

Editorial



Seit das Spiel „Pokémon Go“ im Sommer veröffentlicht wurde und daraufhin seinen Siegeszug um die Welt antrat, haben die Spieler insgesamt rund 4,6 Milliarden Kilometer zurückgelegt, um Pokémon zu sammeln und Eier auszubrüten. Die Raumsonde „Voyager 2“ der NASA hat rund zwölf Jahre gebraucht, um diese Entfernung zurückzulegen. Binnen weniger Wochen war die App bereits von mehr als 100 Millionen Menschen heruntergeladen worden. Damit ist sie die mit Abstand erfolgreichste App im

Bereich Gesundheitsförderung.

Eltern freuen sich, dass ihre Kinder wieder freiwillig gemeinsamen Spaziergängen zustimmen. Kardiologen loben die zur Bewegung animierende Wirkung des Spiels. Und Psychologen sind sogar der Meinung, die App könne Menschen helfen, leichte Depressionen und Phobien zu überwinden. Aber Pokémon Go ist nur ein Spiel, das sich bestenfalls als Nebeneffekt auf die Gesundheit auswirken kann. Tatsächlich gibt es inzwischen einen nahezu unüberschaubaren Markt von „Gesundheits-Apps“, die sich aber meist auf das Messen von gerannten Kilometern oder das Zählen von verputzten und verbrauchten Kalorien beschränken.

Produkte mit diagnostischem oder therapeutischem Anspruch hingegen finden sich immer noch eher selten. Nirgends scheint sich die Digitalisierung so langsam zu etablieren wie im Gesundheitssektor. Dabei birgt der Einsatz digitaler Hilfsmittel enorme Chancen, etwa in der „Versorgungslücke“ zwischen Prävention und Rehabilitation. Noch fehlen ausreichende Belege für den Nutzen medizinischer Apps. Doch die zunehmende Finanzierung digitaler Hilfsmittel durch die Leistungsträger macht deren künftige Bedeutung deutlich. Denn die Hoffnungen auf eine Versorgungsverbesserung durch kosteneffiziente Maßnahmen auch in der Rehabilitation sollen sich durch den Einsatz digitaler Hilfsmittel erfüllen – das wünschen sich die Leistungsträger, aber auch die Menschen mit Behinderung, die ihre Hoffnungen in neue Technologien setzen.

Ich grüße Sie herzlich und wünsche Ihnen ein gesundes neues Jahr.

Ihre Helga Seel

Geschäftsführerin der BAR

Inhalt

Reha und (digitale)Technik	I
„Smart“ Reha - Chancen und Herausforderungen	III
Mobilität im öffentlichen Verkehr für alle - Projekt im Saarland gestartet	V
Meine gesellschaftliche Teilhabe durch technische Hilfsmittel	VI
Die Unfallkasse in den sozialen Medien	VI
Seminarangebote zum Themenfeld „Hilfsmittelversorgung“	VII
Hilfsmittel in der gesetzlichen Krankenversicherung – Fingerendgliedprothese	VIII

Reha und (digitale)Technik

Es klingt nach Science Fiction und sogar ein wenig nach Wunderheilung: Die „Rekonstruktion von Fuß oder Knie aus dem Laserdrucker“ oder: „Querschnittsgelähmte gehen, Blinde sehen und Amputierte greifen“ – dank digitaler Hilfsmittel. Moderne Technik ermöglicht inzwischen schon Einiges: Exoskelette dem Querschnittsgelähmten das Gehen, Retina-Implantate dem Blinden das Sehen, Cochlea-Implantate dem Gehörlosen das Hören. Die Technik macht mobil und sie macht nicht halt. Die Bandbreite ist groß. Menschen und Dinge vernetzen sich miteinander: Künstliche Gliedmaßen, Organe und Implantate, künstliche Intelligenz und intelligente Prothesen, und die genomische Medizin verspricht schon neue biologische Gliedmaßen.

Tatsächlich sind das Gesundheitswesen im Allgemeinen und die Rehabilitation im Besonderen auf dem Weg in die Digitalisierung und die zunehmende Technisierung. Da verwundert es auch nicht, wenn der „intelligente Rollator“ den verirrt Patienten sicher nach Hause bringt. Der Einsatz von Technik, mit der Beeinträchtigungen kompensiert werden können, kann für Menschen mit Behinderung die Teilhabechancen erheblich verbessern. Mit dem Begriff Hilfsmittel bezeichnet man im internationalen Kontext Produkte und Technologien, die Menschen mit Behinderung einsetzen, um Körperfunktionen zu unterstützen oder zu ersetzen. Hilfsmittel sind auf individuelle Bedürfnisse ausgerichtet und werden in allen Lebensbereichen verwendet. Dabei sprechen wir nicht nur von „klassischen“ Hilfsmitteln wie Rollstuhl, Hörgerät oder Sehhilfe. IT-gestützte Kommunikationsstrukturen werden die Reha der Zukunft prägen.

Zwei maßgebende Trends, denen sich die Gesundheitspolitik in den kommenden Jah-



ren stellen muss, sind der demografische Wandel und die Digitalisierung. Die Alterung der Gesellschaft erfordert neue Technologien in der Medizin und bietet neue Chancen für eine bessere und effizientere Versorgung. Ziel ist der Erhalt der Selbständigkeit älterer Menschen. Gleichzeitig sollen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer immer länger arbeiten und sogar die Voraussetzungen für eine Beschäftigung über die Regelaltersgrenze hinaus attraktiver gestaltet werden. Stichwort: Flexi-Rente. Allerdings erreichen bereits jetzt viele Menschen gar nicht das reguläre Renteneintrittsalter, weil sie gesundheitlich zu angeschlagen sind. Deshalb soll das Gesetz zur Flexi-Rente Prävention und Rehabilitation stärken, beispielsweise durch Instrumente wie berufsbezogene Check-ups, damit Reha-Bedarf frühzeitig erkannt werden kann. All dies führt aber auch zu immer weiter steigendem Kostendruck im Gesundheitssystem. Daher ist eine Steigerung der Effizienz des Systems notwendig, indem Strukturen und regulatorische Vorgaben so angepasst werden, dass eine effizientere Leistungserbringung möglich wird. Das bedeutet vor allem Ambulantisierung, integrierte Versorgung, verbesserte Patientensteuerung, Case Management und Digitalisierung. Dies erfordert eine stärkere Verbundbildung bis hin zur Netzwerkmedizin und -rehabilitation. Medizin und IT wachsen dabei immer stärker zusammen. Zentrale Stichworte sind E-Health, Telemedizin und Telemonitoring.

Reha als Motor der Gesundheitstechnologie

Die Alterung der Gesellschaft, die steigende Anzahl an pflegebedürftigen Menschen bei gleichzeitig weniger Pflegenden, aber auch die Menschen, die möglichst lange möglichst unabhängig bleiben und in ihrer vertrauten Umgebung wohnen wollen, das sind nur einige Faktoren und Beispiele, die die Notwendigkeit von technischer Weiterentwicklung deutlich machen. Hinter dem Be-

griff Reha-technik verbirgt sich mittlerweile eine ganze Industrie. Vor allem die Entwicklungen im Bereich der Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT), haben dazu geführt, dass die Politik zunehmend Rahmenbedingungen schafft, die das Ziel haben, Entwicklung und Verbreitung dieser Technologien zu beschleunigen. So gesehen ist Rehabilitation auch ein Motor zur Entwicklung der unverzichtbaren „Gesundheitstechnologie“.

Technik für alle

Moderne Technologien prägen zunehmend unseren Alltag. Es ist für uns selbstverständ-

lich, Smartphones, Tablet-PCs oder Navigationsgeräte zu nutzen, um mobil erreichbar zu sein und um mit anderen zu kommunizieren.

Allerdings können bislang nur wenige Menschen mit kognitiven oder motorischen Einschränkungen oder schwerstmehrfach behinderte Menschen diese Technologien nutzen und von den enormen Fortschritten auf diesem Gebiet profitieren. Die Schere zwischen den Anwendern moderner Informations- und Kommunikationsgeräte und denen, die davon ausgeschlossen sind, öffnet sich immer weiter. Dabei könnten Informations- und Kommunikationstechnologien

Begriffe

Ambient/Active Assisted Living (AAL)

Ambient Assisted Living umfasst sowohl eine technische Basisinfrastruktur im häuslichen Umfeld (Sensoren, Aktoren, Kommunikationseinrichtungen) als auch Dienstleistungen durch Dritte mit dem Ziel des selbstständigen Lebens zuhause durch Assistenz in den Domänen Kommunikation, Mobilität, Selbstversorgung, häusliches Leben. Die Assistenzfunktionen sollten möglichst unaufdringlich, bedarfsgerecht, nicht stigmatisierend und weitestgehend ohne technische Vorkenntnisse nutzbar sein. (Quelle: Deutsche Kommission Elektrotechnik Elektronik Informationstechnik im DIN und VDE)

Telecare

Der Begriff bezeichnet Produkte und Dienstleistungen, die durch Kombination von Sensorik und anderem Equipment Menschen dabei unterstützen autonom zu leben. Dies geschieht vor allem dadurch, dass Aktivitäten über einen Zeitverlauf überwacht werden und, bei Abweichungen, Hilfe angefordert wird. In dieses internet-basierte Betreuungsgeflecht sollen sowohl Angehörige und Freunde als auch Pflegestationen, medizinische Betreuung und Notfallhilfen integriert werden.

Telehealth

Unter Telehealth versteht man Produkte und Dienstleistungen, die Vitaldaten (Gewicht, Blutdruck) erfassen und diese kommunizieren können. Hierzu zählen z.B. Smart Watches.

Telemedizin

Telemedizin bezeichnet die Nutzung von Telekommunikation und Informatik für medizinische Anwendungen und wird als Teilbereich der Telematik im Gesundheitswesen angesehen. Telemedizin beschränkt sich dabei nicht nur auf Diagnose und Behandlung von Patientinnen und Patienten durch Ärzte, sondern dient auch zur Kommunikation zwischen Dienstleistern (bspw. Telekonsultation zwischen Ärzten und pflegerischem Personal).

Exoskelett

Ein Exoskelett ist eine äußere Stützstruktur für einen Organismus. Künstliche Exoskelette kommen als Orthesen seit langem in der Medizin zum Einsatz. Seit einiger Zeit wird auch an Exoskeletten gearbeitet, bei denen es sich um am Körper tragbare Roboter oder Maschinen handelt, die die Bewegungen des Trägers unterstützen beziehungsweise verstärken, indem zum Beispiel Gelenke des Exoskeletts durch Servomotoren angetrieben werden. (Quelle: Wikipedia)

eingesetzt werden, um Barrieren zu beseitigen und eine selbständigere Lebensführung zu ermöglichen. Eine entsprechende Anpassung und Weiterentwicklung dieser Technologien erleichtern es den Anwendern, sich Informationen zu beschaffen, soziale Kontakte zu pflegen und alltägliche Aufgaben zu bewältigen. Es ist daher dringend notwendig, dass bei technischen Weiterentwicklungen die Aspekte Selbstbestimmung und Teilhabe stärker mit in den Blick genommen werden und dass künftig AAL-Systeme (Ambient Assisted Living, auf Deutsch: Altersgerechte Assistenzsysteme für ein selbstbestimmtes Leben, umgebungsunterstütztes Leben, selbstbestimmtes Leben) sich gerade auch an Menschen mit Behinderung oder anderen Einschränkungen orientieren. Es geht um ein Mehr an Teilhabe, Lebensqualität und Selbstbestimmung!

Grundlegend ist also, die Potenziale der modernen Informations- und Kommunikationstechnologien so zu optimieren, dass sie zu mehr Selbstbestimmung und Teilhabe von Menschen mit Behinderung führen können. Auf der Grundlage der ICF-Klassifizierung könnten zunächst relevante Funk-

tionseinschränkungen eingegrenzt werden, die in einer normalen Umgebung zu Teilhabebeeinträchtigungen führen. Daran müsste sich die Identifikation nützlicher Technologien, die in der Praxis zum Einsatz kommen, orientieren. Ein zentraler Punkt bei Auswahl und Einsatz technischer Assistenzsysteme ist der Abbau von Barrieren, ob sozialer, sprachlicher, visueller oder mobilitätseinschränkender Art. Der Fokus könnte sich dabei zunächst auf ausgewählte Technologien in den Kernbereichen Kommunikation, Wohnen und Mobilität konzentrieren.

Bei der Implementierung relevanter technologischer Assistenzsysteme darf es aber nicht darum gehen, menschliche Nähe und Assistenz gänzlich zu ersetzen oder die Technik als Aufsicht zu verwenden. Vielmehr sollte der geeignete Einsatz von Unterstützungstechnologien die Selbstbestimmung und die Unabhängigkeit der Nutzerinnen und Nutzer fördern sowie die Öffnung in den Sozialraum erleichtern. Reha und Technik, das ist aber nur dann sinnvoll, wenn auch ethische, datenschutzrechtliche, sozialrechtliche und finanzielle Fragestellungen sowie die Abschätzung der Auswir-

kungen von Technik konstant mitgedacht werden. Nur so kann aus Science Fiction Realität werden.

Apropos Science Fiction: Aus dem Hause Google X, der Innovationsschmiede von Google, gibt es ebenfalls brandneue Entwicklungen: Das Forschungslabor arbeitet an der synthetischen Herstellung menschlicher Haut. Damit will Google ein Armband entwickeln, das Krankheiten frühzeitig erkennt. Das Wearable (tragbarer Computer) soll mithilfe der Kunsthaut Krebs und drohende Herzinfarkte frühzeitig erkennen und Alarm schlagen. Um das Armband und die Technologie dahinter in möglichst realistischer Umgebung testen zu können, sind künstliche Arme mit einer Kombination aus synthetischer Menschenhaut und Spenderhaut echter Menschen überzogen. Und Spiegel online titelte erst kürzlich: „Chip im Hirn: Gelähmter steuert erstmals Arm mit Gedanken.“ Was heute noch mehr nach „Fiction“ als nach „Science“ klingt, wird in einigen Jahren wohl selbstverständlich sein. ●

„Smart Reha“ Chancen und Herausforderungen

Gerlinde Bendzuck
Vorsitzende der Landesvereinigung Selbsthilfe Berlin e.V.



Zunehmend werden in der Rehabilitation digitale Unterstützungsformen eingesetzt: Querschnittsgelähmte trainieren an Exoskeletten (Ausweitung auf andere Diagnosen wie Schlaganfall ist in Umsetzung), Aphasiker üben mit Sprachrobotern oder

Demenzpatienten trainieren in der gerontologischen Reha ihre Alltagskompetenzen mit Anwendungen wie der Therapeutisch Aktivierten Pflege (TAP). Erste Nutzerstudien zeigen teils erstaunliche Trainingserfolge, indem herkömmliche Behandlungsmuster

in der Wirkung deutlich übertroffen werden (z.B. bessere Gangfähigkeit bei inkompletten Querschnitten), oder dass die maximal möglichen Reha-Ziele schneller und von einem größeren Teil der Patienten erreicht werden.

Also schöne neue Welt? Aus Betroffenen-sicht nicht unbedingt. Hier wecken die neuen Perspektiven durch die digitale Reha-technik große Hoffnungen, gleichzeitig zeichnen sich die Herausforderungen an das Reha-System in seiner aktuellen Form ab. So bestehen beispielsweise noch große Einschränkungen bei den Nutzern (Beispiel Exoskelett: geht bisher nur für Menschen mit einer bestimmten Größe, deren



Lähmungsgrad nicht zu hoch ist, etc.), die sich hoffentlich in den kommenden Jahren mit dem rasanten technischen Fortschritt und der Nachfragedynamik deutlich verringern werden. Dabei müssen Patienten und Behandler lernen, die neuen digitalen Behandlungshelfer nicht als entmenschlichten Ersatz-Therapeuten bzw. als Konkurrenz zu sehen, sondern als sinnvolle Ergänzung. Denn es ist weder für den Patienten noch für den Behandler leicht, darauf zu vertrauen, dass beispielsweise das Training nach einer Knie-TEP mit Sensoren am Körper und App-überwacht zu besseren und nachhaltigeren Erfolgen führen könnte. Hierfür wird man viel mehr evidenzbasierte Nutznachweise (mit teils noch zu erarbeitender Methodik) und eine sonstige breite Datenbasis brauchen. Zudem wird man bei den Bevölkerungsanteilen, die nicht als „Digital Natives“ aufgewachsen sind, Akzeptanz- und Schulungsprozesse in Gang setzen müssen. Dabei wäre es sinnvoll, von Anfang an Betroffene(nverbände) als Partner einzubeziehen.

Wünschenswert ist, dass sich ein neues Rollenverständnis der Behandler entwickelt, hin zum Koordinator und Motivationscoach, was auch einhergeht mit einer noch aktiveren Rolle des Patienten. Denn die neue digitale Reha-Technik ist kein Ersatz für die Mitwirkung des Rehabilitanden – im Gegenteil. Sie fördert und fordert noch gezielter jeden einzelnen, bzw. stellt wie bei den Exoskeletten von Anfang an relativ hohe physische und auch psychische Anforderungen. Dies wird nicht jeder Rehabilitand leisten können und wollen, d.h. die Smart Reha generiert eine neue Klasse von „Verlierern“, wenn nicht gleichzeitig ein differenziertes Verständnis von Reha-Zielen implementiert wird.

Wir brauchen außerdem einen Diskurs zwischen Patienten, Behandlern, Wissenschaft und Leistungsträgern, an welcher Stelle digitale Reha-Technik sinnvoll und sogar besser ist als die bisherigen „menschlichen“ oder rein mechanischen Komponenten – und wer unter welchen Bedingungen davon profitieren soll. Beispielsweise ist

aus Betroffenenpersicht ein armkraftverstärkender Fütterungsroboter sinnvoll, wenn ein Schlaganfallpatient wieder eigenständig essen lernen will. Aber einen Speisesaal damit auszustatten, weil es schneller geht und Kosten spart, wäre die gänzlich falsche Motivation. Digitale Sprach- und Bewegungstrainer wie roreas können mit der Akzeptanz der Betroffenen im Ergebnis wieder zu mehr Selbstständigkeit, Kommunikationsfähigkeit und reeller Teilhabe führen, wären aber als Ersatz für den Einsatz eines sich ergänzenden multidisziplinären Reha-Teams eine beklemmende Zukunftsperspektive. Oft sind die digitalen Reha-Helfer mit nicht unbeträchtlichen Kosten verbunden, und es stellt sich mit Blick auf die Leistungsbereitschaft der Kostenträger die Frage der Zugangsgerechtigkeit. Diese ist, zu beobachten am Beispiel Exoskelett oder auch der Versorgung mit digitalen Knieprothesen, sehr ungleich verteilt und allzu häufig nur auf Erwerbsfähigkeit und jüngeres Alter ausgerichtet. Das Bundesteilhabegesetz wird nach dem jetzigen Stand diese Situation eher nicht verbessern.

Eine weitere große Herausforderung ist die Vernetzung der digitalen Komponenten. Bisher sind die vorgestellten Beispiele Einzellösungen. Konsequenter weitergedacht, hätte die digitale Technik vor allem in einem digital vernetzten System „Reha 4.0“ das Potenzial, einen personenzentrierten Reha-Ansatz konsequenter als bisher zu realisieren.

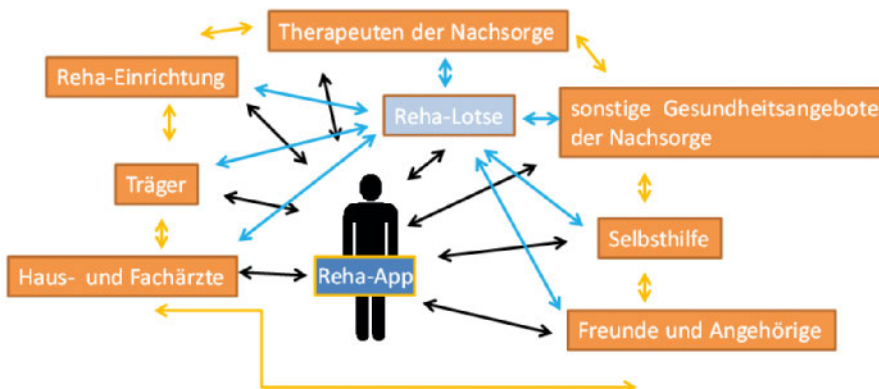
Wie könnte man sich aus der Patientenperspektive eine solche „Smart Reha“ wünschen?

Alle Reha-Akteure, der Rehabilitand und das Umfeld sind digital miteinander vernetzt, eine personalisierte Reha-App steuert den gesamten Prozess von Prävention, Antrag, Reha und Nachsorge mit. Koordinierend wirkt ein externer, virtueller Reha-Lotse, der in wesentlichen Anteilen menschlich moderiert und gesteuert wird. ●

Reha 4.0

Landesvereinigung **Selbsthilfe** Berlin e.

- Reha als digital mit gesteuerter Prozess, in dessen Mittelpunkt der betroffene Mensch mit seinen Bedürfnissen steht



Bildquelle: Gerlinde Bendzuck

Mobilität im öffentlichen Verkehr für alle

Projekt im Saarland gestartet

Prof. Dr. Daniel Bieber

Geschäftsführer und Wissenschaftlicher Leiter

Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (iso) e.V.



Wie kann man Menschen mit körperlichen Einschränkungen dabei unterstützen, öffentliche Verkehrsmittel zu nutzen und dadurch mobil zu bleiben?

Im Saarland wird zurzeit über das Projekt „mobisaar“ ein technologiegestützter Service für ältere und mobilitätseingeschränkte Menschen im ÖPNV aufgebaut. Der Clou dieses vom Forschungsministerium finanzierten Vorhabens ist aber auch, dass die Technologie, die hier entwickelt wird, auf Basis des Wissens über die Dienstleistungen entwickelt wird, die für mobilitätseingeschränkte Menschen erbracht werden müssen.

Stichwort Demografie: Unsere Gesellschaft wird rasch älter, die Zahl der Menschen mit Bewegungseinschränkungen wächst stetig. „mobisaar“ hat es sich deshalb zum Ziel gesetzt, die Mobilitätsmöglichkeiten für ältere Menschen und Behinderte – auch in ländlichen Gegenden im Saarland – zu verbessern. Der Lotsenservice richtet sich an diejenigen, die es sich nicht mehr zutrauen, allein mit Bus und Bahn unterwegs zu sein, weil sie beispielsweise schlecht sehen oder hören oder im Rollstuhl sitzen. In Saarbrücken gestartet, soll es bald im gesamten Saarland und darüber hinaus einen Begleitedienst für Bus und Bahn etablieren, der telefonisch oder per App (Apple/Android) angefordert werden kann.

Die Unterstützung erfolgt durch eine intelligente Verknüpfung von Technik und menschlicher Arbeitskraft / bzw. Dienstleistung, so dass die „Kunden“ besser am gesellschaftlichen Leben teilnehmen kön-

nen. Dabei kommt der Technologie eine wichtige, aber dienende Rolle zu: Eine App hilft noch niemandem in Bus oder Bahn. Erbracht werden die Dienste durch sogenannte „Mobilitätslotsen“. Derzeit sind ca. 30 Lotsen im Einsatz. Über die Fahrgast-App, über ein Online-Formular oder demnächst auch per E-Mail können Nutzer vor Fahrtbeginn die gewünschte Unterstützung durch die Lotsen anfordern. Über die App werden die Lotsen disponiert. Da sie nicht getrackt (digital nachverfolgt) werden, müssen sie einen Auftrag aktiv annehmen. Die App dirigiert dann den Lotsen zum Fahrgast. Wenn ein Lotse einen Auftrag beendet hat, meldet er über die App, dass er einen neuen Auftrag annehmen kann.

Prof. Dr. Daniel Bieber, Geschäftsführer des Saarbrücker Instituts für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (iso-Institut), hat das Projekt konzipiert. Sein Hauptanliegen: Technik und soziale Dienstleistung unter einen Hut bringen, um den öffentlichen Personenverkehr für alle Bevölkerungsgruppen attraktiv zu machen und eine zunehmende Nachfrage zu bedienen: „Es gibt einen großen Bedarf nach dieser Dienstleistung. Wir zeigen nun, wie man so etwas in Stadt und Land machen kann, ohne dass es Millionen kostet. Dazu brauchen wir aber nicht nur intelligente Technik, sondern neben Menschen, die aus dem öffentlich geförderten Beschäftigungssektor bezahlt werden auch Ehrenamtliche. Die brauchen wir vor allem in den dünner besiedelten Gegenden, weil da der ÖPNV kaum noch das Rückgrat der Mobilität ist.“

Die Technik ermöglicht eine Wegeplanung, die Barrieren berücksichtigt. Fahrpläne, Informationen zu Haltestellen, Bussen oder Gehwegen werden in Echtzeit ausgewertet, gebündelt und über eine Smartphone-App für die Lotsen oder die Kunden bereitgestellt. „Klassische“ Zugangs- und Informationswege gibt es aber auch. „Die Idee war“, so Professor Bieber, „eine Sache zu machen, bei der Technik eine Rolle spielt, aber nicht die zentrale. Man kann die App nutzen, muss es aber nicht.“ Finanziert wird der Einsatz der „hauptamtlichen Lotsen“ durch die Jobcenter im Saarland. Das Lotsennetz soll im Verlauf des Projektes vor allem in den ländlichen Regionen durch ehrenamtliche Lotsen ergänzt werden.

Über die „Mobilmachung“ hinaus hat das Ganze aber auch noch einen anderen Effekt: Nur wer sich sicher und möglichst frei bewegen kann, kann soziale Kontakte pflegen und Angebote in seinem Umfeld wahrnehmen. „mobisaar“ kann also auch dazu dienen, einen der zentralen Auslöser für Demenz und Depressionen bzw. für Einsamkeit entgegenzuwirken. Zudem haben viele Menschen oftmals zu wenig Geld und / oder befinden sich in einer (verkehrs-) ungünstigen Wohnsituation, so dass sie mit „mobisaar“ auch ohne Auto mobil sein können.

Fazit: Das Projekt „mobisaar“ leistet einen wichtigen Beitrag für ein besseres Verständnis für die Belange von Menschen mit Behinderungen, indem es Belange mobilitätseingeschränkter Menschen für die Zivilgesellschaft „sichtbar macht“. Diese Dienstleistung stellt damit einen gesellschaftlich äußerst sinnvollen, zudem „demografisch legitimierten“, ergänzenden Beitrag zu „herkömmlichen“, behinderungsspezifischen Leistungen dar. Der Charme dieses Projektes liegt darin, Menschen mit Behinderungen in den ÖPNV und damit den öffentlichen Raum zurückzubringen. ●



Meine gesellschaftliche Teilhabe durch technische Hilfsmittel

Gerlinde Busch

Projektleitung, Frauenberatung und PROBudget

Zentrum für selbstbestimmtes Leben behinderter Menschen, Mainz e.V. (ZsL)



Als blinde berufstätige Frau nutze ich im privaten und beruflichen Bereich verschiedenste Hilfsmittel. Dies können einfache Alltagsgegenstände im Wert von unter 10€ bis zu einem Braille-Computerausgabegerät im Wert von 10000€ sein. Die rasante Entwicklung technischer Hilfsmittel für Blinde in den letzten zwanzig Jahren ermöglicht mir einen Zuwachs von Unabhängigkeit und Selbstbestimmung im Alltag und Beruf. Ich bin alt genug, so dass ich mich noch an meine Studentinnenzeit erinnern kann, wo Bücher auf Tonkassetten aufgelesen werden mussten und ich mir im Seminar auf einer kleinen Brailleschriftschreibmaschine, auf einem langen schmalen Papierstreifen Notizen machen musste.

In meiner beruflichen Tätigkeit ist eine Sprachausgabe und eine Braillezeile für den PC unverzichtbar. Ich muss gängige Programme nutzen können, Texte verfassen, mit meinen Kolleginnen und Kollegen kommunizieren und das Internet nutzen können. Um gedruckte Texte selbstständig erfassen zu können, habe ich einen Scanner und eine speziell für blinde Menschen entwickelte Erkennungs-Software. Da es in meinem Beruf notwendig ist, auch außerhalb meines Büros zu arbeiten, habe ich ein kleines Braille-Notizgerät, was mir sozusagen Stift und Papier ersetzt und mit dem ich auch Dokumente lesen kann, die mir beispielsweise auf einem USB-Stick zur Verfügung gestellt werden.

Die bahnbrechendste Innovation in den letzten Jahren für mich persönlich ist das iPhone, das ich mit der eingebauten Sprachausgabe ohne zusätzliche kostenpflichtige Software bedienen kann. Es ist für mich zum Allround-Hilfsmittel geworden, das ich sowohl im beruflichen als auch im privaten Bereich nutze. Neben E-Mail und Internet kann ich eine Scansoftware, Barcode-Leser und unterschiedliche GPS-Lösungen nutzen. Neben dem Lesen von Büchern, Hören von Hörbüchern, Aussuchen von Zug- und Busverbindungen kann ich natürlich auch SMS schreiben oder telefonieren.

So positiv diese Entwicklung für blinde und sehbehinderte Menschen auch ist, bedeutet dies jedoch nicht, dass ich auf menschliche Assistentinnen und Assistenten verzichten kann. Ich habe nach wie vor eine Arbeitsassistentin, die z. B. meine Texte layoutet, handschriftlich Dokumente ausfüllt und mich zu Veranstaltungen und Hausbesuchen begleitet. ●

Die Unfallkasse in den sozialen Medien

Cordula Kraft

Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit

Unfallkasse Hessen



In den sozialen Medien ist die Unfallkasse Hessen seit 2013 unterwegs. Mit dem Boom der sozialen Netzwerke hat sich auch die Kommunikation verändert. Vielen fällt es leichter, über Facebook eine Frage zu stellen als eine förmliche E-Mail zu schreiben oder zum Hörer zu greifen. Gestartet sind wir mit einer Facebook-Präsenz. Viele unserer Mitglieder schauen abends z.B. in der Bahn

auf dem Weg nach Hause in unserem Facebook-Profil nach für sie relevanten Meldungen. Unseren Twitter-Account haben wir für den Austausch mit unseren Arbeitsschützerinnen und Arbeitsschützern initiiert. Das Problem der gesetzlichen Unfallversicherungsträger in Deutschland ist, dass sie ihre einzelnen Kunden und Kundinnen meistens erst kennen lernen, wenn ein Unfall passiert

ist und es um die entsprechenden Leistungen geht; sehr viele wissen zudem gar nicht, dass es eine gesetzliche Unfallversicherung gibt, bei der sie versichert sind. Die sozialen Medien helfen uns dabei, als modere Verwaltung sichtbar zu werden, dabei unsere einzelnen Mitglieder besser kennen zu lernen und im gemeinsamen Dialog besser auf deren Bedürfnisse oder Erwartungen eingehen zu können.

Neben den Leistungen und Hilfen, die nach einem Unfall geltend gemacht werden können, etabliert unsere Präventionsabteilung jedes Jahr Projekte zum Arbeits- und Gesundheitsschutz – einige davon sind buchbar. Wir nutzen dann unsere Social Media-Kanäle, um auf die Projekte aufmerksam zu machen, denn in den sozialen Medien er-

reichen wir eine zusätzliche Reichweite zur traditionellen Meldung in einer Mitgliederzeitschrift. Gerade beim Inklusionsprojekt „Rollstuhlbasketball an hessischen Schulen“ haben wir sehr viele Anfragen und eine tolle Resonanz über die sozialen Medien erreichen können. Neben Rollstuhlbasketball ist Le Parkour ein weiteres Projekt, das Lehrkräften dabei helfen soll, den Sportunterricht interessant zu gestalten. Unsere Schritt für Schritt-Anleitungen werden auf YouTube nicht nur von Sportlehrkräften, sondern auch von Schülerinnen und Schülern

angesehen – diese Zielgruppe erreicht man über die traditionelle Medien so gut wie gar nicht mehr.

Natürlich ist die Kommunikationskultur in den sozialen Netzwerken eine andere als in der üblichen Verwaltungskommunikation und so entstehen auch mal kontroverse Diskussionen weit über den Feierabend hinaus. Aber auch dafür sind wir dankbar, denn es hilft uns, unsere Argumentation verständlich und für alle nachvollziehbar darzulegen. Dafür muss man allerdings bereit sein, den Diskurs anzunehmen und eventuellem Ge-

genwind standzuhalten. Aus diesem Grund arbeiten in unserer Kommunikationsabteilung zwei Social Media Managerinnen, die sich neben der Unfallversicherungsthematik auch mit der sich allmählich ändernden Rolle der Kommunikation auskennen.

Wir können alle öffentlichen Verwaltungen nur dazu ermutigen, den Schritt in die sozialen Medien zu wagen: die Kundinnen und Kunden werden es dankbar annehmen. ●

Seminarangebote zum Themenfeld „Hilfsmittelversorgung“

Michael Baron

Hochschule der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung
Campus Hennef



Die Hochschule der Gesetzlichen Unfallversicherung (HGU) bietet bundesweit insgesamt 13 unterschiedliche Seminare zum Thema „Hilfsmittelversorgung“ an. Ziel der vielfältigen Seminarpalette ist es, den Mitarbeitern in den Verwaltungen die Handlungskompetenzen zur Gestaltung und Umsetzung einer adäquaten Hilfsmittelversorgung der Versicherten zu vermitteln. Neben den Referentinnen und Referenten aus der Praxis der UV-Träger vervollständigen Expertinnen und Experten aus verschiedenen Versorgungs- und Pflegeeinrichtungen gezielt den fachlichen Input in den Veranstaltungen. Die zwei- bis dreitägigen Seminare richten sich primär an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, im Hilfsmittelmanagement, im Reha-Management oder in der Sachbearbeitung der UV-Träger. Daneben sind auch Beschäftigte aus anderen Zweigen der Sozialversicherung, die mit der

Hilfsmittelversorgung betraut sind, in den Seminaren immer herzlich willkommen. Inhaltlich befassen sich die Seminare sowohl mit den alltäglichen Herausforderungen der Sachbearbeitung, wie z. B. die Prüfung von Kostenvoranschlägen, die Versorgung mit Orthesen oder Prothesen an den Extremitäten, aber auch die Ausstattung mit passgenauen orthopädischen Schuhen oder eines passenden Rollstuhls. Darüber hinaus werden Versorgungsmöglichkeiten von schwersterkrankten und schwerstverletzten Menschen zur Alltagsbewältigung und in der Pflege in den einzelnen Seminaren thematisiert. Konkret geht es dabei um den sinnvollen Einsatz von elektronischen Kommunikationshilfen, Umfeldsteuerungssystemen oder Möglichkeiten zur Mobilitätsförderung. Nicht nur vor dem Hintergrund einer lebenslangen Versorgung der Versicherten, müssen im Rahmen der

Hilfsmittelversorgung auch Kontextfaktoren einbezogen werden, die sich negativ auf die Versorgung auswirken können: Hier greift z. B. das Seminar „XXL-Versorgung“ die sich ergebenden Mobilitätsprobleme infolge einer Adipositas auf.

Ein wesentlicher Seminaraspekt bei der Versorgung mit Hilfsmitteln ist – neben der Geeignetheit des Hilfsmittels – die Berücksichtigung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit bei der individuellen Versorgung. Dafür bietet u.a. der Hilfsmittelpool der gesetzlichen Unfallversicherung eine effiziente online-Plattform: In dem Hilfsmittelpool werden hochwertige und wiederverwertbare Hilfsmittel trägerübergreifend angeboten und einer weiteren Nutzung zugeführt. Dieses ressourcenschonende Verfahren wird in einem eigenen Seminar design vermittelt.

Die Seminare zum Themenfeld „Hilfsmittelversorgung“ sind in dem Bildungsprogramm 2017 der HGU im Fachgebiet „Rehabilitation, Teilhabe“ abgebildet. Das Bildungsprogramm ist auf der Internetseite der HGU (<http://www.dguv.de/hochschule/index.jsp>) veröffentlicht. ●





Hilfsmittel in der gesetzlichen Krankenversicherung – Fingerendgliedprothese

Orientierungssätze*

- Für eine Fingerendgliedprothese, die keine (wesentlichen) Gebrauchsvorteile bietet, keine Teilhabebeeinträchtigung ausgleicht und deren Vorteile sich letztlich auf einen besseren Komfort und eine bessere Optik beschränken, ist die gesetzliche Krankenkasse auch dann nicht zur Leistung verpflichtet, wenn durch die Prothese unmittelbar ein fehlendes Körperteil ersetzt wird.

BAG, Urteil vom 30.09.2015, Az.: B 3 KR 14/14 R

*Hier: Leitsatz des Gerichts laut JURIS, redaktionell angepasst

Sachverhalt und Entscheidungsgründe

Die Klägerin beantragte bei der beklagten Krankenkasse die Versorgung mit einer individuell angefertigten Silikonfingerprothese für ihr amputiertes Zeigefingerendglied. Sie arbeite mit Kundenkontakt am Flughafenschalter, bei verschiedenen Tätigkeiten des täglichen Lebens sei sie durch das fehlende Fingerglied beeinträchtigt, weshalb die Silikonprothese einen erheblichen Funktionsgewinn biete. Ein Gutachten des MDK kam zu dem Ergebnis, dass die Klägerin durch das fehlende Fingerendglied nicht wesentlich beeinträchtigt sei und die Prothese funktionell weitgehend unbedeutend bleibe. Die Klage wurde in den Vorinstanzen abgewiesen. Auch die Revision vor dem BSG blieb erfolglos.

Die Voraussetzungen des § 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V iVm § 31 Abs. 1 SGB IX seien nicht erfüllt. Denn die begehrte Fingerendgliedprothese diene im Ergebnis weder der Vor-

beugung einer drohenden Behinderung noch dem Ausgleich einer Behinderung noch der Sicherung des Erfolgs einer Krankenbehandlung. Im Hinblick auf den in Betracht kommenden Behinderungsausgleich wird die Fingerendgliedprothese dem Grunde nach als sog. unmittelbarer Behinderungsausgleich eingeordnet. Dieser ist nach ständiger Rechtsprechung innerhalb der krankenversicherungsrechtlichen Grenzen des § 12 SGB V (ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich) grundsätzlich auf vollen Ausgleich der beeinträchtigten Funktion ausgerichtet. Weiterhin legt das BSG seiner Betrachtung den Behinderungsbegriff des § 2 Abs. 1 SGB IX sowie der UN-Behindertenrechtskonvention (Art. 1 Abs. 2) zu Grunde. Dabei führt es u.a. aus, dass zwar die Regelwidrigkeit und die Funktionsstörung nach medizinischen Maßstäben zu beurteilen sei, die Beeinträchtigung der Teilhabe jedoch auch nach soziologischen und pädagogischen Maßstäben bestimmt werden könne. Auf dieser gedanklichen Ba-

sis zieht es einen Vergleich mit der für die Feststellung des GdS und des GdB herangezogenen Anlage zu § 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung. Wenn danach schon der Verlust eines Daumenendglieds nicht zu einem GdS/GdB führe, so könne auch der Verlust eines Zeigefingerendglieds allenfalls zu minimalen Funktionsbeeinträchtigungen führen. Diese könnten durch die begehrte Prothese nicht vollumfänglich und nicht besser als durch z.B. eine Schutzkappe ausgeglichen werden. Etwaige Wechselwirkungen mit Barrieren, die zu einer Behinderung führen könnten, waren nach Einschätzung des Gerichts nicht ersichtlich. Auch hinsichtlich möglicher Schmerzen hält das Gericht die Versorgung mit einer Schutzkappe für ausreichend. Zudem stelle der Verlust eines Zeigefingerendglieds auch keine erhebliche oder außergewöhnliche äußerliche Auffälligkeit dar, die als Behinderung hätte eingestuft werden können.

Mit der vorliegenden Entscheidung präzisiert das BSG den Umfang des Anspruchs auf Hilfsmittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung auf Basis seiner bisherigen Rechtsprechung (z.B. Urteil v. 22.04.2015 – B 3 KR 3/14 R). Besonders deutlich wird, dass sich die Beurteilung der Anspruchsvoraussetzungen neben den konkreten Anspruchsgrundlagen des SGB V vor allem auch an den Begriffsdefinitionen des SGB IX und der UN-BRK zu orientieren hat. ●

Impressum

Reha-Info zur Zeitschrift Die Rehabilitation, 55. Jahrgang, Heft 6, Dezember 2016
Die Reha-Info erscheint außerhalb des Verantwortungsbereichs der Herausgeber der Zeitschrift Die Rehabilitation.
Herausgeber: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V., Solmsstr. 18, 60486 Frankfurt am Main
Redaktion: Günter Thielgen (verantwortlich), Bernd Giraud, Elke Cosanne, Sebastian Bönisch, Mathias Sutorius;

Rechtsbeiträge: Dr. Thomas Stähler, Marcus Schian
Telefon: 069/605018-0
E-Mail: info@bar-frankfurt.de
Internet: <http://www.bar-frankfurt.de>
Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V. ist die gemeinsame Repräsentanz der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Bundesagentur für Arbeit, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung,

der gesetzlichen Krankenversicherung, der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, der Bundesländer, der Spitzenverbände der Sozialpartner, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Förderung und Koordinierung der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen.