

## **DVfR-Kongress 2011**

### **Individuelle Rehabilitation in Sozialräumen – Impulse aus der Behindertenrechtskonvention –**

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

Sehr geehrter Herr Staatssekretär Storm, sehr geehrter Herr Hüppe, sehr geehrter Herr Monsbakken, meine sehr geehrten Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

auch ich darf sie im Namen der DVfR sehr herzlich zu diesem Kongress begrüßen und danke Ihnen sehr für ihr Interesse. Die DVfR betrachtet diesen Kongress als einen Beitrag zur Umsetzung der BRK und zur Weiterentwicklung der Rehabilitation, wie sie in der BRK Art. 26 formuliert und konzipiert ist. Dort wird gefordert, dass die Rehabilitationsprogramme so gemeindenah wie möglich umgesetzt werden sollen. Damit ist nicht nur die räumliche Nähe gemeint, sondern die Einbeziehung des Sozialraumes als der Lebenswelt der Menschen. Dazu jetzt einige einführende Überlegungen.

Sie alle wissen, Sozialraumorientierung ist ein aktuelles Thema. Dabei wird aber unter Sozialraum i.d.R. das Quartier, d.h. der unmittelbare Lebensraum z. B. der Stadtteil, das Dorf oder die Kleinstadt verstanden. Die DVfR möchte im Hinblick auf die Rehabilitation allerdings eher von verschiedenen Sozialräumen mit unterschiedlichen Ausdehnungen und sozialen Bedeutungen sprechen.

Im Diskurs der Sozialen Arbeit wird Sozialraumorientierung deshalb gefordert, da ihr positive Eigenschaften zugeschrieben werden, u.a. Ressourcenorientierung, Einbezug sozialer Netze, Entwicklung von der alleinigen Einzelfallarbeit hin zu Gemeinwesen- und Netzwerkarbeit, Abkehr von rein Instituts- oder Institutionen orientierten und Institutionen dominierten Handeln hin zur Lebenswelt und den darin handelnden Subjekten. Sozialraumorientierung ist heute bereits in der Kinder- und Jugendhilfe und in der allgemeinen Sozialen Arbeit selbstverständlich.

Sozialraumorientierung wird nun zunehmend auch für den Bereich der Rehabilitation propagiert, den wir als Eingliederungshilfe kennen, insbesondere im Zuge der Kommunalisierung der Hilfen. Aber Wohnort- und Betriebsnähe wird auch für medizinische und berufliche Rehabilitation und insbesondere für die geriatrische Rehabilitation gefordert.

Die DVfR hält die Beschäftigung mit dem Thema Sozialraum im Hinblick auf die Rehabilitation für wichtig. Bisher gibt es in der Szene der Rehabilitation, abgesehen von der Eingliederungshilfe keine systematische Beschäftigung mit dem Thema, obwohl unstrittig ist, dass die soziale Lebenswirklichkeit während einer Rehabilitationsmaßnahme nicht ausgeblendet werden darf und dass wohnortferne

Rehabilitation in großen Einrichtungen Exklusion begünstigt und einer Verbesserung der Teilhabe während der Rehabilitation und im Anschluss daran entgegen stehen kann. Zudem sind die für die Teilhabe entscheidenden Kontextfaktoren überwiegend Bestandteil der Lebenswelt, die sich in Sozialräumen konstituiert. Und auch Rehabilitationsangebote sind im Sozialraum vorfindliche Kontextfaktoren (Förderfaktoren), ihr Fehlen bedeutet in der Regel einen Nachteil bzw. eine Barriere.

In den verschiedenen Sozialräumen, zur Differenzierung kommen wir noch, soll bei ihrer Gestaltung mehr und mehr auf die Bereitstellung von Ressourcen und Kompetenzen in den jeweiligen sozialen Netzwerken und nicht in abgesonderten Bereichen geachtet werden. Dies impliziert die Berücksichtigung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“.

Nur so können teilhabefördernde Angebote bei Bedarf dann im jeweiligen Sozialraum auch tatsächlich vorhanden sein, wenn sie gebraucht werden. Dabei wollen wir als DVfR aber nicht unkritisch einer bloßen Wohnortnähe um jeden Preis das Wort reden. Viele Rehabilitationsangebote sind nur in größeren Sozialräumen als dem Quartier organisierbar. Und einige Rehabilitationsangebote sind gerade wohnortfern sinnvoll. Aus Sicht der DVfR ist viel mehr gemeint ein sozialräumlicher Blick auf die verschiedenen Lebensräume, das Quartier, das Dorf, die Stadt, aber auch den Landkreis, das Bundesland und letztendlich auch die Bundesrepublik. Es geht um verschiedene sozialräumliche Planungs- und bürgerliche Gestaltungsräume mit unterschiedlichen Größenordnungen, Ausdehnungen, Aufgaben, Grenzen und Chancen. Sie stellen in ihrer Verschiedenheit Orte des Lebens dar, dort findet Teilhabe statt und dort wird Rehabilitation wirksam oder eben auch nicht.

Sozialraumorientierung als Organisationsprinzip auch in der Rehabilitation könnte außerdem wahrscheinlich helfen, manche Schnittstelle im gegliederten System der Rehabilitation besser zu bewältigen. Aus Art. 26 BRK lässt sich zudem aus der Forderung, dass die Dienstleistungen so wohnortnah wie möglich erbracht werden sollen, ein Sozialraumbezug für die Rehabilitation unmittelbar ableiten. Dabei beschreibt die BRK in Art. 26 die Habilitation und Rehabilitation als umfassende Querschnittsaufgabe und zwar für verschiedene Bereiche: den Bereich der Gesundheit, der Beschäftigung, der Bildung usw.

So müssen wir uns natürlich klar werden, dass bei der Sozialraumdebatte nicht nur die soziale Rehabilitation gemeint ist, wie oft gedacht wird, sondern es geht auch um die pädagogische und schulische Habilitation und Rehabilitation, um die berufliche Rehabilitation und eben auch nicht zuletzt um die medizinische Rehabilitation. Für all diese Bereiche ist Sozialraumorientierung zu diskutieren, wenngleich eben mit unterschiedlicher Bedeutung. Immer aber mit dem Ziel der Inklusion.

In Deutschland werden viele Rehabilitationsmaßnahmen unabhängig vom Wohnort und der Lebenswelt organisiert. Das beginnt bei den Rehabilitationskliniken, geht über die Berufsbildungswerke, große Einrichtungen der Eingliederungshilfe bis hin zu speziellen Schulinternaten usw. Es muss deshalb geprüft werden, wann die

wohntferne Erbringung einer Rehabilitationsleistung bedarfsgerecht und wann und in welchen Fällen eine Rehabilitation im nahen Sozialraum erforderlich ist. D.h. wenn sie so wollen gibt es so eine Art Beweislastumkehr. Wenn bisher automatisch der Goldstandard die institutionelle, wohnortferne Rehabilitation war, muss sie sich in Zukunft rechtfertigen, warum nicht eventuell doch eine wohnortnähere Rehabilitation sinnvoller und für die Inklusion und Lebensqualität zielführender ist. Deshalb ist immer wieder aufs Neue zu prüfen, wann die Wohnortferne einer Rehabilitationsleistung bedarfsgerecht ist und wann eben Rehabilitation im wohnortnahen Bereich für welches Ziel erforderlich ist. Und Immer wieder ist aber auch innerhalb der Rehabilitation, egal wo sie stattfindet, zu klären, welche Rolle der Sozialraum innerhalb der RehaMaßnahme spielen soll: die Familie, die Nachbarn, die Kollegen, der Betrieb etc.

Wenn wir nun den Begriff Rehabilitation in diesem Zusammenhang genauer anschauen, dann ist diesem Begriff ja immanent, dass stets auch die individuellen Fähigkeiten und Kompetenzen auf der Ebene der Körperfunktionen und -strukturen gefördert werden und natürlich auch Gesundheitsprobleme wie Schmerzen, Bewegungseinschränkungen usw. beseitigt oder gelindert werden. Aber in Bezug auf die Teilhabe – ja sie merken schon, wir bewegen uns hier im Begriffssystem der ICF – sind Fähigkeiten des Individuums nur Voraussetzungen für manche Aktivitäten und für die Teilhabe, sie sind diese nicht schon selbst und sie bewirken die Teilhabe nicht unmittelbar. Teilhabe entsteht erst durch Handeln im konkreten Kontext, wenn Fähigkeiten, Wille und Möglichkeiten zusammenkommen. Deshalb können Aktivitäten und Teilhabe selbst oft nur durch unmittelbaren Einbezug von Kontextfaktoren aus der Lebenswelt in die Rehabilitation verbessert werden.

Dies gilt vor allem dann, wenn Beeinträchtigungen von Menschen im Bereich der Funktionen und Strukturen trotz Reha verbleiben, so dass es darum gehen muss, Teilhabe trotz dieser Beeinträchtigungen zu erreichen und nicht immer nur zu denken, dass diese Beeinträchtigungen der Funktionen zwangsläufig erstmal beseitigt sein müssten, um Teilhabe und Inklusion zu erreichen.

Daraus folgt, dass manche Rehabilitationsangebote verstärkt in der Lebenswelt selbst angeboten werden sollten. Allerdings – und das ist uns auch klar – kann nicht jedes Angebot unmittelbar am Wohnort oder in seiner Nähe vorgehalten werden. Das gilt vor allem für hochspezialisierte und hochdifferenzierte Angebote. Denken wir etwa an die umfangreichen Maßnahmen, die in einer Neurologischen Fachklinik für Rehabilitation möglich sind. Denken wir an die umfangreichen Angebote von Berufsbildungs- und Berufsförderungswerken oder auch manche Wohn- und Werkstätten für mehrfach behinderte Menschen, bei denen umfangreiches Know-how notwendig ist und vielleicht auch zusätzliche, komplementäre Dienste zur Bewältigung von Gesundheitsstörungen, die Menschen an der Teilhabe hindern und ihre Lebensqualität beeinträchtigen können. D.h., wir müssen davon ausgehen, dass es auch spezielle Zentren und Einrichtungen im Sinne von spezialisierten Kompetenzzentren geben muss. Dies rechtfertigt aber nicht von vorneherein,

rehabilitative Angebote ausschließlich oder überwiegend wohnortfern oder in eigenen besonderen großen Einrichtungen anzubieten.

Es ist eine Aufgabe eben dieses Kongresses zu überlegen, wie im Einzelfall und auch für einzelne Personengruppen dem Bedarf am besten zu entsprechen ist und wie das Angebot dafür sozialräumlich strukturiert werden muss, um größtmögliche Teilhabe auf Dauer zu erreichen und um den Rehabilitationsprozess für den Rehabilitanden selbst so sozialverträglich wie möglich zu organisieren. Vergessen wir nicht, dass die wohnortferne Rehabilitation manche Familien vor Zerreißenproben stellt.

Die DVfR möchte diesen Diskussionsprozess ergebnisoffen führen. Wir sagen nicht – das gibt der Diskussionsstand bei uns einfach nicht her – Wohnortnähe, Sozialraumbezug muss in jedem Falle auf der Ebene des Quartiers hergestellt werden. Aber wir begreifen die Frage nach möglicher Sozialraumorientierung als eine produktive Anfrage an Angebote.

Bei all dieser zukünftigen Umorientierung von Rehabilitation ist für die DVfR die Qualität und die Fachlichkeit unverzichtbar. Unabhängig vom Ort der Rehabilitation, muss immer sichergestellt sein, dass eine ausreichende fachliche Diagnostik erfolgt und auch ein entsprechendes Rehabilitations-Assessment durchgeführt wird. Bestgemeinte Rehabilitation, die beste Inklusionsmaßnahme nützt nichts, wenn zentrale Komplikationen und Probleme nicht erkannt werden, nicht behandelt werden und nicht angegangen werden.

Sollen nun die fachlichen Dienste wohnortnäher oder zumindest lebensweltnäher angeboten werden, setzt dies zugleich erhebliche Umbauprozesse auf der fachlichen Ebene und bei der Organisation der professionellen Arbeit voraus. Auf einmal müssen die Professionellen in der Lebenswelt selber tätig sein. D.h. Förderschullehrer arbeiten in der Regelschule, ambulante medizinische Rehabilitationszentren arbeiten fachübergreifend oder vielleicht sogar betriebsbezogen und mobile Rehabilitation ist unmittelbar teilhabefördernd im Haushalt der Menschen, also in deren unmittelbarer Lebenswelt tätig. Das bedeutet, Fachkräfte der Rehabilitation arbeiten in Familien, in Betrieben und nicht mehr nur in ihren eigenen Einrichtungen. Oder auch umgekehrt, Klienten könnten auch eine Rehabilitationsklinik in ihrer unmittelbaren Umgebung, kardiologisch, neurologisch oder orthopädisch in Anspruch nehmen.

Erste Ansätze finden wir z.B. dazu im Präventionsprogramm **Betsi** (**B**eschäftigungsfähigkeit **t**eilhabeorientiert **s**ichern) der Rentenversicherung<sup>1</sup>.

Wie nun aber die Fachlichkeit solcher Dienste sicherstellen?

Wie kann man sie organisieren?

---

<sup>1</sup> Ein gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Deutschen Rentenversicherung Westfalen und der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg zur frühzeitigen und teilhabeorientierten Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit von erwerbstätigen Versicherten.

Dazu, glauben wir, sind auch neue Qualifikationen und neue Settings erforderlich. Zugleich wird man auf regionale Kompetenzzentren nicht verzichten können. Es gibt dafür eine ganze Reihe guter Modellbeispiele, wie z. B. ambulante Rehabilitationszentren, Sozialpädagogische Zentren, Spezialambulanzen wie die Spina bifida-Ambulanz in Mainz – die wir heute im Rahmen des Kongresses mit der Kurt-Alphons-Jochheim-Medaille auszeichnen und deren Vertreter ich ganz besonders herzlich begrüßen möchte, und andere. Auch arbeitsmedizinische Dienste in Großbetrieben, Förderschulen mit multidisziplinären Teams, Beratungsstellen für Unterstützte Kommunikation sind bereits solche Kristallisationspunkte und Kompetenzzentren. Interessanterweise scheint aber bisher ein Kompetenzzentrumsmodell für den Bereich der Heilpädagogik noch nicht entwickelt. Es wird aber immer wieder gefordert und es gibt dazu von Fachleuten, wie etwa von Andreas Fröhlich<sup>2</sup> erste Konzepte.

Immer gehört zur Rehabilitation, neben der fachlichen Qualifikation der Berufsgruppen auch ein entsprechendes Setting. D.h. inter-, multi- und transdisziplinäre Arbeit (auch das eine Forderung der BRK), Teamarbeit, Sicherstellung von Casemanagement und auch Berücksichtigung aller Beeinträchtigungen im Sinne der funktionalen Gesundheit, Assessmentbasierung etc.

Interessanterweise wird man aber durchaus auch öfter feststellen, dass, wenn jemand im Sozialraum lebt, manchmal zur Bewältigung von Problemen auch gar kein Fachmann erforderlich ist. Auch diese Erfahrung gilt es aufzunehmen und genauer zu schauen, wann denn ein Problem fachlich gelöst werden muss und wann es tatsächlich vielleicht durch die Betroffenen selbst oder durch die Angehörigen, Bezugspersonen im Sozialraum gelöst werden kann.

Rehabilitative Hilfen sind in den jeweiligen Sozialräumen jedenfalls nicht einfach so verfügbar und schon gar nicht finanziert und qualitätsgesichert vorhanden. Wir können ein Lied davon singen wie schwierig es ist Kompetenzzentren auf der Wohnortebene, in einem Sozialraum oder einem Landkreis zu organisieren und zu finanzieren.

Die Idee – vielleicht das als kurzer Rückblick – solcher Sozialraumorientierung ist ja nicht neu. Wir kennen sie aus anderen Bereichen des Gesundheits- und Sozialwesens, beispielsweise aus der Bedarfsplanung von Krankenhäusern, der Planung von Schulen, der Planung für Standorte von Berufsbildungswerken oder aus der psychiatrischen Versorgung.

Auch in der Rehabilitation haben wir schon über wohnortnahe Rehabilitation nachgedacht u.a. in den 70er und 80er Jahren und Anfang der 90er auch in der DVfR, wo wir uns auf dem Jahreskongress 1997 mit dem Thema „Ambulante

---

<sup>2</sup> Fröhlich, Andreas : Das Ende – ein Anfang. Weiterentwicklung der Schule für Geistigbehinderte zum Kompetenzzentrum. In: Zeitschrift für Heilpädagogik 7/99, S.322-325.

wohnnah Rehabilitation – Konzepte für Gegenwart und Zukunft“<sup>3</sup> beschäftigt haben. Die seitdem entwickelten Ansätze ambulanter und wohnnaher Rehabilitation sind jetzt noch mal neu zu sichten und wir müssten auch prüfen, was denn umgesetzt worden ist von den Dingen, die der Gesetzgeber uns an die Hand gegeben hat (z.B. die Frühförderung, die Soziotherapie, die Regelung zur Behandlungspflege zur Mobilen Rehabilitation, usw.). Was von dem, was als Ermöglichung im Gesetz steht – im SGB IX oder auch in den einzelnen Leistungsgesetzen – ist denn tatsächlich umgesetzt?

Neu ist aber, das möchte ich ganz besonders hervorheben, dass sich behinderte Menschen sehr viel stärker als bisher in die Diskussion einklinken. Sie selber beteiligen sich stärker daran, wie sie leben wollen und fordern fachliche Leistungen ein, die aber unabhängig von der Wohnform zur Verfügung stehen sollen.

Wenn man nun Rehabilitation nicht speziell in großen Einrichtungen organisieren will, wo das Programm zur Rehabilitation bzw. Förderung der Teilhabe ja im Grunde festliegt, sondern Rehabilitation im Lebensraum der Menschen machen möchte, braucht man auch eine andere Ermittlung von Hilfebedarfen – wir brauchen sozusagen Teilhabepläne, die in den Sozialräumen gelebt werden können.

In Rheinland-Pfalz haben wir mit der Umsetzung solcher Teilhabepläne schon sehr viel Erfahrung und dabei zeigt sich interessanterweise, dass für die Inklusion benötigte Angebote oft gar nicht unmittelbar dem Rechtsbereich der Rehabilitation zuzurechnen sind. Das können nämlich manchmal ganz andere Dinge sein wie z.B. Hilfen aus der Krankenversorgung, Heilmittel, Hilfsmittel. Das können auch z.B. Probleme mit Armut sein, Barriereprobleme oder Probleme aus der Betriebsumstrukturierung.

Wir sind also damit konfrontiert, dass wir bei der sozialraumorientierten Hilfeplangestaltung oftmals eben nicht nur leistungsrechtlich im Rahmen der Rehabilitation kodifizierte Leistungen in den Blick nehmen müssen, sondern auch solche, die von der Gemeinde her oder vom Betrieb oder auch vom Betroffenen und seinem sozialen Netzwerk selbst zur Verfügung zu stellen sind. Erforderlich sind nicht nur Lösung von Spezialproblemen einzelner Individuen mittels einzelner Leistungen von Rehaträgern, sondern auch Vorhalteleistungen durch die Gemeinde, das Bundesland oder von Organisationen wie den Rehaträgern, die für die Inklusion ggf. abgerufen werden können. Daraus entstehen Chancen aber auch Risiken für die Beteiligten. Das bedeutet nämlich, dass auf einmal Sozialleistungsträger, sei es aus der Eingliederungshilfe, sei es aus der medizinischen Rehabilitation, über ihren angestammten Bereich hinaus blicken und andere Hilfssysteme anderer Träger oder eben die Lebenswelt mit in den Blick nehmen müssen und sich vielleicht sogar

---

<sup>3</sup> Ambulante wohnortnahe Rehabilitation – Konzepte für Gegenwart und Zukunft, 32. Kongress der DVfR vom 24. bis 26. September 1997 in Erkner.

darum kümmern müssen, wie denn nun Hilfen im profanen Alltag zu organisieren sind.

Besonders aktuell ist die Sozialraumorientierung in der Eingliederungshilfe. Dort werden Individualisierung der Hilfen und Inklusion in das Gemeinwesen möglichst ohne besondere Einrichtungen angestrebt. Dies setzt aber, neben der Bereitstellung von individuellen Hilfsangeboten zum Wohnen und der persönlichen Assistenz voraus, dass im Sozialraum auch fachliche Angebote der sozialen Rehabilitation vorgehalten werden und auch solche der medizinischen und beruflichen Rehabilitation. Das umfassende fachlich spezialisierte Hilfsangebot größerer Einrichtungen steht ja nach deren Auflösung nicht mehr automatisch zur Verfügung. Daher muss es gelingen, diese Angebote im Sozialraum in andere Leistungserbringungsformen zu überführen. Das ist vor allem dann wichtig, wenn auch solche Menschen inkludiert werden sollen, die eben nicht mit Assistenz oder Hilfen zum Wohnen allein auskommen können, weil sie schwerer behindert sind oder weil sie umfängliche Hilfe brauchen, weil sie krank sind. Dazu gehören z.B. Menschen mit schwersten Behinderungen, mit autistischen Syndromen, mit Doppeldiagnosen, also geistige Behinderung und seelische Behinderung, schwer körperbehinderte Menschen ohne Sprache usw. Wir müssen leider feststellen, dass in der Begeisterung über den Sozialraumbezug innerhalb der Eingliederungshilfe die Berücksichtigung fachlicher Leistungen und insbesondere von Rehabilitationsleistungen, oft auf der Strecke bleibt. Die DVfR hat darauf mehrfach hingewiesen.

Auch die Tatsache, dass im ASMK-Prozess<sup>4</sup> die Eingliederungshilfe im Kontext der Fürsorge verbleibt, also des SGB XII, und nicht etwa angedacht ist, sie im SGB IX zu verorten, ist ein Indiz dafür, dass die Aufgabe der Gestaltung einer rehabilitativen Infrastruktur nicht wirklich wahrgenommen, geschweige denn in Angriff genommen wird.

Ferner müssen wir auch in regionalen Behinderten-Plänen, – es gibt ja jetzt schon Gemeinden, die sich den angesprochenen Problemen stellen und einen regionalen Teilhabeplan für ihre Region erstellen – leider feststellen, dass zwar auf Assistenz und Barrierefreiheit im Sozialraum Wert gelegt wird, dass dort i.d.R. aber die spezifischen Angebote aus der Rehabilitation z. B. für die Mobilität, das Training von ADL, Unterstützte Kommunikation etc. fehlen. Das heißt: diese werden im Sozialraum auch tatsächlich nicht bereitgestellt oder dem Individuum praktisch nicht erschlossen. Was aber machen denn die Menschen, die noch nicht oder nicht mehr sitzen können, die nicht sprechen können, die nicht schlucken können, die nicht schreiben können, die sich nicht bemerkbar machen können, die sich in ihrem Verhalten nicht kontrollieren können, die ihr Gedächtnis verloren haben? Wie geht man denn mit schwer mehrfach behinderten Menschen um, die auf die unmittelbare,

---

<sup>4</sup> Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder (ASMK) : Der ASMK-Prozess zur Reform der Eingliederungshilfe seit Herbst 2007.

persönliche Nähe vertrauter Bezugspersonen angewiesen sind und die körpernahe Kommunikationswege nutzen müssen? Wie geht derjenige mit ihnen um, der im Grunde nicht weiß, wie es geht? Wir haben das Problem, so ist jedenfalls unser Eindruck, dass hier manchmal einfach nur auf die freundliche Nachbarin vertraut wird, lediglich auf den gesunden Menschenverstand ohne Rücksicht auf relevante Bedürfnisse des behinderten Menschen.

### Fallbeispiel

*Stellen sie sich vor, ein Mann hat nach einem Unfall ein Schädel-Hirn-Trauma und kann nicht mehr sprechen. Seine Mutter betet drei Mal in der Woche eineinhalb Stunden mit dem Mann und sagt: „nur so kommt er zur Ruhe, das ist ihm wichtig, er möchte das“. Mit viel Hilfe wird er mit Unterstützter Kommunikation zu zielgerichteter Kommunikation gebracht. Das war ihm jahrelang nicht möglich. Und das erste was er gesagt hat, nachdem er einen vollständigen Satz schreiben konnte war: „Ich hasse diese Beterei“. Stellen Sie sich das einmal vor, jetzt auf einmal ist eine ganz andere Perspektive da. Dann haben wir natürlich auch gefragt: „Was heißt das, wollen Sie jetzt nicht mehr beten?“ Und dann kommt die nächste Überraschung und der Mann sagt: „Das kann ich meiner Mutter nicht antun“. Und er betet weiter mit seiner Mutter, weil ihr dies so wichtig ist, er mit ihr aufs Engste verbunden ist und diese Verbindung auch nicht lösen möchte.*

*Damit erschließt sich auf einmal eine ganz andere Perspektive auf diesen Menschen. Was ich damit zeigen möchte ist: Die Bedürfnisse, Wünsche und Perspektiven von schwer behinderten Menschen sind oft nicht einfach mit dem gesunden Menschenverstand zu erfassen. Der Betroffene selbst muss, wenn irgend möglich, selbst zur Sprache kommen können. Dazu ist Unterstützte Kommunikation notwendig, d.h. Fachlichkeit ist erforderlich, um ihm dies zu ermöglichen. Und Fachlichkeit ist auch wichtig, um die eigenen Meinungen über den Klienten fachlich andauernd zu reflektieren. Denn vorher war es immer so, dass alle genau wussten, sogar seine Mutter, was er wollte: „Wir wissen doch, was Herr X möchte, wir lesen ihm das doch von den Augen ab.“*

Meine Damen und Herren, das darf heute nicht mehr passieren. Rehabilitation im Sozialraum muss solchen Menschen und anderen mit ähnlichen Bedarfen ein Angebot machen können, das ihnen Chancen erschließen kann und sie unter Nutzung moderner Rehabilitationsstrategien teilhaben lassen kann.

Inklusion darf im Sinne der BRK nicht vom Erreichen bestimmter Fähigkeiten abhängig gemacht werden. Jeder ist inkludiert und soll sich als inkludiert fühlen können. Insofern muss die Schaffung geeigneter Umweltfaktoren für solche Menschen nicht auf die jeweiligen individuellen Maßnahmen beschränkt werden, so wichtig sie – an diesem Beispiel sah man das – auch sind, sondern sie müssen im Grunde die ganze Gesellschaft, den gesamten Sozialraum betreffen. Und genau das ist jetzt die Aufgabe: Wie kann man den Sozialraum so gestalten, dass auf der einen Seite individuelle rehabilitative Hilfen und auf der anderen Seite gesellschaftliche

Hilfen auf der Gemeindeebene bedarfsgerecht zur Verfügung stehen getragen von der Bereitschaft aller zur Inklusion?

Die Erfahrungen zeigen nun, dass viele, auch hochprofessionelle Rehabilitationsangebote nicht an stationäre Einrichtungen gebunden sein müssen, sondern auch in der Fläche hochprofessionell angeboten werden können, wenn sie so organisiert und finanziert sind, dass sie niedrigschwellig und verlässlich dem Klienten zur Verfügung stehen und vom Leistungserbringer zuverlässig und auskömmlich bereitgestellt werden können. Hochprofessionelle und spezialisierte Angebote kann man nicht bei Bedarf mal eben – da ist jetzt einer, der hat da einen Bedarf, z.B. an Unterstützter Kommunikation um an unserem Fallbeispiel zu bleiben – neu errichten. Qualifizierte Mitarbeiter, hochspezialisierte Ausstattung und eingespielte Teams sowie zuverlässige Netzwerkstrukturen sind auf dem freien Markt in der Regel nicht verfügbar. Hält man solche Angebote also nicht konstant und zuverlässig vor, bedeutet das, dass den Menschen mit Behinderungen bedarfsgerechte Leistungen vorenthalten werden. Unsere Erfahrung ist eher die: Fehlen z. B. Beratungsstellen für unterstützte Kommunikation oder rehabilitationsmedizinische Dienste, werden diese in die Teilhabeplanung erst gar nicht aufgenommen. Es wäre nämlich, psychologisch gesehen, unerträglich, einen Bedarf zu formulieren, der nicht gedeckt werden kann.

Insofern ist der oft empfohlene und theoretisch korrekte Weg, einfach ein paar Teilhabepläne zu machen und dann zu schauen, wie die Hilfe organisiert werden kann, nicht immer zielführend. Denn manche speziellen Angebote müssen da sein, damit sie dann bei Bedarf im Teilhabeplan berücksichtigt werden. Man kann das mit der Feuerwehr vergleichen: Sie fangen doch nicht an, eine Feuerwehr zu gründen wenn es brennt, sondern sie wollen, dass Feuerwehrleute in Bereitschaft vorhanden sind. Die kommen dann, sind ausgebildet und kompetent und können das Feuer löschen.

So plädiert die DVfR für eine geplante rehabilitative Infrastruktur differenziert je nach Spezialisierung in den verschiedenen Sozialräumen. Das ist der Grundgedanke, den wir hier gerne deutlich machen wollen.

Und jetzt stellt sich die Frage, wer soll diese rehabilitative Infrastruktur planen und dafür sorgen, dass diese dann auch vorhanden ist? Das Problem beginnt schon oft mit der Frage der Zuständigkeit: Wer von den verschiedenen Rehabilitationsträgern - am Beispiel der UK kann man das gut zeigen – ist denn zuständig? Teilweise sind es hier die Krankenkassen (Befriedigung von Grundbedürfnissen) aber auch der Eingliederungshilfeträger (Förderung der sozialen Teilhabe). Und wer soll die Koordination übernehmen? Zurzeit übernehmen das in der Eingliederungshilfe oft die großen aber teilweise auch kleineren Träger von Einrichtungen und Diensten. Sie erarbeiten Angebote, suchen sich die Finanzierung und führen diese dann im Falle mehrerer Kostenträger als eine Art sekundärer Komplexleistung als einheitliche

Leistung auf Trägerebene zusammen. Deren Rolle soll sich aber im Rahmen der Kommunalisierung und der Diversifizierung der Trägerlandschaft ändern.

In weltweiter Perspektive kommt die Aufgabe der Koordination dem Staat zu: in Deutschland wären das die Kommunen bzw. die Gebietskörperschaften und die Länder, denn die rehabilitativen Angebote können nicht unabhängig vom Lebensraum organisiert werden. In Deutschland sind aber nach § 19 Abs. 1 SGB IX die Rehabilitationsträger für die Bereitstellung der Infrastruktur der Rehabilitation verantwortlich. Wie funktioniert das aber in unserem gegliederten System? Kommen die Träger denn überhaupt auf der regionalen Ebene zusammen?

Auf der regionalen Ebene ist das z. Zt. in Deutschland in der Regel nicht der Fall. Auf die Servicestellen kann man hier nicht abstellen, denn die Organisation der Infrastruktur ist nach § 22 SGB IX nicht ihre Aufgabe. Für die Gestaltung von Reha-Angeboten im Sozialraum ist im SGB IX in § 12 Abs. 2 folgendes vorgesehen: „Die Rehabilitationsträger und ihre Verbände sollen zur gemeinsamen Wahrnehmung von Aufgaben zur Teilhabe behinderter Menschen insbesondere regionale Arbeitsgemeinschaften bilden“. Diese Arbeitsgemeinschaften sollen die Sicherstellung nach § 19 übernehmen. Z. Zt. dürften in den wenigsten Regionen in Deutschland solche Arbeitsgemeinschaften bestehen - ich selbst kenne keine. Insofern ist der gesetzliche Auftrag, Rehabilitationsangebote bedarfsgerecht sozialraumorientiert bereitzustellen nicht verwirklicht. Dies hängt auch damit zusammen, dass Rehabilitationsträger z. T. der Auffassung sind, es reiche aus, ihre Angebote wohnortfern bzw. unabhängig von sozialräumlicher Anbindung bereitzustellen. Insofern muss auch geklärt werden, bei welchen Rehabilitationsangeboten ein Sozialraumbezug unbedingt erforderlich ist. Und natürlich ist auch zu fragen, ob es sich bei den im Sozialraum notwendigen Leistungen um Rehabilitationsleistungen im leistungsrechtlichen Sinne handelt oder um andere Leistungen, z. B. aus der vertragsärztlichen Versorgung.

Was soll nun unter dem Begriff des Sozialraums verstanden werden?

Die DVfR versteht darunter die räumliche Komponente der individuell subjektiv konstituierten Lebenswelt und Lebenswirklichkeit, in der die alltäglichen praktischen Lebensvollzüge der Menschen stattfinden (dazu gehören Wohnung, Nachbarschaft, Betrieb, virtuelle Welten des Internets etc.), also sowohl das Quartier als auch die subjektiv imaginierte Lebenswelt und auch die für die Lebensführung relevanten weiter entfernten, größeren Räume, in denen das Leben stattfindet: die nächste Stadt, der Landkreis, das Bundesland usw. Insofern erscheint es sinnvoller, von (mehreren und verschiedenen) Sozialräumen zu sprechen, in denen sich das Leben vollzieht, als von vornherein eine Einengung auf den Nahbereich vorzunehmen.

Aus Sicht der DVfR sollten Sozialräume im Hinblick auf die Rehabilitation im Sinne des Art. 26 BRK als sozialstaatliche räumliche Planungs- und bürgerliche Gestaltungsräume betrachtet werden, die als Bezugsrahmen auch für die Gestaltung von Leistungsangeboten zur Förderung der Teilhabe und der Rehabilitation und

damit für die Diskussion um die Weiterentwicklung der Rehabilitation genutzt werden. Sozialraum bezeichnet nämlich eine sozialstaatlich gebotene sozialplanerische Dimension: der Staat ist unter Beachtung der Subsidiarität und der Beteiligung der Bürger verpflichtet, Angebote zur Rehabilitation so bereitzustellen, dass diese bedarfsgerecht zur Verfügung stehen, und erreichbar, zugänglich und barrierefrei zu nutzen sind. Dazu muss er definieren, welches Angebot wo verfügbar sein muss. Er kann dies z. B. auf der Ebene der Gemeinde, der Landkreise, der Länder und der BRD tun oder in nach anderen Kriterien definierten Sozialräumen.

Deshalb sei noch einmal betont: Die DVfR übernimmt in dieser Perspektive nicht die häufige Einengung des Begriffes Sozialraum auf das Quartier, den Stadtteil, wie sie in der Sozialarbeit gebräuchlich ist, sondern spricht bewusst von Sozialräumen als sozialstaatlichen Planungs- und bürgerlichen Gestaltungsräumen, die je nach Versorgungsauftrag und Planungshoheit nach Größe und Einwohnerzahl sowie Aufgabenstellung zu differenzieren sind.

Im Anschluss an die Psychiatrie Enquete<sup>5</sup> und die Vorschläge anderer Arbeitsgruppen<sup>6</sup>, bietet es sich an, im Hinblick auf Versorgungsregionen 4 Sozialräume zu unterscheiden:

1. der soziale Nahraum als primäres Versorgungsgebiet, (Quartier, Stadtteil, Dorf, Kleinstadt)
2. das Standardversorgungsgebiet (ca. 30 min. Fahrzeit, in Deutschland ca. 100 – 250 000 Einwohner)
3. das überregionale Versorgungsgebiet (bis ca. 2 Stunden Fahrzeit, in Deutschland ca. 500 000 – maximal 4 Mio. Einwohner)
4. das nationale Versorgungsgebiet (Bundesrepublik Deutschland)

Diese Differenzierung orientiert sich an der Zweckmäßigkeit, der politischen Gestaltbarkeit je nach Aufgabengebiet, an örtlichen Entfernungen sowie der Siedlungsdichte.

Zu den in diesem Sinne definierten Sozialräumen gehören alle Bestandteile der Lebenswelt, also auch ganz wesentlich die Betriebe, aber auch öffentliche Einrichtungen, soziale und kirchliche Institutionen, Vereine etc.

Man kann nun diesen Sozialräumen verschiedene Versorgungsaufgaben zuordnen. Dazu liegen viele Erfahrungen, z. B. aus der Krankenhausplanung, der Planung für Werkstätten, der sozialpädiatrischen Versorgung u. v. a. m. vor.

Besonderes Augenmerk ist m. E. im Hinblick auf Angebote zur Rehabilitation und Teilhabeförderung auf das Standardversorgungsgebiet zu richten, da bereits dort viele Angebote bereitgestellt werden sollten, auch im Sinne der Unterstützung der Teilhabe im primären Versorgungsgebiet.

---

<sup>5</sup> Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland aus dem Jahre 1975.

<sup>6</sup> vgl. z. B. Schmidt-Ohlemann: Regionalisierung und soziale Netzwerke, VEERB 1995.

Im Sozialraum „Standardversorgungsgebiet“ sollte besonders darauf geachtet werden, dass nach spezialisierten Behandlungen eine entsprechende rehabilitative Nachsorge organisiert werden kann. Das wird dann von besonderer Relevanz sein, wenn auch die soziale und berufliche Eingliederung noch neu zu leisten ist<sup>7</sup>.

Im Standardversorgungsgebiet sollten im Hinblick auf die Rehabilitation 5 Aufgaben vorrangig bewältigt werden:

1. Zuverlässige und umfassende medizinische, pädagogische und schulische Förderung von Kindern, die behindert oder von Behinderung bedroht sind, insbesondere auch in sozialprekären Lebenslagen einschl. des Überganges in eine effektive Erwachsenenversorgung (sog. Transitionsproblematik).
2. Eingliederung und Wiedereingliederung und Förderung der funktionalen Gesundheit jüngerer pflegebedürftiger behinderter Menschen, sowohl mit angeborenen wie auch erworbenen Behinderungen, und zwar in medizinischer, beruflicher und sozialer Hinsicht.
3. Bereitstellung inklusiver Wohnformen unabhängig vom Schweregrad der Behinderung.
4. Medizinische und berufliche Rehabilitation und Eingliederung (BEM<sup>8</sup> und auch Angebote zur Erhaltung der Beschäftigungsfähigkeit etc.) von Arbeitnehmern, insbesondere auch älterer Arbeitnehmer.
5. Optimale Behandlung und Rehabilitation für den alten Menschen mit dem Ziel möglichst langer Selbständigkeit, Erhaltung der Inklusion im eigenen häuslichen Umfeld und Vermeidung der (nicht gewünschten) Heimaufnahme sowie zur Minderung der Pflegebedürftigkeit.

Andere Aufgaben, so die medizinische Regelversorgung, die umfassende Beratung und die Vermittlung spezialisierter Hilfen u.a. sind dabei grundlegende Angebote im Standardversorgungsgebiet.

Nicht zu vergessen sind Angebote der beruflichen Rehabilitation und Angebote zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit. Auch Betriebe sind Bestandteil von Sozialräumen, ja stellen in gewisser Weise sogar selbst einen Sozialraum dar. Zahlreiche innerbetriebliche Maßnahmen gibt es schon jetzt, wenngleich insbesondere in den Klein- und Mittelbetrieben die Möglichkeiten (und Pflichten) der Wiedereingliederung und des Arbeitsschutzes nicht ausgenutzt werden. So kann die Bereitstellung von beruflicher Reha- und Eingliederungskompetenz u. U. innerhalb des Standardversorgungsgebietes eine zentrale Aufgabe der Zukunft sein.

Wie aber kann man nun Rehabilitation und Teilhabeförderung in diesen Sozialräumen organisieren?

---

<sup>7</sup> vgl. Phase E bei neurologischen Erkrankungen einschl. des Überganges in eine Phase F. Gerade die Ausgestaltung der Phase E ist ohne Nutzung der Ressourcen aus den Sozialräumen „primäres Versorgungsgebiet“ und „Standardversorgungsgebiet“ nicht denkbar.

<sup>8</sup> BEM (Betriebliches Eingliederungsmanagement). Siehe dazu § 84 Abs. II SGB IX.

- Wir brauchen Angebote, die auf den jeweiligen Sozialraum passen.
- Wir brauchen ihre Qualität und Finanzierung.
- Wir brauchen deren Koordination und Kooperation im Sinne einer Netzwerkbildung.

Wir haben dies oben bereits diskutiert: Weltweit wird dies als Aufgabe der Kommune/ bzw. der Gebietskörperschaft gesehen: Community-based rehabilitation (CBR)<sup>9</sup>.

Wie das organisiert werden könnte und welche gesetzlichen Grundlagen dafür gegeben sind, habe ich oben schon dargelegt. Aber: wird das auch gewollt und kann das wirklich praktisch funktionieren?

Hier mag ein Blick auf die ökonomische Bedeutung der Rehabilitation in den Sozialräumen hilfreich sein. In vielen Städten und Landkreisen werden solche Fragen nämlich unter sozialökonomischen Aspekten diskutiert: Die Wirkungen von Rehabilitation sind im Hinblick auf die Bedarfe und die Leistungen für kranke und behinderte Menschen auch ökonomisch relevant, nämlich im Sinne der Erhaltung der Beschäftigungsfähigkeit, der sozialen Integration, der Verminderung von Pflegebedürftigkeit, der Förderung der sozialen und lebensweltlich praktischen Selbstständigkeit und der Handlungskompetenz bei Angehörigen und Bezugspersonen behinderter und kranker Menschen usw. Rehabilitationsangebote sind auch relevant für den Arbeitsmarkt, denn sie sind in der Regel personalintensiv und auch wichtig für die kommunalen bzw. gebietskörperschaftlichen Einnahmen.

Einige wenige Zahlen mögen dies illustrieren:

Wenn laut BAR<sup>10</sup>-Statistik aus dem Jahre 2008 in der BRD mit ca. 80 Millionen Einwohnern über 26 Mrd. Euro für die Reha ausgegeben wurden, entfallen davon auf ein Standardversorgungsgebiet von 150 000 Menschen im Jahr immerhin ca. 43 Mio. Euro. Davon wiederum entfallen ca. 23 Mio. Euro auf die Eingliederungshilfe.

Zu den Rehabilitationsausgaben im engen Sinnen kommen hinzu:

- ca. 11 Mio. Euro Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Hilfsmittel,
- ca. 8 Mio. Euro Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Heilmittel,
- ca. 35 Mio. an Leistungen der Pflegeversicherung (insgesamt), ohne Hilfe zur Pflege im Rahmen der Sozialhilfe,
- ca. 2800 Menschen erhalten eine stationäre RehaMaßnahme,
- ca. 355 Erwachsene leben in einer stationären Einrichtung der Behindertenhilfe, ca. 170 werden ambulant betreut, und insgesamt ca. 430 Menschen besuchen eine WfbM<sup>11</sup>,
- ca. 2500 Menschen sind Pflegebedürftig, von ihnen leben ca. 1900 zu Hause und ca. 600 im Heim,
- ca. 300 Menschen im Standardversorgungsgebiet erleiden jährlich einen Schlaganfall.

<sup>9</sup> Vgl. World Health Organization (WHO): <http://www.who.int/disabilities/cbr/en/>, 27.09.2011.

<sup>10</sup> Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR).

<sup>11</sup> Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)

Diese Liste ließe sich weiter fortsetzen.

Jeder Politiker wird nun versuchen, möglichst viel an Leistungen in seiner Kommune, seiner Gebietskörperschaft erbringen zu lassen, insbesondere, wenn deren Finanzierung durch andere Sozialleistungsträger gesichert ist. Die Erkenntnis dieser Zusammenhänge wird auf Dauer die Sozialraumorientierung nachhaltig fördern und das Interesse der Kommunen an der Steuerung dieser Prozesse stärken. Das ist ja jetzt schon daran erkennbar, dass bei der Reform der Eingliederungshilfe den Kommunen eine zentrale Steuerungsfunktion zugeordnet werden soll. Das bedeutet aber noch nicht automatisch, dass dies auch den Menschen tatsächlich nützt. Dies wird nur dann der Fall sein, wenn diese Steuerung und die sozialräumliche Organisation der Angebote qualitativ und quantitativ dem Bedarf umfassend entsprechen. Dazu gehört aus Sicht der DVfR zwingend, dass der inklusive Sozialraum stets auch rehabilitativ ausgestaltet wird im Sinne der Sicherstellung der Förderung der Teilhabe, d. h. auch im Sinne der Befähigung (capability approach) zur Teilhabe. Hierfür sind rasch die notwendigen sozialräumlichen Konzepte unter Einschluss der Rehabilitation zu entwickeln und in der Praxis umzusetzen.

Wenn die Kommunen, die Landkreise und Bundesländer das Gebiet der Rehabilitation aktiv mitgestalten wollen, werden sie dafür Kompetenz aufbauen und institutionalisieren müssen, z. B. in Form eines regionalen Rehakordinators, einer Koordinationsstelle oder in anderer Form. Modelle dafür sind meines Wissens bislang nicht erprobt. Auf Erfahrungen kann man im Bereich der gemeindepsychiatrischen Verbände bzw. der Gemeindepsychiatrie zurückgreifen.

Ich behaupte, dass die Diskussion um den social return oft invest (SROI)<sup>12</sup> und auch um den return of social invest im jeweiligen Sozialraum für die zukünftige Gestaltung der Rehabilitation im Sozialraum eine entscheidende Rolle spielen wird. Im Zentrum sollte aber der Mensch stehen, der sich Rehabilitation als Hilfe zur Teilhabe in seiner Lebenswelt wünscht. Der Aufgabe, dies zu verwirklichen, sieht sich die DVfR und dieser Kongress verpflichtet. Wir wollen uns in der DVfR dieser Diskussion stellen und wollen dafür sorgen, dass Umfang, Qualität und Fachlichkeit der Rehabilitation, wie sie jetzt schon erreicht ist, nicht preisgegeben werden sondern vielmehr bedarfsgerecht weiterentwickelt und – so meine feste Überzeugung – ausgebaut werden. Deshalb veranstaltet die DVfR diesen Kongress, dafür arbeiten wir.

Bereits an dieser Stelle danke ich allen Beteiligten, insbesondere den Referentinnen und Referenten und allen an der Vorbereitung und Durchführung Mitwirkenden sehr herzlich.

(Überarbeitete Fassung des Einführungsvortrages vom 30. Juni 2011 in Berlin)

---

<sup>12</sup> Die Methode des Social Return on Investment (SROI) misst den Ertrag sozialer Investitionen. Siehe auch Präsentation von Prof. Dr. Klaus Schellberg, Workshop 1, DVfR-Kongress 2011: Individuelle Rehabilitation in Sozialräumen – Impulse aus der Behindertenrechtskonvention.