

Europäische Jubiläumskonferenz „50 Jahre Rehabilitation International (RI) Norwegen“ am 15.Mai 2012 in Oslo

Von M. Schmollinger

Einleitung

Eröffnet und moderiert wurde die Konferenz von Jan Arne Monsbakken, Mitglied des Vorstands der Jubilarin „RI-Norway“ und zudem gewählter Präsident von REHABILITATION INTERNATIONAL (RI) – Amtszeit 2012-2016. Die Tagung stand unter dem Thema „**Norwegische Rehabilitation: Wo stehen wir heute?**“

Diese englischsprachige Veranstaltung im Ministerium für Beschäftigung und Soziales gehörte u. a. zum Programm des Frühjahrestreffens 2012 der Europäischen Nationalsekretäre von RI (*ENS Meeting I/2012*). Rund 80 Fachleute aus Rehabilitation und Behindertenpolitik, einschließlich der Experten aus den Verbänden betroffener Personen, nahmen teil, darunter Vertretungen der 9 anwesenden Nationalsekretariate aus europäischen Mitgliedsstaaten des Weltverbandes RI und der für die Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben in Norwegen zuständige Referent der Arbeits-Direktion in Oslo, Per Brannsten.

Europäischer und globaler Fokus: Die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) in Norwegen

Monsbakken erwähnte einleitend, dass die nationale Ratifizierung der BRK in seinem Land gerade in diesen Tagen auf der Agenda des Parlaments stehe. Man sei in Norwegen später dran als viele Nachbarländer, denn hier bestand - wie etwa auch in Finnland, Mexiko oder in der Russischen Föderation - ein politischer Konsens, dass anhand der BRK-Forderungen die breite gesellschaftliche Konsultation, eine Überprüfung, z. T. auch Änderung, des nationalen Rechts für behinderte Menschen und mindestens die Diagnose bestehender praktischer Strukturdefizite in der Behindertenhilfe (einschließlich Bereitstellung nötiger staatlicher Haushaltsmittel für dringende Verbesserungen) eine Vorbedingung und nicht etwa erst eine Folgewirkung der Übernahme der BRK in nationales Recht sein müssen.

Rehabilitation and Workability - Eröffnungsreferat von Jardar Flaa

Der erste Referent gab einen Überblick zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben und stellte dabei den wesentlichen Zusammenhang heraus zwischen den Zielen der Arbeitsfähigkeit (möglichst der vollen Erwerbsfähigkeit) und den Angebotsstrukturen der Rehabilitation in Norwegen. Flaa ist Fachberater der Norwegischen Arbeitsministerin für diesen Bereich. Das Land habe schon seit einigen Jahren unter den später auch mithilfe der BRK transportierten Begriffen „Inclusion“ und „Involvement“ (Inklusion und Beteiligung) eine Arbeitsförderpolitik gemacht, die auf möglichst hohe Erwerbsteilhabe und damit auf breite Diversität der arbeitenden Bevölkerung setzt. Dies auch wegen der seit Jahren anhaltenden großen Nachfrage am Arbeitsmarkt, welche mit einem entsprechenden Wohlstandsversprechen, das heißt mit sehr guten Einkommens-Chancen, verknüpft ist.

Die Arbeitsbevölkerung liege deutlich über dem „üblichen“ Standard europäischer Industriestaaten von 40% der Bevölkerung, der Frauenanteil sei dabei hoch und auch die Beteiligung behinderter Menschen sei respektabel in diesem Land mit dem zweithöchsten durchschnittlichen Erwerbseinkommen der EU und einer unter 6% liegenden, sehr niedrigen Arbeitslosigkeit.

Mit einem neuen Regierungsprogramm, das die jüngste Anhebung des gesetzlichen Renteneintritts auf 67 Lebensjahre konsequent begleitet, sowie mit neuen Anstrengungen zur Sicherung der Arbeitsinklusion speziell für gesundheitlich „angeschlagene“ Menschen hofft man, diese guten Werte noch weiter verbessern zu können. Behinderte junge Menschen, Frauen, ImmigrantInnen und ältere Arbeitnehmer sind dabei vier sog. Vorranggruppen, denen mit präventivem und rehabilitativem Ansatz sowie mit Maßnahmen zur Anpassung von Arbeitsplätzen und Arbeitsbelastungen Unterstützung in der Erwerbswelt gegeben werden. Parallel dazu hält Norwegen an seinen Werkstätten für angepasste Arbeit, die schwer behinderten Erwachsenen den Zugang zur Beschäftigung sichern, fest, versucht aber, diese so nah wie möglich an die allgemeine Wirtschafts- und Arbeitswelt heranzuführen.

Arbeiten ist gesund – so lautet die wissenschaftlich untermauerte politische Grundregel, und das schließt ein, dass die vorhandenen Risiken im Arbeitsprozess selbst weiterhin genau beobachtet und minimiert werden müssen - was u. a. bedeute, dass laufend mehr Vertreter von Gesundheitsberufen in die Wirtschaft und Arbeitswelt hinein wirken. Ein Fokus seien hierbei psychische Beeinträchtigungen, die rechtzeitig erkannt und angegangen werden müssten. Das Krankengeld beträgt in Norwegen 100% (Lohnfortzahlungsniveau), die Erwerbsunfähigkeitsrente 70%, das Übergangsgeld für die Dauer von berufsorientierten Reha-Maßnahmen für Erwerbsspersonen 67% und das Arbeitslosengeld 62% des bisherigen Netto-Erwerbseinkommens – bei recht hohen Lebenshaltungskosten scheint dies ein funktionierendes Anreizsystem zu sein. Mit einem besonderen System („Income Security Action Plan“ / AAP), womit die Ergänzung von (Teil-) Erwerbsunfähigkeitsrente durch Arbeitseinkommen geregelt wird, können Anreize auch individuell flexibel gesetzt werden.

Flaa erläuterte kurz die gesetzlichen Neuregelungen Norwegens zur stärkeren Kommunalisierung der Verantwortung für Rehabilitations- und Assistenzdienste, die auf 19 Regierungsbezirke und ca. 250 Stadt- bzw. Kreiskommunen liegt, wo nötig gesteuert durch lokale Reha-Arbeitsgemeinschaften. Das gilt auch hinsichtlich der Arbeitsförderung für Menschen mit Behinderungen. Folgen dieser (2006-2010 im Vorgriff auf die norwegische BRK-Ratifizierung vorgenommenen) Reformen sind eine erfreulich hohe „sozialräumliche“ Betroffenbeteiligung am Reha-Geschehen - was nationale Aktivitäten der Politikbeeinflussung durch übergeordnete Behindertenverbände gut ergänze -, aber leider auch das Entstehen teilweise unterschiedlicher rehabilitativer Versorgungsniveaus zwischen den einzelnen Kommunen. Der Haupteffekt sei aber positiv zu bewerten: Denn ohne deutliche Verteuerung der eingesetzten Sozialleistungen haben sich sowohl die allgemeine Zielpersonenerreichung und individuell die bedarfsgerechte Ausgestaltung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben verbessert als auch eine Stärkung der für diese Leistungen erforderlichen Strukturen feststellen lassen, wobei die Quote von unfreiwillig nicht am Arbeitsleben beteiligten erwachsenen Betroffenen sich dabei zumindest nicht – wie in etlichen Nachbarländern – verschlechtert habe.

Der Sprecher gratulierte RI Norway zum 50-jährigen Bestehen, lobte die ganzheitliche Strategie, die seit langem verfolgt werde, und das hoch erwünschte internationale Engagement für Erfahrungsaustausch und Entwicklungsförderung zu Gunsten von Menschen mit behinderungsbedingtem Bedarf an Hilfen zur Teilhabe. Die Berufung eines Norwegers zum Präsidenten des globalen Verbandes RI sehe man mit Stolz und werde ihm die nötige Unterstützung geben.

Norwegens strategisches Rehabilitationsprogramm: Bericht von Ragnhild Mathisen

Die Staatssekretärin aus dem Norwegischen Ministerium für Gesundheits- und Pflegedienst sprach zum Thema der aktuellen Rehabilitationsstrategie 2008-2011 in Norwegen. Gerichtet auf Menschen mit sehr komplexem gesundheitlichem Unterstützungsbedarf hat das Ministerium das Aktionsprogramm der Regierung koordiniert.

In dessen Mittelpunkt standen neun Orientierungen.

1. Die Krankheitsbilder haben sich in zwei Jahrzehnten nach ihrer Art, wirtschaftlichen und persönlichen Bedeutung verändert
2. Die Zusammensetzung der Bevölkerung und deren Struktur ebenfalls
3. Fachliche Entwicklungen in Medizin, Pflege und Gesundheitshilfe lassen heute weit mehr präventive Orientierung und frühzeitigere Intervention zu als je zuvor - zugleich wurde erkennbar auch eine deutliche Verkürzung von Krankenhaus-Liegezeiten möglich
4. Der entsprechend modifizierten Nachfrage nach ausgebildetem Personal musste entsprochen werden
5. Die Angebotsstrukturen verlangten nach einer Anpassung der Einrichtungen und der Verfahren an veränderte Möglichkeiten bzw. Bedarfe (inklusive angewandter Forschung dazu)
6. Einer politisch gewollten Kompetenzverlagerung vom Nationalstaat auf die kommunale Selbstverwaltung musste Rechnung getragen werden
7. Dementsprechend waren Organisationsstruktur, Geldströme, Finanzcontrolling und Leistungsstatistik neu zu ordnen
8. Mehr an Verlagerung öffentlicher in Richtung privater Trägerschaft bei gesundheitlichen Dienstleistungen wurde von der Politik gefordert (zudem: „*a better balance between local & central action*“), sowie schließlich:
9. In der Zivilgesellschaft müssen systematisch mehr Selbsthilfefähigkeiten, neue kleine Sozialnetze, der verbesserte Bildungsstand (inklusive *health awareness*) usw. als „informelle Ressourcen“ erschlossen und für die Solidargemeinschaft/Allgemeinheit besser nutzbar gemacht werden.

Dies alles habe 2008 darauf hingedeutet, dass bei gut koordiniertem Vorgehen insbesondere durch Ansätze und Methoden einer politisch, gesetzlich und z. T. auch finanziell gestärkten modernen Rehabilitation chronischer Krankheiten und Behinderungen entscheidende Effekte zu erwarten sein würden.

Die o. g. Laufzeit des Strategieprogramms von 3 ½ Jahren wurde wissenschaftlich begleitet; seine Evaluierung ist noch im Gange. Als messbare Erfolgskriterien wurden u. a. bestimmt: Rückgang stationären Versorgungsbedarfs im Krankenhaus, positive Entwicklungen im Sinne des Return to Work Betroffener, steigende Selbsthilfefähigkeit von Menschen mit Behinderungen bzw. mit Assistenz- und mit Pflegebedarf (Rückkehr in ein individuell eigenständiges Leben), Inanspruchnahme der neu – zumeist online oder in vorhandenen Beratungsstrukturen – zur Verfügung gestellten „Kompetenzquellen“ für gesündere Lebensführung von Themen der Fehlernährung bis hin zur medizinischen Compliance, sowie diverse weitere Effekte des Programms auf der Partizipationsebene.

Weitere Ergebnisse des Programms zur Rehabilitation - Ein Beitrag von Trahs Grøteig

Grøteig leitet die Rehabilitationsabteilung der Gesundheits-Direktion Oslo, welche ebenfalls dem Ministerium für Gesundheits- und Pflegedienst zugeordnet ist. Er vertiefte die Präsentation der Staatssekretärin mit ausgewählten Details und fragte: Was ist bei den strategischen Aktivitäten des Rehabilitationsprogramms der norwegischen Regierung 2008-2011 eigentlich genau herausgekommen? Was hat sich politisch verändert? Welche Akteure waren von dem Aktionsplan berührt bzw. betroffen?

Erkenntnisse sind u. a.: Solche Aktionsprogramme müssen, im Kabinett verabschiedet, zu Recht so konstruiert sein, dass sie alle Regierungsressorts in ihrem Handeln binden. In Norwegen hat

dies intern und interministeriell zu neuen - und fruchtbaren - Kommunikationskanälen geführt, die wohl nach Auslauf des Aktionsprogramms fortbestehen werden. Insbesondere gilt dies auf den Fachebenen der Administration von Gesundheits-, Beschäftigungs- und Familienpolitik, was z. B. ein weit stärkeres Einwirken auf „arbeits-“ oder gar „arbeitsplatzorientierte medizinische Rehabilitation“ und mehr Sensibilität für die Vereinbarkeit von Reha-Angeboten mit Frauen- und Familienbelangen erbracht habe.

Diese und weitere Zielsetzungen besserer Partizipation sind sogar - so sieht es Grøteig - „übergeschwappt von den Reha-Abteilungen der Krankenhäuser und von ambulanten medizinischen Reha-Therapien der Vertragsärzte auf die normale Krankenversorgung der Bevölkerung“, wodurch neue, insbesondere präventive oder andererseits nachsorgende Arbeitsschwerpunkte bei den Fachleuten entstanden sind. Diese stärken jetzt die Rehabilitation „vorne und hinten“ - nämlich im Sinn von frühzeitigem Eingreifen einerseits und von Absicherung erreichter Rehabilitationserfolge zum anderen. Die Dienstleistung, die Grøteig „Norwegian Secondary Health Service“ nannte - sie behandelte 2011 immerhin 63.000 Patienten - wurde in weit größerem Umfang als bisher zum Ort bzw. zum Partner von Reha-Leistungserbringung. Allein mit der gesetzlichen Einführung des Rechts jedes Betroffenen auf (s)einen individuellen Rehabilitationsplan nach bestimmten Kriterien - 2001 eingeführt - waren diese positiven Vernetzungsentwicklungen noch nicht zu erreichen gewesen. Auch entstand ein besserer Überblick bzw. eine Art „Gesamtschau“ über die verschiedensten Typen der Rehabilitation hinweg, von Allgemeinkrankenhäusern über Spezialkliniken bis hin zu lokalen Arbeitstrainings und Assistenzdiensten im Alltag. Dies machte erstmals eine Unterlegung von individuellen Rehabilitationsplänen mit rechtlichen Verträgen (binding agreements) sowie eine Art fall-bezogenes Monitoring der Versorgungsqualität möglich.

Der Referent erwähnte noch, dass - gewissermaßen im Kontrast zum Massengeschäft der Rehabilitation - bestimmte schwierige/komplexe Behinderungsbilder noch besonders in den Fokus genommen wurden. Beispielsweise wurden schon ab 2009 bei Betroffenen des Chorea Huntington Syndrome, einer degenerativen neuropsychiatrischen Erbkrankheit bei jüngeren Erwachsenen, die besonderen Rehabilitationsziele (Abschwächung des Erkrankungsverlaufs, Verteidigung der abnehmenden Patientenselbstkontrolle im Alltag, Lebensverlängerung) sowie die Versorgungsbedarfe eingehend untersucht - und fachlich unterlegte Reha-Standards sind dafür gebildet worden, die nun mehr Lebensqualität ermöglichen.

Dass die Gesundheits-Direktion nicht nur für Maßnahmen und Aktivitäten verantwortlich ist, sondern vor allem für Ergebnisse des Regierungsprogramms, die messbar auf Ebenen wie „verbesserte Betroffenenbeteiligung“, „effektive Administration“, „transparenter Ressourceneinsatz“, „bessere statistische Datenlage“, „Überwindung von Verfahrens-Schnittstellen“, „vergleichbares Vorgehen in verschiedenen Regionen/Kommunen“ etc. abgefragt bzw. ausgewertet werden, ist politisch so gewollt. Es bringt auch eine neue Qualität in die „Aufgabenkritik“ und in das Ausgabencontrolling hinein – und genau mit diesem Thema befasste sich die nächste Referentin.

Kein Regierungsprogramm ohne Finanzcontrolling! - Hinweise von Ingvild Gutbrandsen

Frau Gutbrandsen vom Staatlichen Rechnungshof Norwegens hat (englisch ausgedrückt) das Amt des „Auditor General“ für das genannte Strategieprogramm der Regierung. Ihr Redebeitrag gewährte Einblicke in das Vorgehen bei dessen Prüfung auf Effektivität. Schlüsselfrage: War bzw. ist das Kampagnen-Budget aus staatlichen Sondermitteln „gut ausgegebenes Geld“ oder nicht?

Die Prüfer sind hier bei Weitem nicht nur als Finanzkontrolleure unterwegs: In ihrer Ausrichtung auf die Feststellung von Nachhaltigkeit der Ausgaben haben sie sich zunächst mit den im Aktionsprogramm festgelegten „prioritären Zielgruppen“ befasst: Neben Schwerstbetroffenen und Menschen mit sehr seltener Behinderung/Gesundheitsschädigung waren dies u. a. Personen

nach erworbenen Hirnschädigungen mit teilhaberelevanten Wesensveränderungen, chronisch psychiatrisch Kranke und AlkoholikerInnen. Untersucht wurde, ob diese Prioritäten richtig gesetzt sind (nach Häufigkeit, Rehabilitationsaussichten, Bedeutung für die Volkswirtschaft, fallbezogenem Aufwand/Leistungsverbrauch usw.), ob durch die Ausgaben des Aktionsprogramms national die Kompetenz im erfolgreicherem Umgang mit diesen Zielgruppen gestärkt wurde und wie über das Land hinweg Lücken in Beratung und Behandlung geschlossen bzw. teilschädliche Wartezeiten verkürzt wurden (service capacity building) sowie schließlich, ob teure (akut-)medizinische oder spontan interventorische Sozialleistungen wie ggf. auch langfristig kostenintensive Fürsorgebedarfe durch Rehabilitation eingespart werden können/konnten.

Es wird und wurde auch gefragt, ob das Regierungsprogramm einen Beitrag dazu leistet, rehabilitative Methoden (möglichst auch komparativ) zu evaluieren und somit sinnvolle Versorgungs-Standards zu finden. Wichtiger Prüfgesichtspunkt war auch, wie „teuer“ für das System die Erschließung von Leistungen für bisher rehabilitativ unterversorgte Zielgruppen kommt.

Selbstverständlich „zählen“ in diesem Audit auch quantitative und vor allem qualitative Verbesserungen der Sozialdatenbasis in Norwegen, welche das Programm ja mit stimulieren sollte und wollte. Schließlich wird noch nach „unerwünschten privaten Mitnahme- und Entlastungseffekten“ des Programms gesucht. Kommerziell ausgerichtete Akteure, z. B. bestimmte Leistungserbringer oder die Arbeitgeber der Wirtschaft, sollten davon nämlich nicht „ungerechtfertigt profitieren“.

Frau Gutbrandsen traf die schöne, Prüfer-typische Aussage, es sei bisher nicht erkennbar, dass die Sondermittel für das Aktionsprogramm „hinausgeworfenes Geld“ waren oder sind. Auch sei erkennbar, dass trotz besserer und bedarfsgerechterer Zumessung von Rehabilitationsleistungen - auch an Personen, denen dabei systematisch erstmaliger Zugang dazu verschafft wurde bzw. wird - die nationalen Reha-Ausgaben nicht gestiegen sind. Dahinter lasse sich eine Effektivitätssteigerung vermuten. Und die Krankenhaus-Liegezeiten bei bestimmten Diagnosegruppen seien tatsächlich rückläufig. Allerdings gebe es punktuell auch weniger erfreuliche Prüfergebnisse. So konnten in vielen Schwerpunktbereichen die Wartezeiten auf Rehabilitation (gefürchtete „Leerläufe“) leider nicht verkürzt werden und die strukturelle Verteilung der Angebote in der Fläche lasse zu wünschen übrig (in Nordnorwegen wurden deswegen nur 16% der Rehabilitationsberechtigten einer Prioritäts-Patientengruppe - s. oben - zugeordnet; in Westnorwegen waren es 61%!). Umsetzungsprobleme des Programms auf den lokalen Ebenen seien noch erheblich (im Mittelpunkt stünden dabei die Überforderung der koordinierenden Ärzte und die Trägheit von Kommunalverwaltungen). Die Datenqualität habe sich auch nicht merklich verbessert: Denn wie kann man Dienstleistungsbereiche priorisieren, wenn man dafür nicht genügend Anhaltspunkte hat? (Kernmangel scheint hier zu sein, dass Auseinandersetzungen darüber, wie man Partizipation messen kann und soll, noch immer nicht beigelegt sind und insbesondere die Nutzung der ICF zu geringe Aufmerksamkeit bei den Fachleuten findet). Gutbrandsens Fazit: „Wir haben noch einen langen Weg zu gehen!“, und dieser Weg müsse sich auf zwei Bereiche konzentrieren, nämlich

1. auf gleichzeitige Ambulantisierung und Kommunalisierung von Angeboten bei laufendem stationären Bettenabbau im Akut- und Reha-Bereich, sowie
2. auf „Reparatur“ des Flickenteppichs von Reha-Angeboten, der leider durch die Kommunalisierung der Verantwortung für Rehabilitationsleistungen in Norwegen (2003) - zumindest bis auf Weiteres - entstanden war und zu großer Ungleichversorgung im Lande führt(e).

Beruf als ein Lebensziel behinderter Menschen? - Anmerkungen von Bjørn Hvinden

Prof. Hvinden, Direktor des NOVA-Instituts für Sozialwissenschaften in Oslo, gab nun einen kursorischen Lagebericht zur beruflichen und berufsorientierten Rehabilitation in Norwegen.

Seine kritische Analyse begann er mit der plakativen Aussage, dass in Norwegen s. E. noch viel zu viele jüngere Menschen mit Behinderungen – zumindest die männlichen – das Behindertengeld (disability allowance) beziehen, anstatt Integration ins Arbeitsleben anzustreben. Wer sich aber während des Erwerbsalters selbst nicht der Arbeitsbevölkerung zurechne, habe eine sehr wesentliche Inklusions- und Teilhabebeschränkung. Wo immer diese vermeidbar ist, sollte daher unermüdlich für berufliche Rehabilitation geworben und für ein stetes Wachstum der Platzzahl und vor allem der Reha-Qualität in den entsprechenden Einrichtungen gesorgt werden. NOVA schätzt, dass Beschäftigungs-Inklusion heute in 90% der „berenteten“ Fälle (im Einzelfall zumindest auf Teilzeitbasis) gelingen würde. Dafür sorgen im Norwegen von heute folgende Faktoren: Die (zumindest in einigen Einrichtungen) schon erreichte Qualität von LTA auf der Angebotsseite, der anhaltend hohe Arbeitskräftebedarf in Wirtschaft und Verwaltung, die Flexibilität des Arbeitsrechts, das potentiell bedarfsgerechte Vorhandensein von Beschäftigungsangeboten im nicht gewinnorientierten Sektor (z. B. Werkstätten für angepasste Arbeit), die derzeit gute „Durchdringung“ der Arbeitswelt mit gesundheitlich-sozialer Fachexpertise zumindest bei größeren Arbeitgebern und natürlich auch die zum monetären Ausgleich von Leistungseinschränkungen und für Arbeitsassistenz verfügbaren öffentlichen Ressourcen.

Berufseinstieg ja oder nein? Die Statistik zeige, dass im relevanten Lebensalter für diese individuelle Entscheidung (19 bis 30 Jahre) einige äußere Gründe herangezogen werden, die betroffene Menschen zu einer Abwendung von der Arbeitswelt bewegen. Einmal spielt die gewohnte individuelle Versorgungssituation eine Rolle, in der sie sich mit dem durchaus auskömmlichen Behindertengeld „ingerichtet haben“. Aber auch die Stadt-Land-Ungleichheiten – typisch für das gesamte, dünn besiedelte nördliche Skandinavien – sowie der Unterschied im Bildungsniveau zwischen nichtbehinderten und behinderten Menschen machen sich bemerkbar. Der Bildungsrad bestimme schließlich mit über den „Drang zur Arbeit“.

Eine weitere - und besser lösbare - Struktur-Herausforderung sei es, die beruflichen Reha-angebote und ihr Serviceumfeld von Beratung, Vermittlung und CaseManagement, die in einigen „Leuchtturmregionen“ hervorragend aufgestellt seien, insgesamt auch landesweit auf das heute mögliche Niveau zu bringen. Es könne nicht befriedigen, dass sich insgesamt ½ Jahr nach Abschluss der LTA nur 34% der Betroffenen (und nach 3 Jahren sogar nur noch 23%) in einem dauerhaften Beschäftigungsverhältnis bewähren. Den (oft vermeidbar) Gescheiterten bleibt dann langfristig nur das Behindertengeld als Unterhaltsquelle.

Wenn dieser Tage Norwegen die BRK als nationales Gesetz übernehme - woran er nicht zweifle - komme die Bildungslandschaft, die behinderten Menschen zur Verfügung steht, stärker in den Blick, meinte Hvinden. Zumindest der berufsorientierte Anteil des „normalen“ Bildungsangebots und die Medienkompetenz müssten dann stärker unterstützt werden, um inklusiv beschulte junge Leute mit Behinderungen besser als bisher zu fördern. Dazu sollten Teile der schulischen Arbeit (und die entsprechenden Arbeitskräfte) als zur Rehabilitation gehörend (an-)erkannt und entsprechend refinanziert werden. Weiter sei die Übergangsbegleitung von der Schule in die Ausbildung bei behinderten Jugendlichen ein zentraler Punkt, der systematischer Verbesserung im Sinne von Transition Management bedarf. Auch die OECD-Beobachter hätten dies für Norwegen so eingeschätzt.

Dazu gehöre auch das Gebiet der kommunalen Hilfe zur seelischen Gesundheit (Mental Health Service): Der einfachere Zugriff darauf für Schüler, Eltern und Schulen, für Auszubildende und Ausbildungsstätten müsse ernsthaft gefördert werden, um eine „Medikalisierung“ der Probleme, in die die Betroffenen sich sonst flüchten, unnötig zu machen. Auch diese Flucht sei ja ein Grund

für die verfehlte, frühe Abkehr von Arbeit und Beschäftigung als Lebensziel. Insgesamt sind alle diese Einschätzungen nach Hvinden für ein reiches Land wie Norwegen. „irritierend vor allem wegen der großen Abweichung zwischen dem, was (auch in Norwegen) möglich ist und dem, was Betroffenen vielerorts angeboten wird“.

Menschen brauchen Arbeitserfahrungen, die zu ermöglichen und mit geeigneter Unterstützung zu verarbeiten sind, um wachsen und eine Bürgerin bzw. ein Bürger werden zu können. Neue Ressourcen sollen in Norwegen daher jetzt bereit gestellt werden, Mittel, welche die Disability Allowance in vielen Fällen kurzfristig ersetzen und die Bezieher danach zu einer Arbeitswelt-Inklusion führen helfen sollen: Die Work Assessment Allowance, ein Übergangsgeld bis zur Erreichung der im Einzelfall vertretbaren, realistischen Ziele der beruflichen Rehabilitation.

Jerome Bickenbach: Die WHO-Klassifikation ICF ist Schlüssel zur Bereitstellung hochwertiger, treffsicherer Leistungen für mehr Selbstbestimmung und Inklusionsfähigkeit!

Ein internationales Schlüsselreferat (Key Speech) stand am Ende der Vortragsreihe, gehalten von dem aus Kanada stammenden Prof. Bickenbach, Genf. Er ist Rechtsanwalt, unabhängiger reha- und gesundheitspolitischer Berater und z. Zt. Schweizer Beauftragter für die Paraplegieforschung. Bis vor Kurzem agierte er international für die WHO als Experte¹.

Bickenbachs Thema war „ICF und Rehabilitation in Europa“. Die Beispiele, mit denen er in das Thema einstieg, zeigten z. T. groteske, aber reale Koordinations- und Kooperationsprobleme auf, ausgerechnet in der von einem Zusammenspiel aller Akteure so geprägten Rehabilitation, wie sie z. B. zwischen Ministerien, Fachberufsgruppen, Einrichtungsarten und sozialen Dienstleistungssektoren, ja sogar zwischen verschiedenen Verbänden Betroffener aus der Behindertenbewegung auftreten – und gute politische, fachliche oder persönliche Ergebnisse teilweise verhindern. Seine Darstellung des Rehabilitationswesens, das überall, auch in den entwickelten Sozialstaaten Europas, eine kleine Nische im Gesundheits- und Sozialwesen geblieben ist und heute in Zeiten des öffentlichen Schuldenabbaus, trotz behaupteter und auch ehrlich empfundener hoher Leistungsfähigkeit, unter fiskalischem Rechtfertigungsdruck steht wie noch nie zuvor, war nachvollziehbar. Ebenso die Fehlanzeige, dass der Politik zu oft wegen magerer Datenlage und unzureichender Datenvergleichbarkeit nicht schlüssig bewiesen werden kann, warum es langfristig viel sinnvoller wäre, Soziallasten einzusparen durch Rehabilitation statt jetzt die Ausgaben ausgerechnet für die Rehabilitation zu reduzieren.

Die drei Problemkreise aus den Einstiegsbeispielen benannte er als „Coordination Challenge“ (Herausforderung der Schnittstellenüberwindung), „Cooperation Challenge“ (Herausforderung im stimmigen Zusammenwirken) und „Accountability Challenge“ (Herausforderung der Belegbarkeit des Nutzens). Sie spielen eine Rolle auf drei Ebenen, nämlich der Mikro-, der Meso- und der Makro-Ebene. D. h. sie wirken sich aus auf die kleinen Teams fallweise Beteiligter und Betroffener in der konkreten Hilfe zur Partizipation, auf die Organisation vernünftig strukturierter Teilhabeprozesse oder Reha-Einrichtungen für ganze Bedarfsgruppen, und schließlich auch auf die Ordnung, Entwicklung und Steuerung lokaler, nationaler oder gar internationaler Rehabilitations-Politiken und -Infrastrukturen.

Die Probleme würden im Zuge der Pflicht zur Umsetzung der BRK der Vereinten Nationen immer dringlicher und sind lt. Prof. Bickenbach allesamt nicht zufriedenstellend lösbar ohne

¹ Die unterfinanzierte Weltgesundheitsorganisation habe 2011/12 rd. 30% ihrer Mitarbeiter entlassen, um sich gesund zu schrumpfen, und werde mangels geeignetem Personal nach ihrer beachtlichen Veröffentlichung 2011 wohl so bald keinen globalen Behindertenbericht mehr erstellen, weil das nun leider nicht mehr zu den WHO-Kernaufgaben gehöre, bemerkte er nebenbei.

- eine gemeinsame Fachterminologie, die multidisziplinär ist sowie relational und interaktional an Behindertenbelange „herangeht“
- eine mit den Menschenrechten vereinbare Sicht auf betroffene Personen und deren Teilhabechancen in ihrem konkreten Umfeld
- ein Klassifizierungssystem, das untereinander abgestimmte Indikatoren und Mess-Skalen vorgibt (Mikroebene) sowie
- relevante Möglichkeiten für Datensammlung, -verdichtung und -vergleich, ebenso für Darstellung von Verläufen und Ergebnissen (Meso- und Makroebenen).

Das Potential dazu steckt in der ICF, deren Charakter und Aufbau als global geeignete Klassifikation mit ihren bio-psycho-medico-sozialen Ansätzen in den Dimensionen Schädigungen, Aktivitäten und Teilhabe übersichtlich von Bickenbach erläutert wurde, gerade auch als historische und wissenschaftliche Ergänzung der sektoral und disziplinär begrenzten Aussagekraft/Nutzungsmöglichkeit ihrer „älteren Schwester“, der Klassifikation ICD im medizinischen Bereich. Auf die gegenwärtig relevanten Fachdiskussionen rund um die ICF, wie sie innerhalb und außerhalb der WHO stattfinden, ging er ebenfalls kurz ein: Im Blick sind hierbei, neben den üblichen Verbraucher- und Datenschutzfragen, die

- Anwendungs-Ethik der ICF (auch im Sinne der BRK)
- nahezu fehlende „subjektive Sichtweise“, die im Einzelfall aber oft entscheidend ist (individuelle Kontextfaktoren, Fragen der Haltung, der Motivation usw.)
- praktische Handhabbarkeit für den Rehabilitationsalltag; „Simplikationspotentiale“; didaktische Umstellungshilfen für die Reha-Mitarbeiterschaft und für Rehabilitanden
- Kontroverse zum Thema „Nur beschreiben oder schon messen?“ (Codierungsvorbehalte)
- sektorale Harmonisierung von ICF und ICD für das Gesundheitswesen (mit Klärung von sinnvollen Parallelitäten und nötigen Substituierungen in der Nutzung)

Die Sub-Klassifikation ICF-CY für Kinder und Jugendliche streifte Bickenbach nur cursorisch. Viele halten diese „Sonderklassifikation“, die speziell auf junge Menschen in rascher Persönlichkeitsentwicklung, d. h. auf deren abweichende Belange, zugeschnitten ist, für nicht dauerhaft notwendig, d. h. im Zuge der anlaufenden Generalrevision der ICF sei sie „einzuarbeiten“ in die Gesamtklassifikation. Das derzeitige ICF-Update habe im Übrigen nicht zuletzt auch die „operationale Kompatibilität“ der Klassifikation mit diversen nationalen Sozialleistungsgesetzen und dem internationalen Menschenrechtsdokument BRK mit im Auge; die WHO sei insofern auf den Informationszufluss aus Ländern, Einrichtungstypen, Rechtsanwendungsbereichen in aller Welt für diese Überarbeitung angewiesen.

Abschließend stellte er einige Instrumente, die aus der ICF abgeleitet sind, vor: Die Intention dabei war es, aufzuzeigen, dass einfache und praxisbezogene „Tools“ für verschiedene Zwecke zur Verfügung stehen – und dies in einer Qualität und Reliabilität, die eine vereinfachte Anwendung sichert, ohne die Strukturen und Ideen der Klassifikation zu verfälschen bzw. unzulässig zu vergrößern. Bickenbach sieht dies als probates Argument zur Überwindung der verbreiteten „Anwendungs-Skepsis“ an:

- Im Zug der Revision wird die Zahl von Anwendungsmöglichkeiten vergrößert (*added applications*), und zwar bei gleichzeitiger Vertiefung der ICF-„Philosophie“.
- Es existieren für wichtige Anwendungszwecke sogenannte „*minimal generic Core Sets*“ (von der WHO als tauglich bewertete Auszüge aus der ICF), die Reduktion auf bis zu 7 Items mit einer Skalierung von jeweils 0 bis 6 zulässt.

- Neu geschaffen wurde ein praxistaugliches *Assessment & Reporting Tool (ART)*, gedacht zur erheblichen Vereinfachung des verlaufsbezogenen Informationsflusses über Schnittstellen hinweg - für eine Mehrzahl der Einzelfälle -, womit indirekt das Berichtswesen und der Datenabgleich gestärkt werden.
- Empfehlenswert sei auch das nur dreiseitige WHO-Formular der „*Case Report Form Checklist*“, vor allem im Prozess der ICF-basierten Feststellung von individuellem Rehabilitationsbedarf.

Nach Bickenbach gibt es, zusammenfassend, zur Lösung der eingangs benannten Probleme im Moment keine Alternative außer der ICF; daher: Erprobung, Nutzung, Verbreitung! Den Erfordernissen werde von den Akteuren der Rehabilitation in Europa bisher erst ganz unzureichend nachgekommen; im Blick auf Hinweise der Vertreterin des norwegischen Rechnungshofs (vgl. S. 5) appelliert er daher: Die Rehabilitation habe hier keine Zeit mehr zu verlieren, man stehe unter Zugzwang bzw. hohem Rechtfertigungsdruck.

Abschließende Statements wichtiger Akteursgruppen der norwegischen Rehabilitation

Eine Möglichkeit der spontanen Reaktion auf die Konferenz, aus einem Podium der Akteure und Betroffenen der Reha Norwegens heraus, bot abschließend das Podiumsgespräch „Rehabilitation Stakeholder Messages to the Conference“. Die Teilnehmer: Arne Leyn, Betroffener (Verbände chronisch kranker und behinderter Menschen); Mette Kohlsrud (Dienstleistungs- und Einrichtungsträger); Sozialarbeiterin Eilin Ekeland (Fachberufsgruppen der norwegischen Behindertenhilfe); Paal Haavorsen (Integrationsagenturen der Arbeitgeber) und Andreas Habberstad, Arbeitsmarktexperte (Kommunen sowie alle anderen öffentlichen Reha-Leistungsträger). Dieses gemischte Panel lieferte – vom Berichterstatter nicht so erwartet – ein erstaunlich einheitliches Votum an Forderungen ab.

Auszüge:

- Die längst erkannten Effizienzschwächen der norwegischen Rehabilitation müssten überwunden werden - Geld und Sachverstand dafür sei vorhanden und seien nur zu mobilisieren.
- Die „Rehabilitationsfamilie“ müsse lernen, mit einer Stimme (und in der gleichen Sprache) zu sprechen - vor allem Politikern gegenüber; dabei helfe *RI Norway*.
- Frühzeitigkeit und besserer Individualbezug seien Schlüsselworte für das nötige Umdenken und zweckdienliche Handeln aller Akteure beim Leistungszugang.
- Die Wurzeln gelingender oder scheiternder Rehabilitation würden im Erziehungssektor (öffentlicher Bildungsbereich) gelegt; er müsse zu einem Schauplatz „echter“ Rehabilitation werden - im Mittelpunkt dabei: Hinführung zur Selbstversorgung/Selbsthilfe/Selbständigkeit und zu einer Arbeitstätigkeit im Erwachsenenalter.
- Für Kommunen, die ihrer neuen Verantwortung für Rehadienste und -strukturen nicht nachkommen, darf dies nicht folgenlos bleiben („Organisationspflicht mit Sanktionen verknüpfen“).
- Muss mehr Geld ins System? Ja, aber nur nach Lösung bereits erkannter Schwachstellen!
- Konsens auch dies: Rehabilitation sei nicht nur eine Angelegenheit von Familien, der Medizin, einer Ertüchtigung von Personen mit Behinderungen (*Empowerment*), der Kommunalplanung, nicht bloß Aufgabe der Arbeitgeber/Ausbilder oder der Erziehung, wie Einzelne es auch immer sehen mögen (*compartmentalized notions*), sondern alles zusammen, d. h. eine echte soziale Gemeinschaftsaufgabe.

Mit dem Dank für Mitgestaltung und interessierte Aufnahme einer sehr gelungenen Fachveranstaltung, die bestimmt auch die zahlreichen ausländischen Teilnehmer beeindruckt habe, schloss Jan Arne Monsbakken die Fachtagung zum 50. Jubiläum von RI-Norway.