

Positionspapier der DVfR: **Heilmittel fördern selbstbestimmte Teilhabe¹**

1. Aktuelle Probleme der Heilmittelversorgung im Hinblick auf die Förderung der Teilhabe

Die Behandlung durch therapeutische Fachkräfte (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie) ist sowohl Bestandteil der Krankenbehandlung als auch der Leistungen zur selbstbestimmten Teilhabe (Rehabilitationsleistungen). Dabei besteht erheblicher Diskussionsbedarf darüber, in welchem Umfang Heilmittel auch zur Förderung von selbstbestimmter Teilhabe beitragen können, in welchen Settings dies erfolgen sollte und welche Sozialleistungsträger zuständig sind. Beispielsweise zeigt sich entsprechender Klärungsbedarf bei der Finanzierung von therapeutischen Fachdiensten in Kindertagesstätten, Schulen, Einrichtungen der Teilhabe am Arbeitsleben und sowie der Eingliederungshilfe (u. a. auch bei der Komplexleistung Frühförderung). Zugleich wird ein stetiger, überproportionaler Anstieg der Ausgaben für Heilmittel bei den Krankenkassen beobachtet und die Vermutung geäußert, dass verordnete Therapien nicht zum Leistungsspektrum der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gehören. Gleichwohl weisen Träger der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft sowie Kultusverwaltungen Tätigkeiten von therapeutischen Fachkräften weitgehend dem Bereich der GKV zu.

Innerhalb der Vertragsärzteschaft besteht angesichts von Wirtschaftlichkeitsprüfungen der Heilmittelverordnungen Unsicherheit über die Indikation von Heilmitteln, wenn diese auch der Förderung der Teilhabe dienen sollen. So umfasst der Heilmittelkatalog der Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) im Bereich der Physiotherapie keinerlei Teilhabeziele.² Die Heilmittel-Richtlinie legt zudem in § 6 Abs. 2 Satz 3 ausdrücklich fest, dass Heilmittel bei Kindern nicht verordnet werden dürfen, „wenn an sich störungsbildspezifische pädagogische, heilpädagogische oder sonderpädagogische Maßnahmen zur Beeinflussung von Schädigungen geboten sind.“

Heilmittel werden bei der Bedarfsermittlung und Teilhabeplanung (z. B. im Rahmen der Eingliederungshilfe) häufig nicht ausreichend einbezogen. Zudem erfolgt oft keine umfassende Bedarfsfeststellung, die auch Assessments durch therapeutische Fachkräfte mit einschließt. Auch bei Pflegebedürftigen ist eine Bedarfsermittlung im Hinblick auf die mögliche Teilhabeförderung unter Einbezug der Heilmittel geboten, zumal Pflegebedürftige im Sinne der Pflegeversicherung auch behindert im Sinne des § 2 SGB IX sind (soweit durch den Pflegebedarf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung droht).

Diese Fragestellungen hat die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) aufgegriffen und innerhalb eines dafür eingesetzten Ad-hoc-Ausschusses eine Expertise und ein Positionspapier zur Heilmittelversorgung erarbeitet.

¹ Positionspapier zur Expertise „Zur Bedeutung der Heilmittel für die Förderung der Teilhabe unter Berücksichtigung des Auftrags therapeutischer Fachberufe – ein Beitrag zur aktuellen Diskussion“.

² Zu finden unter www.g-ba.de → Informationsarchiv → Richtlinien.

Ziel war es,

- das Verhältnis von Heilmitteln und Förderung der Teilhabe zu klären,
- Grundlagen für ein teilhabeorientiertes Konzept der Heilmittelerbringung zu entwickeln,
- Organisationsformen, Settingbezug und Sozialraumorientierung teilhabeorientierter interdisziplinärer Heilmittelerbringung aufzuzeigen sowie
- eine sachgerechte leistungsrechtliche Zuordnung vorzunehmen.

Zugleich sollte aufgezeigt werden, wie Behandlungsleistungen und Leistungen zur selbstbestimmten Teilhabe optimal aufeinander abgestimmt erbracht werden und wie Menschen mit chronischen Krankheiten und Behinderungen (einschließlich Pflegebedürftigkeit) diese bei Bedarf „wie aus einer Hand“ erhalten können.

Die Arbeitsergebnisse des Ausschusses münden in Empfehlungen der DVfR, wonach vor allem die Förderung der Teilhabe von allen Akteuren der Heilmittelversorgung verstärkt zu berücksichtigen ist.

In diesem Zusammenhang stellt die DVfR fest, dass die Versorgung mit Heilmitteln (also mit therapeutischen Leistungen der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie) im Rahmen der Krankenbehandlung keineswegs nur eng definierte kurative Ziele verfolgen darf, sondern auch die Förderung selbstbestimmter Teilhabe behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen in den Blick nehmen muss.

Diese Aufgabe ergibt sich nicht nur aus dem professionellen Selbstverständnis der therapeutischen Fachkräfte, sondern auch aus dem rechtlichen Rahmen für die Erbringung von Heilmitteln, der nicht allein durch das SGB V, sondern u. a. auch durch das SGB IX vorgegeben ist. So legt § 27 SGB IX (Krankenbehandlung und Rehabilitation) fest, dass die Versorgung mit therapeutischen Leistungen der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie wie alle kurativen Leistungen an den Zielen des § 26 SGB IX (Leistungen zur medizinischen Rehabilitation) auszurichten ist, mithin an der Förderung der Teilhabe. Dabei ist die Befähigung zu selbstbestimmter Teilhabe ein ganz wesentliches, oft entscheidendes Ziel. Denn selbstbestimmte Teilhabe ist auch dann noch mittels der Tätigkeit von therapeutischen Fachdiensten zu ermöglichen und zu fördern, wenn Funktionen und Aktivitäten nicht (mehr) selbständig ausgeführt werden können: Funktions- und Selbstständigkeitsverluste begründen keinen Ausschluss von Leistungen zur Teilhabe. Allein aufgrund der Gesetzeslage ist deshalb eine Beschränkung der Tätigkeiten der therapeutischen Fachkräfte bzw. der Heilmittelversorgung im Rahmen der GKV ausschließlich auf die kurative Behandlung von Krankheiten nach Auffassung der DVfR nicht sachgerecht.

Die DVfR weist ausdrücklich darauf hin, dass unabhängig davon Leistungen therapeutischer Fachkräfte mit ihrer spezifischen Kompetenz auch Bestandteil von Leistungen zur Schulbildung und zur beruflichen oder sozialen Teilhabe sein können. In vielen Fällen sind aber Leistungen der Krankenbehandlung und der Teilhabe leistungs- und leistungserbringerrechtlich parallel zu erbringen, und zwar je nach Setting in einem mehr oder weniger unmittelbaren Zusammenhang. Von daher lag es nahe, die Möglichkeiten der Kooperation, der Bündelung und der gemeinsamen Organisation dieser verschiedenen Leistungen (auch leistungsrechtlich und leistungserbringerrechtlich) anhand vorhandener Modelle in der praktischen Umsetzung zu prüfen und bereits bewährte oder mögliche Wege für sachgerechte Lösungen in verschiedenen Settings aufzuzeigen. Grundsätzlich ist für die teilhabeorientierte Heilmittelversorgung Barrierefreiheit sicherzustellen.

Die Empfehlungen der DVfR orientieren sich am Bedarf der Betroffenen an Unterstützung und Förderung ihrer Selbstbestimmung und Teilhabe durch therapeutische Leistungen und sind auf die Tätigkeit therapeutischer Fachkräfte im interdisziplinären und multiprofessionellen Team in unterschiedlichen Arbeitsbereichen, Lebenssituationen und Sozialräumen bezogen.

2. Empfehlungen der DVfR

a) Die kurative Heilmittelversorgung soll sich verstärkt an der Teilhabe orientieren.

Die Versorgung mit therapeutischen Leistungen in Form von Heilmitteln sollte sich im Hinblick auf die erforderliche Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität im Rahmen der Behandlung von Krankheiten verstärkt auch an der Förderung der selbstbestimmten Teilhabe auf der Grundlage des Modells der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) und des SGB IX orientieren.

Auch im Bereich der GKV (und der Pflegeversicherung) ist im gegliederten System eine Teilhabeorientierung der Versorgung mit therapeutischen Leistungen notwendig. Um dies praxiswirksam umsetzen, sollte sich dieser Ansatz auch in der Heilmittel-Richtlinie, den Verträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern sowie in der praktischen Durchführung niederschlagen.

b) Auch die medizinische Rehabilitation soll sich verstärkt an der Teilhabe orientieren.

In der Praxis der medizinischen Rehabilitation wird oft die Behandlung der Krankheit und ihrer Symptome in den Vordergrund gestellt, z. B. die Beseitigung von chronischen Rückenschmerzen. Dies kann nicht immer ausreichend gelingen, so dass sich der Fokus, wie konzeptionell schon vorgesehen und z. T. auch schon realisiert, dann auf die Förderung selbstbestimmter Teilhabe trotz weiterbestehender gesundheitlicher Beeinträchtigung durch angepasste therapeutische Strategien richten sollte, z. B. auf die Rückkehr zur Arbeit, auf das Training mit Hilfsmitteln oder die Rückkehr in die eigene Wohnung.

Im Sinne der Teilhabeförderung sollte die Tätigkeit auch der therapeutischen Fachdienste während der medizinischen Rehabilitation die Aspekte der Teilhabe in den verschiedenen individuell relevanten Lebensbereichen mit umfassen, z. B. anhand von konkreten Situationen in der Familie, am Arbeitsplatz und während der Freizeit. Therapeutische Fachdienste sollten verstärkt ihre Arbeit auch innerhalb der verschiedenen Settings verrichten, z. B. in der häuslichen Umgebung, am konkreten Arbeitsplatz usw., wie dies z. B. bei der mobilen Rehabilitation oder im Rahmen von Haus- oder Arbeitsplatzbesuchen der Fall ist.

c) Aspekte der Teilhabe aus der Sicht der Betroffenen sollen Bestandteil der Evidenz für Heilmittel sein.

Bei der Indikationsstellung und der Erbringung von Heilmitteln ist stets die bestmögliche verfügbare Evidenz zu berücksichtigen, und zwar nicht nur die externe, sondern auch die interne Evidenz (also aus Sicht des Betroffenen, im Sinne von maßgeblichen Kriterien für die Einzelfallentscheidung zur Wahl der Therapie). Für die Bestimmung der Zielgrößen, insbesondere auch im Hinblick auf die interne Evidenz, sind Teilhabeaspekte wesentlich.

Ohne Berücksichtigung der individuell wahrgenommenen Auswirkungen auf die Teilhabemöglichkeiten erscheinen Evidenzkonzepte für Heilmittel oftmals unvollständig und geradezu unangemessen reduziert. Daher sind die betroffenen Nutzer als eigentliche Auftraggeber verstärkt bei der Planung und Durchführung der Heilmittelversorgung einzubeziehen. Ihre Perspektive sollte systematisch berücksichtigt werden, indem im Rahmen einer teilhabeorientierten Heilmittelversorgung eine konsentrierte Bedarfsfeststellung durchgeführt und individuelle Behandlungs- und Teilhabeziele vereinbart werden, die Grundlage der Behandlung sind.

d) Die Qualifikation der therapeutischen Fachberufe soll sowohl in der Aus- als auch in der Weiterbildung verstärkt die Förderung der Teilhabe umfassen.

Sowohl bei der Qualifizierung therapeutischer Fachkräfte als auch bei der Anwendung ihrer erworbenen Kompetenzen ist ein Schwerpunkt auf die Verfolgung von Teilhabezielen zu legen. So sollen sich die Fachkräfte mit ihrer Sachkunde in interdisziplinären Teams an der Förderung von Aktivitäten und Teilhabe in verschiedenen Lebensbereichen bzw. Kontexten im Sinne der ICF beteiligen können. Dabei geht es z. B. um die Handlungsfelder Erziehung, Bildung und Schule, den Beruf, die Hilfsmittelversorgung, das alltägliche Leben, den Sport sowie die Kommunikation und Mediennutzung. Abhängig von der Aufgabenstellung der jeweiligen Einrichtungen und Dienste bzw. des Settings kann hierfür auch eine zusätzliche Qualifikation erforderlich sein.

e) Heilmittel sollen in der trägerübergreifenden und trägerspezifischen Bedarfsfeststellung an Leistungen zur Teilhabe berücksichtigt werden.

Die Versorgung mit Heilmitteln sollte im Bedarfsfeststellungsverfahren regelhaft berücksichtigt und ggf. Bestandteil des Teilhabepfandes werden. Wird das Bedarfsfeststellungsverfahren träger- und sektorenübergreifend durchgeführt, sollten dabei auch kurativ wirkende Heilmittel berücksichtigt werden. Ist für deren Verordnung ein Vertragsarzt zuständig, kann der Betroffene eine Empfehlung für den Vertragsarzt erhalten.

f) Multiprofessionelle und interdisziplinäre Heilmittelerbringung im ambulanten Bereich soll erprobt bzw. weiterentwickelt werden.

Im Bereich der Heilmittelerbringung – insbesondere im ambulanten Bereich – fehlen derzeit Formen einer multiprofessionellen und interdisziplinären Zusammenarbeit, gerade in Form ambulanter interdisziplinärer Teams, wie sie der Sachverständigenrat zur Begutachtung im Gesundheitswesen in seinem Gutachten aus dem Jahr 2007 vorgeschlagen hat.

Multiprofessionelle und interdisziplinäre Teams von therapeutischen Fachkräften und Ärzten sollten deshalb in ambulanten und anderen Settings unter besonderer Berücksichtigung der Teilhabeorientierung modellhaft erprobt, bestehende Best-Practice-Modelle ausgewertet und nach Erprobung und Evaluation ggf. auch rechtlich etabliert und gesichert finanziert werden, auch unter Klärung des Verhältnisses solcher Leistungen zu denen der medizinischen Rehabilitation. Teilhabeorientierte Behandlungsplanung, regelmäßige patientenbezogene Fallkonferenzen, ein Case-Management und die Mitwirkung in einem regionalen Netzwerk sollten im Leistungsrecht (z. B. in SGB V, VII, IX, XII) auch in Bezug auf kurative Settings vorgesehen werden und damit einer vergütungsrechtlichen Regelung zugänglich gemacht werden können.

g) Therapeutische Fachkräfte sollen im Rahmen von multidisziplinären Teams an der Förderung der Teilhabe mitwirken können, auch ohne dass sie Leistungen zur Krankenbehandlung erbringen.

In einigen Settings, in denen Leistungen zur Teilhabe erbracht werden, ist eine bedarfsgerechte Beteiligung von therapeutischen Fachkräften zur Förderung der selbstbestimmten Teilhabe (und auch zur Behandlung) systematisch vorgesehen – so in vielen Förderkindergärten und Förderschulen für Kinder mit motorischem Schwerpunkt, in Werkstätten für behinderte Menschen, in Berufsbildungs- und Berufsförderungswerken. In einigen anderen Settings erfolgt diese jedoch nicht systematisch, sondern nur gelegentlich, z. B. im Rahmen von Einrichtungskonzeptionen zur Deckung besonderer Bedarfe, etwa in spezialisierten Wohneinrichtungen, in inklusiven (Regel-)Schulen sowie in manchen Einrichtungen und Diensten der beruflichen Bildung bzw. beruflichen Rehabilitation.

Die Option, dass therapeutische Fachkräfte zur Förderung der Teilhabe in allen Settings der Teilhabeförderung auch außerhalb der Erbringung kurativer Leistungen tätig werden können, sollte dem Grunde nach anerkannt werden. Entsprechende Vorkehrungen im Sinne der Struktur- und Prozessqualität sollten zum Standard gehören. Die DVfR legt dafür eine entsprechende Bewertung der derzeit praktizierten Optionen vor (s. Kapitel 8 der Expertise).

Im Übrigen sollte die kurative Heilmittelerbringung nach Möglichkeit verstärkt teilhabebezogen ausgerichtet sein, insbesondere wenn sie in (inkluisiven) Kindertagesstätten, Förder- und inklusiven Schulen, Berufsbildungs- und Berufsförderungswerken, Werkstätten für behinderte Menschen, Tagesförderstätten und Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe (bei spezifischen Bedarfen) stattfindet.

h) Bei Bedarf sollen kurative und teilhabeorientierte Tätigkeiten der therapeutischen Fachdienste in einem Dienst, ggf. in Personalunion, unter Beachtung der leistungsrechtlichen Vorgaben der Sozialleistungsträger gebündelt werden können, wenn beide Leistungen parallel erforderlich werden.

In vielen Fällen und in vielen Settings lassen sich kurative und teilhabefördernde Tätigkeiten der therapeutischen Fachdienste nicht sinnvoll voneinander trennen: Neben der Behandlung von Menschen mit Behinderung und zur Teilhabeförderung können z. B. umfassende Assessments, Beteiligung bei der Teilhabepanung, Beratung von Erziehenden, Lehrkräften, Assistenten, Eltern usw. erforderlich werden, die auch alltagspraktische Aspekte umfassen. Häufig ist das Erlernte im Alltag zu üben und zu trainieren. Insofern sind in vielen Fällen kurative und teilhabefördernde Tätigkeiten unter Nutzung der spezifischen Qualifikationen parallel und nach Möglichkeit einheitlich und „wie aus einer Hand“ zu erbringen.

Deshalb ist eine Leistungsbündelung durch einen Dienst oder eine Einrichtung zu ermöglichen, und zwar unter Beachtung der leistungsrechtlichen Vorgaben der einzelnen Sozialleistungsträger. Dies kann z. B. bedeuten, dass dazu mehrere vertragliche Regelungen erforderlich sind, z. B. die Zulassung einer Wohneinrichtung zur Heilmittelerbringung nach §§ 124, 125 SGB V. Die Bündelung sollte im Interesse der Klienten erfolgen, um diesen eine umfangreiche und integrierte Behandlung und zugleich Teilhabeförderung durch ein interdisziplinäres Team zu ermöglichen. Transparenz der Erbringung von verschiedenen Leistungskomponenten ist sicherzustellen, u. a. durch das

trägerübergreifende Bedarfsfeststellungsverfahren, durch Behandlungs- und Teilhabepläne und bei der Ausgestaltung der Leistung.

Typische Settings, in denen solche Bündelungen sinnvoll sein können, sind z. B. Kindertagesstätten, Schulen und Einrichtungen der beruflichen und sozialen Rehabilitation (z. B. Wohneinrichtungen).

i) Die Heilmittelversorgung soll sozialräumlich organisiert werden.

Bei der sozialraumorientierten Strukturplanung und Bereitstellung von Unterstützungsleistungen für Menschen mit Behinderungen sollte zur Verbesserung der Teilhabeorientierung auch die Heilmittelversorgung berücksichtigt werden. Diese sollte im jeweiligen Sozialraum vernetzt und ggf. mit kurzen Wegen sowohl für die Patienten als auch für die Therapeuten gestaltet werden und die konkrete Lebenswelt berücksichtigen. Dazu können Hausbesuche der therapeutischen Teams und/oder deren Tätigkeit in den verschiedenen Einrichtungen und Diensten beitragen. Die Regelung in § 11 Abs. 2 Satz 3 der Heilmittel-Richtlinie des G-BA, die dies bereits für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zulässt, sollte auch für Erwachsene gelten.

Im Hinblick auf Leistungen zur Teilhabe sind ohnehin die verschiedenen Settings zu betrachten. Es sollte gewährleistet werden, dass spezialisierte Therapeuten der verschiedenen Disziplinen, z. B. für Kleinkinder, bei neurologischen Erkrankungen, für besondere Patientengruppen (z. B. Mukoviszidose-Patienten), zur Schienenherstellung, für die orofaziale Therapie u. ä. regional erreichbar zur Verfügung stehen und von den Betroffenen barrierefrei tatsächlich in Anspruch genommen werden können.

Eine verbesserte Vernetzung und Kooperation der therapeutischen Fachdienste erzeugt neben Effizienzgewinnen auch Aufwände, die bei der Vergütung zu berücksichtigen sind.

Die DVfR mahnt in diesem Zusammenhang auch den zügigen, durch den Gesetzgeber angestrebten flächendeckenden Ausbau der mobilen Rehabilitation als Leistungsform der ambulanten medizinischen Rehabilitation an (§ 40 Absatz 1 SGB V).

j) Die unterschiedliche Finanzierungszuständigkeit für einzelne Leistungen soll einem Leistungsangebot wie aus einer Hand nicht entgegenstehen.

Ein und dieselbe Behandlung durch ein und denselben Therapeuten kann kurative, rehabilitative und teilhabebezogene Ziele gleichzeitig berücksichtigen. Die Notwendigkeit der expliziten Trennung der verschiedenen Ziele derselben Handlung rührt letztlich oft daher, dass für die einzelnen Ziele unterschiedliche Finanzierungsträger zuständig sind. Die Komplexität ergibt sich dann nicht aus dem Fall, sondern aus seiner Verwaltung. Es handelt sich somit um eine letztlich durch das gegliederte Sozialleistungssystem bedingte, künstliche Trennung von Zielen. Zwar kann für jedes der gleichzeitig zu berücksichtigenden Ziele ein anderer Finanzierungsträger zuständig sein – diese Ziele müssen aber gemeinsam verfolgt werden können.

Damit die Leistungserbringung im Hinblick auf verschiedene Ziele und die damit verbundenen Zuständigkeits- und Organisationsprobleme nicht auf dem Rücken der Patienten ausgetragen werden, schlägt die DVfR vor, dass die Leistungen auf Ebene der Leistungserbringer gebündelt werden können (s. auch Buchstabe h). Die auf der Basis von Verträgen zwischen den verschiedenen Leistungsträgern und den Leistungserbringern

erbrachten einzelnen Leistungen sollen dabei zu einer einheitlichen Leistung beim Klienten zusammengeführt, d. h. gebündelt und „aus einer Hand angeboten“ werden. Die jeweiligen Aufgabenbereiche und Zuständigkeiten der Leistungsträger bleiben dabei unberührt.

3. Förderung der Qualität und Ermöglichung einer zielorientierten Indikationsstellung durch teilhabeorientierte Heilmittelversorgung

Die DVfR ist davon überzeugt, dass durch die Teilhabeorientierung der Heilmittelversorgung die Qualität vorhandener Angebote verbessert und die Versorgung effektiver und nachhaltiger gestaltet werden kann. Insbesondere können die Indikationen für Heilmittel im Hinblick auf Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit sowie unter dem Gesichtspunkt der Nachhaltigkeit konkreter formuliert und begründet werden, wenn der Aspekt der Teilhabeförderung stärker berücksichtigt wird.

Heidelberg, im Februar 2016

Dr. med. Matthias Schmidt-Ohlemann
(Vorsitzender der DVfR)

Prof. Dr. iur. Peter Trenk-Hinterberger
(Leiter des Ausschusses Aktuelle Probleme der Versorgung mit Heilmitteln)

Mitglieder des Ad-hoc-Ausschusses „Aktuelle Probleme der Versorgung mit Heilmitteln“:

- Prof. Dr. Johann Behrens, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Halle
- Claudia Breuer, Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V. (dbl), Frechen
- Ilka Busch, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
- Dr. Jean-Jacques Glaesener, DGPMR, München
- Steffen Heidt, Deutsche Vereinigung für Rehabilitation, Heidelberg
- Reimund Klier, Deutscher Verband der Ergotherapeuten, Oelde
- René Klinke, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Berlin
- Otmar Lenz, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Berlin
- Dr. Andreas Oberle, BAG SPZ, Olgahospital Sozialpädiatrisches Zentrum, Stuttgart
- Dr. Dietmar Rohland, MDK Niedersachsen, Hannover
- Dr. Erwin Scherfer, Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e. V., Köln (bis Juni 2015)
- Franz Schmeller, Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg, Stuttgart
- Dr. Matthias Schmidt-Ohlemann, Rehabilitationszentrum Bethesda, kreuznacher diakonie, Bad Kreuznach
- Prof. Dr. Peter Trenk-Hinterberger, Universität Bamberg (Leitung)