DVfR
Deutsche Vereinigung
für Rehabilitation

Die Zukunft der Rehabilitation - ein Dialog

Marion Rink
Matthias Schmidt-Ohlemann

100 Jahre DVfR- Jubiläumskongress
Rehabilitation zwischen Tradition und Innovation
Berlin, 23. und 24. April 2009

Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF

Aktuelle Schwerpunkte der medizinischen Rehabilitation

- **Arbeitnehmer in Beschäftigungsverhältnissen**
- **Anschlussheilbehandlungen nach schweren Krankheiten, Unfällen, Operationen**
- **Rehabilitation geriatrischer Patienten**
- **Rehamaßnahmen für besondere Personenkreise: Abhängigkeitskranke, Mutter-Kind-Kuren, Reha für Kinder und Jugendliche u.a.**

Unterversorgung mit Leistungen der medizinischen Rehabilitation

Zu vermuten z.B. für folgende Personengruppen:

- **Rheumakranke**
- **jüngere Pflegebedürftige (z.B. nach neurologischen Erkrankungen/Traumata)**
- **geistig behinderte Menschen**
- **Menschen in prekären Lebenslagen bzw. Armut**
- **Pflegende Angehörige und Bezugspersonen von Pflegebedürftigen**
- **behinderte Kinder und Jugendliche ggf. mit Bezugsperson**
- **alte Menschen mit geriatrischem Syndrom mit Pflegebedarf ohne Akuterkrankung**
- **Menschen ohne Sprache**
- **Menschen bei schweren chronischen Erkrankungen, z. B. MS, ALS u.a. mit chronisch progredientem Verlauf und prolongiertem Bedarf**
- **Menschen mit besonderem hygienischem Bedarf, z.B. wegen MRSA oder Infektionskrankheiten, Inkontinenz**
- **Menschen mit Migrationshintergrund**

Zukünftige Schwerpunkte der medizinischen, schulischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation

1. **Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen** (Flächendeckende Frühförderung, umfassende SPZ-Leistungen, Förderung von Kindern in Regeleinrichtungen, persönliche Assistenz für Kinder)
2. **Jugendliche und junge Erwachsene mit Behinderungen nach Ende der allg. Schulpflicht im Übergang zur definitiven beruflichen und sozialen Eingliederung**
3. **Soziale und berufliche Eingliederung von Erwachsenen im Erwerbstätigenalter mit erworbenen Behinderungen mit Pflegebedarf, z.B. nach Schlaganfall, SHT, mit neurologischen Erkrankungen etc.**
4. **Systematische Konstruktion von Arbeitsplätzen für leistungsgeminderte, zumindest nicht „olympiareife“ Arbeitnehmer (Forschungsbedarf!!).**
5. **Rehabilitation und BEM für ältere AN (Rentenalter, Fachkräftemangel)**
6. **Rehabilitation älterer Menschen innerhalb der häuslichen Umgebung einschl. der Pflegenden, der Bezugspersonen und des Umfeldes (Nicht nur als AHB, Nutzung des vollständigen Rehazeitfensters, Paradigma Teilhabe statt Pflege)**
7. **Verhältnisrehabilitation für Menschen im erwerbsfähigen Alter bzgl. psychischer und psychosomatischer Erkrankungen/Beeinträchtigungen**

Zukünftige Schwerpunkte der medizinischen, schulischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation: Beispiele

Jugendliche und junge Erwachsene mit Behinderungen nach Ende der allg. Schulpflicht im Übergang zur definitiven beruflichen und sozialen Eingliederung

- in der Überleitung der medizinischen Versorgung, Stichwort Medizin für erwachsene Menschen mit Behinderung, sog. Transitionsproblematik
- Optimierung der schulischen Qualifikation über das Schulpflichtalter hinaus
- Gestaltung verlängerter beruflicher Orientierungs- und Erfahrungsphasen
- Kombination sozialer und beruflicher Eingliederung
- Förderung betrieblicher Integration
- Vielfalt beruflicher Qualifikationsangebote
- Bereitstellung von angemessenen Arbeitsplätzen, die der Leistungsfähigkeit entsprechen und weitere Entwicklung und Kompetenzzuwachs ermöglichen
- Soziale Eingliederungshilfen: eigenständiges Wohnen mit Entwicklungsmöglichkeiten

Ausgaben für Rehabilitation und Teilhabe 2007

- **Krankenversicherung** **2,5 Mrd. €**
- **Rentenversicherung** **4,9 Mrd. €**
- **Unfallversicherung** **2,6 Mrd. €**
- **Sozialhilfe** **10,6 Mrd. €**
- **Sonstige** **4,4 Mrd. €**

- **Gesamtbudget für Rehabilitation 25,0 Mrd. €**

(BAR, 2008)

ohne Kinder- und Jugendhilfe und Bildungseinrichtungen

ohne Heil- und Hilfsmittel

Rehabilitationsausgaben/Gesamtausgaben 2007

- Krankenversicherung 2,5: 152 Mrd. € = 1,6 %
- Rentenversicherung 4,9: 242 Mrd. € = 2,0 %
- Unfallversicherung 2,6: 11 Mrd. € = 24,0 %
- Sozialhilfe 10,6: 23 Mrd. € = 46,0 %

Budget für Rehabilitation gesamt: 25 Mrd. €

Sozialbudget gesamt: 707 Mrd. €

Rehabudget/ Sozialbudget 3,5 %

Leistungsempfänger Rehabilitation und Teilhabe 2007

	Leistungsempfänger	
• **Krankenversicherung**	**1,096 Mio**	
– davon Anschlussreha		**0,564 Mio**
– davon ambulante Reha		**0,067 Mio**
• **Rentenversicherung**	**0,974 Mio**	
– davon Anschlussreha		**0,286 Mio**
– davon ambulante Reha		**0,092 Mio**
– davon Teilhabe am Arbeitsleben		**0,111 Mio**
• **Sozialhilfe (Eingliederungshilfe)**	**0,679 Mio**	
Summe	**2,74 Mio**	

Der Anteil der Leistungsempfänger dieser Sozialleistungsträger an der Gesamtbevölkerung der BRD beträgt 3,24 % (Beachte: sowohl einmalige Leistungen als auch Dauerleistungen)

Rehabilitation - Definition

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).

Erwartungen an Teilhabepolitik

- **Die Anerkennung in allen Lebensbereichen als Person und als Bürger unabhängig vom Vorliegen einer Beeinträchtigung durch chronische Krankheit oder Behinderung**
- **Die Vermeidung von Armut oder prekären Lebenslagen durch chronische Krankheit oder Behinderung und den vollen Zugang zu den Leistungen der Rehabilitation auch in schwierigen Lebenslagen,**
- **Volle Teilhabe auch für die Menschen in der Gesellschaft, die nicht zu einer olympiareifen Mannschaft zählen: Die Gesellschaft muss Lebensverhältnisse, v.a. Arbeitsverhältnisse schaffen, die für Menschen mit unterschiedlicher Leistungsfähigkeit geeignet sind**
- **Die Vermeidung von Demütigung, Zwang, Machtmissbrauch und Ohnmachtserfahrungen auf Grund von Behinderungen.**
- **Vollen Zugang zu allen sozialstaatlichen Leistungen ggf. unter Berücksichtigung eines behinderungsassoziierten Mehrbedarfes.**

Sozialethische Diskurse

- **Inklusion durch Anerkennung (Axel Honneth)**
- **Kultur einer Anerkennung der Abhängigkeit (Alasdair MacIntyre)**
- **Politik der Würde (Avishai Margalit)**
- **Befähigungsgerechtigkeit (Capability Approach, Amartya Sen, Martha Nussbaum)**
- **Ökonomie für den Menschen – Gerechtigkeit und Solidarität in der Marktwirtschaft (Amartya Sen)**

Perspektiven für die Rehabilitation (1)

- **Weiterentwicklung der Rehabilitation im Sinne der Professionalisierung, Spezialisierung und hoher Fachlichkeit im Sinne einer Teilhabewissenschaft in allen Bereichen der Rehabilitation**
- **Klärung der Bedarfe an Leistungen der Rehabilitation und Evaluation der Ergebnisse in umfassender menschenrechtlicher, gesundheitswissenschaftlicher und sozialökonomischer Perspektive**
- **Verstärkte Sozialraum- und Lebensweltorientierung einschließlich der Neubestimmung des Verhältnisses von stationären zu ambulanten und mobilen Angebotsformen, von hochspezialisierten zu flächendeckenden, alltagsnahen und entdifferenzierten Angeboten und von punktuellen zeitlich begrenzten Maßnahmen zu mehr kontinuierlichen, begleitenden oder lebensphasenorientierten Angeboten**
- **Flexibilisierung der Rehabilitationsangebote in örtlicher, zeitlicher, konzeptioneller Hinsicht einschl. Erweiterung des Leistungsspektrums um einzelner Leistungen wie z.B. das Funktionstraining, Schulung, Beratung u.a.**

Perspektiven für die Rehabilitation (2)

- **Durchgehend rehabilitative Orientierung in der Medizin, der Pflege, der schulischen und pädagogischen Förderung, der Arbeitsförderung und der Sozialhilfe, v.a. der Eingliederungshilfe und der Altenhilfe.**
- **Unter der Voraussetzung begrenzter finanzieller Ressourcen in Form eines virtuellen Rehabilitationsbudgets Diskussion über das Verhältnis von Qualität und Quantität zur Sicherung der Finanzierbarkeit notwendiger Leistungen in notwendiger Qualität.**
- **Verstärkte Berücksichtigung von Inklusion und Teilhabe fördernden strukturellen Voraussetzungen in öffentlichen und privaten Räumen: Verhältnisrehabilitation durch umfassende Barrierefreiheit und allseitige Bereitschaft zu inklusionsförderndem Verhalten**

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit
und
einen guten Kongressverlauf!

Marion Rink
Matthias Schmidt-Ohlemann

100 Jahre DVfR- Jubiläumskongress
Rehabilitation zwischen Tradition und Innovation
Berlin, 23. und 24. April 2009

Kontakt über
info@dvfr.de sowie www.dvfr.de