

BDH-Magazin



20 Jahre BDH-Therapiezentrum Eine Erfolgsgeschichte aus dem Schwarzwald

**NIWo -
intensiv und
ambulant**
Seiten 6-7

BDH-KLINIKEN

Neue Wege
ambulant & innovativ

BDH-BERATUNG

Sozialrecht
Was ändert sich 2023?

BDH-STIFTUNG

Selbstbestimmt
mit Assistenzhund

INHALT

TITELSTORY

In zwei Jahrzehnten
zum Leuchtturm 4

Üben! Üben! Üben! 6

Ambulante Therapiezentren –
eine Chance für den BDH 8

BDH-KLINIKEN

Beste Freunde
und Problemlöser 10

Meldungen 13

Innovative Rehathechnik
im Selbsttest 14

WISSEN

Aphasie:
Wieviel Therapie ist sinnvoll? 16

BDH-KLINIKEN

Virtuelle Rehawelten 18

SOZIALRECHT

Rechtstipps bei Long-COVID 19

2023 – Was gibt es Neues
im Sozialrecht? 20

Sozialversicherung:
13 Gesetzbücher und
Selbstverwaltung 22



16 APHASIE: WIEVIEL THERAPIE IST SINNVOLL?

Bleibt Patientenberatung
unabhängig? 24

Unterschätzt oder
ignoriert? 25

KOLUMNE PLAN B

Im Namen
des Volkes unterwegs 26

BDH-STIFTUNG

Zukunft mit Assistenzhund?! 28

BDH-BUNDESWEIT

BDH & politisches Leben
in Berlin 31

JUGENDSEITE

Jeder darf sein, wie er ist 32

BDH-MITGLIEDER

Jubiläen 35

Buchtipps 35

8 AMBULANTE THERAPIEZENTREN – EINE CHANCE FÜR DEN BDH



Liebe Mitglieder und Freunde des BDH,



Peter Weiß
Bundesvorsitzender
BDH Bundesverband Rehabilitation



wie heißt es so schön: neues Jahr, neues Glück?! Die Weichen für ein erfolgreiches Jahr sind jedenfalls auch im BDH gestellt. Für die kommenden Monate haben wir uns viel vorgenommen. Auch die Zeiten, in denen wir leben, fordern uns besonders: In vielen Bereichen geht es um Zukunftssicherheit. So wollen wir unsere Unterstützungsstrukturen für die BDH-Kreisverbände optimieren und ausbauen. Wir freuen uns darauf, im März eine zusätzliche Geschäftsstelle Rhein-Ruhr in Velbert einweihen zu können. In Berlin sind wir mit neuen Geschäftsstellen-Räumen nun im Herzen der Hauptstadt präsent. Wir wollen von dort aus in bewährter Weise unter Beweis stellen, dass wir unseren Beitrag für Inklusion in Berlin, im Land Brandenburg und in der Bundesrepublik leisten.

2023 ist vom Gesetzgeber eine Reform des Krankenhauswesens angekündigt, die auch für die Zukunft unserer BDH-Kliniken von immenser Bedeutung sein wird. Die ambulante Gesundheitsversorgung soll deutlich ausgebaut werden. Der BDH sieht sich dafür auf einem guten Weg. Gerade haben wir das 20-jährige Jubiläum unseres ambulanten Therapiezentrums in Gengenbach gefeiert. Hier wurde eine Erfolgsgeschichte geschrieben, zusammen mit dem exklusiven BDH-Therapieangebot, den Neurointensivwochen (NIWo). Beides

hat auch für andere BDH-Kliniken Strahlkraft (Lesen Sie mehr auf den Seiten 4 bis 9).

Eines der wichtigsten Ziele des neuen BDH-Bundesvorstandes ist es, Fortschritte für die 2021 verabschiedete BDH-Sozialagenda bei Politik, Kosten- und Leistungsträgern zu erreichen. Wir werden uns überall da einmischen, wo Interessenvertretung für die Rechte von Menschen mit Behinderung und chronischen Erkrankungen dringend gebraucht wird, zum Beispiel bei Gesetzesänderungen. Zur Qualitätssicherung unserer sozialrechtlichen Beratung und Vertretung haben wir 2023 einen bundesweiten BDH-Sozialrechtstag ins Leben gerufen. Wir freuen uns, zum Auftakt am Bundessozialgericht in Kassel zu Gast sein zu dürfen (Lesen Sie dazu mehr auf den Seiten der Rubrik Sozialrecht).

Über diese und andere aktuelle Themen und die Vielfalt unseres Verbandslebens können Sie in der ersten Ausgabe des BDH-Magazins 2023 nachlesen. Lassen Sie sich gut informieren.

Es grüßt Sie herzlich
Ihr

AKTUELL

Der BDH baut auf Zukunft



2. März 2023
Einweihung der BDH-Geschäftsstelle
im Herzen von Berlin



14. März 2023
Die neue Rhein-Ruhr-Geschäftsstelle
wird festlich eröffnet

Zwanzig Jahre
BDH-Therapiezentrum
Ortenau feiern Mit-
glieder des Bundes-
vorstandes mit
Bürgermeister
Thorsten Erny,
Geschäftsführerin
Sabina Decker und
Heike Bühler.



In zwei Jahrzehnten zum Leuchtturm

Seit 20 Jahren ist das BDH-Therapiezentrum Ortenau im südbadischen Schwarzwaldstädtchen Gengenbach eine wichtige Adresse für Patientinnen und Patienten mit einem neurologischen Krankheitsbild. Die ambulante Therapie wird nach Schlaganfällen, bei Multipler Sklerose, Schädel-Hirntraumata, anderen neurologischen Erkrankungen und seit einiger Zeit zur Behandlung von Post- und Longcovid eingesetzt.

Gezündet wurde das BDH-Therapiezentrum 2002. Zu diesem Zeitpunkt gab es keine vergleichbare Einrichtung als Erweiterung der Behandlungskette und Alternative zur stationären Rehabilitation, in der Physio- sowie Ergotherapeuten und Logopäden Hand in Hand arbeiteten. Aber nur so lassen sich eine durchgehende Rehabilitationskette und ein interdisziplinär abgestimmtes Therapieangebot verwirklichen, bei dem die beteiligten Therapeutinnen und Therapeuten ein gemeinsames Rehabilitationsziel erarbeiten und ihr therapeutisches Vorgehen aufeinander abstimmen.

Maßgeblich an der Konzeption und Gründung eines ambulanten Therapiezentrums

beteiligt war Dr. Karl-Heinz Hagel, der aus seiner jahrzehntelangen Tätigkeit als Ärztlicher Direktor der BDH-Klinik Elzach den entsprechenden Behandlungsbedarf genau kannte. Immer kürzere Verweildauern in den Akutkliniken und auch in der stationären Rehabilitation führten dazu, dass im ambulanten Bereich zunehmend auch die schwer erkrankten Patientinnen und Patienten betreut werden mussten.

Der BDH ging damit ein erhebliches wirtschaftliches Risiko bewusst ein. Dr. Hagel setzte das Konzept nicht nur um, sondern leitete das Therapiezentrum auch über viele Jahre, später gemeinsam mit Sascha Gawlitsek. Auch ihm verdankt das Therapiezent-

rum viele innovative Projekte wie „FITZ - Fit im Therapiezentrum“, einen spendenfinanzierten Eigenübungsraum für die Patientinnen und Patienten des Zentrums.

Zunächst war das Therapiezentrum in der Offenburger Wilhelm-Bauer-Straße angesiedelt, danach in Elgersweier, einem Ortsteil von Offenburg. Doch auch hier wurden die Räume zu klein. Ein großer Glücksfall war es deshalb, dass 2004 Räume auf dem Gelände des Ortenau-Klinikums Offenburg angemietet werden konnten. Leider meldete das Ortenau-Klinikum 2018 Eigenbedarf an, es folgte zum Jahreswechsel 2018/19 der Umzug nach Gengenbach in die Leutkirchstraße.



Angebot trifft auf großen Bedarf

Das ambulante Konzept wird auch am neuen Standort stark nachgefragt: Neben der Behandlung aller neurologischen Krankheitsbilder bei Erwachsenen werden auch Kinder und Jugendliche behandelt. Die Therapie besteht aus Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie. Die Spezialisierung auf neurologische Krankheitsbilder und die hochmoderne Ausstattung an Therapiegeräten und -robotik sind ein Alleinstellungsmerkmal.

Patientinnen und Patienten kommen nicht nur aus Ortenau selbst, sondern aus dem gesamten Freiburger Raum. Das Zentrum arbeitet eng mit der BDH-Klinik Elzach, aber auch anderen Gesundheitseinrichtungen der Region zusammen. Eine weitere Erfolgsgeschichte sind die Neurointensivwochen (NIWo), die seit 2019 angeboten werden (Lesen Sie dazu auch die Seiten 6 und 7).

Insbesondere hier übersteigt die Nachfrage das Angebot, weshalb die Gewinnung von zusätzlichen Therapeutinnen und Therapeuten hohe Priorität hat. „Wir hoffen natürlich, dass uns die Ergotherapieschule in Freiburg helfen wird, für die die BDH-Klinik Elzach als Hauptgesellschafterin fungiert“, so Siegfried Buser vom BDH-Bundesvorstand, „derzeit haben wir dort 100 Azubis.



Zum 10jährigen Jubiläum kamen 2012 zusammen (v.l.n.r.): Josef Bauer, Ilse Müller, Dr. Karl-Heinz Hagel und Sascha Gawlitzek.

Von ihrer Ausbildung können nicht nur die beiden BDH-Kliniken im Elztal, sondern auch unser Therapiezentrum in Gengenbach profitieren. Aktuell denken wir auch darüber nach, in die Logopädie-Ausbildung einzusteigen, denn auch diese Fachkräfte werden überall gesucht.“

Würdiger Festakt

Gemeinsam mit dem Bundesvorstand des BDH Bundesverband Rehabilitation wurde im Anschluss an eine Gesellschafterversammlung der runde Geburtstag der Einrichtung gefeiert. Der BDH-Bundesvorsitzende Peter Weiß lobte die engagierte Arbeit von Geschäftsführerin Sabina Decker und ihrem Team und betonte den Leuchtturmcharakter von Angeboten wie den Neuro-Intensivwochen. Weiß hält dieses BDH-Angebot wegweisend auch im Hinblick auf die vom Bundesgesundheitsministerium geplante stärkere Ambulantisierung von Teilen des Gesundheitssystems.

Der langjährige Gengenbacher Bürgermeister Thorsten Erny hatte es sich nicht nehmen lassen, dem Team des Therapiezentrums persönlich zum runden Geburtstag zu gratulieren. Er betonte, wie sehr er sich über die Verlegung des BDH-Therapiezentrums nach Gengenbach gefreut habe. Das unterstreiche, so Erny, dass sich die Stadt im Schwarzwald zunehmend nicht nur als Schul- und Hochschulstandort, sondern auch im Gesundheitsbereich mit hervorragenden Angeboten profilieren.



Dr. Thomas Urbach

Mitglied im Bundesvorstand und
Leiter der BDH-Unternehmenskommunikation



Üben! Üben! Üben!

Das BDH-Therapiezentrum Ortenau in Gengenbach kombiniert multiprofessionelle Therapie und die Spezialisierung auf neurologische Erkrankungen mit hochmoderner Therapierobotik – ein besonderes Erfolgsmodell sind die NeuroIntensivwochen (NIWo).

Vor fast drei Jahren zog das BDH-Therapiezentrum von Offenburg nach Gengenbach um. Und mit ihm sein bewährtes Konzept. In 20 Jahren seines Bestehens ist es zu einem der führenden Anbieter von ambulanter neurologischer Therapie in Südbaden geworden. Das Team in Gengenbach behandelt alle neurologischen Krankheitsbilder bei Erwachsenen sowie bei Kindern und Jugendlichen. Die Verzahnung von qualifizierter Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie, die neurologische Ausrichtung, die dem gewachsenen Kompetenzprofil des Trägers BDH entspricht, und die Fülle an moderner Ausstattung verleihen dem Zentrum ein Alleinstellungsmerkmal in der regionalen Gesundheitslandschaft.

Sorgfältiger Therapieplan & interdisziplinäres Team

Viele Patientinnen und Patienten, die die neurologische Rehabilitationskette aus Frührehabilitation und weiterführender Rehabilitation durchlaufen haben, müssen auch nach ihrer Reha mit erheblichen Einschränkungen leben, die ihre Selbstständigkeit und Teilhabe massiv bedrohen. Das können motorische Defizite sein, Einschränkungen in der Sensibilität oder auch Probleme mit der Verständigung. Gerade bei schwer betroffenen Menschen ist ein interdisziplinär abgestimmtes Therapieangebot sehr wichtig, erläutert die Geschäftsführerin Sabina Decker: „Um allen Patientinnen und Patienten die optimale Therapie zu bieten, stimmen wir die einzelnen Dis-

ziplinen genau aufeinander ab. Alle, die an der Behandlung beteiligt sind, tauschen sich regelmäßig zu den konkreten Zielen, die in der Therapie erreicht werden sollen, aus. Wir verändern, ergänzen und erweitern diese Ziele – und zwar gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen. Die so erarbeiteten Rehabilitationsziele bilden dann den Arbeitsauftrag des Teams. Um überprüfbar zu sein, müssen die jeweiligen Zielleistungen natürlich konkret beschrieben und im Alltag beobachtbar und beurteilbar sein.“

Mit der Fülle an Therapieangeboten, die Einzel- aber auch Gruppentherapie umfassen, mit Hausbesuchen und mit der Versorgung mit Hilfsmitteln bietet das BDH-

genden Erkrankungsereignissen wirklich sichtbare Verbesserungen herausholen zu können“, sagt Sabina Decker. „Es gibt viele Betroffene, die von ihrer Belastbarkeit und Motivation hier gerne mehr machen würden, das aber in herkömmlichen ambulanten Therapien nicht umsetzen können. Was machen Sie mit jemandem, der sagt: Ich will üben, üben, üben – so viel wie möglich! Für diese Menschen haben wir mit den Neurointensivwochen hier in Gengenbach ein überzeugendes und wegweisendes Angebot.“

„Bei unseren Neurointensivwochen hat sich ganz klar gezeigt, dass intensive und hochfrequente Behandlungsintervalle wirksam sind – und die Erwartungen motivierter Patienten einlösen“, resümiert Sabina Decker.

Im Vergleich zu einem stationären Rehabilitationsaufenthalt müssen die Krankenkassen als Kostenträger deutlich weniger tief in die Tasche greifen – bei deutlich intensiverer Behandlung. Die Therapie, die den wichtigen sozialrechtlichen Grundsatz „ambulant vor stationär“ erfüllt, bietet eine zielgerichtete, hochfrequente und wissenschaftlich gut belegte Behandlung.

Im Vordergrund stehen der Alltag und die Teilhabe der Patienten. Auch die Ziele entstehen aus dem Alltag der Betroffenen, zum Beispiel eine bestimmte Gehstrecke bewältigen oder das geliebte Hobby wieder ausüben können. Behandelt wird täglich intensiv drei bis vier Stunden – drei Wochen lang. Diese große Therapieintensität ist nur möglich durch den Einsatz von computergestützten, motorischen Übungsgeräten und Therapierobotik zur Arm-, Hand- und Gangrehabilitation, wie etwa dem 'Lokomat', dem weltweit führenden Gangtrainer.

Die Patientinnen und Patienten der Neurointensivwochen kommen nur zum Üben ins Zentrum und übernachten, oft gemeinsam mit den begleitenden Angehörigen, in Hotels oder Pensionen – und verbinden so Urlaub im Schwarzwald und Therapie. Die Abrechnung erfolgt über Heilmittelverordnungen (Rezepte), die jeder Hausarzt ausstellen kann. Das ersetzt ein aufwändiges Genehmigungsverfahren bei den Kostenträgern. Aus diesen Verordnungen werden individuelle Pakete für jede Patientin und jeden Patienten geschnürt. Unter den Nutzerinnen und Nutzern des Angebotes sind auch mehr und mehr BDH-Mitglieder. Für sie bezahlt die BDH-Stiftung einen Eigenanteil, der notwendigerweise bei einem so komplexen Vorgehen entsteht.

„NIWo ist ein zukunftsweisendes Therapiekonzept und soll auch möglichst vielen unserer Mitglieder zugutekommen. Deshalb trägt die BDH-Stiftung für alle BDH-Mitglieder, die NIWo nutzen, den Eigenanteil von bis zu 125 Euro pro Woche!“

Peter Weiß, Vorsitzender der BDH-Stiftung

Therapiezentrum Ortenau das umfassende Leistungsspektrum einer großen Therapiepraxis. Aber das ist nicht alles.

Viel hilft viel: Vom Nutzen intensiver Therapie

Was macht eine erfolgreiche Therapie aus? Die Forschung zeigt: Es kommt nicht nur darauf an, das richtige Therapieverfahren für bestimmte Störungsmuster zu finden, sondern es sind vor allem Häufigkeit und Intensität (Wiederholungszahlen) der Therapie, die entscheidend für substantielle Verbesserungen sind. Das gilt bei motorischen Beeinträchtigungen ebenso wie bei Sprach- oder Sprechstörungen. Ein intensives, aufgabenorientiertes und aufgabenspezifisches Training mit hohen Wiederholungszahlen ist in allen Phasen der Rehabilitation wichtig.

„Generell sind die in Deutschland üblichen Therapiefrequenzen von einer, maximal zwei Therapieeinheiten pro Woche zu gering, um vor allem bei länger zurücklie-

Innovative Therapiegeräte im BDH-Therapiezentrum Ortenau

- ▶ Lokomat
- ▶ Armeo
- ▶ Pablo
- ▶ Tymo
- ▶ Myro
- ▶ Handtutor
- ▶ Gehtrainer LiteGait mit Laufband
- ▶ Motomed
- ▶ Dynamischer Stehtrainer Balo
- ▶ Ganzkörpertrainingsgerät NuStep,
- ▶ computergestütztes Sprachtraining
- ▶ computergestütztes kognitives Training mit Cogpack, FreshMinder und RehaCom



Dr. Thomas Urbach

Mitglied im Bundesvorstand und
Leiter der BDH-Unternehmenskommunikation



Ambulante Therapiezentren – eine Chance für den BDH

Eine Revolution oder ein Reförmchen? An Karl Lauterbachs Plänen zur Umgestaltung des Gesundheitswesens, die er auf der Bundespressekonferenz am 6. Dezember des letzten Jahres gemeinsam mit Mitgliedern der Regierungskommission Krankenhausversorgung vorstellte, scheiden sich die Geister.

„Wir haben die Balance zwischen Medizin und Ökonomie verloren“, beklagt der Bundesgesundheitsminister in der Wochenzeitung Die ZEIT. Deshalb will er jetzt den Patientinnen und Patienten eher die Behandlungen zukommen lassen, die sie brauchen und weniger die, mit denen die Krankenhäuser vorrangig nur Geld verdienen. Dazu soll es eine bundeseinheitliche Planung der Krankenhausstrukturen geben und eine Klassifizierung nach einheitlichen Leistungs- und Qualitätskriterien in drei Stufen erfolgen. Die Finanzierung der Krankenhäuser soll Vorhaltepauschalen erhalten, um sie aus dem ökonomischen Hamsterrad

zu befreien, dass nur eine möglichst hohe Anzahl von Behandlungsfällen das Krankenhaus wirtschaftlich absichert. Auch werden so teilweise mehr Fachkräfte gebunden als medizinisch notwendig, was den bestehenden Fachkräftemangel verschärft.

Schnelle Hilfe für Kliniken in Not

Richtig ist, zur leistungsorientierten Vergütung medizinischer Leistungen durch Fallpauschalen eine Vorhaltevergütung einzuführen. Unklar bleiben aber bislang zahlreiche Details dazu, was nun auf die noch knapp 1.900 deutschen Krankenhäuser zukommt. Die von der Kommission angekündigten Eck-

punkte der Krankenhausreform lassen aber eher eine Zunahme an Bürokratie erwarten – schließlich liegt die Krankenhausplanung in der Hoheit der Länder, die ihren Investitionsverpflichtungen für die Krankenhäuser aber nicht ausreichend nachkommen.

Noch wesentlicher: Viele deutsche Krankenhäuser befinden sich in einer finanziell sehr angespannten Situation. Wenn es zu unkontrollierten Schließungen kommt, bevor die Strukturreformen überhaupt greifen, wäre das Ziel einer besseren Versorgung der Patientinnen und Patienten verfehlt. Es braucht deshalb auf alle Fälle auch kurzfris-

tige Maßnahmen zur Entlastung der Häuser, die sich in akuten Notlagen befinden.

Deutlich weniger Klinikbehandlungen

Ein wichtiger Baustein der geplanten Reform ist auch eine stärkere Ausrichtung auf die ambulante Gesundheitsversorgung. Der Vorsitzende der Regierungskommission, Tom Bschor, spricht hier von einem „Gamechanger“: Bis zu einem Viertel aller stationären Behandlungen sollen künftig ambulant und ohne Übernachtung erbracht werden! Das bedeutet: Stationäre Betten sollen abgebaut, die Verweildauern in den Häusern reduziert werden.

Zu erwarten ist in diesem Zusammenhang zunächst einmal eine Zunahme tagesklinischer Krankenhausbehandlungen. Weiterhin dürfte sich die problematische Wirtschaftlichkeit aber auch auf die neurologische Rehabilitation im Leichtkrankenbereich, der sogenannten Phase D, auswirken.

Die Tagessätze in dieser Rehapphase sind zunehmend defizitär und die Therapiefrequenz fällt häufig geringer aus als bei ambulanten Angeboten. Das fordert den BDH und seine Kliniken heraus und ist zugleich Chance. Auf eine geplante Ambulantisierung auch des Reha-Sektors sind wir prinzipiell gut vorbereitet.

Denn der Versorgungsbedarf nimmt auch im Hinblick auf die demographische Entwicklung hin zu einer immer älteren Gesellschaft zu. Deshalb bieten sich ambulante Therapiezentren an unseren Kliniken oder in deren Einzugsgebiet an. Bereits heute betreiben wir erfolgreich ein ambulantes Therapiezentrum in Gengenbach, das zumindest in Teilen als Blaupause auch für andere BDH-Kliniken dienen kann. Die Bedeutung der Therapierobotik für unser Leistungsangebot, insbesondere im therapeutischen Bereich, ist unbestritten.

Zentren schließen Lücken in der Therapie

Ein weiteres wichtiges Kriterium bei jeder medizinstrategischen Überlegung ist die Systemrelevanz, die durch ambulante

Therapiezentren im Einzugsgebiet unserer Kliniken gestärkt werden kann. Damit lassen sich Versorgungslücken schließen und einzugsgebietsübergreifende Angebote wie die Neurointensivwochen entwickeln.

Bei dieser Entwicklung wird es auch um die Schaffung von Strukturen vergleichbar mit den Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder um die Integration von Kassenarztsitzen gehen. Auf die sich anbahnende und politisch gewollte Verschiebung medizinischer Leistungen in den ambulanten Bereich kann und sollte der BDH deshalb reagieren.

Das Beispiel des BDH-Therapiezentrums Gengenbach unterstreicht, dass in vielen Fällen leichter betroffene Patientinnen und Patienten ambulant besser und intensiver betreut werden können als stationär. Intensives, apparativ gestütztes Üben mit zahlreichen Wiederholungen und Verstärkungen ist hier – im vertrauten Umfeld – hervorragend möglich. Vollstationäre Rehabilitation der Phase D bedeutet dagegen Übernachtung, Vollpension, Medikamente, Diagnostik, Arzt- und Pflegekosten, die ausschließlich über den vereinbarten Tagessatz beglichen werden müssen, der in den meisten Fällen in der Phase D deutlich unter 200 Euro pro Tag liegt. Dagegen hat sich die Vergütung der ambulanten Leistungen in den letzten zwei bis drei Jahren deutlich verbessert, was auch das Arbeiten in einem ambulanten Therapiezentrum für Therapeuten deutlich attraktiver macht.

Aktuell gibt es im ambulanten Therapiebereich häufig Wartezeiten von mehreren Monaten, da die Nachfrage das Angebot übersteigt. Auch betreuen ambulante Zentren ihre Patientinnen und Patienten häufig über einen sehr langen Zeitraum. Darunter sind nicht wenige Menschen mit einem Beratungsbedarf, zum Beispiel für Hilfsmittel oder barrierefreie Umbauten. Hier kann die Beratungskompetenz des BDH lohnend eingesetzt und können neue BDH-Mitglieder vor Ort gewonnen werden.



Zukunft nicht verpassen, offensiv werden

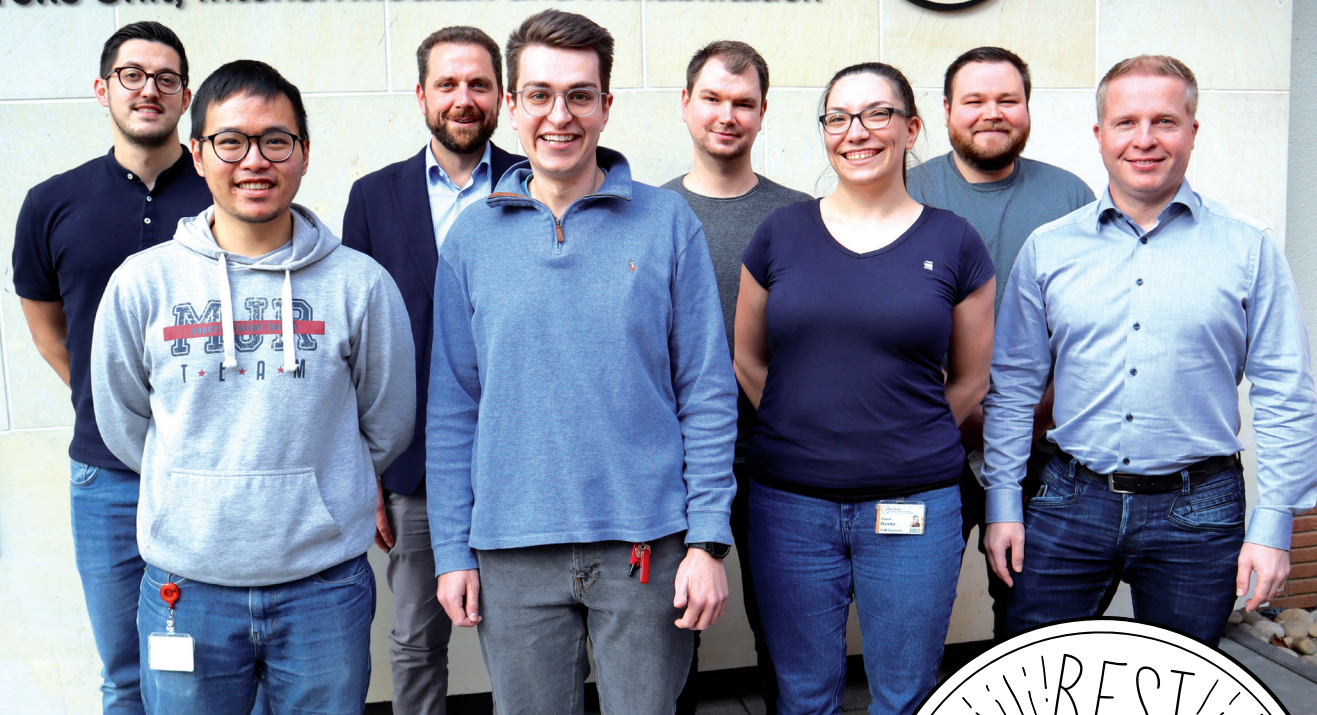
Vor Jahrzehnten hat der BDH rechtzeitig und vorausschauend erkannt, dass sich die Sanatorien für Kriegshirnverletzte weiter entwickeln müssen. Heute sind die ehemaligen Hirnverletztenheime hochmoderne Kliniken, die sich zunehmend in den Schwer- und Schwerstkrankenbereich sowie in den Intensivbereich hinein entwickelt haben.

Jetzt bahnt sich eine Entwicklung bei den weniger betroffenen stationären Patientinnen und Patienten in den ambulanten Bereich an. Das sollten wir im Umfeld unserer Kliniken nicht verpassen, sondern offensiv nutzen. Es ist von zentraler Bedeutung, wie es unseren Einrichtungen gelingt, ihre Relevanz im Gesundheitssystem der Zukunft strategisch auszubauen, um sich trotz Strukturwandel in ihrer Region zu behaupten.



Siegfried Buser

Mitglied im Bundesvorstand und
Oberarzt an der BDH-Klinik Elzach



Das zehnköpfige Team des BDH-Rechenzentrums in Braunfels: hinten v.l.n.r. Christos Makris, Sebastian Rees, Albert Engeter, Tim Riemann, vorne v.l.n.r. Roby Hartono, Dennis Schneider, Regina Demke, Silvio Mildes (Es fehlen der Azubi Marijan Ometlic und Thomas Andrae, Mitarbeiter in Vallendar).

Beste Freunde und Problemlöser



Ohne IT-Spezialistinnen und -spezialisten geht heute fast nichts mehr. Die Digitalisierung schreitet auch in allen Bereichen des BDH in großen Schritten voran: im Klinikalltag, in der Sozialrechtsberatung, in der Verbandsarbeit und zunehmend auch in den ehrenamtlichen Kreisvorständen. Das Braunfelser Team des BDH-Rechenzentrums um Sebastian Rees wächst seit Jahren mit den Anforderungen.

Rund um die Uhr an sieben Tagen in der Woche erreicht man die IT-Hotline der Braunfelser: Ausfälle in der Infrastruktur haben heutzutage fatale Folgen, weiß Teamleiter Sebastian Rees. Mit 300 BDH-eigenen Servern werden mittlerweile sehr viele Arbeits- und Organisations-Prozesse digital gesteuert: ob die Zeiterfassung und Türschließsysteme in der BDH-Klinik Braunfels oder Telematik-Anwendungen für den Datenaustausch mit den Krankenkassen, Renten- und Unfallversicherungen. Elekt-

ronische Akten gibt es nicht mehr nur für Patientinnen und Patienten. Sie sind auch in der BDH-Sozialrechtsberatung angekommen. Auch die Lohnabrechnung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die Archivierung von Röntgen- und CT-Aufnahmen sowie der Datenaustausch in der BDH-eigenen Cloud funktionieren nicht ohne einen lückenlosen Support.

Mehr als 900 Nutzerinnen und Nutzer mit 1.200 Konten betreut das IT-Team

in Braunfels. Die Anforderungen an die Zuverlässigkeit der Systeme, die Datensicherheit und den Schutz vor Cyberangriffen haben enorm zugenommen. Online oder per Telefon gehen in Spitzenzeiten beim IT-Team etwa 80 Anfragen pro Tag ein: Sie reichen von PC-Ausfällen über Probleme mit dem Netzwerk, fehlenden Zugriff auf Daten, E-Mail-Adressen für neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Programmanpassungen, vergessene Passwörter ...

Jede Anfrage erhält ein digitales Ticket und wird priorisiert. Den Zugriff auf dieses zentrale digitale Ticketsystem haben alle IT-Kollegen. Aus dem Pool der anstehenden Probleme übernehmen sie ihre Aufgaben je nach Zeitressource und persönlich fachlicher Stärke.

Unter den derzeit sieben festen Team-Mitarbeitern befinden sich Spezialisten für die Ausstattung von digitalen Arbeitsplätzen und Vernetzungsinfrastrukturen, Experten mit Softwarekenntnissen für Pflege, Medizin und Therapie oder auch Entwickler von IT-Projekten. Die meisten haben in Braunfels entweder ihre Ausbildung gemacht, studentische Praktika oder Projekte absolviert.

Es ist ein Team entstanden, in dem „best friends“ zusammenarbeiten, die sich nicht nur fachlich, sondern auch sozial gut verstehen und gegenseitig austauschen. Sebastian Rees

Sie haben hier nicht nur modernste Arbeitsbedingungen, sondern auch Gestaltungsräume. An der Gewährleistung des täglichen Supports nehmen alle teil, aber jeder hat auch seinen eigenen Wohlfühlbereich. Das motiviert. „Wenn sie ein Problem auf den Tisch bekommen, sind sie Feuer und Flamme“, so ihr Chef Sebastian Rees.

Alles ohne Papier?!

Noch vor wenigen Jahren konnte man sich papierloses Arbeiten in Kliniken nur schwer vorstellen. Als der IT-Fachmann Rees mit internationaler Technologie-Erfahrung bei einem Telefonweltkonzern für einen sehr späten Zivildiensteinsatz vor 16 Jahren in die BDH-Klinik nach Braunfels kam, bestand die IT dort aus einfacher EDV in der Finanz- und Personalwesen sowie der Patientenverwaltung der Klinik. Der damalige Geschäftsführer der BDH-Klinik Braunfels, Dietmar Demel, setzte auf Ausbau der IT-Infrastruktur auch für den medizinischen und therapeutischen Bereich. Sebastian Rees fand es spannend, den BDH IT-mäßig nach vorne zu bringen. Reizvoll fand er auch die flachen Hierarchien in der Klinik, die familiäre Atmosphäre und einen heimatnahen Job. Er blieb in Braunfels und verstärkt seit-

dem das IT-Team. Mit ihm waren sie vor 16 Jahren zu dritt: zwei fest angestellte Mitarbeiter und ein Auszubildender.

Die erste Herausforderung bestand in der Einführung der elektronischen Patientenakte. Dafür mussten PC-Arbeitsplätze (Hardware/Software) für alle im operativen Bereich Tätigen eingerichtet werden, um schneller Daten elektronisch austauschen zu können. Die Akzeptanz war alles andere als selbstverständlich, so Rees, nicht wenige der älteren Kolleginnen und Kollegen aus Medizin, Pflege und Therapie hatten bis dahin noch nie vor einem Computer gesessen. Zeitgleich wurde auch das hauseigene Labor digitalisiert. Standardformulare, auf denen man gewünschte Befunde ankreuzen und mit der Hauspost ans Labor schicken musste, gehörten damit der Vergangenheit an.

Schnell wurden immer mehr Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter davon abhängig, dass die neue technische Infrastruktur auch wirklich zuverlässig funktionierte, immer wichtiger wurde der Ausbau von Supportzeiten. Über IT-Projekte konnten zusätzliche feste Mitarbeiter gewonnen werden, über einen Drei-Jahres-Rhythmus wurde auch die Ausbildung forciert. Das Team wuchs.

Meilenstein des weiteren Ausbaus der IT-Infrastruktur wurde der Aufbau eines Archivs von medizinischem Bildmaterial wie Röntgen- oder CT-Aufnahmen. Gesetzlich ist eine 30-jährige rechtssichere Aufbewahrung gefordert. Um die digitalen Prozesse auch noch nach dieser Zeit beherrschen zu können, mussten riesige neue technische Strukturen geschaffen, investiert und sämtliche analoge Daten digitalisiert werden.

Dieses Projekt stand 2016 an, als Sebastian Rees die Team-Führung nach dem Ruhestand des bisherigen IT-Leiters übernommen hatte. Er erinnert sich: „Im Prinzip musste eine sehr teure Investition geschultert werden. In der Kalkulation zeigte sich aber, wenn wir alle fünf BDH-Kliniken (die BDH-Klinik Waldkirch wurde später gekauft) damit zentral bedienen können, ist die Kostenlast für alle besser zu tragen.“

BDH-Synergien klug nutzen

Mit dieser Idee begann der vom BDH-Bundesvorstand aufgezeigte Weg einer Zentralisierung und Vereinheitlichung auch anderer digitaler Prozesse im Verband. Immer da, wo es sinnvoll erscheint, denn BDH-Kliniken gibt es in fünf Bundesländern mit landestypischen Bestimmungen zur Digitalisierung sowie mit eigenen Erfordernissen und Bedürfnissen.

„Für unsere Kliniken, die jeweils eher zu den kleinen Häusern in der Gesundheitsversorgung zählen, sind Softwarelösungen heute oft nicht gut ausgelegt und zudem sehr teuer. Schließt man sich zusammen, kann man aber nicht nur in der Anschaffung Kosten sparen.“

Durch eine zentrale IT-Infrastruktur werden auch IT-Kompetenzen gebündelt und besser ausgespielt sowie Arbeitsressourcen freigesetzt. Sebastian Rees

Dabei kann jede BDH-Klinik ihre eigene Expertise in das vielseitige IT-Feld einbringen, so wie Hessisch Oldendorf beim Support von DATEV, einer IT-Lösung zur Gehaltsabrechnung“, erläutert Sebastian Rees.

Einige BDH-Kliniken betreiben auch eigene Serverstrukturen. Sie sind aber in ein standardisiertes Sicherheitskonzept des BDH-Rechenzentrums eingebunden, dass sich am Datenschutz der strengsten Bundesländer orientiert. Damit gelingt es im BDH, große Datenmengen effektiv und immer auf dem Stand aktueller Sicherheitsanforderungen zu schützen. Das ist heute unabdingbar, um jederzeit den Versorgungsauftrag als Träger von Reha- und Akutkliniken zu erfüllen.

Gelungen ist es auch, Druckersysteme und die Nutzung von Software-Programmen immer stärker zu vereinheitlichen. Das macht Geräteergänzungen im gesamten BDH und auch die konkrete Fehlersuche bedeutend einfacher. Wenn BDH-Kliniken wie in Elzach oder Waldkirch beschließen eng zusammenzuarbeiten, ist das von erheblichem Vorteil, so Rees.

Noch mehr IT-Synergien nutzen die beiden BDH-Kliniken im hessischen Braunfels und rheinland-pfälzischem Vallendar. Alle IT-

Dienste in Vallendar werden von Braunfels aus übernommen, vor Ort existieren nur Ausfallsysteme. Der zuständige Mitarbeiter vor Ort ist fachlich und dienstrechtlich dem Rechenzentrum unterstellt, Vertretung bei Urlaub und Krankheit so geregelt.

In die zentrale IT-Infrastruktur sind in der jüngsten Vergangenheit auch die BDH-Bundesleitung in Bonn und alle fünf BDH-Regionalgeschäftsstellen integriert worden. Neue Qualitätsstandards in der Sozialrechtsberatung des BDH setzte auch das IT-Projekt in Bonn, das im vergangenen Jahr unter Leitung von Julia Köhler realisiert wurde. Eine elektronische Akte ersetzt jetzt bundesweit an allen BDH-Standorten die Papierakte in der sozialrechtlichen Beratung und Vertretung durch die BDH-Juristinnen und -Juristen.

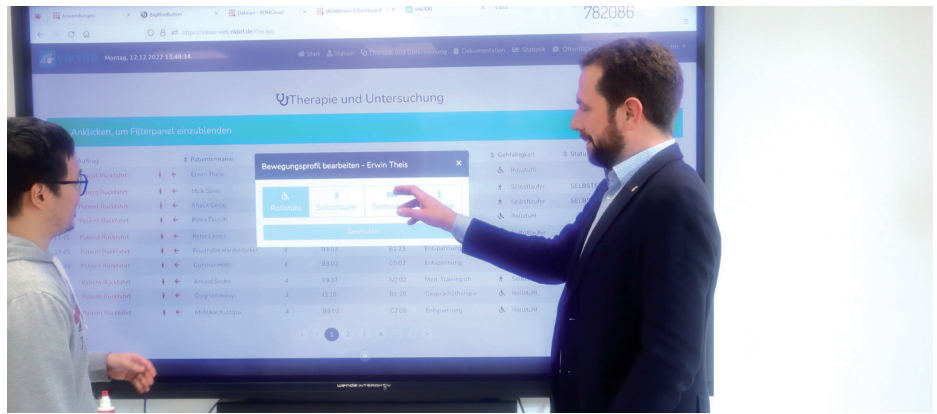
Rees ist sich sicher, dass in Zukunft viele weitere IT-Entwicklungen auf sein Team zukommen werden: „Wir haben den Anspruch, die Digitalisierung im Verband mit einer bestimmten Güte voranzubringen. Lösungen im BDH sind dafür immer besser als Dienstleistungen externer Anbieter.“

Rees spricht von gewachsenen Dienstleisterqualitäten im Team: „Wir wollen für Zufriedenheit sorgen. Menschen, die Patientinnen und Patienten versorgen, beraten oder begleiten, müssen sich in ihrem Bereich gut auskennen. Wir wollen ihnen, egal welche IT-Frage sie haben, mit Respekt begegnen und sie unterstützen, damit sie ihren Job gut machen können.“

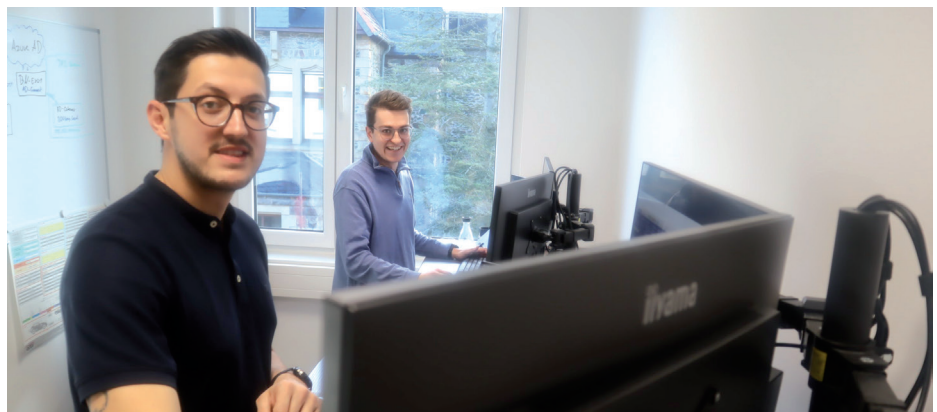
Die Zukunft wird noch digitaler

Digitalisierung im BDH bleibt auch in Zukunft spannend. Geplante Gesundheitsreformen stellen auch alle BDH-Kliniken und -Einrichtungen vor riesige Herausforderungen. Darüber nachzudenken, in welchen Bereichen es Sinn ergibt, Synergien der Häuser zu nutzen und immer stärker zusammenzuwachsen, bleibt damit strategisch bedeutsam.

An vielen Stellen ahnt man bereits, wie auch die Robotik die Arbeit in den Kliniken verändern kann und wird. Auch aufgrund des Fachkräftemangels wird das ein unausweichliches Thema, das nicht Halt vor der



Sebastian Rees erläutert die Studentenprojekte des IT-Teams: „WebMenue“, „VIKTOR“ und „CIBUS“. Alle drei sind mittlerweile elementare Bestandteile der Prozessgestaltung der Klinik in Braunfels. „WebMenue“ bildet den digitalen Speiseplan der Küche ab und ermöglicht es, orts- und geräteunabhängig Mittagessen in der hauseigenen Kantine zu bestellen und verfügt über eine integrierte Schnittstelle zur Lohnabrechnung DATEV. „VIKTOR“ steht für Virtueller Intraklinik Termin Organisator und stellt das zentrale Auftragswesen des „Hol- und Bringendienst“ zur Verfügung. Hierüber werden sämtliche interne Patienten- und Versorgungsfahrten geplant und mit Hilfe des Smartphones in Echtzeit zur Verfügung gestellt. „CIBUS“ lateinisch für Lebensmittel ist die Erweiterung des etablierten „WebMenue“ mit dem Schwerpunkt auf Patienten. Über Cibus lassen sich patientenindividuelle Speisebestellungen erfassen und an die Küche übermitteln, wobei zusätzlich die Möglichkeiten zur Erfassung durch Diätassistenten und Ergotherapeuten gegeben ist.



Viele im BDH kennen die beiden Kollegen mit dem offenen Ohr: Dennis Schneider, rechts, und Christos Makris sind ein eingespieltes Team und beste Freunde. Sie haben gerade den Umzug und die IT-Neuausstattung der Berliner Geschäftsstelle begleitet und eine neue Geschäftsstelle in Velbert eingerichtet.

Rehabilitation macht. Schon heute können virtuelle therapeutische Angebote für Zuhause den Rehaufenthalt unter Anleitung ergänzen oder seine Ergebnisse vertiefen.

Erste Pilotprojekte in Kliniken erproben den Einsatz von Robotern, die Patientinnen und Patienten frisches Wasser reichen. An manchen großen Unikliniken fahren vollautomatische Essenswagen auf die Station. Reinigungsroboter könnten Flure und andere Großflächen in Kliniken reinigen und die schwierige Personalsuche in diesem Bereich ersetzen.

Noch viele organisatorische Prozesse in der Klinik haben Potenziale zur Digitalisierung:

Als Lehrkrankenhaus für Medizininformatik für die Technische Hochschule Mittelhessen betreut die BDH-Klinik in Braunfels seit 2012 zahlreiche Praktika, Bachelor- und Masterarbeiten und entwickelt damit eigene praxisrelevante Projekte. Die Lösungen nutzen sie dann in der Klinik und führen sie weiter. Eine Win-Win-Situation, die weit in die Zukunft reicht.



Ines Nowack
Redakteurin BDH-Magazin

Direktorenwechsel in Waldkirch

Dr. Bettina Götzte, Fachärztin für Chirurgie, Orthopädie und spezielle Unfallchirurgie, ist neue Ärztliche Direktorin der BDH-Klinik Waldkirch. Anfang Januar übergab Dr. Hans Meyer-Blankenburg den Staffelstab an seine Kollegin. Bettina Götzte verantwortet seit 2016 als Chefärztin der Klinik die Schwerpunkte Endoprothetik für Hüft- und Kniegelenke, Unfallchirurgie und minimalinvasive Chirurgie, nachdem sie zuvor bereits 16 Jahre im damaligen Bruder-Klaus-Krankenhaus in Waldkirch tätig war. Daniel Charlton, Geschäftsführer der BDH-Klinik Waldkirch (re.), und der BDH-Bundesvorsitzende Peter Weiß (li.)

zeigten sich erfreut, die renommierte Chirurgin als Ärztliche Direktorin der BDH-Klinik Waldkirch gewonnen zu haben. Dr. Götzte bekräftigt: „Auch weiterhin wird unser Team in Waldkirch die optimale Leistung für die Patientinnen und Patienten erbringen.“ *Rebecca Jacob*



„Action!“ SWR drehte Aufklärungsfilm

Ende vergangenen Jahres drehte die SWR3-Online-Redaktion in Kooperation mit den BDH-Kliniken einen Beitrag zum Thema Longcovid. Longcovid haben viele schon mal gehört, doch was dieser Begriff genau bedeutet und womit Betroffene zu kämpfen haben, bleibt oft unklar. Das liegt auch an der kurzen Forschungszeit zu diesem Thema und der daraus resultierenden noch spärlichen wissenschaftlichen Faktenlage. Der SWR-Beitrag zeigt unter anderem Patientin Rommy Kotschowski, die an der BDH-Klinik gegen ihr Postcovid-Syndrom gekämpft hat. Oberarzt Rainer Ihling teilt sein Expertenwissen zu Therapieansätzen bei Post- und Longcovid-Patientinnen und -Patienten. Auch Aufnahmen aus dem BDH-Therapiezentrum Ortenau sind dabei mit den verschiedenen Möglichkeiten, Longcovid-Betroffenen zu helfen.

Unter diesem Link können Sie sich den Artikel sowie die dazugehörigen Video-Beiträge ansehen:

www.swr3.de/aktuell/coronavirus/longcovid-symptome-betroffener-100.html *Rebecca Jacob*



Hahn-Stiftung spendet für Frühmobilisation

Die frühe Mobilisierung von Patientinnen und Patienten gehört zu den effektivsten Maßnahmen in der Frührehabilitation – gerade bei Menschen mit noch niedrigem Aufmerksamkeits- und Bewusstseinsniveau, schwacher Rumpfstabilität oder unter Beatmung. Studien belegen: Patientinnen und Patienten, denen frühzeitig das Sitzen und Aufstehen ermöglicht wird, profitieren von verbesserter Atmung, Wachheit und Beweglichkeit. Die Andreas-Hahn-Stiftung, mit der die BDH-Klinik eine langjährige Kooperation führt, übernahm nun die Kosten für die multifunktionale Positionierungshilfe „Sara Combilizer“ in Höhe von 13.090 Euro. Sie kommt in der BDH-Klinik Vallendar auf den Frühreha-Stationen B2 und B3 zum Einsatz. Bei der Spendenscheck-Übergabe bedankten sich Therapieleitung Dr. Cathrin Koch, der Leitende Physiotherapeut Axel Kröll, Pflegedienstleiter Jörg Biebrach, Dr. Joy Habermann-Schlünz, Leitende Oberärztin der medizinischen Reha, und der Leitende Oberarzt Lars Nolden-Miskiewicz bei dem Stiftungsgründer Alfred Hahn und seiner Frau Marianne für die Finanzierung des Gerätes. *Eva Geisler*



Innovative Rehatechnik im Selbsttest

Wie man mit elektrischen Impulsen schwache Muskeln stärken und Menschen trotz Lähmung zum Stehen bringen kann oder wie Hightech-Massage wirkt - das erprobt die BDH-Klinik Greifswald im klinischen Rehaalltag. Neue und innovative Reha-Geräte können im Rahmen der Behandlung direkt durch die Therapeutinnen und Therapeuten sowie Patientinnen und Patienten getestet werden.

Das Gebiet der Reha-technik entwickelt sich ständig weiter, die Reha-forschung arbeitet unentwegt daran, Menschen mit Einschränkungen wieder mehr Selbstständigkeit zurückzugeben. Regelmäßig bringen sich deshalb Therapeu-tinnen und Therapeuten zu neuen Systeme-n auf den Stand und werden dazu durch Produkthersteller ins Bild gesetzt. „Für unser therapeutisches Team sind die Produkttests nützlich, da man dadurch die Gelegenheit hat, Dinge am eigenen Körper zu spüren und sich so besser in die Patientinnen und Patienten hineinzusetzen“, sagt Klinik-Geschäftsführer Roger Gierczak.

Was sich im Selbsttest für beide Seiten in der Klinik bewährt, wird im Anschluss eingeführt.

Auch der Ganzkörperanzug „Exopulse Mollie Suit“ der Firma Otto Bock HealthCare wurde zunächst im Therapeutenteam vorgestellt, bevor ihn dann einen Tag lang mehrere Pa-tientinnen und Patienten erproben durften. Mit diesem Anzug sollen sich über elek-trische Signale Muskeln entspannen und stimulieren, Schmerzen reduzieren und Be-weglichkeit verbessern können. Damit kann wertvolle Vorarbeit für weitere therapeuti-sche Schritte geleistet werden.

„Nach der Behandlung war die Spastik in meinem Fuß deutlich reduziert und auch der Bewegungsradius meiner Arme kam mir verbessert vor“, stellt Paul Remde nach seinem Selbsttest fest. „Das An- und Ausziehen ist allerdings, je nach persön-licher Beweglichkeit und Muskelfunktion, etwas aufwändiger, da der Anzug eng und korrekt sitzen muss. Nach etwas Gewöh-nung ist das sicherlich kein großes Hinder-nis“, fasst er zusammen.

Klinik-Geschäftsführer Roger Gierczak hebt die Bedeutung der Tests für Patien-tinnen und Patienten hervor: „So können sie schon früh von den aktuellen Ent-wicklungen auf dem Therapiemarkt pro-fitieren. Wir beziehen sie dabei aktiv ein, denn diese Menschen können am besten einschätzen, wie hilfreich und fördernd die neuen Reha-Geräte für ihre individu-ellen Bedürfnisse sind.“

Auch für die Therapie werden dabei wichtige Erkenntnisse für die Praxis gewonnen – sollte der Anzug eingeführt werden.

Mit Hilfe der Technik stehen

Auch Patientinnen und Patienten, die gar nicht mehr in der Lage sind sich aufzu-richten, profitieren von technischer Unter-stützung. Eine Physiotherapeutin und ein Rollstuhlfahrer testeten zum Beispiel den „Innowalk“, einen Steh- und Gehtrainer von „Made for Movement“, der keine selbst-ständige Stehfähigkeit voraussetzt.

Er ist für Kinder, Jugendliche und Erwachsene geeignet, auch wenn diese starke körper-liche Beeinträchtigungen haben. Über Mo-toren wird der Benutzer elektrisch und stu-fenlos aufgerichtet. Das Training kann dann komplett passiv erfolgen, die Nutzerinnen und Nutzer werden „durchbewegt“, können aber zugleich aktiv mitmachen. Die Bewe-gungen in aufrechter Position haben viele Vorteile: Sie fördern die Atmung, Durchblu-tung und Verdauung und sind dabei auch gut für Gelenke, Knochendichte und Muskeln.

Massage auf der Wasserliege

Nicht immer ist ein Produkttest mit Aktivität und Bewegung verbunden. Manchmal kann man auch einfach entspannen, wie beim Test einer besonders großen Massageliege, die auf den Klinikparkplatz „rollte“, in einem äußerlich völlig unauffälligen Transporter.

Seine Ladung bestand aus der innovativen Wasser-Massageliege medi stream. Gefüllt war sie mit über 400 Liter Wasser, bis 200 Kilogramm belastbar und voll funktionsfähig.

Die Firma „EQUIMED“ hat diese Massa-geliege entwickelt, um durch Wärme und den Druck der Wasserstrahlen Ver-spannungen zu lösen, die Muskulatur zu lockern sowie die Durchblutung und den Stoffwechsel anzuregen. Dabei lassen sich Parameter wie Geschlecht, Größe, Ge-wicht, Intensität der Massage und Massa-gebereich einstellen. Diese Einstellungen können gespeichert werden. Sie sind mit-tels Chipkarte einlesbar. So kann das Gerät von jedem ohne Zeitverlust und Fehlbe-dienung genutzt werden.

Therapien mit dieser Liege sollten eigent-lich zwischen 15 und 20 Minuten dauern. Das Interesse bei der Vorführung war aber so groß, dass kurzerhand die Massagedauer auf acht Minuten verkürzt wurde, sodass möglichst viele in den Genuss der Massage kommen konnten. Ein Umstand, der nach jeder Probe allerdings sehr bedauert wurde.



Moderne Reha: Individuelle Einstellungen ermöglichen das Training mit unterschiedlichen Einschränkungen.



Paul Remde
BDH-Klinik Greifswald

Aphasie: Wieviel Therapie macht Sinn?



An den Kliniken und Zentren des BDH behandeln Sprachtherapeuten und Sprachtherapeutinnen viele Menschen, die unter einer Aphasie leiden. Darunter versteht man eine Sprachstörung nach Schädigung von Hirnarealen, die für das Sprachvermögen wichtig sind.

Aphasien sind Störungen des sprachlichen Wissens und seiner Verwendung. Das sprachliche Ausdrucksvermögen und das Sprachverständnis können beeinträchtigt oder sogar aufgehoben sein. Das betrifft gehörte und gesprochene Sprache ebenso wie geschriebene Sprache (Lesen und Schreiben).

Betroffen sein können der Abruf von einzelnen Lauten, Wörtern und ganzen Sätzen, die Routine und Flexibilität im Umgang mit dem „Werkzeugkasten“ Sprache und damit auch die Verarbeitungsgeschwindigkeit. Aphasie beeinträchtigt nicht die nichtsprachliche Intelligenz, das Weltwissen etc. Auch ist das sprachliche Wissen nicht gelöscht wie Daten von einer Festplatte, sondern – je nach Schwere der Aphasie – nicht oder

nur schwer zugänglich. Für Sprachgunde ist das nur schwer nachzuvollziehen, aber auch sie kennen sprachliche Zugriffsstörungen. Dann „liegt uns das Wort auf der Zunge“, häufig wissen wir noch wie ein Wort beginnt und wie lang es ist, aber wir „kommen nicht drauf“. Bei vielen Aphasien sind solche Zugriffsstörungen ein sehr viel häufigeres Symptom, das auch sehr alltägliche Wörter und Sätze betreffen kann.

Aphasie beeinträchtigt unsere Kommunikation stark und hat daher erhebliche negative Auswirkungen auf das Wohlbefinden, die Teilhabe und die Lebensqualität zum Beispiel nach einem Schlaganfall. Leider ist Aphasie alles andere als selten; Aphasie nach Schlaganfall betrifft rund 3,5 Millionen Menschen!

Eine der größten Studien zur Aphasie weltweit

Eine internationale Arbeitsgruppe hat nun eine der umfangreichsten Studien veröffentlicht, die jemals zum Thema Aphasie nach Schlaganfall erstellt wurde. Einbezogen wurden Daten von 5.928 Menschen mit Aphasie nach Schlaganfall aus 174 klinischen Studien und Forschungsregistern aus 28 Ländern (Brady et al. 2022).

Untersucht wurden Fragen wie: Von welcher Art Aphasie-Therapie profitieren Betroffene am meisten und bei welcher Therapiezeit pro Tag, wie häufig pro Woche und für wie lange insgesamt? Ebenso: Wie hängt die Sprachwiederherstellung mit Faktoren wie Alter, Geschlecht, der Schwere der Aphasie, den individuellen Charakteristika eines Schlaganfalls und der Art der Aphasie zusammen?



Prof. Thomas Platz

Ärztlicher Direktor
Forschung im BDH

Insgesamt wurde die Spracherholung durch das Alter eines Schlaganfallüberlebenden, den Schweregrad seiner Aphasie und die Dauer bis zum Beginn der Therapie beeinflusst. Die Aphasie verbesserte sich bei den Menschen, die überhaupt Sprachtherapie erhielten, vor allem wenn die Therapie bereits kurz nach dem Schlaganfall begann. Am meisten konnten Personen im Alter von unter 55 Jahren profitieren, wobei auch ältere Personen gute Fortschritte erzielten, mit zunehmender Zeit nach dem Schlaganfall verringerten sich die Fortschritte.

Sprachtherapie: am besten spezifisch, individuell relevant und intensiv

Die größten sprachlichen Fortschritte insgesamt wurden bei Menschen beobachtet, die an drei bis fünf Tagen pro Woche und für zwei bis vier Stunden in der Woche

Sprachtherapie erhielten. Die Verbesserungen im Sprachverständnis waren jedoch bei mehr als neun Stunden Therapie verteilt auf drei oder vier Tage pro Woche am größten. Die ideale Gesamttherapiedauer betrug 20 bis 50 Stunden – und zwar für ältere wie auch für jüngere Betroffene. Als wichtig erwies sich auch, dass die Sprachtherapie für die Patientinnen und Patienten bedeutsam war, also sich an ihren Bedürfnissen orientierte und für sie relevante Inhalte aufgriff – und dass Aufgaben für ein Eigentaining und Anleitungen zum häuslichen Üben gegeben wurden.

Innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Aphasie wurden die meisten Fortschritte durch 20 bis 50 Stunden Sprachtherapie mit zwei bis vier Therapiesitzungen und einer Therapiezeit bis zwei Stunden pro Woche erzielt. Lag der Schlaganfall aber länger zurück, war deutlich mehr Therapie erforderlich. Hier profitierten diejenigen Patientinnen und Patienten am meisten, die insgesamt mehr als 50 Stunden, vier- bis fünfmal wöchentlich und mit einer Therapiezeit von drei bis vier Stunden pro Woche behandelt wurden.

Nicht unerwartet waren die sprachlichen Fortschritte gegenüber dem Ausgangswert für Teilnehmende mit mittelschwerer bis schwerer Aphasie größer als für Menschen mit leichten Sprachstörungen. Hier kommt ein sogenannter Deckeneffekt zum Tragen, wenn bereits die Ausgangsleistungen nahe an der Norm sind und Fortschritte damit schlechter messbar sind.

Interessant ist die Tatsache, dass die Studie nicht nachweisen konnte, dass eine spezifische Qualifikation der Therapeutinnen und Therapeuten, der theoretische Ansatz der gewählten Therapie oder auch ihre Organisationsform (von Angesicht zu

Angesicht, in der Gruppe oder computer-gestützt) mit den erzielten Fortschritten der Patientinnen und Patienten korreliert. Zur Klärung dieser Fragen besteht also weiterer Forschungsbedarf. Eine Überlegenheit spezifischer Ansätze konnte mit den Daten nicht gestützt werden.

Fazit für die Sprachtherapie: Intensität und Dauer sind entscheidend

Insgesamt ist Sprachtherapie dann am erfolgreichsten, wenn sie 20 bis 50 Stunden umfasst, an mehreren Tagen in der Woche und über zwei bis vier Stunden pro Woche durchgeführt wird.

Bedauerlicherweise ist diese Intensität in einer stationären Rehabilitation nicht immer gewährleistet. Im ambulanten Setting in späteren Phasen nach einem Schlaganfall wären besonders intensive Maßnahmen am ehesten erfolgversprechend. Außerhalb von Intensivprogrammen wie beispielsweise den Neurointensivwochen am BDH-Therapiezentrum Ortenau in Gengenbach ist dies im ambulanten Bereich jedoch kaum abbildbar.

Die Befunde legen nahe, dass Einrichtungen und Kostenträger verstärkt auf ausreichend intensive Therapie in der frühen Phase nach Schlaganfall achten sollten und später im ambulanten Setting vermehrt die Möglichkeit intensiverer Behandlungseinheiten (Intervalltherapie) etablieren sollten.

Referenz

Brady MC et al. Complex speech-language therapy interventions for stroke-related aphasia: the RELEASE study incorporating a systematic review and individual participant data network meta-analysis. Southampton (UK): National Institute for Health and Care Research; 2022 Sep. PMID: 36223438.

Virtuelle Rehawelten

Die BDH-Klinik Vallendar nutzt seit einigen Monaten erfolgreich eine Virtual-Reality-Brille in der Ergotherapie. Vor allem Schlaganfall-Patientinnen und -Patienten profitieren, der Rehaalltag wird abwechslungsreicher.

Mit dem Virtual-Reality-Therapiesystem der Firma CUREo-sity können sensorische und motorische Fähigkeiten von Armen und Händen spielerisch trainiert werden. Außerdem lassen sich die Aufmerksamkeitsregulation sowie kognitive Fähigkeiten verbessern. Die erste, die praktische Erfahrungen mit der Virtual-Reality-Brille (VR-Brille) machen konnte, war die Ergotherapeutin Angelina Sinerius. Von ihren Patientinnen und Patienten im Alter von 20 bis 80 Jahren erhielt Sinerius bislang ausschließlich positives Feedback. Nach einem mehrmonatigen Test in der medizinischen Rehabilitation ist inzwischen das gesamte Ergotherapie-Team im Einsatz der Brille geschult. Da das virtuelle Therapiekonzept auch für die Frührehabilitation geeignet ist, soll sie zukünftig auch auf diesen Stationen eingesetzt werden.

Das Virtual-Reality-Therapiesystem verfügt über sechs verschiedene Module. Im Modul „Finger“ wird spielerisch die Feinmotorik von Fingern und Händen trainiert, bis man zum Beispiel einen Luftballon zum Zerplatzen bringt. Im Modul „Daily“ werden alltägliche Tätigkeiten wie das Waschen und Schneiden von Gemüse in der Küche geübt. Im Relax-Modus kann der Patient an verschiedene Orte – beispielsweise in einen Wald, auf einen Canyon oder an einen Strand – versetzt werden und dort zur Entspannung Minispiele, wie Bogenschießen oder Ball spielen, oder ein Atemtraining absolvieren.

„Man kann bei jeder Patientin und jedem Patienten testen, wo seine Schwierigkeiten liegen“, erklärt Ergotherapeutin Angelina Sinerius, „auf dieser Basis erstellt man einen Trainingsplan, der automatisiert abläuft. Ich

beobachte und greife nur ein, wenn etwas nicht gut läuft.“

Zum System gehört neben der VR-Brille unter anderem auch ein Tablet. Damit kann Sinerius „durch die Augen ihres Patienten“ blicken und verfolgen, was er oder sie macht. Zudem kann sie darauf den Bewegungsradius, die Reaktion und die Genauigkeit sowie die Ausführung der Aufgaben mit links und rechts dokumentieren. „Ich sehe, wo persönliche Schwierigkeiten liegen und kann die Therapie anpassen“, so Sinerius.

Das System wird entsprechend der Wünsche und Bedürfnisse von Patienten, Therapeuten, Ärzten und Wissenschaftlern stetig optimiert, zum Beispiel für eine Spastik in den Händen. „Bei Patienten mit Halbseitenlähmung kann ich zum Beispiel im System einstellen, dass nur die rechte oder linke Hand funktioniert.“

Ein Reha-Patient taucht bei der Ergotherapie in der BDH-Klinik in virtuelle Welten ein. Ergotherapeutin Angelina Sinerius überwacht das Ganze auf einem zum System gehörenden Tablet.



„Früchte pflücken“ im Modul „Moto“, bei dem die Motorik der oberen Extremitäten trainiert wird. Hier benutzt der Patient gerade seine eigenen Hände.



Beim Spiel „Taiko“ schlägt man mit Trommelstöcken rhythmisch im vorgegebenen Takt virtuelle Trommeln. Hier benutzt der Patient anstelle seiner Hände zwei Controller.

Das System ist nicht nur individuell konfigurierbar, sondern auch noch kommunikativ: Es erklärt jede Aufgabe, bevor sie beginnt. Das bedeutet, dass die VR-Brille mit der Patientin oder dem Patienten spricht. Unterstützend sieht man die Aufgabenbeschreibung auch noch in Form von Bildern. Motivierend sind auch ihre Rückmeldungen wie „Das haben Sie super gemacht!“, „Prima!“ oder „Woah, das war klasse!“. Eine echte Bereicherung des Therapiealltags, schwärmt inzwischen das gesamte Team.



Eva Geisler

Unternehmenskommunikation, BDH-Klinik Vallendar



Ass. jur. Rainer Beneschovsky
BDH-Rechtsabteilung, Bonn,
Dozent an der Hochschule Düsseldorf

Rechtstipps bei Long-COVID

Das zweite digitale Info- und Austauschforum der Long-COVID-Vernetzungsstelle der BAG Selbsthilfe stand ganz im Zeichen der Möglichkeiten von Rehabilitation für Menschen mit Post-COVID-Syndrom. BDH-Jurist Ass. Jur. Rainer Beneschovsky stand Rede und Antwort rund um sozialrechtliche Fragen.

Über 30 Teilnehmerinnen und Teilnehmer stellten im Onlineworkshop viele Fragen. Das zeigt, wie groß die Unsicherheit in diesem Versorgungsfeld nach einer Corona-Infektion und weitreichenden gesundheitlichen Folgen für Betroffene aktuell ist. Drei häufige Fragen beantwortet Rainer Beneschovsky an dieser Stelle auch für die Leserinnen und Leser des BDH-Magazins:

„Kann ich mich dagegen wehren, wenn mir bei Long-COVID eine medizinische Reha mit falschem Rehaziell bewilligt wird?“

Ja. Besprechen Sie den Bescheid zunächst mit Ihrem Arzt, der Sie wegen Long-COVID behandelt. Sofern als Ausrichtung einer medizinischen Reha nicht die Behandlung psychischer Symptome, sondern die Weiterbehandlung verbliebener Atemnot, von Herzproblemen, Schmerzen oder einer Fatigue im Vordergrund stehen, hilft ein Widerspruch gegen den Bescheid beim Leistungsträger. Die Sozialrechtsberatung des BDH Bundesverband Rehabilitation unterstützt Sie dabei, Ihr Wunsch- und Wahlrecht durchzusetzen und eine Umstellung des aktuellen Rehaziells oder der entsprechenden Rehaklinik zu erreichen.

„Was kann ich tun, wenn ich in einer bereits begonnenen medizinischen Reha vor Ort feststelle, dass ich in der Klinik mit falschem medizinischem Schwerpunkt bin und die Ärztinnen und Ärzte dort nicht adäquat auf meine medizinischen Bedürfnisse eingehen können?“

Brechen Sie die Reha-Maßnahme nicht einfach eigenmächtig und unvermittelt ab. Dies kann dazu führen, dass Sie erst nach einer Wartezeit von vier Jahren erneut eine Reha bewilligt bekommen. Kontaktieren Sie vielmehr zunächst Ihre behandelnden Ärztinnen oder Ärzte am Wohnort, einen ambulant behandelnden Arzt am Reha-Ort oder den Sozialdienst der Reha-Klinik und erörtern Sie die Situation gemeinsam. Auch die Rechtsberatung des BDH hilft Ihnen bei der weiteren Vorgehensweise.

„Habe ich nach einer medizinischen Reha einen Anspruch auf eine berufliche Rehabilitation?“

Die medizinische Reha kann auch zu dem Ergebnis führen, dass die behandelnden Reha-Ärztinnen und Ärzte eine weitergehende berufliche Reha als sinnvoll erachten. Dafür müssen neben den versicherungsrechtlichen auch die medizinischen Voraussetzungen erfüllt sein. Für die konkrete Ausgestaltung muss Ihre Eignung, Neigung, bisherige Tätigkeit sowie die Lage und Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt angemessen berücksichtigt werden. Auch hierbei können Ihnen erfahrene Sozialjuristinnen und -juristen des BDH behilflich sein.

In der nächsten Onlineveranstaltung der Long-COVID-Vernetzungsstelle wird es um das Thema „Long-COVID und Arbeitsunfall oder Berufserkrankung“ gehen. Wir informieren!



Was gibt es Neues im Sozialrecht?

Bürgergeld: Mehr Geld und Schutz von Vermögen

Lang vorbereitet: Das Bürgergeld löst die Grundsicherung für Arbeitssuchende im SGB II ab. Ein Teil der Regelung wurde zum 1. Januar, ein zweiter Teil wird zur Jahresmitte (1. Juli) umgesetzt. Die Regelungen dazu sind vielfältig. Wichtige Eckpunkte:

- Der Regelsatz steigt für alleinstehende und alleinerziehende Menschen auf 502 Euro pro Monat, für Erwachsene in einer Bedarfsgemeinschaft auf 451 Euro pro Monat. Analog angehoben wird auch der Regelsatz für Kinder und Jugendliche.
- Bei einer unangemessen großen Wohnung werden die tatsächlichen Kosten nicht nur wie bisher für sechs Monate, sondern für ein ganzes Jahr übernommen.
- Im ersten Jahr des Leistungsbezuges wird für die erste Person einer Bedarfsgemeinschaft ein Vermögen von bis zu 40.000 Euro nicht angerechnet, für jede weitere Person der Bedarfsgemeinschaft erhöht sich der Freibetrag um 15.000 Euro. Ab dem zweiten Jahr im Leistungsbezug gilt ein Vermögensfreibetrag von 15.000 Euro für jede Person in der Bedarfsgemeinschaft. Auch die Rücklagen für die Altersvorsorge Selbstständiger oder selbstgenutztes Wohneigentum werden künftig besser geschützt.

Die bisherige Eingliederungsvereinbarung wird durch einen Kooperationsplan abgelöst, der gemeinsam erarbeitet wird.



Bürgergeld: Mehr Teilhabe für Menschen mit Behinderung

- Die berufliche Teilhabe soll weiter gestärkt werden, indem der sogenannte Vermittlungsvorrang abgeschafft wird. Weiterbildung und der Erwerb eines Berufsabschlusses müssen demnach künftig hinter einer möglichen Arbeitsvermittlung nicht zurückstehen. Insbesondere Geringqualifizierte sollen auf dem Weg zu einer abgeschlossenen Berufsausbildung besonders unterstützt werden.
- Einen Mehrbedarf in Höhe von 175,70 Euro können alleinstehende Menschen mit Behinderung im Rahmen des Bürgergeldes dann erhalten, wenn sie eine Maßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben oder sonstige Hilfen zur Erlangung eines geeigneten Arbeitsplatzes oder eine Eingliederungshilfe in Anspruch nehmen.



Im Alter und bei Erwerbsminderung bessere Grundsicherung

Die durch das Bürgergeld eingetretenen Änderungen für Arbeitssuchende werden zum Großteil im SGB XII auch für Bezieherinnen und Bezieher von Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung übernommen.

So gelten auch hier die geänderten Regelsätze sowie die Änderungen zur Karenzzeit einer unangemessen großen Wohnung. Erbschaften und Vermögen werden besser geschützt. Auch ein Kraftfahrzeug, wenn es einen Verkehrswert von 7.500 Euro nicht überschreitet, wird als geschütztes Vermögen angesehen.



Unbegrenzt hinzuverdienen bei vorgezogener Altersrente

Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die ihre Altersrente mit Abschlägen vorzeitig, das heißt, vor Beginn der Regelaltersgrenze in Anspruch nehmen, können ab diesem Jahr unbegrenzt hinzuverdienen. Bisher galt eine Hinzuverdienstgrenze von 6.300 Euro, die während der Pandemie zuletzt deutlich auf 46.060 Euro angehoben wurde.



Ass. jur. Julia Köhler
BDH-Rechtsabteilung, Bonn

Das lange angekündigte Bürgergeld für Arbeitssuchende ist endlich auf dem Weg. Es bringt auch positive Veränderung für Menschen in der Grundsicherung und Erwerbsminderung. Das Wunsch- und Wahlrecht in der Rehabilitation soll gestärkt werden, Genaueres erwarten wir mit Spannung im Sommer. Hinzuverdienen bei vorgezogener Altersrente oder bei Erwerbsminderungsrente wird deutlich leichter.

Hinzuverdienstgrenze bei Erwerbsminderungsrente angehoben

Für Bezieherinnen und Bezieher wird es zwar weiterhin eine jährliche Hinzuverdienstgrenze geben, aber diese wird deutlich angehoben. Die Grenze orientiert sich an der monatlichen Bezugsgröße und wird der jährlichen Lohnentwicklung angepasst. Im Jahr 2023 werden voraussichtlich 17.823,75 Euro anrechnungsfrei sein.

Bei der teilweisen Erwerbsminderungsrente wird die jährliche Hinzuverdienstgrenze auch weiterhin individuell berechnet. Auch sie orientiert sich an der monatlichen Bezugsgröße, damit der Lohnentwicklung und wird jährlich angepasst. 2023 liegt der jährliche Hinzuverdienst bei teilweiser Erwerbsminderungsrente bei mindestens 35.647,50 Euro.

Unabhängig von der Höhe des möglichen Hinzuverdienstes ist jedoch bei der Erwerbsminderungsrente der zeitliche Umfang der Tätigkeit pro Tag zu beachten. Dieser sollte bei einer vollen Erwerbsminderungsrente unter drei Stunden, bei einer teilweisen Erwerbsminderungsrente unter sechs Stunden liegen.

Der Hinzuverdienst, der die Grenze übersteigt, wird wie bisher in Höhe von 40 Prozent auf die Rente angerechnet.

Als Hinzuverdienst gelten Entgeltersatzleistungen, aber auch der Bruttoverdienst aus einer abhängigen Beschäftigung, steuerrechtlicher Gewinn aus Einkünften in Land- und Forstwirtschaft, aus einem Gewerbebetrieb sowie selbstständiger Arbeit oder vergleichbares Einkommen.



Wunsch- und Wahlrecht in der Rehabilitation soll gestärkt werden

Die Transparenz der Rentenübersicht sowie bei der Vergabe von Rehabilitationsmaßnahmen soll mit dem Gesetz „Digitale Rentenübersicht“ verbessert werden. Rentenversicherungsträger machen dafür Vorgaben bei der Beschaffung von Reha-Leistungen. Das Gesetz regelt die Zulassung, die Vergütung und Belegung von Reha-Einrichtungen. Es soll ab Juli 2023 Anwendung finden und stärkt das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten bei der Beantragung einer Reha. Wie genau, werden wir für das BDH-Magazin in Erfahrung bringen.



Neue Tagesstationäre Behandlung in Kliniken

Mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz wird unter anderem die tagesstationäre Behandlung als Form der Krankenhausbehandlung eingeführt. Liegt bei (gesetzlich Versicherten) eine medizinische Diagnose für eine stationäre somatische Behandlung vor, können Krankenhäuser anstelle einer vollstationären eine tagesstationäre Krankenhausbehandlung erbringen. Die Patientinnen und Patienten bleiben dabei nachts nicht im Krankenhaus, wenn im häuslichen Umfeld die Versorgung sichergestellt ist. Im Krankenhaus müssen bei dieser Versorgungsform Patientinnen und Patienten täglich mindestens sechs Stunden überwiegend ärztlich und pflegerisch behandelt werden. Fahrtkosten können auch bei dieser tagesstationären Behandlung übernommen werden.

Sozialversicherung: 13 Gesetzbücher und ein System der Selbstverwaltung

Krankheit, Pflegebedürftigkeit, Arbeitsunfälle oder Erwerbsminderung sind Risiken, die über unser Sozialversicherungssystem wie selbstverständlich abgedeckt sind. Über 598,7 Milliarden Euro wurden in diesem Bereich des deutschen Sozialsystems im vergangenen Jahr ausgegeben. Wie aber ist dieses System eigentlich geregelt und organisiert? Die Sozialwahlen im Mai 2023 sind uns Anlass, diesen Fragen auf den Grund zu gehen.

Die gesetzliche Sozialversicherung ist die wichtigste Institution zur Absicherung gesundheitlicher und sozialer Risiken der deutschen Bevölkerung. Sie ist eine Errungenschaft des Sozialstaates und bietet im Versicherungsfall mehr als 33 Millionen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland unterschiedliche Leistungen. Das ist für uns alle eine Selbstverständlichkeit. Meist interessieren wir uns nur dafür, wenn Schwierigkeiten auftreten.

Wie wir aus unserer BDH-Sozialrechtsberatung und -vertretung wissen, ist das System der Sozialversicherung komplex, manchmal für Menschen, die die Leistungen benötigen, kaum durchschaubar. Ein Blick auf die Grundlagen:

Wo sind die sozialen Rechte in Deutschland geregelt?

Eine Fülle von gesetzlichen Paragraphen regeln Leistungen der Sozialversicherung. Gesetzliche Grundlage für das Sozialsystem ist das Sozialgesetzbuch (SGB). Dieses gliedert sich in insgesamt 13 Teile (SGB I bis XII; SGB XIV). In jedem Teil sind spezifische Sozialleistungsbereiche geregelt, wie Krankheit, Pflege, Arbeitslosigkeit, Unfälle oder Behinderung oder soziale Not.

Wie ist das System der Sozialversicherung organisiert?

Das deutsche Sozialversicherungssystem ist ein sogenanntes gegliedertes System. Es gibt mehrere Träger mit unterschiedlichen Funktionen und Zuständigkeiten:

• **Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)**

Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern.

Im Krankheitsfall soll die Krankenversicherung die entsprechenden notwendigen Behandlungsleistungen zur Verfügung stellen und durch individuelle Maßnahmen (Stationäre Rehabilitation, ambulante Reha-Sport, Ernährungsberatung etc.) vor Erkrankungen schützen und diese lindern. Auch die Familienangehörigen der Versicherten sind grundsätzlich kostenfrei mitversichert.

• **Gesetzliche Pflegeversicherung (PV)**

Die Pflegekassen, welche den gesetzlichen Krankenkassen angegliedert sind, entscheiden über die Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Hierzu schalten sie zur Begutachtung den medizinischen Dienst ein.

Sie stellen die Leistungen der ambulanten und stationären Pflege, das Pflegegeld sowie bestimmte Pflegehilfsmittel zur Verfügung. Hierdurch soll das Risiko der Pflegebedürftigkeit sozial abgesichert werden.

• **Arbeitslosenversicherung (ALV)**

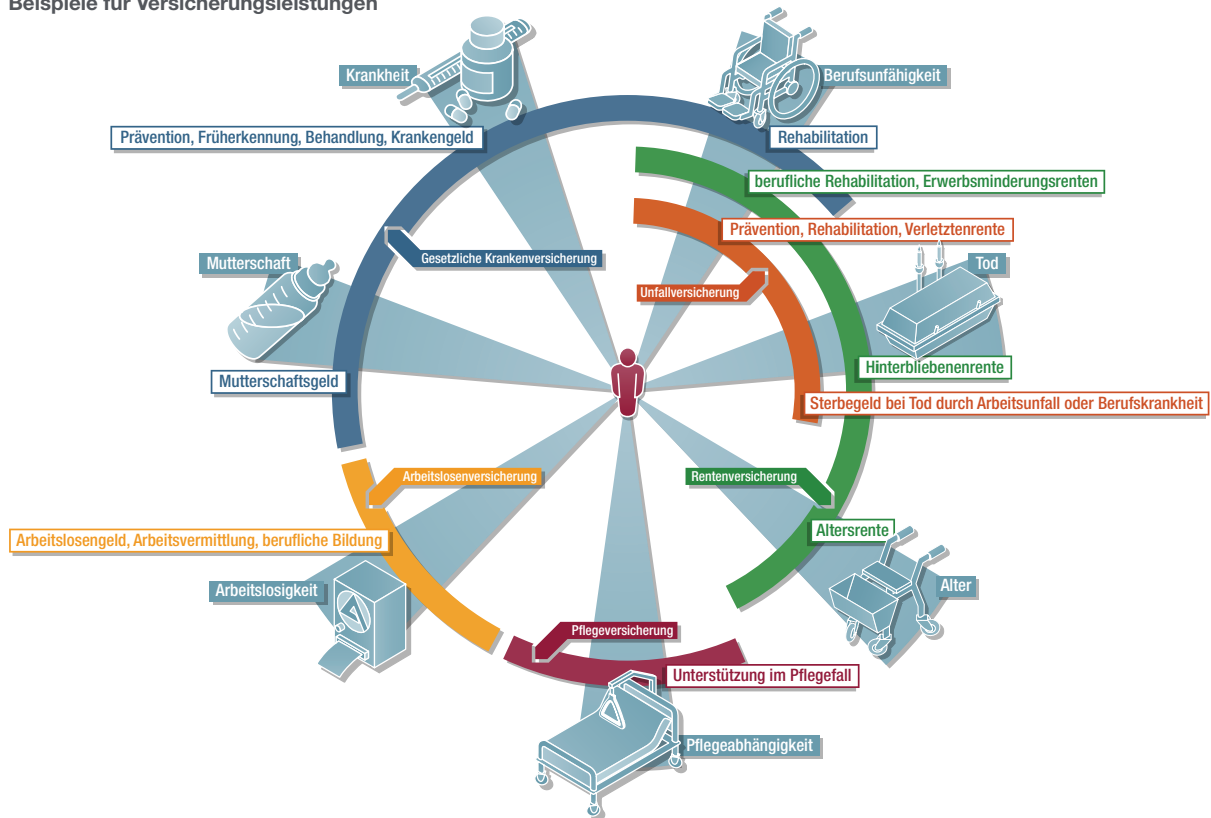
Bei Verlust des Arbeitsplatzes sichert die Arbeitslosenversicherung durch Geldleistungen wie Arbeitslosengeld die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Versicherten ab. Die Arbeitsförderung soll dem Entstehen von Arbeitslosigkeit entgegenwirken, die Dauer der Arbeitslosigkeit verkürzen und den Ausgleich von Angebot und Nachfrage auf dem Ausbildungs- und Arbeitsmarkt unterstützen.

• **Gesetzliche Rentenversicherung (RV)**

Die Rentenversicherung zahlt bei Erreichen der Regelaltersgrenze eine Altersrente. Hierdurch soll der Lebensunterhalt gesichert werden. Sollten die Beschäftigten noch vor Erreichen der Regelaltersgrenze nicht mehr in der Lage sein, eine Beschäftigung auszuüben, so wird unter bestimmten Voraussetzungen eine Erwerbsminderungsrente gezahlt. Auch beim Tod von Familienangehörigen können Rentenleistungen entstehen (zum Beispiel Witwen- und Waisenrenten).

Das deutsche Sozialversicherungssystem

Beispiele für Versicherungsleistungen



► Gesetzliche Unfallversicherung (UV)

Aufgabe der Unfallversicherung ist es, mit geeigneten Mitteln Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten. Nach Eintritt von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten sollen die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit der Versicherten mit allen geeigneten Mitteln wiederhergestellt werden. Sie oder ihre Hinterbliebenen können durch Geldleistungen entschädigt werden.

► Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen

Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen, um ihre Selbstbestimmung und ihre volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. Dies können insbesondere Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sein sowie Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, zur Teilhabe an Bildung und zur sozialen Teilhabe.

Darüber hinaus gibt es noch den Bereich der Sozialhilfe und der Grundsicherung sowie die Kinder- und Jugendhilfe.

Wie ist das System der Sozialversicherung organisiert?

Die Sozialleistungsträger verwalten sich selbst. Damit soll sichergestellt werden, dass auch die Gemeinschaft der Versicherten beteiligt wird und mitwirken kann. Die Selbstverwaltungsorgane sind bei den gesetzlichen Krankenkassen (einschließlich der Pflegekasse) der Verwaltungsrat sowie bei der gesetzlichen Unfallversicherung und der gesetzlichen Rentenversicherung die Vertreterversammlung. Diese Gremien bestehen immer aus Vertreterinnen und Vertretern von Beschäftigten und Arbeitgebern. Die gewählten Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane üben eine wichtige Kontrollfunktion aus. Sie wählen den Vorstand und wirken mit bei der Prüfung des Jahreshaushaltes und bei der Bereitstellung von zusätzlichen Leistungen.

Welche Rolle spielen die Sozialwahlen?

Die Sozialwahlen leisten einen bedeut-

samen Beitrag zur Funktionsfähigkeit des Sozialsystems. Alle sechs Jahre werden die Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane neu gewählt. Mit den Sozialwahlen können die Versicherten also ihr Recht wahrnehmen, diese Vertreterinnen und Vertreter mitzubestimmen. Gewählt werden dabei die Mitglieder der Verwaltungsräte der gesetzlichen Krankenkassen sowie die Vertreterversammlungen der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung.

Eine Ausnahme bildet nur die Arbeitslosenversicherung. Als staatsnaher Versicherungsträger werden die Mitglieder der Selbstverwaltung ernannt und nicht gewählt. Eine Wahl findet dort daher nicht statt.



Ass. Jur. Michael Balkhausen
BDH-Rechtsabteilung, Bonn



Bleibt Patientenberatung unabhängig?

Die Unabhängige Patientenberatung mit Sitz in Berlin soll in eine Stiftung überführt werden. So wurde es im Koalitionsvertrag der aktuellen Bundesregierung vorgesehen. Jetzt liegt ein Gesetzentwurf vor. Kann damit der unabhängige und neutrale Beratungsanspruch gesichert bleiben? Der BDH sieht das kritisch.

Die Patientenberatung Deutschland gGmbH (UPD) berät und informiert Menschen zu gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen. Die gemeinnützige Einrichtung arbeitet auf gesetzlicher Grundlage und wurde bisher aus Projektmitteln gefördert. Der BDH Bundesverband Rehabilitation begrüßt deshalb die aktuelle Initiative des Gesetzgebers ausdrücklich, unabhängige, qualitätsgesicherte und kostenfreie Information und Beratung für Bürgerinnen und Bürger in Gesundheitsfragen mit einer Stiftung nachhaltig zu sichern. Sowohl schriftlich als auch persönlich nahmen wir Stellung zur geplanten Ausgestaltung des Gesetzes.

Wichtig ist dem BDH wie auch anderen Patientenvertreterinnen und Patientenvertretern vor allem, eine ungewollte Nähe zu den Leistungsträgern zu vermeiden. Nur so kann Akzeptanz und Inanspruchnahme einer solchen Beratung gefördert werden. Aus diesem Grunde plädieren wir für eine Finanzierung aus Steuermitteln. Der BDH setzt sich auch für die gesetzliche Festschreibung einer flächendeckenden Beratung ein. Gerade in ländlichen Regionen muss mit besonderer Ausgestaltung dafür gesorgt werden.

Der Kabinettsentwurf, der kurz vor Weihnachten vorgelegt wurde, folgte dem Vor-

schlag der Finanzierung aus Steuermitteln leider nicht. Neu strukturiert und verstetigt werden soll die Patientenberatung demnach beim GKV-Spitzenverband. Die gesetzliche und die private Krankenversicherung sollen ein Budget in Höhe von insgesamt 15 Millionen Euro jährlich dafür zur Verfügung stellen.

Es bleibt abzuwarten, ob der Gesetzgeber in der Stiftungssatzung und mit personeller Ausgewogenheit dafür Sorge tragen kann, dass Unabhängigkeit und Neutralität gewahrt bleiben und Patientenverbän-

de sowie wissenschaftliche Expertise angemessen an der Qualitätssicherung der Beratung beteiligt werden.



Ass. jur. Ulrike Abel
BDH-Rechtsabteilung, Greifswald



**1. BUNDESWEITER
BDH-SOZIALRECHTSTAG**

15. Juni 2023 am Bundessozialgericht in Kassel

Juristische Fortbildungsveranstaltung des BDH-Bundesverband Rehabilitation zu aktuellen Schwerpunkten der Sozialgesetzgebung und Sozialrechtspraxis

Veranstaltung zur Qualitätssicherung der Beratung unserer BDH-Juristinnen und Juristen und der Sozialrechtsberatung in den Sozialdiensten unserer Kliniken

Unterschätzt oder ignoriert?



Frau B. ist Mitte 30. Die schlanke Frau leidet bereits seit ihrer Jugend unter einer krankhaft vergrößerten Brust. Durch Gewicht und Größe kam es zu erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Eine Verkleinerung lehnte die Krankenkasse ab. Demütigend war nicht nur das fehlende Verständnis des Kostenträgers.

Unser Mitglied litt jahrelang unter Schulter-, Nacken- und Rückenschmerzen und kämpft mit Haltungsschäden. Ihre Beschwerden führten sogar dazu, dass Schmerzmittel eingenommen werden mussten. Passende Unterwäsche konnte sie immer nur in Spezialgeschäften kaufen, die große Brust bedeutete neben den körperlichen Beschwerden auch eine zusätzliche finanzielle Belastung.

Aus diesem Grund hatte Frau B. bei der zuständigen Krankenkasse eine operative Brustverkleinerung beantragt. Trotz Empfehlung mehrerer Ärzte, die zum Gesundheitsproblem der jungen Frau Stellung bezogen, wurde das dort umgehend abgelehnt. Eine Begutachtung des Medizinischen Dienstes wurde gar nicht in Betracht gezogen.

Ärztlicher Rat zählte nicht.

Daraufhin wandte sich Frau B. an den BDH. Sie stellte ihr Gesundheitsproblem in einem Krankenhaus vor, dort riet man ihr zu einer

deutlichen Reduktion. Auch anhand von Fotos konnten die Beeinträchtigungen deutlich gemacht werden.

Die Krankenkasse blieb zunächst bei ihrer Ablehnung und begründete sie damit, dass eine krankhafte Vergrößerung der Brust und Hautreizungen, die trotz fachärztlicher Behandlung immer wieder auftreten, nicht vorliegen würden. Auf alle anderen Stellungnahmen ging man nicht ein.

Erst auf Drängen der BDH-Juristinnen und -Juristen beauftragte die Krankenkasse eine zusätzliche medizinische Begutachtung. Frau B. berichtete, dass der Besuch einer sehr unfreundlichen Ärztin für sie sehr belastend und entmutigend gewesen sei.

Glücklicherweise kam auch die zugezogene Gutachterin zu dem Ergebnis, dass durch die große Brust seit Jahren Beschwerden bestehen und empfahl eine Reduktion. Nach der Begutachtung legte die Krankenkasse dann auch dem Medizinischen Dienst

den Fall vor. Auch dort kam man zur Einschätzung, dass die Voraussetzungen für die Kostenübernahme einer Reduktion vorliegen. Daraufhin erstellte die Krankenkasse eine Kostenzusage.

Frau B. hatte nicht nur unter dem eigentlichen Gesundheitsproblem zu leiden. Unverständlich ist die Ignoranz mehrerer ärztlicher Gutachten durch die zuständige Krankenkasse. Das hat nicht nur den Leidensweg der jungen Frau verlängert. Das Nichtzurkenntnisnehmen eines zwar seltenen, aber belastenden Problems muss man als demütigend bezeichnen.



Ass. jur. Janina Reinecke

BDH-Rechtsabteilung, Hessisch Oldendorf



Im Namen des Volkes unterwegs

Vor zweieinhalb Jahren hatte ich meinen Schlaganfall. Mit 52 Jahren von einem auf den anderen Tag von Einhundert auf Null. Nach dem Kampf zurück ins Leben begann der Kampf mit den Behörden. Selbst um ein Ehrenamt als Ehrenamtlicher Richter musste ich kämpfen.

Alles kam völlig unerwartet und war in meiner Lebensplanung so nicht vorgesehen. Mit einigem Abstand zum Ereignis kann ich heute jedoch behaupten, die Akutversorgung und die stationäre Reha sind in Deutschland vorbildlich geregelt.

Der Kampf begann in der Nachsorge
Ich kann wieder laufen, aber eine einseitige

ge Lähmung (Hemiparese) auf der rechten Seite ist zurückgeblieben. Eine Fußheberschwäche im rechten Fuß macht mir zusätzlich das Leben schwer. Aber dafür gibt es Abhilfe. Das Zauberwort heißt „Funktionelle Elektrostimulation“. Ich habe mich um eine entsprechende Hilfsmittelverordnung beim Hausarzt bemüht und das geeignete System bei meiner Krankenkasse beantragt.

Diese hat es abgelehnt. Nach kurzer Begutachtung meiner im Sanitätshaus erstellten Videodokumentation hieß es nur kurz und knapp durch den Medizinischen Dienst, es seien keine Vorteile gegenüber der vorhandenen Orthesenversorgung erkennbar.

Oder lag die Ablehnung der Kasse vielleicht eher am großen Preisunterschied

zwischen Fußhebersystem und Orthese? Dieser betrug mit gut 8.000 Euro immerhin den Faktor zehn der Ausgabe für den Kostenträger. Auf jeden Fall war diese Absage ein harter und völlig unerwarteter Schlag für mich. Das kann man heute noch auf meinem Blog an den Beiträgen aus dieser Zeit gut nachlesen. Sie begannen mit aussagekräftigen Titeln wie „Schlimme Zeiten“ oder „Klageaussichten.“

Eine Wende mit dem BDH

Wie ist es in meinem Fall weitergegangen? Im Widerspruchsverfahren hatte die Kasse ein Einsehen. Ich bekam mein Hilfsmittel mit Hilfe einer Fachanwältin für Sozialrecht zugesprochen. Für mich stand fest, wäre dies nicht der Fall gewesen, hätte ich mit Hilfe des BDH vor dem Sozialgericht gegen die Entscheidung meiner Krankenkasse geklagt. So schnell kann es gehen, mit einer Klage vor dem Sozialgericht. Aber kann ich persönlich noch mehr tun, damit Betroffene wie ich ihr Recht erhalten?

Das habe ich mich bereits während meiner Reha gefragt. Mein Sozialverband, der BDH, hatte mich in seinem Magazin auf die Idee gebracht. Werden Sie Richter im Ehrenamt am Sozialgericht. Warum nicht, dachte ich mir. Du hast durch deine Schwerbehinderung zukünftig fünf Urlaubstage pro Jahr mehr. Warum diese nicht sinnvoll einsetzen und bei einer interessanten Tätigkeit auch mal etwas zurückgeben?

„Die Berufung eines ehrenamtlichen Richters in sein Amt setzt die vorherige Aufnahme in eine Vorschlagsliste voraus. Da die Sozialgerichte verschiedene Zuständigkeiten in verschiedenen Rechtsgebieten abdecken, bestehen verschiedene Vorschlagslisten, für die verschiedene Verbände bzw. Behörden vorschlagsberechtigt sind.“

Quelle: Handbuch für die ehrenamtlichen Richterinnen und Richter der Sozialgerichtsbarkeit in Niedersachsen und Bremen

Schreiben, Schreiben & Warten

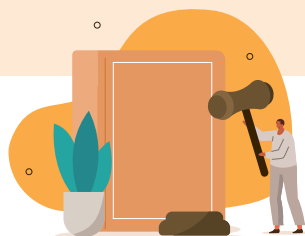
Ich schrieb den Referenten in Bonn an und es passierte erst mal nichts. Nach einigen Monaten erinnerte ich an mein Anliegen. Es stellte sich heraus, in Niedersachsen gab es bisher keinen Kontakt zwischen dem BDH und der Sozialgerichtsbarkeit. Danach habe ich das Sozialgericht Hannover angeschrieben. Dort teilte man mir mit, dass in meinem Falle das Landessozialgericht zuständig sei. Das Landessozialgericht informierte mich in der Folge mit der Absage, dass der BDH in Niedersachsen momentan nicht vorschlagsberechtigt wäre.

Der BDH betreibt in Niedersachsen die größte neurologische Reha-Facheinrichtung in Norddeutschland. Ich fragte beim BDH an, warum er hier mit dieser Voraussetzung nicht vorschlagsberechtigt wäre? Der BDH reichte daraufhin meine Frage an das Landessozialgericht Niedersachsen Bremen weiter und lieferte nach Aufforderung seine Mitgliederzahlen.

Mitte 2021 dann die Überraschung. Der BDH wurde vom Landessozialgericht informiert, dass er nach Auszählung der Mitgliederzahlen jetzt über ein Vorschlagsrecht im Bezirk Bremen/Niedersachsen verfügt.

„Ehrenamtliche Richterinnen und Richter üben ihr Amt mit gleichen Rechten wie der Berufsrichter aus. Die Betonung der „gleichen Rechte“ der ehrenamtlichen Richterinnen und Richter wie die der Berufsrichter soll die Gleichwertigkeit dieses Richteramtes im Rahmen der Mitwirkung herausstellen. Bei Ausübung ihrer richterlichen Tätigkeiten sind die ehrenamtlichen Richterinnen und Richter unabhängig und nur dem Gesetz unterworfen.“

Quelle: Handbuch für die ehrenamtlichen Richterinnen und Richter der Sozialgerichtsbarkeit in Niedersachsen und Bremen



Hartnäckigkeit, die sich auszahlt

Der BDH hat mich nach dieser Aussage umgehend nominiert. Was mir zu diesem Zeitpunkt noch nicht klar war, dass ehrenamtliche Richter jeweils für fünf Jahre ernannt werden. Diese Periode orientiert sich in Niedersachsen an den Landtagswahlen. Noch einmal ein Jahr der Stille folgte. Im Herbst habe ich in einem Schreiben an die Gerichtspräsidentin des Landessozialgerichts daher meinem Anliegen noch einmal Nachdruck verliehen.

Mit Erfolg. Zum 1. Dezember 2022 wurde ich zum ehrenamtlichen Richter am Sozialgericht Hannover ernannt. Ich warte jetzt auf meinen ersten Gerichtstermin. Wie werde ich meine dann gemachten Eindrücke in fünf Jahren bilanzieren? Werde ich mich in meiner bisherigen Erfahrung bestätigt finden, dass die Kosten einer Behandlung und nicht der Nutzen häufig im Mittelpunkt stehen oder werde ich differenzierter auf die unterschiedlichen Interessenlagen zwischen Behörden, Kostenträgern und Betroffenen schauen?

Das kann ich heute noch nicht sagen. Aber es lässt sich schon so viel sagen, die wenigsten Bürgerinnen und Bürger werden in ihrem Leben einmal Berührung mit einem Strafgericht bekommen. Bei einem Sozialgericht kann dies schon ganz anders aussehen. Es lohnt also, sich mit diesem Thema zu beschäftigen.

Vielleicht stimmt der Satz ja doch aus der Einführung des Handbuchs für ehrenamtlichen Richterinnen und Richter der Sozialgerichtsbarkeit?

„Alle Macht geht vom Volke aus.“



Olaf Schlenkert

In seinem eigenen Blog schreibt er über die Erlebnisse, Gedanken, Ziele und Rückschläge nach einem Schlaganfall: www.weitermitplanb.org

Der 18-jährige Simon steckt mitten in den Abiturprüfungen. Danach steht ihm die Welt offen. Wenn da nicht die gefährlichen Momente seiner epileptischen Anfälle wären, die den jungen Mann jederzeit und überall wie aus dem Nichts treffen können. Das Gewitter in seinem Kopf kann sogar zu Bewusstseinsverlust und lebensgefährdenden Situationen führen. Er braucht deshalb ständige Begleitung. Der Epilepsiewarnhund „Nikita“ soll jetzt den Alltag von Simon sicherer, mobiler und eigenständiger machen. Auf dem Weg dahin darf ihn das BDH-Magazin begleiten.

1. Teil: Die Vorbereitung



Zukunft mit Assistenzhund?!

Simons Form der Epilepsie ist unheilbar. Mit ihren Risiken lebt er seit langem, aber auch seine Familie und seine Freunde sind ständig gefordert. Ein Anfall kündigt sich nicht an, sondern macht ihn in Sekunden schnelle sprach- und handlungsunfähig. Ein Reflex hilft ihm zwar, sich sofort hinzusetzen, aber das kann auch da sein, wo es gefährlich werden könnte, zum Beispiel mitten auf der Straße. Außenstehende erkennen oft nicht den Ernst der Lage.

Sein eingespieltes soziales Netz hilft ihm, ein weitgehend aktives Leben zu führen. So kann er neben Schule und Freizeit mit engen Freunden Leichtathletik in der Spiel- und Sportgemeinschaft Königswinter trainieren, sogar im NRW-Kader der Parasporthler. Seine Behinderung hindert ihn auch nicht daran, sich sozial im Kindergarten und in der Jugendarbeit der

katholischen Kirchengemeinde Königswinter zu engagieren.

In jüngster Zeit haben seine Anfälle an Häufigkeit und an Schwere allerdings zugenommen. „Wir sind immer in Alarmbereitschaft“, sagt seine Mutter. Raus in die Welt gehen, wie es junge Leute in diesem Alter tun, machen, worauf man Lust hat, seinen eigenen Weg finden, das alles wird in dieser Situation zur täglichen Herausforderung. Simons Eltern suchten eine Möglichkeit, ihrem Sohn neue Perspektiven zu eröffnen. Sie erhoffen sich von einem Epilepsiewarnhund nicht nur Unterstützung für Simon, sondern auch Entlastung für die Menschen in seiner Nähe.

Auf den Hund gekommen

Ein Assistenzhund, der vor einem epileptischen Anfall warnen kann, ist nicht nur robust, stressresistent und ein zuverlässiger Begleiter,



sondern auch besonders wachsam und feinfühlig. „Er muss mich mehrere Minuten vor meinem Anfall warnen können, so dass ich rechtzeitig meinen Notfallknopf drücken oder andere Hilfe holen kann“, sagt Simon.

Besonderes Talent für solche Warndienste haben vor allem Labrador-, Retriever- oder Pudelarten. Die tatsächliche Eignung eines Hundes muss dann aber sehr früh und gründlich geprüft werden, bevor eine intensive und daher teure Ausbildung beginnt. Die Tests der Trainerinnen und Trainer für mögliche Kandidatenhunde beginnen bereits eine Woche nach einem neuen Wurf.

Wer sich wie die Familie von Simon über Trainerinnen oder Trainer und Ausbildungszentren informieren möchte, wird im Internet schnell fündig. „Leider mit sehr unterschiedlicher Qualität“, sagt



Simons Mutter rückblickend nach viel Recherchezeit. Um alle ihre Fragen zu klären und Sicherheit für ihre eigenen Entscheidungen zu gewinnen, hat die Familie ein kostenpflichtiges Beratungsgespräch bei einem erfahrenen Trainer in Anspruch genommen. „Das können wir nur allen raten, die so etwas vorhaben“, ergänzt Simons Vater.

Auf zwei unterschiedlichen Wegen kann man zu einem speziell trainierten Assistenzhund kommen: zum einen über die Selbstausbildung im Tandem mit den zukünftigen Assistenznehmenden zu Hause, die von einer Trainerin oder einem Trainer dort begleitet wird, zum anderen über eine Fremdausbildung beim Trainer selbst. Anschließend finden Kennenlernen und Training im familiären Umfeld statt.

Ein guter Plan braucht Zeit

Simon selbst brauchte einige Zeit, sich mit der Idee eines ständigen tierischen Begleiters anzufreunden. Er brach nicht gleich in eine Riesenbegeisterung aus. Wie die meisten jungen Menschen technikaffin, wäre ihm ein elektronisches Gerät lieber gewesen, das er bei sich tragen kann. Die Erprobung von technischen Sturzsensoren hatte jedoch gezeigt, dass sie sich bei seiner Epilepsieform nicht eignen.

Die Auseinandersetzung mit dem Assistenzhund-Plan fiel auch aufgrund seines Autismus nicht ganz leicht:

Kann Simon die Verantwortung für den Hund selbst tragen? Wie finden es seine Mitschüler, wenn er immer einen Hund dabei hat? „Da muss man schon alle Fakten des Für und Wider abwägen und darüber auch eine Nacht schlafen“, sagt Simon. Die Familie hat bereits zwei kleine Hunde. „Die sind manchmal schon sehr wild und laut. Das will ich auf keinen Fall immer um mich“, stellt Simon klar. Überzeugt hat ihn, dass Epilepsiewarnhunde zurückhaltend, ruhig sowie gut erzogen und pflegeleicht sind. Mittlerweile schmiedet er neue Pläne: Wieder „allein“ Bus fahren, vielleicht wieder joggen mit dem Brustgurt und Partys mit den Freunden, ohne auf die Uhr zu schauen. Das sind für ihn reizvolle Aussichten.



Aktivität bedeutet Simon viel.

Scheitert es an den Kosten?

Wegen Simons Gesundheitszustand kam für seine Eltern allerdings nur die teure Fremdausbildung in Frage. Eine unüberwindbare Barriere erschien dafür zunächst, dass 40.000 Euro Anschaffungspreis mit einem Schlag privat verfügbar gemacht werden musste. Kosten für Prüfungen, Trainings, Versicherungen und die laufende Haltung des Hundes sind da noch gar nicht eingerechnet.

Hintergrund dieses Problems ist, dass es bisher an einer gesetzlichen Praxis zur Unterstützung eines selbstbestimmten Lebens mit Hilfe eines Assistenzhundes fehlt. Die Bundesregierung hat nun im Teilhabestärkungsgesetz dazu Änderungen vorgelegt, insbesondere Qualitätsstandards zur Ausbildung und Prüfung der Mensch-Assistenzhund-Gemeinschaft und Ansätze der Kostenfinanzierung. Die Umsetzung der Rechtsverordnung dauert jedoch. „Chancengleichheit würde auch hergestellt werden, wenn Epilepsiewarnhunde wie Blindenführhunde als Hilfsmittel von den Krankenkassen finanziert würden“, sagt Simons Vater. Dafür setzt sich jetzt am Beispiel von Simon der BDH mit seiner juristischen Expertise ein.

Simons weiterer Weg nach der Schule beginnt allerdings jetzt. Er kann nicht warten, die Weichen für seine Zukunft müssen schnell gestellt werden. Die Eltern des Abiturienten und Matheassesses wurden deshalb selbst aktiv.

Mit einem Spendenaufruf über die Instagramseite [simon_epihund](#) stießen sie auf große Offenheit. Dankbar sind sie auch über jede Menge kreativer Crowdfundideen von Freunden und Bekannten. Sie wandten sich darüber hinaus erfolgreich an viele Stiftungen. Mit 20.000 Euro leistete die BDH-Stiftung den größten finanziellen Beitrag für das Vorhaben. BDH-Stiftungsvorstand Christine Neisemeier sagt dazu: „Wir unterstützen mit Simon einen aktiven jungen Mann, der sich auch für andere einsetzt. Sein Beispiel möge Schule machen für eine inklusive Zukunft.“

Mit Spannung erwartet: Nikita

Mit dieser großen Unterstützungswelle konnte nun eine tierische Assistentin gefunden



BDH-Magazinredakteurin Ines Nowack erhält von Simon und seinem Vater Einblicke in die intensive Vorbereitung auf den Assistenzhund Nikita. Sie darf auch dabei sein, wenn die Trainingsphase bei Simon zu Hause beginnt und wird davon demnächst berichten.

den werden. In wenigen Wochen wird der Königspudel „Nikita“ ihr Training in Simons Zuhause beginnen.

Seine Mutter freut sich: „Tiere können so viel Positives bewirken. Ich hoffe, dass Simon und seine Assistenzhündin eine tolle Verbindung bekommen. So kann ich etwas von der mütterlichen Sorge um Simon loslassen. Bis heute bin ich in der schwierigen Situation zwischen zwei Gefahren: ihn zu stark behüten zu wollen und dem realistischen Risiko für seine Gesundheit und sein Leben.“ Die Hündin wird in jedem Fall viel verändern, ist sich Simons Vater sicher: „Simons Aktionsradius wird sich vergrößern. So wird ihm mehr Eigenständigkeit und Entwicklung möglich. Wir sind alle gespannt darauf.“

Fortsetzung folgt ...

Linktipps

- ▶ Pfortenpiloten – gemeinnützige und unabhängige Organisation für das Leben mit Assistenzhund www.pfortenpiloten.de
- ▶ Gesetz zur Stärkung der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen sowie zur landesrechtlichen Bestimmung der Träger der Sozialhilfe www.bmas.de/DE/Service/Gesetze-und-Gesetzesvorhaben/teilhabeestaerkungsgesetz.html
- ▶ Assistenzhundeverordnung (tritt mit Wirkung zum 1.3.2023 in Kraft) www.bmas.de/DE/Service/Gesetze-und-Gesetzesvorhaben/assistenzhundeverordnung.html



Monitoring für inklusives Berlin

Die Monitoring-Stelle zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention informierte Ende vergangenen Jahres über die behindertenpolitischen Schwerpunkte 2023 in Berlin. Die neue BDH-Mitarbeiterin Susanne Pirner war online dabei. Bei der Umsetzung des Gleichberechtigungsgesetzes des Landes Berlin werden in der Monitoring-Stelle mit Hilfe eines Prüfrasters alle bestehenden und neuen Gesetzte dahingehend überprüft, ob sie die Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention einhalten. Ein neues Themenfeld wird im kommenden Jahr die inklusive Schulbildung sein, geflüchtete Menschen mit Behinderungen und inklusive Mobilität bleiben weiter auf der Agenda. Behindertenverbände und Selbsthilfeorganisationen sowie Berliner Senat und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus den Bezirken der Hauptstadt sind aufgefordert, ihre Erfahrungen



und Anregungen einzubringen, um damit der anstehenden Arbeit die richtige Richtung und neue Impulse zu geben.

Mehr dazu unter www.institut-fuer-menschenrechte.de

Nicht über, sondern mit uns

Für das Recht auf politische Teilhabe machte sich das 2. Behindertenparlament in der Hauptstadt Berlin unter großem Medieninteresse stark. Der BDH Bundesverband Rehabilitation war mit dem gebürtigen Berliner Peter Draht, Vorstandsmitglied im Kreisverband Berlin, dabei, als wichtige behindertenpolitische Anliegen für Arbeit, Bauen und Wohnen, Bildung, Gesundheit und Pflege, Gewaltschutz von Frauen, barrierefreie Taxis, barrierefreie Infos für alle und politische Teilhabe diskutiert und beschlossen wurden. Auch mit seiner Erkrankung und in seiner Funktion hat er die Erfahrung gemacht, wie wichtig es ist, sich nicht ausgeschlossen zu fühlen und teilhaben zu können: „Nichts macht mehr krank, als nicht akzeptiert zu werden und sich ausgestoßen zu fühlen“, sagt er. Im vergangenen Jahr sind zur Verbesserung der Teilhabe von Menschen mit Behinderung insgesamt 17 aktuelle Anträge in den Fokusgruppen des Behindertenparlaments erarbeitet worden. Die Arbeit des besonderen Landesparlaments ähnelt damit dem des Berliner Abge-



ordnetenhauses, auch wenn es etwas kleiner ist. 100 Berliner und Berlinerinnen mit Behinderung oder einer chronischen Krankheit, die mindestens 16 Jahre alt sind, konnten sich für den Parlamentstag bewerben. Sie sprachen für insgesamt 800.000 Menschen mit Behinderung, die in Berlin leben.

www.behindertenparlament.berlin

Auf einen Kaffee mit der Politik

Im Rahmen des Partizipationsprojektes „Gemeinsam lauter werden“ lädt die Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen (ACHSE) regelmäßig zur Online-Reihe „Auf einen Kaffee mit ...“ ein, um mit Bundestagsabgeordneten ins Gespräch zu kommen. Im Dezember 2022 durfte Susanne Pirner, BDH-Geschäftsstelle Berlin, als Gast dabei sein, als es hieß: „Auf einen Kaffee mit ... Linda Heitmann“. Die Politikerin sitzt seit 2021 für Bündnis 90/Die Grünen im Bundestag und ist Mitglied im Ausschuss für Gesundheit. Dort setzt sie sich für die Gesundheitsversorgung von benachteiligten Gruppen, wie zum Beispiel Menschen mit Behinderungen, chronischen und seltenen Erkrankungen ein.



Mehr zum Gesundheitsausschuss im Deutschen Bundestag:
www.bundestag.de/gesundheit

JEDER DARF SEIN, WIE ER IST

Die Bedürfnisse junger Menschen mit Behinderung sehen anders aus als die von Erwachsenen. Clarissa Lehmler leistete vor 19 Jahren im Amt der BDH-Jugendbeauftragten dafür Pionierarbeit. Mit Anna Urbach, seit September 2022 neue Jugendbeauftragte des BDH, teilt sie ihre Verbands-Erfahrungen für junge Mitglieder.

Wie alt warst du, als du Jugendbeauftragte des BDH wurdest, und wie kam dir überhaupt die Idee, ein solches Amt auszuüben?

Als ich 2004 als erste Jugendbeauftragte des BDH in Freiburg gewählt wurde, hatte ich keine Vorstellung davon, was auf mich zukommen würde. Ich war gerade erst sechzehn und wurde vom neu gewählten Bundesvorstand belächelt, weil ich wie eine Jugendliche gekleidet war. Auf die Idee, für das Amt der Jugendbeauftragten zu kandidieren, brachte mich mein Vater. Er war daran beteiligt, in der BDH-Klinik Vallendar eine Abteilung der medizinisch-beruflichen Rehabilitation (MBR) für Jugendliche und Erwachsene mit angeborenem und erworbenem Hirnschaden aufzubauen. Wir sprachen oft darüber und er sagte mir: „Die Jugendlichen wollen alles sein, aber auf keinem Fall als „behindert“ abgestempelt werden.“

Was waren deine Anliegen, und wofür hast du dich besonders eingesetzt?

In erster Linie ging es uns um das Thema „Teilhabe“ und um die Bedürfnisse und Belange von jungen Menschen mit Schädel-Hirn-Verletzungen, vor allem auch um ihre Integration in den ersten Arbeitsmarkt. Da war mir

ein Anliegen, die Bedürfnisse nicht nur gesamtgesellschaftlich zu transportieren, sondern die einzelnen Schicksale auch innerhalb des Verbandes sichtbar zu machen. Das war erstmal ein zartes Pflänzchen, das gewässert werden musste: Was bedeutet Jugendarbeit überhaupt? Schon nach einem Jahr war ich etwas ernüchtert. Ich habe die Jugendseite im BDH-Kurier (heute BDH-Magazin - die Red.) gerne gestaltet, aber ehrlich gesagt hat wohl kaum eine Jugendliche oder ein Jugendlicher das Heft in die Hand genommen und die meisten Leserbriefe kamen von Erwachsenen.

Hast du dich denn vom BDH ausreichend unterstützt gefühlt?

Ich wurde als Jugendbeauftragte immer zu den Sitzungen und den Bundestagungen des BDH eingeladen, und das war immer sehr aufregend für mich, weil ich meine Arbeit vorstellen durfte, auch vor ziemlich vielen Menschen. Ich erinnere mich, dass das immer in einem



guten Rahmen passiert ist – ich habe mich immer gehört gefühlt und auch gut unterstützt. Ich habe meinen Raum zugestanden bekommen und habe gelernt, Fragen zu stellen und auch zu Diskussionen anzuregen. Der Bundesvorstand war sehr offen, auch wenn niemand so genau wusste, was Jugendarbeit eigentlich sein sollte – da war Kreativität gefragt.

An welches Ereignis aus dieser Zeit erinnerst du dich besonders gerne?

Es gab eine Veranstaltung in Bad Ems, auf der ich den damaligen Ministerpräsidenten von Rheinland-Pfalz, Kurt Beck, persönlich getroffen habe. Und durch die Arbeit als Jugendbeauftragte habe ich ein sechswöchiges Praktikum im Deutschen Bundestag in Berlin machen dürfen, und zwar in dem Büro, das sich um die Belange von Menschen mit Behinderung kümmerte. Das war eine besondere Erfahrung.

Was könnte der BDH tun, um für junge Menschen attraktiver zu werden?

Ja, das war auch schon damals die Denknuss. Immer wenn ich zu Treffen mit jungen Menschen mit Behinderung kam, habe ich gemerkt, dass es keinen Sinn ergibt, sie über ihre Behinderung zu definieren. So wollen sie nicht gesehen, bewertet und anerkannt werden. Integration bedeutet, auf Gemeinsamkeiten zu fokussieren statt auf Unterschiede. Dass jeder so sein darf, wie er gerade ist.

Wenn du bei Jugendlichen mit einem Verband punkten willst, der gestern noch den „Kameradengruß“ verschickt hat, ist das immer noch eine Mammutaufgabe. Ich hatte zu meiner Zeit sogar eine eigene Website, die von Jugendlichen in der MBR unter Anleitung des Sozialdienstes gestaltet wurde. Anfangs gab es darauf ein paar Klicks, aber dann wurden es immer weniger. Vielleicht sollte man den Gedanken aber nochmal neu aufgreifen. Dafür könnte man Themen in den Vordergrund stellen, für die sich die Jugend heute stark macht. Und diese Themen sollten auch die jungen Menschen selbst zusammenstellen: Identität, Klimaschutz ...

Du warst immer interessiert an Sozialpolitik. Was würdest du dir heute von der Politik wünschen?

Die Vernetzung zwischen den bestehenden Bildungseinrichtungen und den Betrieben müsste von der Politik erheblich mehr in Augenschein genommen werden. Für Jugendliche mit Handicap ist es immer noch sehr schwer, einen Platz für ein Praktikum oder eine Ausbildung zu bekommen. Unser Staat fördert Maßnahmen, zum Beispiel in unserer MBR oder in Be-

rufbildungswerken, das ist gut. Aber die Schnittstelle zwischen der Förderung und den Betrieben ist hauchdünn, hier müsste der Staat verbindliche Vorgaben schaffen oder zumindest entsprechende Anreize, damit junge Menschen mit Handicap eine Chance auf dem ersten Arbeitsmarkt bekämen. Das ist für mich Teilhabe.

Welchen Rat würdest du uns als neuen Jugendbeauftragten heute mitgeben?

Das Wichtigste: Brücken zu bauen, ins Gespräch zu kommen mit Betroffenen, für Solidarität und für Sichtbarkeit zu sorgen!



Anna Urbach
Jugendvertreterin des
BDH Bundesverband Rehabilitation



Steckbrief: Clarissa Lehmler

- 34 Jahre
- wohnt mit Mann & Hund in Bochum
- psychologische Psychotherapeutin
- Psychologiestudium in Trier, Ausbildung als Verhaltenstherapeutin
- eigene Praxis in Hattingen/Ruhrgebiet

Advent & Weihnachten gemeinsam begrüßt

Landauf und landab im BDH-Land gehören Advent und Weihnachten zu den beliebten Anlässen, in unseren Kreisverbänden Gemeinschaft zu erleben, aktiv zu werden, Neuigkeiten auszutauschen und die zu bedenken, denen es nicht so gut geht. In diesem Jahr waren vorweihnachtliche Aktivitäten etwas Besonderes, nach zwei Jahren Corona.



Der **BDH-Kreisverband Ahrweiler** feierte im traditionsreichen „Wirtshaus zum Weißen Ross“ in Bad Breisig. Der neue Vorstand mit Anton Groß, Thomas Willms und Egon R. Ott begrüßte mehr als 30 Mitglieder zum gemeinsamen Weihnachtsessen und freute sich mitzuteilen, dass die Sozialrechtsberatung wieder monatlich in Bad Neuenahr stattfindet.



Sportlich in die Weihnachtszeit ging die **Bundesleitung Bonn** im Clostermanns Hof in Niederkassel. Nach kurzweiliger Einführung in den Golfsport durften alle selbst den Schläger schwingen. Beim anschließenden Weihnachtsmenü servierte BDH-Sozialjurist und Hobby Musiker Michael Balkhausen auch einige musikalische Leckerbissen auf seiner Gitarre.



Musikalische Weihnachtsstimmung im **Kreisverband Schaumburg-Weserbergland**. Den schönen adventlichen Nachmittag in der Weinschänke Rohdental mit 40 Mitgliedern und Gästen begleiteten Paulina Hengstermann und Philipp Groth mit Gesang und Begleitung am Klavier.



Kreativer Adventsnachmittag im **Kreisverband Greifswald**: Traditionsgemäß entstanden Adventsgestecke aus Tannengrün, Naturmaterialien und buntem Zierrat mit Unterstützung der Heilpädagoginnen und BDH-Mitglieder Steffi Goschin und Kathleen Münchow. Die Küche der BDH-Klinik Greifswald sorgte für den Genuss.

Die Viktor-Jäger-Stiftung Köln-Rehns hat dem **Kreisverband Köln** wieder eine Spende zukommen lassen. Nach Willen des Stifters und damit Auftrag der Stiftungsleitung wurden damit BDH-Mitglieder bedacht. Die Geschäftsstelle hat sorgfältig geprüft, wer zu dem Personenkreis gehört, dem eine Zuwendung aufgrund ihres monatlichen Einkommens hilft.

Herausgeber und verantwortlich für den Inhalt (Chefredaktion)

BDH Bundesverband Rehabilitation Sitz: 53119 Bonn | Lievelingsweg 125
Tel.: 0228/9 69 84-0 | Fax: 0228/9 69 84-99 | E-Mail: info@bdh-reha.de | www.bdh-reha.de

Redaktion und Anzeigenschaltung

Ines Nowack | BDH-Bundesleitung | Lievelingsweg 125 | 53119 Bonn
E-Mail: ines.nowack@bdh-reha.de | Tel.: 0228/9 69 84 15

Grafikdesign

gotoMEDIA Werbe- und Medienagentur | Spielplatzstraße 19 | 33129 Delbrück

Druck und Vertrieb

DCM Druck Center Meckenheim GmbH | Werner-von-Siemens-Str. 13 | 53340 Meckenheim

Fotonaachweise Photo Contributor/Shutterstock.com, tsyhun/Shutterstock.com, MIA Studio/Shutterstock.com, Dmytro Zinkevych/Shutterstock.com, pdsci/Shutterstock.com, VGstockstudio/Shutterstock.com, Viktoriia Hnatiuk/Shutterstock.com, hayr pictures/Shutterstock.com, An-

drey_Popov/Shutterstock.com, Lubo Ivanko/Shutterstock.com, HTWE/Shutterstock.com, Irina Strelnikova/Shutterstock.com, Krakenimages.com/Shutterstock.com, Inside Creative House/Shutterstock.com, https://www.bpb.de/themen/politisches-system/24-deutschland/40478/das-deutsche-sozialversicherungssystem/Sylvia_Gerde/privat

Information Das BDH-Magazin als Bundesorgan des BDH wird allen Mitgliedern im Rahmen der Mitgliedschaft ohne Erhebung einer besonderen Bezugsgebühr geliefert (kostenloser Bezug des BDH-Magazins ist im entrichteten Mitgliedsbeitrag enthalten - (»mittelbarer Bezugspreis«). Die mit Namen gezeichneten Artikel geben nicht immer die Auffassung des Bundesvorstandes wieder. Unverlangt eingesandte Manuskripte werden zurückgesandt, sofern Porto beiliegt. Die Chefredaktion behält sich Änderungen und Kürzungen der Manuskripte, Briefe u. ä. auch der aus den Kreisverbänden zugestellten Beiträge, vor.

Redaktionsschluss jeweils der 1. eines ungeraden Monats

GEBURTSTAGE

102 Margarete Breuer (11.1.)
KV Bonn

100 Petronella Klein (1.2.)
KV Bonn

97 Ernst Möller (15.2.)
KV Oberhessen

96 Karl-Heinrich Kuhlmann (12.01.)
KV München

Richarda Höchemer (20.01.)
KV Fulda

Roland Sperl (28.02.)
KV München

91 Inge Meyer (16.1.)
KV Fulda

86 Marianne Naumann (7.1.)
KV Oberhessen

85 Christel Unrath (3.1.)
KV Schaumburg-Weserbergland

Christa Dreesbach (9.1.)
KV Bonn

Günther Schletzer (10.1.)
KV Rendsburg-Eckernförde

Friedhelm Abbing (11.01.)
KV Bonn

Elisabeth Ubrig (11.1.)
KV Oberhessen

Werner Eckhard (23.1.)
KV Oberhessen

Gertrud Löwer (10.2.)
KV Oberhessen

Gudrun Meyer (31.12.)
KV Berlin

Dieter Ilchmann (15.1.)
KV Schaumburg-Weserbergland

85

83

80

EHRENTAFEL

Bernd Klostermeier (64)
KV Fulda

Manfred Becker (76)
KV Malente

Knut Pischtiak (62)
KV Fulda

Nachruf

Unser langjähriger Kreisverbands-Vorsitzender und Ehrenratsherr in Delmenhorst, Herr Harald Söhlke, ist mit 84 Jahren am 15. Januar 2023 verstorben. Unsere Gedanken sind bei seiner Familie und seinen Mitgliedern im Kreisverband.

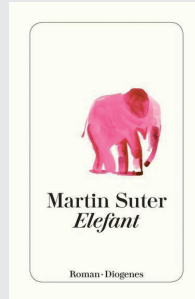
Harald Söhlke war ein echter BDHler: liebenswürdig, zugewandt, in der Sache engagiert und präzise und immer mit einem offenen Ohr für die Mitglieder seines Kreisverbandes. Zugleich hatte er immer ein waches Auge für gesellschaftlich drängende Themen, die er auch im BDH auf die Tagesordnung hob, wie die Vermeidung von Umweltgiften.

Der BDH verliert mit Harald Söhlke einen wichtigen Mitstreiter für seine Sache: Er setzte sich beherzt und nachdrücklich dafür ein, dass Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung tatkräftige Unterstützung erhalten. Dafür danken wir ihm. Wir werden ihm immer ein ehrendes Andenken bewahren.

Bundesvorstand BDH Bundesverband Rehabilitation

ENTDECKT

FÜR DAS BDH-MAGAZIN



Elefant

Martin Suter

Ein Wesen, das die Menschen verzaubert: ein kleiner rosaroter Elefant, der in der Dunkelheit leuchtet. Plötzlich ist er da, in der Höhle des Obdachlosen Schoch, der dort seinen Schlafplatz hat. Wie das seltsame Geschöpf entstanden ist und woher es kommt, weiß nur einer: der Genforscher Roux. Er möchte eine weltweite Sensation daraus machen. Allerdings wurde es ihm entwendet. Denn es gibt auch Leute, die es beschützen wollen, etwa der burmesische Elefantenflüsterer Kaung.

ISBN 978-3257069709



Das Einhänderkochbuch: Das mache ich doch mit links!

Nick und Martina Tschirner

Das Einhänderkochbuch - für alle, die trotz Handicap frisch und gut kochen und essen wollen. Alle Rezepte in diesem Buch wurden mit nur einer Hand probekocht. Dazu gibt es viele praktische Küchentipps. Außerdem werden spezielle Arbeitsgeräte vorgestellt, ohne die es mit nur einer Hand nicht geht. Und weil auch eine gute Planung wichtig ist, sind die Rezepte im Einhänderkochbuch besonders übersichtlich gegliedert und damit auch gut für Anfänger geeignet. 2015 ausgezeichnet mit der Silbermedaille der Gastronomischen Akademie Deutschland!

ISBN 978-3000458590



Ja, ich darf mich wehren! Wenn mir bei Long-COVID eine medizinische Reha mit ungeeigneter medizinischer und therapeutischer Ausrichtung bewilligt wird, muss ich das nicht hinnehmen, sondern kann gegen den Bescheid Widerspruch einlegen! Die Sozialrechtsberatung des BDH unterstützt mich dabei.

Mein BDH-sozialstark!

Sie kommen zu Recht – BDH-Sozialrechtsberatung

Sie haben Fragen rund um das Sozialrecht? Sie möchten Hilfe bei Anträgen? Sie brauchen juristische Vertretung vor Behörden oder Gerichten? Wir beraten und unterstützen Sie in Sachen Krankenversicherung, Pflege, Behinderung, Rente oder Grundsicherung.

Kontaktieren Sie uns. Wir helfen – schnell und unkompliziert!



BDH-Sozialrechtsberatung

Telefon 02 28/9 69 84-0

Telefax 02 28/9 69 84-99

E-Mail info@bdh-reha.de | www.bdh-reha.de