

„Impulse und Perspektiven für die Rehabilitation in Deutschland durch die VN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“

Statement

Dr. med. Matthias Schmidt-Ohlemann
Rehabilitationszentrum Bethesda kreuznacher diakonie
Bad Kreuznach

Fachtagung Berlin 14. und 15. Januar 2010

Die Wirkung der BRK auf die Rehabilitation in Deutschland – Impulse und Perspektiven
NETZWERK ARTIKEL 3, IMEW und DGRW

Welche Impulse durch die VN-Konvention sind möglich, zu erwarten oder wünschenswert?

Die VN-Konvention kann zur Rehabilitation und damit zur Inklusion und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen beitragen durch

- Feststellung, Erläuterung und Klarstellung von Rechten und
- Impulse
 - Zur Zieldefinition gesellschaftlichen und politischen Handelns
 - Zur Konsensusbildung bzgl. konkreter Vorhaben und Forderungen
 - Zur Erarbeitung von Aktionsplänen und Strategien
 - Zur Umsetzung auf allen gesellschaftlichen Ebenen
 - Zur Überprüfung und Evaluation

Strategiepapier der DVfR (bereits im Oktober 2009) soll auch nach innen wirken!

Adressaten der VN-Konvention

Unterzeichner der VN-Konvention sind die Nationalstaaten. Diese haben den Auftrag, dafür zu sorgen, dass diese Konvention in der Gesellschaft verwirklicht wird.

Dies ist nur möglich

- Durch Bereitstellung eines Katalogs von Sozialleistungen und
- Durch gesetzliche Gebote und Verbote sowie
- In Form von Verhaltensimperativen (Moral, Ethik), die als extrinsische und als intrinsische Motivation im alltäglichen Handeln praktisch wirksam werden

Hier sind z.B. im Gesundheitswesen herausgefordert:

- Der Legislative
- Die Exekutive auf allen Ebenen, einschl. der Gebietskörperschaften
- Die Selbstverwaltung , z.B.
 - die Krankenkassen und andere Sozialleistungsträger
 - Die verfasste Ärzteschaft und andere Gesundheitsberufe
 - Die Selbsthilfeorganisationen der Patienten
 - Die Organisationen der Leistungsanbieter

Achtung: Subsidiaritätsprinzip und Sozialstaatstypus

Impulse der BRK: allgemein

Die BRK setzt wesentliche Impulse für die Inklusion:

Die Konzeption von Rehabilitation ist umfassend

Die Konzeption der gemeindeorientierten (regionalen) Verfügbarkeit (“auch in ländlichen Gebieten”) bedeutet Lebenswelt- und Sozialraumorientierung

Der Behinderungsbegriff ist umfassend: Nicht nur grundständig behinderte Menschen sondern auch Kranke, Pflegebedürftige, Frührentner, alte Menschen etc. vgl. dazu § 1 BRK

Das Konzept der angemessenen Vorkehrungen beschreibt staatliche und gesellschaftliche Handlungsaufträge für verlässliche Strukturen

Die Konzeption des universellen Designs erfasst lebensweltliche Kontextfaktoren

Das Diskriminierungsverbot ist umfassend

Der Zugang zu notwendigen Leistungen muss sichergestellt und gleich sein.

Es werden umfassende staatliche Verpflichtungen formuliert

Impulse zur Konzeption von Rehabilitation

Die Definition von Rehabilitation lautet nach Art 26 VN-Konvention:

“...wirksame und geeignete Maßnahmen, namentlich auch durch Rückgriff auf Unterstützung durch andere behinderte Menschen, um behinderte Menschen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit (Selbstbestimmung), umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Teilhabe und Teilnahme an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren.

Zu diesem Zweck organisieren, stärken und erweitern die Vertragsstaaten umfassende Habilitations- und Rehabilitationsdienste und -programme, insbesondere auf dem Gebiet der Gesundheit, der Beschäftigung, der Bildung und der Sozialdienste,...”

D.h. sie ist sehr umfassend und geht über das hinaus, was in Deutschland als Gruppe von Leistungen zur Rehabilitation rechtlich definiert ist.

Damit tun sich die Sozialleistungsträger der Rehabilitation aber auch die Anbieter von Leistungen sehr schwer, da sie eine Leistungsausweitung, mangelnde Abgrenzbarkeit bzw. Überforderung fürchten.

Rehabilitation

„Rehabilitation umfasst den koordinierten Einsatz medizinischer, sozialer, beruflicher, pädagogischer und technischer Maßnahmen sowie Einflussnahmen auf das physische und soziale Umfeld zur Funktionsverbesserung, zum Erreichen einer größtmöglichen Eigenaktivität und zur weitestgehend unabhängigen Partizipation in allen Lebensbereichen, damit der Betroffene in seiner Lebensgestaltung so frei wie möglich wird.“

(WHO, Definition der Rehabilitation: Technical Report 668/1981).

Rehabilitation ist weit mehr als die Bezeichnung für eine Gruppe von Sozialleistungen. Sie ist ein Prinzip des Sozialrechts und der Sozialpolitik, das tief in der Funktion solidarischer Freiheitssicherung verwurzelt ist. Gerade daraus folgt die Verantwortung des Gesetzgebers auf allen Ebenen und der Rehabilitationsträger, Rehabilitation inhaltlich und als Prozess konsequent nach den Zielen der Freiheit, Gleichheit und Teilhabe behinderter Menschen auszugestalten.

(F. Welti in: Teilhabe als Ziel der Rehabilitation, 100 Jahre Zusammenwirken... 2009)

Das SGB IX hat dies noch nicht durchgehend leisten können.

Zur Reichweite des Begriffes „Rehabilitation“

Zugleich stellt sich die Frage:

Wie weit soll der Begriff der Rehabilitation gefasst werden?

Macht es u. U. mehr Sinn, den Begriff der Rehabilitation enger zu fassen: z.B. als auf Personen bezogene Maßnahmen?

Sollte man die Beseitigung von Barrieren, die Bereitstellung angemessener Bildungs-, Wohn- und Arbeitsmöglichkeiten immer als Rehabilitation bezeichnen?

Sollte man Disability Mainstreaming in den Kontext von Rehabilitation stellen?

Könnte es sinnvoll sein, im umfassenden Sinne eher von Maßnahmen zur Sicherung der Teilhabe und Inklusion zu sprechen?

Macht es nicht dennoch Sinn, auch Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation mit dieser bewussten Begrenzung unter Einschluss des Teilhabezieles im Begriff Rehabilitation zu belassen?

Sind Einrichtungen des Wohnens im Rahmen der Eingliederungshilfe zur Rehabilitation zu zählen, ggf. unter welchen Umständen?

Allgemeine Impulse durch die VN-Konvention

Konzeption der regionalen Verfügbarkeit: “...sogemeindenah wie möglich, auch in ländlichen Räumen”

→ Operationalisierung: Sozialraumorientierung und differenzierte Regionalisierung zur Sicherung der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit von Diensten und Einrichtungen.

Konzeption von Behinderung: “Menschen mit langfristigen körperlichen, seelischen, geistigen oder Sinnesschädigungen, die sie im Zusammenwirken mit verschiedenen Barrieren daran hindern können, gleichberechtigt mit anderen uneingeschränkt und wirksam an der Gesellschaft teilzunehmen.”

→ Operationalisierung: Vermeidung eines engen Behinderungsbegriffes auf grundständige Behinderungen und Einschluss von Menschen mit Krankheit, Pflegebedarf, Erwerbsunfähigkeit etc.,

Unbehinderter Zugang zu Gesundheits- und Rehabilitationsleistungen

Art. 25 legt fest, ... dass die Vertragsstaaten behinderten Menschen dasselbe Angebot, dieselbe Qualität und denselben Standard an kostenloser oder bezahlbarer Gesundheitsversorgung zur Verfügung stellen wie anderen Menschen, einschließlich auf dem Gebiet der sexuellen und reproduktiven Gesundheit sowie bevölkerungsbezogener Programme im Bereich der öffentlichen Gesundheit;

die Diskriminierung behinderter Menschen in der Krankenversicherung und in der Lebensversicherung, soweit eine derartige Versicherung nach innerstaatlichem Recht zulässig ist, verbieten; derartige Versicherungen sind zu angemessenen und vernünftigen Bedingungen anzubieten

D.h. das Modell der Privaten Krankenversicherung der risikobezogenen Prämie ist eindeutig gesetzeswidrig – oder?

Das deutsche Gesundheitswesen weist für Menschen mit Behinderung mit hohem Behandlungsbedarf und ggf. in Armut erhebliche Zugangsbarrieren auf, u.a. auch finanzieller Art: Zuzahlungen, Aufzahlungen, Selbstbeteiligungen, Festbeträge, Festbetragszuschüsse.

Impulse: Gesundheitswesen

BRK fordert in Art 25:

“die Gesundheitsdienste anbieten, die von behinderten Menschen speziell wegen ihrer Behinderungen benötigt werden, gegebenenfalls einschließlich der Früh-erkennung und Frühintervention, sowie Dienste, um weitere Behinderungen möglichst gering zu halten oder zu vermeiden, insbesondere bei Kindern und älteren Menschen;”

Beispiele für spezialisierte und teilhabeorientierte gesundheitsbezogene Angebote:

- **Sozialpädiatrische Zentren und Frühförderung**
- **Beratungsstellen für Unterstützte Kommunikation und technische Hilfen**
- **Sozialmedizinische Zentren für erwachsene Menschen mit Behinderung**
- **Umfassene und spezialisierte, leicht zugängliche Hilfsmittelversorgung**
- **psychiatrisch/psychotherapeutische Angebote bei sog. Doppeldiagnosen**
- **Spezialambulanzen nach § 116b SGBV ggf. einschl. Ermächtigungen**
- **Mobile Rehabilitation**

Dringender Handlungsbedarf bei

- **Ärztekammern (Aus-, Fort- und Weiterbildung, Barrierefreiheit etc.)**
- **Kassenärztl. Vereinigungen u. Krankenkassen (spez. Angebote, Finanzierung)**

Impulse: Rehabilitationssystem

Übergeordnet: Allgemeine Aufgabe der Rehabilitation vgl. Art 26 BRK

- **Veränderungen in der medizinischen Rehabilitation, z.B. :**
 - Verbesserung der Teilhabeorientierung
 - Vermeidung von Zugangsbarrieren
 - Gemeindenahe und mobile Angebote
 - Kontinuierliche und ggf. wiederkehrende Rehabilitationsleistungen einschl. Beratung
 - engere Verbindung von Kuration und Rehabilitation
- **Veränderungen in der beruflichen Rehabilitation, z.B.**
 - Förderung eines inklusiven Arbeitsmarktes
 - Qualifizierte Beratungsstrukturen (SGB II-Träger, IFD etc.)
 - Ermöglichung von Integrationsprojekten
 - Verbesserung der Durchlässigkeit von WfbM und allg. Arbeitsmarkt
 - Verbesserung der beruflichen Ausbildung/Weiterbildung
 - Allgemeine Durchsetzung des betrieblichen Eingliederungsmanagements
 - Höhere Beschäftigungspflichtquote
 - Umfassende Arbeitsassistenz
 - Verzahnung medizinischer und beruflicher Rehabilitation

Impulse: Rehabilitationssystem

Übergeordnet: Allgemeine Aufgabe der Rehabilitation vgl. Art 26 BRK auch in der sozialen Rehabilitation: Nicht nur Wohnen und Assistenz sondern auch Dienste und Leistungen, "um Menschen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit (Selbstbestimmung), umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Teilhabe und Teilnahme an allen Aspekten des Lebens zu erreichen", d.h. bedarfsgerechte fördernde und fachliche komplementäre Hilfen im Sinne der Befähigung (Sen) bzw. Eines Empowerments.

Verbesserungen in der sozialen Rehabilitation, z.B.

- **Umfassende Assistenzleistungen**
- **Entkopplung der Leistungsart und der Wohnform**
- **Freie Wahl der Wohnform und des Lebensortes**
- **Umfassende Verfügbarkeit fachlicher Leistungen (Pflege, Pädagogik, Sozialmedizin; Wohnraumberatung, Hilfsmittel, Sozialberatung etc.)**
- **Qualifiziertes und verlässliches Unterstützungsmanagement in allen Lebenslagen, v.a. bei biographischen Wendepunkten, bei erworbenen Behinderungen etc.**
- **Einbezug aller Menschen mit Behinderung, also auch der pflegebedürftigen Erwachsenen**

Die BRK als Beitrag zum Paradigmenwechsel

Die BRK ist ein wesentlicher Beitrag, ja die Grundlage für einen generellen Paradigmenwechsel in der (Sozial-) Politik

Sie bildet einen gemeinsamer Bezugspunkt und bietet eine gemeinsame Sprache

Sie fördert und fordert eine breite gesellschaftliche Konsensbildung

Sie fordert die Nutzung des gesetzgeberischen Spielraumes ein

Auf ihrer Grundlage sind umfassende und vielfältige Zielvereinbarungen auf allen gesellschaftlichen Ebenen erforderlich: Aktionspläne

Sie verbessert die Durchsetzung der individuellen Rechte, auch auf dem Klageweg

Sie fördert das öffentliche Bewusstsein für Inklusion

Sie erleichtert eine angemessene Medienrepräsentanz des Themas Inklusion

Der Schatz muss freilich noch gehoben werden!

Weitere Informationen:

Rehabilitationszentrum Bethesda kreuznacher diakonie

Dr. med. M. Schmidt-Ohlemann

Waldemarstr. 24

55543 Bad Kreuznach

rmdo@kreuznacherdiakonie.de oder

Info@dvfr.de