

**AUS DEN GREMIEN DER BAR**

Vorstandssitzung der BAR	3
Mitgliederversammlung der BAR	5

**AUS DER ARBEIT DER BAR**

Handlungsempfehlungen zum Persönlichen Budget in neuer Fassung veröffentlicht	6
Erarbeitung eines trägerübergreifenden Handbuchs für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Gemein- samen Servicestellen	6
Neue Rahmenvereinbarung Rehabilitationssport und Funktionstraining	6

**REHA UND TEILHABE AUF BUNDESEBENE**

32. Treffen der Beauftragten für behinderte Menschen und der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) am 24./25. Oktober 2006 in Rostock	8
Neues Internetportal REHADAT-talent <i>plus</i> : „Barrieren abbauen - Potenziale nutzen“	9
Bundesweiter Reha-Tag 2006 mit starken Gemeinschafts- aktionen	10

**TRÄGERÜBERGREIFENDE SEMINARE  
DER BAR**

Trägerübergreifende Fort- und Weiterbildung	11
---	----

**REHA-PUBLIKATIONEN**

Für eine optimierte Versorgung mit Hilfs- mitteln - Eine Expertise der DVfR zu	12
---	----

aktuellen Problemen bei der Versorgung mit Hilfsmitteln

„Integrierte Versorgung und medizinische Versorgungszentren. Von der Idee zur Umsetzung“ 12

Schädel-Hirn-Verletzung - Epidemiologie und Versorgung 13

## EUROPÄISCHES / INTERNATIONALES REHABILITATIONSGESCHEHEN

Rechte behinderter Menschen weltweit gestärkt - UN-Generalversammlung verabschiedet Konvention 15

Aktionsplan des Europarates für die Jahre 2006 - 2015 verabschiedet 15

## TAGUNGEN MESSEN KONGRESSE

Jahrestagung der Aktion Psychisch Kranke e.V. „Unsere Zukunft gestalten“ - Hilfen für ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Demenz 17

REHACARE 2006 17  
Im Trend: Individuelle Lösungen für Experten in eigener Sache

## AUS DER STATISTIK

Statistik der Ausgaben für Rehabilitation und Teilhabe 2003 - 2005 19

### Anlage:

Faltblatt „*Rehabilitation und Teilhabe*“

Trägerübergreifende Fort- und Weiterbildung 2007

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

Redaktion:  
Günter Thielgen (verantwortlich),  
Telefon: (069) 605018-23, 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

## Vorstandssitzung der BAR

Unter Vorsitz von Herrn Gert Nachtigal fand am 08. November 2006 die Herbstsitzung des Vorstandes der BAR statt. Eingeladen hatte die Messe Nürnberg, die zeitgleich die ConSozial 2006 ausrichtete.

### *Bundeskongress 2007*

Einen überzeugenden Eindruck hinterließen die bisher geleisteten Vorarbeiten für den Bundeskongress Rehabilitation und Teilhabe, der vom 07. – 08. November 2007 in Nürnberg stattfinden wird. Der Vorstand begrüßte die deutlich gewordene Struktur und die damit verknüpfte inhaltliche Ausgestaltung, die von der Geschäftsstelle der BAR unter intensiver Einbeziehung des kongressvorbereitenden Ausschusses entwickelt werden konnte. Nach einem weiteren Treffen auf Arbeitsebene und weiteren Koordinierungsgesprächen noch in diesem Jahr, könnten dann Aktivitäten wie z.B. eine verstärkte Öffentlichkeitsarbeit aufgenommen werden.

### *Perspektiven der Rehabilitation*

Auf Vorschlag des Sachverständigenrates der Ärzteschaft der BAR hat sich der Vorstand mit dessen Positionspapier zu den „Perspektiven der Rehabilitation“ befasst. Damit solle ein Beitrag zur Bewältigung zukünftiger Herausforderungen, die sich beispielsweise aus der demographischen Entwicklung ergeben sowie zur Zukunftssicherung der Rehabilitation im Gesundheitswesen geleistet werden. Nach intensiver Diskussion werden die zahlreichen Anregungen des Vorstandes in die weitere Entwicklung des Positionspapiers einfließen.

### *Bericht des Vorstandsvorsitzenden*

In seinem Bericht ging Herr Nachtigal auf die aktuellen Entwicklungen in den einzelnen Arbeitsbereichen der BAR ein und informierte in einem knappen Überblick über einige wesentliche Projekte.

### *Bundesrechnungshof*

Im Rahmen seiner Aktivitäten über die Frage der Finanzierung, der Auslastung und dem Nutzen Gemeinsamer Servicestellen habe sich der Bundesrechnungshof (BRH) auch bei der BAR umfassend über das Thema informiert. Eine Rückmeldung über die insgesamt aus den Aktivitäten gewonnenen Erkenntnisse liege noch nicht vor.

### *Gemeinsame Servicestellen*

Herr Nachtigal informierte auch über die Fortschritte in der BAR-Arbeitsgruppe „Gemeinsame Servicestellen“. Man habe sich dort u.a. auf die Weiterentwicklung der bisherigen trägerübergreifenden Rahmenempfehlung aus dem Jahr 2001 verständigt. In einer weiteren Sitzung Ende November 2006 solle das bereits vorliegende neue Gerüst mit Inhalten gefüllt werden, um so zu aktuellen Standards zu gelangen, wie Gemeinsame Servicestellen ausgerichtet sein sollen. In einer Projektgruppe werde zudem das „Curriculum zur Schulung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Gemeinsamen Servicestellen“ überarbeitet, den neuesten gesetzlichen Entwicklungen angepasst und die beiden neuen Aufgabengebiete „Persönliches Budget“ und „Betriebliches Eingliederungsmanagement“ berücksichtigt. Auch ein trägerübergreifendes Handbuch für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen von Gemeinsamen Servicestellen soll als Nachschlagewerk und in elektronischer Version über die BAR-Homepage angeboten werden. Mögliche weitere Produkte würden noch Thema der Beratungen sein.

### *Verzeichnis stationärer Einrichtungen*

Ein Blick in die nahe Zukunft zeige, dass bis Frühjahr 2007 auch mit konkreten Produkten wie z.B. dem Verzeichnis stationärer Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation gerechnet werden könne. Das Verzeichnis sei 2006 aktualisiert worden und umfasse das gesamte Behandlungsspektrum und die Spezialisierung von über 700 Einrichtungen der medizinischen Re-

habilitation. Neben allgemeinen Informationen über die Kliniken seien u.a. Indikationen, diagnostische und therapeutische Verfahren, personelle Besetzung, Belegungsträger und Besonderheiten systematisch aufgelistet.

In der Vorbereitung sei zudem ein Verzeichnis von ambulanten Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation. Die Erstveröffentlichung dieses Verzeichnisses sei ebenfalls im Frühjahr 2007 vorgesehen.

## *Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe schädel-hirn-verletzter Kinder und Jugendlicher*

Um im Rahmen der komplexen Rehabilitation und Teilhabe hirnerkrankter Kinder und Jugendlicher ein rechtzeitiges, nahtloses und planvolles Handeln, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und gegenseitige Abstimmung aller am Rehabilitationsprozess Beteiligten sicher zu stellen, würden mit der Arbeitshilfe detaillierte Informationen über die verschiedenen Behandlungsphasen dargelegt werden. Von der Akutbehandlungsphase über die medizinisch-schulische/berufliche Phase bis zur Langzeitpflege zeige die Arbeitshilfe die Phasen A - F der neurologischen Rehabilitation und Teilhabe auf und gebe jeweils Hinweise auf die Besonderheiten bei der Behandlung der hirnerkrankten Kinder und Jugendlichen. Zudem würden die sozialrechtlichen Anspruchsgrundlagen für die neurologische Rehabilitation und Teilhabe ausgeführt.

Die völlig neu überarbeitete Informationsbroschüre vermittele so Standards einer umfassenden neurologischen Rehabilitation und Teilhabe von Kindern und Jugendlichen nach einem Schädel-Hirn-Trauma.

## *Nachhaltigkeit von Rehabilitationsleistungen*

Mit Strategien zur Sicherung der Nachhaltigkeit von Rehabilitationsleistungen befasste sich eine in diesem Jahr auf Ebene der BAR einberufene Arbeitsgruppe. Ausgangspunkt der Überlegungen sei dabei die Feststellung, dass der Erfolg durchgeführter Rehabilitationsleistungen von diversen

Studien belegt werde. Gleichzeitig würden diese Untersuchungen aber auch dokumentieren, dass sich die erzielten positiven Effekte im Laufe der Zeit verringern können. Denn die mit einer Teilhabeleistung oftmals notwendig zusammenhängenden Verhaltens- und Lebensstiländerungen seien Prozesse, die nicht immer im Rahmen einer 3- bis 6-wöchigen Rehabilitationsleistung vollendet werden könnten. Viele Versicherte seien mit Abschluss der Rehabilitation hochmotiviert, das als notwendig erkannte gesundheitsfördernde Verhalten zu trainieren. Nicht selten erfolge dann aber der so genannte „Praxisschock“, also die Konfrontation des Versicherten mit dem Arbeits- und Familienalltag begleitet vom Verlust der Motivation zur Lebensstiländerung.

Mit einem Praxisleitfaden möchte die Arbeitsgruppe die bestehenden Möglichkeiten zur Verbesserung der Nachhaltigkeit des Rehabilitationserfolges darstellen. Es werde folgenden Fragestellungen nachgegangen: Was kann schon während der Rehabilitation angestoßen werden? Wie muss die Entlassungsphase gestaltet werden? Und was kann nach der Rehabilitation erfolgen? Zusätzlich thematisiere der Praxisleitfaden, welche Instrumente und Strategien zur Motivationsförderung vorliegen.

## *Geschäftsbericht*

Mit einhelliger Zustimmung hat der Vorstand den Geschäftsbericht der BAR für die Zeit vom 01. Oktober 2005 bis 30. September 2006 zur Kenntnis genommen. Der Bericht wird über die Internetseite der BAR zugänglich gemacht.



**Mitgliederversammlung der  
BAR**

Unter Vorsitz von Herrn Detlev Behrens fand am 09. November 2006 in Nürnberg die Mitgliederversammlung der BAR statt.

Neben dem mündlichen Bericht des Vorstandsvorsitzenden Herrn Nachtigal befasste sich die Mitgliederversammlung insbesondere mit den geplanten Satzungsänderungen. Auf Grund aktueller Entwicklungen folgten die Vertreter der Mitgliederversammlung dem Beschluss des Vorstandes vom Vortag, auf die Verabschiedung der damit verbundenen Beschlüsse zunächst zu verzichten. Bevor die Überführung der BAR in einen eingetragenen Verein vollzogen werden könne, ist es aus Sicht der Mitgliederversammlung notwendig, weitere Abstimmungsgespräche zwischen allen Beteiligten zu führen, um auf diese Weise zu einer insgesamt rechtssicheren und stabilen Grundlage für die weitere Arbeit in der BAR zu kommen.

Der Vorsitzende der Mitgliederversammlung, Herr Behrens und der ebenfalls anwesende Vorstandsvorsitzende Herr Nachtigal sprachen im Anschluss an die Beratungen dem ausgeschiedenen Geschäftsführer der BAR, Herrn Bernd Steinke, ihre Anerkennung für die von ihm geleistete Arbeit aus. Herr Steinke nutzte die Gelegenheit, sich für die gute und langjährige Zusammenarbeit zu bedanken. Der neue Geschäftsführer der BAR, Herr Bernd Petri, stellte sich den anwesenden Vertretern der Mitgliederversammlung mit einem kurzen Fachbeitrag vor und warb bei allen Entscheidungsträgern dafür, weiter für die Marke „Rehabilitation“ als unverzichtbares Element eines zukunftsfähigen Gesundheitswesens einzutreten und dabei auch deren präventive Potenziale herauszustellen.

## **Handlungsempfehlungen zum Persönlichen Budget in neuer Fassung veröffentlicht**

Zum 01. November 2006 hat die BAR die vorläufigen Handlungsempfehlungen „Trägerübergreifende Aspekte bei der Ausführung von Leistungen durch ein Persönliches Budget“ in erweiterter Fassung veröffentlicht. Integriert wurden dabei die Handlungsempfehlung/Geschäftsanweisung der Bundesagentur für Arbeit zum Persönlichen Budget. Damit liegt ein weiterer Baustein vor, Persönliche Budgets in allen Leistungsbereichen und bei allen Leistungsträgern besser zu verankern und abgestimmte Hinweise für die Erprobung und Umsetzung dieser neuen Leistungsform zu geben.

Weitere Informationen mit der Möglichkeit des kostenlosen Download der BAR-Handlungsempfehlungen unter [www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de)



## **Erarbeitung eines trägerübergreifenden Handbuches für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Gemeinsamen Servicestellen**

Im Rahmen der BAR-Arbeitsgruppe „Gemeinsame Servicestellen“ wurde beschlossen, eine neue Projektgruppe einzuberufen, die u.a. mit der Erstellung eines trägerübergreifenden Nachschlagewerkes für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gemeinsamen Servicestellen betraut wurde. Auf Basis des schon existierenden „Handbuch für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Gemeinsamen Servicestelle in Sachsen-Anhalt“ wird eine elektronische Version erarbeitet, auf die auch von der BAR-Homepage aus zugegriffen werden können soll. Das Nachschlagewerk soll es Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Gemeinsamen

men Servicestellen ermöglichen, schnell und bequem die gewünschten Informationen zu finden. Auch für andere im Gesundheitsbereich angesiedelte Berufsgruppen oder interessierte Versicherte kann es eine Hilfe darstellen.

Die Projektgruppe hat bisher zweimal getagt. Es werden allgemeine Beiträge zum SGB IX und zu Aspekten der Teilhabe erstellt, und in gesonderten Kapiteln wird auf Besonderheiten der einzelnen Leistungsträger eingegangen. Diese Kapitel werden den Personenkreis darstellen, für den der jeweilige Träger zuständig ist, und erläutern, welche Voraussetzungen für eine Leistungserbringung notwendig sind. Weiterführende Links werden es dem Leser zusätzlich ermöglichen, zu bestimmten Themen ausführlichere Informationen im Internet finden zu können.



## **Neue Rahmenvereinbarung Rehabilitationssport und Funktionstraining**

Erfreulicherweise haben alle Spitzenverbände der Kranken-, Renten- und Unfallversicherung, alle Sozialministerien der Länder, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und alle beteiligten Verbände der Selbsthilfe der neuen Rahmenvereinbarung Rehabilitationssport und Funktionstraining zugestimmt. Damit tritt die neue Fassung als Fortschreibung der Vereinbarung vom 01. Oktober 2003 wie vorgesehen zum 01. Januar 2007 in Kraft. Sie regelt bundesweit und trägerübergreifend wann, von wem, wie, wie lange und durch wen Rehabilitationssport und Funktionstraining als Leistungen der gesetzlichen Rehabilitationsträger zur Verfügung stehen.

Die neue Fassung der Rahmenvereinbarung kann auf der Internetseite der BAR [www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de) kostenlos heruntergeladen werden.



## **32. Treffen der Beauftragten für behinderte Menschen und der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) am 24./25. Oktober 2006 in Rostock**

Das Herbsttreffen der Beauftragten für die Belange behinderter Menschen und der BAR fand am 24./25. Oktober 2006 in Rostock statt.

Schwerpunkthemen des Treffens waren die Arbeitsmarktsituation und Pflege schwerbehinderter Menschen, die Inklusive Bildung sowie die Barrierefreiheit als Grundvoraussetzung zur Integration und Teilhabe behinderter Menschen am gesellschaftlichen Leben.

### *Job 4000*

*Programm zur besseren beruflichen Integration besonders schwerbehinderter Menschen*

Mit dem vorliegenden Programm soll die berufliche Integration schwerbehinderter Menschen vorangetrieben werden. Das Programm „Job 4000“ ist Teil der erfolgreichen Initiative „job - Jobs ohne Barrieren“, die die Bundesregierung 2004 ins Leben gerufen hat. Es enthält wesentliche Anreize für Arbeitgeber zur Einstellung und Ausbildung schwerbehinderter Menschen.

Die Beauftragten begrüßen die Initiative der Bundesregierung, zu mehr gleichberechtigter Teilhabe am Arbeitsleben für schwerbehinderte Menschen beizutragen, als wichtigen Impuls.

In diesem Zusammenhang diskutierten die Beauftragten auch die zunehmenden Probleme hinsichtlich der Vermittlung von Arbeitsplätzen bzw. Verbleib psychisch/seelisch behinderter Menschen in und an ihren Arbeitsplätzen. Sie fordern mehr Verständnis, spezielle Instrumentarien und Aktivitäten auch für diese betroffenen Menschen.

## **Pflege von Menschen mit schweren Behinderungen**

Die Beauftragten für behinderte Menschen berieten über die Bedürfnisse pflegebedürftiger behinderter und alter Menschen, deren Zahl stetig ansteigt. 70 % dieser Menschen werden zu Hause von Angehörigen gepflegt und betreut. Um die pflegerischen Aufgaben erfüllen zu können, gibt ein großer Teil dieser Pflegepersonen seine Erwerbstätigkeit auf, was oft nicht nur einen Einkommensverlust sondern dauerhafte Arbeitslosigkeit nach sich zieht, weil es keinen Anspruch auf Rückkehr an den Arbeitsplatz gibt. Die Beauftragten für die Belange behinderter Menschen empfehlen deshalb, im Gesamtkonzept für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung eine Pflegezeitregelung zu schaffen.

Die Behindertenbeauftragten begrüßen die Vereinbarung der Bundesregierung mit der Wirtschaft zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Sie sehen darin eine positive Weiterentwicklung, die häusliche Pflege behinderter und älterer Menschen zu fördern und damit stationäre Unterbringung zu vermeiden.

## **Inklusive Bildung**

Die Beauftragten für behinderte Menschen hatten bereits bei ihrem 27. Treffen die Perspektiven des gemeinsamen Unterrichts und der gemeinsamen Erziehung erörtert und danach die Forderung erhoben, dass der gemeinsame Unterricht und der Umgang mit Behinderungen und die Kooperation mit Unterstützungssystemen Teil der Schulprogramme an jeder Schule sein sollte. Mehr als zwei Jahre danach stellt der erste durch die Kulturministerkonferenz (KMK) in Auftrag gegebene Bericht „Bildung in Deutschland 2006“ keine Fortschritte fest. Noch immer weist er die geringe Zahl von 12 % beim gemeinsamen Unterricht von behinderten Kindern und Jugendlichen mit nichtbehinderten Kindern und Jugendlichen aus. Die Übergangszahlen von der Sonder- in die allgemeine Schule sind nach wie vor verschwindend gering.

Aus diesem Grund erneuern die Beauftragten für behinderte Menschen ihre Forderung nach inklusiver Bildung einschließlich

gemeinsamer Erziehung. Sie fordern die Kultusminister auf, die gemeinsame Erziehung und Bildung voranzutreiben. In jedem Land sollte ein Zehnjahresplan zur Umsetzung des gemeinsamen Unterrichts entwickelt werden, um das Prinzip der integrierten Pädagogik zu realisieren.

Gleichzeitig weisen sie darauf hin, dass Studierende mit Behinderung / chronischer Krankheit wie andere Studierende die Möglichkeit haben müssen, die Hochschule aus fachlichen Gründen frei wählen und ggf. wechseln zu können, ohne ein zusätzliches Nachweisverfahren. Aufgrund unterschiedlich entwickelter barrierefreier Strukturen am Hochschulort können Studierende mit Behinderung nicht ohne Weiteres auf eine studiengebührenfreie Hochschule ausweichen.



## **Neues Internetportal REHADAT-talentplus: „Barrieren abbauen - Potenziale nutzen“**

Am 27. November 2006 fand die Auftaktveranstaltung des neuen Internetportals REHADAT-talentplus unter dem Titel „Barrieren abbauen - Potenziale nutzen: Praxis der Beschäftigung von Menschen mit Behinderung in kleinen und mittleren Unternehmen“ statt. Ca. 100 interessierte Teilnehmer (Unternehmer, Personalverantwortliche, Schwerbehindertenvertreter sowie Institutionen und Organisationen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben) kamen nach Bonn, um sich die Referate aus Politik- und Arbeitgebersicht, die Berichte aus der Praxis und die Vorstellung des neuen Portals selbst anzuhören. Schlusspunkt der Veranstaltung war eine lebhaft Podiumsdiskussion am Nachmittag.

Nach der offiziellen Begrüßung durch Dr. Hans-Peter Klös, Institut der deutschen Wirtschaft Köln und seiner Einführung in das Thema der Fachtagung "Praxis der Beschäftigung von Menschen mit Behinderung in KMU", referierte Dr. Jürgen Wuttke von der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände zur Problemstellung „Beschäftigung fördern - nicht durch Schutzvorschriften behindern“. Anschließend erläuterte Dr. Hartmut Haines die Position des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales zu „Barrieren abbauen - Potenziale nutzen. Beschäftigung von Menschen mit Behinderung.“

„Handeln braucht Wissen - Wissen schafft Chancen“ unter diesem Motto präsentierten Gisela Semmt und Andrea Kurtenacker (Institut der deutschen Wirtschaft Köln) das Informationsportal REHADAT-talentplus als neuen Service von REHADAT für Arbeitgeber und Arbeitnehmer. Wie kann ein Arbeitsplatz behindertengerecht gestaltet werden? Welche finanziellen Fördermöglichkeiten gibt es und wer kann Unternehmen bei der Ausbildung oder Beschäftigung von Menschen mit Behinderung unterstützen? Auf der Veranstaltung wurde deutlich, dass es vor allem für kleine und mittlere Unternehmen oftmals schwer ist, zuverlässige und praxisorientierte Antworten zu finden, wenn sich die Frage nach der Einstellung oder Ausbildung eines behinderten Menschen stellt.

Mit REHADAT-talentplus bietet das Institut der deutschen Wirtschaft Köln deshalb jetzt ein Informationsportal an, das Antworten auf viele Fragen zur Ausbildung und Beschäftigung von Menschen mit Behinderung gibt und dazu beitragen soll, Vorbehalte und Unsicherheiten bei Unternehmen abzubauen.

Die Internetadresse von REHADAT-talentplus lautet [www.talentplus.de](http://www.talentplus.de).

## **Bundesweiter Reha-Tag 2006 mit starken Gemeinschaftsaktionen**

Ein positives Resümee zogen jetzt die Initiatoren des 3. Deutschen Reha-Tages bei ihrer Bilanzsitzung in Berlin. Mit erneut rund 75.000 Besuchern konnte der Aktionstag am 23. September an den Erfolg des Vorjahres anknüpfen. Insgesamt fanden in diesem Jahr am und im Umfeld des Aktionstages deutlich größere Veranstaltungen statt. Im Trend lagen vor allem regionale und lokale Kooperationsveranstaltungen, die in einzelnen Fällen bis zu 14 Kliniken und Einrichtungen umfassten und bis zu 6.000 Besucher begrüßen konnten. Vielerorts waren auch Betroffenenverbände und Selbsthilfegruppen sowie Krankenkassen und Rentenversicherung mit Informationsständen vertreten. Damit hat der Reha-Tag in diesem Jahr nicht nur erfolgreich die Leistungsfähigkeit der Rehabilitation in der Öffentlichkeit präsentiert, sondern auch zu einer verstärkten Zusammenarbeit der an der Rehabilitation beteiligten Akteure geführt, die von den 17 initiiierenden Organisationen und Verbänden begrüßt wird.

## *Landesveranstaltungen mit eigenen Schwerpunkt-Themen*

Neben den bewährten lokalen Aktionen und Tagen der offenen Tür fanden in diesem Jahr erstmals auch regionale Schwerpunktveranstaltungen im Umfeld des Reha-Tages statt. Von September bis November starteten Landesveranstaltungen in Bremen, Baden-Württemberg (Stuttgart), Mitteldeutschland (Leipzig), Rheinland-Pfalz (Mainz), dem Saarland (Saarbrücken) und Thüringen (Bad Liebenstein). Organisiert durch separate Landes-Komitees bündelten die Veranstaltungen die Aktivitäten der Rehabilitation in der Region unter einem eigenen Schwerpunkt-Thema. Das Spektrum reichte von landesspezifischen politischen Fragestellungen über die Rehabilitation unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen bis zu wirtschaftlichen Aspekten. Das Zusammenkommen von Akteuren der Leistungserbringer und Leistungsträger, betroffenen Menschen sowie Landes- und Lokalpolitikern unterstrich die Bedeutung der Rehabilitation in einer vernetzten Gesundheitssicherung.

## *Demographischer Wandel macht Reha unverzichtbar*

Erstmals stand der Deutsche Reha-Tag in diesem Jahr unter dem gemeinsamen Motto „REchtzeitig HAndeln – Engagement für Generationen“. Damit wollten die beteiligten Organisationen und Verbände bewusst machen, dass Rehabilitation vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung und einer verlängerten Lebensarbeitszeit unverzichtbar ist. Rehabilitation erhält Menschen aller Generationen gesund und aktiv. Sie verhindert Erwerbsminderung und Pflegebedürftigkeit, sichert Lebensqualität und Selbstbestimmung. Medizinische, soziale und berufliche Rehabilitation sind eine Investition in die Zukunft. Vor dem Hintergrund einer steigenden Zahl chronisch kranker Kinder und Jugendlicher haben Prävention und Rehabilitation einen herausragenden Stellenwert für die künftige Sicherung des Generationenvertrages. Rehabilitation vor Pflege sichert Lebensqualität und Selbstbestimmung auch im Alter, insbesondere, angesichts einer alternden Gesellschaft und der Zunahme chronischer Erkrankungen. Rehabilitation ist ein Maßstab für Solidarität und Menschlichkeit in unserer Gesellschaft.

Beim Reha-Tag 2007 wird es darum gehen, die Tendenzen zur Kooperation und Vernetzung der Rehabilitation zu intensivieren. Er wird im kommenden Jahr am 22. September stattfinden.

## Trägerübergreifende Fort- und Weiterbildung

Auch für das Jahr 2007 bieten die BAR und einige ihrer Mitglieder trägerübergreifende Seminare für Fachkräfte in der Rehabilitation an. Die angebotenen Seminare decken ein breites Themenspektrum ab, bieten umfassende und aktuelle Informationen und vertiefen das für eine wirksame und bereichsübergreifende Rehabilitation und Teilhabe erforderliche Wissen. Dabei werden auch aktuelle Entwicklungen im Bereich der Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben berücksichtigt.

Zu den Themen gehören „Einführung in die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation“, „Integrationsvereinbarungen und die Bildung von Integrationsteams“, „Sozialmedizinische Begutachtung und Teilhabeleistungen bei neurologischen Erkrankungen“ und „Kollegiale Praxisberatung“.

Folgende Seminare bietet die BAR selbst an:

- Betriebliches Eingliederungsmanagement
- Neue Entwicklungen im Bereich der Teilhabe am Arbeitsleben
- Persönliches Budget für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Aktivitäten von Unternehmen und Rehabilitationsträgern auf der Grundlage gemeinsamer Qualitätskriterien (in Zusammenarbeit mit dem HVBG)
- Vorbereitung des Übergangs von der Schule in Ausbildung und Arbeit

Die angebotenen Seminare sind dem beiliegenden Faltblatt „Rehabilitation und Teilhabe - Trägerübergreifende Fort- und Weiterbildung 2007“ zu entnehmen. Anmeldungen bzw. Vormerkungen nehmen die im Faltblatt aufgeführten Veranstalter entgegen. Weiter Faltblätter können bei der BAR angefordert werden. Informationen zu den Seminaren stehen auf der

Website [www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de), Rubrik „Aktuelles“, zur Verfügung.

Ansprechpartner: Jens Altmann, Tel.: 069/ 60 50 18-35, Fax: 0 69 / 60 50 18-29, E-Mail: [jens.altmann@bar-frankfurt.de](mailto:jens.altmann@bar-frankfurt.de)

### **Für eine optimierte Versorgung mit Hilfsmitteln – Eine Expertise der DVfR zu aktuellen Problemen bei der Versorgung mit Hilfsmitteln**

Geeignete und funktionstüchtige Hilfsmittel sind für viele Menschen mit Behinderung notwendig, weil sie oft besonders wichtige Voraussetzungen für die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben darstellen. Ob eine Hilfsmittelversorgung erfolgreich ist, hängt jedoch nicht allein von der Verordnung, Genehmigung und den technischen Eigenschaften des Hilfsmittels ab, sondern die Qualität des Versorgungsprozesses insgesamt trägt entscheidend dazu bei.

Aus verschiedenen Gründen erhalten nicht alle Versicherten die für die Teilhabe notwendigen Hilfsmittel – viele erhalten die Hilfsmittel nicht rechtzeitig, nicht bedarfsgerecht oder nur mit unverhältnismäßigem persönlichem Aufwand. Dies war für die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) Anlass, die Hilfsmittelversorgungsprozesse zu analysieren und in einer Expertise die wesentlichen Probleme beim Versorgungsprozess mit Hilfsmitteln (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) darzustellen. Die Expertise wurde im Ausschuss „Aktuelle Probleme der Heil- und Hilfsmittelversorgung“ der DVfR (Leitung: Dr. med. M. Schmidt-Ohlemann) erarbeitet. Sie zeigt zudem einige wichtige Handlungsbereiche auf, für die Lösungsansätze zügig erarbeitet werden sollen.

Die Expertise soll die Diskussion innerhalb der Selbstverwaltungsgremien bzw. bei den Vertragspartnern im Hilfsmittelversorgungsbereich anregen sowie dem Gesetz- und Ordnungsgeber Unterstützung bei Entscheidungsfindungen bieten. Die DVfR ruft alle im Hilfsmittelbereich zuständigen Verbände und Institutionen auf, sich an diesem Prozess der Gestaltung einer optimierten Versorgung mit Hilfsmitteln zu beteiligen und die Anregungen aus dieser Expertise auf ihre Realisierbarkeit hin zu prüfen und zügig umzusetzen. Die vor-

handenen Ressourcen zu nutzen und auch neue Wege bei der Hilfsmittelversorgung zu gehen bietet die Gewähr, dass auch zukünftig wachsende Versorgungsbedarfe quantitativ und qualitativ bewältigt werden können.

Der Ausschuss der DVfR wird seine Arbeit fortsetzen und Lösungsvorschläge für die aufgezeigten Probleme im Hilfsmittelversorgungsprozess erarbeiten. Rückmeldungen an die DVfR zu Erfahrungen aller am Hilfsmittelversorgungsprozess Beteiligten, insbesondere von den Selbsthilfeverbänden der Menschen mit chronischer Krankheit und Behinderung, sind erwünscht, insbesondere, um zeitnah auf aktuelle Entwicklungen im Hilfsmittelbereich reagieren zu können. Ansprechpartner ist Dr. Bärbel Reinsberg (b.reinsberg@dvfr.de). – Die 29-seitige Expertise kann als PDF-Datei von der DVfR-Website heruntergeladen oder per E-Mail zugestellt werden; Kontakt: Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (DVfR), Friedrich-Ebert-Anlage 9, 69117 Heidelberg, Tel.: 06221/25485, Fax: 06221/166009, E-Mail: info@dvfr.de, Internet: www.dvfr.de.



### **„Integrierte Versorgung und medizinische Versorgungszentren. Von der Idee zur Umsetzung“**

Mit diesem Buch soll die Entwicklung neuer Versorgungsmodelle unterstützt werden. Es wendet sich an Akteure des Gesundheitswesens, die bereits eine konkrete Idee haben und noch Unterstützung bei der Umsetzung wünschen.

Das Buch gliedert sich in vier Abschnitte. Im ersten Abschnitt wird dem Leser aufgezeigt, welche Formen der integrierten Versorgung existieren, welche Leistungskomponenten verknüpft werden können

und welche jeweiligen Vor- und Nachteile zu beachten sind. Im zweiten Teil werden wesentliche Konzepte des Projektmanagements skizziert und im dritten Abschnitt werden den Initiatoren als Orientierungshilfe Checklisten für die Entwicklung neuer Versorgungsformen vorgestellt. Im letzten Abschnitt des Buches wird schließlich ein konkreter Businessplan dargestellt: Er zeigt auf, welche Kernfragen in einem Konzept beantwortet werden müssen und wie aus einer Vision ein konkretes Geschäftsmodell entstehen kann.

Die Zulassung von mehr Wettbewerb im Gesundheitssystem und damit das Ermöglichen neuer Versorgungsformen ist nach Meinung der Autoren ein sinnvolles Instrument zur Verbesserung bisheriger Problemfelder des hiesigen Gesundheitssystems wie die Schnittstelle ambulantstationär, berufsfeldübergreifende Koordination und Chronikerversorgung. Der Gesetzgeber habe eine neue Möglichkeit geschaffen, ganz unterschiedliche Organisationsformen umzusetzen und die Akteure des Gesundheitswesens seien nun gefordert, nutzenstiftende Konzepte zu erstellen. Die Zukunft liegt laut den Autoren in der Entwicklung unterschiedlicher Organisationsformen für die adäquate Berücksichtigung verschiedener Bedürfnisse.

Die Herausgeber und Autoren des Buches „Integrierte Versorgung und medizinische Versorgungszentren“ sind Mitglieder des Bundesverbandes Managed Care e.V. (BMC) und die Beiträge dieses Buches sind aus einer BMC-Arbeitsgruppe hervorgegangen.

*„Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren. Von der Idee zur Umsetzung“*

Hrsg.: Amelung, Volker, Meyer-Lutterloh, Klaus, Schmid, Elmar, Seiler, Rainer, Weatherly, John, 2006, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. 34,95 Euro. ISBN 3-939069-05-1.

### **Schädel-Hirn-Verletzung - Epidemiologie und Versorgung**

Die medizinische Versorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen hat in Deutschland ein hohes Niveau erreicht. Es fehlen jedoch bisher exakte Daten zur Epidemiologie, zum (Qualitäts)Management der Versorgungsabläufe, zu den postakuten und langfristigen Krankheitsverläufen und zur funktionellen Neurorehabilitation, zur sozialen Wiedereingliederung und weitgehend auch zu den dadurch verursachten Kosten. Daher wurde die Studie „Schädel-Hirn-Verletzung – Epidemiologie und Versorgung“ geplant und in Zusammenarbeit mit der Hannelore Kohl Stiftung und dem Kuratorium ZNS gemeinsam durchgeführt.

Die Studie beantwortet Fragen zur Epidemiologie und zum Qualitätsmanagement von Patienten, die wegen einer akuten Schädel-Hirn-Verletzung in ein Krankenhaus eingewiesen und dort untersucht, diagnostiziert, ärztlich beraten und behandelt wurden. Hierbei wurden die Versorgungsabläufe im Einzelnen analysiert und die Effizienz des deutschen Unfallrettungssystems und der strukturellen, krankenhausmedizinischen, flächendeckenden Versorgung von Hirnverletzten in repräsentativen Regionen deutlich. Gleiches gilt für die Bereiche der neurochirurgischen Frührehabilitation sowie für die subakute Neurorehabilitation.

Die Studie hat zum Beispiel folgende Ergebnisse zur Epidemiologie, zum Unfalltyp und zur Rehabilitation erbracht:

Aus der Zahl der insgesamt ermittelten Schädel-Hirn-Verletzungen errechnet sich eine Inzidenz von 332 pro 100 000 Einwohner.

Auch wenn Ärzte am Unfallort behandeln, wird die primäre Dokumentation mittels der Glasgow Coma Scale nur in 55 % aller Schädel-Hirn-Verletzungen erhoben. Hiernach ergeben sich die nachfolgenden Schweregradverteilungen während der initialen Notfallversorgung in der Akutklinik:

- 90,9 % (302/100 000) leichte Schädel-Hirn-Verletzungen
- 3,9 % ( 13/100 000) mittelschwere Schädel-Hirn-Verletzungen
- 5,2 % ( 17/100 000) schwere Schädel-Hirn-Verletzungen.

Die Geschlechterverteilung zeigt deutlicher als in internationalen Statistiken eine zahlenmäßige Annäherung der weiblichen Verunfallten mit 41,6 % an die männlichen mit 58,4 %. Eine weitere Auffälligkeit ist der hohe Anteil von Kindern unter 16 Jahren mit 28 %.

Hauptursache der Schädel-Hirn-Verletzungen ist im Gegensatz zu fast allen anderen Ländern nicht mehr der Verkehrsunfall mit 26,4 %, sondern mit 52,5 % der Sturz. 73,1 % aller Verletzten weisen zusätzliche Verletzungen auf; erwartungsgemäß in der Mehrzahl Gesichtschädelverletzungen.

Nur insgesamt 258 Patienten (4 % aller Schädel-Hirn-Verletzten) erhalten eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme. Bei ca. 40 % der 258 Patienten, die eine stationäre Neurorehabilitation durchlaufen, liegt eine leichte Schädel-Hirn-Verletzung vor, hiervon erhalten 185 Patienten eine Rehabilitation in der Phase B, nach deren Abschluss 100 Patienten jedoch ohne weitere stationäre Rehabilitationsmaßnahmen entlassen werden.

Das frühe Outcome nach stationärer Rehabilitation zeigt für die Frührehabilitation ein sehr gutes Behandlungsergebnis und im Vergleich mit dem Ergebnis nach einem Jahr die erwartete Dynamik der funktionellen Erholung, sodass hier eine intensive rehabilitative Nachbehandlung über die Monate auch durchgeführt werden müsste, die tatsächlich nur bei einem kleinen Prozentsatz der bedürftigen Patienten nachweisbar ist.

Schädel-Hirn-Verletzung – Epidemiologie und Versorgung, Ergebnisse einer prospektiven Studie, E. Rickels, K. von Wild, P. Wenzlaff, W. J. Bock, Zuckschwerdt Verlag, 2006, 59,- Euro, ISBN: 3-88603-896-3.

## **Rechte behinderter Menschen weltweit gestärkt - UN-Generalversammlung verabschiedet Konvention**

Am 13. Dezember 2006 hat die Generalversammlung der Vereinten Nationen eine Konvention über die Rechte behinderter Menschen verabschiedet. Deutschland hat sich von Anfang an in enger Zusammenarbeit mit den Verbänden behinderter Menschen aktiv an den Verhandlungen beteiligt und die Verhandlungsposition der Europäischen Union maßgeblich beeinflusst. Ein Schwerpunkt war dabei das Anliegen, besonders auch Frauen mit Behinderungen in der Konvention zu berücksichtigen. Damit hat sich Deutschland innerhalb der Staatengemeinschaft Anerkennung erworben.

Mit der Konvention über die Rechte der Menschen mit Behinderungen soll weltweit die Chancengleichheit behinderter Menschen gefördert und ihre Diskriminierung unterbunden werden. Mit der Konvention liegt erstmals ein Dokument vor, das international Fragen der Behinderung nicht nur aus einer sozialrechtlichen, sondern auch aus einer menschenrechtlichen Perspektive behandelt. Behinderung wird in der Konvention nicht nur im Kontext von Prävention, Rehabilitation und sozialer Sicherheit gesehen. In erster Linie macht die Konvention deutlich, dass die Menschenrechte nicht teilbar sind. Das Recht auf Leben und Arbeit sowie das Recht auf Teilhabe am politischen und öffentlichen Leben spiegeln sich daher in der Konvention genauso wider wie Regelungen zur Chancengleichheit und Barrierefreiheit.

Weltweit gibt es über 600 Millionen Menschen mit einer Behinderung. Zum Vergleich: Die Europäische Union hat insgesamt 461 Millionen Einwohner. Behinderte Menschen repräsentieren einen großen Teil der Weltbevölkerung. Sie müssen stärker als bisher als Personen angesehen werden, die gleichwertig am politischen, gesellschaftlichen, kulturellen und wirtschaftlichen Leben teilnehmen. Dazu

leistet die Konvention einen wichtigen Beitrag.

Die Konvention steht nun den Mitgliedstaaten der Vereinten Nationen zur Zeichnung und Ratifikation offen.

*(Aus dem Presstext des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales)*

Mehr Informationen zu diesem Thema finden Sie auf der Internetseite des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales in der Rubrik „Teilhabe behinderter Menschen“ unter „Internationales“. Den Konventionstext finden Sie auf der Internetseite der Vereinten Nationen unter [www.un.org/esa/socdev/enable/](http://www.un.org/esa/socdev/enable/).



## **Aktionsplan des Europarates für die Jahre 2006 – 2015 verabschiedet**

Am 05. April 2006 hat der Ministerrat, das oberste Entscheidungsgremium des Europarates in Strassburg, einen „Aktionsplan zur Förderung der Rechte und vollen Teilhabe behinderter Menschen an der Gesellschaft: Verbesserung der Lebensqualität behinderter Menschen in Europa 2006 – 2015“ verabschiedet (Recommendation Rec(2006)5).

Mit dem Aktionsplan sollen die Ziele des Europarates in Bezug auf Menschenrechte, auf Nichtdiskriminierung, Chancengleichheit sowie umfassende Bürgerrechte und Beteiligung behinderter Menschen für die kommenden zehn Jahre in einem europäischen Rahmen für Behinderung festgelegt werden.

Dieser Aktionsplan hat zum Ziel, einen umfassenden Rahmen zu bieten, der sowohl flexibel als auch anpassungsfähig ist, um die länderspezifischen Bedingungen erfüllen zu können. Er soll Politikern als

# EUROPÄISCHES / INTERNATIONALES REHABILITATIONSGESCHEHEN

---

Wegweiser dienen, damit sie geeignete Pläne, Programme und innovative Strategien gestalten, anpassen, neu ausrichten und umsetzen können.

Der Europarat wird bemüht sein, den Aktionsplan dadurch umzusetzen, dass er allen 46 Mitgliedstaaten effektive Hilfe in Form von Empfehlungen sowie Beratung und Sachverständigen-Informationen zukommen lässt.

Der Aktionsplan erstreckt sich über ein breites Spektrum und umfasst zentrale Bereiche des Lebens behinderter Menschen, wie z.B. Wohnen, Bildung, Mobilität und Schärfung des Bewusstseins. Diese zentralen Bereiche (Aktionslinien) bieten Leitlinien und einen praktischen Rahmen für die Gestaltung oder Prioritätensetzung und Neuausrichtung nationaler Politiken und werden auch eine hilfreiche Quelle der Inspiration für Nichtregierungsorganisationen und andere internationale Organisationen sein.

Der Plan umfasst auch Querschnittsaufgaben, die die besonderen Aspekte behinderter Frauen und Mädchen, behinderter Kinder und Jugendlicher, das Altern behinderter Menschen und behinderter Menschen aus Minderheitsgruppen beinhalten.

Einschlägige europäische und internationale Instrumente, Verträge, Pläne und insbesondere die Erarbeitung eines neuen Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte und Würde behinderter Menschen werden im Aktionsplan gebührend berücksichtigt.

In einer Europäischen Konferenz am 21. und 22. September 2006 in St. Petersburg, Russische Föderation, hat der Europarat den Aktionsplan 2006-2015 einer breiten Fachöffentlichkeit präsentiert. Zusammen mit Experten aus Politik, Verwaltung und Wissenschaft sowie Vertretern von Nichtbehindertenorganisationen (Europäisches Behindertenforum und Rehabilitation International – vertreten durch die BAR) wurden Empfehlungen an natio-

nale Entscheidungsträger ausgesprochen, um „good practice“-Ansätze auf nationaler Ebene zu forcieren und die Zusammenarbeit auf allen gesellschaftlichen Ebenen zu stärken.

Die Konferenz endete mit einer gemeinsamen Deklaration, der sog. „St. Petersburg Declaration“ mit dem Titel „Improving the quality of life of people with disabilities in Europe: participation for all, innovation effectiveness“, in der die politische Absicht zur Umsetzung auf nationaler Ebene unterstrichen wird und die Mitgliedstaaten aufgefordert werden, sich aktiv für die gesellschaftliche Integration von Menschen mit Behinderungen einzusetzen.

Der Aktionsplan 2006-2015 sowie die St. Petersburger Deklaration können aus dem Internet unter [www.coe.int/t/e/social-cohesion/soc-sp/integration](http://www.coe.int/t/e/social-cohesion/soc-sp/integration) heruntergeladen werden.

## **Jahrestagung der Aktion Psychisch Kranke e.V. „Unsere Zukunft gestalten“ - Hilfen für ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Demenz**

Am 14. und 15. November 2006 fand in Berlin, mit über 600 Teilnehmern, die Jahrestagung der Aktion Psychisch Kranke e.V. statt. Im Mittelpunkt der Tagung standen die Kernpunkte aus dem vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projekt „Handlungsempfehlungen zur Organisation und Finanzierung von personenzentrierten Hilfen für psychisch kranke alte und demente Menschen“, an deren Erarbeitung auch die BAR beteiligt war.

Anstoß für das Projekt gab die bestehende Versorgungssituation von alten Menschen mit akuten und chronischen psychischen Erkrankungen, insbesondere von Personen mit Demenz. Inhaltlich geht es in dem Projekt darum, die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft für psychisch kranke alte Menschen zu realisieren. Durch konzentrierte Steuerung sollte die Politik auf allen Ebenen nutzerorientierte Ziele vorgeben und die dafür notwendigen Rahmenbedingungen schaffen.

Zudem müssten die regionalen Hilfen durch individuelle Gesamthilfeplanung und Koordination der Hilfen stärker miteinander vernetzt und den Betroffenen zur Kenntnis gebracht werden. Dabei sind alle Hilfen einzubeziehen, z.B. Grundpflege nach SGB XI, Behandlung nach SGB V, medizinische Rehabilitation nach SGB V und Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nach SGB XII sowie weitere verfügbare oder aktivierbare Ressourcen. In diesem Zusammenhang kommt der Stärkung der Selbsthilfe und des freiwilligen Engagements durch professionelle Dienste eine besondere Bedeutung zu, insbesondere der Unterstützung pflegender Angehöriger.

Die zentralen Erkenntnisse des Projekts und deren Konsequenzen für die zukünftige

psychiatrische Versorgung wurden mit politischen Vertretern, einer breiten Fachöffentlichkeit und Interessierten diskutiert. Prominenteste Rednerin war Gesundheitsministerin Ulla Schmidt, die in ihrem Referat deutlich machte, dass eine Weiterentwicklung des Pflegebegriffs notwendig sei. Hierzu wurde bereits ein Beirat im Gesundheitsministerium eingerichtet. Zukünftig werde die „Reha vor Pflege“ gestärkt, d.h. Prävention dürfe keine Altersgrenzen kennen, so dass auch ältere Menschen einen Rechtsanspruch auf Rehabilitation erhalten. Zudem forderte die Ministerin, dass ein Entlassungsmanagement im Krankenhaus zur Selbstverständlichkeit werden müsse. Ministerin Schmidt hob hervor, dass die Pflegeversicherung als eigener Zweig der Sozialversicherung bestehen bleibt und die Einführung einer Pflegestufe „0“ geplant sei. Die Betreuung demenzkranker Menschen werde in den Leistungskatalog aufgenommen und niederschwellige Angebote würden zukünftig ausgeweitet.



## **REHACARE 2006 Im Trend: Individuelle Lösungen für Experten in eigener Sache**

Das Interesse am Markt für Rehabilitation und Pflege wächst: 51.000 Besucher kamen vom 18. bis 21. Oktober 2006 zur internationalen Fachmesse REHACARE nach Düsseldorf, um sich einen Überblick über aktuelle Rehathechnik und Hilfsmittel zu verschaffen, die 846 Aussteller aus 32 Ländern vorstellten. Das sind 1.500 Besucher mehr als im Vorjahr.

„Die REHACARE 2006 war die besucherstärkste seit dem Wechsel in den jährlichen Turnus im Jahr 2000. Sie hat damit eindrucksvoll ihre Bedeutung als Neuheiten- und Informationstermin und als wichtigster Treffpunkt für Menschen mit Behinderung, Pflegebedarf und chronischen Krankheiten bestätigt“, fasst Wilhelm Nie-

dergöker, Geschäftsführer der Messe Düsseldorf, das Ergebnis zusammen.

Neben den Präsentationen der Aussteller wurde auch das umfangreiche Weiterbildungs- und Beratungsangebot der REHACARE 2006 hervorragend angenommen. Es umfasste rund 80 Seminare und Workshops sowie 14 Themenparks zu Arbeit und Ausbildung, Kinderrehabilitation, Mobilität, Wohnen, Therapie und Sport.

Fast die Hälfte der Besucher waren Betroffene, Freunde und Angehörige. "Es sind Experten in eigener Sache, die nach individuellen Lösungen suchen. Keine andere Messe kann dieses Bedürfnis so umfassend befriedigen wie die REHACARE. Die Angebotsvielfalt ist enorm. Es gab in diesem Jahr eine Fülle überzeugender Ideen, Innovationen und Weiterentwicklungen im Bereich Pflege, Orthopädie und vor allem im Bereich Mobilität. Rollstühle und Fahrgeräte waren die Renner der Messe" meint Friedel Rinn, Präsident der REHACARE und Vorsitzender der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V.

Die Aussteller begeisterte die Sachkenntnis und Qualität der Besucher. Besonders erfreulich: Zur REHACARE 2006 kamen deutlich mehr Entscheider aus dem Bereich der Kostenträger.

Die Bedeutung der REHACARE für internationale Einkäufer und Fachleute unterstreichen fast 8.000 Auslandsbesucher, darunter Delegationen aus Japan, dem Iran, Russland, Taiwan und der Türkei.

Rund 500 Teilnehmer registrierte der REHACARE-Kongress zum Thema "Häusliche Pflege" am 19. und 20. Oktober. Er informierte Betroffene, Pflegende und Fachleute praxisnah über Hilfen bei der Pflege zu Hause, über Möglichkeiten der Rehabilitation und der Krisenbewältigung. "Das Thema hat einen Nerv getroffen", so Kongressorganisator Martin Schmollinger, Geschäftsführer der Deut-

schen Vereinigung für Rehabilitation - DVfR -, "nicht nur bei den Betroffenen, sondern auch bei vielen professionellen Dienstleistern aus der ambulanten Pflege und der Beratung. Es ist uns gelungen, eine Aufbruchstimmung zu erzeugen und deutlich zu machen, dass die Rechtslage hervorragend ist, dass Pflegebedürftige und Pflegende ihre Rechte aber auch selbstbewusst und konsequent einfordern müssen. Eigeninitiative ist ein Schlüsselwort, um 'Häusliche Pflege' machbar und mit Qualität zu gestalten."

Die nächste REHACARE findet in Düsseldorf vom 3. bis 6. Oktober 2007 statt.

## Statistik der Ausgaben für Rehabilitation und Teilhabe 2003 – 2005

Im Jahr 2005 haben die Sozialleistungsträger insgesamt 25 Mrd. € für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ausgegeben. In absoluten Zahlen haben sie 2005 etwa 600 Mio. € weniger ausgegeben als 2004. Damit zeigen die Ausgaben erstmals mit - 2,2 % einen Rückgang der Ausgaben, nachdem bereits in den zurückliegenden Jahren die Steigerungsrate kontinuierlich von + 6 % (2000) auf + 1 % (2004) zurückgegangen ist.

### *Krankenversicherung*

Nach einem Rückgang der Ausgaben für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Krankenversicherung um fast - 5 % in den letzten beiden Jahren ist dieser Verlauf 2005 mit einem leichten Plus von + 0,3 % durchbrochen worden.

Vergleicht man die einzelnen Leistungsbeiriche, so lassen sich bestimmte Tendenzen aufzeigen. Die Ausgaben für Anschlussrehabilitation weisen 2005 wiederum einen leichten Anstieg von + 1,1 % aus, nachdem sie 2004 um - 1,5 % zurückgegangen waren und in den vorangegangenen Jahren kontinuierlich zu Lasten der übrigen stationären Leistungen zugenommen hatten. Die gegenläufige Entwicklung bei den übrigen stationären Leistungen mit - 15 % 2003, mit - 11,1 % 2004 und - 4,5 % 2005 ist mehr als deutlich.

Besonders einschneidend ist der weitere Rückgang der Ausgaben bei der Rehabilitation für Mütter und Väter, der 2005 bei - 16 % lag. Als ein wesentlicher Grund für das gegenwärtig zu beobachtende rückläufige Antragsverfahren werden die geänderten Zuzahlungs-/ Härtefallregelungen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes angesehen, die vor allem für Mütter und Väter mit geringem Einkommen ein Hindernis darstellen können. Hinzu

kommt, dass bei vielen Versicherten die generelle Sorge um ihren Arbeitsplatz dazu führt, dass auf Anträge verzichtet wird. Auch deutet vieles darauf hin, dass die Zahl der Antragsberechtigten Mütter und Väter aufgrund demographischer Entwicklungen rückläufig ist.

Nachdem die Ausgaben für die ambulante Rehabilitation bis 2003 kontinuierlich gesunken sind, ist für 2004 und 2005 ein Anstieg von jeweils + 10 % zu verzeichnen.

Bis 2002 zeigten die Ausgaben für den Rehabilitationssport und das Funktionstraining kontinuierliche Steigerungsraten. Nachdem 2003 ein Ausgabenrückgang von fast - 6 % zu verzeichnen war, sind die Ausgaben 2004 wieder um über + 14 % und 2005 um + 7 % gestiegen. Bei den sonstigen Ausgaben für ergänzende Leistungen nach § 43 SGB V haben sich gegenüber 2004 keine Änderungen ergeben, nachdem in den letzten Jahren ein Rückgang der Ausgaben zwischen - 5 % und - 14 % zu verzeichnen war. Hierzu zählen solche Leistungen, die dazu beitragen, das Rehabilitationsziel zu erreichen oder zu sichern, sowie wirksame und effiziente Patientenschulungsmaßnahmen für chronisch Kranke.

Die Aufwendungen für Leistungen in sozialpädiatrischen Zentren sind in den letzten Jahren kontinuierlich um zuletzt + 6,5 % 2005 gestiegen. Bezogen auf die letzten fünf Jahre bedeutet dies einen Ausgabenanstieg von über 50 %. Auch wenn die Leistungen in Frühförderstellen bei den Gesamtausgaben zur medizinischen Rehabilitation kaum ins Gewicht fallen, ist doch ebenfalls ein kontinuierlicher Anstieg in den letzten Jahren zu beobachten.

Darüber hinaus erbringen die Krankenkassen auch rehabilitative Leistungen im Rahmen der Heil- und Hilfsmittelversorgung, die jedoch in der Statistik nicht im Einzelnen ausgewiesen sind.

### *Rentenversicherung*

Im Jahr 2005 ist bei der Deutschen Rentenversicherung nach 2004 zum zweiten Mal mit - 3,6 % ein Ausgabenrückgang zu verzeichnen. Während bei den Ausgaben für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wiederum ein Rückgang (- 2,6 % 2005) zu verzeichnen ist, liegt bei den Ausgaben zur Teilhabe am Arbeitsleben erstmals ein Rückgang von über - 4 % vor. Damit tritt bei den Leistungen zur Teilhabe nach teilweise zweistelligen Steigerungsraten der letzten Jahre ab 2005 eine Kehrtwendung ein.

Bei den Leistungen zur Teilhabe entfielen fast 60 % der Ausgaben auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, 26 % auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, 6 % auf Sozialversicherungsbeiträge sowie 9 % auf sonstige Leistungen nach § 31 SGB VI.

Bei den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation lag der Hauptanteil der Ausgaben mit 79 % bei den stationären Leistungen. Dagegen entfielen auf ambulante Leistungen nur etwa 4 % der Ausgaben. 13 % der Ausgaben wurden für die Zahlung von Übergangsgeld verwandt und 3 % wurden für sonstige ergänzende Leistungen gezahlt.

Bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben entfielen nur 13 % der Ausgaben auf stationäre Leistungen, dagegen 30 % auf ambulante Leistungen. Auf Leistungen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes entfielen 11 % der Ausgaben. Der Hauptanteil der Ausgaben von 40 % wurde für die Zahlung von Übergangsgeld verwandt. Für spezielle Aufgaben der Teilhabe am Arbeitsleben (insbesondere Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung) wurden 1 % gezahlt und für sonstige ergänzende Leistungen wurden 6 % der Ausgaben bereitgestellt.

Getrennt hiervon werden zusätzlich die Sozialversicherungsbeiträge (- 10 %) sowie die sonstigen Leistungen nach § 31 SGB VI (- 4 %) erfasst. Hierzu zählen u.a. nachgehende Leistungen zur Sicherung des Rehabilitationserfolges, Nach- und

Festigungskuren wegen Geschwulsterkrankungen oder stationäre Heilbehandlungen für Kinder.

## *Alterssicherung der Landwirte*

Getrennt von der Statistik der Deutschen Rentenversicherung werden die Ausgaben für Leistungen zur Teilhabe durch die Landwirtschaftlichen Alterskassen erfasst. Diese Ausgaben sind in den letzten fünf Jahren kontinuierlich um ca. 25 % bis auf 19,4 Mio. € im Jahr 2005 zurückgegangen.

## *Unfallversicherung*

Bei den Trägern der Unfallversicherung sind die Ausgaben für Heilbehandlungen und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 2005 um - 1,0 % gegenüber 2004 zurückgegangen. 2002 betrug die Steigerungsrate noch 3,3 %, sank dann jedoch 2003 um - 0,8 % und 2004 um - 0,9 %.

Von den insgesamt 3,4 Mrd. € entfielen 92,5 % auf die Heilbehandlungen einschließlich medizinischer Rehabilitationsleistungen, die jedoch nicht im einzelnen ausgewiesen werden. Hierunter werden die Ausgaben für ambulante Heilbehandlungen und Zahnersatz mit einem Anteil von 35 %, stationäre Behandlung und häusliche Krankenpflege mit einem Anteil von 29 %, Verletztengeld und besondere Unterstützung mit einem Anteil von 17 % sowie sonstige Heilbehandlungskosten und ergänzende Leistungen zur Heilbehandlung mit einem Anteil von 19 % zusammengefasst. Ausgaben für Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft sind mit 5 % Teil der sonstigen Heilbehandlungen und machen mit 1 % nur einen Bruchteil der gesamten Heilbehandlungskosten aus.

Bei den Aufwendungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben entfielen 41 % auf Sachleistungen und weitere 42 % auf Übergangsgeld einschließlich Sozialversicherungsbeiträge. Die übrigen Ausgaben (17 %) verteilten sich auf Reisekosten,

Haushaltshilfe sowie sonstige ergänzende Leistungen und Übergangsleistungen.

## *Arbeitsförderung der Bundesagentur für Arbeit*

Nach den Jahresendergebnissen der Bundesagentur für Arbeit (BA) sanken die Aufwendungen für den Bereich der beruflichen Eingliederung von behinderten Menschen im Jahr 2005 um - 10 % auf 2,6 Mrd. €, nachdem sie 2004 erstmals um fast - 1 % auf 2,9 Mrd. € zurückgegangen waren. In den vorangegangenen Jahren wiesen die Ausgaben noch Steigerungsraten zwischen 5 % und 7 % auf. Die BA unterscheidet dabei in ihrer Statistik zwischen Pflicht- und Ermessensleistungen, wobei der weitaus überwiegende Teil der Aufwendungen (insgesamt 94 %) für die Pflichtleistungen bereitgestellt wurde, die jedoch gegenüber 2004 um fast - 3 % zurückgegangen sind, nachdem noch 2004 ein geringer Anstieg von fast + 1 % der Ausgaben (2003 waren es noch fast + 9 % und 2002 fast + 14 %) zu verzeichnen war.

Pflichtleistungen umfassen u.a. Übergangsgeld, Ausbildungsgeld, Ausbildungsbeihilfe, Teilnahmekosten für Maßnahmen (z.B. in Berufsbildungswerken, Berufsförderungswerken oder WfbMs), sonstige Hilfen (Kraftfahrzeughilfe, Verdienstausschlag, Hilfsmittel, technische Arbeitshilfen, Wohnkosten, sonstige Hilfsmittel) sowie Darlehen für sonstige Hilfen.

Zu den Ermessensleistungen zählen u.a. Unterhaltsgeld und Teil-Unterhaltsgeld, Förderung benachteiligter behinderter Auszubildender (z.B. ausbildungsbegleitende Hilfen oder Berufsausbildung in überbetrieblichen Ausbildungen), Zuschüsse zu den Kosten der beruflichen Wiedereingliederung (z.B. Lehrgangskosten oder Zuschüsse zu Trainingsmaßnahmen), Zuschüsse an Arbeitgeber (z.B. Zuschüsse bei betrieblicher Ausbildung, Arbeitshilfen oder Probebeschäftigung), sonstige allgemeine Kosten (z.B. Bewerbungskosten, Reisekosten oder sonstige Beihilfen) sowie Darlehen für Mobilitätshil-

fen (Übergangs- und Umzugskostenbeihilfen).

Darüber hinaus zahlt die BA Zuschüsse zur Förderung der Eingliederung besonders betroffener schwer behinderter Menschen in den allgemeinen Arbeitsmarkt. Diese Ausgaben betragen 2005 159 Mio. €. 2004 waren es noch 295 Mio. € und 2003 mit 332 Mio. € noch mehr als doppelt so viel wie 2005.

## *Integrationsämter*

Die Integrationsämter haben im Jahr 2005 insgesamt 461 Mio. € aus Mitteln der Ausgleichsabgabe für die berufliche Eingliederung schwerbehinderter Menschen ausgegeben. Die Mehrausgaben von + 16 % gegenüber 2004 ergeben sich daraus, dass den Integrationsämtern mehr Mittel aus der Ausgleichsabgabe zur Verfügung standen.

Der Hauptanteil dieser Mittel entfiel auf die Begleitende Hilfe im Arbeitsleben, die 2005 um fast + 10 % gestiegen ist und mit einem Anteil von 69 % über zwei Drittel der Ausgaben der Integrationsämter ausmachte. 26 Mio. € davon gingen direkt an schwerbehinderte Menschen, 219 Mio. € an Arbeitgeber schwerbehinderter Menschen und über 75 Mio. € an freie Träger der Integrationsfachdienste. Die Statistik zeigt, dass mehr als 47 % der Mittel aus der Ausgleichsabgabe direkt als finanzielle Leistungen an die Arbeitgeber zurückfließen, die ihrer Beschäftigungspflicht nachkommen.

Die restlichen 31 % der Ausgaben der Integrationsämter verteilen sich auf die Förderung von Arbeitsmarktprogrammen, die 2005 jedoch gegenüber 2004 rückläufig waren (- 7 %), sowie auf Ausgaben für sonstige Leistungen wie die institutionelle Förderung, Schulung und Öffentlichkeitsarbeit, Forschungs- und Modellvorhaben, die 2005 um + 50 % gestiegen sind.

## *Eingliederungshilfe der Sozialhilfe*

Nach der Sozialhilfestatistik des Statistischen Bundesamtes wurden im Rahmen

der Eingliederungshilfe der Sozialhilfeträger Ausgaben in Höhe von 11,3 Mrd. € im Jahr 2005 erbracht. Dies entspricht einem Rückgang um - 1,7 % gegenüber 2004, nachdem in den vorangegangenen Jahren Ausgabensteigerungen um etwa + 5 % zu verzeichnen waren.

Seit dem Berichtsjahr 2005 erfolgt bei einzelnen Hilfearten – insbesondere bei der Hilfe zur Pflege sowie der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen – eine wesentlich differenziertere Erfassung der Ausgabenpositionen als bisher. Insofern sind Vergleiche mit den vorausgegangenen Jahren nur bedingt möglich.

Bedingt durch das Nachrangigkeitsprinzip bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben machen diese Leistungen mit einem Anteil von 0,8 % bzw. 2,1 % nur einen Bruchteil der Ausgaben der Eingliederungshilfe aus. Während sie bei den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mit - 16 % weiter rückläufig sind, ist bei den Leistungen zur Teilhabe ein Anstieg von + 12 % im Jahr 2005 zu verzeichnen.

Bei den Ausgaben der Eingliederungshilfe sind die anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) mit einem Anteil von 29 % beteiligt. Nach Jahren mit kontinuierlichen Steigerungsraten zeigt sich 2005 erstmals ein Rückgang in den Ausgaben von - 4,6 %.

Bei den weiteren Ausgaben der Eingliederungshilfe haben sich 2005 Änderungen in der Statistik ergeben, die eine Vergleichbarkeit mit den vorausgegangenen Jahren nicht mehr möglich machen. Hier werden insbesondere die Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nach § 55 SGB IX sowie weitere Leistungen der Eingliederungshilfe nach § 54 SGB XII aufgelistet.

Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nach § 55 SGB IX machen einen Anteil von 45 % der Gesamtausgaben für Eingliederungshilfe aus. Hierunter sind die größten Ausgabenposten die

heilpädagogischen Leistungen für Kinder mit 825 Mio. € sowie die Hilfen zu selbstbestimmtem Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten mit 3.614 Mio. €.

In § 54 SGB XII sind weitere Leistungen der Eingliederungshilfe aufgeführt, die nicht in § 55 SGB IX aufgenommen worden sind. Hierzu zählen Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung, Hilfe zur Ausbildung für eine sonstige angemessene Tätigkeit, Hilfe in vergleichbaren sonstigen Beschäftigungsstätten sowie nachgehende Hilfe zur Sicherung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen und zur Sicherung der Teilhabe des behinderten Menschen am Arbeitsleben. Die Ausgaben für diese Leistungen erreichen mit 910 Mio. € einen Anteil von 8 % an den Gesamtausgaben der Eingliederungshilfe.

Darüber hinaus werden in einer Restkategorie Ausgaben für sonstige Leistungen der Eingliederungshilfe in Höhe von 1.665 Mio. € aufgeführt, die nicht eindeutig den oben genannten Hilfearten zuzuordnen sind. Diese Ausgaben machen fast 15 % der Gesamtausgaben der Eingliederungshilfe aus.

# AUS DER STATISTIK

<b>Ausgaben für Rehabilitation und Teilhabe (in Mio. €)<sup>1</sup></b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>Veränd. in %</b>	<b>2005</b>	<b>Veränd. in %</b>
<b>Krankenversicherung (GKV)</b>	<b>2.541</b>	<b>2.430</b>	<b>- 4,4 %</b>	<b>2.437</b>	<b>+ 0,3 %</b>
<u>darunter:</u>					
- Anschlussrehabilitation gesamt	1.624	1.599	- 1,5 %	1.617	+ 1,1 %
- Stationäre Rehabilitation gesamt	425	378	- 11,1 %	361	- 4,5 %
- Rehabilitation für Mütter und Väter	129	75	- 41,9 %	63	- 16,0 %
- Ambulante Rehabilitation gesamt	63	69	+ 9,5 %	76	+ 10,1 %
- Beiträge zur UV für Rehabilitanden	48	49	+ 2,1 %	48	- 2,0 %
- Rehasport / Funktionstraining	49	56	+ 14,3 %	60	+ 7,1 %
- Sonstige ergänzende Leistungen	102	88	- 13,7 %	88	0 %
- Leistungen in sozialpäd. Zentren	92	107	+ 16,3 %	114	+ 6,5 %
- Leistungen in Frühförderstellen	8	9	+ 12,5 %	10	+ 11,1 %
<b>Rentenversicherung (GRV)</b>	<b>5.091</b>	<b>4.933</b>	<b>- 3,1 %</b>	<b>4.782</b>	<b>- 3,1 %</b>
<u>darunter:</u>					
- Medizinische Reha-Leistungen	3.088	2.887	- 6,5 %	2.840	- 1,6 %
- Teilhabe am Arbeitsleben	1.240	1.288	+ 3,9 %	1.233	- 4,3 %
- Sonstige Leistungen	426	446	+ 4,7 %	428	- 4,0 %
- Sozialversicherungsbeiträge	336	312	- 7,1 %	281	- 9,9 %
<b>Alterssicherung der Landwirte (GLA)</b>	<b>22,5</b>	<b>20,4</b>	<b>- 9,3 %</b>	<b>19,4</b>	<b>- 4,9 %</b>
<b>Unfallversicherung (GUV)</b>	<b>3.460</b>	<b>3.430</b>	<b>- 0,9 %</b>	<b>3.394</b>	<b>- 1,0 %</b>
<u>darunter:</u>					
- Heilbehandlungen	3.140	3.133	- 0,2 %	3.140	+ 0,2 %
- Teilhabe am Arbeitsleben	317	297	- 6,3 %	254	- 14,5 %
<b>Bundesagentur für Arbeit (BA)</b>	<b>2.965</b>	<b>2.940</b>	<b>- 0,8 %</b>	<b>2.641</b>	<b>- 10,2 %</b>
<u>darunter:</u>					
- Pflichtleistungen der berufl. Rehabilitation	2.541	2.556	+ 0,6 %	2.482	- 2,9 %
- Ermessensleistungen der berufl. Rehab.	424	384	- 9,4 %	159	- 58,6 %
<b>Integrationsämter</b>	<b>370</b>	<b>397</b>	<b>+ 7,3 %</b>	<b>461</b>	<b>+ 16,1 %</b>
<u>darunter:</u>					
- Begleitende Hilfe im Arbeitsleben	260	292	+ 12,3 %	320	+ 9,6 %
- Arbeitsmarktprogramme	32	29	- 9,4 %	27	- 6,9 %
- Sonstige Leistungen	77	76	- 1,3 %	114	+ 50,0 %
<b>Sozialhilfe (GSH) - Eingliederungshilfe<sup>2</sup></b>	<b>10.930</b>	<b>11.487</b>	<b>+ 5,1 %</b>	<b>11.292</b>	<b>- 1,7 %</b>
<u>darunter:</u>					
- Leistungen zur medizin. Rehabilitation	173	104	- 39,9 %	87	- 16,3 %
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	205	214	+ 4,4 %	240	+12,1 %
- Leistungen in anerkannten WfbM	3.258	3.456	+ 6,1 %	3.298	- 4,6 %
- Weitere Leistungen zur Teilhabe	7.292	7.557	+ 3,6 %	7.667	+ 2,9 %
<u>darunter:</u>					
- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nach § 55 SGB IX	--	--	--	5.092	--
- weitere Leistungen der Eingliederungshilfe nach § 54 SGB XII	--	--	--	910	--
- sonstige Leist. der Eingliederungshilfe	--	--	--	1.665	--
<b>Ausgaben insgesamt</b>	<b>25.380</b>	<b>25.637</b>	<b>+ 1,0 %</b>	<b>25.026</b>	<b>- 2,2 %</b>

<sup>1</sup> Abweichungen ergeben sich durch das Runden der Zahlen

<sup>2</sup> Bruttoausgaben; durch Umstellung der Statistik der Eingliederungshilfe sind vergleichende Angaben zu den Ausgaben in 2003 und 2004 nur bedingt möglich