

Komplementäre medizinische und therapeutische Fachdienste für Menschen mit Behinderung in der Region – Konsequenzen aus der Dezentralisierung im Horizont der UN-Konvention

Einleitungsstatement

Mitgliederversammlung der DVfR
am 29./30. Oktober 2009
Matthias Schmidt-Ohlemann
Bad Kreuznach

Grundpositionierungen zur Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderung

- 1. Positionspapier der Fachverbände der Behindertenhilfe: „Die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung“ (1998)**
- 2. UN-Konvention „Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“, insbesondere Art. 25 und Art. 26**
- 3. Europäisches Manifest der MAMH : „Minimale Bedingungen für die Gesundheitsfürsorge von Menschen mit geistiger Behinderung“, Rotterdam 2003**
- 4. „Potsdamer Forderungen“, Ergebnisse der Fachtagung „Gesundheit für´s Leben“, Potsdam 16. Mai 2009**
- 5. Ambulante ärztliche Versorgung von Menschen mit Behinderung – Problemaufriss und Lösungsansätze (Berlin, BMAS, 17. Juni 2009)**

Komplementäre medizinische und therapeutische Angebote für Menschen mit Behinderung

Definition

Komplementäre medizinische und therapeutische Angebote sind

- Ergänzungen zum gesundheitlichen Regelversorgungssystem und
- Ergänzungen zu Angeboten dezentralisierten Wohnens und Arbeitens,

die für Menschen mit Behinderung bei Bedarf vorhanden, erreichbar und verfügbar sein müssen, damit sie die Chance haben, ihre funktionale Gesundheit soweit wie möglich zu entwickeln, d.h.

- ihre Schädigungen zu verringern
 - ihre Funktionen so weit wie möglich zu entfalten
 - alle Aktivitäten selbständig auszuüben, die ihnen wichtig sind
 - weitestgehend unabhängige Teilhabe in allen Lebensbereichen zu erreichen
- und damit in ihrer Lebensgestaltung so frei wie möglich zu werden.

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)

Komplementäre medizinische und therapeutische Angebote für Menschen mit Behinderung in der Region

Definition: Region

Eine Region ist eine räumlich und geographisch abgrenzbare Einheit.

Eine Region ist Lebensraum von Individuen und zugleich Sozialraum.

Sozialräume werden unterschiedlich gestaltet (Dorf, Stadt, Ballungsraum etc.).

Entsprechend ihrer Ausdehnung und ihrer Funktion sind verschiedene Sozialräume zu differenzieren.

Funktionale Differenzierung von Sozialräumen

Das sozialräumliche Zentrum

„Das sozialräumliche Zentrum ist die kleinste Raumeinheit und der alltägliche und unmittelbare Urraum, in den jemand hineingeboren wird. Es ist der Ort, an dem sich ‚Rückzugsmöglichkeiten‘ bieten. Kennzeichnend für diesen Sozialraum ist die Abgeschlossenheit nach außen, die Privatheit, Vertraulichkeit, Intimität und emotionale Geborgenheit zulässt.“ (Preis/Thiele 2002, S. 57)

Der soziale Nahraum

„Durch den sozialen Nahraum wird der Lebensraum markiert, der das sozialräumliche Zentrum unmittelbar umschließt (Dorf, Stadtteil, Wohngegend) und in dem sich unsere alltäglichen Außenbeziehungen vollziehen. Er ist durch mindestens drei Merkmalsbündel näher charakterisiert: die Merkmale der anwesenden Personen (Lebenszyklus, Geschlecht, Status usw.), die Ausstattung des Wohnumfeldes mit dinglichen Gegebenheiten (Wege, Straßen, Parkanlagen, Wohnbauten) und die Merkmale der Zeit (Zeitpunkt, Dauer, Häufigkeit der Nutzung).“ (Preis/Thiele 2002, S. 69)

Die sozialräumliche Peripherie/Inseln

„Die sozialräumliche Peripherie liegt außerhalb unseres alltäglichen Lebens-, Bewegungs- und Erfahrungsraums (daher peripher, in einer Randlage). Sie wird nicht regelmäßig, sondern nur zu bestimmten Anlässen oder Ereignissen aufgesucht. Dadurch, dass sich die Aktivitäten in der sozialräumlichen Peripherie von unserem routinierten Alltagshandeln abheben, gewinnen sie eine erhöhte Bedeutung bzw. Aufmerksamkeit in unseren Lebensvollzügen.“ (Preis/Thiele 2002, S. 80)

Funktionale Differenzierung von Versorgungsgebieten

- **Primäres Versorgungsgebiet**
 - Wohngebiet, Stadtquartier
- **Standardversorgungsgebiet**
 - ca. 250.000 Menschen / 30 – 60 Minuten Durchmesser
- **Regionales Versorgungsgebiet**
 - ca. 2-4 Mio. Menschen, Regierungsbezirke
- **Nationales Versorgungsgebiet**
 - auf Deutschland bezogen

UN-Konvention Artikel 26

Habilitation und Rehabilitation

- (1) Die Vertragsstaaten treffen wirksame und geeignete Maßnahmen, einschließlich betreffend die Unterstützung durch andere Menschen mit Behinderungen, um Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, ein **Höchstmaß an Unabhängigkeit**, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und die **volle Teilhabe** 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**, und zwar so, dass diese Leistungen und Programme
 - a) im **frühestmöglichen Stadium** einsetzen und auf einer **multidisziplinären Bewertung** der individuellen Bedürfnisse und Stärken beruhen;
 - b) die Einbeziehung in die Gemeinschaft und die Gesellschaft in allen ihren Aspekten sowie die Teilhabe daran unterstützen, freiwillig sind und Menschen mit Behinderungen **so gemeindenah wie möglich zur Verfügung stehen, auch in ländlichen Gebieten**.
- (2) Die Vertragsstaaten fördern die Entwicklung der Aus- und Fortbildung für Fachkräfte, Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in Habilitations- und Rehabilitationsdiensten.
- (3) Die Vertragsstaaten fördern die Verfügbarkeit, die Kenntnis und die Verwendung unterstützender Geräte und Technologien, die für Menschen mit Behinderungen bestimmt sind, für die Zwecke der Habilitation und Rehabilitation.

UN Konvention Artikel 25 „Gesundheit“

Die Vertragsstaaten erkennen das **Recht behinderter Menschen auf das für sie erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit** ohne Diskriminierung auf Grund ihrer Behinderung an. Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Maßnahmen, um behinderten Menschen Zugang zu geschlechtersensiblen Gesundheitsdiensten, einschließlich der gesundheitlichen Rehabilitation, zu gewährleisten. Die Vertragsstaaten werden insbesondere

- a) 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;
- b) **die Gesundheitsdienste anbieten, die von behinderten Menschen speziell wegen ihrer Behinderungen benötigt werden, gegebenenfalls einschließlich der Früherkennung und Frühintervention, sowie Dienste, um weitere Behinderungen möglichst gering zu halten oder zu vermeiden, insbesondere bei Kindern und älteren Menschen;**
- c) **diese Gesundheitsdienste so gemeindenah wie möglich anbieten, auch in ländlichen Räumen;**
- d) die Angehörigen der Gesundheitsberufe verpflichten, behinderten Menschen Betreuung von gleicher Qualität wie anderen Menschen zu erbringen, namentlich auf der Grundlage der freien Einwilligung nach vorheriger Aufklärung, indem sie unter anderem durch Schulungen und den Erlass ethischer Normen für die staatliche und private Gesundheitsversorgung das Bewusstsein für die Menschenrechte, die Würde, die Autonomie und die Bedürfnisse behinderter Menschen erhöhen;
- e) 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;
- f) die diskriminierende Vorenthaltung von Gesundheitsversorgung oder Gesundheitsdiensten oder von Nahrungsmitteln und Flüssigkeiten auf Grund einer Behinderung verhindern.

Dezentralisierung in der Behindertenhilfe

1. Auflösung von großen Einrichtungen in kleinere Wohneinheiten
 2. Verteilung der Wohneinheiten in die Fläche (eines Ballungsraumes, einer Flächenregion)
 3. Ambulantisierung, d.h. Änderung des Wohnstatus
 4. Verlagerung fachdienstlicher Leistungen in die Peripherie
- Regionalisierung vs. Zentralisierung
 - Differenzierung vs. Entdifferenzierung
 - Spezialisierung vs. Verallgemeinerung

Implikationen der Dezentralisierung

Prämisse: in zentralisierten Angeboten wie Großeinrichtungen stehen medizinische Fachdienste in optimaler Weise zur Verfügung !??

In dezentralen Strukturen sind zu erwarten:

- unzureichende Kompetenz
- unzureichende Infrastruktur
- unzureichende Spezialisierung
- Individualisierung und Personalisierung der Hilfen geht einher mit unzureichender Bereitstellung eines allgemein zugänglichen Angebotes

Konsequenz:

- keine Dezentralisierung oder
- Schaffung entsprechender Strukturen

Herausforderung durch individuelle dezentrale Hilfen

Dezentralisierung bedeutet eine Herausforderung.

Das medizinische Regelversorgungssystem ist nicht durchgängig in der Lage, die notwendigen Leistungen bereitzustellen.

Dies gilt z. B. für

- einige Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung
- einige Menschen mit Körperbehinderung
- einige Menschen mit seelischer Behinderung
- einige Menschen mit chronischen Krankheiten

Hauptproblembereiche in der medizinischen Versorgung von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung

- Ambulante Versorgung
 - Ärztliche Versorgung
 - Versorgung mit Heilmitteln (Qualität, Quantität)
 - Hilfsmittelversorgung
- Stationäre Versorgung
- Rehabilitation (stationär, ambulant, mobil)
- Barrierefreiheit des Gesundheitssystems
- Sonstiges
 - Beratung
 - Frühförderung
 - Arbeitsmedizinische Beurteilung
 - Begutachtung Schwerbehinderung
 - Sozialmedizinische Beurteilungen zur Leistungerschließung

Menschen mit Behinderungen mit besonderen Bedarfen in der Gesundheitsversorgung

- I. Die Mehrheit der Menschen mit Behinderung hat keine besonderen oder spezifischen Bedarfe im Bereich der Gesundheitsversorgung
- II. Es gibt eine Gruppe von Menschen mit Behinderung mit besonderen Bedarfen:

schwere Beeinträchtigungen der funktionalen Gesundheit (ICF) z.B. im Bereich der Selbständigkeit im Alltag, der Mobilität, der sozialen Beziehungen und der Kommunikation sowie ggf. mit Pflegebedürftigkeit mit

- geistiger und mehrfacher Behinderung
- angeborenen oder erworbenen schweren Körperbehinderungen, v. a. wenn Sprache oder effektiver motorischer Output fehlt
- zusätzlichen Sinnesbehinderungen
- hoher ständiger Behandlungsnotwendigkeit
- Schweren seelischen Behinderungen oder psychiatrischer Komorbidität (u. a. sog. Doppeldiagnosen)

Besondere Bedarfe in der Versorgung:

Im Bereich der **Regelversorgung** sind dies insbesondere:

- Erhöhter Bedarf an ärztlicher Diagnostik und Therapie, Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln wg. **erhöhter Morbidität**
- Umfassende, aufwändige Diagnostik wg. **atypischer Symptomausprägung**
- Erhöhter Zeitbedarf wg. **Verhaltensauffälligkeiten** o. **fehlender Sprache** ggf. mit zusätzlichem Hilfebedarf
- Besonderes Setting und Erfahrung wg. **modifizierter Kooperationsfähigkeit**
- **Barrierefreiheit** der Angebote (im umfassenden Sinne)
- **Niedrigschwelliger und vollständiger Zugang** zu Gesundheitsleistungen trotz u.U. nur geringer privater Ressourcen (z. B. kein PKW, niedriges Einkommen)

Besondere Bedarfe in der Versorgung

Im Bereich der **teilhabeorientierten Spezialversorgung** sind dies insbesondere:

1. Spezialkenntnisse und – erfahrungen wg. häufig **seltener Erkrankungen** bei Ärzten und anderen Fachkräften
2. **Spezielle Diagnostik und Behandlungsverfahren** (v. a. Modifikation von Therapiestandards, Unterstützte Kommunikation, Botulinum-therapie, Psychotherapie bei kognitiven Beeinträchtigungen u.a.)
3. Spezifische Möglichkeiten zur medizinischen Rehabilitation
4. Aufsuchende setting-bezogene Versorgungsformen am Wohn- und Arbeitsort
5. **Multifokale Probleme** erfordern medizinische Versorgung im inter- und transdisziplinären **Team** und enge Kooperation und Vernetzung mit anderen Diensten, z. B. der Eingliederungshilfe

Hauptaufgaben einer teilhabeorientierten Medizin für Menschen mit geistiger Behinderung

1. Frühzeitige Bedarfserkennung für therapeutische und rehabilitative Leistungen für die Teilhabe
2. Beratung auch auf Veranlassung von Drittpersonen bzgl. der Behandlung, der Leistungen zur Teilhabe und zur eigenen Lebensgestaltung im Sinne der Teilhabe
3. Aufdeckende und Teilhabe berücksichtigende Gesundheitsuntersuchung in regelmäßigen, bedarfsgerechten Abständen, insbesondere an biographischen Wendepunkten
4. Sicherstellung einer umfassenden und korrekten Behandlung mit Förderung der Teilhabe und Vermeidung ihrer Beeinträchtigung
5. Fachgerechtes Assessment der Beeinträchtigungen und der Kontextfaktoren unter dem Aspekt ihrer Veränderung
6. Einleitung/Durchführung/Empfehlung solcher Maßnahmen, die auf der Grundlage einer realistischen Prognose Beeinträchtigungen verringern und Teilhabe und Inklusion verbessern können
7. Fachlich korrekte und umfassende Wahrnehmung der Gate keeper-Funktion für das Gesundheits- und Sozialwesen, v.a. Heilmittel und Hilfsmittel
8. Sozialmedizinische Beurteilung, nicht Begutachtung (!) für den Teilhabeplan einschl. Feststellung der Beeinträchtigungen und ihrer Veränderbarkeit unter Nutzung medizinischen Wissens
9. Kooperation, Beratung und Kontrolle von Diensten und Einrichtungen der Behindertenhilfe und der Pflege
10. Beratung und Unterstützung anderer Einrichtungen der Krankenversorgung wie Vertragsärzte, Krankenhäuser etc.
11. Unterstützung und Gestaltung eines teilhabefördernden Managements der medizinischen Probleme und Maßnahmen
12. Umfassende Nutzung des Leistungsspektrums des Sozial- und Gesundheitswesens

Strukturprobleme in der ärztlichen Versorgung

- Barrierefreiheit ist nicht verwirklicht
- Es fehlen medizinische Zentren für erwachsene Menschen mit Behinderung analog den Sozialpädiatrischen Zentren
- Es fehlen Ermächtigungen für spezialisierte Ärzte aus Krankenhäusern, Rehakliniken oder Einrichtungen der Behindertenhilfe
- Ambulanzen nach § 119a SGB V sind bisher nicht verwirklicht
- Es fehlen Schwerpunktbildungen bei Vertragsärzten
- Es fehlen spezialisierte Rehabilitationseinrichtungen, insbesondere Mobile Rehabilitation
- Die Unterstützung der ambulanten Versorgung durch Einrichtungen der Eingliederungshilfe geht zurück (Mangel an Kompetenz, an qualifiziertem Personal, kein Konsens mit den Kostenträgern über notwendiges Gesundheitsmanagement und entspr. Assistenz.)

Ökonomische und Budget-Probleme in der ambulanten ärztlichen Regelversorgung

1. Der behinderungsassoziierte Mehraufwand der Vertragsärzte wird wegen der Regelleistungsvolumina bei überdurchschnittlicher Zahl behinderter Patienten nicht angemessen vergütet.
2. Im EBM kann der behinderungsassoziierte Mehraufwand nicht abgebildet werden. Daraus folgt, dass die Betreuung einer größeren Zahl von behinderten Patienten ein ökonomisches Risiko für die Praxis bedeutet.
3. Bei einer höheren Zahl von Menschen mit Behinderung in einer Praxis werden die Richtgrößen für Medikamente und Heilmittel notwendig überschritten. Regelungen zu Praxisbesonderheiten im Vorhinein (mit begrenztem Risiko für den Vertragsarzt) bestehen z. Zt. nur in Nordrhein.
4. Selbst wenn Barrierefreiheit gewollt wird, scheitert ihre Herstellung oft an den Kosten (für nachträgliche Zurüstung).
5. Patienten nehmen auch notwendige Leistungen aus Kostengründen nicht in Anspruch (Ausgegrenzte Leistungen, Zuzahlungsproblematik einschl. Antragsverfahren).

Ökonomische und strukturelle Probleme in der teilhabeorientierten speziellen Gesundheitsversorgung

1. Ambulanzen nach § 119a, Ermächtigte Ärzte und Institute mit ihrem behinderungsassoziierten Mehraufwand sind, wie auch die SPZ, über den EBM nicht refinanzierbar.
2. Die Zulassungsausschüsse (wesentlich die KVen) unterstützen die Zulassungen meist nicht.
3. Spezialangebote wie Beratungsstellen zur Unterstützten Kommunikation, Mobile Rehabilitation, auch Soziotherapie für behinderte Menschen werden nicht ausreichend finanziert, so dass sie nicht angeboten werden können.
4. Spezialambulanzen für Menschen mit Behinderung an Krankenhäusern, z. B. an Universitätskliniken sind über die verhandelbaren Pauschalen nicht refinanzierbar.
5. Die Möglichkeiten, gesundheitsbezogene Leistungen ergänzend aus der Eingliederungshilfe zu finanzieren, werden geringer. Der gesetzl. Spielraum hierfür wurde mit dem Wegfall der Auffangfunktion der Sozialhilfe 2004 weitgehend genommen.
6. Die Versorgung mit hochspezialisierten Hilfsmitteln wird schwieriger und für den behandelnden Arzt zu einem oft erfolglosen Hindernislauf mit erheblichem Zeitaufwand und hohen Anforderungen an sozialrechtliche Kenntnisse.

Probleme in der stationären Versorgung

Es zeigen sich die allgemeinen Probleme von Menschen mit Behinderungen im Gesundheitswesen auch im stationären Bereich. Hinzu kommen insbesondere:

- Die aufwändige Pflege bei Mehrfachbehinderten wird trotz umfassendem Betreuungsauftrag des Krankenhauses nicht durchgehend sichergestellt wg.
 - mangelnder Qualifikation
 - mangelnder Bedarfserkennung und -anerkennung
 - unzureichenden personellen Ressourcen
 - unzureichender Finanzierung des Mehrbedarfes im Rahmen der DRGs
 - Ausfall der vorhandenen staatlich finanzierten Assistenzsysteme
- Die fachlichen Besonderheiten bei der Behandlung werden nicht durchgängig berücksichtigt, u.a.
 - besondere Kommunikationserfordernisse
 - spezielle medizinische Problemlagen (u.a. Diagnostik)
 - ggf. fachlich notwendige, von Leitlinien abweichende Behandlungsverfahren
 - mangelnde Sicherstellung der Nachbehandlung
 - mangelnde Erfahrung der Ärzte und Therapeuten
- Mangelndes Angebot an stationärer (und ambulanter sowie mobiler) Rehabilitation

Lösungsmöglichkeiten für die Regelversorgung

1. Fort- und Weiterbildungsangebote mit Unterstützung durch die BÄK und LÄK einschl. praxisrelevanter Anerkennung durch die KVen
2. Erarbeitung einer programmatischen Orientierung der deutschen Ärzteschaft durch ein Grundsatzpapier in Analogie zu dem Papier der Schweizer Ärzte: „*Medizinische Behandlung und Betreuung von Menschen mit Behinderung*“
3. Förderung einer Schwerpunktbildung in der Vertragsarztpraxis mit entsprechender Vergütung
4. Behinderungsbezogene Herausnahme der Arznei- und Heilmittelverordnungen aus der Richtgrößenprüfung der einzelnen Arztpraxis analog der KV Nordrhein (Regelungsvorschlag liegt dem G-BA vor)
5. Förderung der Barrierefreiheit in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens
6. Einführung einer allgemeinen Zusatzziffer im EBM für die Mitbetreuung von Menschen mit Behinderungen bei Vorliegen bestimmter Behinderungen (analog der Regelung für Nervenärzte) außerhalb des Regelleistungsvolumens einschl. besonderer Regelungen für Hausbesuche, Narkosen u.a., die behinderungsassoziiert deutlich aufwändiger sind (Vorschlag liegt beim Bewertungsausschuss, der KBV und den Krankenkassen – bislang ohne Ergebnis)
7. Umsetzung des § 40 Abs. 1 SGB V: flächendeckend Mobile Rehabilitation

Lösungsmöglichkeiten für die spezielle teilhabeorientierte Versorgung

- 1. Spezielle Weiterbildungsangebote, ggf. innerhalb der Weiterbildungsordnung, mit Unterstützung durch die BÄK/LÄK**
- 2. Verpflichtende Zulassung von medizinischen Zentren für erwachsene Menschen mit Behinderung analog den SPZ einschl. einer analogen Finanzierung**
- 3. Erleichterte Zulassung von Spezialambulanzen an Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen zur speziellen medizinischen Versorgung (vgl. § 116 b SGB V) im Sinne von Kompetenzzentren**
- 4. Erstellung eines sozialraumorientierten Konzeptes gesundheitlicher Versorgung unter Beteiligung der Sozialhilfe analog den Sozialpsychiatrischen Verbänden**
- 5. Förderung dual finanzierter besonderer Angebote behinderter Menschen z. B. für die psychotherapeutische Versorgung, Unterstützte Kommunikation, Autismus (d.h. Sozialhilfe und Krankenkassen)**
- 6. Förderung spezifischer Forschungsvorhaben im Bereich Medizin für Menschen mit Behinderung einschl. Versorgungsforschung**

Beispiel: spezifisch teilhabeorientierte medizinische Angebote in der Region Rheinhessen-Nahe-Hunsrück

Vorhandene Angebote im Bereich Gesundheitsversorgung:

- ermächtigte Institutsambulanz mit teilhabeorientiertem ärztlichen Dienst (Ambulanz. Visitedienst) (physik. u. rehab.Medizin, Psychiatrie, Neurologie, Epileptologie), einschl. teilhabeorientierter arbeitsmedizinischer Betreuung in WfbM (MVZ beantragt)
- Heilmittelerbringung speziell für Menschen mit Behinderung (z. T. im Rahmen der Eingliederungshilfe), Beratungsstelle für Unterstützte Kommunikation und elektronische Hilfen
- Mobile Rehabilitation
- Spezielle teamartige Kooperation mit Hilfsmittelfirmen zur Hilfsmittelversorgung
- Kooperation mit stationärer geriatrischer Rehabilitation
- Integrierte Spezialsprechstunden operative Orthopädie, Neurochirurgie, Spina bifida
- Landesarzt für Körperbehinderte
- Teilhabeorientierte Rehapflege und -beratung (im Rahmen der Eingliederungshilfe)
- Wohnraumberatung (an Einglied.hilfeeinrichtung, Finanzierung d. örtl. Sozialhilfeträger)
- Psychologische Dienste (nur intern)
- Kompetenzzentrum Autismus
- Stationäre Therapiegruppe bei Doppeldiagnosen mit speziellem therapeutischen Milieu
- Betreuungsvereine

Beispiel: speziell teilhabeorientierte medizinische Angebote in der Region Rheinhessen-Nahe-Hunsrück

Geplante teilhabeorientierte medizinische und therapeutische Angebote:

- Kompetenzzentrum Prader-Willi-Syndrom
- Zulassung der Ambulanz als MVZ mit zus. Spezialisierung im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie speziell für Menschen mit geistiger Behinderung
- Weiterentwicklung des MVZ zu einem Medizinischen Zentrum für Erwachsene mit Behinderung (MZEb) und Abdeckung des Gesamtbedarfes in der Region
- Ambulanter Pflegedienst mit Schwerpunkt interne Behandlungspflege (Umsetzung § 37 SGB V) und externe teilhabeorientierte Pflegeberatung, Fortbildung
- Ausbau des internen psychologischen Dienstes zu einem offenen psychologischen Fachdienst mit Beratungs-, Schulungs-, Fortbildungs- und Supervisionsaufgaben
- Intensivpädagogischer Dienst einschl. Krisenintervention
- Verbesserte Teilhabeplanberatung einschl. Budgetberatung und allgem. Sozialberatung
- Mobile Rehabilitation in der Gesamtregion
- Unterstützte Kommunikation in der Gesamtregion
- Reaktivierung der Landesärzte für geistig und seelisch Behinderte ?!
- Vermehrte Fort- und Weiterbildung

Weitere Angebote der spezialisierten medizinischen Versorgung für Menschen mit Behinderung

Beispiele sind:

- **Muskelzentrum Universität Mainz**
- **Polioambulanz Bad Ems**
- **Spina bifida Ambulanz Mainz**
- **Neurourologische Ambulanz Universität Mainz**

.....

Teilhabeorientierte Angebote für chronisch Kranke

- Rehabilitationsmedizinische Behandlung und Beratung
 - Therapeutische Maßnahmen
 - Rehamaßnahmen
 - Teilhabesicherungskonzepte
- Sozialmedizinische Information und Beratung u. a. zu den Themen
 - Betriebl. Eingliederungsmanagement
 - Persönliche Assistenz
 - Persönliches Budget
 - Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben
 - Hilfsmittel und technische Hilfen
 - Behindertensport
 - Transport und Beförderungsfragen
 - Schwerbehindertenrecht
 - Teilhabesicherungskonzepte
- Rehabilitationspflegerische Information und Beratung

Komplementäre medizinische und therapeutische Fachdienste für Menschen mit Behinderung in der Region – Konsequenzen aus der Dezentralisierung im Horizont der UN-Konvention

Leitfragen:

- 1. Auf welche Fachdienste muss ein Mensch mit Behinderung zurückgreifen können, unabhängig von der Wohnform?**
 - a) Wann reicht das Regelversorgungssystem?**
 - b) Wann sind welche speziellen Dienste erforderlich?**
- 2. Welche Einrichtungen und Dienste sollten verfügbar und erreichbar sein?**
- 3. Wie ist das wechselseitige Verhältnis von Leistungen zur Behandlung zur medizinischen Rehabilitation und zur Eingliederungshilfe zu bestimmen?**
- 4. Ist eine rein individuelle und persönliche Hilfeplanung und Finanzierung für die Sicherstellung ausreichender Angebote ausreichend? (vgl.: institutionelle Zuschüsse: Feuerwehr, Krankenhaus, persönliche Assistenz....)**

Standards zur Ausstattung einer Gebietskörperschaft mit fachdienstlichen Angeboten der Behindertenhilfe

Verbesserung von Funktionen, Aktivitäten und Teilhabe einschl. Kontextfaktoren und Verwirklichung von Teilhabesicherungskonzepten, **hier** unter Nutzung medizinisch-therapeutischer Kompetenzen.

1. Sozialpädiatrisches Zentrum einschl. Hausfrühförderung
2. Medizinisches Zentrum für erwachsene Menschen mit Behinderung
3. Sozialpsychiatrischer Dienst, Psychiatrische Institutsambulanz; RPK
4. Soziotherapie
5. Mobile Rehabilitation
6. Beratungsstelle für unterstützte Kommunikation
7. Sozialmedizinische Nachsorge nach § 43 Abs. 2 SGB V
8. Kooperationsnetzwerk Geriatrie
9. Rehabilitationspflegerische Beratung
10. Wohnraumberatung
11. Spezif. Arbeits- und reamedizinische Betreuung behinderter Menschen
12. Case-Management
13. Therapeutische Tagesgruppen
14. Landesärzte für spezifische Behinderungen
15. Kompetenzzentren, u.a. für Menschen mit Spina bifida, Prader-Willi, Autismus, Doppeldiagnosen
16. Hilfsmittelnetzwerk
17. Spezialisierte Heilmittelerbringung
18.