

BDH-Magazin



Aus
Zielen wird
Zukunft!

Training und Erholung im Schwarzwald

NIWo Neurointensivwochen in Gengenbach

INTERVIEW

Harald zur Hausen
Nobelpreisträger

TITELSTORY

Altersarmut
und Rente

BDH INTERN

MBR Vallendar
in Zeiten von Corona

INHALT

TITELSTORY

Altersarmut: Es besteht Handlungszwang! 4

EIN BILD UND SEINE GESCHICHTE

„especially_anna“ 6

WISSEN

Wenn die Rente nicht mehr reicht 8

Weg frei für die Grundrente 9

Jobretter Demografie? 9

Mehr Rentner berufstätig? 10

To-do-Liste für die Rente 11

NACHRICHTEN

Aktuelles aus dem Sozialrecht 12

Eine GPS gesteuerte Uhr als Leistung der GKV 13

MEDIZINREPORT

Neue sektorenübergreifende Behandlungsformen der neurologischen (Früh-) Rehabilitation sind dringend notwendig 14



14 NEUE SEKTORENÜBERGREIFENDE BEHANDLUNGSFORMEN ...

„Da stand mir doch glatt der Mund offen“ 16

DIE JUNGE SEITE DES BDH

Jungsein in Coronazeiten 18

INTERVIEW

Prof. Harald zur Hausen im Gespräch mit Dr. Thomas Urbach ... 20

BDH INTERN

BDH-Klinik Greifswald trainiert mit Rettungspuppe 22

Neuer Therapiehund für die Klinik 23

Daniel Charlton im Vorstand 23

Was macht die MBR während Corona? 24

Training, Training, Training! 26

Neues aus den Kreisverbänden 28

Leben, was sonst? 29

UNTERHALTUNG

Leserbrief 30

Buchvorschläge 31

12 WISSEN ZU GRUNDRENTE UND GRUNDSICHERUNG



20 PROF. HARALD ZUR HAUSEN IM GESPRÄCH MIT DR. THOMAS URBACH



Liebe Mitglieder und Freunde des BDH,



Ilse Müller
Bundesvorsitzende
BDH Bundesverband Rehabilitation



Superwahljahr im Zeichen der Corona-Pandemie: neben sechs Landtagswahlen steht am 26. September die Wahl zum 20. Deutschen Bundestag an. Gemeinsam mit anderen Sozialverbänden werden wir uns dafür stark machen, dass die wirtschaftlich und sozial Benachteiligten eine gut vernehmbare Stimme erhalten. Es geht darum, unser Land wieder zu einem Raum der Chancen zu formen, in dem Chancengleichheit herrscht, wenn es um den Zugang zu Bildung geht, in dem Menschen mit Handicap nicht auf künstliche Barrieren treffen, sei dies im öffentlichen Raum oder auf dem Arbeitsmarkt.

Die großartige Veranstaltungsreihe „Medizin für Menschen“ unseres BDH-Messechefs Günter Raab kann auch dieses Jahr nicht auf den Publikums messen stattfinden. Dank des Engagements von Günter Raab kommen Expertinnen und Experten aus allen Gebieten der Medizin nun im „BDH-Magazin“ zu Wort – lesen Sie unser Interview mit dem Medizin-Nobelpreisträger Prof. Harald zur Hausen auf Seite 20.

In der aktuellen Ausgabe unseres Magazins werfen wir auch wieder einen Blick auf das Geschehen im Verband. Ganz besonders hervorheben möchte ich, neben der großartigen Arbeit in unseren Kliniken, die außergewöhnliche Leistung des Teams der medizinisch-beruflichen Reha in Vallendar. Was hier unter schwierigsten Umständen geleistet wird, um die Betreuung unserer jungen Rehabilitanden möglich zu machen, verdient allerhöchste Anerkennung.

Ich wünsche Ihnen allen eine interessante Lektüre und hoffe, Sie bald bei bester Gesundheit auch persönlich wieder begrüßen zu können.

Es grüßt Sie herzlich
Ihre



— INFORMATION —

Aktuelles aus dem Sozialrecht

Neu: Unsere Juristinnen und Juristen informieren über Interessantes und Wissenswertes aus den einzelnen Bereichen des Sozialrechts.



Altersarmut: Es besteht Handlungszwang!

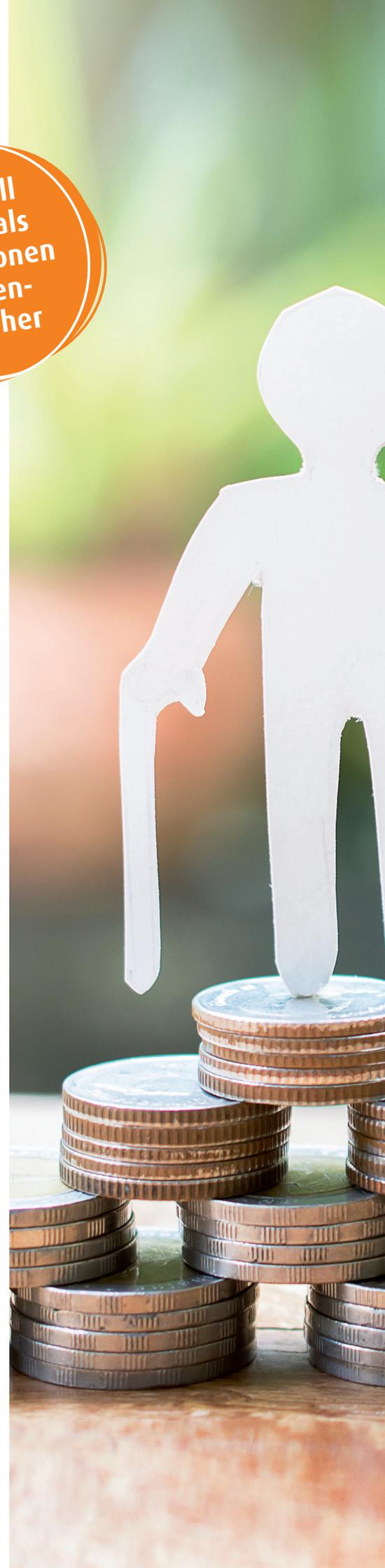
Aktuell
mehr als
21 Millionen
Renten-
bezieher

Altersarmut ist sozialer Sprengstoff: Wer auf ein langes Erwerbsleben zurückblickt, sollte nicht einen täglichen Existenzkampf führen müssen. Wir müssen als Gesellschaft umdenken und eine soziale Haltelinie ziehen.

Die neuesten Zahlen sind zwar ein Jahr alt, aber sie sprechen eine klare Sprache: In den alten Bundesländern lag die sog. Armutsgefährdungsquote der männlichen Bevölkerung über 65 Jahren bei 13,7 Prozent. Frauen lebten zu 16,2 Prozent unter andauernden oder tatsächlichen finanziellen Engpässen. In den neuen Ländern lagen die Zahlen bei 13,0 und 14,4 Prozent. Dies sind unbestechliche Zahlen des letzten Mikrozensus, der die über Jahre anhaltende Tendenz steigender Armutsgefährdung in seinem Zahlenwerk nachweist. Seit 2006 stieg diese nämlich um etwa 4,5 Prozent über alle Gruppen hinweg berechnet – eine gefährliche Dynamik, die sich im Zuge der Pandemie-Krise noch zu beschleunigen droht, wenn auf mittlere Sicht Jobs wegfallen und Rentenansprüche in der Zukunft geringer ausfallen!

Eintrittskarte in die Armut

Man kann die wachsende Altersarmut auch auf anderem Wege bemessen: 561.969 Personen erhielten bei der letzten Zählung Grundsicherungsleistungen im Alter nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII). Der Eintritt in die Rente bedeutet für jeden siebten Deutschen eine Eintrittskarte in ein Leben mit finanziellen Schwierigkeiten. Dabei sind die Möglichkeiten, dem durch zusätzliche Erwerbszeiten entgegenzusteuern aus physischen Gründen nach Jahrzehnten des Erwerbslebens naturgemäß begrenzt. Zudem darf es nicht das Ziel sein, Seniorinnen und Senioren, bloß um den Grundbedarf des alltäglichen Lebens zu decken, zu einer Verlängerung des Erwerbslebens zu zwingen. Es müssen also Lösungen her, die sich an die Lebenssituation dieser wachsenden Gruppe, es sind inzwischen mehr als 21 Millionen Rentenbezieher, anlehnen und den Generationenfrieden auf lange Sicht zementieren.





Dringlichkeit geht vor

Das wird unsere Gesellschaft mehr Geld kosten, keine Frage. Doch ist es unserer Ansicht nach wichtig, den finanziellen Rahmen für diejenigen zu schaffen, die ihren Dienst an der Gesellschaft verrichtet haben. Zu dieser Gruppe zählen selbstverständlich auch Empfänger von Erwerbsminderungsrenten. Auch ihre Zahl ist in den vergangenen Jahren gestiegen und ihr Kampf um rentenrechtliche Anerkennung ist beileibe nicht ausgefochten. Der BDH kämpft seit Jahren dafür, dass auch auf diesem wichtigen Feld der Rentenpolitik endlich der sozial unakzeptable Sparkurs verlassen wird, um die Teilhabeansprüche aller mit einem adäquaten Finanzrahmen zu sichern. Es sei an dieser Stelle noch einmal ausdrücklich gesagt: Teilhabegerechtigkeit hat seit der Verankerung der UN-Behindertenrechtskonvention vor 15 Jahren Gesetzesrang und ist längst kein politisches Almosen mehr!

Wir streiten für Gerechtigkeit

Geht es um Fragen der Rentengerechtigkeit scheint die Politik nicht geneigt zu sein, den großen Wurf zu wagen. Bei der Rente geht es auch politisch um viel, also wird gemauert und gemauert, während die Zahl armer Rentner kontinuierlich wächst. Es ist schwierig angesichts der akuten Themenlage rund um Corona den Fokus der Politik wieder auf andere Themenfelder zu lenken. Aber man darf gerade hier nicht lockerlassen: Im direkten Austausch mit Ministern und profilierten Rentenpolitikern haben wir unseren Standpunkt klargemacht: Am Ende eines langen Erwerbslebens muss eine Mindestrente stehen, die Partizipation am gesellschaftlichen Alltag möglich macht. Nach derzeitiger Kaufkraft haben wir eine Zahl in die politische Arena eingebracht und ein nicht-besteuerbares Rentengrundeinkommen in Höhe von 12.600 Euro im Jahr gefordert. Diese wäre dann in der Folge nach Maßgabe der allgemeinen Lohnentwicklung jährlich anzupassen, um einem erneuten Aufreißen der Lohn-Rentenlücke vorzubeugen.



**>> Anna (6) und Ole (10)
sind Geschwister. Wir bedanken uns bei
especially_anna auf Instagram für das tolle Bild und den Text! <<**

Du bist mein großer Bruder! Du bist mein Vorbild, du zeigst mir tolle Sachen, die ich dir gerne nachmache. Durch dich lerne ich ein wenig schneller und du zeigst mir alles ganz geduldig...einmal, zweimal und auch mehrmals!

Du lässt mich mitspielen oder bindest mich mit in dein Spiel ein! Du passt auf mich auf, wenn Mama und Papa mal keine Zeit haben. Du merkst, wenn du gebraucht wirst und kümmerst dich liebevoll um mich. Du sagst mir aber auch, wenn ich dich in Ruhe lassen soll und das ist auch gut so! Denn später spielen wir wieder zusammen oder wir kuscheln uns auf das Sofa.

Du hast ein großes Herz, du bist gerecht und sehr tolerant. Unterschiede zwischen Menschen sind dir egal, jeder ist verschieden auf seine Art. Du hörst nicht auf das Gerede von anderen, du setzt diesen Hut auf, weil du es cool findest, auch wenn andere das albern finden. Du trägst Papas alte Westerstiefel in der Schule und lässt es nach dem neuesten Trend aussehen.

Nachfragen zu deiner kleinen Schwester, die ja anders ist, beantwortest du mit: „Na und? Sie ist Anna und so wie sie ist, ist sie gut!“ Du bist der beste große Bruder, den ich mir wünschen kann und ich hoffe, du bewahrst dir all diese wunderbaren Ansichten und Eigenschaften!

Danke, lieber großer Bruder, dass du so bist wie du bist!





Wenn die Rente nicht mehr reicht

Es sind gute alte Zeiten, an die sich Rainhold K. (68) erinnert, wenn er auf sein Leben blickt und wenige Jahre zurückschaut. Nach der Arbeit traf sich der damals noch erwerbstätige Schlosser jeden Freitag und Samstag mit guten Bekannten, man ging etwas Essen, trank in der Kneipe um die Ecke ein Feierabend-Bier und ließ gemeinsam ein wenig die Seele baumeln. Einmal im Jahr ging es mit der Familie in Urlaub. Nichts Spektakuläres, aber man war unterwegs, in Italien, an der Ostsee. „Das Leben war damals zwar nicht leicht, aber wir hatten das Gefühl, alles im Griff zu haben, vor allem die Haushaltskasse. Alle hatten ihren Job, wir waren das, was man heute als Mittelschicht bezeichnet. Richtige Sorgen hatte keiner von uns, niemand in meiner Familie, keiner meiner Bekannten oder Kollegen“, erinnert sich der gebürtige Hesse.

Schicksalsschläge des Lebens

Dann schlug das Schicksal erbarmungslos zu: K. verlor seine Lebenspartnerin mit 50 Jahren an den Krebs, seine Firma kam ins Schlingern und es wechselten sich unsichere und bewegte Zeiten von Arbeitslosigkeit, Krankheit und Teilzeitarbeit ab. „Das drückt heute extrem auf die Rente. Eine Hinterbliebenenrente beziehe ich nicht und meine beiden Söhne kämpfen in diesen Corona-Wochen mehr denn je selbst um ihre Existenz. Die derzeitige Krise hat auch ihre Budgets zu-

sammengedampft, nicht nur meines.“ K. lebt zur Miete, bezieht eine Rente von rund 1000 Euro und versucht, alles zu bewegen, um aus der finanziellen Sackgasse herauszufinden: „So kann es nicht weitergehen. Die Miete ist in den Jahren massiv gestiegen, die Nebenkosten schießen durch die Decke und am Monatsende bestreite ich meinen Einkauf zu einem Teil mit meinen Pfandflaschen. Ich schaue mich dann jedes Mal bei mir in der Stadt um und sehe andere Ältere Flaschen sammeln – das halte ich für einen Skandal und es lässt mich schlechter und schlechter schlafen. Da muss etwas passieren, es ist ein schleichender Wandel hin zur Armut und sie zieht weitere und weitere Kreise.

Raus aus der Falle?

Was also tun? K.s Plan: Einen Teilzeitjob suchen, etwas dazuverdienen, um besser über die Runden zu kommen. „Ich würde so gerne wieder Geburtstage meiner Enkel und Söhne oder auch Weihnachten wie viele andere normal feiern, ohne dieses ewige Damoklesschwert meines leeren Geldbeutels über mir. Den Kleinen ist es egal, wenn keine Lego-Burg auf dem Gabentisch liegt, Hauptsache Opa ist da und hat viel Zeit zu Spielen mitgebracht. Aber glauben Sie mir, Sie laufen vor Feiern und Festen immerzu mit einem Gefühl der Beklommenheit durch die Einkaufszone.“ Die Hoffnung auf eine Rentenwende, die den wirklich armen

Senioren spürbar unter Arme greift, hat K. inzwischen aufgegeben: „Die Politik hat uns bislang im Regen stehen lassen, ich glaube nicht mehr an Versprechungen und salbungsvolle Worte. Ich fordere Politiker auf, hinzusehen, zu handeln und aus der Schockstarre zu erwachen.“ K. wird versuchen, sich besserzustellen, wenigstens einige Stunden in der Woche, idealerweise in der alten Branche, bei einer Firma mitzumischen. „Ich bringe jahrzehntelange Berufserfahrung mit, bin ein Teamplayer und körperlich fit... irgendetwas wird sich schon ergeben.“

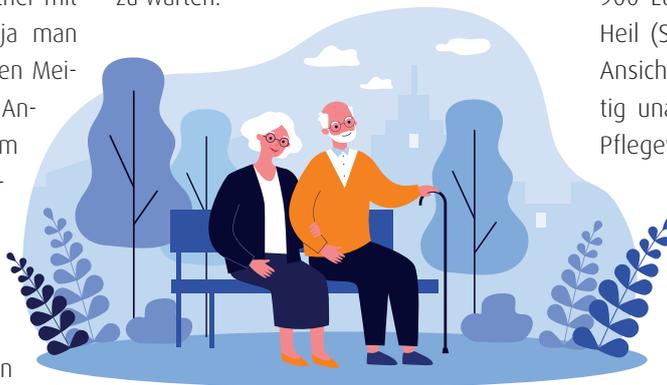


Weg frei für die Grundrente

Der Bundesrat hat zur Jahresmitte die lange Zeit umstrittene Grundrente auf den Weg gebracht. Seit dem 1. Januar 2021 beträgt der durchschnittliche Zuschlag unter Anspruchsberechtigten zwischen 75 und 80 Euro im Monat.

Was lange währt, wird endlich gut! Nach einer langen, zähen Debatte zwischen den Koalitionsparteien steht nun endlich der Einführung einer Grundrente in Deutschland nichts mehr im Wege. Nachdem auch der Bundesrat die Bundestagsvorlage verabschiedete, werden ab dem neuen Jahr etwa 1,3 Millionen Rentnerinnen und Rentner mit einer kleinen Rente von diesem, ja man kann durchaus sagen, sozialpolitischen Meilenstein, finanziell profitieren. Die Angleichung der Rentenbezüge erfolgt im neuen Jahr ohne individuelle Antragstellung. Allerdings ist es möglich, dass der Zuschlag in manchen Fällen mit Verspätung ausgezahlt wird, da die Umstellung einen sehr aufwendigen Datenabgleich zwischen den zuständigen Finanzbehörden und der Rentenversicherung mit sich bringt. Die Behörden warnten bereits vor und wiesen darauf hin, dass sich die Umstellung bis ins Jahr 2022 hinziehen könne. Aber keine Sorge: Niemand muss auf Geld verzichten, ausgezahlt wird dann rückwirkend! Immerhin sorgt

der Gesetzgeber neben der Einführung der seit langem von einer Mehrheit der Bürger geforderten Grundrente dafür, dass niemand mit einem übermäßigen Verwaltungsaufwand belastet wird. Mit Blick auf die hierzulande nicht selten peniblen und nervenaufreibenden Behördengänge zahlt es sich aus, zu warten.



Start ist Neujahr

Das Rentengesetz trat zum 1. Januar 2021 in Kraft. Im Schnitt bringt die Einführung der Grundrente einen Rentenzuschlag zwischen 75 und 80 Euro, er kann im Maximalfall auch bis zu 400 Euro betragen. Uni-

onsfraktionsvize Hermann Gröhe rechnete den Effekt dieses Rentenschritts anhand eines anschaulichen Beispiels vor: Wenn Floristinnen oder Friseurinnen nach 40 Jahren Vollzeit bei 40 Prozent des Durchschnittsverdienstes nachher gut 500 Euro Rente im Monat hätten, steige diese Rente nun auf 900 Euro. Bundesarbeitsminister Hubertus Heil (SPD) rechnet mit Kontinuität. Seiner Ansicht nach wird die Grundrente langfristig unangetastet bleiben, ähnlich wie die Pflegeversicherung oder der umkämpfte Mindestlohn. Heil erhofft sich auch einen positiven Konjunkturfekt im Zuge einer Stärkung der Kaufkraft von Haushalten mit niedrigerem Einkommen. Fiskalisch wird die Grundrente während der ersten Jahre mit schätzungsweise jährlich 1,3 bis 1,6 Milliarden Euro im Jahr zu Buche schlagen. Das Geld wird aus dem Bundeshaushalt bereitgestellt, da sich die Koalition nicht auf eine korrespondierende Transaktionssteuer zur Finanzierung der Grundrente einigen konnte.

Jobretter Demografie?

Der zweite Lockdown der Wirtschaft während der Pandemiewochen ließ die Arbeitslosigkeit weltweit in die Höhe schnellen. Die demografische Sondersituation könnte ein wiederholtes Abgleiten Deutschlands in die Massenarbeitslosigkeit verhindern.

Wäre es denkbar, dass die ungebremste Alterung der deutschen Gesellschaft eine überraschende Dividende abwirft? Detlef Scheele, Chef der Bundesagentur für Arbeit (BA), vermeldete in seinen monatlichen Reportings zwar auch für die Bundesrepublik steigende Arbeitslosenzahlen. Doch waren wir weit von den Horrormeldungen entfernt, wie sie uns seit April 2020 aus den Vereinigten Staaten oder



Großbritannien erreichten, wo zwischenzeitlich ein All-time-high von 25 Prozent Arbeitslosigkeit einen traurigen Höhepunkt der Wirtschaftskrise markierte. Hierzulande wurde eine kontrollierbare Marke von sieben Prozent verteidigt, was sicherlich auch der raschen Reaktion von Jobcentern, Politik und Unternehmen geschuldet war, die in der Krise auf das bewährte Instrument der Kurzarbeit zurückgriffen und so

bis zu acht Millionen Jobs vor dem zwischenzeitlichen Aus retteten.

Fachkräftemangel ist real

Das schafft Kontinuität und zeigt, dass die Betriebe langfristig mit ihrem Personal planen. Das amerikanische „Hire-and-fire“ scheint bei uns seit der Zeit der Massenarbeitslosigkeit zur Millenniumswende einer generellen Vorsicht gewichen zu sein. In der Wirtschaft weiß man nämlich eines ganz genau: Die Zeit, in der man auf dem Arbeitsmarkt aus dem Vollen schöpfen konnte, geht definitiv zu Ende! Es hilft alles nichts: Weder die kontinuierlich steigende Frauenerwerbsquote, noch gezielte Zuwanderung können die de-

mografische Lücke schließen, die sich in den kommenden Jahren offenbaren wird. Dann nämlich gehen die sogenannten Babyboomer, die geburtenstarken Jahrgänge, in den Ruhestand und Arbeitskräfte werden knapp. Bereits in den vergangenen Jahren verließen jährlich etwa 300.000 Menschen den Arbeitsmarkt in Richtung Rente.

Arbeitsmarkt spielt nach eigenen Regeln

Wer den deutschen Arbeitsmarkt genauer unter die Lupe nimmt, stellt fest, dass die über Dekaden gültige Korrelation zwischen Konjunkturlage und Arbeitslosenquote kaum noch Wirkung entfaltet. Firmen rechnen of-

fenkundig damit, dass die Rekrutierungskosten drastisch steigen werden und dass gutes Personal dann ein seltener und teurer Faktor ist. Also ist man bemüht, das Personal zu halten, auch in Krisenzeiten. Es ist kompliziert, den demografischen Effekt exakt zu berechnen, aber man kann gut und gerne davon ausgehen, dass schon in wenigen Jahren mehr als eine Million gut dotierte Stellen nicht mehr besetzt werden können. Dann werden wir uns etwas einfallen lassen müssen, um die Stärke des Wirtschaftsstandorts auch in der Zukunft ausspielen zu können. Mitarbeiterbindung und Arbeitgeberattraktivität sind schon einmal zielführende Antworten. Darauf lässt sich aufbauen.

Alter und Arbeit: Mehr Rentner berufstätig

Ehrlichkeit ist gefragt, wenn es um die Rente geht. Das Statistische Bundesamt legte vor einigen Wochen den Finger in die Wunde der Rentenpolitik: Auch die Wiesbadener Statistiker bestätigten, dass die Armutsgefährdung unter Senioren wächst. Das zwingt immer mehr Rentner in die Erwerbstätigkeit.

Die Datenbasis, aus der das Statistische Bundesamt zu Jahresanfang zitierte, stammte zwar aus dem Jahr 2019, dennoch haben die Zahlen nach wie vor Geltung. Und sie bleiben brisant: 3,3 Millionen Senioren gelten demnach als armutsgefährdet. Ganz offensichtlich gelingt es der Rentenpolitik immer weniger, das wirtschaftliche Auseinanderdriften der Generationen zu verhindern. Wie auch auf dem Arbeitsmarkt, wo eine große Gruppe prekär Beschäftigter bei Lichte besehen den Anschluss an die gesellschaftliche Mitte verloren hat, beobachten wir auch unter den Rentnern eine ähnliche Spaltung: Den Gutverdienern mit sicherem Auskommen stehen diejenigen gegenüber, deren gesellschaftliche Teilhabe Tag für Tag im Feuer steht. Der Flaschen sammelnde Rentner wurde zum traurigen Sinnbild dieser Entwicklung! Und er ist in unseren Städten zu einer präsenten Mahnung an uns alle geworden, über die Gerechtigkeit zwischen den Generationen nachzudenken. Die Erwerbsgeneration steht in der Pflicht, ihnen unter die Arme zu greifen. Man sollte es als ein Dankeschön für das Geleistete auffassen.

Der Osten droht abgehängt zu werden

Gerade in den neuen Bundesländern wächst aus diesem Grund die Zahl der Rentner, die über die Regelaltersgrenze hinaus erwerbstätig bleiben und das Haushaltseinkommen aufstocken. Hier tritt zur wirtschaftlichen Realität ein spezifisches Problem hinzu: Millionen verloren nach der Wende mit der Zerschlagung der Kombinate und der Großindustrie ihre Jobs und büßten damit auch wichtige Beitragsjahre zur späteren Rentenberechnung ein. Hinzu trat die jahrzehntelange strukturelle Schwäche der ostdeutschen Wirtschaft, Fehlentwicklungen in der Dauersubventionspolitik und eine Dominanz prekärer Arbeitsangebote im Transportgewerbe oder der Reinigungs- und Bauwirtschaft. Viele Rentner erreichen mit ihren monatlichen Bezügen gegenwärtig kaum das geltende Sozialhilfeniveau. Sie sind vom Augenblick ihres Eintritts in die Rente an auf staatliche Zuschüsse angewiesen. Ein trauriger Befund der aktuellen Lage.

Ist die Grundrente der Ausweg?

Kann in dieser Situation die Einführung einer Grundrente helfen? Sie bildet in etwa den gesetzlich garantierten Mindeststandard ab und kann vorerst in strukturschwachen Regionen strukturell keine Wende des grundsätzlichen Problems bringen. Ohne den Aufbau starker Wertschöpfungsketten und neuer Jobs in der New Economy, Steuerpräferenzzonen und der konsequenten Ansiedlung von Chancenräumen wie Hochschulen und Netzwerken aus jungen Unternehmen wird die wirtschaftliche Wende und damit auch die Rentenwende weiter auf sich warten lassen. Gegenwärtige Rentner können so nur auf eine starke Wirtschaft hoffen. In ihrem Windschatten steigen die Löhne und damit auch die Rentenbezüge. Doch kann man so lange warten? Die Antwort liegt auf der Hand: Es braucht soziale Mindeststandards, die föderal finanziert und festgelegt werden, um dem Anspruch unserer Gesellschaft nach Teilhabe gerecht zu werden.

To-do-Liste für die Rente

Bald treten die Babyboomer in den wohlverdienten Ruhestand. Auf jeden zukünftigen Rentner wartet die gründliche deutsche Bürokratie. Wir haben einige wichtige Schritte zusammengefasst, die unseren Lesern einen geordneten Übergang in die neue Lebensphase erleichtern sollen.



Es ist eine goldene Regel des Lebens: Erst kommt die Arbeit, dann das Vergnügen. Ironischerweise gilt dies selbst beim Übergang aus dem Erwerbsleben in die Rente. Bevor man sich also ganz der neuen Lebensphase widmen kann, sind einige Dinge zu erledigen, die nach der wohlverdienten Abschiedsparty mit den alten Kollegen auf eine sorgfältige Bearbeitung warten. Hier finden Sie die wichtigsten Schritte, die Sie unbedingt beachten sollten:

1. Rentenantrag stellen

Jeder angehende Ruhestandler muss seinen Renteneintritt sowohl dem Arbeitgeber als auch der Deutschen Rentenversicherung (DRV) melden. Stellen Sie ihren Rentenantrag möglichst frühzeitig (spätestens drei Monate vor Rentenbeginn). So ist gewährleistet, dass Sie die Checkliste der Rentenversicherung rechtzeitig erhalten, bearbeiten und dann auch tatsächlich ihren Rentenbetrag beziehen, wenn er fällig ist. Wichtig: Dieser wird nicht automatisch ohne Ihr Zutun initiiert!

2. Urkunden und Unterlagen

Stellen Sie bereits im Vorfeld wichtige Urkunden für die Verwaltung zusammen. Die Rentenversicherung wird Sie beispielsweise um Geburtsurkunden Ihrer Kinder, Arbeitsunterlagen oder Ausbildungsnachweise bitten. Auch hier ist unsere Bürokratie sehr pingelig und korrekt.

3. Finanzlage prüfen

Nicht selten kommt es vor, dass Menschen beim Renteneintritt feststellen, dass Ihre

Finanzstruktur nicht mit dem niedrigeren Haushaltseinkommen, das nach dem Ende der Erwerbszeit verfügbar bleibt, harmonisiert. Machen Sie also einen Kassensturz ohne sich besser zu rechnen und stellen Sie, in bester kaufmännischer Manier, Ihre tatsächlichen Kosten und regelmäßigen Einnahmen aus Ihrer Rente, aus möglichen Vermietungen, Nebentätigkeiten oder Kapitalanlagen einander gegenüber. Machen Sie eine „ehrliche“ Rechnung auf und vermeiden Sie es unbedingt, die Lage schön zu rechnen. Nur so werden Sie versteckte Kosten identifizieren, die Sie reduzieren können, vielleicht sogar reduzieren müssen, um nicht in finanzielle Kalamitäten zu schlittern.

4. Kredite und Anlage

Besonders wichtig ist ihre Finanzierungsstruktur, die zu Ihrer möglichen Kapitalanlage passen sollte. Versuchen Sie, mögliche Kredite umzuschulden und die monatliche Belastung zu reduzieren, sofern dies möglich ist. Für Ihre Finanzanlagen gilt: In einer späten Lebensphase sollte unbedingt das Anlagerisiko reduziert werden. Fassen Sie sichere Anlagen wie physische Edelmetalle (sie sind ein Schutz gegen Inflation) oder sichere Staatsanleihen ins Auge und vermeiden Sie riskante und kurzfristige Aktienanlagen. Mögliche Erben werden es Ihnen danken, wenn sich Ihr Vermögen stabil und werthaltig entwickelt und in ruhigeres Fahrwasser gesteuert wurde.

5. Erbschaft und Patientenverfügung

Apropos Erbschaft: Ein notariell hinterlegtes Testament, das eine lückenlose Vermögensaufstellung und Vererbung regelt, macht den Weg frei für ein sorgenloses Rentenalter. Auch wenn wir das Thema gerne verschieben: Erstellen Sie unbedingt auch eine Patientenverfügung, die festlegt, wie die medizinische Betreuung erfolgen soll, wenn Sie selbst nicht mehr entscheiden können. Wir informieren Sie hier gerne im persönlichen Gespräch über Möglichkeiten und verfügbare Unterlagen.

Gut informiert!

Häufig unterscheiden sich die Fälle, wenn es um die Rente geht. Wir haben für Sie einige Internet-Links gefunden, die Ihnen als Einstieg in eine eigene Recherche helfen können:

- Die Infos der Verbraucherzentrale finden Sie hier: www.ratgeber-verbraucherzentrale.de/altersvorsorge-rente-in-sicht-46008921
- Das Arbeitsministerium bündelt seine Infos für Sie hier: www.bmas.de/DE/Service/Medien/Publikationen/a815-ratgeber-zur-rente.html
- Die Deutsche Rentenversicherung informiert ausführlich auf ihrer Homepage: www.deutsche-rentenversicherung.de



Nachrichten: Aktuelles aus dem Sozialrecht

Von Ass. jur. Rainer Beneschovsky, Jurist in der BDH-Bundesgeschäftsstelle



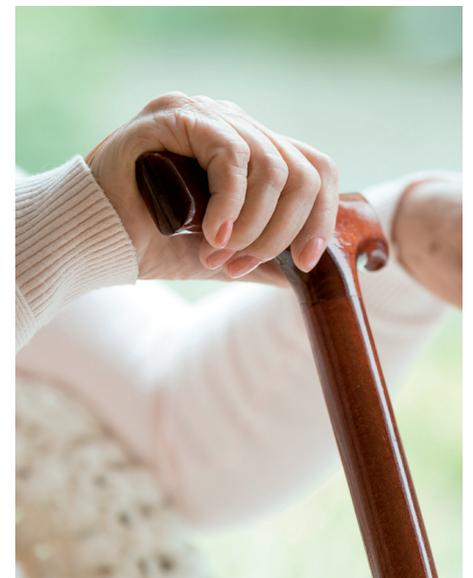
Wissen zu Grundrente und Grundsicherung

Beziehen Sie bereits eine Altersrente, Erwerbsminderungsrente, Erziehungsrente oder Hinterbliebenenrente bzw. wird Ihnen eine solche Rente zukünftig gewährt und haben sie auch nach vielen Jahren in Arbeit nur eine geringe Rente, können Sie seit dem 01.01.2021 auf eine höhere Rente hoffen und/oder einen (höheren) Anspruch auf Grundsicherung haben. Bei der Grundrente handelt es sich nicht um eine eigenständige Leistung, sondern um einen Bestandteil ihrer jeweiligen Rente – sozusagen einen Zuschlag. Sie müssen also keinen gesonderten Antrag stellen. Die Deutsche Rentenversicherung überprüft ihre Grundrentenzeiten automatisch und berechnet die Höhe der Rente neu rückwirkend ab 01.01.2021. Voraussetzung für die Grundrente ist, dass mindestens 33 Jahre (396 Monate) Grundrentenzeiten vorliegen. Auf die Grundrente wird Einkommen angerechnet. Da die Rentenversicherung rund 26 Millionen Rentenbescheide überprüfen muss, ist frühestens in der zweiten Hälfte

des Jahres 2021 damit zu rechnen bzw. kann es in Einzelfällen sogar bis 2022 oder sogar noch länger dauern, bis die Mitteilung und Auszahlung kommt. Während die rückwirkende Grundrente als Nachzahlung erfolgt, besteht aktueller Handlungsbedarf derzeit nur bei Beziehern von geringen Renten, die möglicherweise ab 01.01.2021 einen Anspruch auf Grundsicherungsleistungen oder Wohngeld haben. Mit der Einführung der Grundrente trat auch der Freibetrag in der Grundsicherung in Kraft. Rentenbeziehern mit mindestens 33 Jahren Grundrentenzeiten können aufgrund des höheren Freibetrages seit dem 01.01.2021 bis zu 223 Euro mehr Leistungen vom Sozialamt oder Jobcenter zustehen. Da diese Leistungen erst ab Antragstellung gewährt werden, lohnt es sich bereits jetzt, dort vorsorglich einen Antrag zu stellen und den Rentenbescheid abzuwarten. Wer bereits Grundsicherungsleistungen bezieht, bei dem wird der Freibetrag automatisch berücksichtigt.

Bestimmung zum Grad der Behinderung wird reformiert

Die Bestimmung eines Grades der Behinderung (GdB) erfolgt nach den Maßgaben der Versorgungsmedizinverordnung (VersMedV). Diese soll reformiert werden. Nach dem Referentenentwurf von 2014 und einem überarbeiteten Entwurf von 2017 legte das BMA am 28.08.2018 einen weiteren Entwurf vor. Nachdem Behindertenverbände, Gewerkschaften und Schwerbehindertenvertretungen ihre Befürchtungen zum Ausdruck gebracht hatten, dass die Hürden für die Anerkennung einer Behinderung künftig deutlich höher würden, hat das BMAS das Vorhaben Ende 2019 zunächst gestoppt und angekündigt, es wolle nur im Einvernehmen mit den Verbänden entscheiden. Bislang liegt, wohl auch pandemiebedingt, ein neuer Entwurf noch nicht vor und genauere Informationen über einen neuen Zeitplan gibt es ebenfalls nicht. Es bleibt somit abzuwarten, wann das Verfahren nunmehr fortgesetzt und vor allem, wann es zu einem Ergebnis führen wird.





Eine GPS gesteuerte Uhr als Leistung der GKV

GPS (Global Positioning System) hat die genaue Bestimmung eines Standorts und damit die Navigation revolutioniert: Das GPS-Gerät empfängt die Signale von mindestens vier Satelliten im Weltall und errechnet daraus die genaue Position.

Ab dem Frühjahr 2000 konnten auch private Nutzer die ursprünglich militärische Technologie nutzen. Ein GPS-Tracker ist in der Lage, die Position an ein weiteres Gerät, beispielsweise ein Smartphone, weiterzugeben. Damit können im Notfall beispielsweise Menschen mit Demenz, die Orientierungsprobleme haben und weglaufgefährdet sind, wiedergefunden werden. Um einen durchgehenden Kontakt zwischen Eltern und Kind – auch während des Schulbesuchs – zu ermöglichen, hat das Bundessozialgericht (BSG) in seiner Entscheidung vom 10.09.2020 (Az.: B 3 KR 15/19 R) eine gesetzliche Krankenversicherung (GKV) verpflichtet, eine GPS-gesteuerte Uhr der Marke „Guard2me“ als Hilfsmittel zu gewähren. Dadurch soll die speziell für Menschen mit eingeschränkter Orientierungsfähigkeit und der Tendenz zur Selbstgefährdung entwi-

ckelte Uhr dem Kläger einen höheren Grad an Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit in der Mobilität und bei Aufhalten an verschiedenen Orten in seiner Wohnung und im Nahbereich ermöglichen.

Als Hilfsmittel zugelassen

Eine GPS gesteuerte Uhr kann folglich als Hilfsmittel zum Behindertenausgleich von der GKV – ggfls. auch leihweise – gewährt werden, wenn sie kostengünstig ist und von gleichwertiger Funktionalität. Eltern, die aufgrund vergleichbarer Behinderung ihr Kind 24 Stunden an 7 Tagen beaufsichtigen müssen, dürften das Mehr an Freiheit zu schätzen wissen. Relevant dürfte die Entscheidung des BSG auch für pflegebedürftige Menschen sein, die unter Demenz oder Alzheimer leiden. Das BSG stellt im Einklang mit dem Bundesverfassungsge-

richt klar, dass bei der Auslegung der zu befriedigenden Grundbedürfnisse nach Mobilität im Nahbereich insbesondere das Recht auf persönliche Mobilität aus Art. 20 der UN-Behindertenrechtskonvention (kurz UN-BRK) angemessen zu berücksichtigen ist. Eine Beschränkung der Hilfsmittelversorgung zum Behindertenausgleich auf einen Basisausgleich im Sinne einer Minimalversorgung dürfte nicht mehr per se zulässig sein. Die Richterin am Bayerischen Landessozialgericht, Frau Dunja Barkow von Creytz, hat aktuell im Rahmen der sozialrechtlichen Jahresarbeitstagung online die Anwälte motiviert, in den sozialrechtlichen Verfahren viel mehr die UN-BRK zur Begründung heranzuziehen. Dadurch könnten Entscheidungen zugunsten der Leistungsempfänger ausfallen und deren Rechte gestärkt werden.



Neue sektorenübergreifende Behandlungsformen der neurologischen (Früh-)Rehabilitation sind dringend notwendig

Akutmedizinische und intensivmedizinische Behandlung werden immer leistungsfähiger. Auch Krankheits-situationen mit multiplem Organversagen werden zunehmend intensivmedizinisch besser beherrschbar. Kritisch Kranke überleben immer häufiger lebensbedrohliche Krankheitssituationen. Dies trifft für neurologische Erkrankungen wie den schweren Schlaganfall oder ein schweres unfallbedingtes Schädel-Hirn-Trauma ebenso zu wie für andere lebensbedrohlich kritische internistische oder chirurgische Krankheitsbilder. Personen, die über eine längere Zeit intensivmedizinisch versorgt werden mussten, haben regelmäßig schwere länger anhaltende Organschädigungen, die auch die Motorik (Schluckstörungen, Lähmungen), die Kognition (Störungen von Aufmerksamkeit, Gedächtnis, planarischem Denken) und Emotion (Ängste, Depressivität) betreffen. Man spricht vom „Post Intensive Care Syndrom, PICS“ und weiß, dass diese Körperfunktionsstörungen und Alltagsbeeinträchtigungen oftmals über Jahre fortbestehen.

Die sich an die primäre Intensivbehandlung anschließende neurologischen (Früh-)Rehabilitation vermag sehr viel an Behinderung zu reduzieren und längerfristigen Pflegebedarf zu vermeiden. Viele Betroffenen sind bei Aufnahme auf den neurorehabilitativen Intensivstationen noch maschinell beatmet bzw. insbesondere wegen Schluckstörungen mit einer Trachealkanüle (TK) versorgt. Ein wichtiger Behandlungsauftrag ist dann die Entwöhnung („Weaning“) von der Beatmung und möglichst auch der Versorgungsnotwendigkeit mit einer TK, was durch interdisziplinäre neurorehabilitative Therapie in der Mehrzahl der Fälle in der neurologischen Frührehabilitation gelingt. Derzeit gibt es in Deutschland ca. 1100 Weaning-Betten speziell für die Beatmungsentwöhnung und insgesamt weit mehr Betten in der neurologischen Frührehabilitation, die diese wichtige Aufgabe übernehmen.

Bei dem kleineren Prozentsatz der Betroffenen, bei denen ein „Weaning“ von der Beatmung oder der TK nicht gelingt, ist eine außerklinische Intensivpflege (AKI) erforder-

lich, die rund um die Uhr eine qualifizierte Betreuung gewährleistet. Das kann in der Häuslichkeit, in sogenannten „qualitätsgesicherten Intensivpflege-Wohneinheiten“, oder in einem spezialisierten Pflegeheim erfolgen. Nur qualitätsgeprüfte Pflegedienste dürfen die außerklinische Intensivpflege durchführen. Die Inanspruchnahme der AKI nimmt – als Folge der zunehmenden Leistungsfähigkeit der akut- und Intensivmedizin erheblich zu. Während 2005 die Zahl der bundesweit mit AKI Versorgten auf ca. 1.000 Patienten geschätzt wurde, stieg sie nach Schätzungen von Krankenkassen bis 2015 bereits auf 16.000 bis 27.000 Patienten an, Tendenz weiter steigend. Für den Einzelfall können für die AKI Kosten bis über 300 tausend € jährlich entstehen.

Der Gesetzgeber hat nun veranlasst, dass bei jedem mit Beatmungsnotwendigkeit aus einem Krankenhaus Entlassenen von dafür qualifizierten Ärzten geprüft werden soll, ob eine Potenzial für ein „Weaning“ besteht und falls ja, dass eine Verlegung in eine Spezialeinrichtung zu diesem Zweck erfolgen soll. Das ist sehr zu begrüßen, um

abwendbare Behinderungen und daraus resultierend notwendige AKI so niedrig wie möglich zu halten. Doch was passiert bei all denen, bei denen auch nach einer spezialisierten neurologischen Frührehabilitation mit Weaning zunächst weiter außerklinische Intensivpflegebedürftigkeit (AKI-B) besteht und so in ihre ggf. neue Versorgungssituation der AKI entlassen werden?

Die Zustandsbilder der neurologischen Patienten (inkl. PICS) mit AKI-B sind äußerst vielfältig und individuell. Wir wissen, dass durch eine gezielte, auch längerfristig und ambulant weiter fortgeführte (am besten berufsgruppenübergreifend abgestimmte) neurorehabilitative Behandlung das Rehabilitationspotenzial weiter genutzt werden kann, Behinderung reduziert werden kann und ggf. im Verlauf neu eine Potenzial für ein „Weaning“ von der Beatmung oder TK festgestellt und umgesetzt werden kann.

Doch Versorgungsstrukturen dafür sind nicht etabliert. Die Zentren für Weaning in der neurologischen Frührehabilitation, die es umfänglich gibt, haben keinen ambulanten Versorgungsauftrag für diese Klientel, wären aber die fachlich kompetenten Partner, auch mit den notwendigen interdisziplinären Teams. Außerdem sieht das System nicht strukturiert die Wiederaufnahme in Zentren für Weaning in der neurologischen Frührehabilitation vor, um im Verlauf erneut die Entwöhnung („Weaning“) von der Beatmung und möglichst auch der Versorgungsnotwendigkeit mit einer TK durch interdisziplinäre neurorehabilitative Therapie anzustreben. Die Gefahr, dass ein Rehabilitationspotenzial der AKI-Versorgten mangels spezialisierter Versorgungsangebote nicht ausreichend genutzt werden kann und im Verlauf neu eine Potenzial für ein „Weaning“ entstehen, erkannt und umgesetzt werden kann, ist groß, auch wenn die an sich bewährten ambulanten Versorgungsstrukturen versuchen, eine bestmögliche Behandlung zu gewährleisten. Deren Bedeutung sei keineswegs in Abrede gestellt. Hier erfolgt sehr viel sehr wertvolle Therapie. Dennoch gibt es ambulant nicht die gleiche Expertise und vor allem auch nicht die flächendeckende Etablierung neurorehabilitativ geschulter

Teams. Auch ist die organisatorische Verbindung zum regionalen Zentrum für Weaning in der neurologischen Frührehabilitation nicht flächendeckend geregelt.

Hier besteht also dringend Handlungsbedarf, um solche ambulanten Teams in organisatorischer Verbindung zu regionalen Zentren für Weaning in der neurologischen Frührehabilitation zu etablieren. Es wird davon ausgegangen, dass auf diese Weise eine erfolgreichere Langzeitförderung und bei nicht wenigen auch eine Entwöhnung („Weaning“) von der Beatmung und möglichst auch der Versorgungsnotwendigkeit mit einer TK im weiteren Verlauf erreicht und damit die außerklinische Intensivpflegebedürftigkeit insgesamt reduziert werden kann.

Professor Dr. Andreas Bender von der Ludwig-Maximilian-Universität München hat gemeinsam mit Zentren für neurologische Frührehabilitation in Bayern und der AOK Bayern die Versorgungsform „OptiNIV - Optimierung der nachklinischen Intensivversorgung bei neurologischen Patienten“ ins Leben gerufen. OptiNIV wird vom Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) für 3,5 Jahre gefördert und startet am 01.08.2021 mit genau dieser Idee mit ambulanter Weiterbetreuung im Team und ggf. Wiederaufnahme im Zentrum für neurologische Frührehabilitation. Die unabhängige wissenschaftliche Evaluation der neuen Versorgungsform erfolgt unter Leitung von Professor Dr. Thomas Platz und Professor Dr. Thomas Kohlmann (medizinische Evaluation - Universitätsmedizin Greifswald) und Professor Dr. Steffen Fleßa (Gesundheitsökonomie - Universität Greifswald).

Auch wenn die Etablierung dieser neuen Versorgungsform in Bayern und ihre wissenschaftliche Evaluation als wegweisend zu erachten und daher sehr zu begrüßen sind, sollten bereits heute Überlegungen erfolgen, wie eine solche Behandlung bedarfsgerecht in der Fläche organisiert und geregelt werden kann. Der BDH Bundesverband Rehabilitation hat sich deshalb an den Bundesgesundheitsminister und die Gesundheitsminister der Länder gewandt.

Quellen:

www.bundesgesundheitsministerium.de/intensivpflegegesetz.html (aufgerufen 02.03.2021)

Bender A, Adrion C, Fischer L, et al. Long-term rehabilitation in patients with acquired brain injury—a randomized controlled trial of an intensive, participation-focused outpatient treatment program. *Dtsch Arztebl Int* 2016; 113: 634–41. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2016.0634>

Köhler D. Explosive Zunahme der häuslichen Krankenpflege bei Beatmeten und Tracheotomierten. *Pneumologie*. 2019; 73:181-184. <https://doi.org/10.1055/a-0839-5893>

Karagiannidis C, Strassmann S, Callegari J et al. Epidemiologische Entwicklung der außerklinischen Beatmung: Eine rasant zunehmende Herausforderung für die ambulante und stationäre Patientenversorgung. *Dtsch Med Wochenschr* 2019; 144:e58-e63 <https://doi.org/10.1055/a-0758-4512>

Platz T, Bender A, Dohle C et al. German hospital capacities for prolonged mechanical ventilator weaning in neurorehabilitation – results of a first orienting survey. *Neuro Res Pract*. 2020; 2:18. <https://doi.org/10.1186/s42466-020-00065-1>

Rollnik JD, Brocke J, Gorsler A et al. Weaning in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation – Ergebnisse der „Wenn-Früh“-Studie der Deutschen Gesellschaft für Neurorehabilitation. *Nervenarzt* 2020; 91:1122–1129. <https://doi.org/10.1007/s00115-020-00976-z>

Wallesch CW. Das Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz GKV-IPReG. *Rehabilitation (Stuttg)* 2020; 59:200-204. <https://doi.org/10.1055/a-1200-7263>



Prof. Dr. med. Thomas Platz

Ärztlicher Direktor Forschung BDH
Leiter Institut für Neurorehabilitation und Evidenzbasierung, An-Institut der Universität Greifswald

Beschaffung eines Hilfsmittels nach einem Schlaganfall. Ein Erfahrungsbericht von Olaf Schlenkert



„Da stand mir doch glatt der Mund offen“

Heute ist mein großer Tag. Heute erhalte ich mein Fußhebersystem. Der Techniker legt es an meinem rechten Bein an, der elektrische Impuls erreicht meinen Nerv, die Zehen meines rechten Fußes bewegen sich wie von Geisterhand. Ich fühle mich glücklich und frei. Wie ist es dazu gekommen?

Nach einem Schlaganfall im März 2020 habe ich ein halbes Jahr in der BDH-Klinik Hessisch Oldendorf verbracht. Am Anfang saß ich im Rollstuhl, musste den Gebrauch der rechten Hand, des Arms und das Gehen neu lernen. Der Anfall war die größte Veränderung in meinem Leben. Ich, 52 Jahre, beruflich fest im Job, mit kleiner Familie, 2-mal die Woche Joggen, Aktivurlaub mindestens ebenso häufig im Jahr. Und plötzlich „Stopp“. Die haben mich gut wieder hinbekommen, in Hessisch Oldendorf. Schon in der Reha bin ich in den Verband eingetreten. Ende September ging es nach Hause, Anfang Ok-

tober wieder in den Job. Ambulante Therapien mehrmals die Woche. Nur die Fußheberschwäche blieb bis heute. Dafür gab es gleich zu Beginn in der Reha als Hilfsmittel die Karbonorthese. Damit geht sich wirklich besser. Sie wurde zu meinem wichtigsten ständigen Begleiter. Nachteilig dabei ist, dass die eigene Fußmuskulatur erschlafft. Man gewöhnt sich eine Schonhaltung an, weil der Fuß ja fremd unterstützt wird. Und zusätzlich braucht man den rechten Schuh 4 bis 5 Nummern größer. Die Orthese muss ja ihren Platz finden.

Das konnte nicht der Weisheit letzter Schluss sein, sollte sich die Fußheberschwäche nicht von selbst wieder erledigen. Meine Frau hatte bereits in der Rehaphase nach geeigneten Hilfsmitteln geforscht. Sie hatte ein Fußhebersystem entdeckt, welches fortwährend schaut, ob das Bein in Bewegung ist. Und dann einen elektrischen Impuls an den Peroneusnerv

abgibt, der dann wiederum den Vorderfuß hebt. Eigentlich einfach, aber genial und am nächsten an der natürlichen Form des Bewegungsablaufs dran. Heutiger Stand der Technik, aber gut 10-mal teurer als die häufig verordnete Orthese.

Antragstellung

Gleich nach der Entlassung aus der Reha haben wir uns um einen Probetermin für das System bemüht. Diese Erprobung fand dann an zwei Terminen in einem nahegelegenen Sanitätshaus statt. Es wurden Videos von mir mit dem System, im Vergleich dazu mit der Karbonorthese und unversorgt erstellt. Einmal beim Laufen auf dem Flur und auf der Treppe im Treppenhaus. Vor allem auf der Treppe fiel der Unterschied dabei für mich deutlich aus. Der Techniker machte den Antrag für die Krankenkasse fertig. Parallel dazu habe ich mich um die Verordnung durch meinen Hausarzt gekümmert. Mein Arzt kannte das System zwar nicht, hat es

aber trotzdem verordnet. Nach drei Wochen hat sich meine Krankenkasse dann gemeldet. Fußhebersystem prompt abgelehnt. Mit der Ablehnung habe ich ins Geheime schon gerechnet. Aber das „Wie“ hat mich schockiert. Die Kasse hat den Vorgang an den MDK übergeben. Herr U. vom Sanitätshaus und wir hatten den Antrag gut vorbereitet. Insgesamt 3 Seiten mit zahlreichen Argumenten, warum das Fußhebersystem in meinem Fall besser geeignet ist als eine Orthese. Zusätzlich hatte ich auch noch eine Kurzstellungnahme meiner Physiotherapeutin beigefügt. Der MDK hat das Ganze mit zwei mageren Sätzen abgelehnt. Zitat: „Nach Auswertung der vorliegenden Videosequenzen des Gehens und des Treppensteigens mit dem Fußhebersystem als auch der Orthese ist ein wesentlicher Gebrauchsvorteil des elektrischen Fußhebersystems nicht erkennbar. Ein medizinisch relevanter Gebrauchsvorteil lässt sich nicht nachweisen“ Zitat Ende. Auf sämtliche andere Argumente im Antrag wurde im Gutachten nicht eingegangen. Ich habe gleich Anfang Dezember dagegen Widerspruch eingelegt. Erst einmal formlos und ohne Angabe von Gründen. Wie sollte es jetzt weitergehen? Zuerst habe ich den Hersteller angeschrieben und um Argumentationshilfe gebeten. Eine Nachfrage bei meinem Hausarzt ergab, dass man dort von der Ablehnung wusste, zum Vorgang vor der Ablehnung jedoch nicht weiter befragt worden war.

Anwaltliche Unterstützung

Um meinem Anliegen besser Nachdruck zu verleihen, habe ich mich für eine Unterstützung durch eine Fachanwältin für Sozialrecht entschieden. Die Anwältin hat gemeinsam mit mir eine detaillierte 6-seitige Widerspruchsbegründung ausgearbeitet. Allerdings könnte dies nicht zum gesetzlich festgelegten Gebührensatz geschehen, so erklärte sie mir gleich zu Beginn. Sozialrecht wäre besonders komplex und aufwändig in der Bearbeitung. Die Problematik sei dem Gesetzgeber lange bekannt, es würde aber „gewollt“ nichts geändert. Ich habe eine Honorarvereinbarung von 1.000 € unterschrieben. Eine Rechtsschutzversicherung habe ich, die zahlt aber nur einen Anteil der gesetzlichen Gebühren (ohne die festgeleg-

te Selbstbeteiligung). Parallel riet mir die Anwältin dazu, unbedingt einen Facharzt hinzuzuziehen.

Attest vom Facharzt

Aber versuchen sie einmal, unmittelbar vor Weihnachten und zu Coronazeiten einen kurzfristigen Termin bei einem Neurologen zu bekommen. Meine Erlebnisse zu diesem Vorhaben über die 116117 Vermittlungsnummer habe ich, wie die gesamte Geschichte, auf meinem Blog [LebenmitSchlaganfall](#). [Wordpress.com](#) ausführlich beschrieben. Letztendlich hat es aber funktioniert und Mitte Januar hatte ich einen Termin bei einer Neurologin. Allerdings nicht in Hannover, sondern in Hildesheim, ca. 30 km entfernt. Aus diesem sehr guten Termin ist ein weiteres Attest entstanden, welches ich der Krankenkasse umgehend über meine Anwältin übermittelt habe. Währenddessen folgte die schwierigste Zeit. Auf meinem Blog ist dies durch Überschriften wie „Sturm zieht auf“ oder „Sehr schlechte Neuigkeiten“ gut zu erkennen. Die Sprechstundenhilfe meines Hausarztes hatte bei uns angerufen. Sie hatte schlechte Neuigkeiten. Der MDK hatte auch meinen Widerspruch zum Fußhebersystem erneut abgelehnt. Nach ihrer mündlichen Aussage mit der gleichen Begründung wie beim ersten Mal. Auf die anderen, noch ausführlicheren Argumente wurde wiederum nicht eingegangen. Diese telefonische Absage hat mich hart getroffen. Ich konnte in dieser Woche nicht mehr arbeiten. Meine Anwältin überredete mich jedoch, im Widerspruchsverfahren noch einen letzten Versuch zu unternehmen. Ziel war die Anfertigung neuer, noch aussagekräftigerer Videos für eine erneute Begutachtung durch den MDK.

Zweite Runde im Widerspruchsverfahren

An dem Tag hatten meine Frau und ich uns extra Urlaub genommen. Und dann 30 Zentimeter Neuschnee an diesem Tag. Außenaufnahmen, wie eigentlich vorgesehen um den Vorteil des Systems auf längeren Strecken zu belegen, hatten sich damit erledigt. Ganz früh haben wir das Fußhebersystem im Sanitätshaus abgeholt und intensiver ausprobiert. Entstanden sind dabei 18 Vi-

deos. Unversorgt, mit der Orthese und alternativ dem ersehnten Hilfsmittel. Diesmal unter Realbedingungen, auf der Treppe in unserem Haus und bei verschiedenen Geschwindigkeiten auf meinem Laufband. Dieses hatte ich extra für meine Erkrankung direkt nach der Reha angeschafft. Zur besseren Sichtbarkeit diesmal in kurzer Hose. Das war unser letzter Versuch, den MDK zu überzeugen. Danach bleibt nur der Klageweg. Dieser Weg dauert länger (im Schnitt laut Auskunft aus dem Internet 15 Monate) und ist mit einer noch größeren emotionalen Anspannung als beim Widerspruchsverfahren verbunden. Um mit dieser Ungewissheit besser umgehen zu können, hatte ich beim BDH zwecks Unterstützung schon vorgefühl. Als Mitglied ist diese Unterstützung für mich kostenlos. Beim BDH bestand sofort die Bereitschaft, mir bei einer eventuellen Klage zur Seite zu stehen. Nun, soweit kam es nicht. Die Krankenkasse hat das Fußhebersystem für uns völlig überraschend im zweiten Anlauf bewilligt. Bei dieser gänzlich unerwarteten Nachricht stand mir doch glatt der Mund offen. Was nun den Ausschlag gegeben hat? Das Facharztattest, die neuen Videos, unsere Beharrlichkeit oder alles zusammen, ich weiß es nicht.

Mein Fazit fällt positiv aus

Die Medizin macht derzeit unglaubliche Fortschritte. Es gibt heute zahlreiche Hilfsmittel, die den Umgang mit einer Behinderung erleichtern. Diese sind zum Teil nur nicht allgemein bekannt. Der Weg zum Hilfsmittel ist manchmal steinig und steil. Er lohnt sich aber. Deutschland ist Gott sei Dank ein Rechtsstaat und bietet viele Möglichkeiten, ans Ziel zu gelangen. Dabei muss man aber fortwährend am Ball bleiben. Bei Rückschlägen den Glauben nicht sofort verlieren. Beruhigend sind Partner an deiner Seite. Das können Angehörige, Freunde, Sanitätshäuser, Hersteller von Hilfsmitteln aber auch Rechtsanwälte sein. Und eben auch Sozialverbände wie der BDH. Jeder kann jederzeit in die Situation einer permanenten Behinderung kommen. Und genau aus diesem Grund sollten wir Sozialverbände unterstützen und uns dort organisieren. Mit aber auch ohne Behinderung.

JUNGSEIN IN CORONA- ZEITEN

Corona – ein Thema, das unser aller Leben bestimmt und seit nunmehr einem Jahr täglich die Nachrichten beherrscht. Oft geht es um die sogenannten „Risikogruppen“, die besonders gefährdet sind und dadurch auch geschützt werden müssen. Vor allem jetzt, da die Impfungen vorangehen, spielen Alter und Arbeitsplatz eine große Rolle. Schulen und Kindergärten sind ebenfalls häufig Thema von Debatten. So jährt sich am 13. März zum ersten Mal die Schulschließung und unser erster harter Lockdown. Das Wort „Lockdown“ ist übrigens zum Anglizismus des Jahres 2020 gewählt worden, dicht gefolgt von „Social Distancing“, „Super-spreader“, „Homeoffice“, „Homeschooling“ und „Shutdown“, allesamt aus dem Bereich der Corona-Pandemie.

Homeoffice und Homeschooling

Beim Stichwort „Homeoffice“ bzw. „Homeschooling“ schalten viele von uns mittlerweile schon ab. Immer weiter sich verlängernde Maßnahmen zur Eindämmung des Virus (die an dieser Stelle, das sei betont, nicht kritisiert werden) drängen uns immer mehr in die Isolation von Freunden und Familie. Natürlich gewöhnt man sich mit der Zeit daran, morgens zum Arbei-

ten nicht das Haus zu verlassen, sondern zum Schreibtisch zu gehen und sich an den eigenen Laptop zu setzen. Aber der Mensch ist nun mal ein Herdentier, wie es so schön heißt. Wir mögen die Gesellschaft anderer, tauschen uns gerne aus und erleben Dinge gemeinsam. Vor allem für Kindergartenkinder und Schülerinnen und Schüler waren die letzten Monate beschwerlich. Obwohl sie sich nach und nach daran gewöhnt haben, nicht mehr in Gruppenarbeit zusammensitzen oder Geburtstage nicht wie üblich mit all den Freunden zu feiern, war die Zeit seit Mitte Dezember wohl besonders hart. Nicht mal mehr in der Schule konnten sie sich treffen (abgesehen von der Notbetreuung). Distanzunterricht war angesagt, Videokonferenzen ersetzen die Schulstunden, in anderen Fällen wurden Wochenpläne abgearbeitet. Die Frustration stieg dabei nicht nur bei den Lernenden, sondern auch bei den Lehrenden. Denn warum wird man Lehrer oder Erzieher? Nicht, um dann zehn Stunden vor dem Laptop zu sitzen und Aufgaben zu korrigieren.

Soziales Miteinander zählt

Nein, in sozialen Berufen geht es um

genau das: das Soziale. Soziales Miteinander, Austausch, direkte Kommunikation von Angesicht zu Angesicht und zwar ohne vorher bei der Videokonferenz das Mikrofon einzuschalten, gefolgt von dem Satz „Könnt ihr mich alle hören?“. Ein Jahr leben wir nun also schon mit Mundschutz, Desinfektionsmitteln und der ständigen Angst, uns anzustecken. Und obwohl Essengehen oder Kinobesuche im Sommer und Früherbst letztes Jahr noch möglich waren, müssen wir nun auch darauf schon einige Monate verzichten. Das normale Leben, wie wir es kannten, wurde ausgesetzt, und das hinterlässt auch bei jungen Menschen Spuren. So hat der Forscherverbund „Kindheit – Jugend – Familie in der Corona-Zeit“ der Universitäten Hildesheim und Frankfurt Studien durchgeführt und dazu zunächst im Mai und dann im November 2020 bundesweit 15- bis 30-Jährige zu ihren Erfahrungen während der Corona-Zeit online befragt. Über 7.000 Jugendliche und junge Erwachsene haben an der zweiten Studie teilgenommen und die Ergebnisse der Befragung machen deutlich, wie sehr sich der Alltag junger Menschen durch die Pandemie verändert hat.

Wachsende Einsamkeit

Über ein Drittel der jungen Befragten gibt an, sich in der aktuellen Situation eingeschränkt und einsam zu fühlen. Denn soziale Kontakte zu Freunden oder zur erweiterten Familie können auf Dauer nicht digital durch Videokonferenzen, WhatsApp-Nachrichten oder Telefonate ersetzt werden. Es gibt keinen Ersatz für Mimik und Gestik, für das Empfinden von Stimmungen, das wir nur wirklich wahrnehmen können, wenn wir einander wahrhaftig gegenüber sitzen oder -stehen. Die Ergebnisse der Befragung vom Mai fanden in denen der Befragung von Novem-



Maïke Bauer

Maïke Bauer ist BDH-Jugendbeauftragte, hat ihre Referendarsausbildung beendet und ist seit Mai 2020 wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Paderborn.

ber eine Steigerung, die Frustration wird immer größer. Denn es gilt zu bedenken: Im Mai und November waren die Schulen noch weitestgehend geöffnet, auch das hat sich nochmal verändert. Von Mitte Dezember an wurde der Präsenzunterricht ausgesetzt, mindestens für zwei Monate. Und während langsam in den meisten Bundesländern die Schülerinnen und Schüler nun an die Schulen zurückkehren dürfen, hat auch das noch lange nichts mit „Normalität“ zu tun, wie wir sie aus Zeiten vor Corona kennen. Diese Jahre werden an niemandem spurlos vorübergehen, doch bei jungen Menschen, die sich in einer Entwicklungsphase befinden, zeigt die Studie deutlich, welche „Nebenwirkungen“ mit der Pandemie einhergehen können. Denn die meiste Zeit zu Hause mit der Familie zu verbringen, kann auf der einen Seite eine schöne Erfahrung sein und Beziehungen stärken. Auf der anderen Seite aber verläuft dies bei vielen nicht reibungslos. Ob die Pandemie zu mehr Gewalt in Familien führt, ist bisher

noch ungeklärt, Spätfolgen sind aber zu erwarten. Fest steht nach einer Befragung der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPTV), dass die Patientenanfragen bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten im Vergleich zum Vorjahreszeitraum um durchschnittlich 60 Prozent angestiegen sind. Dies sollte uns zu denken geben und vor allem die Politik auf den Plan rufen:

„Erwachsene stehen in der Verantwortung den jungen Menschen Räume zu schaffen und in den Dialog zu treten, um mit den jungen Menschen Jugend 2021 zu gestalten“ (Andresen et al. 2020, S. 13). Es bleibt daher zu hoffen, dass das neue Jahr auch für junge Menschen ein besseres wird, als das vorige.

Nummer gegen Kummer

Die „Nummer gegen Kummer“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend bietet Telefonberatung für junge Menschen in Krisensituationen

an. Das Kinder- und Jugendtelefon ist unter der Rufnummer 116 111 zu erreichen, montags bis samstags jeweils zwischen 14 und 20 Uhr.

Quellen

Andresen, S. et al. „Die Corona-Pandemie hat mir wertvolle Zeit genommen“ – Jugendalltag 2020. 10.12.2020. Hildesheim: Universitätsverlag Hildesheim. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:gbv:hil2-opus4-11660>

Anglizismus des Jahres. www.anglizismusdesjahres.de

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung. Kinderschutz in Niedersachsen. Kinder und Jugendliche: 60 Prozent mehr Anfragen für Psychotherapie. 25.02.2021. <http://www.kinderschutz-niedersachsen.de/?2621999D99254FA08FEE8412E32E117E>



Krebs und Infektionen

Medizin-Nobelpreisträger Prof. Harald zur Hausen
im Gespräch mit Dr. Thomas Urbach

Herr Prof. zur Hausen, herzlichen Dank, dass Sie sich die Zeit für ein Interview nehmen.

Sehr gerne.

Sie haben für den wissenschaftlichen Nachweis, dass die HPV-Typen 16 und 18 zu Gebärmutterhalskrebs führen können, 2008 den Medizin-Nobelpreis erhalten. Warum haben Sie sich als Grundlagenwissenschaftler so vehement dafür eingesetzt, dass junge Mädchen und möglichst auch Jungen die HPV-Impfung erhalten?

Als wir die Viren isoliert hatten und es klar war, um was es sich handelt, da sahen wir eigentlich von Anfang an, dass es sich um gute Kandidaten für eine Impfung handelte. Das hat wunderbar eingeschlagen und es ist gut, dass die Impfung heute einigermaßen akzeptiert ist. Für Jungen hat das sehr lange gedauert, in Deutschland habe ich selbst ständig dafür getrommelt und 2008 eine Arbeit dazu in „Lancet“ veröffentlicht. Es hat bei der Ständigen Impfkommission dann trotzdem leider noch einige Jahre gedauert. Ich habe das einmal etwas polemisch so formuliert: „Wenn wir nur Jungen impfen würden, würden wir weniger Zervix-

karzinome haben, als wenn wir nur Frauen impfen würden“, weil eben die Jungen die Hauptüberträger sind und meistens mehr Geschlechtspartner haben. Hier bin ich mit der Impfpraxis eigentlich recht zufrieden, es muss aber noch mehr geschehen, nicht nur für diese Krankheit, sondern auch für andere. Es muss stärker ins Bewusstsein rücken, dass Infektionen für die Entstehung von Krebs eine wichtige Rolle spielen. Wir gehen davon aus, dass mindestens 50% aller menschlichen Krebserkrankungen auf Infektionen beruhen. Letztlich habe ich mich mein ganzes Leben vor allem damit beschäftigt.

Wie kamen Sie auf die Idee?

Ich lernte schon als Medizinstudent, dass es Bakteriophagen gibt, die ihr Erbgut in die Bakterien bringen und so ihre Eigenschaften verändern. Das war für mich der gedankliche Stimulus, die Idee zu verfolgen, dass auch bei der Entstehung von Krebs Erbgut von Agenzien in die menschlichen Zellen hineingebracht wird. Wir konnten beispielsweise schon in den 1970er Jahren in Erlangen zeigen, dass das Epstein-Barr-Virus in den epithelialen Krebszellen von Nasopharynxkarzinomen steckt. Dann rückten die Papillomviren ins Zentrum meiner Arbeit.

Deutschland ist kein Impfparadies. Bei Impfquoten für die verschiedensten Krankheiten liegt Deutschland im europäischen Vergleich weit hinten. Nur etwa 40 Prozent der deutschen Frauen werden bei der HPV-Impfung erreicht. Welches sind Ihrer Meinung nach die Gründe für geringe Impfquoten in einem Land wie Deutschland?

Das hängt zum einen wohl mit einem in Deutschland historisch zu erklärenden Misstrauen gegen staatliche Zwangseingriffe ins Gesundheitswesen zusammen. Das hat Aversionen auch gegen absolut notwendige Maßnahmen geweckt. Als ich 2008 den Nobelpreis erhielt, hat hier eine große Gruppe von sogenannten Gesundheitsexperten ein Memorandum herausgegeben und vor der HPV-Impfung gewarnt. Das war eine grandiose Dummheit, die auch fatale Folgen hatte: Die Impfquote in Deutschland ging nach diesem Memorandum erst einmal zurück. Das hat sich seither wieder normalisiert. Durch die potentiell tödliche Bedrohung durch das Corona-Virus ist bei Vielen die Bereitschaft, sich impfen zu lassen, glücklicherweise gestiegen. Dennoch gibt es noch viel Irrationalität und ist noch viel Aufklärungsarbeit zu leisten. Das betrifft beispielsweise die

schlichte Einsicht, dass man durch eine Impfung nicht nur sich selbst, sondern auch Andere schützt oder Märchen über angebliche Impffolgen. Die sehr viel realeren Bedrohungen durch Krankheiten – denken Sie beispielsweise auch an die Masern – treten dann in den Hintergrund.

Was hilft dagegen?

Aufklärung. Da sind auch die Schulaufsichtsbehörden in der Pflicht. Wir haben in Hepenheim Aktionen in Schulen auf Initiative eines Impfarztes mit enormem Erfolg durchgeführt. Wir konnten die HPV-Impfquote von 10-15% auf 70-80% steigern. Da waren die Kinder zum Teil einsichtiger als die Eltern.

Sie haben nach Ihrer Erforschung des HPV-Erregers noch zur Entstehung von Darmkrebs geforscht...

...nicht nur Darmkrebs, sondern auch Brust- und Prostatakrebs, die zusammen etwa 30% der globalen Krebsinzidenz ausmachen. Ich hatte Anfang der 1980er Jahre das geografische Vorkommen von Brust- und Dickdarmkrebs einander gegenübergestellt. Und überall in der Welt, wo es ein hohes Brustkrebsaufkommen gab, gab es auch hohe Darmkrebsraten und umgekehrt. Die Epidemiologen sahen damals keine statistische Signifikanz. Ich habe das nicht geglaubt, aber wir haben das Thema dann liegengelassen. In den 1990er Jahren habe ich mich dann wieder sehr intensiv mit dieser Epidemiologie befasst. Das wurde auch dadurch getriggert, dass es bei Menschen eine ganze Reihe von Viren gibt, Polyomaviren, Adenoviren, in gewissem Umfang auch Epstein-Barr-Viren, die bei fast allen von uns lebenslang vorhanden sind. Sie machen - grob gesprochen - nichts! Wenn man aber diese Viren in Mäuse oder Hamster übertrug, waren sie plötzlich tumorigen. In Systemen, in denen sich diese Agenzien nicht vermehren können, wurden sie plötzlich zu Krebsviren. Und wo sie sich vermehrten, nämlich beim Menschen, gab es keinen Anhaltspunkt dafür. Und das hat bei mir die Idee hervorgerufen: Ist auch das Umgekehrte möglich? Kann es sein, dass in den Tieren, mit denen wir zusammenleben, Agenzien auftreten, die in den Tieren selbst keine Er-

krankungen hervorrufen, aber in anderen Spezies krebszeugend sein können?

Sie konnten das für Rindfleisch verifizieren?

In Regionen mit einem hohen Konsum an Rindfleisch wie den USA, Europa oder Australien ist Darmkrebs deutlich verbreiteter als in Ländern, in denen kein Rindfleisch verzehrt wird. In Japan oder Korea wird seit Kriegsende mehr Rindfleisch produziert und importiert. Seitdem steigt dort die Darmkrebsrate. Vergleichbares gilt für Brustkrebs. So haben Menschen mit einer Laktoseintoleranz signifikant seltener Brustkrebs.

Wie hat die Forschung nach dem Erreger gesucht?

Es gab ja schon länger den Verdacht, dass der Verzehr von rotem Fleisch und das Vorkommen von Krebs zusammenhängen. Das ist auch so, der Zusammenhang stellt sich aber noch spezifischer dar. Wir haben Milchprodukte, Blutseren von Milchkühen und auf der anderen Seite Blutproben von gesunden Menschen und von Krebspatienten analysiert und konnten Belege dafür vorlegen, dass sogenannte „Bovine Meat and Milk Factors“ (BMMFs), kleine ringförmige DNA-Strukturen, durch den Verzehr von Milch und Rindfleisch übertragen werden. Im Gewebe konnten an diesen Stellen auch reaktive Sauerstoffverbindungen, die auf Entzündungen hinweisen, gefunden werden. Diese begünstigen die Bildung von Krebszellen. BMMFs fördern also indirekt die Entstehung von Krebs.

Heißt das, dass wir besser auf rotes Fleisch und Milch verzichten sollen?

Nein, denn wir können davon ausgehen, dass wir praktisch alle diese Verbindungen bereits in uns tragen. Ich esse auch durchaus gerne einmal ein schönes Steak.

Welche Empfehlungen können Sie noch geben?

Unsere Forschungen haben die Bedeutung des Stillens unterstrichen. In der Muttermilch finden sich Zuckerverbindungen, die etwa in Kuhmilch fehlen. Diese verhindern, dass Erreger in das Zellinnere gelangen können. Gestillte Kinder sind deshalb vor vielen

Viren besser geschützt. Aber auch die stillenden Mütter haben ein niedrigeres Risiko, an verschiedenen Krebsarten zu erkranken.

Sie haben in jahrzehntelanger Arbeit beeindruckende Forschungsergebnisse erzielt. Welche Rolle spielt dabei Kreativität?

Wissen Sie, ich werde immer wieder gefragt: Sind das Zufallsergebnisse, glückliche Zufälle? Nein, sicher nicht. Ich glaube, wenn ich das so sagen darf, ein Talent zu haben: Ich kann gut Konzepte entwickeln, weil ich aus verschiedenen Gebieten die Dinge zusammenfassen kann. Ich habe aus verschiedenen Bereichen in mühseliger Kleinarbeit die Daten zusammengesucht. Ich hatte das Glück, dass sich mindestens dreimal in meinem Leben die Konzepte als richtig erwiesen haben, auch wenn sie zum Teil stark bestritten worden waren. Ich habe eine gute virologische Ausbildung gehabt und habe mich jetzt gut sechzig Jahre mit diesen Fragen permanent auseinandergesetzt. Das Interesse an diesen Fragestellungen hat mich nie verlassen.



**Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult.
Harald zur Hausen**

Nobelpreisträger für Medizin 2008

Harald zur Hausen (*1936) studierte Medizin an den Universitäten Bonn, Hamburg und Düsseldorf, wo er auch promovierte. Nach einer zweijährigen Medizinal-Assistentenzeit erhielt er seine Approbation als Arzt. Er arbeitete als Postdoc am Institut für Hygiene und Mikrobiologie in Düsseldorf und als Assistant Professor of Virology am Children's Hospital in Philadelphia, war Oberassistent am Institut für Virologie der Universität Würzburg und leitete als Professor und Gründungsdirektor das Institut für Virologie an der Universität Erlangen-Nürnberg. 1977 wurde er auf den Lehrstuhl für Virologie an die Universität Freiburg berufen. Von 1983 bis 2003 war er Vorsitzender und wissenschaftliches Mitglied des Stiftungsvorstandes des Deutschen Krebsforschungszentrums in Heidelberg.



Bild: An der BDH-Klinik Greifswald wird mit einer neuen Simulationspuppe trainiert.

Patientensicherheit: BDH-Klinik Greifswald trainiert mit Rettungspuppe

Die BDH-Klinik Greifswald erweitert ihre Fort- und Weiterbildung im Bereich des Notfallmanagements. Mit einer neuen und hochmodernen Simulationspuppe können Ärzte und Pflegekräfte Szenarien wie eine Wiederbelebung jetzt noch besser praxisnah trainieren. Dies trägt auch und vor allem zur Sicherheit der Patienten bei.

Der in der Luftrettung tätige Notarzt Gregor Jenichen möchte mit dem Übungsgerät vorrangig das Personal auf der Intensivstation weiterbilden. „Regelmäßige Schulungen geben Sicherheit im Alltag und ermöglichen ein professionelles Handeln bei lebensbedrohlichen Situationen“, erklärt der Oberarzt den Vorteil für die Mitarbeiter und vor allem für die Patienten.

Die Rettungspuppe ist mit Sensoren ausgestattet, die unter anderem Dauer und Inten-

sität und somit die Wirksamkeit der Reanimationsabläufe messen. Für die Puppe mit Zubehör investierte die Klinik 20.000 Euro. Sie ist Teil eines anerkannten Weiterbildungsprogramms, das sich an Pflegekräfte und Assistenzärzte richtet. Mit dem modernen Trainingsgerät lassen sich verschiedene Szenarien üben, wie zum Beispiel die Wiederbelebung. Das Ergebnis der geleisteten Hilfe kann direkt am Computer ausgewertet werden. „Auf diese Weise können wir gezielt einzelne Schritte analysieren und jeder

bekommt eine direkte Rückmeldung, wie er seine Handlungsabläufe verbessern kann“. Geschäftsführer Roger Gierczak sieht in der Reanimationspuppe mehrere Vorteile: „Das Training bietet vor allem mehr Sicherheit für unsere Patienten und diese hat für uns die höchste Priorität. Wir können damit aber auch unser Fort- und Weiterbildungsangebot ausbauen und verbessern. Das ist vor allem für unsere Mitarbeiter wichtig, die damit wichtige Qualifikationen erwerben und sich persönlich weiterentwickeln können.“



Daniel Charlton im Vorstand des Bundesverbandes Neuro-Rehabilitation e.V.

Für alle in der Neuro-Rehabilitation tätigen Träger von Einrichtungen und Institutionen, darunter auch der BDH Bundesverband Rehabilitation e.V. sowie unsere BDH-Kliniken, gibt es seit 2005 eine gemeinsame Interessenvertretung. Mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung wurde damals in Bonn der „Bundesverband NeuroRehabilitation e.V.“ als Dachverband der an der neurologischen Rehabilitation Partizipierenden gegründet. Ihm gehören neben allen in

der Neuro-Rehabilitation tätigen Träger von Einrichtungen, Fachgesellschaften und Berufsverbänden auch Behindertenverbände und Selbsthilfegruppen an. Das ist ein Novum. Denn damit ist der BNR auch der erste Verband, welcher die Belange der Betroffenen, vertreten durch ihre Verbände und Selbsthilfegruppen, in ihre Arbeit direkt mit einbezieht. Der BDH begrüßt es, dass Daniel Charlton, Geschäftsführer der BDH-Kliniken Elzach und Waldkirch, nunmehr in den Vorstand des Dachverbandes seine Kompe-

tenz einbringen kann. „Ich möchte das Amt für eine gesteigerte politische und fachliche Wahrnehmung der Neurologischen (Früh-)Rehabilitation nutzen“, so der erfahrene Klinikmanager. Die Möglichkeiten der Weichenstellungen sind hier groß: der Dachverband ist bei allen Fragestellungen im Rahmen der Neuro-Rehabilitation Ansprechpartner für die Bundesregierung. Wir freuen uns auf die Impulse, die Daniel Charlton in diesem wichtigen Bereich setzen wird.



Was macht die MBR während Corona?

In der medizinisch-beruflichen Rehabilitation (MBR) unserer Klinik in Vallendar werden junge Menschen nach einer neurologischen Erkrankung mit medizinischer und pädagogischer Unterstützung auf eine anschließende berufliche Ausbildung vorbereitet. Eva Geisler von der Öffentlichkeitsarbeit der BDH-Klinik Vallendar sprach mit der Leiterin der MBR, Birgit Heider-Neideck, über die Herausforderungen während der Pandemie.

BDH-Magazin: Wie kommen die Rehabilitanden in der MBR mit der Corona-Situation zurecht?

Birgit Heider-Neideck: Nach dem ersten Lockdown waren alle glücklich, im Mai wieder zu starten. Als dann im November bei uns Corona ausbrach, hatten alle Angst wieder dauerhaft ins Homeoffice zu müssen. Wir mussten wieder schließen. Seitdem verfolgen wir eine hybride Lösung für zwei Gruppen, eine dritte Gruppe bleibt aus unterschiedlichen Gründen in der Dauerpräsenz. Eigentlich sehnt sich der Großteil wirklich danach, wieder ständig hier sein zu können.

Wie gestaltet sich derzeit der Alltag für die Rehabilitanden?

Wir haben im Moment drei Gruppen, damit wir die Abstände einhalten können. Zwei Gruppen sind in der hybriden Lösung, sie wechseln sich alle 14 Tage ab. Und wir haben eine Dauerpräsenzgruppe. Bald finden Zwischenprüfungen und Abschlussprüfungen statt, da ist es wichtig, dass die Prüflinge konstant hier sind. Die Berufspädagogen

und die Sozialpädagogen müssen sowohl die Rehabilitanden hier vor Ort, als auch die, die zu Hause sind, betreuen. Es werden jeden Tag Telefonate oder Skype-Konferenzen geführt. Berufspädagogen, Sozialpädagogen, unser Neuropsychologe und auch die Ärztin arbeiten Hand in Hand, was nötig ist, da viele unserer Rehabilitanden aufgrund ihrer Handicaps auf persönliche und individuelle Betreuung angewiesen sind.

Wie viele andere mussten Sie die Digitalisierung vorantreiben. Was gibt es dazu zu sagen?

Wir mussten zum Beispiel das Programm „Moodle“ einführen, das auch die Schulen für Onlinebeschulung benutzen. Über dieses Programm werden Arbeitsaufträge erteilt, man kann mittels Chatroom Arbeitsgruppen organisieren und vieles mehr. In der ersten Phase der Schließung haben wir alles organisiert. Dann wurden die Mitarbeiter geschult. Und die Rehabilitanden waren ja am Anfang nicht da, somit mussten wir uns erstmal einen Eindruck verschaffen, wie wir sie

per E-Mail, Handy und über eine Homepage betreuen können. Unser Neuropsychologe hat für die Coronaphase eine Homepage entwickelt, zu der nur unsere Rehabilitanden einen Zugang erhielten. Man kann sich dort zum Beispiel Grüße schicken oder privat austauschen. Es gibt Rehabilitanden, die können zu Hause nur über ihr Handy arbeiten und auch nur über ihr Handy am Berufsschulunterricht teilnehmen. Das ist auf die Dauer nur schwer möglich.

Wie kommen die Rehabilitanden mit dem Lernen auf digitalem Wege zurecht?

Das ist etwas, wo wir auch viele fachliche Diskussionen führen. Wir merken, dass wir nicht alle ins Boot bekommen. Wir haben immer noch Menschen, für die das keine Art des Lernens ist und die auch keine Ausstattung besitzen. Wenn der Berufspädagoge kommt und sagt „Mensch, der kommt nicht klar“, dann machen wir nochmal eine Nachschulung mit dem Rehabilitanden. Und die, die gar nicht mit dem digitalen Lernen zurechtkamen, sind in der Dauerpräsenzgruppe, wo sie intensive Unterstützung erhalten.

Wie sieht die Freizeit der Rehabilitanden derzeit aus?

Unsere Sozialpädagogen haben ein Corona-konformes Freizeitprogramm organisiert. Wir haben hier im fünften Stock im Haus Lothar einen Bereich, der immer für die Abendprogramme da war. Dort befinden sich Räume mit einer Wii oder einem Kicker. In anderen Bereichen treffen sich Rehabilitanden in Lesezirkeln oder Musik- und Gesangsgruppen. Aber die Rehabilitanden müssen sich ja auch mal „austoben“. Und das ist gerade bei den kalten Temperaturen echt schwierig. Einige Rehabilitanden wirken phasenweise leicht depressiv oder niedergeschlagen. Es gibt dann auch mehr Streitereien. Und deshalb freuen wir uns auch, wenn das Wetter wieder besser wird und sie auch in einer größeren Gruppe wieder rauskönnen. Im Moment dürfen sie natürlich einkaufen gehen, aber nur zu zweit. Kinobesuche sind beispielsweise nicht möglich. Wir backen zusammen, kochen oder treffen uns zu einer Diskussionsrunde – alles immer Corona-konform. Und wir nutzen den Tagungs-

raum als Kino. Neun Leute dürfen dort mit FFP2-Maske sitzen. Zwischendurch muss es eine Maskenpause geben, diese sollte alle 70 Minuten für etwa 30 Minuten stattfinden. Das sind echte Herausforderungen.

Wie kommen die Rehabilitanden mit den Hygiene- und Abstandsregeln klar?

Die FFP2-Masken sind für viele nochmal eine Herausforderung. Ich habe die ganz ängstlichen Eltern, die permanent die Schutzmaßnahmen abfragen und dann habe ich aber auch einige Querdenker-Eltern - das macht große Probleme im Alltag. Wenn die Rehabilitanden 14 Tage zu Hause waren, sind unsere Hygieneregeln immer eine Gewöhnungssache. Wir planen jetzt auch wieder Hygieneschulungen, weil wir merken, dass sich Corona-Müdigkeit breitmacht. Die Schulungen mussten natürlich auch in leichter oder in einer Autismus-konformen Sprache aufgelegt werden.

Wie ist derzeit die Stimmung unter den Mitarbeitern in der MBR?

Wir haben ein super Team mit wenigen Aus-

fällen. Und das trotz der erheblichen Belastung, da unsere Arbeit mit gehandicapten Patienten in diesen Tagen wesentlich schwerer fällt als unter normalen Umständen. Das ist für mich ein Indikator für eine gute Arbeitsatmosphäre. Unser Mitarbeiter bringen sich kreativ ein und sind top-motiviert. Ich merke grade, wie stolz ich auf unser Team bin, das in dieser Krise immer mehr zusammenwächst. Aktuell haben wir die Pausenzeiten in ein Schichtsystem umgestellt, um die Kontakttrate zu reduzieren. An den Tischen befinden sich Haken zum Aufhängen der Maske. Jeder Tisch und Stuhl wird nach der Benutzung desinfiziert. Wir müssen momentan die Betreuung im Speisesaal selbst organisieren. Der Pflegedienst der Klinik ist nur noch von 23 Uhr bis 6 Uhr zur Kontrolle der Nachtruhe in der MBR aktiv. Bei dieser Betreuung wird nicht darauf geachtet, wer ist Berufspädagoge, Sozialpädagoge oder Jobcoach, sondern es wird gemeinsam überlegt, wann ist eine Aufsicht notwendig und wer kann dies zu welchem Zeitpunkt übernehmen. Und das ist einfach toll, wenn das so funktioniert und pragmatisch umgesetzt wird.

So sehen unsere Rehabilitanden und Azubis in der MBR die Corona-Lage

„Ich komme zu Hause gut klar, freue mich aber immer auf die sozialen Kontakte in der MBR.“

„Durch den Wechsel in die hybride Lösung habe ich zwischendurch auch mal eine Pause, wenn es mir zu viel wird.“

„Der fehlende Schulunterricht belastet mich sehr.“

„Von der Corona-Situation bin ich genervt, am wichtigsten ist es für mich wieder in die MBR zurückkehren zu können.“

„Im Homeoffice/Homeschooling habe ich keine Probleme. Ich habe mit dem Berufspädagogen über die zu erledigenden Aufgaben gesprochen und fühle mich diesbezüglich gut betreut.“

„Ich finde es gut, dass Kontakte von den Berufspädagogen, dem Psychologen, der Ärztin und den Sozialpädagogen gehalten werden in den Heimlernphasen. Auch von der Schule wird der Kontakt gehalten. Ich fühle mich gut betreut und aufgehoben.“

“

Training, Training, Training!

Schlaganfall-Patienten können nach der Zeit im Akutkrankenhaus und der stationären Rehabilitation noch starke Einschränkungen haben – sei es im motorischen Bereich oder in der Verständigung. Für alle, die in der ambulanten Therapie mit maximaler Intensität an ihren Zielen arbeiten möchten, bietet das BDH-Therapiezentrum Ortenau in Gengenbach NeurointensivWochen (NIWo) an.

Von Dr. Thomas Urbach

Schlaganfälle und andere neurologische Erkrankungen betreffen häufig ganz bestimmte Fähigkeiten und lassen andere unversehrt. Die Betroffenen weisen ein bestimmtes Muster an Beeinträchtigungen und Ressourcen auf. „Genauso wichtig: Sie haben konkrete Wünsche und Ziele“, sagt Sabine Decker, Ergotherapeutin und Therapieleitung des Zentrums, das sich durch seine Kombination von multiprofessioneller Therapie aus Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie, der neurologischen Spezialisierung und der modernen Ausstattung an Therapiegeräten und -robotik auszeichnet. Was macht eine erfolgreiche Therapie aus? In der Forschung besteht weitgehende Einigkeit darüber, dass es nicht nur darauf ankommt, das

richtige Therapieverfahren für bestimmte Störungsmuster zu finden, sondern dass es vor allem Häufigkeit und Intensität (Wiederholungszahlen) der Therapie sind, die entscheidend für substanzielle Verbesserungen sind. Das gilt nicht nur für die motorische Rehabilitation, sondern auch für die Behandlung von Verständigungsstörungen wie etwa Aphasien oder Dysarthrophonien. Ein intensives, aufgabenorientiertes und aufgabenspezifisches Training mit hohen Wiederholungszahlen ist dabei in allen Phasen der Rehabilitation wichtig. Im Bereich der Physiotherapie begünstigen erhöhte Häufigkeit und Intensität Fortschritte bei Motorik, Gehgeschwindigkeit, den grundlegenden Aktivitäten des täglichen Lebens und der Lebensqualität. Die in Deutschland

üblichen Therapiefrequenzen von einer, maximal zwei Therapieeinheiten pro Woche sind dabei oft nicht ausreichend. In einer großen Metastudie betrachtete Emma Schneider von der La Trobe University in Melbourne 2016 zahlreiche Studien, die den Effekt einer Erhöhung der Therapieintensität bei ansonsten gleichem Therapieinhalt untersuchten. Die Ergebnisse sind verblüffend. Sie zeigen, dass eine Erhöhung des Reha-Umfangs von 240 Prozent notwendig ist, um substanzielle Verbesserungen gegenüber „normaler“ Therapie zu erzielen. Wenn also etwa die reguläre Therapiezeit in einer Behandlung 30 Minuten beträgt, müssen tatsächlich rund hundert Minuten aufgewendet werden, um ein signifikant besseres Ergebnis zu erzielen.

Viel hilft viel

Dieser positive Effekt bestätigt sich in allen entscheidenden Funktionsbereichen – nicht nur in der neurologischen Rehabilitation und Frührehabilitation, sondern auch und gerade in der ambulanten Nachsorge, in der spontane physiologisch bedingte Verbesserungen keine wichtige Rolle mehr spielen. Auch bei länger zurückliegenden Ereignissen lassen sich durch intensive Therapie entscheidende Verbesserungen erzielen. Deshalb hat man am BDH-Therapiezentrum Ortenau in Gengenbach ein in Deutschland neues Konzept bei der ambulanten Behandlung von auch länger zurückliegenden neurologischen Ereignissen entwickelt: die NeurointensivWochen (NIWo). NIWo bedeutet hochrepetitives Üben: gezielt, intensiv und mit maximalen Wiederholungszahlen die Fähig-



Individuelles Intensivprogramm in Gengenbach

keiten, auf die es ankommt, zu trainieren. Jeder, der sich eine komplexe motorische Fähigkeit, etwa Skifahren, angeeignet hat, weiß, was das selbst Gesunden abverlangt. „Auch bei unseren NeuroIntensivwochen hat sich eines ganz klar gezeigt: dass intensive und hochfrequente Behandlungsintervalle wirksam sind – und die Erwartungen motivierter Patienten einlösen“, sagt Sabine Decker. Die Abrechnung erfolgt über Rezepte (Heilmittelverordnungen), die von den Hausärzten ausgestellt werden können. Damit entfällt ein aufwendiges Genehmigungsverfahren bei den Kostenträgern. Gemeinsam mit den Patienten wird ein individueller Behandlungsplan erstellt. Patienten und Angehörige übernachten außerhalb des Zentrums in Hotels und Pensionen und können so Therapie und Erholung im Schwarzwald miteinander verbinden.

Auf Basis von Hightech

Die zweite Säule des Erfolgs der Neuro-Intensivwochen ist der Einsatz von computergestützten, motorischen Übungsgeräten und moderner Therapierobotik, insbesondere zur Arm-, Hand und Gangrehabilitation. Dabei handelt es sich um speziell konstruierte Geräte, mit denen effektiv und intensiv trainiert werden kann. Ihre spezialisierten Einsatzbereiche umfassen komplexe Muskel- und Bewegungsgruppen wie etwa Gehen oder Greifen. So ermöglicht etwa der „Lokomat“, ein medizinischer Gangroboter, ein hochrepetitives und intensives Training unter maximaler Ausnutzung der Neuroplastizität und des individuellen Erholungspotenzials. Ganggeschwindigkeit, Belastung und Unterstützungsstufe werden vom Gangroboter automatisch an die Fortschritte der Patienten angepasst. Auch bei Menschen, die (zunächst) über keine Eigenfunktionen verfügen, ermöglichen das individuell angepasste Exoskelett und das dynamische Körpergewichtssystem ein echtes, physiologisches Gehen. „Für viele unserer Patienten ist das nach Monaten oder Jahren im Rollstuhl ein überwältigendes Erlebnis!“, so Sabine Decker. „Mit zunehmender Muskelaktivität wird die Unterstützung vollautomatisch angepasst und dann werden die Bewegungen assistiv zu Ende geführt – Laufen lernt man durch

Laufen!“ So lassen sich hohe Therapieintensitäten und eine optimale Förderung des physiologischen Bewegungsmusters erreichen. Der Patient erhält bei allen Übungen mit den computergestützten Geräten unmittelbar eine Rückmeldung (Biofeedback) darüber, ob und wie effektiv er die Aufgabe gelöst hat. Die Geräte passen die Herausforderungen automatisch an die Fortschritte an. Das motiviert und macht das Erreichen der eigenen Ziele unmittelbar sichtbar und erlebbar. Außerdem ist im Vergleich zur klassischen Behandlung eine viel häufigere Wiederholung der Übung möglich. Das motiviert und macht Spaß!

Aus Zielen wird Zukunft

„Neurologische Therapie ist Arbeit des Patienten an sich selbst, bei der wir Hilfestellung leisten“, hat der Neurologe Claus-W. Wallesch einmal gesagt. Die Patienten werden daher vorab in einem ausführlichen Erstgespräch genau nach ihren Wünschen, Erwartungen und Zielen befragt. Denn der entscheidende Beitrag der qualifizierten Therapeuten liegt in der präzisen Thera-

pieplanung, die den Zielen der Patienten angepasst wird. Dabei wird gemeinsam festgelegt, was genau und in welchem Ausmaß realistischerweise in den drei Wochen, die zur Verfügung stehen, verbessert werden soll. Deshalb erfolgt bereits am ersten Tag eine ausführliche Befundung inklusive Videodokumentation; es wird ein Behandlungsplan erstellt – und dann geht es los!

„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 125 Euro pro Woche!“

Ilse Müller,
BDH-Stiftungsvorstand



Intensives Training auf dem Lokomat

Neues aus den Kreisverbänden

REGIONALGESCHÄFTSSTELLE MALENTE

Ausfall der Sozialen Wochen 2021 im HANSAPARK



Liebe Mitglieder!

Hiermit möchten wir Sie darüber informieren, dass der jährliche, beliebte Ausflug in den HANSAPARK im Rahmen der Sozialen Wochen auch in diesem Jahr coronabedingt leider erneut ausfällt. Der HANSAPARK kann derzeit keine verbindliche Aussage treffen, ob und wann und unter welchen Rahmenbedingungen in dieser Saison überhaupt geöffnet werden kann. Sollte sich eine andere Entwicklung ergeben, werden wir dies im BDH-Magazin bekanntgeben.

Bitte bleiben Sie gesund! Ihre Regionalgeschäftsstelle Malente

KREISVERBAND KÖLN

Viktor-Jäger-Stiftung spendete für bedürftige Mitglieder

Seit einigen Jahren erhält der Kreisverband Köln von der Viktor-Jäger-Stiftung eine Spende in nicht unerheblicher Höhe. Auch im Jahr 2020 stellte der Kassierer mit Freude fest, dass eine Gutschrift auf dem Bankkonto erfolgt war. So konnte er zum ohnehin eigenwilligen Weihnachtsfest 2020 unter Coronabedingungen einigen aus-

gewählten Mitgliedern mit sehr geringem Einkommen eine Geldzuwendung überreichen. Diese wurde mit großer Freude dankbar angenommen. Der Vorstand des Kreisverband Köln dankt der Stiftungsverwaltung auch auf diesem Weg im Namen der Bedachten ganz herzlich für ihre Unterstützung!

Änderungen der Sprechzeiten

Sprechstunden: dienstags und donnerstags von 13:00 Uhr bis 17:00 Uhr und nach Vereinbarung

Ansprechpartner: Frau Jutta Lisker Adresse: Bonner Straße 263, 50968 Köln Telefon: 0221-932 05 64 | E-Mail: info@bdh-kvkoeln.de

BUNDESZENTRALE

Neuer Buchhalter in der Bundeszentrale in Bonn



Seit dem 1. März ist Andreas Spohn der neue Mann in der Buchhaltung des BDH in Bonn. Herr Spohn ersetzt Timo Reiche, der uns verlässt, um sich seinem Masterstudium zu widmen. Herr Spohn ist 50 Jahre alt, verheiratet und ist Vater eines Kindes. Wir haben in ihm einen erfahrenen Kollegen finden können, der auch die Kreisverbände in allen Fragen der Buchhaltung gut unterstützen wird. Sie erreichen Herrn Spohn unter: andreas.spohn@bdh-reha.de.

Ehrung für 20 Jahre Mitgliedschaft



Mitglieder in großem Rahmen geehrt. Ich grüße auf diesem Weg alle Jubilare des Kreisverbandes Bonn/Rhein-Sieg, auch im Namen des gesamten Kreisvorstandes und freue mich, wenn ich bald die Ehrungen wieder persönlich vornehmen kann.“

Leben, was sonst?

Was braucht man eigentlich zum Überleben? Nahrung, Kleidung und ein Dach über dem Kopf mit der Möglichkeit zu heizen an kalten Tagen. Da wird niemand widersprechen. Diese Grundlagen sind für die meisten von uns gesichert. Und trotzdem macht sich zurzeit gedrückte Stimmung und Unmut bis hin zu Depression oder Aggression in unserer Gesellschaft breit.

Das, was uns inklusive medizinischer Versorgung garantiert wird, genügt uns offensichtlich nicht. Oder besser gesagt, es reicht halt auch nur zum Überleben. Wir wollen mehr! Nicht weil wir anspruchsvoll oder vermessen sind. Sondern weil wir mehr sind als die Summe unserer biologischen Körperfunktionen.

Wir Menschen erreichen Außergewöhnliches, wenn wir einen Sinn sehen, wenn wir Hoffnung haben, wenn wir Liebe spüren. Die Arbeit geht uns leichter von der Hand, wenn wir glücklich sind. Schwere Zeiten sind besser zu bestehen, wenn uns jemand begleitet. Eine überwältigende Kraft steckt in diesen nicht greifbaren Lebensgrundlagen. Durch sie wird unser Überleben zum Leben. Ein Leben, für das sich unser Mühen lohnt. Ein Leben, das wir erhalten wollen.

Im Moment gibt es viele Gespräche über den Erhalt des Lebens. Leben soll geschützt werden vor Krankheit und Tod. Beim genaueren Hinsehen fällt auf, dass sich eine große Einseitigkeit eingeschlichen hat: Das rein körperliche Überleben steht im Vordergrund während die nicht greifbaren Lebensgrundlagen knapp zu werden drohen. Auf Überleben reduziert geht uns aber die Lebenslust aus. Die Vorräte an Geduld und Motivation schwinden. Wenn im Extremfall die Erfahrung von Sinn und Liebe ausbleibt, ist selbst das Überleben gefährdet.

Unsere digitalen Möglichkeiten fangen viel auf. Aber offensichtlich gibt es nichts, was uns die unmittelbare menschliche Nähe ersetzt. Nichts anderes birgt so viel Kraft und Lebensenergie wie spürbare menschliche Begegnung und Zuwendung. Es ist höchste Zeit, dass wir Wege finden, die uns nicht nur überleben, sondern wieder aufleben lassen.

Susanne Lindinger



Liebes BDH-Team!

Ich bin 2018 Mitglied im BDH geworden und habe gerade die aktuelle Ausgabe unseres BDH-Magazins erhalten und sofort intensiv gelesen. Als erstes möchte ich ein „dickes Lob“ zur Gestaltung unseres Magazins aussprechen. Es ist sehr leserfreundlich, informativ und übersichtlich.

Besonders hat mich der Artikel „Verhinderungspflege anpassen“ von Ulrike Abel in den Bann gezogen. Natürlich habe ich unverzüglich meine Unterschrift für die Petition geleistet und werde in meinem Bekanntenkreis tüchtig zum solidarischen Mitmachen werben. Auch meine Lebenspartnerin findet es sehr wichtig, nützlich und hilfreich, gegen Verschlechterungen im Eckpunktepapier des Bundesgesundheitsministeriums aktiv zu kämpfen.

Sie pflegt mich (Pflegegrad 3 und schwerbehindert mit einem GdB 100+B+G) und ist selbst berufstätig. Da sind regelmäßige, stundenweise Entlastungszeiten zur Aufrechterhaltung der Kräfte zwingend

notwendig. Diese stundenweisen Entlastungen in jeder Woche sind nach unserer Ansicht für uns besser, als z.B. Aufenthalte in einer Kurzzeitpflege. Zusätzlich lassen sich stundenweisen Entlastungszeiten viel besser bei Berufsausübung der Pflegeperson integrieren. Die bisher vorgesehene 40%-Regelung muss verhindert werden! Das Ziel muss auch zukünftig bleiben, die häusliche Pflege und damit auch die Bereitschaft dazu, durch Angehörige und Nachbarn zu unterstützen.

Bleibt bitte weiter kämpferisch gegen die Verschlechterungen im Eckpunktepapier und informiert die Mitglieder weiter. Danke!

Mit freundlichen Grüßen aus Berlin
Rainer Piontek, Berlin



Herausgeber und verantwortlich für den Inhalt (Chefredaktion)

BDH Bundesverband Rehabilitation Sitz: 53119 Bonn | Lievelingsweg 125
Tel.: 0228/96984-0 | Fax: 0228/96984-99 | E-Mail: info@bdh-reha.de | www.bdh-reha.de

Redaktion und Anzeigenschaltung

Thomas Kolbe | 53119 Bonn | Lievelingsweg 125
Tel.: 0228/96984-0 | Fax: 0228/96984-99 | E-Mail: t.kolbe@bdh-reha.de | www.bdh-reha.de

Grafikdesign

gotoMEDIA Werbe- und Medienagentur | Spielplatzstraße 19 | 33129 Delbrück

Druck und Vertrieb

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

Fotonachweise Paul Brennan/Shutterstock.com, qvist/Shutterstock.com, Monkey Business Images/Shutterstock.com, Ljupco Smokovski/Shutterstock.com, Stock Rocket/Shutterstock.com, Gajus/Shutterstock.com, Indypendenz/Shutterstock.com, Here/Shutterstock.com, goodluz/Shutterstock.com, anyaiavanova/Shutterstock.com, r.classen/Shutterstock.com, Photographee.eu/Shutterstock.com, Sasin Paraksa/Shutterstock.com, Kzenon/Shutterstock.com, ITTIGallery/Shutterstock.com, BRO.vector/Shutterstock.com, VadimZosimov/Shutterstock.com, Barmaleeva/Shutterstock.com, BRO.vector/Shutterstock.com, BDH Bundesverband Rehabilitation

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 Hanni Fiedler (02.04.)
KV Friedberg

95 Artur Herberger (24.03.)
KV Südhessen

Erich Baum (03.04.)
KV Malente

94 Alfred Pohling (23.04.)
KV Hannover

92 Karl-Heinz Maar (17.04.)
KV Hannover

Margot Freihube (10.03.)
KV Fulda

Paul-Aloisius Hohmann (24.03.)
KV Fulda

91 Marianna Soffner (15.03.)
KV Delmenhorst-Hoya

Siegfried Frick (30.03.)
KV Hannover

Horst Wurm (16.04.)
KV Hannover

Sophia Wirth (16.04.)
KV Friedberg

Frieda Grimm (08.03.)
KV Hannover

Peter Kieckbusch (06.03.)
KV Malente

Dieter Sowada (12.03.)
KV Friedberg

Claus Sybille (22.03.)
KV Hannover

Helga Wand (05.04.)
KV Hannover

Wilhelm Büsch (22.04.)
KV Hannover

90

85

80

GOLDENE HOCHZEIT

Heinz Barg (25.09.20)
KV Hannover



EHRENTAFEL

Larissa Byczynski (74)
KV Berlin

Ali Eslamizad (75)
KV Berlin

Gudrun Borries (76)
KV Berlin

Gert Steffin (95)
KV Berlin

ZUM NACHLESEN



Das Experiment sind wir

Christian Stöcker

Corona, Klimawandel, Schuldenberge – der Kognitionspsychologe Christian Stöcker, untersucht in seinem Buch „Das Experiment sind wir“

die große Beschleunigung unserer Zeit, die zahlreiche Krisen heraufbeschworen hat. Stöcker bringt Licht ins Dunkel einer scheinbar chaotischen Entwicklung, deren Steuerung uns zu entgleiten scheint.

ISBN: 978-3-89667-677-1



„Ich bin, ich bin, ich bin“

Maggie O'Farrell

Es geht um jeden einzelnen Herzschlag! Das Leben führte Maggie O'Farrell durch unfassbare 17 Nah-toderfahrungen. Nur wenige waren dem Tod so viele Male so nah.

Aus jeder ihrer Grenzerfahrungen schuf sie ein Kapitel und gewährt Einblicke in eine beinahe tödliche Geburt, Virusinfektionen und 15 weitere beinahe tödliche Situationen in einem unfassbaren Leben.

SBN: 978-3-492-05889-6



Sprich mit mir

T.C. Boyle

Roman-Superstar T.C. Boyle präsentiert sich in seinem neuen Buch „Sprich mit mir“ in absoluter Topform. Was könnte geschehen, wenn ein

Schimpanse-Baby wie ein Menschenkind erzogen wird und das Sprechen lernt? – ein tierisch verrücktes Gedankenabenteuer.

ISBN: 978-3-44626-915-6

» Meine Erwerbsminderungsrente wurde abgelehnt. Der BDH widersprach und veranlasste weitere medizinische Begutachtungen. Dank dem BDH bekomme ich nun die volle Rente! Das erleichtert mich sehr! «



mein BDH
sozialstark



Sie kommen zu Recht – BDH-Sozialrechtsberatung

Sie haben Fragen zum Sozialrecht, zur gesetzlichen Krankenversicherungen, zu Pflege, Behinderung, Rente oder Grundversicherung? Sie benötigen Beratung, Unterstützung bei Anträgen oder professionelle juristische Vertretung?

Sozialrecht ist komplex und für Laien schwer durchschaubar. Mit uns haben sie einen erfahrenen Partner an Ihrer Seite. Wir informieren und beraten Sie umfassend, unterstützen Sie gegenüber den Leistungsträgern und vertreten Sie auch vor Gericht.

Im Rahmen unserer Gemeinnützigkeit ist die Beratung für Mitglieder gratis. Für Interessierte bieten wir eine kostenfreie Erstberatung. Kontaktieren Sie uns. Wir helfen Ihnen – 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