

**AUS DER ARBEIT DER BAR**

ICF-Praxisleitfaden 2 herausgegeben	3
Gemeinsames Rahmenkonzept Kinder und Jugendliche liegt als Broschüre vor	3
Praxisleitfaden Nachhaltigkeit	4
Qualitätsmanagement und Zertifizierung	5
Arbeits- und Projektgruppe „Perspektiven der Rehabilitation“ - Positionspapier des Sachverständigenrates der Ärzteschaft der BAR	6

**REHA UND TEILHABE AUF BUNDESEBENE**

17. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 3. – 5. März 2008 in Bremen	7
Rollstuhlfahrer künftig wieder zusammen im Bus	9
Bundestag verabschiedet Pflegereform	9

**TRÄGERÜBERGREIFENDE SEMINARE DER BAR**

Seminar „Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen“ vom 25. – 27.11.2008 in Freiburg	11
---	----

**REHA-PUBLIKATIONEN**

Bundesweite Pflegedatenbank veröffentlicht	12
--	----

## REHA-PUBLIKATIONEN

Präventionsbericht 2007 Leistungen der Gesetzlichen Kranken- versicherung in der Primärprävention und Betrieblichen Gesundheitsförderung	12
Bundeskabinett billigt Vierten Bericht zur Pflegeversicherung	12

## EUROPÄISCHES / INTERNATIONALES REHABILITATIONSGESCHEHEN

Wechsel im Amt des Nationalsekretärs von Rehabilitation International (RI)	14
Europäisches Jahr 2010 – Bekämpfung von Armut und soziale Ausgrenzung	14
Gesundheitssysteme der EU-Staaten	14
Europäisches Jahr des interkulturellen Dialogs 2008	15

## TAGUNGEN MESSEN KONGRESSE

Teilhabe jetzt! Eine Gesellschaft für alle! – Der 5. Mai 2008	16
2. Deutscher REHA-Rechtstag am 16. Mai 2008 in Berlin	16
21. Heidelberger Kongress des Fach- verbandes Sucht e.V.	17

## KURZ GEMELDET

Auflösung der Versorgungsämter	18
Deutsche Integrationsforscher gründen Verein	18
Neue Regelungen im Gesundheitsbereich	18

Herausgeber:  
Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR),  
Walter-Kolb-Str. 9-11, 60594 Frankfurt am Main

Redaktion:  
Günter Thielgen (verantwortlich),  
Telefon: (069) 605018-23/-19, Telefax: (069) 605018-28

Gestaltung:  
Kerstin Liewald

E-Mail: [info@bar-frankfurt.de](mailto:info@bar-frankfurt.de)  
Internet: <http://www.bar-frankfurt.de>

Nachdruck mit Quellenangabe erwünscht;  
Belegexemplar erbeten

## ICF-Praxisleitfaden 2 herausgegeben

Der ICF-Praxisleitfaden soll mit der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) vertraut machen und ihre Bedeutung für die rehabilitative Tätigkeit vermitteln. Daher richtet sich die Ausarbeitung in erster Linie an Ärzte und Therapeuten in Rehabilitationseinrichtungen, grundsätzlich aber auch an alle, die an der Indikationsstellung und der Erbringung von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe für Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder Behinderungen beteiligt sind.

Die Umsetzung der ICF-Konzeption in die klinische und ambulante Praxis steht noch am Anfang. Die Nutzungsmöglichkeiten der ICF sind noch nicht ausgeschöpft. Diese Broschüre soll der Einführung und größeren Verbreitung der ICF in die praktische rehabilitative Arbeit dienen. Voraussetzung ist die Kenntnis der ICF-„Philosophie“ und ihrer Grundbegriffe.

Den Fachkräften in der Rehabilitation stellt sich die Frage, an welcher Stelle, in welchem Umfang, in welcher Organisationsform und mit welchem Aufwand sie die ICF in den Rehabilitationsprozess ihrer Einrichtung integrieren können und sollen.

### Aufbau des ICF-Praxisleitfadens

*Kapitel 1* liefert einen Überblick über Inhalt und Systematik der ICF einschließlich Skizzierung der historischen Entwicklung. Ein Fallbeispiel stellt die Verbindung zwischen den anamnestischen bzw. klinischen Daten und den entsprechenden Begrifflichkeiten der ICF her.

Im *Kapitel 2* werden spezielle Anwendungsbereiche der ICF in einer Rehabilitationseinrichtung beschrieben. Im Blickfeld stehen insbesondere die Unterstützung bei der Rehabilitationszielsetzung und Teambildung durch die ICF.

*Kapitel 3* beschreibt anhand ausgewählter Beispiele die sich aus der ICF-Orientierung

ergebenden organisatorischen Herausforderungen und praktikablen Lösungen für eine einrichtungsinterne Dokumentation. Einen besonderen Schwerpunkt stellt der Rehabilitationsentlassungsbericht dar mit Beschreibung und Beurteilung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben/am Arbeitsplatz/im häuslichen Kontext und strukturiert nach der ICF.

Im *Kapitel 4* werden die Kernaussagen zusammengefasst und mögliche künftige Perspektiven für die Nutzung der ICF aufgezeigt. Dies umfasst auch Forschungsprojekte für die Weiterentwicklung und Praktikabilität der ICF-Verwendung.

Im *Anhang* finden sich das Glossar, einführende und ausgewählte weiterführende Literatur sowie das Verzeichnis der Autoren und Berater.

Auf unserer Internetseite ([www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de)) haben Sie die Möglichkeit, diese Broschüre als PDF-Datei herunterzuladen. Sie kann auch bestellt werden bei der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Walter-Kolb-Straße 9-11, 60594 Frankfurt am Main.

† † †

## Gemeinsames Rahmenkonzept Kinder und Jugendliche liegt als Broschüre vor

Die Broschüre „Gemeinsames Rahmenkonzept der Gesetzlichen Krankenkassen und der Gesetzlichen Rentenversicherung für die Durchführung stationärer medizinischer Leistungen der Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche“ wurde jetzt in der Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) veröffentlicht.

Das Gemeinsame Rahmenkonzept soll als eine Art Leitlinie für die zielgerichtete Weiterentwicklung der Behandlungskonzepte und der indikationsspezifischen Anforderungsprofile für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche dienen.

Durch die Zunahme von chronischen, vor allem psychosomatischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter, besteht nach wie vor erheblicher Bedarf an spezifischen medizinischen Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für diesen Personenkreis. Im gesundheitlichen Versorgungssystem kommen somit der Vorsorge und Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen ein besonderer Stellenwert zu.

Entsprechend den vielfältigen Bedingungsfaktoren von Krankheit ist dabei neben den medizinischen und psychosozialen Leistungen vor allem den flankierenden gesundheitsfördernden Leistungen zur Verminderung der Risikofaktoren und zur Verhaltensänderung eine hohe Bedeutung zuzumessen.

Das Rahmenkonzept wurde auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS), des AOK-Bundesverbandes, des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen, des IKK-Bundesverbandes, des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen, des AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verbandes, des Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Krankenkassen, der See-Krankenkasse, der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, der Deutschen Rentenversicherung Bund, des Gesamtverbandes der landwirtschaftlichen Alterskassen und der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ) erarbeitet.

Die aktuelle und überarbeitete Fassung steht unter [www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de) zum Download bereit und kann bestellt werden bei der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Walter-Kolb-Straße 9-11, 60594 Frankfurt am Main.

## Praxisleitfaden Nachhaltigkeit

Mit dem Praxisleitfaden Strategien zur Sicherung der Nachhaltigkeit von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation liegt jetzt in der BAR-Schriftenreihe eine Broschüre vor, die Hilfestellung dazu geben soll, wie die Nachhaltigkeit des Rehabilitationserfolges schon von der Rehabilitationseinrichtung aus vorbereitet und in die Wege geleitet werden kann.

Es wird aufgezeigt, wie der Rehabilitand auch im Anschluss an eine medizinische Rehabilitationsleistung gefördert und begleitet werden kann.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bezwecken, Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden oder eine Verschlimmerung dieser zu verhüten. Weitere Zielsetzungen sind die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und die Vermeidung von Einschränkungen in der Erwerbsfähigkeit.

Um diese Ziele zu erreichen kann auch im Anschluss an die zeitlich begrenzte Rehabilitationsleistung Handlungsbedarf bestehen. Ein nachhaltiger Rehabilitationserfolg hängt auch von der dauerhaften Umsetzung der im Reha-Verfahren eingeübten Verhaltens- und Lebensstiländerungen im Alltag ab. Nicht selten tritt jedoch im Anschluss an die erfolgreich verlaufene Rehabilitation bei den Rehabilitanden der so genannte "Praxisschock" auf, also die Konfrontation mit dem Arbeits- und Familienalltag begleitet vom Verlust der Motivation zur Lebensstiländerung. Auch kann es nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation wichtig sein den Rehabilitanden beim Wiedereintritt ins Berufsleben zu unterstützen, um erneute Arbeitsunfähigkeit zu vermeiden.

Zielgruppe des Praxisleitfadens sind Ärzte, Therapeuten und die weiteren Mitglieder des Reha-Teams sowie die betroffenen Rehabilitanden selbst. Weiter wendet sich der Praxisleitfaden an niedergelassene Ärzte, die nach abgeschlossener Rehabilitation für die Weiterbehandlung des Rehabilitanden zuständig sind und eine unterstützende Rolle in der Erreichung der Nachhaltigkeit

übernehmen können, sowie an die den Rehabilitanden durch Beratung zur Seite stehenden Mitarbeiter der Rehabilitationsträger und Gemeinsamen Servicestellen.

Die aktuelle und überarbeitete Fassung steht unter [www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de) zum Download bereit und kann bestellt werden bei der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Walter-Kolb-Straße 9-11, 60594 Frankfurt am Main.

† † †

## Qualitätsmanagement und Zertifizierung

Durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz ist in § 20 SGB IX der Abs. 2a neu eingefügt. Dadurch wird bestimmt, dass die Spitzenverbände der Rehabilitationsträger im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach § 20 Abs. 2 Satz 1 SGB IX sowie ein einheitliches, unabhängiges Zertifizierungsverfahren vereinbaren, mit dem die erfolgreiche Umsetzung des Qualitätsmanagements in regelmäßigen Abständen nachgewiesen wird. Die für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbände sowie die Verbände behinderter Menschen einschließlich der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen behinderter Frauen erhalten im Rahmen der Erfüllung dieser gesetzlichen Aufgabe Gelegenheit zur Stellungnahme.

Im ersten Schritt bereits erarbeitet sind „Grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement“ bestehend aus folgenden 11 Qualitätskriterien, über deren Erfüllung die jeweilige stationäre Rehabilitationseinrichtung den Nachweis führen muss:

- (1) Teilhabeorientiertes Leitbild
- (2) Einrichtungskonzept
- (3) Indikationsspezifische Reha-  
bilitationskonzepte
- (4) Verantwortung für das Qualitätsma-  
nagement in der Einrichtung
- (5) Basis-Elemente eines Qualitätsma-  
nagement-Systems (Organisationsstruk-  
tur; Dokumentation, verantwortliche  
Kontrolle und Steuerung; Entwicklung  
von Qualitätszielen auf der Basis der  
internen Managementbewertung; re-  
gelhafte Selbstprüfung wesentlicher  
Prozesse, z.B. interne Audits oder  
Self-Assessments; Mitarbeiterbeteili-  
gung aller Ebenen und Bereiche)
- (6) Beziehungen zu Rehabilitan-  
den/Bezugspersonen/Angehörigen,  
Behandlern, Leistungsträgern
- (7) Systematisches Beschwerdema-  
nagement
- (8) Externe Qualitätssicherung
- (9) Interne Ergebnismessung und  
-analyse (Verfahren)
- (10) Fehlermanagement
- (11) Interne Kommunikation und Personal-  
entwicklung.

Sämtliche Anforderungen sind in der auf BAR-Ebene erarbeiteten Fassung in einem Manual stichwortartig konkretisiert und im Interesse eines besseren und vor allem einheitlichen Verständnisses für die Anwender schriftlich erläutert.

In Bezug auf den nächsten Arbeitsschritt, die Verständigung der beteiligten Rehabilitationsträger auf ein einheitliches, unabhängiges Zertifizierungsverfahren, sind bei bereits bestehendem Grundkonsens in der Sache u.a. die folgenden Punkte zwischen den Vereinbarungspartnern noch im Einzelnen klärungsbedürftig:

- Definition „einheitliches Verfahren“
- Bestimmung von Grundanforderungen an die Zertifizierer
- Festlegung der Art und Weise der Anerkennung bereits vorhandener Zertifikate
- Klärung der Notwendigkeit einer Akkreditierung der Zertifizierer
- Klärung der Möglichkeiten für ein geeignetes Akkreditierungsverfahren

- Ermittlung der mit einer Akkreditierungsstelle verbundenen Kosten und Bedingungen
- Klärung der gesetzlichen/rechtlichen Notwendigkeit europaweiter Ausschreibung der Akkreditierungsstelle.

Das Perspektivpapier steht jetzt als Download unter [www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de) zur Verfügung.

† † †

## **Arbeits- und Projektgruppe „Perspektiven der Rehabilitation“ – Positionspapier des Sachverständigenrates der Ärzteschaft der BAR**

Im Frühjahr 2005 wurde die Arbeits- und Projektgruppe „Perspektiven der Rehabilitation“ vom BAR-Sachverständigenrat der Ärzteschaft eingesetzt. Aufgabe dieser Arbeitsgruppe war es, aus sozialmedizinischer Sicht trägerübergreifend angelegte Weiterentwicklungsperspektiven für die Zukunftssicherung der Rehabilitation im Gesundheitswesen aufzuzeigen. Diesem Auftrag sieht sich der BAR-Sachverständigenrat als beratendes Fachgremium des BAR-Vorstandes insbesondere unter den veränderten Rahmenbedingungen im Spannungsfeld zwischen Ökonomie und Qualität verpflichtet. Dabei wird der Fokus auf eine stärkere Berücksichtigung individueller Bedarfskonstellationen, auf die Strukturierung von Leistungen anhand von Erkenntnissen der Evidenzbasierten Medizin und Erfahrungen aus entsprechenden Leitlinien und Empfehlungen gelegt.

Die Arbeitsgruppe greift dabei auf das Gutachten des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, den Abschlussbericht der Kommission zur Weiterentwicklung der Sozialmedizin in der gesetzlichen Rentenversicherung (SOMEKO) sowie auf das Eckpunktepapier der Koalitionsarbeitsgruppe Menschen mit Behinderungen zurück.

## **17. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 3. – 5. März 2008 in Bremen**

Mehr als 1000 Wissenschaftler, Klinikärzte, Psychologen und weitere Fachkräfte aus Kliniken, Verwaltungen und Unternehmen haben auf dem 17. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium über neue Erkenntnisse in der Behandlung chronischer Krankheiten und der Umsetzung in der Rehabilitation diskutiert. Es ging um Krankheitsfolgen und ihre Bewältigung bei weit verbreiteten Erkrankungen wie Chronischer Rückenschmerz, Diabetes, Psychosomatische Erkrankungen, Koronare Herzkrankheit, Krebs, Rheuma, Schlaganfall. Auch innovative Projekte zur besseren Vernetzung von Versorgungsbereichen und zur Rückkehr in den Beruf wurden vorgestellt.

Nach der Eröffnung des Fachkongresses durch den Direktor der Deutschen Rentenversicherung Bund, Dr. Axel Reimann, sprach Professor Franz Petermann von der Universität Bremen über "Leitlinien in der Rehabilitation - Chancen und Risiken". Ziele von Leitlinien seien die Optimierung der klinischen Praxis, die Verbesserung der Kommunikation etwa zwischen Forschung und Praxis, aber auch die Information der Öffentlichkeit und die Einbeziehung ökonomischer Zielsetzungen.

Leitlinien könnten so als Hilfe für den Patienten, den Therapeuten und den Kostenträger verstanden werden.

### **Rehabilitation setzt verstärkt auf Verhaltensmedizin**

Bei vielen chronischen Krankheiten sind Schmerzzustände unvermeidlich. Oft kommt es zu Depressionen und sozialem Rückzug. Es ist große Disziplin erforderlich, um ärztliche Empfehlungen im Alltag durchzuhalten. "Eine nur körperliche Behandlung greift bei langfristigen Leiden zu kurz. Die Rehabilitation wird daher zunehmend um psychologische Module erweitert", erläuterte Christian Wolff, Direktor der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Oldenburg-Bremen.

"Die Rehabilitationserfolge müssen in vielen Fällen nachhaltiger werden", begründete Wolff den Bedarf an wissenschaftlich fundierter Innovation. Ein wichtiger Fortschritt sei das Vordringen psychologischer Konzepte in den Kliniken. Dabei ergänzen vielfach erhaltenstherapeutische Module die körperliche Therapie. Auf dem Kongress wurden drei Projekte vorgestellt, bei denen Patienten in den DRV-eigenen Kliniken zum Teil mit wissenschaftlicher Begleitung neue verhaltenspsychologische Schulungen angeboten werden:

### **Rückenschmerz oft von Depressivität begleitet**

Bei chronischen Rückenschmerzen lässt sich in 85 Prozent der Fälle keine körperliche Ursache ausmachen. Eine Reha-Behandlung bringt oft nur mäßige oder nur vorübergehende Besserung. Wenn Depressivität hinzukommt, verschlechtern sich die Aussichten noch stärker. Männer sind dabei offenbar besonders betroffen, wie Professorin Petra Hampel vom Stiftungslehrstuhl für Rehabilitationspsychologie in Bremen berichtete. Für Patienten beiderlei Geschlechts mit chronischem Rückenschmerz und Depressivität stellte sie ein antidepressives Training vor, das derzeit in den DRV-Kliniken in Bad Schwalbach und Bad Wildungen erprobt wird.

In fünf Sitzungen lernen die Patienten dabei, sich Einstellungen und Verhaltensweisen für den Alltag zu erarbeiten, die einer niedergedrückten Schon- und Rückzugshaltung entgegenwirken. "Die Auswirkungen einer abwärts gerichteten Stimmungsspirale werden bewusst gemacht und positive Selbstinstruktionen geübt, zum Beispiel: 'Wenn ich etwas Schönes unternehme, geht's mir gleich wieder besser'. Neben Techniken eines solchen "Aktivitätsmanagements" werden das eigene Schmerzverhalten und die Resonanz in der Umwelt reflektiert. Weitere Themen sind dysfunktionale Überzeugungen, Anti-Stress-Training und soziale Kompetenzen.

## **Fibromyalgie-Patienten hoch motiviert**

Mit ähnlichen Problemen haben Fibromyalgie-Patienten zu kämpfen. Die in den Ursachen noch ungeklärten Schmerzzustände an den Übergängen von Muskeln und Sehnen, zu denen zahlreiche weitere Beschwerden wie Abgeschlagenheit und Konzentrationsstörungen hinzukommen können, beeinträchtigen erheblich die Teilhabe in Beruf und Gesellschaft. "Es ist bisher nur eine Symptombehandlung möglich", erläuterte Dr. Bernhard Krohn-Grimberghe, Chefarzt der DRV-Rheumaklinik in Bad Wildungen. Sie steht auf den drei Säulen Medikation, Physikalische Therapie und Verhaltensmedizin. Als "Weichteilrheumatismus" gilt das noch ungeklärte Phänomen dabei nicht mehr. So komme es im Gegensatz zu entzündlichen Prozessen bei Rheuma nicht zu Gewebsschädigungen, erläuterte der Facharzt. Das ist eine gute Nachricht für die - mehrheitlich weiblichen - Betroffenen. Sie wird gleich zu Anfang in den "kognitiv-behavioralen" Schulungen in der Klinik übermittelt.

Die Patienten üben sich dort im "aktiven Schmerzmanagement". Ihr Schmerzerleben und -verhalten soll sich verändern, die Lebensqualität steigen. "Als besonders geeignet haben sich neben Entspannungsverfahren (wie Autogenes Training oder 'Jacobsen-Training') eine bewusste Aufmerksamkeitsumlenkung vom Schmerz auf Angenehmes erwiesen, das Führen eines Schmerztagebuchs und Anti-Stresstrainings mit beruhigenden Selbstinstruktionen. Die seit einigen Jahren angebotene Schulung wird jetzt im Zuge eines Forschungsprojekts mit Professor Franz Petermann vom Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation (ZKPR) der Universität Bremen wissenschaftlich geprüft, um sie weiter zu verbessern. Zum Einstieg hat das Team untersucht, ob Fibromyalgie-Patienten ebenso motiviert sind wie andere Schmerzpatienten. "Dreiviertel der Fibromyalgie-Patienten haben einen fortgeschrittenen Stand in der Veränderungsmotivation erreicht", fasste Maike Holtz vom ZKPR das Zwischenergebnis zusammen.

## **Mit "Psycho-Diabetes" gegen Überforderung**

Zuckerkrankte müssen sich im Alltag penibel an Diät und Medikation halten. "Das ist eine starke Belastung, die viele überfordert", erläuterte Hans-Hermann Theissen, Leitender Psychologe und geprüfter Psychodiabetologe an der Marbachtal-Klinik in Bad Kissingen. Besonders wer ohnehin seelisch beeinträchtigt war, kann oft den Diabetes nicht gut "einstellen". Das Team unter Leitung von Klinikchef Dr. Ulrich Armbrrecht und Oberarzt Dr. Hans-Joachim Schwandt hat daher vor zwei Jahren das Projekt "Psycho-Diabetes" entwickelt. Somatische und psychotherapeutische Methoden werden in einem sechswöchigen Behandlungsprogramm miteinander verbunden. Kern des Therapieprogramms ist eine feste "Bezugsgruppe" zur gleichen Zeit angereicherter Patienten. "So kann sich ein vertrauensvoller Austausch entwickeln, der auch Rollenspiele und Übungen einschließt", berichtete Theissen. Zur wöchentlichen Therapie in der Bezugsgruppe kommen Einzelgespräche und eine offene "Indikationsgruppe" hinzu. Dort stehen Themen wie "Genusstraining", "Sucht", "Depression" zur Auswahl.

## **Beratung nimmt Angst vor psychosomatischer Klinik**

Um Patienten die Angst vor einer psychosomatischen Behandlung zu nehmen, wird dem stationären Reha-Aufenthalt ein Beratungsangebot vorgeschaltet. Mit einem Gesundheitspädagogen können vorab Fragen und Zweifel besprochen werden. "So geht in der Klinik keine wertvolle Zeit verloren und die Patienten beginnen ruhiger und motivierter die Behandlung", fasste DRV-Gutachterin Dr. Aike Hessel die Effekte zusammen. Die guten Erfahrungen, die auch von Klinikärzten zurückgemeldet würden, sollen jetzt systematisch ausgewertet werden. Im Rahmen eines durch die DRV Oldenburg-Bremen finanzierten Forschungsprojekts mit der Universität Bremen soll ein Beratungshandbuch erarbeitet werden. Das so standardisierte Case-Management - zur besseren Vernetzung

zwischen ambulantem und stationärem Bereich - könnte dann zum Modell für weitere Regionen werden.

Ein Schwerpunkt der noch jungen interdisziplinären Reha-Forschung ist die Evaluation therapeutischer Maßnahmen: die Überprüfung der Wirksamkeit auch noch nach Monaten bis Jahren. Erst bei nachweislich nachhaltigen Effekten gelten Methoden als wissenschaftlich gesichert und können zum Standard erhoben werden. Wie einheitliche Qualitätsvorgaben in der Praxis umsetzbar sind, stellte das diesjährige Rahmenthema "Evidenzbasierte Rehabilitation - zwischen Standardisierung und Individualisierung" zur Diskussion.

„Für Rollstuhlfahrer und Busfahrer ist die bestehende Unsicherheit endlich vom Tisch“, begrüßt Hase die schnelle Umsetzung der vorgebrachten Forderung. „Hier wurde eine Barriere auf- statt abgebaut. Gelegentlich sind gutgemeinte Regelungen für Menschen mit Behinderung zu ihrem Nachteil. Ich freue mich daher, dass der Verordnungsgeber den Änderungsbedarf erkannt hat. Besser wäre es allerdings, wenn Verwaltung Menschen mit Behinderung in ihre Überlegungen einbezieht, bevor es zu solchen Regelungen kommt!“

Verantwortlich für diesen Presstext: Dr. Ulrich Hase, Tel.: 0431/988-1890, Der Landesbeauftragte im Internet: <http://www.behindertenbeauftragter.schleswig-holstein.de>

† † †

† † †

## **Rollstuhlfahrer künftig wieder zusammen im Bus**

Die Landesbeauftragten für Menschen mit Behinderung hatten auf ihrer gemeinsamen Tagung am 6. und 7. Dezember 2007 in Kiel unter Vorsitz des Landesbeauftragten für Schleswig-Holstein, Dr. Ulrich Hase, die Bundesregierung aufgefordert, die Umsetzung einer EG-Regelung in Deutschland zu ändern. Die Umsetzung der EG-Regelung bedeutete, dass vielfach nur ein Rollstuhlfahrer in öffentlichen Bussen befördert wurde.

Die Forderung der Landesbeauftragten und vieler Interessenverbände hat das Bundesverkehrsministerium veranlasst, die bestehende Regelung kurzfristig zum 15. März durch klärende Ausführungen zu ergänzen. Zum Sommer wird dann im § 34a der Straßenverkehrszulassungsordnung (StVZO) ergänzt, dass Rollstuhlfahrer künftig auch bei ausreichend Platz mitfahren können, wenn kein der neuen EG-Regelung (Richtlinie 2001/85/EG) entsprechender Platz mehr frei ist.

## **Bundestag verabschiedet Pflegereform**

Der Bundestag hat im März 2008 mit den Stimmen von Union und SPD die Pflegereform beschlossen. Kernstück der am 1. Juli 2008 in Kraft tretenden Reform ist die schrittweise Anhebung der Versicherungsleistungen. Ab 2015 sollen sie auch an die Preisentwicklung angepasst werden.

Die Errichtung von Pflegestützpunkten liegt im Ermessen der Bundesländer. Die Pflegeversicherung leistet eine Anschubfinanzierung mit einem Gesamtvolumen von 60 Millionen Euro. Länder, die auf andere Beratungsformen setzen, müssen sich nicht an der Finanzierung beteiligen. Bis 2010 sollen 200 Millionen Euro für zusätzliche Betreuer von Demenzkranken, Altersverwirrten und psychisch kranken Menschen in Heimen zur Verfügung stehen.

Angehörige von Pflegebedürftigen erhalten einen sechsmonatigen Anspruch auf unbe-

zahlte, aber sozialversicherte Freistellung von der Arbeit. Ausgenommen sind Betriebe mit bis zu 15 Mitarbeitern. Daneben wird Beschäftigten ein Anspruch auf kurzzeitige unbezahlte Freistellung von bis zu zehn Arbeitstagen eingeräumt, um die Pflege eines Angehörigen zu organisieren.

Ist die Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, kann die Pflegekasse die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens vier Wochen je Kalenderjahr übernehmen, wenn die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der Verhinderung mindestens 6 Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. Pflegenden Angehörigen erhalten auch während ihres Urlaubs Anspruch auf Leistungen der Alterssicherung.

Für Heime gibt es künftig finanzielle Anreize, mit aktivierender Pflege und Rehabilitation den Gesundheitszustand der Pflegebedürftigen zu verbessern. So wird die Einstufung in eine niedrigere Pflegestufe mit einer Prämie von 1536 Euro belohnt. Um Missbrauch zu verhindern, muss die günstigere Einstufung mindestens sechs Monate Bestand haben.

## **Seminar „Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen“ vom 25. – 27.11.2008 in Freiburg**

An Sachbearbeiter/-innen und Fachberater/-innen bei den Rehabilitationsträgern und Rehabilitationseinrichtungen (Seminar Typ I) richtet sich dieses Seminar. U.a. sind folgende Themen vorgesehen:

- Vom Symptom zur Diagnose – Was sind psychische Störungen?
- Darstellung verschiedener psychischer Krankheitsverläufe anhand von Fallbeispielen
- Borderline-Störungen / Persönlichkeitsstörungen
- Konzeptvorstellung und Besichtigung des Hauses Landwasser
- Erfahrungsbericht eines ehemaligen Rehabilitanden
- Möglichkeiten der beruflichen Rehabilitation / Stufenkonzept
- Job Coach Placement – Vorstellung Konzept und Stand in Freiburg

Meldeschluss für dieses Seminar ist der 01.10.2008.

Programme und Seminarinformationen können unter [www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de) Trägerübergreifende Fort- und Weiterbildung, eingesehen werden.

Anmeldungen sind schriftlich (Anschrift s. Impressum), per Fax unter 069/605018-29 oder per E-Mail an [marion.koenig@bar-frankfurt.de](mailto:marion.koenig@bar-frankfurt.de) zu richten.

## **Bundesweite Pflegedatenbank veröffentlicht**

Eine bundesweite Pflegedatenbank mit rund 35.000 Leistungsangeboten hat der Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK) veröffentlicht. Ärzte, Pflegebedürftige und Angehörige können darüber ein passendes Pflegeheim, einen ambulanten Pflegedienst, spezielle Betreuungsangebote für Demenzerkrankte und behinderte Menschen oder ein Hospiz finden.

Die Pflegedatenbank bietet auch einen Preisvergleich ambulanter Pflegeeinrichtungen und stellt dazu für jeden Pflegedienst eine komplette Preisliste zur Verfügung. Im Bereich der stationären Pflege erhalten Interessierte ebenfalls gestaffelt je nach Pflegestufe eine Preisauskunft über das monatliche Heimentgelt, über die Anteil der Pflegekassen und den Anteil des Versicherten. Die Betreuungsangebote erstrecken sich über vollstationäre Pflege, Kurzzeitpflege, Tagespflege, Nachtpflege, Hospize/Kinderhospize, ambulante Pflege sowie spezielle Betreuungsangebote für Demenzerkrankte und Behinderte.

Weitere Informationen über die Homepage der Pflegedatenbank: <http://www.bkk-pflege.de>

† † †

## **Präventionsbericht 2007 Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und Betrieblichen Gesundheitsförderung**

Im Präventionsbericht 2007 stellen die gesetzlichen Krankenkassen die von ihnen erbrachten Leistungen in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung dar.

Die gesetzliche Krankenversicherung hat im Berichtsjahr 2006 ihr Engagement in der Prävention und Gesundheitsförderung weiter ausgedehnt. Außerbetriebliche Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen nahmen um 26 % zu. Über gesundheitsfördernde und präventive Interventionen in Lebenswelten – z.B. Schulen, Betriebe etc. – wurden den Schätzzahlen zufolge 4,3 Millionen Menschen in über 26.000 Einrichtungen und Betrieben erreicht. Dadurch wurde ein wichtiger Beitrag zur Verminderung sozial ungleich verteilter Gesundheitschancen geleistet. Die Zahl der Teilnehmer an primärpräventiven Kursen stieg von 1,2 Millionen auf 1,4 Millionen um 17 %. Die Gesamtsumme der erreichten Personen lag bei 5,7 Millionen.

Das finanzielle Engagement für die Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung übertraf mit Ausgaben von 232 Millionen Euro das gesetzlich vorgesehene Ausgabensoll von 2,74 Euro je Versicherten deutlich. Dies unterstreicht, dass die Krankenkassen in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung weiterhin ein wichtiges und zukunftsträchtiges Handlungsfeld sehen.

Weitere Informationen:  
Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS), Lützowstraße 53, 45141 Essen, Tel.: 0201/8327-0, E-Mail: [office@mds-ev.de](mailto:office@mds-ev.de), Internet: [www.mds-ev.de](http://www.mds-ev.de)

† † †

## **Bundeskabinett billigt Vierten Bericht zur Pflegeversicherung**

Mitte Januar 2008 billigte das Bundeskabinett den vom Bundesministerium für Gesundheit erstellten Vierten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. Er gibt einen Überblick über die Situation der Pflegeversicherung und andere Bereiche der

pflegerischen Versorgung und Betreuung, vor allem aus den Jahren 2004 bis 2006, sowie über die neuesten Entwicklungen.

Der Vierte Bericht ist eine ausführliche Datenzusammenstellung. Auf der Grundlage dieser Zahlen, Daten und Fakten kann zur Situation der Pflegeversicherung festgestellt werden:

Jeden Monat erhalten derzeit rd. 2,1 Mio. Menschen Leistungen der Pflegeversicherung – rd. 1,4 Mio. erhalten ambulante und 0,7 Mio. erhalten stationäre Leistungen. Mit Hilfe der Pflegeversicherung ist es gelungen, viele Pflegebedürftige von der Sozialhilfe unabhängig zu machen. Weniger als 5 % der ambulant versorgten Pflegebedürftigen und nicht mehr als 25 % der stationär versorgten Pflegebedürftigen sind auf ergänzende Sozialhilfe angewiesen. Die jährlichen Aufwendungen der Sozialhilfe für Hilfe zur Pflege sind um rd. 6 Mrd. Euro gegenüber 1994, dem letzten Jahr vor Inkrafttreten der Pflegeversicherung, zurückgegangen. Insgesamt haben sich die Ausgaben in den letzten Jahren auf einem Niveau von rd. 3 Mrd. Euro stabilisiert.

Im Zuge des Auf- und Abbaus der pflegerischen Infrastruktur sind seit Beginn der Pflegeversicherung rund 300.000 Arbeitsplätze in der Pflege geschaffen worden.

Die Pflegeversicherung hatte Ende 2006 ein Finanzpolster von rd. 3,5 Mrd. Euro. Der Überschuss betrug 2006 rd. 450 Mio. Euro. Dieser Überschuss ging auf die einmaligen Zusatzeinnahmen infolge des Vorziehens der Beitragsfälligkeit zurück (etwa 820 Mio. Euro). Die in den Jahren davor aufgetretenen Defizite waren weniger durch die demografische Entwicklung und den damit verbundenen Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen bedingt als durch die in den letzten Jahren zu verzeichnende Einnahmeschwäche, die auf die schwache Konjunktur mit ihren nachteiligen Auswirkungen auf die Lohn- und Beschäftigungsentwicklung zurückzuführen war. Dies hat sich im vergangenen Jahr geändert. Gleichwohl ist zur mittelfristigen Finanzierung der im Rahmen der Reform vorgesehenen Leistungsverbesserungen eine mo-

derate Anhebung des Beitragssatzes um 0,25 % notwendig.

Den Bericht finden Sie im Internet unter:  
[http://www.bmg.bund.de/cln\\_041/nn\\_604244/DE/Themenschwerpunkte/Pflegeversicherung/Berichte/Berichte-node,param=.html\\_nnn=true](http://www.bmg.bund.de/cln_041/nn_604244/DE/Themenschwerpunkte/Pflegeversicherung/Berichte/Berichte-node,param=.html_nnn=true)

## Wechsel im Amt des Nationalsekretärs von Rehabilitation International (RI)

Rehabilitation International (RI) ist ein weltweiter Verband von etwa 150 in über 90 Staaten im Rehabilitationsbereich tätigen Mitgliedsorganisationen zur Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit Behinderungen.

Dr. Ulrich Gerke, zuständig für Internationale Beziehungen bei der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), übergibt auf Grund seines Eintritts in den Ruhestand zum 01. Mai 2008 das Amt des Deutschen Nationalsekretärs von RI an Dr. Regina Ernst (BAR).

Die BAR stellt zusammen mit der DVfR die deutschen Repräsentanten in diesem internationalen Dachverband. Beide Organisationen bilden als „National Member Organisation“ das deutsche Nationalsekretariat von RI. Martin Schmollinger, Geschäftsführer der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation e.V. (DVfR) fungiert zur Zeit als Deputy National Secretary und wird turnusmäßig am 01. August 2008 das Amt des Deutschen Nationalsekretärs übernehmen.

So stellt alle vier Jahre die eine Mitgliedsorganisation den Nationalsekretär und die andere den Deputy-National-Secretary. Die Ämter werden miteinander ausgeführt und beide Vertreter haben ein gleichberechtigtes Recht auf Teilnahme, Mitwirkung und Vertretung im Rahmen von RI.

## Europäisches Jahr 2010 – Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung

2010 soll das Europäische Jahr zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung werden. So hat es die Europäische Kommission vorgeschlagen. Die damit verbundene Kampagne, für die nach den Vorstellungen der Brüsseler Behörde 17 Mio. Euro bereitzustellen wären, soll folgende Ziele verfolgen:

- Anerkennung des Rechtes der von Armut und sozialer Ausgrenzung Betroffenen auf ein Leben in Würde und auf umfassende Teilhabe an der Gesellschaft
- verstärkte Beteiligung der Öffentlichkeit an relevanten Strategien und Maßnahmen durch die Betonung der Verantwortung, die jeder im Kampf gegen Armut und Marginalisierung trägt
- Förderung eines stärkeren sozialen Zusammenhalts
- Engagement aller Akteure auf allen Regierungsebenen

*Ansprechpartner: Europäische Kommission, Generaldirektion Beschäftigung, soziale Angelegenheiten und Chancengleichheit, Referat E/1 – Soziale und demographische Analyse, Ralf Jacob, 1049 Brüssel, Belgien, E-Mail: [ralf.jacob@ec.europa.eu](mailto:ralf.jacob@ec.europa.eu), Tel.: 0032/2/2990483, Fax: 0032/2/2993890, Internet: [http://ec.europa.eu/employment\\_social/spsi/new\\_s\\_de.htm](http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/new_s_de.htm)*

† † †

† † †

## Gesundheitssysteme der EU-Staaten

Einem durch Health Consumer Powerhouse vorgelegten Vergleich der Gesundheitssysteme der EU-Staaten sowie der Schweiz

und Norwegens zufolge fiel das deutsche Gesundheitssystem vom dritten auf den fünften Platz zurück. Bei der jährlich durchgeführten Untersuchung werden insgesamt 27 Indikatoren zur Beurteilung der Bereiche Ergebnisqualität, Arzneimittel, Patientenrechte, Wartelisten und Leistungen herangezogen. Der Grund für das im Vergleich zum Vorjahr schlechtere Abschneiden Deutschlands liegt vor allem darin begründet, dass der Bereich Patientenrechte und -information, dem in der Studie besonderes Gewicht beigemessen wird, gegenüber den anderen Ländern relativ schlecht entwickelt ist. Spitzenreiter in der Rangliste ist Österreich, das insbesondere bei der medizinischen Versorgung sowie beim Zugang von Patienten zu ambulanten und stationären Leistungen punkten konnte. In diesem Zusammenhang fällt zudem auf, dass selbstverwaltete Systeme bei der Gegenüberstellung die ersten fünf Plätze einnehmen, während in deutlichem Abstand erst auf dem 6. Platz mit Schweden ein Land folgt, das sein Gesundheitswesen staatlich organisiert.

*Quelle: Health Consumer Powerhouse, Brussels office, Rue Fossé aux Loups 34, boîte 2, 1000 Brüssel, Belgien, Tel.: 0032/2/2187393, E-Mail: [Brussels@healthpowerhouse.com](mailto:Brussels@healthpowerhouse.com),*

*Internet:*

*[http://www.healthpowerhouse.com/archives/cat\\_a\\_personal\\_view.html](http://www.healthpowerhouse.com/archives/cat_a_personal_view.html)*

† † †

## Europäisches Jahr des interkulturellen Dialogs 2008

Europas kulturelle Vielfalt nimmt zu, und so steht das Europäische Jahr des interkulturellen Dialogs 2008 unter dem Motto „in Vielfalt geeint“. Die Erweiterung der Europäischen Union, die Liberalisierung der Arbeitsmärkte und die Globalisierung haben in vielen Ländern zu einem Mehr an Multi-

kulturalität, einer höheren Zahl an Sprachen und Glaubensbekenntnissen sowie ethnischen und kulturellen Hintergründen geführt. In der Folge spielt der interkulturelle Dialog eine immer wichtigere Rolle in der Förderung der europäischen Identität.

Das Europäische Jahr des interkulturellen Dialogs 2008 ist eine Würdigung des einzigartigen Vorteils, den Europas große kulturelle Vielfalt bedeutet. Europas Einwohner sind dazu aufgefordert, sich mit dem reichen kulturellen Erbe und den verschiedenen Kulturen zu befassen. Das Europäische Jahr soll dazu beitragen, das wechselseitige Verständnis und das Zusammenleben zu verbessern. Es soll den Nutzen der kulturellen Vielfalt veranschaulichen, die Bürger zur aktiven Partizipation an europäischen Themen motivieren und ein Gefühl der Zugehörigkeit zu Europa fördern. Das Europäische Jahr ist eine gemeinsame Initiative der Europäischen Union, der Mitgliedstaaten und der europäischen Zivilgesellschaft. Für das Jahr wurde ein Budget von 10 Mio. Euro bereitgestellt. Aus diesen Mitteln werden die Informationskampagne sowie Umfragen und Studien zum interkulturellen Dialog finanziert, und es werden sieben richtungsweisende europäische Projekte sowie 27 nationale Projekte (eines pro Mitgliedstaat) zum interkulturellen Dialog in der EU bezuschusst.

Für die Europäische Union ist der interkulturelle Dialog von weitreichender, alle Bereiche umfassender Wichtigkeit. Es wurden acht Hauptthemen ausgewählt: Kultur und Medien, Bildung / Wissenschaft, Migration, Minderheiten, Mehrsprachigkeit, Religion, Arbeitsplatz und Jugend.

Die Website der Kampagne, die zusammen mit Organisationen der Zivilgesellschaft entwickelt wurde, soll die Entwicklung eines gemeinsamen europäischen Raumes für den interkulturellen Dialog unterstützen.

Weitere Informationen: <http://www.dialouge2008.eu/>

## Teilhabe jetzt! Eine Gesellschaft für alle! - Der 5. Mai 2008

Mit der Unterzeichnung der UN-Konvention zum Schutz der Rechte von Menschen mit Behinderung am 30. März 2007 in New York hat sich die Bundesregierung verpflichtet das Ratifikationsverfahren einzuleiten, d.h. die Zustimmung des deutschen Gesetzgebers (Bundestag und Bundesrat) einzuholen. Weil dies bisher noch nicht geschehen ist, aber auch um eine breite Bevölkerung auf die wichtigen Inhalte der Konvention aufmerksam zu machen, steht dieses Thema im Mittelpunkt des diesjährigen 5. Mai. Die Aktionen zum 5. Mai, dem Europäischen Protesttag zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen, stehen in diesem Jahr unter der Überschrift »Teilhabe jetzt – Eine Gesellschaft für alle«.

Die Konvention zum Schutz und zur Förderung der Rechte behinderter Menschen ist am 13. Dezember 2006 von der Generalversammlung der Vereinten Nationen verabschiedet worden.

Das Vertragswerk, in dem die Rechte behinderter Menschen teilweise detailliert beschrieben werden, ist gemeinsam mit behinderten Menschen als »Experten in eigener Sache« entwickelt worden. Leitlinie dieses in der Terminologie des internationalen Völkerrechts als Konvention bezeichneten Vertragstextes ist die Anerkennung von Menschen mit Behinderungen als vollwertige Bürger ihrer jeweiligen Gesellschaft.

Das Übereinkommen umfasst insgesamt fünfzig Artikel und enthält zum Teil sehr präzise Regelungen zum Schutz und zur Förderung der Rechte von Menschen mit Behinderungen.

Die Bundesregierung wird von den Verbänden der Behindertenhilfe und -selbsthilfe dazu aufgefordert, sich für eine zügige Ratifizierung einzusetzen.

Weitere Informationen zum Aktionstag finden Sie im Internet unter [www.diegesellschaft.de](http://www.diegesellschaft.de). Für Rückfragen steht Ihnen Carolina Bontá unter 0228/20

92–391 oder [carolina.bonta@aktion-mensch.de](mailto:carolina.bonta@aktion-mensch.de) zur Verfügung.

† † †

## 2. Deutscher REHA-Rechtstag am 16. Mai 2008 in Berlin

Das Recht der Rehabilitation, sei es die medizinische oder berufliche Reha, wird – gemessen an seiner Bedeutung – immer noch zu wenig beachtet. Mit dem Deutschen REHA-Rechtstag bieten die Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation und die Deutsche **Anwalt**Akademie ein gemeinsames Forum für die Vernetzung aller in der Praxis mit der Rehabilitation befassten Berufsgruppen. Die Tagung richtet sich vor allem an Anbieter von Reha-Dienstleistungen in stationären und ambulanten Einrichtungen sowie an sozial- und medizinrechtlich spezialisierte Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte.

Folgende Vorträge werden Thema auf dem 2. Deutschen REHA-Rechtstag sein: Wettbewerbs- und Kartellrecht mit Blick auf Rehaleistungen; Rechtliche Grundlagen der Ausschreibungspflicht im Recht der Rehabilitation; Rechtliche Grenzen der Belegungssteuerung durch die Rehabilitations-träger; Neue Entwicklungen im Recht der Rehabilitation; Aktuelle Rechtsfragen der Leistungsstrukturen, der Steuerung und des Wettbewerbs in der sozialen Rehabilitation; Medizinische Rehabilitation: persönliches Budget; Berufliche Rehabilitation: Recht auf Ausbildung junger Menschen mit Behinderungen.

Weitere Informationen erhalten Sie unter <http://www.reharechtstag.de/> oder bei Petra Schrinner, Tel: 030 / 726153-134, Fax: -111, E-Mail: [schrinner@anwalt-akademie.de](mailto:schrinner@anwalt-akademie.de)

## 21. Heidelberger Kongress des Fachverbandes Sucht e.V.

Vom 16. – 18. Juni 2008 findet der 21. bundesweite Kongress des Fachverbandes Sucht im Kongresshaus Stadthalle Heidelberg statt.

"Geburt, Kindheit, Jugend, Erwachsensein, Alter, Tod..." - der Lebenslauf des Menschen ist einem permanenten Wandel unterworfen. Die verschiedenen Lebensphasen stellen uns unterschiedliche Aufgaben. Damit sind spezifische Anforderungen, Chancen und Risikofaktoren verbunden. Diese können auf der einen Seite die Widerstandsfähigkeit, die persönliche Entwicklung und unser Selbstwertgefühl stärken, auf der anderen Seite aber auch zu Verhaltensstörungen, tief greifenden emotionalen Störungen oder auch Suchterkrankungen führen. Epidemiologische Untersuchungen zeigen beispielsweise, dass sich die Konsummuster und die Verbreitung substanzbezogener Störungen nach Altersgruppe und Geschlecht deutlich unterscheiden. So werden Partydrogen oder Cannabis vorrangig von Jugendlichen und jungen Erwachsenen konsumiert, Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit findet sich hingegen verstärkt bei älteren Menschen und Frauen. Inwieweit benötigen wir spezifische Beratungs- und Behandlungsangebote, um den Besonderheiten der jeweiligen Zielgruppen gerecht werden zu können, inwiefern sind anderweitige integrative Ansätze sinnvoll und erforderlich?

Zunehmend wird auch die Frage zu diskutieren sein, inwieweit durch Veränderungen unserer Lebenswelt Verhaltenssuchte wie Internet-Sucht an Bedeutung gewinnen und damit spezifische Behandlungsangebote für diesen Bereich erforderlich werden.

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen werden im Mittelpunkt des Kongresses Fragen zur Behandlungspraxis stehen. Im Einzelnen werden in Form von Plenumsvorträgen, Foren und Postern folgende Themen behandelt werden:

- Altersspezifische Entwicklungsaufgaben, Lebenswirklichkeiten und Bewältigungskompetenzen
- Spezifische Anforderungen an die Behandlung junger Konsumenten von psychoaktiven Substanzen
- Psychotherapie im Alter: Spezifische Wirksamkeit und Versorgungsrealität unter Berücksichtigung substanzbezogener Störungen
- Verhaltenssuchte: Diagnostik, Therapieansätze, Entwicklungsbedarf
- Wie wirkt die Suchtbehandlung? Eine altersspezifische Betrachtung
- Prävention und Frühintervention bei jungen Suchtmittelkonsumenten
- Medikamentenabhängigkeit: Prävention und Behandlungsansätze
- Suchtkranke Menschen in Alten- und Pflegeheimen - Was ist zu tun?
- Altersspezifische Behandlungsangebote: Rechtliche Aspekte und Schnittstellen
- Berufliche Integration vor dem Hintergrund altersspezifischer Anforderungen

Weitere Informationen finden Sie unter:  
Fachverband Sucht e.V., Walramstraße 3,  
53175 Bonn, Tel: 0228/261555, Fax:  
0228/215885, E-Mail: [service@sucht.de](mailto:service@sucht.de) ,  
Internet: [www.sucht.de](http://www.sucht.de)

## **Auflösung der Versorgungsämter**

Zum Jahresende wurden bundesweit alle Versorgungsämter aufgelöst. Ab dem 01. Januar 2008 sind die Kreise und kreisfreien Städte für das Schwerbehindertenrecht und das Elterngeld zuständig.

Auch wenn Menschen mit Behinderung und Elterngeld beantragende Eltern durch diese Umstrukturierung von kürzeren Wegen und mehr Bürgernähe profitieren sollen, wird es für die Zeit der Umstellungsarbeiten zu Verzögerungen bei der Antragsbearbeitung kommen. Eine Übersicht darüber, welche Stelle künftig die Aufgaben des Schwerbehindertenrechts wahrnimmt und das Elterngeld auszahlt, findet man auf der Internetseite des bisher zuständigen Versorgungsamtes.

† † †

## **Deutsche Integrationsforscher gründen Verein**

Deutschlands Integrationsforscher haben sich zu einem Verband zusammengeschlossen, der politisch aktiv werden will. Die Vereinsgründung fand am 21. Februar 2008 in Bad Boll statt. Zur Vorsitzenden wurde Irmtraud Schnell von der Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt am Main gewählt.

Auf der im Aufbau befindlichen Webseite von Politik gegen Aussonderung – BAG für Integration und Inklusion e.V. wird als Zweck des Vereins „die Förderung der Integration beeinträchtigter, behinderter und benachteiligter Menschen in allen Lebensbereichen“ genannt. Behindernde, aussondernde und benachteiligende Strukturen müssten gesamtgesellschaftlich überwunden werden. Dazu soll eine

offensive Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit für Integration und Inklusion auf allen politischen Ebenen betrieben werden.

† † †

## **Neue Regelungen im Gesundheitsbereich**

Seit dem 01. Januar 2008 gelten einige neue Regelungen im Gesundheitsbereich. Beispielsweise kommen chronisch Kranke nicht mehr automatisch in den Genuss der halbierten Belastungsgrenze bei der Zuzahlung von Medikamenten. Der Gesetzgeber hat hier eine Hürde eingebaut. Nur wer nachweisen kann, dass er sich vor der Erkrankung über die relevanten Vorsorgemaßnahmen hat beraten lassen, dem steht weiterhin diese Vergünstigung zu. Damit wird die Verpflichtung der Versicherten gegenüber der Versichertengemeinschaft zu gesundheitsbewusstem und eigenverantwortlichem Verhalten betont.

Die Regelung ist zunächst auf die Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Brustkrebs, Darmkrebs und Gebärmutterhalskrebs beschränkt. Möglicherweise wird sie aber noch auf die Früherkennung weiterer Krebsarten sowie den sogenannten „Gesundheits-Check-up“ ausgeweitet.

Betroffen von dieser Neuerung sind Versicherte, die ab dem 01. Januar 2008 erstmals Vorsorgeuntersuchungen nach § 25 SGB V in Anspruch nehmen können. Das sind alle Frauen, die nach dem 01. April 1987 geboren wurden sowie alle Männer, die nach dem 01. April 1962 geboren wurden.

