

Editorial

Liebe Leserin, lieber Leser,



die Rehabilitation der Zukunft erfordert „Wissen – Können – Wollen“. Bedarfsfeststellung, Teilhabeplanung, Personenzentrierung und Partizipation sind Bezugspunkte für die

Rehabilitation, wie sie in der UN-Behindertenrechtskonvention formuliert sind. Sie bilden den philosophischen Überbau sowohl für die Entwicklung in der Rehabilitation wie auch insgesamt für die Unterstützung der Teilhabe von Menschen mit Behinderung. In den Mittelpunkt rückt damit der Mensch mit Behinderung mit all seinen Belangen.

Für die Sozialleistungsträger sind damit enorme Herausforderungen formuliert – weg vom Erlassen von Verwaltungsakten in Form von Bewilligung oder Ablehnung der beantragten Leistung, hin zu einer Leistungserbringung, die vom Menschen mit Behinderung ausgeht. Diesen Anspruch einzulösen heißt, die Rehabilitation individueller machen, das Leistungsspektrum flexibel einsetzen und stärker abstimmen auf das, was Menschen wirklich brauchen. Abstimmung bekommt hier 2 Bedeutungen. Einmal geht es um eine ganzheitliche Ausrichtung und Abstimmung der Hilfen auf das, was für behinderte Menschen erforderlich ist, um im Sinne von Inklusion teilzuhaben. Zum Zweiten ist damit die erforderliche Abstimmung der Leistungserbringung angesprochen. Im Ergebnis geht es um Kommunikation, Koordination und Vernetzung, die Grundvoraussetzungen für die Umsetzung der Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention darstellen, für die Erfüllung der Erwartungen von Menschen mit Behinderung und letzten Endes für die Einhaltung der von den Trägern an sich selbst gesetzten Ansprüche.

Rehabilitation ist nicht statisch, sondern erhält ihre Lebendigkeit durch die sich verändernden Rahmenbedingungen, die von den Rehabilitationsträgern und auch den Leistungserbringern im-

mer wieder Wandel, Neuausrichtung und Veränderung im Denken und Handeln erfordern. Genau darin liegt die spannende Herausforderung am Prozess der Rehabilitation. Hier setzen die zentralen Handlungsfelder der BAR an: für ihre Mitglieder schafft sie im weitesten Sinne Grundlagen für die Umsetzung von trägerübergreifender Kooperation, Kommunikation und Vernetzung. Denn längst geht es trotz Zuständigkeitsregelungen nicht mehr um die ausschließliche Konzentration auf die eigenen Zuständigkeiten. Und viele aktuelle Entwicklungen im Sozialleistungssystem haben trägerübergreifende Auswirkungen.

Zum Beispiel: Demografischer Wandel, Erhöhung des Renteneintrittsalters und Entwicklungen wie die im Bereich psychischer Erkrankungen geben ausreichend Anlass, in die Gesundheit, insbesondere auch von älteren Arbeitnehmern zu investieren. Prävention und Rehabilitation hängen ganz dicht beieinander – frühzeitiges Anpacken erzeugt positive Effekte in unterschiedliche Richtungen: Beschäftigungsfähigkeit bleibt erhalten, Unternehmen sichern ihre Wettbewerbsfähigkeit und die Rehaträger sparen langfristig Kosten. Die BAR greift aktuelle Entwicklungen auf und bereitet ein Forum für die Diskussion und Erarbeitung von Lösungsansätzen mit ihren Mitgliedern.

Die Entwicklung geht hin zu einer personenzentrierten Teilhabeleistung, die individuelle Bedarfe stärker berücksichtigt und das Selbstbestimmungsrecht der Menschen mit Behinderung achtet. Was aber bedeuten Bedarfsfeststellung, Teilhabeplanung und Personenzentrierung? Sich Einlassen auf die Belange des Menschen mit Behinderung – darauf kommt es an. Weder dürfen trägerspezifische Interessen noch vorhandene Strukturen die Teilhabeplanung bestimmen. Genauso wenig aber geht es darum – und letzten Endes ist das Wunsch- und Wahlrecht behinderter Menschen so auch nicht zu sehen –, dass alle Wünsche von Leistungsberechtigten zu erfüllen sind. Den Menschen mit Behinderung zu beteiligen, heißt Selbstbestimmung aktiv mit Leben fül-

len. Dies stellt nicht nur Anforderungen an die Leistungsträger und Leistungserbringer, sondern auch an die Menschen mit Behinderung selbst.

Wenn man Rehabilitation als ganzheitlichen Prozess gestalten will, setzt dies die Fähigkeit zum ganzheitlichen, prozessgesteuerten Denken und Handeln voraus in einem durchlässigen und flexiblen Hilfesystem. Unser Sozialleistungssystem lässt dies zu – und wenn wir die vorhandenen Spielräume im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention nutzen, wenn wir Optimierungsmöglichkeiten in den Prozessen und im System gestalten, um Wirkung und Wirtschaftlichkeit zu steigern, dann werden vom Mehrwert alle Beteiligten profitieren.

Die formulierten Anforderungen umzusetzen, setzt übergreifendes Wissen voraus – über das System, über Auswirkungen von Behinderung, über Wirkungszusammenhänge von Unterstützungsleistungen und Rahmenbedingungen. Nicht umsonst beinhaltet die UN-Behindertenrechtskonvention den Artikel 8 „Bewusstseinsbildung“ und legt damit aber auch nahe: Wissen allein reicht nicht aus, wenn nicht bei den Akteuren Können und Wollen und letzten Endes ein Maß an Einfühlungsvermögen in den jeweils anderen hinzukommen.

Im System von Reha und Teilhabe nimmt die BAR wichtige Rollen für ihre Mitglieder ein: als Partner, als Berater, als Dienstleister ist es ihre Verpflichtung, Grundlagen zu schaffen und weiter auszugestalten, um die Forderungen an die Rehabilitation einerseits umzusetzen und andererseits die Ansprüche der Rehabilitationsträger an sich selbst im trägerübergreifenden Kontext zu erfüllen.

Vor diesem Hintergrund ist manche Gemeinsame Empfehlung und manche trägerübergreifende Vereinbarung vielleicht noch etwas vorsichtig – hier sind kritische Befassung, der Wille zur Weiterentwicklung und Konkretisierung bei den Beteiligten gefragt.



Als neue Geschäftsführerin der BAR wünsche ich mir auf der Basis einer offenen, vertrauensvollen Zusammenarbeit eine kritische Auseinandersetzung mit dem Erreichten, einen zupackenden Umgang mit den Handlungsfeldern, die verbesserungs-/ausbaufähig sind, und eine klare Benennung dessen, was noch aussteht.

Dabei sind unterschiedliche Sichtweisen nicht grundsätzlich hinderlich, sondern menschlich und ja auch zuweilen systembedingt.

Und etwas Humor darf auch dabei sein: Der Optimist sagt: „Das Glas ist halb voll.“ Der Pessimist sagt: „Das Glas ist halb leer.“ Der Rationalist sagt: „Das Glas ist doppelt so groß, wie es sein müsste.“

Es grüßt Sie herzlich
Ihre Helga Seel
Geschäftsführerin der BAR

Barrierefreiheit – wichtig für alle Menschen

Nach der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) sollen Menschen mit Behinderung einen gleichberechtigten Zugang zur physischen Umwelt, zu Transportmitteln, Information und Kommunikation einschließlich der erforderlichen Technologien und Systeme haben. Die angestrebte inklusive Gesellschaft setzt voraus, dass diese Forderung umgesetzt ist.



Abb. 1 10 Gebote der Barrierefreiheit.

Das 1. Gebot

BARRIEREFREIHEIT ist Grundlage der Umweltgestaltung für ALLE. Die Anforderungen behinderter Menschen und die Zugänglichkeit und Nutzbarkeit für ALLE brauchen Deine Aufmerksamkeit und Deinen Einsatz.

Das 2. Gebot

Denke daran, dass die BARRIEREFREIE Gestaltung alle Bereiche betrifft:

Bauen und Wohnen, Mobilität und Verkehr, Bildung und Kultur, Arbeit, Erholung und Gesundheitswesen, Information und Kommunikation.

Das 3. Gebot

Beachte, dass BARRIEREFREIHEIT für alle Menschen wichtig ist, insbesondere für Menschen mit motorischen, sensorischen oder mit kognitiven Beeinträchtigungen.

Das 4. Gebot

Richte Deine Ziele daran aus, dass die Nutzungsobjekte von ALLEN eigenständig wahrnehmbar, erreichbar, begreifbar (verständlich), erkennbar und bedienbar sind.

Das 5. Gebot

Lasse Dich bei der Planung von 5 Maximen leiten: der ergonomischen Gestaltung, dem Fuß-und-Roll-Prinzip, dem Zwei-Sinne-Prinzip, der Verwendung visueller, akustischer und taktiler Kontraste sowie der Anwendung leichter Sprache.

Das 6. Gebot

Beteilige bei allen Maßnahmen zur Herstellung der BARRIEREFREIHEIT frühzeitig behinderte Menschen oder Ihre Vertreter und Vertreterinnen. Dies dient dazu, sachgerechte Lösungen zu finden und fördert die Akzeptanz.

Das 7. Gebot

Nutze die Technischen Regelwerke, die Erkenntnisse der Forschung und die Erfahrungen der Praxis. BARRIEREFREIHEIT braucht Qualität.

Das 8. Gebot

Stelle die objektive und subjektive Sicherheit für ALLE her. Wesentlich sind vorbeugende Sicherheitsmaßnahmen. Ermögliche durch bauliche und organisatorische Maßnahmen, dass behinderte Menschen in die Lage versetzt werden, sich im Notfall selbst zu retten bzw. schnell fremde Hilfe zu aktivieren.

Das 9. Gebot

Gehe die Erfüllung des Nachholbedarfs systematisch an, damit durch die Herstellung der BARRIEREFREIHEIT ein nachhaltiger Nutzen für ALLE entsteht.

Das 10. Gebot

Denke an die Zukunft. Aufgrund der demographischen Entwicklung wird die Bedeutung der BARRIEREFREIHEIT noch weiter zu nehmen.

DIE 10 GEBOTE LEICHTE SPRACHE

*Bundes-Arbeits-Gemeinschaft
für Rehabilitation*

*Die Abkürzung ist BAR
Rehabilitation heißt:
Wieder in der Gesellschaft
mit machen.*

*Zum Beispiel:
Durch Hilfe für behinderte
oder kranke Menschen.*

Wie müssen die Lebensbereiche gestaltet werden, um dem Anspruch von Menschen mit Behinderung auf Zugang und Nutzung zu genügen? Hierzu hat die BAR-„Arbeitsgruppe Barrierefreie Umweltgestaltung“ die „10 Gebote der Barrierefreiheit“ erarbeitet (► **Abb. 1**). Sie sollen die Anforderungen an alle Bereiche des gesellschaftlichen Lebens kurz und prägnant beschreiben. Die „10 Gebote der Barrierefreiheit“ gibt es als Broschüre, in der diese mit 10 Kernpunkten näher erläutert werden.

2. Teil

Damit die Texte barrierefrei für alle sind, finden Sie im 2. Teil der Broschüre eine Übersetzung in leichter Sprache (► **Abb. 2**). Die BAR will mit dieser Broschüre ihren Beitrag dazu leisten, dass der Gedanke der Barrierefreiheit zur Selbstverständlichkeit und die „10 Gebote der Barrierefreiheit“ in allen Lebensbereichen handlungsleitend werden. ●

Neu ausgerichtet: Gemeinsame Empfehlung zur Förderung der Selbsthilfe

Zusammen mit den Rehabilitationsträgern erarbeitet die BAR Gemeinsame Empfehlungen. Diese forcieren die Verwirklichung der Ziele des SGB IX, nicht zuletzt vor dem aktuellen Hintergrund der UN-Behindertenrechtskonvention. Die Gemeinsame Empfehlung zur Förderung der Selbsthilfe konkretisiert, in welcher Weise und in welchem Umfang Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die Prävention,

DIE 10 GEBOTE DER BARRIEREFREIHEIT LEICHTE SPRACHE

Die 10 Gebote der BARRIERE-FREIHEIT

Barrieren sind Hindernisse.

Barriere-Freiheit heißt:

Ohne Hindernisse

Gebot heißt: Du sollst etwas genau beachten



Das 1. Gebot:

BARRIERE-FREIHEIT ist für alle Menschen wichtig.

- So muss die Umwelt gemacht werden:
- Alle behinderten Menschen sollen überall mit machen können.
- Alle behinderten Menschen sollen alle Dinge benutzen können.

Dafür sollst du dich einsetzen.

Darauf sollst du aufpassen.



Abb. 2 10 Gebote der Barrierefreiheit in leichter Sprache.

Rehabilitation, Früherkennung und Bewältigung von Krankheiten und Behinderungen zum Ziel gesetzt haben, gefördert werden. Sie ist bereits vor 8 Jahren in Kraft getreten. Daher war eine Überarbeitung notwendig.

Selbsthilfe leistet einen entscheidenden Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit Behinderung. In Selbsthilfegruppen finden sich von einer Krankheit betroffene Menschen und ihre Angehörigen zusammen. Diese „Betroffenenkompetenz“ generiert wertvolle und unverzichtbare Impulse auf dem Weg zu einer inklusiven Gesellschaft, wie sie die UN-Behindertenrechtskonvention fordert.

Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen unterstützen Menschen mit Behinderung bei der Bewältigung der Folgen ihrer Krankheit. Ihre Angebote sind während des gesamten Rehabilitationsprozesses von Bedeutung und tra-

gen so zur dauerhaften Sicherung des Rehabilitationserfolgs bei.

Die BAR hat gemeinsam mit den Vertretern der Rehabilitationsträger und den Interessenvertretungen behinderter Menschen und der Selbsthilfe die Gemeinsame Empfehlung „Förderung der Selbsthilfe“ überarbeitet.

In der grundlegenden Neuausrichtung der Gemeinsamen Empfehlung wurde der Gedanke der Inklusion aus der UN-Behindertenrechtskonvention aufgegriffen. Auch beinhaltet die überarbeitete Fassung neben der finanziellen Förderung der Selbsthilfe, insbesondere durch die gesetzliche Kranken- und Rentenversicherung, jetzt auch die Möglichkeiten zur infrastrukturellen sowie ideellen Förderung. Dadurch konnten auch weitere Vereinbarungspartner für die Gemeinsame Empfehlung gewonnen werden.

Geregelt werden in der Gemeinsamen Empfehlung:

- ▶ Rechtsgrundlagen für die Förderung der Selbsthilfe
- ▶ Empfänger der Förderung
- ▶ Voraussetzungen der Förderung
- ▶ Formen und Inhalte der Förderung
- ▶ Umfang der Förderung
- ▶ Förderverfahren
- ▶ Dokumentation

Die Gemeinsame Empfehlung „Förderung der Selbsthilfe“ ist rückwirkend zum 1.5.12 in Kraft getreten. Sie steht als Download unter www.bar-frankfurt.de und als Broschüre zur Verfügung. ●

Die BAR und ihre Mitglieder

In der letzten Ausgabe der Reha-Info hat sich die gesetzliche Krankenversicherung zunächst als „Gruppe“ vorgestellt. In diesem Heft präsentieren sich die einzelnen Kassenverbände mit ihren jeweiligen Besonderheiten (▶ **Abb. 3**).



Abb. 3 BAR-Mitglieder.



AOK-Bundesverband

Die AOK-Gemeinschaft besteht aus 11 selbstständigen AOKs und dem AOK-Bundesverband. Die AOK versichert mehr als 24 Millionen Menschen.

Seit dem 1.1.2009 arbeitet der AOK-Bundesverband in Berlin auf der Grundlage einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR). Seine Kernaufgaben sind die Interessenvertretung gegenüber der Bundespolitik, dem GKV-Spitzenverband und den Vertragspartnern der AOK auf Bundesebene. Hinzu kommen die Entwicklung neuer Produkte, die Markenpflege und das Finanzmanagement im Haftungsverbund der AOK-Gemeinschaft.

Geführt wird der AOK-Bundesverband auf der hauptamtlichen Ebene durch einen 2-köpfigen geschäftsführenden Vorstand. Die 11 Vorstandsvorsitzenden der AOKs bilden den erweiterten Vorstand. Er gewährleistet, dass alle wesentlichen Entscheidungen der Geschäftsführung von der AOK-Gemeinschaft zusammen getroffen werden. Vertreter der Selbstverwaltung der AOKs bilden auf Bundesebene einen Aufsichtsrat. Er ist zuständig für Grundsatzentscheidungen.

BKK-Bundesverband: Spitzenorganisation der Betriebskrankenkassen



Der BKK-Bundesverband ist die Spitzenorganisation von 112 deutschen Betriebskrankenkassen und ihrer 5 Landesverbände. Seit Erweiterung der Wahlmöglichkeiten im Jahr 1996 haben sich immer mehr Versicherte für eine Betriebskrankenkasse (BKK) entschieden, sodass die Betriebliche Krankenversicherung mit rd. 12 Millionen Versicherten, einschließlich der Familienversicherten, und einem Marktanteil von rd. 17% die drittgrößte Kassenart der GKV ist. Zugleich vertrauen neben den 20 größten Unternehmen auch viele kleinere und mittlere Betriebe seit mehr als 150 Jahren auf ihre Betriebskrankenkassen, den ältesten solidarischen Krankenkassen in Deutschland.

Ein Verband, der verbindet: Der BKK-Bundesverband vertritt die politischen und fachlichen Interessen der Krankenversicherungsgruppe BKK auf Bundesebene. Dabei bündelt der Verband die Erfahrungen der Arbeit vor Ort und stützt sich auf ein breites Netzwerk von BKK-Experten, Führungskräften sowie Vertretern der BKK-Landesverbände, mit denen wir in einem intensiven Dialog stehen. Gemeinsam mit den BKK-Landesverbänden und Betriebskrankenkassen äußert sich der Verband zu allen wesentlichen Entwicklungen der Ge-

sundheitspolitik. Geschäftsführer des BKK-Bundesverbandes ist seit September 2009 *Heinz Kaltenbach*.

Es ist Ziel der BKK, eine hochwertige Gesundheitsversorgung auch in Zukunft solidarisch und bezahlbar für jeden Versicherten sicherzustellen. Damit dies erreichbar bleibt, fordert die BKK eine Weiterentwicklung der wettbewerblichen Gestaltungsmöglichkeiten für die gesetzliche Krankenversicherung und ihre Vertragspartner. Im Wettbewerb setzen die BKK auf innovative Konzepte integrierter und qualitätsgesicherter Versorgung, Effizienz der Verwaltung und Kundennähe zu Versicherten und Arbeitgebern.

IKK e.V.



IKK e.V. – die Interessenvertretung der Innungskrankenkassen ist die Stimme und der Dienstleister von Innungskrankenkassen auf Bundesebene. Der Verein wurde 2008 gegründet mit dem Ziel, die Interessen der Innungskrankenkassen und deren Versicherten und Arbeitgebern gegenüber allen wesentlichen Beteiligten des Gesundheitswesens zu vertreten.

Dem IKK e.V. gehören die IKK Brandenburg und Berlin, die IKK classic, die IKK gesund plus, die IKK Nord sowie die IKK Südwest mit insgesamt mehr als 5 Millionen Versicherten an. Damit vertritt der IKK e.V. alle klassischen, regional



verankerten und handwerksnahen Innungskrankenkassen.

Nah an den Interessen der Mitglieder und in enger Abstimmung mit ihnen bringt der IKK e.V. die Meinungen, Positionen und Konzepte von Innungskrankenkassen in die Diskussion ein – zum Nutzen der Vereinsmitglieder und der Versicherten der Innungskrankenkassen.

Mit der gemeinsamen Interessenvertretung positioniert der IKK e.V. sowohl die unternehmenspolitischen als auch die versorgungspolitischen Interessen der Innungskrankenkassen sowie ihrer Versicherten und Arbeitgeber, also der Beitragszahler. Das Besondere am IKK e.V.: Alle Innungskrankenkassen haben sich in allen Gebieten auf konsentrierte Sprecher verständigt, die das IKK-System in Arbeitsgruppen- und Referenten-Besprechungen auf Bundesebene repräsentieren. Die Vernetzung der konsentrierten Ansprechpartner erfolgt über den IKK e.V. Sitz des IKK e.V. mit 15 Mitarbeitern ist Berlin.

Knappschaft



Die Knappschaft ist vor über 750 Jahren entstanden aus den besonderen Gefahren im Bergbau und der daraus erwachsenen Notwendigkeit einer sozialen Absicherung der Bergleute und ihrer Hinterbliebenen. Sie ist damit die älteste Sozialversicherung in Deutschland. Heute wird unter dem traditionellen Namen eine für alle sozialversicherungspflichtig Beschäftigten frei wählbare Kranken- und Pflegeversicherung angeboten, die mit rd. 1,7 Millionen Versicherten zu den größten Kassen in Deutschland zählt. Neben der Kranken- und Pflegeversicherung gehören u. a. auch die Rentenversicherung und ein eigenes medizinisches Netz zum knappschaftlichen Verbundsystem.

Sowohl auf Bundes- wie auf Landesebene entwickelt die Knappschaft innovative und zukunftsweisende Lösungsansätze für das Gesundheitswesen und vertritt ihr gesundheitspolitisches Anliegen als eigenständiger Verband auf diesen Ebenen.

Landwirtschaftliche Sozialversicherung



Die landwirtschaftliche Sozialversicherung (LSV) liefert für Land- und Forstwirte, Gärtner, Winzer, Binnenfischer, Imker und andere soziale Sicherheit aus einer Hand. Dieses Verbundsystem –

Unfallversicherung, Alterssicherung, Kranken- und Pflegeversicherung umfassend – ist geeignet, Leistungen „aus einem Guss“ zu gewähren. Gerade das unterscheidet die LSV von den meisten anderen Sozialversicherungssystemen. Sie ist zentraler Ansprechpartner in allen Fragen der sozialen Sicherung des landwirtschaftlichen Unternehmers und seiner Familie. Diese Attribute sowie die verlässliche Unterstützung durch den Bund sind Grundlage für die hohe Akzeptanz des agrarsozialen Sicherungssystems bei den deutschen Landwirten. Ausblick: Derzeit gliedert sich die LSV in 9 regionale Verwaltungsgemeinschaften mit 36 Körperschaften und den LSV-Spitzenverband. Zum 1.1.13 wird aufgrund des LSV-Neuordnungsgesetzes ein Bundesträger – die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) – errichtet. Damit folgt die LSV dem Trend zu größeren Verwaltungseinheiten, wie er sich in anderen Bereichen der Sozialversicherung bereits vollzogen hat.

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)



Der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) ist Interessenvertretung und Dienstleistungsunternehmen aller 6 Ersatzkassen, die zusammen mehr als 25 Millionen Menschen in Deutschland versichern.

- ▶ BARMER-GEK
- ▶ TK-Techniker Krankenkasse
- ▶ DAK-Gesundheit
- ▶ KKH-Allianz
- ▶ HEK-Hanseatische Krankenkasse
- ▶ hkk

Der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) als Nachfolgeorganisation des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK) wurde am 20.5.1912 unter dem Namen „Verband kaufmännischer eingeschriebener Hilfskassen (Ersatzkassen)“ in Eisenach gegründet. Sein Hauptsitz mit rd. 230 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern befindet sich seit 29.6.2009 in Berlin.

Auf der Landesebene sorgen 15 Landesvertretungen und eine Geschäftsstelle in Westfalen-Lippe mit insgesamt weiteren rd. 340 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für die regionale Präsenz der Ersatzkassen. Die Organisationsstruktur des vdek sowie die enge Abstimmung und Zusammenarbeit mit den Ersatzkassen bieten die optimale Voraussetzung für eine aktive Beteiligung an der Gestaltung der medizinischen Versorgung auf der Bundes- und Landesebene. ●

Buchrezension

Entwicklungspfade des Gesundheits- und Sozialsystems in gesellschaftstheoretischer Perspektive

Behrens J, Weber A, Schubert M, Hrsg. *Von der Fürsorglichen Bevormundung über die organisierte Unverantwortlichkeit zur professionsgestützten selbstbestimmten Teilhabe? Beiträge zur Transformation des Gesundheits- und Sozialsystems nach 1989.* Leverkusen: Barbara Budrich; 2012

Sozialstaatliche Leistungen, zu denen für Menschen mit Behinderung insbesondere Leistungen zur Teilhabe zu zählen sind, müssen Schritt halten mit normativen und faktischen gesellschaftlichen Veränderungen. Mit Blick auf die letzten Jahrzehnte wird deutlich, dass Ansätze fürsorglich-paternalistischer Prägung zwischenzeitlich durch den Anspruch der selbstbestimmten, gleichberechtigten Teilhabe von Menschen mit Behinderung abgelöst worden sind. Damit haben sich die Leitgedanken der UN-Konvention über die Rechte der Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) und des SGB IX durchgesetzt.

Aber auch die Herausforderungen im Kontext der zunehmenden finanziellen Überforderung des Sozialstaats, inkl. dessen maßgeblicher Einflussfaktoren wie des demografischen Wandels, bedingen neue Antworten auf aktuelle Probleme.

Den Entwicklungspfad des Gesundheits- und Sozialsystems nach 1989 geht mit Fokussierung auf die Bereiche Rehabilitation und Pflege das Buch „Von der Fürsorglichen Bevormundung über die organisierte Unverantwortlichkeit zur professionsgestützten selbstbestimmten Teilhabe?“ von Johann Behrens, Andreas Weber und Michael Schubert nach. Hierbei werden nicht nur die historisch einzigartigen Transformationsprozesse im Spannungsfeld des gesellschaftlichen Umbruchs aufgezeigt, sondern auch der Versuch unternommen, diese in gesellschaftlich-sozialwissenschaftlichen Kontexten zu verorten.

Teil I widmet sich der Entwicklungslinie der „Transformation von der fürsorglichen Bevormundung zur organisierten Unverantwortlichkeit“. Ausgehend von einer gesundheitssoziologischen Betrachtung von Rehabilitation und Pflege nach 1989 und von Rehabilitationsmechanismen in der DDR, werden Inklusionschancen und Exklusionsrisiken des Rehabilitationsprozesses am Beispiel des Schlaganfalls sowie Rationalisierungsprozesse exemplarisch für den Be-

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.



reich stationärer Langzeitpflege untersucht. Der Teil schließt ab mit einer institutionsbezogenen Betrachtung von Zugangsprozessen zu rehabilitativen Leistungen im Kontext der Grundsicherungsträger.

Teil II befasst sich mit dem Weg der Transformation „zur professionsgestützten, selbstbestimmten Teilhabe“. Wird der Blick auf die Ausgestaltung rehabilitativer Leistungen gerichtet, fällt ein Beitrag zur Orientierung an individuellen Bedürfnissen und Ressourcen in der medizinischen Rehabilitation ins Auge, weil dieses Thema auch für diejenigen, die für die Praxis der Rehabilitation Verantwortung tragen, von Interesse ist. Dabei werden Therapieinhalte und deren Individualisierungsgrad analysiert. Neben einer international vergleichenden Analyse von Rehabilitationsleitlinien nach Schlaganfall schließt eine gleichfalls international ausgerichtete Analyse von Wegen zur selbstbestimmten Teilhabe trotz Pflegebedürftigkeit das Buch ab.

Der Band stellt einen theoriegeleiteten interdisziplinären Beitrag zur wissenschaftlichen Diskussion von Entwicklungen im Gesundheits- und Sozialsystem dar, in dem deutlich wird, dass der Weg zur professionsgestützten selbstbestimmten Teilhabe, trotz Umwegen und Barrieren, historisch gesehen unumkehrbar scheint. ●

22. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium in Mainz

Die Deutsche Rentenversicherung Bund veranstaltet das 22. Rehabilitationswissenschaftliche Kolloquium vom 4.–6.3.2013 gemeinsam mit der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz und der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften im Congress Centrum Mainz.

Das diesjährige Rahmenthema „Teilhabe 2.0 – Reha neu denken?“ möchte eine Diskussion darüber anregen, wie innovative Konzepte die Beteiligung von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, aber auch anderer Akteure im Reha-System stärken und zu einer bedarfsgerechten, wirksamen und personenorientierten Rehabilitation beitragen können.

Das Web 2.0 steht für die fortschreitende Etablierung partizipativer Anwendungen im Internet und markiert damit nicht nur einen technischen, sondern auch einen kulturellen Wandel.

Für die Rehabilitation gilt es, nicht nur die neuen medialen Möglichkeiten effektiv zu nutzen, sondern auch die wachsenden Anforderungen an Transparenz und Beteiligung aufzunehmen.

Das Rehabilitationswissenschaftliche Kolloquium ist mit etwa 1500 teilnehmenden Expertinnen und Experten aus Forschung, Medizin, Psychologie und Therapie sowie Gesundheitsmanagement, Verwaltung und Politik der größte rehabilitationswissenschaftliche Kongress in Deutschland. ●

Impressum

Reha-Info zur Zeitschrift Die Rehabilitation, 51. Jahrgang, Heft 5, Oktober 2012

Die Reha-Info erscheint außerhalb des Verantwortungsbereichs der Herausgeber der Zeitschrift Die Rehabilitation.

Herausgeber: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V., Solmsstr. 18, 60486 Frankfurt am Main

Redaktion: Günter Thielgen (verantwortlich),

Bernd Giraud, Erich Lenk, Dr. Larissa Beck

Telefon: (069) 60 50 18-0, Telefax: (069) 60 50 18-28

E-Mail: info@bar-frankfurt.de

Internet: <http://www.bar-frankfurt.de>

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



© 2012 Georg Thieme Verlag KG, 70469 Stuttgart