

Steirische Gesellschaft für Muskelkranke



musculus

September / 2008

Nr. 23 / 6. Jahrgang



Aus dem Inhalt

Atemphysiotherapie bei neuromuskulären Erkrankungen

Forscher verwandelten Hautzellen in neue Nervenzellen

Der Kampf um das „gleichberechtigte“ Leben

Eltern behinderter Kinder: Anspruch auf Arbeitslosengeld

Das Bundesbehindertengleichstellungsgesetz in Theorie und Praxis

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
Atemphysiotherapie bei neuromuskulären Erkrankungen	4
Forscher verwandelten Hautzellen in neue Nervenzellen	11
Der Kampf um das „gleichberechtigte“ Leben - im Aufbruch?	12
Eltern behinderter Kinder: Anspruch auf Arbeitslosengeld nach der Betreuungspflicht ..	14
Das Bundesbehindertengleichstellungsgesetz in Theorie und Praxis	16
UNO-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen	19
Behinderung als gesellschaftliche Herausforderung	20
Justin Black - Botschafter der Münchner Stiftung MyHandicap	23
Nützliche Adressen	24
Tipps und Hinweise	26

Unsere Termine für 2008:

Gruppentreffen in der Salvatorpfarre, 8010 Graz, Robert-Stolz-Gasse 3
jeweils am letzten Donnerstag im Monat (Ausnahmen beachten!)
um 18:00 Uhr:

25. September 2008

30. Oktober 2008

27. November 2008

Erstes Wochenende im Advent (28./29./30. 11. 2008):

Weihnachtsbasar in Feldbach

Impressum:

Steirische Gesellschaft für Muskelkranke

Elke Trummer, Mühlgasse 6, 8330 Feldbach

Tel.: +43(0)3152/2722, Fax: +43(0)3152/434016

E-mail: muskelkranke-stmk@aon.at, Internet: <http://www.muskelkranke-stmk.at>

Redaktion: Dr. Barbara Streitfeld, E-Mail: barbara.streitfeld@tele2.at

Bankverbindung: Südoststeirische Sparkasse, Konto-Nr.: 0000-000828, BLZ 20809

Druck: Reha Druck, Graz

Liebe Freundinnen und Freunde,



der Sommer klingt aus, die Nächte werden kühler, und bald wird uns der Herbst mit seiner Farbenpracht erfreuen. Hoffentlich gestärkt durch schöne sonnige und erholsame Urlaubstage können wir den „Kampf um ein gleichberechtigtes Leben“ wieder aufnehmen. Im Oktober werden wir Gelegenheit haben, unsere Gruppe, die Steirische Gesellschaft für Muskelkranke, im Rahmen des diesjährigen Selbsthilfetages auf dem Hauptplatz in Graz zu präsentieren.

Voraussetzung für alle Aktivitäten ist ein gutes Atemsystem. Daher bringen wir diesmal im *musculus* einen wichtigen Artikel über Atemphysiotherapie; denn, so die Autorin: „Während der Verlauf der neuromuskulären Krankheit kaum beeinflussbar ist, kann durch gezielte Atemphysiotherapie an der Reduzierung der respiratorischen Folgeschäden gearbeitet werden.“ Wichtig in diesem Zusammenhang ist ein exakt erhobener Atemfunktionsbefund, der im Verlauf der Therapie immer wieder auf Veränderungen überprüft werden sollte.

Gerhard Lichtenauer macht uns in seinem Artikel Hoffnung auf eine Grundrechtskorrektur im österreichischen Sozialrecht. Harald Schmerlaib hat sich ausführlich mit dem Bundesbehindertengleichstellungsgesetz beschäftigt und berichtet von eigenen Erfahrungen in einem Schlichtungsverfahren. Er möch-

te allen, die sich in ihrer Teilnahme am öffentlichen Leben behindert fühlen, Mut machen, selbst initiativ zu werden.

Ganz in unserem Sinne begreift Univ. Prof. Dr. G. Weber, Präsident der Lebenshilfe Österreich, Behinderung als gesellschaftliche Herausforderung; er ist für die Abschaffung der Eugenischen Indikation und fordert stattdessen eine umfassende Unterstützung für Eltern mit behinderten Kindern.

Wie Eltern, die ein behindertes Kind betreuen, ihren Anspruch auf Arbeitslosengeld geltend machen können, informiert eine Aussendung der AK Niederösterreich.

Außerdem erfahren wir Neues von Justin Black. Es gibt wieder Tipps und Hinweise sowie eine Liste wichtiger Adressen und am Anfang die Termine unserer Treffen in der Salvatorpfarre.

Mit guten Wünschen für einen bunten Herbst

Eure/Ihre

Elke Trummer
Präsidentin der Steirischen Gesellschaft für Muskelkranke

Atemphysiotherapie bei neuromuskulären Erkrankungen

Die Atemmuskulatur, also das Zwerchfell, die Zwischenrippen- und die Atemhilfsmuskulatur verhalten sich in ihren physiologischen Eigenschaften wie die gesamte Skelettmuskulatur. Es treten also auch hier als Folge neuromuskulärer Erkrankungen Schwächen oder Lähmungen auf, die, trotz primär gesunder Lunge, bis zur ventilatorischen Insuffizienz (Atemversagen) führen können.

Darüber hinaus tragen zwei weitere Faktoren zur Kraftminderung der Atemmuskulatur bei:

- zunehmender körperlicher Abbau aufgrund der fortschreitenden Grunderkrankung erzeugt über den damit verbundenen körperlichen Aktivitätsverlust zunehmende Inaktivitätsatrophie der zunächst gesunden Atemmuskeln.
- durch Lähmungen der Rumpfmuskulatur entsteht häufig ein Haltungsabbau einschließlich einer Wirbelsäulenverkrümmung (Skoliose). Der verformte Brustkorb verkürzt oder überdehnt ständig die Atemmuskeln und beeinträchtigt dadurch ihre Leistungsfähigkeit.

Die Aufrechterhaltung physiologischer Blutgasspannungen (Partialdruck von Sauerstoff und Kohlendioxyd im Blut) erfordert eine erhöhte Atemfrequenz.

Atemmuskeln, die noch nicht eingeschränkt sind, müssen dann ausgleichend mehr leisten, werden übermüdet und können im Fall von auftretenden Infekten, Pneumonien oder Bronchitiden überlastet werden. Die Folge ist die akute ventilatorische Insuffizienz mit Hyperkapnie (Erhöhung des Kohlendioxidgehaltes im Blut) und Hypoxie (Sauerstoffmangel im Gewebe).

Da neuromuskuläre Erkrankungen unterschiedliche Verläufe haben, können Störungen der Atemmuskulatur in jedem Stadium der Erkrankung auftreten. So ist es durchaus möglich, dass eine Verminderung der Vitalkapazität schon eingesetzt hat, bevor Bewegungseinschränkungen deutlich werden. Je frühzeitiger eine beginnende ventilatorische Insuffizienz erkannt wird, desto rechtzeitiger können Gegenmaßnahmen, wie die intermittierende kontrollierte Beatmung über eine Nasenmaske (Heimbeatmung) eingeleitet werden.

Während der Verlauf der neuromuskulären Krankheit kaum beeinflussbar ist, kann durch gezielte Atemphysiotherapie an der Reduzierung der respiratorischen Folgeschäden gearbeitet werden. Zur Beurteilung des Ausmaßes der Schädigung sollte im Vorfeld ein exakter Atemfunktionsbefund erhoben und im Laufe der physiotherapeutischen Behandlungen immer wieder auf Veränderungen überprüft wer-

den.

Der Befund setzt sich aus verschiedenen Teilbereichen zusammen, die nachfolgend dargelegt werden:

1. Subjektive Beschwerden

In vielen Fällen empfinden Betroffene nicht die Schwere ihrer Atemstörung. Dies liegt zum einen an der verminderten körperlichen Aktivität, aufgrund derer die eingeschränkte Atemreserve nicht wahrgenommen wird. Zum anderen entwickeln sich unbemerkte Anpassungsvorgänge, durch die z.B. eine sich einstellende Hyperkapnie und Hypoxie nicht empfunden wird. Somit gibt der Patient erst dann Atemnot (Dyspnoe) an, wenn durch eine Belastung das Fehlen der Atemreserven deutlich wird, wie z.B. bei Infekten, Bronchitiden oder Pneumonien. Denn zum einen reduzieren schon banale Infekte die muskuläre Leistungsfähigkeit um mindestens 10 %, zum anderen muss die Atemarbeit durch die Erhöhung des Atemwegswiderstandes (der aufgrund der Verengung der Atemwege durch vermehrte Sekretbildung entsteht) gesteigert werden. Bei fehlenden Atemreserven kommt es demzufolge häufig zu einem akuten lebensbedrohenden Atemversagen.

Lageabhängige Atemnot, z.B. in flacher Rücken- oder Seitenlage oder im Wasser, deutet auf eine ein- oder beidseitige Zwerchfellschwäche hin.

Folgende Zeichen weisen auf während des Nachtschlafs auftretende Hypoxien und Hyperkapnien hin:

- Morgendliche Kopfschmerzen

- Nächtliche Schlafstörungen
- Müdigkeit, Einschlafneigung und Adynamie am Tag
- Konzentrationsstörungen
- Einschränkung der Belastbarkeit
- Appetitlosigkeit

2. Sichtbefund

Der sichtbare Atembefund dient als ein Kriterium zur Beurteilung des Atembewegungsmusters und des Bewegungsausmaßes von Brustkorb und Bauch im Zusammenhang mit der Atemfrequenz, dem Atemrhythmus und dem Atemweg (Nase oder Mund). Er sollte unbedingt in verschiedenen Ausgangspositionen (Rücken-, Bauch-, Seitlage, Stand oder Sitz) vorgenommen werden, weil durch die Einwirkung der Schwerkraft in verschiedenen Lagen Atemmuskeln unterschiedlich gefordert werden und somit unterschiedliche Bewegungsmuster entstehen. Zur Verdeutlichung dieser Befunde sollte der Patient einer für ihn entsprechenden Belastung ausgesetzt werden. Dabei können Tastbefunde zur genaueren Erfassung der Bewegungsabläufe beitragen.

Sichtbare Zeichen einer Atemmuskelfunktionsstörung sind:

- Geringes Atembewegungsausmaß oder Atembewegungsausfall ganzer Bereiche im Seitenvergleich.
- Die Einziehung des Bauches während der Inspiration als Zeichen eines geschwächten oder gelähmten Zwerchfells. Da das Zwerchfell in diesem Fall nahezu passiv ist, überträgt sich der negative Druck im

Brustraum auf das Abdomen und zieht es ein. Ist nur eine Zwerchfellhälfte betroffen, können entsprechend asymmetrische Bewegungsmuster auftreten (ggfs. Abklärung mittels Röntgenaufnahme).

- Bei geschwächter oder gelähmter Zwischenrippenmuskulatur ziehen sich bei der Einatmung die Zwischenrippenräume durch den Unterdruck im Brustkorb ein. Umgekehrt können sie sich bei hohem Brustkorbinnendruck, z.B. beim Husten, nach außen vorwölben.
- Kompensatorische Mehrbewegungen oder auch Aktivitäten der Atemhilfsmuskulatur. Sie sind bei Muskelkranken häufig erforderlich, darum ist ihr Einsatz bei der Einatmung nicht falsch; sie müssen sogar in ihrer Funktion unterstützt und trainiert werden.
- Mangelhafter Hustenstoß durch erhöhte Atemfrequenz, verringertes Atemzugvolumen sowie Schwäche der Bauchmuskulatur (Gefahr der Sekretzurückhaltung). Die Sprechdauer ist kurz und die Stimme meist leise und schwach.

Bei der Beurteilung der Atembewegungsqualität sollten außer der Atemmuskelfunktion auch die Körperhaltung, die Wirbelsäulenform und -deformitäten sowie die damit verbundenen Veränderungen der Rippenmobilität und der Muskellängen aber auch die Störung der Muskelspannung, vor allem von Rumpf- und Halsmuskulatur, in dem Befund miteinbezogen

werden.

3. Funktionsbefund

Einatemabhängige Funktionen wie das Gähnen, Riechen, Schnupern oder Seufzen sind bei Kraftminderung oder –verlust der Einatemmuskulatur in ihrer Intensität und Qualität erheblich eingeschränkt.

Ein hervorragender Test für die Zwerchfellkraft ist das Schnupern. Bei Schwäche können diese kurzen und schnell hintereinander geschalteten Einatemhübe kaum ausgeübt werden.

Ausatemabhängige Funktionen sind: Sprechen, Singen, Blasen, Pfeifen. Sie verlangen ein langsames ‚Hergeben‘ der Atemluft für eine lange Phonations- und Tonhaltedauer. Geschwächte Atemmuskeln können diese „gebremste“ Ausatmung nur ungenügend ausführen, der Brustkorb sinkt rasch zusammen, die Sprechphase ist nur noch kurz und die Stimme leise.

Verstärkte Ausatemmanöver wie Husten, Räuspern, lautes Rufen, Schreien, Lachen und „Drücken“ sind nicht nur vom Atemzugvolumen abhängig, sondern auch von der Kraft der Bauchmuskulatur und von der Fähigkeit des Glottisverschlusses.

4. Lungenfunktion

Der Schweregrad der Atemmuskelfunktionsstörung muss durch verschiedene Lungenfunktionsmessungen objektiviert werden:

- Analyse der Blutgaswerte von Sauerstoff (PaO_2) und Kohlendioxid (PaCO_2). Bei ventilatorischer Insuf-

fizienz ist der PaCO_2 erhöht und der PaO_2 herabgesetzt.

- Messung der Atemmuskelfkraft (Pi max)
- Messung der Vitalkapazität
- Messung des Atemzug- und Atemminutenvolumens

Dabei sind folgende Standards hilfreich:

Vitalkapazität unter 50%: beginnende respiratorische Probleme. Die Blutgase sind normal, evtl. bereits nächtliche Störungen.

Vitalkapazität unter 30%: eine Dekompensation ist möglich, der Patient sollte in die Heimbeatmung eingewiesen werden.

Vitalkapazität unter 20%: der Patient ist hyperkapnisch (PaCO_2 hoch) und beatmungspflichtig.

Vorschläge für die Atemphysiotherapie:

Sinn und Zweck der Atemtherapie ist die Verbesserung der Ventilation, also der Lungenbelüftung. Ventilation ist das Ergebnis der Atembewegung. Die Atembewegung läuft normalerweise unwillkürlich ab, kann aber auch willkürlich gebahnt, korrigiert, koordiniert und ökonomisiert werden. Darum ist Atemtherapie auch Bewegungstherapie und unterliegt im Bezug auf Ausführung und Behandlungstechniken den gleichen Gesetzmäßigkeiten wie die Behandlung der Skelettmuskulatur. Aus diesem Grund empfiehlt es sich, das Bewusstsein und die Wahrnehmung für die Atembewegung zu einem

möglichst frühen Zeitpunkt der Erkrankung zu wecken.

Bei der Wahl der atemtherapeutischen Maßnahmen bei muskelkranken Patienten müssen zwei Stadien unterschieden werden (s. Lungenfunktion), die vom Kraftzustand der Atemmuskulatur abhängig sind:

1. Frühstadium

Die Atemmuskulatur weist genügend Kraftreserven auf. Hier kann ein regelrechtes Kraft- und Ausdauertraining für die Atemmuskeln stattfinden.

2. Spätstadium

Die Atemmuskeln sind in ihrer Kraft erheblich vermindert. Der Behandlungsspielraum ..reduziert sich auf Maßnahmen, die die Atembewegung, die Sekretelimination und denHustenmechanismus unterstützen.

1. Frühstadium:

Zahlreiche Studien belegen, dass ein gezieltes inspiratorisches Muskeltraining mittels eines Trainingsgerätes (Respi-Fit) die respiratorische Muskelfunktion verbessert und daher sinnvoll ist. In der Atemphysiotherapie sollte man sich von diesen Ergebnissen ermutigen lassen, Elemente aus dem Training in die Behandlung mit einfließen zu lassen. Die Therapie muss so dosiert werden, dass der Patient nicht in eine Atemmuskelererschöpfung hineingetrieben wird. Überlastet ist der Patient, wenn nach dem Training keine ausreichende Erholung eintritt oder die Erholungsphase sehr lange dauert.

Möglichkeiten zur Atemmuskelaktivierung oder -training :

- Einatmen gegen einen inspiratorischen Widerstand, z.B. durch sog. Einatemtrainer oder durch „körper-eigene“ Stenosen, z.B. das Verengen eines oder beider Nasenflügel. Es soll zu einer langsamen, tiefen Einatembewegung des gesamten Rumpfes kommen, ohne Auftreten paradoxer Atembewegungen.
- Einatmen gegen manuelle Bewegungswiderstände am Brustkorb und am Bauch. Dabei sollten die Muskeln für die abdominale, die thoraxweitende und die thoraxhebende Funktion (einschließlich der Atemhilfsmuskeln) miteinbezogen werden. Die Widerstandsarbeit kann durch unterschiedliche Ausgangspositionen wie z.B. Bauchlage, Kopftiefenlagen oder Dehnlagen verstärkt werden.
- Schnüffelndes Einatmen, auch mit Stenosen
- Atemtherapie im Wasser. Hier müssen die Einatembewegungen gegen den hydrostatischen Druck, d.h. gegen einen gleichmäßigen „Rundumwiderstand“ geleistet werden.
- Einsatz von isometrischen Spannungen, z.B. nach maximaler Einatmung versuchen, die Bewegung noch weiter fortzusetzen, also „die Atembewegung weiterdenken“. Sie führen zu einer sich verstärkenden Muskelspannung, die sich dem möglichen Maximum nähert. Hilfreich kann z.B. die Aufforderung sein, sich nicht den Brustkorb zu-

sammendrücken zu lassen.

Diese Techniken lassen sich sehr gut mit Ausatemtechniken kombinieren, bei denen die Inspirationsmuskeln in ihrer nachgebenden Kraft (Bremskraft) aktiviert werden:

- Phonationstechniken: stimmlos: *f, β, sch, ch* oder stimmhaft: summen mit *w, m, n, s, sch* oder mit Silben verbunden: *sum, brum* usw. Singen von Tönen mit Vokalen (*o, u, a*), oder Sprechen von Sätzen oder Texten, zunächst in kurzen, später in längeren Phrasen.

Es muss dabei geachtet werden, dass die Tonhöhe angenehm ist und dass beim Singen oder Tönen die Tonhöhe und Lautstärke kontinuierlich bleiben. Dabei ist die Lautstärke weniger wichtig als der Klang der Töne.

- Blasmusikinstrumente wie z.B. Blockflöte oder Mundharmonika sind hervorragende Instrumente zum Trainieren der „Tonstütze“.
- Blasespielzeuge (z.B. Seifenblasen: „nicht so viele kleine, sondern eine große Seifenblase formen“).
- Pfeifen oder Pusten („so pfeifen oder pusten, dass eine in der Nähe brennende Kerzenflamme nicht zum Flackern kommt“).

Möglichkeiten zur Aktivierung der Bauchmuskulatur für einen besseren Hustenstoß:

- Ausatmen gegen einen Widerstand, z.B. einen mit der Faust geformten

Tunnel oder auf den Laut ,f' entweder mit kurzem, stakkatoartigem oder längerem Anblasen.

- Pusten durch einen Strohhalm.
- Phonationstechniken mit Endungen auf Explosivlauten: p, t, k.

Variationsmöglichkeiten zu diesen Techniken ergeben sich durch verschiedene Ausgangspositionen, durch Arbeiten auf instabilen Unterlagen wie z.B. Therapie-Rolle, Pezzi-Ball, Schaukelbrett, oder modifizierten „Schwebelbalken“, durch Stemmübungen, peripheren Spannungen oder durch Arbeit im Wasser.

In diesem Zusammenhang sollte auf einen wesentlichen Aspekt gesondert hingewiesen werden:

Häufig sind bei Muskelkranken die Bauchmuskeln geschwächt, so dass das physiologische Widerlager im Sitzen oder Stehen für eine gute Zwerchfellkontraktion fehlt; außerdem wird es nicht in die für die Inspiration günstige Ausgangslage gebracht, aus der heraus eine effektive Kontraktion erfolgen kann. In der Bauchlage wird das fehlende Widerlager durch den „Boden“ ersetzt. Dabei drücken die Bauchorgane das Zwerchfell in den Thorax hinein. Beim Einatmen muss das Zwerchfell gegen die Bauchorgane eine Widerstandsarbeit leisten. Dieser Effekt kann durch Kopftieflage oder Knie-Ellenbogen-Lage gesteigert werden. Bei bestehenden Kontrakturen sollten diese Ausgangspositionen mit entsprechenden Hilfsmittel bzw. Lagerungsmaterial modifiziert werden.

2. Spätstadium:

Im Spätstadium (Vitalkapazität unter 20 %) sind tiefe Ein- und Ausatembewegungen nicht mehr möglich. „Seufzen“ und „Gähnen“ als tiefe „Belüftungsmechanismen“, die beim Gesunden normalerweise mehrmals pro Stunde unwillkürlich ablaufen, sind bei Muskelkranken ebenso wie das Husten im Ausmaß stark reduziert. Die Rippen und die Lungen werden „steif“, es bilden sich Mikroatelektasen, Sekret sammelt sich an und wird ungenügend eliminiert. Durch mangelnde körperliche Bewegung ist das Durchblutungs-Belüftungsverhältnis in der Lunge gestört.

Zur Vermeidung von diesen Sekundärfolgen sowie im Fall von Infekten muss der Therapeut oder (nach vorheriger Einweisung) der Angehörige/Pfleger mit passiven Techniken zur Unterstützung und Vertiefung der Ein- und Ausatmung die Atemarbeit übernehmen, die der Patient mangels eigener Kraft nicht mehr leisten kann.

Folgende Maßnahmen verbessern die Ventilation, die Rippenmobilität, die Sekretmobilisation und den Hustenmechanismus:

Unterstützung der Einatmung:

- Dehnungen bzw. Dehnzüge am langen oder kurzen Hebelarm (Arm/Bein oder Schulter/Becken) entweder im Atemrhythmus oder über mehrere Atemzüge
- Dehnzug direkt am Rumpf (z.B. im Sitzen).
- dehnende Lagen und Lagerungen,

- soweit sie die Atembewegung nicht durch zu starke Widerstände behindern.
- Herabsetzen atembewegungshemmender Widerstände an Wirbelsäule, Brustkorb und Rumpfwand, z.B. durch Massage im Atemrhythmus, heiße Rolle, Hautabziehgriffe, passives Bewegen des Rumpfes.
 - „Schnellender Thorax“: wenn am Ende einer tiefen mittels manueller Kompression forcierten Ausatmung ein sofortiges Loslassen erfolgt, kommt es automatisch zu einer nahezu passiven tieferen Einatmung.

Unterstützung der Ausatmung, des Sekrettransportes und des Hustenmechanismus:

- manuelle Kompression am Brustkorb und Bauch, kombiniert mit Vibrationen, Schüttelungen, Phonationstechniken
- Schwingungen
- Vibrierendes Summen
- Kopftieflagen (Bauch- oder Seitlagen), um den Abfluss von Sekret zu erleichtern, unter gleichzeitigem Einsatz des Beatmungsgerätes, um auftretende Atemnot zu vermeiden
- Modifiziertes ‚Huffing‘
- Air-stacking: zweimaliges „Aufblasen lassen“ durch einen Beatmungsgerät oder Ambu-Beutel, ohne zwischendurch auszuatmen. Das größere Atemzugvolumen ermöglicht einen effektiveren Hustenstoß

- Einsatz vom Cough-assist, ein mechanischer In- und Exsufflator. Er unterstützt das Abhusten von Schleim durch graduelle Anwendung eines Überdrucks auf die Atemwege und anschließendem schnellen Umschalten auf einen Unterdruck. Dieser schnelle Druckwechsel erzeugt einen sehr hohen Flow aus den Lungen und simuliert dabei einen Hustenstoß.

Von großer Bedeutung bei all diesen Maßnahmen ist ein häufiger Lagewechsel des Patienten, um den Sekretabfluss aus den unterschiedlichen Lungenabschnitten zu verstärken und das Belüftungs-Durchblutungsverhältnis in diesen Bereichen zu verbessern. Außerdem sollten die Angehörigen/Pfleger des Patienten intensiv in diese Techniken eingewiesen werden, damit sie gegebenenfalls für eine Hilfestellung zur Verfügung stehen können.

Sabine Bänisch

Sabine Bänisch

Physiotherapeutin, Mitglied im Arbeitskreis Therapie der DGM
 Ev. Krankenhaus Göttingen-Weende
 Pneumologische Klinik Lenglern
 Pappelweg 5
 D-37120 Bovenden-Lenglern
 (Dieser Artikel erschien im „muskelreport“ – Zeitschrift der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke e. V. – Ausgabe 2/2008, S. 14 – 17. Der Wiederabdruck erfolgt mit freundlicher Genehmigung der Autorin und der DGM.)

Forscher verwandelten Hautzellen in neue Nervenzellen

Forscher haben erstmals Hautzellen von Patienten der tödlichen Nervenerkrankung ALS zu Stammzellen rückprogrammiert, daraus ließen sie Nervenzellen wachsen

Washington - Der Physiker Stephen Hawking ist das prominenteste noch lebende Opfer der Krankheit. Mao litt angeblich auch an Amyotropher Lateralsklerose (ALS). Und der deutschstämmige US-Baseballstar Heinrich Ludwig „Lou“ Gehrig, der 1941 mit 37 Jahren daran starb, gab der neurodegenerativen Erkrankung ihren Zweitnamen: Lou-Gehrig-Syndrom.

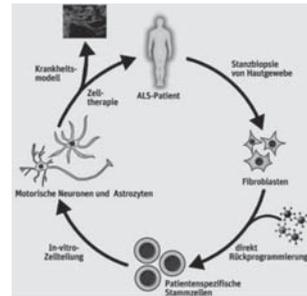
Bei der teilweise erblichen Erkrankung werden die sogenannten Motoneuronen langsam zerstört, deren Aufgabe es ist, die Nervenimpulse vom Rückenmark zu den Muskeln leiten. Es kommt zu einer schleichenden Lähmung der Muskeln und dadurch schließlich zum Tod durch Erstickten.

Noch ist die Krankheit unheilbar. Doch US-Forschern der Columbia- und der Harvard-University gelang nun ein wichtiger Durchbruch - sowohl im Kampf gegen die Krankheit, aber auch für die klinische Anwendung einer revolutionären Methode zur Gewinnung von Stammzellen aus „rück-programmierten“ Hautzellen.

Seit der Entdeckung dieser sogenannten induzierten pluripotenten Stammzellen (iPS-Zellen) durch den japanischen Forscher Shinya Yamanaka im Jahr 2006

konnten Forscher bereits in Tierversuchen zeigen, dass sich damit im Prinzip auch Krankheiten behandeln lassen.

Nun gelang es Forschern erstmals, iPS-Zellen auch aus den Körperzellen älterer Patienten mit einer schweren Krank-



heiten zu gewinnen, wie sie im U S - Fachblatt Science (online) berich-

ten. Doch damit nicht genug: Sie konnten die iPS-Zellen auch in Motoneuronen umwandeln. Auf diese Weise haben die Wissenschaftler also im Prinzip Ersatzzellen gewonnen.

Bis zur tatsächlichen Therapie können aber noch Jahre vergehen, da man erstens nicht weiß, ob die aus den iPS-Zellen gewonnenen Neuronen tatsächlich 100-prozentig identisch sind. Und zweitens ist ihr Krebsrisiko noch nicht abschätzbar. Immerhin haben die Forscher nun erstmals Zugang zu Motoneuronen von ALS-Patienten, was helfen sollte, deren Krankheit besser zu verstehen als bisher.

Klaus Taschwer

In: DER STANDARD, Printausgabe, 1.8.2008, S. 10.

Der Kampf um das „gleichberechtigte“ Leben - im Aufbruch?

Behördliche Gnadenweise sind passé! Menschenrechte und Menschenwürde haben einen höheren Wert als Prinzipien des Ökonomismus.

„Für behördliche Gnadenweise gibt es im Rechtsstaat keinen Platz“, sagte der neue VfGH-Präsident Gerhart Holzinger am 27.6.2008 im Zusammenhang mit der aktuellen Grundrechtskorrektur zum Thema „Humanitäres Bleiberecht“.

Kommentar: Dies ist eine äußerst interessante und wegweisende Formulierung des obersten nationalen Grundrechtshüters. Es besteht noch Hoffnung, dass antiquierte Befürsorgungsregelungen im österreichischen Sozialrecht durch ähnliche Erkenntnisse ebenfalls gekippt werden.

Bisher als „Bittsteller“ behandelte und an Grund- und Freiheitsrechten eingeschränkte, pflege- und assistenzbedürftige Menschen warten noch immer darauf, dass österreichische Verfassungsrichter ähnlich argumentieren werden (in freier Abwandlung der Argumentation der Verfassungsrichter zur Bleiberechts-Änderung):

„Das bestehende Fürsorgesystem beinhaltet zwar das Recht auf „Hilfe durch Pflege und Betreuung“, ein Rechtsanspruch auf bestimmte Maßnahmen wurde bisher jedoch abgelehnt. Oftmals wurden und werden daher bestimmte Maßnahmen der Behindertenhilfe, wie z.B. Persönliche Assistenz oder andere Formen der Eingliederungshilfe, mit dem Hinweis auf so genannte „Freiwillige Leistungen“ der Länder als Privatrechtsträger, willkürlich gewährt, eingeschränkt oder gänzlich verweigert.

Dieses Bevormundungsprinzip in der Verwaltungspraxis des österreichischen Sozialsystems ist ein Gnadenrecht, ein Relikt aus früheren Zeiten, das im demokratischen Staat keinen Platz mehr habe. Diese Regeln stammten aus einer Zeit, in welcher der Untertan von der Barmherzigkeit helfender Organisationen oder den Gnadenakten der Obrigkeit abhängig war.

Auch die Sozialgesetze haben sich an den Grundrechten freier und gleichberechtigter Bürger zu orientieren. Selbst bei Vorliegen eines hohen Unterstützungsbedarfs, müsse für jeden Einzelnen das Recht auf gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, auf Schutz des Privat- und Familienlebens sowie die freie Wahl des Wohnsitzes, gewahrt bleiben. Die zu gewährenden Hilfen für unterstützungsbedürftige Menschen müssen entsprechend individuell bedarfsorientiert angepasst werden.“ Menschenrechte und Menschenwürde haben einen höheren Wert als eine „Abschiebung“ in aussondernde stationäre Einrichtungen aus scheinbar öffentlichem Fiskal-Interesse!

Die Chance dazu, welche der VfGH bereits 2007 hatte, wurde leider noch nicht genutzt, um die Fratze des österreichischen Befürsorgungssystem in ein humanitäres Antlitz gleichberechtigter Teilhabe überzuleiten.

Gerhard Lichtenauer

(Quelle: <http://katja.at/blog/3/gnadenweise-passe> (29.6.08) Download: (PDF) (DOC) und <http://www.bizeps.or.at/news.php?nr=8947>)



Höhe des Sommers

Das Blau der Ferne klärt sich schon
vergeistigt und gelichtet
Zu jenem süßen Zauberton,
Den nur September dichtet.

Der reife Sommer über Nacht
Will sich zum Feste färben,
Da alles in vollendung lacht
Und willig ist zu sterben.

Entreiß dich Seele nun der Zeit,
Entreiß dich deinen Sorgen
Und mache dich zum Flug bereit
In den ersehnten Morgen.

Hermann Hesse (1877 – 1962)

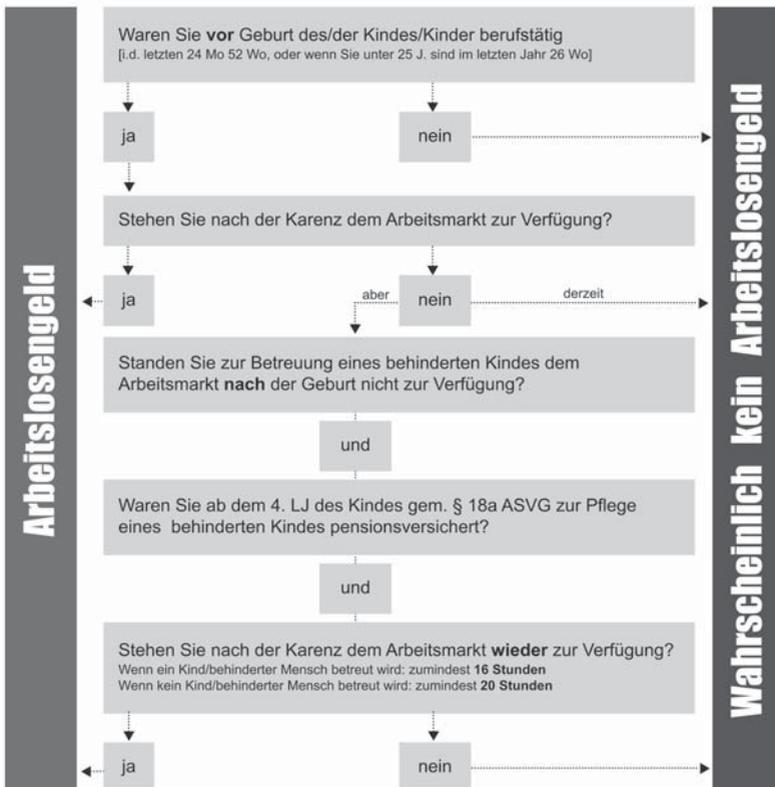
Eltern behinderter Kinder: Anspruch auf Arbeitslosengeld nach der Betreuungspflicht

Eltern behinderter Kinder können nach der Betreuungszeit Anspruch auf Arbeitslosengeld haben. Aber nur, wenn einige Voraussetzungen erfüllt werden. Da die Rechtslage schwer durchschaubar ist, stellt die AKNÖ einen Wegweiser vor:



Wann haben Eltern behinderter Kinder (wieder) Anspruch auf Arbeitslosengeld?

Im Zweifel und sicherheitshalber immer am AMS nachfragen



Der Elternteil, der das Kind zu Hause betreut, hat nach der Betreuungszeit Anspruch auf Arbeitslosengeld, sofern sie oder er dem Arbeitsmarkt wieder zur Verfügung steht. Wichtige Voraussetzung: Der jeweilige Elternteil muss sich während der Betreuung gemäß § 18 a ASVG bei der Pensionsversicherungsanstalt versichern. „Das ist kein Problem und kostet für diese Zielgruppe nichts, außerdem bringt es auch

Pensionszeiten“, erklärt Sozialrechtsexperte Fraunbaum.

Die Orientierungshilfe finden Interessierte auf noe.arbeiterkammer.at. Fragen Betroffener beantwortet Mag. Fraunbaum unter der Telefonnummer: 05 7171-1418.

(Quelle: Arbeiterkammer NÖ,-erstellt am: 27. Mai 2008: <http://noe.arbeiterkammer.at/www-588-IP-41845.html>)



Sommerfest im Gansrieglhof am 26. Juni 2008

Das Bundesbehindertengleichstellungsgesetz in Theorie und Praxis

Gesetzesziel:

Durch das mit 1.1.2006 in Kraft getretene Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz, kurz: BGStG, soll die Diskriminierung in der Arbeitswelt und im täglichen Leben beseitigt oder verhindert werden, um die gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderungen in der Gesellschaft zu erzielen.

Geltungsbereich:

Verwaltung des Bundes (Sozialversicherung, Finanzverwaltung usw.); Zugang zu und die Versorgung mit Gütern und Dienstleistungen, die der Öffentlichkeit zur Verfügung stehen (Verbrauchergeschäfte, Apotheken, Handelswaren u. Dienstleistungen)

Behinderung:

Es muss eine Behinderung vorliegen. Diese im Sinne des Gesetzes ist die Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden körperlichen, geistigen oder psychischen Funktionsbeeinträchtigung oder Beeinträchtigung der Sinnesfunktionen, die geeignet ist, die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu erschweren über einen Zeitraum von mehr als voraussichtlich 6 Monaten.

Diskriminierungsverbot:

Auf Grund einer Behinderung darf niemand unmittelbar oder mittelbar

diskriminiert werden.

Dies erstreckt sich auch auf den Eltern teil, Angehörige in gerader Linie, Ehe- und Lebenspartner.

Diskriminierung:

Eine Diskriminierung liegt dann vor, wenn eine Person auf Grund einer Behinderung in einer vergleichbaren Situation eine weniger günstige Behandlung erfährt (benachteiligt wird). Diese Benachteiligung kann nicht nur in einer weniger günstigen Behandlung sondern auch durch Barrieren bestehen. Liegt jedoch ein Rechtfertigungsgrund vor, besteht keine Diskriminierung. Die Anweisung zur Diskriminierung sowie Belästigung wegen einer Behinderung stellen ebenso eine Diskriminierung dar.

Eine Diskriminierung liegt dann vor, wenn auf Grund von baulichen, kommunikationstechnischen oder sonstigen Barrieren Menschen mit Behinderungen Verbrauchergeschäfte oder Dienstleistungen nicht in Anspruch nehmen können, die der Öffentlichkeit zu Verfügung stehen.

Z. B.: Bauliche Barrieren liegen vor, wenn auf Grund von Stufen, zu geringen Türbreiten oder nicht barrierefrei zugänglichen Sanitäranlagen mobilitätsbehinderte Menschen sich an die Öffentlichkeit richtende Angebote nicht wahrnehmen können. Unter kommunikationstechnischen Barrieren versteht

man fehlende taktile, akustische oder optische Orientierungshilfen, nicht barrierefreie Softwaregestaltung, nicht stattfindender Übersetzung in verstehbare Kommunikationsformen (Gebärde oder Braille Schrift).

Weitere Barrieren sind: fehlende Einstiegshilfen bei öffentlichen Verkehrsmitteln; fehlende Verkaufsberatung für blinde Menschen in Selbstbedienungsläden.

Rechtsfolge bei Verletzung des Diskriminierungsverbotes Schadenersatz:

Bei Verletzung des Diskriminierungsverbotes hat die betroffene Person Anspruch auf Ersatz des Vermögensschadens und auf eine Entschädigung für die erlittene persönliche Beeinträchtigung (zur Zeit mindestens 720 Euro). Der Schadenersatz kann bei den ordentlichen Gerichten nach vergeblichem Schlichtungsverfahren geltend gemacht werden.

Z.B.: Man kauft sich eine Eintrittskarte für eine Freiluftveranstaltung. Durch Barrieren oder fehlende behindertengerechte Sanitäreinrichtungen kann man an der Veranstaltung nicht teilhaben.

In einem Schlichtungsverfahren beim Bundessozialamt kann man den Kartenpreis sowie die persönliche Beeinträchtigungen geltend machen.

Schlichtungsstelle:

Ansprüche auf Grund dieses Bundesgesetzes können bei den ordentlichen Gerichten nur geltend gemacht werden, wenn in der Sache vorher beim

Bundessozialamt der jeweiligen Landesstelle ein Schlichtungsverfahren gemäß § 14 durchgeführt wurde. Im Rahmen dessen können die Schlichtungsparteien auch unentgeltliche Mediation in Anspruch nehmen. Die Anreisekosten bekommen alle Schlichtungsteilnehmer nach geltendem Bundestarif ersetzt. Die Klage ist nur zulässig, wenn nicht mehr als 3 Monate ab Einleitung des Schlichtungsverfahrens eine gütliche Einigung erzielt worden ist. Man bekommt vom Bundessozialamt eine Bescheinigung das keine gütliche Einigung erzielt worden ist. Erst mit dieser Bescheinigung ist eine Klage möglich.

Bei einem gütlichen Vergleich bekommt der Behindertenanwalt, zur Zeit Herr Haupt, das Ergebnis mitgeteilt.

Inkrafttreten und Übergangsbestimmungen:

Dieses Bundesgesetz trat mit 1.1.2006 in Kraft. Bei baulichen Barrieren im Zusammenhang mit Bauwerken (Baubewilligung) vor dem 1.1.2006 gelten Übergangsfristen bis 31.12.2015.

Kostet die Behebung dieser Barrieren mehr als 1000 Euro, ist dieses Gesetz bis 31.12.2009 nicht anzuwenden. Ab 1.1.2010 sind es 3000 Euro und ab 1.1.2013 sind es 5000 Euro.

Z. B.: Eine Apotheke hat eine Stufe. Ich kann das Geschäft auf Grund der körperlichen Behinderung nicht betreten. Eine Rampe würde 2000 Euro kosten. Dann ist es mir rechtlich erst ab 1.1.2010 möglich, diese Barriere beseitigen zu lassen.

Zuschüsse zum Abbau von Barrieren und Förderungsmöglichkeiten:

Die uneingeschränkte Zugänglichkeit von Einrichtungen für Menschen mit Behinderung trägt maßgeblich zu der gleichberechtigten Teilhabe am gesellschaftlichen Leben bei. Die Förderung investiver Maßnahmen durch das Bundessozialamt soll Anreiz sein, bestehende Barrieren abzubauen. Unternehmen, Arztpraxen, Apotheken und andere Gesundheitseinrichtungen, gemeinnützige Einrichtungen sowie Einrichtungen der gesetzlich anerkannten Kirchen und Religionsgemeinschaften können Förderungen erhalten. Ausgenommen davon sind Gebietskörperschaften und Körperschaften öffentlichen Rechtes.

Gefördert werden:

Maßnahmen zur Verbesserung der Zugänglichkeit von Einrichtungen (Rampe, Treppenlift, Lift); Behindertengerechte Umgestaltung von Arbeits- oder Ausbildungsplätzen und Sanitärräumen und Maßnahmen zur behindertengerechten Adaptierung von Fahrzeugen von Transportunternehmen.

Neu zu errichtende Bauten können nicht gefördert werden.

Die Höhe der Förderung beträgt im allgemeinen 50% der behinderungsbedingten Kosten und ist mit 50.000 Euro pro Einrichtung limitiert.

Die ÖNORM B1600 ist anzuwenden.

Mein persönliches Erlebnis in Zusammenhang mit einer Diskriminierung:

Im Sommer dieses Jahres fand in meiner Heimatgemeinde eine Großveranstaltung statt. Im Vorfeld dieser wurde „uns“ (Behindertenvertreter) Barrierefreiheit versprochen. Während der Veranstaltung zeigte sich uns ein anderes Bild. Die Wege waren mit Kabelkanälen ohne fremder Hilfe unpassierbar. Weiters waren Verkaufsstände nur über eine 15 cm hohe Stufe erreichbar. Bei den Containertoiletten war es dann ähnlich (Stufen und zu enge nicht passierbare Türen). Es waren keine mobilen Behinderten-WCs aufgestellt. Für blinde, hör- und sehbehinderte Personen waren auch keine Vorkehrungen getroffen worden. Wir konfrontierten den Veranstalter mit diesen Missständen und teilten ihm mit, dass er uns damit diskriminiere (im Sinne des Bundesgleichstellungsgesetzes). Er beharrte auf seinem Standpunkt, dass er das nicht müsse. Daraufhin legten wir (jeder einzeln; zusammen mehr als zehn Personen) Beschwerde beim Bundessozialamt Steiermark (in Graz, Babenbergerstraße 35) ein. Das Beschwerdeformular ist beim Bundessozialamt erhältlich oder man lädt es von der Homepage des Bundessozialamtes (www.bundessozialamt.gv.at) herunter. Nach ca. 5 Wochen erhielt ich per Einschreiben den Termin für das Schlichtungsverfahren. Dort fanden sich der Veranstalter und wir, die Betroffenen, ein. Einige Beschwerdemitstreiter konnten nicht kommen, sie ließen sich

per Vollmacht von uns vertreten. Auch das ist möglich. Inzwischen hatte sich der Veranstalter genauer mit dem Diskriminierungsgesetz auseinandergesetzt. Auch wurde es ihm bewusst das bei über zehn Betroffenen, der mögliche Schadenersatz bei über 8000.- Euro liege (pro Fall wären es 720 Euro). Er entschuldigte sich bei uns für die Diskriminierungen und versprach, bei den nächsten Veranstaltungen eng mit uns zusammenzuarbeiten. Die Verhandlung endete mit einem schriftlichen Vergleich. Dieser ist bindend und kann vor einem ordentlichen Gericht nicht mehr angefochten werden, es sei denn,

Punkte dieses Vergleiches werden nicht eingehalten. Uns war es vordergründig nicht wichtig wegen des Geldes zu klagen, sondern vor allem wegen der Nachhaltigkeit für die kommenden Veranstaltungen, damit diese auf behinderte Menschen abgestimmt werden. Außerdem konnten wir unsere besonderen Bedürfnisse aufzeigen, die dem Veranstalter zuvor nicht bewusst waren, für uns aber lebenswichtig sind. Mir ist es auch wichtig, dass ich mich nach dieser Beschwerde immer noch in Augenhöhe mit dem Veranstalter treffen kann.

Harald Schmerlaib

UNO-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen

Im Juli dieses Jahres hat nun auch das österreichische Parlament das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen ratifiziert.

Inhalt des Übereinkommens

Das Übereinkommen über die Rechte behinderter Menschen ist das erste Menschenrechtsabkommen speziell für behinderte Menschen. Sie ist zugleich die neunte unter der Ägide der Vereinten Nationen zustande gekommene Menschenrechtskonvention.

Ziel ist es, mit Hilfe eines universellen Vertragsinstruments Menschen mit Behinderungen Chancengleichheit zu ermöglichen. Sie sollen möglichst autonom und ohne Diskriminierung

umfassend am gesellschaftlichen Leben in ihren Ländern teilnehmen können. Die Konvention stärkt auch die Rechte für Frauen. Sie geht explizit auf die doppelte Diskriminierung von Frauen mit Behinderungen ein. Außerdem fordert sie Maßnahmen zur vollen Gleichberechtigung von Frauen.

Darüber hinaus gibt es auch einen Zusatzvertrag - Fakultativprotokoll - der, unter bestimmten Voraussetzungen, eine individuelle Beschwerde an ein ExpertInnengremium der Vereinten Nationen ermöglicht.

red.

(Quelle: Parlamentskorrespondenz/03/15.07.2008/Nr. 688)

Behinderung als gesellschaftliche Herausforderung

Anlässlich der jüngsten Entscheidungen des OGH in der Frage der ungewollten Geburt eines Kindes mit Behinderungen fordert Univ.Prof. Dr. Germain Weber, Präsident der Lebenshilfe Österreich, eine breite gesellschaftliche Debatte über die Konsequenzen vorgeburtlicher Diagnostik und über unser Bild von Menschen mit Behinderungen.

In einer Aussendung der Lebenshilfe vom 18. Juni 2008 heißt es:

„Der Gesetzgeber ist gefordert, die Eugenische Indikation aufzuheben und umfassende Unterstützung für Eltern mit Kindern mit Behinderungen zu schaffen

Warum haben behinderte Kinder im Mutterleib kein Recht auf Leben, wenn ungeborene Kinder ohne Behinderung bereits vom Zeitpunkt ihrer Empfängnis einen Anspruch auf Schutz der Gesetze haben? Die Lebenshilfe Österreich sieht in der derzeitigen Gesetzeslage eine untragbare Diskriminierung und fordert einmal mehr die Aufhebung der Eugenischen Indikation.

„Behinderung ist eine gesellschaftliche Herausforderung, die sich nicht an einem finanziellen Kosten-Nutzen-Denken orientieren darf“, stellt Univ.-Prof. Dr. Germain Weber, Präsident der Lebenshilfe Österreich, klar und spricht sich für einen breiten Diskurs in der Öffentlichkeit über Behinderung und Geburt eines ungewollten Kindes

„wrongful birth“ aus, wie er in der gestrigen ORF-Sendung Kreuz und Quer aufgegriffen wurde.

Dabei haben sich führende Rechtsexperten ebenfalls der Ansicht der Lebenshilfe Österreich angeschlossen, dass die Eugenische Indikation nicht mehr mit der derzeitigen Rechtsnorm vereinbar ist.

„In den letzten 20 Jahren ist der Anteil an Geburten von Kindern mit Down-Syndrom um 60 % zurückgegangen, was sicherlich auf die verbesserten Methoden der vorgeburtlichen Untersuchungen zurückzuführen ist. Hier werden leicht durchführbare Selektionsmechanismen eingesetzt, die ungeborenes Leben mit Behinderung auslöschten,“ kritisiert Weber.

Auch noch so ausgereifte Methoden der Pränataldiagnostik und die Verbreitung der Anwendung verhindern nicht, dass weiterhin Kinder mit Behinderung auf die Welt kommen. Nur 3 % der Behinderung sind erblich bedingt, viele Behinderungen entstehen erst bei der Geburt oder in im früheren Kindheitsalter.

Der Gesetzgeber ist gefordert, sich der Herausforderung „Behinderung“ zu stellen und finanziellen Nachteile infolge der Geburt eines Kindes mit Behinderung zu tragen. Es müssen Unterstützungsmechanismen für Eltern mit Kindern mit Behinderung geschaffen werden: sachlich-wertfreie Beratungen

während der Schwangerschaft und danach, mit dem Ziel, Eltern bei ihrer Entscheidung für ein Kind mit Behinderung zu unterstützen.

„Sowohl ÄrztInnen als auch Eltern brauchen unabhängige Beratungsstellen, welche die psychosoziale Beratung übernehmen. Um auch über die guten Lebensperspektiven von Menschen mit Behinderung informieren zu können, sollten die Erfahrungen aus dem alltäglichen, gemeinsamen Leben mit Men-

schen mit Behinderungen in die Beratung einbezogen werden“, so Weber abschließend.

Eugenische Indikation: Der Paragraph 97 im Strafgesetzbuch sieht die Möglichkeit der Abtreibung über die 3-Monats-Frist hinaus vor, wenn eine „ernste Gefahr besteht, dass das Kind geistig oder körperlich schwer geschädigt sein werde“.

(Quelle: BIZEPS, 18. Juni 2008)

Der Behindertenpass

Das Bundessozialamt informiert:

Der Behindertenpass ist ein amtlicher Lichtbildausweis; er enthält die persönlichen Daten des Inhabers/der Inhaberin, das Datum der Ausstellung sowie den Grad der Behinderung.

Wer bekommt den Behindertenpass?

Anspruch auf einen Behindertenpass haben Personen mit einem Grad der Behinderung (GdB) oder einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 50 %, die in Österreich ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt haben.

Wie erhält man den Behindertenpass?

Stellen Sie Ihren Antrag mit dem beim Bundessozialamt erhältlichen Antragsformular und legen Sie folgende Unterlagen in Kopie, gegebenenfalls übersetzt und in möglichst aktueller Fassung bei:

1 aktuelles Lichtbild (3,5 x 4 cm)

Meldenachweis

Nachweis über allfällige gesetzliche Vertretung

Feststellung durch Sachverständige

Falls noch kein Grad der Behinderung oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit nach bundesgesetzlichen Vorschriften festgestellt wurde, erfolgt sie durch ärztliche Sachverständige beim Bundessozialamt. Aktuelle medizinische Befunde und Atteste sollen in diesem Fall dem Antrag beigelegt werden.

Alle Eingaben sowie die Ausstellung des Behindertenpasses sind gebührenfrei.

Wofür dient der Behindertenpass?

Der Behindertenpass dient als Nachweis der Behinderung und bringt Vorteile:

Preisermäßigungen/Sondertarife

bei Freizeit- und Kultureinrichtungen, zum Beispiel Museen, Veranstaltungen, Bäder, etc. Vor dem Kartenerwerb ist eine Anfrage wegen Preisermäßigungen für Menschen mit Behinderung zweckmäßig. Ermäßigungen des Mitgliedsbeitrages bei Autofahrerklubs nach deren Richtlinien sind möglich.

Steuervorteile

Pauschalierter Steuerfreibetrag bei Behinderung

§ 35 Einkommensteuergesetz in Verbindung mit § 2 der Verordnung des Bundesministerium für Finanzen über außergewöhnliche Belastungen (Bundesgesetzblatt. Nr. 202/1996) sieht die Berücksichtigung von Mehraufwendungen wegen Krankendiätverpflegung durch einen monatlichen Pauschalbetrag vor.

Kein Ausweisersatz

Der Behindertenpass ersetzt nicht den Ausweis nach § 29b der Straßenverkehrsordnung, der zum Beispiel für das Parken auf gekennzeichneten Behindertenparkplätzen benötigt wird. Dieser ist bei den Bezirksverwaltungsbehörden/Magistraten zu beantragen.

Kein Bescheid

Der Behindertenpass ist nicht gleichzusetzen mit einem Bescheid betreffend die Zugehörigkeit zum Personenkreis der begünstigten Behinderten im Sinne des Behinderteneinstellungsgesetzes (Einstellungsschein), mit dem zum Beispiel ein erweiterter Kündigungs-

schutz verbunden ist.

Keine laufende finanzielle Leistung

Mit dem Behindertenpass ist keine laufende finanzielle Leistung wie eine Invaliditäts-, Berufsunfähigkeits-, oder Erwerbsfähigkeitspension verbunden. Eine derartige Geldleistung ist bei den Sozialversicherungsträgern zu beantragen.

Nachweis für Finanzamt

Bei einem Grad der Behinderung von weniger als 50 Prozent wird ein abweisender Bescheid erlassen. Ab einem Grad der Behinderung von 25 Prozent kann ein pauschalierter Steuerfreibetrag beim Finanzamt beantragt werden. Dieser abweisende Bescheid dient in diesem Falle als Nachweis im Sinne des § 35 Einkommenssteuergesetz.

Für nähere Auskünfte steht die örtlich zuständige Landesstelle des Bundessozialamtes zur Verfügung:

Bundessozialamt – Landesstelle Steiermark

Babenbergerstraße 35

8021 Graz

Tel.: 05 99 88

Fax: 05 99 88-6899

E-mail: bundessozialamt.stmk1@basb.gv.at

Beratung und Diagnostik für Kinder und Jugendliche

Mariengasse 31

8010 Graz

Tel.: 05 99 88-6701

Fax: 05 99 88-6777

E-mail: bundessozialamt.stmk2@basb.gv.at
Dienstgeberangelegenheiten
Babenbergerstraße 35
8021 Graz

Tel.: 05 99 88-6841 und 6847
Fax: 05 99 88-6333

(Quelle: <http://www.basb.bmsg.gv.at/basb/Behindertenpass/>)

Justin Black - Botschafter der Münchner Stiftung MyHandicap

Justin Black, von dem wir schon öfters Artikel im *musculus* gebracht haben, informiert in seinem neuesten Newsletter, dass er als Botschafter für die Münchner Stiftung MyHandicap engagiert wurde:

„Die Münchner Stiftung MyHandicap gemeinnützige GmbH versteht sich als Anlaufstelle für Menschen mit Behinderung oder schwerer Krankheit sowie deren Angehörigen. MyHandicap informiert und berät durch das große Online-Portal www.myhandicap.de, eigene Klientenbetreuer und erfahrene Fachexperten zu allen Bereichen des Lebens mit Behinderung – natürlich unabhängig und ohne finanzielle Hürden für die Betroffenen.

Zudem unterstützt und motiviert MyHandicap gerade Menschen, die frisch von einer Behinderung betroffen sind, durch Seminare und so genannte Botschafter. MyHandicap-Botschafter sind – wie ich – alle selbst von einer Behinderung betroffen und führen seit Jahren ein aktives und erfülltes Leben.“
In diesem Zusammenhang berichtet er auch vom SMA-Symposium der Deut-

schen Gesellschaft für Muskelkranke in Künzell:

„Am 02. und 03. Mai war ich in meiner Eigenschaft als Botschafter der Stiftung MyHandicap beim SMA-Symposium in Künzell zu Gast. Eine viertägige Veranstaltung der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke e.V., die Familien mit SMA-Betroffenen die Möglichkeit zum Informieren und Austauschen geben soll. Da sich dieses, alle zwei Jahre stattfindende, Symposium explizit an Familien richtet, waren auch rund 100 Kinder und Jugendliche vor Ort. Teilweise waren sie selbst von der Spinalen Muskelatrophie betroffen. Aber auch viele Geschwisterkinder ohne Muskelschwäche waren dort.

Mein Ziel war es, den Kindern und Jugendlichen zu vermitteln, dass sie trotz ihrer Erkrankung einiges auf die Beine stellen bzw. ins Rollen bringen können. Da ich selbst mit SMA lebe und ein sehr interessantes Leben führe, war ich das ideale Beispiel. Die zwei Tage in Künzell hat mich ein Zivi begleitet. So haben die Kiddies hautnah erlebt, dass man trotz unserer Erkrankung nicht

sein Leben lang mit den Eltern los ziehen muss, sondern auch alleine, eben mit Hilfe von Assistenzkräften, ein selbstbestimmtes Leben führen kann. Gemeinsam machten wir uns daran, einen kleinen Film zu drehen, bei dem alle Aufgaben von den Kindern und Jugendlichen übernommen wurden. Sie waren nicht nur Darsteller, sondern auch Kameraleute und Tontechniker. Mein Zivi mutierte kurzerhand zum „Gruppenzivi“ und half jedem. So konnten auch Jungs, die kaum noch Kraft haben, eine Kamera führen. Mir war es besonders wichtig, die Teilnehmer unseres Projektes zwar anzuleiten, aber sie eben selbst machen zu lassen. Auch wenn es anstrengend war, hatten

wir alle viel Spaß. Am Ende entstand ein sechsminütiger Kurzfilm. Dieser kann es zwar nicht mit einer professionellen Produktion aufnehmen, aber er geht trotzdem unter die Haut. Zeigt er doch die Lebensfreude aller Teilnehmer.

In Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke e.V. wollen wir den Film nun nutzen, um auf die Spinale Muskelatrophie aufmerksam zu machen.“

Justin Black

Info über Justin Black: <http://www.JustinBlack.info>

(Quelle: Newsletter von Justin Black (Filmemacher und Autor), 03.07.2008 / ID 22015)

Nützliche Adressen

Kostenloses Sozialtelefon:

0800 / 20 10 10

Beauftragtenstelle für Behindertenfragen der Stadt Graz

Theodor Körnerstraße 65

8010 Graz

Tel: +43/316/872-6477

Handy: +43/664/60872-6477

Fax: +43/316/872-6478

E-Mail: info@behindertenbeauftragte-graz.org

Homepage: <http://www.graz.at/cms/beitrag/10038585/776667>

Öffnungs-/Parteienverkehrszeiten:

Dienstag und Donnerstag von 8 bis 12 Uhr

Mittwoch von 16 bis 18 Uhr

oder nach telefonischer Vereinbarung

Land Steiermark FA 11A – Sozialwesen

Hofgasse 12

8010 Graz

Tel.: 0316/877-3322

E-Mail: silvia.sturm-musits@stmk.gv.at

www.soziales.steiermark.at

Anwalt für Menschen mit Behinderung

Mag. Siegfried Suppan
Hofgasse 12/P
8010 Graz
Tel.: 0316/877-2745
Fax: 0316/877-5505
E-Mail: amb@stmk.gv.at
www.behindertenanwalt.steiermark.at
Öffnungszeiten des Büros:
Montag bis Freitag 8.30 bis 12.30
Termine nach telefonischer Vereinbarung von Zeit und Ort

Referent für Barrierefreies Bauen

Leo Pürrer
Amt der Steiermärkischen Landesregierung
Fachabteilung 17A - Energiewirtschaft
und allgemeine technische Angelegenheiten
Bautechnik und Gestaltung
Mandellstrasse 38/1, 8010 Graz
Tel.: +43 (0)316 / 877 - 5923
Fax: +43 (0)316 / 877 - 4689
E-Mail: leo.puerrerr@stmk.gv.at
www.verwaltung.steiermark.at/bau-cert

Steirische Gesellschaft für Muskelkranke

Elke Trummer
Mühlgasse 6
8330 Feldbach
Tel.: 03152/2722
Fax: 03152/434016
E-Mail: muskelkranke-stmk@aon.at
www.muskelkranke-stmk.at
Sekretariat und Redaktion:
Dr. Barbara Streitfeld
Grottenhofstr. 2b/10
8053 Graz
Tel.: 0316/261094
M: 0688/8111077
E-Mail: barbara.streitfeld@tele2.at

Auskünfte im barrierefreien Zugsverkehr:

Herr Christian Schwarzl
ÖBB-Personenverkehr AG
Barrierefreies Reisen
Wagramer Straße 17-19, 1220 Wien
Tel.: +43 1 93000 34232
Mobil: +43 664 617 3117
Fax: +43 1 93000 83034232
E-Mail: christian.schwarzl@pv.oebb.at
Internet: www.oebb.at/pv



Tipps und Hinweise

Fachmesse integra®

„Als Österreichs führende Fachmesse für Pflege, Therapie und Betreuung bildet die integra® eine optimale Plattform für die Anliegen von alten, pflegebedürftigen und behinderten Menschen, deren Angehörige und allen Fachkräften aus dem Sozial- und Gesundheitswesen,“ heißt es auf der Internetseite der Messe.

Wann: 17.-19. September 2008.

Wo: Messegelände Wels

Info: www.assista.org

BIZEPS-Ratgeber zur Persönlichen Assistenz

Erhältlich bei:

BIZEPS - Zentrum für Selbstbestimmtes Leben

Kaiserstraße 55/3/4a, 1070 Wien

Tel.: 01 / 523 89 21, Fax: 01 / 523 89 21 20

office@bizeps.or.at

Peer-Wohnberatung der Anwaltschaft für Menschen mit Behinderung

Info:

Anwaltschaft für Menschen mit Behinderung

Hofgasse 12/Erdgeschoss, 8010 Graz

Tel.: 0664 / 941 63 60

Mentoring & Business

Mentoring für Menschen mit Behinderung

Mentoring für Menschen mit Behinderungen ist noch eine relativ neue Idee, erste positive Erfahrungen wurden bereits vom Bundessozialamt Wien gesammelt.

Die Idee von mentoring & business - gefördert von der Landesstelle des Bundessozialamt Steiermark - beruht darauf, dass Menschen mit Behinderungen (Mentees) von gut etablierten berufserfahrenen KollegInnen (MentorInnen) begleitet, gefördert und beraten werden.

Info: www.bab.at

Zeit zu Zweit

Der Verein „Zeit zu Zweit“ wurde im November 2007 gegründet und bietet Beratungen, Seminare zu Fragen im Bereich Freundschaft, Beziehung, Sexualität in Zusammenhang mit Behinderung.

Info: www.zeitzuzweit.org/

Buchempfehlung

Franz-Joseph Huainigg:

Auch Schildkröten brauchen Flügel

Erschienen im Ueberreuter Verlag; Preis ca. € 22.

Am 22. August wurde ein neues Buch

von Franz-Joseph Huainigg präsentiert:
tiert:

„Es heißt oft, wenn man im Rollstuhl sitzt, ist das Leben zu Ende. Wenn man dieses Buch liest, merkt man, dass es

genau umgekehrt ist. Wer behindert ist, ist ein Abenteurer, der viel erlebt. Daher beinhaltet die Biographie alles, was ein spannendes Leben braucht“, beschreibt Huainigg sein neues Werk.

Lebenswerte Lebenswelten

Die Steirische Gesellschaft für Muskelkranke in der Ringvorlesung 2008 an der Universität Graz:



In ihrem Referat „Die Steirische Gesellschaft für Muskelkranke – 20 Jahre auf dem Weg zu einem Leben wie andere auch“ berichteten Barbara Streitfeld und Harald Schmerlaib vom Werdegang der Selbsthilfegruppe und vom schwierigen Leben mit einer Muskelkrankheit.

Nachzulesen sind die Vorträge der Ringvorlesung in einem eigenem Sammelband: Anita Prettenthaler-Ziegerhofer (Hg.): Menschen mit Behinderung – Lebenswerte Lebenswelten. Grazer Universitätsverlag, Graz 2008.

red.

	MARTIN STREITFELD FÜR INNENAUSBAU UND RAUMGESTALTUNG	VOLLHOLZMÖBEL FÜR DEN WOHNBEREICH BEHINDERTENGERECHTES WOHNEN INNENTÜREN ■ PARKETTböDEN
TISCHLEREI STREITFELD	8280 FÜRSTENFELD ■ ÜBERSBACHGASSE 51c/5	
ENTWURF ■ PLANUNG ■ AUSFÜHRUNG	Mobil: 0676/72-47-610 ■ Fax: 03382/54-6-75	

Seit 1862 ein starker Partner der Region.



Seit der Gründung der Sparkasse in Feldbach im Jahre 1862 war es immer ein Bestreben für die Bevölkerung der Region da zu sein. So halten wir es auch heute noch und freuen uns, wenn wir auch für Sie da sein dürfen und Ihnen in unseren 10 Geschäftsstellen und 2 Jugendbanken zur Seite stehen: als kompetenter Partner in allen finanziellen Angelegenheiten mit den besten Lösungen für Ihr Geldleben.

Steiermärkische
SPARKASSE 

In jeder Beziehung zählen die Menschen.