale Rehabilitation. Zu Einzelheiten über Zuständigkeiten der verschiedenen Kostenträger, die in diesem Kontext gesetzlich „Rehabilitationsträger“ bezeichnet werden, vgl. den Anhang des Praxisleitfadens 1.

1.3 Rehabilitation und ICF
Der Anspruch auf Rehabilitation ist eng mit dem Teilhabe-konzept der ICF verbunden. Danach ist eine alleinige biomedizinische Krankheitsbetrachtung (Diagnose und Befunde) oft nicht ausreichend, sondern eine Berücksichtigung der krankheitsbedingten biopsychosozialen Beeinträchtigungen erforderlich. Dieses sogenannte biopsychosoziale Modell der ICF diente dem Gesetzgeber als eine

1.4 Was ist das Neue mit der ICF?
Gerade in der hausärztlichen Tätigkeit spielt sehr oft die Kenntnis des gesamten Lebenshintergrundes eines Patienten eine große Rolle. Dem niedergelassenen Arzt ist die komplexe biopsychosoziale Betrachtung daher vertraut. Die ICF stellt ein international anerkanntes Gerüst für diese Betrachtungsweise bereit. Darin lenkt sie den Blick von der eher kavalen Betrachtungsweise (Krankheit = Aktivitätseinschränkung > Behinderung) hin zu den Wechselwirkungen zwischen Gesundheitsproblem, Funktionsfähigkeit und Kontextfaktoren eines Menschen. Sie bietet durch ihre Untergliederung zudem die Möglichkeit, in einer bisher so nicht verfügbaren Weise individuelle spezifische Teilhabe-probleme in einem stimmigen standardisierten Gesamtkontext zu ordnen.

1.5 Was nützt die ICF dem Arzt und dem Patienten?
Ein gemeinsamer Bezugsrahmen bei der Erfassung von Teilhabebeeinträchtigungen birgt zahlreiche Vorteile, vor allem im gesamten Rehabilitationsprozess, der seiner Natur nach in der Regel die Beteiligung zahlreicher verschiedener Fachdisziplinen, Personen und Institutionen erfordert. Die Kommunikation – auch mit dem Patienten! – wird erleichtert, was Reibungsverluste vermindert und zu einer zielführenden und effizienteren Rehabilitation beiträgt. Bereits beim Reha-Zugang kann die Nutzung der ICF entscheidende Vorteile bringen. Denn die Verfahren sind komplex und Entscheidungen von anderen Fachdisziplinen oder Rehabilitationsträgern können ärztlich bereits nicht immer nachvollzogen werden – und umgekehrt. Die Nutzung der ICF kann hier z. B. konkret die zielführende Begründung von Reha-Empfehlungen erleichtern, da sie auch in den Vorgaben der Reha-Träger berücksichtigt ist (vgl. z. B. Reha-Richtlinie des GBA nach § 92 SGB VI). Der Mehrwert für das Arzt-Patient-Verhältnis wird deutlich. Die ICF ersetzt nicht ärztliche Begriffe. Diese können aber mit der ICF auch in einer für alle Akteure passende Systematik eingeordnet werden.

ÖFFENTLICHKEIT ERZEUGEN BAR PUBLIZIERT

Themenbericht UN-BRK

Damit nicht nur darüber gesprochen wird, sondern auch eine Umsetzung der in der UN-BRK festgeschriebenen Rechte von Menschen mit Behinderung erfolgt, hat die BAR mit dem Themenbericht eine praxisnahe Handreichung herausgegeben. Unter der Überschrift „Bewusstseinsbildung und Barrierefreiheit“ zeigt er gebündelt Beispiele, wie man für die Belange von Menschen mit Behinderung sensibilisiert und das Thema Inklusion nachhaltig vermittelt.

THEMENBERICHT

BAR
Bundesarbeitsgemeinschaft
für Rehabilitation

**BEWUSSTSEINSBILDUNG
UND BARRIEREFREIHEIT**
Gelungene Beispiele zur Umsetzung der
UN-Behindertenrechtskonvention

Tagungsbericht Langen

Über 90 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus unterschiedlichen Wirtschaftsunternehmen und Organisationen trafen sich im Februar im Langener Paul-Ehrlich-Institut, um an der Kommunikationsbarriere zwischen Rehabilitationsträgern und Unternehmen zu arbeiten. Denn, so der einhellige Tenor, nur im Dialog können Themen wie Beschäftigungsfähigkeit und Teilhabe erkrankter Menschen am Arbeitsleben angegangen und umgesetzt werden. Der Tagungsbericht fasst die wichtigsten Ergebnisse der Veranstaltung zusammen.

TAGUNGSBERICHT

BAR
Bundesarbeitsgemeinschaft
für Rehabilitation

**UNTERNEHMEN UND SOZIAL-
VERSICHERUNG IM DIALOG –**
Auf dem Weg zur Vernetzung
3. Februar 2015 in Langen

BEM-Infoblatt

Ist ein Arbeitnehmer oder eine Arbeitnehmerin innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen oder wiederholt arbeitsunfähig, muss der Arbeitgeber nach § 84 im SGB IX ein Betriebliches Eingliederungsmanagement einleiten. Was man genau darunter versteht, wem es nutzt und wie es im Idealfall abläuft, erklärt das praktische Faltpapier. Übersichtlich und kompakt greift es wertvolle Informationen auf und beantwortet Fragen von allgemeiner bis rechtlicher Natur. Angesprochen werden in erster Linie Arbeitgeber und weitere betriebliche Akteure.

INFOKOMPAKT

**BETRIEBLICHES
EINGLIEDERUNGS-MANAGEMENT**

Für die Arbeitgeber stellt das betriebliche Eingliederungsmanagement ein unerlässliches Mittel zur Sicherung von Beschäftigungsfähigkeit von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern dar.

Was ist Betriebliches Eingliederungsmanagement?
Der Gesetzgeber verlangt von Arbeitgebern die Durchführung eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM), wenn Arbeitnehmer/innen innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen oder wiederholt arbeitsunfähig sind. BEM hilft, Arbeitsunfähigkeit zu überwinden, erneuter Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen und das Beschäftigungsverhältnis im Unternehmen zu erhalten. Zum BEM gehört dementsprechend all das, was geeignet ist, die Beschäftigungsfähigkeit der Mitarbeiter/innen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder Behinderungen nachhaltig zu sichern. Dabei kommt es nicht darauf an, ob die gesundheitliche Gefährdung arbeitsbedingt ist oder nicht.

Lohnt sich Betriebliches Eingliederungsmanagement?
Vom Betrieblichen Eingliederungsmanagement profitieren die Beschäftigten und die Arbeitgeber gleichermaßen. Gesunde und motivierte Mitarbeiter/innen stellen eine wertvolle Ressource eines Unternehmens dar. Sie erzielen bessere Arbeitsergebnisse und steigern damit den Erfolg des Unternehmens. BEM verringert Ausfallzeiten sowie Kosten der Entgeltfortzahlung und ermöglicht die Wiederaufnahme regulärer Arbeitsabläufe durch schnellere Rückkehr der Arbeitnehmer/innen in das Unternehmen. Zudem bleiben dem Unternehmen das Wissen, die Fähigkeiten und Fertigkeiten der Beschäftigten erhalten.

Wie funktioniert Betriebliches Eingliederungsmanagement?
Wenn Sie in Ihrem Unternehmen eine(n) Beschäftigte(n) haben, der/die innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig ist, setzen Sie sich mit ihm/ihr in Verbindung. Erklären Sie, dass die Kontaktaufnahme nicht die Kontrolle dient, sondern dass Sie – mit Zustimmung des/der betroffenen Beschäftigten – im Rahmen ihrer Möglichkeiten versuchen wollen, Maßnahmen zur technischen oder organisatorischen Gestaltung des Arbeitsplatzes zu finden, um neuen krankheitsbedingten Fallzeiten vorzubeugen. Dazu binden Sie – soweit vorhanden – weitere Personen und Stellen (z.B. Personal/Betriebsrat, bei schwerbehinderten Mitarbeiter/innen Schwerbehindertenvertretung, Integrationsamt, Betriebsarzt/Ärztin) ein. Hierbei empfiehlt es sich, wie den Personal/Betriebsrat auch die Schwerbehindertenvertretung von Anfang an bei allen entsprechenden BEM-Fällen zu beteiligen, es sei denn, der/die betroffene Arbeitnehmer/in lehnt dies ab.

Stimmt der/die Beschäftigte der Durchführung eines BEM zu, holen Sie alle Akteure an einen Tisch und besprechen das weitere Vorgehen, z.B. innerbetriebliche Maßnahmen zur Umgestaltung des Arbeitsplatzes oder außerbetrieblich durch transparentere externer Unterstützung, z.B. von Leistungsträgern oder Sozialberatungsstellen.

Für ein BEM bietet sich folgender Ablauf an:

1. Dauer der Arbeitsunfähigkeit als Voraussetzung für BEM feststellen
2. Erstkontakt mit dem/der betroffenen Mitarbeiter/in aufnehmen und seine/ihre grundsätzliche Zustimmung zum BEM einholen
3. Erstgespräch führen und nächste Schritte festlegen
4. Situation besprechen und gemeinsam das weitere Vorgehen vereinbaren
5. Vereinbarung umsetzen
6. Ergebnis überprüfen und ggf. weitere Schritte einleiten

AU feststellen → Erstkontakt → Erstgespräch → Weiteres Vorgehen vereinbaren → Vereinbarung umsetzen → Ergebnis überprüfen

BAR Infokompakt | BEM

ÖFFENTLICHKEIT ERZEUGEN BAR VERANSTALTET

Fachlicher Austausch und Kommunikation stehen im Mittelpunkt von unterschiedlichen Tagungen und Workshops der BAR. Dabei geht es in erster Linie darum, Fachöffentlichkeit, behinderte Menschen und Politik zusammenzubringen.

Im vergangenen Jahr sind vor allem zwei große Veranstaltungen zu nennen. Zum einen das alljährliche BAR-Fachgespräch. Diesmal unter dem Thema „Unternehmen und Sozialversicherung im Dialog – Auf dem Weg zur Vernetzung“. Zum anderen wurde anlässlich des 20-jährigen Bestehens des neurologischen Phasenmodells ein Symposium mit Fachexpertinnen und -experten durchgeführt.

BAR-Fachgespräch 2015

Unternehmen und Sozialversicherung im Dialog – Auf dem Weg zur Vernetzung

Unternehmen und Sozialversicherung waren beim BAR-Fachgespräch am 3. Februar 2015 in Langen aufgefordert, den direkten Dialog aufzunehmen. 90 Teilnehmende aus unterschiedlichen Wirtschaftsunternehmen und Organisationen diskutierten im Paul-Ehrlich-Institut.

Dialog bedeutet, Wünsche und Erwartungen, aber auch Grenzen des anderen kennenzulernen. Das hob Dr. Volker Hansen als Vorstandsvorsitzender der BAR in seiner Begrüßung hervor. Auch in weiteren Beiträgen zeigte sich: Das persönliche Gespräch ist

unverzichtbar, um Problemlagen zu verstehen und Chancen zu erkennen.

Für den offenen Umgang mit der Erkrankung von Mitarbeitenden im Arbeitsteam plädierte Prof. Dr. Michael Linden von der Charité Berlin in seinem Impulsvortrag. Voraussetzung für die Teilhabe psychisch erkrankter Menschen am Arbeitsleben sei eine langfristig auf Vertrauen angelegte Personalführung.

Unternehmen benötigen Rat und Unterstützung, insbesondere dann, wenn ein Mitarbeiter bzw. eine Mitarbeiterin längerfristig erkrankt oder eine Behinderung droht. Gemeinsam wurden beim Fachgespräch Fälle aus der Praxis reflektiert. Mögliche Ansätze zur Verbesserung innerhalb der Organisation oder des Systems lassen sich daraus ableiten. Der Erhalt von Beschäftigungsfähigkeit liegt dabei gleichermaßen in der Verantwortung von Arbeitgeber und Arbeitnehmer. Erkrankungen und Behinderungen vorzubeugen oder weitere Beeinträchtigungen zu vermeiden, ist für alle von wirtschaftlichem Interesse. Dazu gehören auch frühzeitige, zügige und effektive Zuständigkeitsklärungen und Verfahren der Sozialversicherungsträger. Dr. Helga Seel, Geschäftsführerin der BAR, betonte, dass dies vor allem eine Haltungsfrage sei: „Es kann nicht darum gehen, von vornherein den Zuständigen oder Ansprechpartner zu benennen – keiner darf der Falsche sein, wenn er angesprochen wird.“



Die Veranstaltung hat gezeigt, dass die direkte Kommunikation der beteiligten Akteure ein Schlüssel für weitere Verbesserungen ist. Die BAR setzt diesen dialogischen Weg in ihren drei Projekten zum Thema Beschäftigungsfähigkeit weiter fort.

ÖFFENTLICHKEIT ERZEUGEN BAR VERANSTALTET

BAR Symposium

„20 Jahre Neurologisches Phasenmodell“

Mit seinen sechs Phasen von „A wie Akut- und Intensivmedizin“ bis „F wie fortlaufende Behandlung und Langzeitpflege“ hat das Phasenmodell nachhaltig zur Entwicklung der Versorgungsstrukturen in der neurologischen Rehabilitation beigetragen. Die BAR hat mit einem Fach-Symposium am 5. Oktober 2015 nun einen Blick auf Erreichtes und auf weiteren Verbesserungsbedarf geworfen.

„Der Hintergedanke bei meinem Buch war eigentlich, dass sonst keiner glauben wird, was mir passiert ist, dieses ‚komplett Rausfallen‘ aus Allem. Und dann was in den Händen zu haben, um anderen weiterzugeben: Okay, es gibt ganz schwierige Phasen, aber man übersteht es am Ende auch“. Kim-Vanessa Mathes hat nach einer Hirntumor-OP die Akutklinik, Frührehabilitation und weitere neurologische Rehabilitation durchlaufen. Beim Symposium zum Neurologischen Phasenmodell, das in der BAR-Geschäftsstelle in Frankfurt stattfand, las sie aus ihrem Buch vor. Gemeinsam mit Experten, Wegbegleitern, betroffenen Menschen und Angehörigen wurde dort das 20-jährige „Jubiläum“ des Phasenmodells gefeiert.

Rund 800.000 Menschen leben heute in Deutschland mit den Folgen einer erworbenen Hirnschädigung. Schädelhirnverletzungen, Schlaganfälle, entzündliche Hirnerkrankungen und Hirntumore sind dafür verantwortlich, dass für diese Menschen nichts mehr so ist, wie es vorher war. Die Gruppe der Menschen mit neurologischen Erkrankungen ist allerdings ausgesprochen heterogen. Das macht die Notwendigkeit einer Systematik für die Versorgungsgestaltung deutlich, wie sie das Neurologische Phasenmodell bietet. Menschen mit erworbener Hirnschädigung brauchen eine besondere Art der Rehabilitation.

Idee des Symposiums war es, interessante Inputs mit einem regen Austausch zu verbinden. Markus Hofmann, amtierender Vorstandsvorsitzender der BAR, äußerte in seinem Grußwort den Wunsch nach Anregungen, die auf Ebene der BAR weiter bewegt werden können.

Mit einem Rückblick auf die vergangenen 20 Jahre bot das Symposium eine aktuelle Standortbestimmung der neurologischen Rehabilitation in Deutschland.



ÖFFENTLICHKEIT ERZEUGEN BAR QUALIFIZIERT

Die Gestaltung von Rehabilitation als einen ganzheitlichen Prozess fordert von allen Beteiligten umfassende Kenntnisse und Fertigkeiten, Erfahrungen und Kompetenzen. Wissen und Können sind jedoch nur ein Teil der Voraussetzungen, die von den handelnden Akteuren verlangt werden. Notwendig sind ebenso Kommunikation und Vernetzung, die den Blick über die eigene Zuständigkeit hinaus ermöglichen. Dialog ist gefragt zwischen unterschiedlichen Trägerbereichen, aber auch mit Leistungserbringern, mit Akteuren unterschiedlicher Professionen und nicht zuletzt mit Menschen mit Behinderung.

Den trägerübergreifenden Dialog sowie die Kenntnisse und Handlungskompetenzen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Rehabilitationsgeschehen unterstützt die BAR auch durch ihre Fort- und Weiterbildungsangebote. Denn die Ziele der Aktivitäten im Bereich der Fort- und Weiterbildung sind insbesondere:

- Einblick in das gegliederte Sozialleistungssystem gewinnen,
- Kenntnisse erwerben über die Möglichkeiten und Verfahrenswege der anderen Akteure,
- Orientierungswissen erwerben und anwenden lernen,
- die für Beratung, Entscheidungsfindung und Haltung notwendige Fachlichkeit verbessern,

- die Vernetzung zwischen Menschen, Organisationen und Leistungsträgern fördern und
- die Motivation für die eigene Tätigkeit steigern.

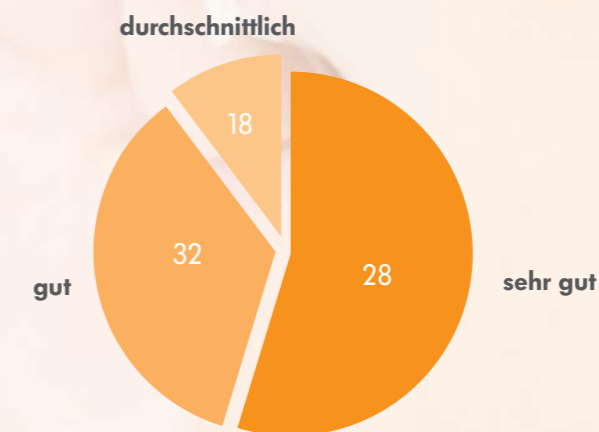
Die Strategie der verstärkten und zielgerichteten Werbung für die einzelnen unterschiedlichen Seminare und Formate hat sich bewährt. Im zurückliegenden Berichtszeitraum hat die BAR zehn Veranstaltungen mit insgesamt 212 Teilnehmerinnen und Teilnehmern durchgeführt (evtl. noch Aufzählung der BAR-Seminare – je nach Platz). Damit hat sich die Anzahl der teilnehmenden Personen im Vergleich zum Vorjahreszeitraum deutlich erhöht. 90 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer bewerten die Seminare mit sehr gut und gut. Das zeigt eine überdurchschnittlich hohe Zufriedenheitsquote.

Sechs Fortbildungsangebote waren zielgruppenspezifisch ausgerichtet, und zwar drei speziell für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Jobcentern und drei für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation. Als neues Fortbildungsformat wurde der Praxisdialog geboren. In Ergänzung zu ‚klassischen‘ Seminaren stehen bei dem Praxisdialog der Austausch von Erfahrungen der teilnehmenden Expertinnen und Experten aus der Rehabilitationsberatung, die Praxisrelevanz und der Wissensaustausch im Fokus.

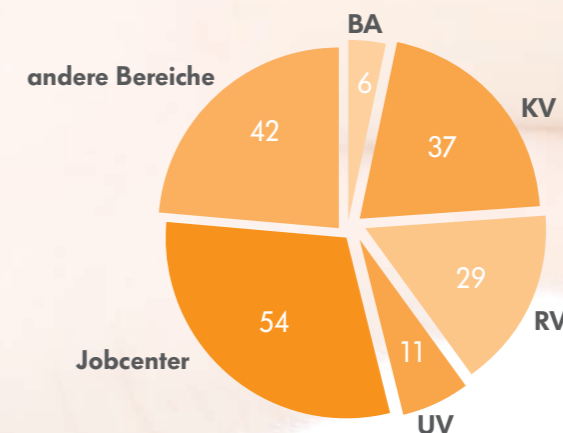
Darüber hinaus waren zwei weitere Seminare indikationsspezifisch ausgerichtet und haben zum einen Rehabilitation und Teilhabe für Menschen mit psychischen Erkrankungen in den Fokus gestellt sowie zum anderen Rehabilitation und Teilhabe für Menschen mit

neurologischen Erkrankungen. Zwei weitere Fortbildungsangebote haben die Themen neue Entwicklungen im Bereich Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie ICF aufgegriffen.

WIE HAT IHNEN DAS SEMINAR INSGESAMT GEFALLEN? (ABSOLUTE ZAHLEN, N = 179)



VON WELCHEM TRÄGER KOMMEN DIE TEILNEHMENDEN? (ABSOLUTE ZAHLEN, N = 63)



DIE BAR ALS ORGANISATION

DIE MITGLIEDER

Träger der gesetzlichen Krankenversicherung:

- AOK-Bundesverband
- BKK Dachverband e. V.
- IKK e.V.
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
- vdek – Verband der Ersatzkassen e.V.
- Knappschaft

Träger der gesetzlichen Unfallversicherung:

- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau

Träger der gesetzlichen Rentenversicherung:

- Deutsche Rentenversicherung Bund
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau

Bundesagentur für Arbeit

Bundesländer

- Baden-Württemberg
- Bayern
- Berlin
- Brandenburg
- Bremen
- Hamburg
- Hessen
- Mecklenburg-Vorpommern
- Niedersachsen
- Nordrhein-Westfalen
- Rheinland-Pfalz
- Saarland
- Sachsen
- Sachsen-Anhalt
- Schleswig-Holstein
- Thüringen

Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände

Deutscher Gewerkschaftsbund

Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen

Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe

Kassenärztliche Bundesvereinigung



DIE BAR ALS ORGANISATION

DIE GREMIEN

Vorstand

Der Vorstand gibt den Kurs vor und trifft wegweisende Entscheidungen. Das hat Auswirkung auf zukünftige Projekte und die kontinuierlichen Aufgaben der BAR. Die Mitglieder des Vorstandes treffen sich zweimal jährlich, im Frühjahr und im Herbst. Alternierender Vorsitzender für die Arbeitnehmerseite ist Markus Hofmann (Deutscher Gewerkschaftsbund) und für die Arbeitgeberseite Dr. Volker Hansen (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände).

Mitgliederversammlung

Beschlüsse von Satzungsänderungen, die Entgegennahme von Geschäftsberichten und des Berichtes des Vorstandsvorsitzenden über Haushalt und Personalangelegenheiten zählen zu den Aufgaben der Mitgliederversammlung. Als oberstes Organ trifft sie Entscheidungen in Grundsatzfragen und entlastet damit Vorstand und Geschäftsführung. An ihrer Spitze stehen die alternierenden Vorsitzende Eckehard Linnemann (Deutscher Gewerkschaftsbund) von Arbeitnehmerseite und Valerie Holsboer (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände) von Arbeitgeberseite.

Haushaltsausschuss

Die Träger der Gesetzlichen Krankenversicherung, Unfallversicherung, Rentenversicherung und die Bundesagentur für Arbeit bilden als Mitglieder der BAR

den Haushaltsausschuss und beschließen damit Stellen- und Haushaltsplan. Als Bindeglied der Gremien tragen sie außerdem maßgeblich zur Zielerreichung der BAR bei.

Arbeitskreis Rehabilitation und Teilhabe

Im Arbeitskreis Rehabilitation und Teilhabe kommen die Vertreter der Partner zusammen. Ihre Abstammung aus verschiedenen Feldern rund um den Themenkomplex Gesundheit und Rehabilitation ermöglicht den Austausch unterschiedlicher Erfahrungen, Meinungen und Ideen. Mit ihren Expertisen unterstützen sie den Vorstand in allen Fragen der Rehabilitation und Teilhabe behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen.

Ausschuss Gemeinsame Empfehlungen

Um die Kooperation der Leistungsträger und die Koordination der Leistungen in Bedarfsfällen von Rehabilitation und Teilhabe zu verbessern, reicht das SGB IX das Instrument „Gemeinsame Empfehlungen“, ein Dokument, das einheitliche, trägerübergreifende Regelungen festlegt. Zur Umsetzung des gesetzlichen Auftrags wurde der Ausschuss „Gemeinsame Empfehlungen“ gegründet. Verschiedene Fachgruppen sind für die Vereinbarung, Erarbeitung und Aktualisierung der Gemeinsamen Empfehlungen verantwortlich.

Sachverständigenrat der Behindertenverbände

Der Mensch mit Behinderung oder der von Behinderung bedrohter Mensch steht stets im Mittelpunkt der Arbeit der BAR. Aus diesem Grund war es nur folgerichtig den Sachverständigenrat der Behindertenverbände zu gründen. Im Jahr 1978 initiiert, folgt er seitdem dem Credo „Nicht über uns, sondern mit uns reden“, führt Sichtweisen von Menschen mit Behinderung zusammen, bringt sie in die Diskussion mit den Rehabilitationsträgern ein und fördert damit deren Inklusion.

Sachverständigenrat der Ärzteschaft

Damit die BAR ihre fachlichen Aufgaben umfassend erfüllen kann, benötigt sie Beratung und Unterstützung. Besonders der Bereich der medizinischen Rehabilitation, der ein wesentliches Element der Leistungen zur Teilhabe darstellt, bedarf zusätzlicher Kompetenzen. Aus diesem Grund gibt es den Sachverständigenrat der Ärzteschaft, der als Fachgremium den Vorstand in wichtigen Fragen und Angelegenheiten rund um die Gestaltung und Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation berät.

Arbeitsgruppe „Barrierefreie Umweltgestaltung“

Die seit 1982 bestehende BAR-Arbeitsgruppe „Barrierefreie Umweltgestaltung“ versteht sich als Fachforum, in dem Ideen und Informationen ausgetauscht und Stellungnahmen erarbeitet werden. Ziel ihrer Tätigkeit ist es, die Barrierefreiheit möglichst umfassend in allen

Bereichen des öffentlichen Lebens zu verwirklichen, um die gesellschaftliche Partizipation von Menschen mit Behinderung voranzutreiben.

Beauftragte für die Belange behinderter Menschen und die BAR

Selbstbestimmtes Leben und Arbeiten, Gleichstellung und Barrierefreiheit – damit diesen großen Worten auch große Taten folgen, treffen sich die Beauftragte für die Belange behinderter Menschen und die BAR zweimal jährlich zum Informationsaustausch und um behindertenpolitische Impulse zu setzen. Ziel des Gremiums ist es, die Belange behinderter Menschen in das Bewusstsein von Politik und Öffentlichkeit zu rücken, um so für mehr Solidarität und Toleranz zu werben. Schließlich gilt es, die Würde aller Menschen anzuerkennen und ihre Inklusion sicherzustellen.



ORGANE UND AUSSCHÜSSE

1. OKTOBER 2014 – 30. SEPTEMBER 2015

Zusammensetzung der Organe und Ausschüsse der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

Stand: 30. September 2015

Mitgliederversammlung

Vorsitzende ab 1. Juni 2015:

Valerie Holsboer

- Bundesvereinigung der
Deutschen Arbeitgeberverbände -

Vorsitzender bis 31. Mai 2015:

Eckehard Linnemann

- Deutscher Gewerkschaftsbund -

Gruppe Krankenversicherung

Traudel Gemmer

- AOK-Bundesverband -

Birgit Gantz-Rathmann

- BKK Dachverband -

Andreas Strobel

- BKK Dachverband -

N. N.

Vertreter:

N. N.

- IKK e.V. -

Bernhard Weiler

- Sozialversicherung für Landwirtschaft,
Forsten und Gartenbau -

N. N.

Vertreterin:

Elke Holz

- Verband der Ersatzkassen e.V. -

Dr. Wolfgang Schrörs

- Verband der Ersatzkassen e.V. -

Hartmut Behnsen

Vertreterin:

Sabine Belter

- Knappschaft -

Gruppe Unfallversicherung

Norbert Furche

- Deutsche Gesetzliche
Unfallversicherung -

Peter Kunert

- Deutsche Gesetzliche
Unfallversicherung -

Uta Mootz

- Deutsche Gesetzliche
Unfallversicherung -

Dr. Horst Riesenberg-Mordeja

- Deutsche Gesetzliche
Unfallversicherung -

Arnd Spahn

- Sozialversicherung für Landwirtschaft,
Forsten und Gartenbau -

Gruppe Rentenversicherung

Rüdiger Herrmann

- Deutsche Rentenversicherung Bund -

Karl-Heinz Katzki

- Deutsche Rentenversicherung Bund -

Eckehard Linnemann

- Deutsche Rentenversicherung Bund -

Rolf Siegert

- Deutsche Rentenversicherung Bund -

Prof. Michael Sommer

- Deutsche Rentenversicherung Bund -

Rudolf Heins

- Sozialversicherung für Landwirtschaft,
Forsten und Gartenbau -

Bundesagentur für Arbeit

Dr. Wilhelm Adamy

Vertreterin:

Dr. Stefanie Janczyk

Christina Ramb

Vertreterin:

Valerie Holsboer

Länder

BADEN-WÜRTTEMBERG

N. N.

Vertreter: **N. N.**

BAYERN

Burkard Rappl

Vertreter: **Rudolf Forster**

BERLIN

N. N.

Vertreter: **N. N.**

BRANDENBURG

Michael Ranft

Vertreter: **Jürgen Dusel**

BREMEN

Agnes Wichert

Vertreter: **Felix Priesmeier**

HAMBURG

Dr. Peter Gitschmann

Vertreter: **Ingo Tscheulin**

HESSEN

Dr. Marie-Luise Marx

Vertreterin: **Liane Grewers**

MECKLENBURG-VORPOMMERN

Hartmut Renken

Vertreterin: **Martina Krüger**

NIEDERSACHSEN

Claudia Schröder

Vertreter: **N. N.**

NORDRHEIN-WESTFALEN

N. N.

Vertreter: **N. N.**

RHEINLAND-PFALZ

Harald Diehl

Vertreter: **N. N.**

SAARLAND

Martina Stabel-Franz

Vertreter: **Wolfgang Gütlein**

SACHSEN

Ute Adolf

Vertreterin: **Beatrice Adler**

SACHSEN-ANHALT

Dr. Gabriele Theren

Vertreterin: **Birgit Herrmann**

SCHLESWIG-HOLSTEIN

Dagmar Kampz

Vertreter: **N. N.**

THÜRINGEN

Klaus Dietrich

Vertreter: **Dieter Berkholz**

Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsor- gestellen

Robert Hüther **N. N.**

Vertreter:

Michael Alber

Bundesarbeitsgemeinschaft der über- örtlichen Träger der Sozialhilfe

Franz Schmeller

Vertreter:

Matthias Krömer

Kassenärztliche Bundesvereinigung

Dr. Jörg Berling

Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände

Karoline Bauer **Betina Kirsch**

Jörg Hagedorn **Dr. Martin Kröger**

Valerie Holsboer **Ulrich Tilly**

Deutscher Gewerkschaftsbund

Robert Bäuml **Dieter Lasar**

Melanie Grunow **Eckehard Linnemann**

H. Peter Hüttenmeister

VORSTAND

Vorsitzender ab 1. Juni 2015:
Markus Hofmann
 - Deutscher Gewerkschaftsbund -

Vorsitzender bis 31. Mai 2015:
Dr. Volker Hansen
 - Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände -

Gruppe Krankenversicherung

Erich Balsler
 Vertreter:
Roland Schultze
 - Verband der Ersatzkassen e.V. -

Leo Blum
 - Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau -

Ludger Hamers
 - BKK Dachverband -

Jörg Weiler
 - BKK Dachverband -

Wolfgang Metschurat
 - AOK-Bundesverband -

Geschäftsführer
Jürgen Hohnl
 - IKK e.V., beratend -

Gruppe Unfallversicherung

Jörg Heinel
 - Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau -

Manfred Wirsch
 - Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung -

Freiherr Dr. Rainhardt von Leoprechting
 - Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung -

Geschäftsführer
Dr. Joachim Breuer
 - Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, beratend -

Vertreter:
Markus Oberscheven
Dr. Friedrich Mehrhoff
 - Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, beratend -

Gruppe Rentenversicherung

N. N.
 - Deutsche Rentenversicherung Bund -

Alexander Gunkel
 - Deutsche Rentenversicherung Bund -

Michael Weberink
 - Deutsche Rentenversicherung Bund -

Hans-Werner Veen
 - Deutsche Rentenversicherung Bund -

Geschäftsführerin
Gundula Roßbach
 - Deutsche Rentenversicherung Bund, beratend -

Bundesagentur für Arbeit

Dr. Stefanie Janczyk
 Vertreter:
Dr. Wilhelm Adamy

Christina Ramb

Vertreterin:
Valerie Holsboer
 Geschäftsführer (i. A.)
Johannes Pfeiffer
 Vertreter:
Jürgen Spatz

Länder**BAYERN**

Burkard Rappl
 Vertreter: **Rudolf Forster**

HESSEN

Dr. Marie-Luise Marx
 Vertreterin: **Liane Grewers**

NORDRHEIN-WESTFALEN

Bernhard Pollmeyer

SACHSEN

Ute Adolf
 Vertreterin: **Beatrice Adler**

Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen

Ulrich Adlhoch
 Vertreter: **Michael Alber**

Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe

Franz Schmeller
 Vertreter: **Matthias Krömer**

Kassenärztliche Bundesvereinigung

Dr. Jörg Berling

Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände

Dr. Volker Hansen
Dr. Martin Kröger

Deutscher Gewerkschaftsbund

Jean-Baptiste Abel
 - Deutscher Gewerkschaftsbund -

Peter Deutschland
 - Deutscher Gewerkschaftsbund -

Markus Hofmann
 - Deutscher Gewerkschaftsbund -

N. N.
 - Deutscher Gewerkschaftsbund -

HAUSHALTAUSSCHUSS

Vorsitzender ab 1. Juni 2015:
Markus Hofmann
 - Deutscher Gewerkschaftsbund -

Vorsitzender bis 31. Mai 2015:
Dr. Volker Hansen
 - Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände -

Gruppe Krankenversicherung

Uwe Deh
 - AOK-Bundesverband -

Dieter Jürgen Landrock
 Vertreter:
Thomas Buresch
 - AOK-Bundesverband -

Ludger Hamers
 - BKK Dachverband -

Jörg Weiler
 - BKK Dachverband -

Franz Knieps
 Vertreter:
Klaus Focke
 - BKK Dachverband -

Nikolaus Chudek
 Vertreter:
N. N.
 - IKK e.V. -

Jürgen Hohnl
 - IKK e.V. -

Rudolf Heins
 - Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau -

Bernhard Weiler
 - Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau -

Roland Schultze
 Vertreter:
Erich Balsler
 - Verband der Ersatzkassen e.V. -

Oliver Blatt

Vertreterin: **Edelinde Eusterholz**
- Verband der Ersatzkassen e.V. -

Eckehard Linnemann

Vertreter:
Udo Eisberg
- Knappschaft -

Dr. Ulrich Rust

Vertreter:
Volker Krengel
- Knappschaft -

Gruppe Unfallversicherung**Dr. Joachim Breuer**

Vertreter:
Dr. Friedrich Mehrhoff
- Deutsche Gesetzliche
Unfallversicherung -

Freiherr Dr. Rainhardt von Leoprechting

- Deutsche Gesetzliche
Unfallversicherung -

Gruppe Rentenversicherung

N. N.

- Deutsche Rentenversicherung Bund -

Hans-Werner Veen

- Deutsche Rentenversicherung Bund -

Michael Weberink

Vertreter:

Alexander Gunkel

- Deutsche Rentenversicherung Bund -

Gundula Roßbach

- Deutsche Rentenversicherung Bund -

Bundesagentur für Arbeit**Dr. Stefanie Janczyk**

Vertreter:

Dr. Wilhelm Adamy**Christina Ramb**

Vertreterin:

Valerie Holsboer**Johannes Pfeiffer**

Vertreter:

Jürgen Spatz

N. N.

Vertreter:

N. N.

SACHVERSTÄNDIGENRÄTE**Sachverständigenrat der Behindertenverbände:**

Vorsitzende:

Barbara Vieweg

- Weibernetz e.V. -

Stellvertretender Vorsitzender:

Achim Backendorf

- Sozialverband VdK Deutschland -

Sachverständigenrat der Ärzteschaft

Vorsitzender:

Professor Dr. Wolfgang Seger

- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen -

Stellvertretender Vorsitzender:

Dr. med. Andreas Niedeggen

- Deutsche Gesetzliche
Unfallversicherung -

**AUSSCHUSS GEMEINSAME EMP-
FEHLUNGEN**

Vorsitzender ab 1. Juni 2015:

Markus Hofmann

- Deutscher Gewerkschaftsbund -

Vorsitzender bis 31. Mai 2015:

Dr. Volker Hansen

- Bundesvereinigung der
Deutschen Arbeitgeberverbände -

ARBEITSKREIS DES VORSTANDES**Arbeitskreis Rehabilitation und
Teilhabe**

Vorsitzender ab 1. Juni 2015:

Jean-Baptiste Abel

- Deutscher Gewerkschaftsbund -

Vorsitzender bis 31. Mai 2015:

Dr. Martin Kröger

- Bundesvereinigung der
Deutschen Arbeitgeberverbände -

GESCHÄFTSFÜHRUNG**Dr. Helga Seel**

Geschäftsführerin

Bernd Giraud

Vertreter der Geschäftsführerin



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