

Inklusion braucht Rehabilitation – Wege zur Teilhabe

Kongress der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation vom 23. bis 24.10.2014, Berlin

Statements zum Thema

„Rehabilitation gestalten – Prioritäten für die Inklusion“

von Verena Bentele, Volker Langguth-Wasem, Prof. Dr. Michael Seidel und Dr. Alexander von Boehmer (Freitag, 24.10.2014, 9.30–10.15 Uhr)

Statement Verena Bentele

Verena Bentele ist seit 2014 Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Menschen mit Behinderungen. Die blinde ehemalige Leistungssportlerin und Paralympics-Rekordsiegerin beendete 2011 ihre aktive Sportlaufbahn, um sich neuen Aufgaben zu widmen.

Herzlichen Dank für die Einladung zu Ihrem Kongress, dessen Thema ich sehr spannend und aktueller denn je finde. Sie wissen alle, die Reform der Teilhabe von Menschen mit Behinderung ist das dominierende Thema in dieser Legislaturperiode.

Auch auf Ihrem Kongress geht es um die Verbesserung der Teilhabe von Menschen mit Behinderung, und ein wichtiger Baustein der Teilhabe ist auch die Rehabilitation.

Was bedeutet Rehabilitation?

Lassen Sie es mich so versuchen: Rehabilitation könnte heißen, dass wir unsere *Gesellschaft* und nicht die Menschen rehabilitieren müssen. Rehabilitation der Gesellschaft kann heißen, dass wir jedem Menschen ein Leben ohne Barrieren im Kopf ermöglichen.

So betrachtet bedeutet Rehabilitation für mich, allen Menschen individuelle Unterstützungssysteme zur Verfügung zu stellen, die sie befähigen, an allen gesellschaftlichen Bereichen teilzuhaben, teilzunehmen und – das ist mir sehr wichtig – Gesellschaft aktiv mitzugestalten.

Für uns alle muss es vollkommen normal sein, die folgenden Fragen nach eigenen Bedürfnissen zu klären:

Welche Hilfsmittel benötige ich? Welche Unterstützung hilft mir beim Erreichen des Bildungsabschlusses meiner Wahl? Wo und wie möchte ich arbeiten? Wo möchte ich leben und wohnen? Wie möchte ich meine Freizeit verbringen? Möchte ich Kultur genießen, Sport oder andere Freizeitaktivitäten betreiben? Und wie kann ich leben mit der passenden Unterstützung in den Bereichen Mobilität und Kommunikation?

Wenn wir eine inklusive Gesellschaft gestalten wollen, heißt das, dass wir vor allem alle Informationen jederzeit zur Verfügung stellen müssen. Für Menschen mit Behinderung kann das ganz konkret bedeuten, dass sie eine unabhängige Beratung in Anspruch nehmen können.

Rehabilitation ist natürlich auch im Kontext von Beschäftigung höchst relevant. Und so haben sie im gestrigen Workshop Nr. 6 angesprochen, welche Unterstützung Arbeitgeber brauchen, um Menschen mit Behinderungen einzustellen. Wenn wir Rehabilitation also auch in diesem Bereich betrachten, so heißt das: Wir versetzen Unternehmen heute in die Lage, die richtigen Anträge an der richtigen Stelle zu stellen. Wir versetzen Unternehmen in die Lage, dass sie barrierefreie und individuelle Arbeitsplätze gestalten, dass sie daran glauben, dass beispielsweise ein Chemiker, der nach einem Autounfall im Rollstuhl sitzt, wieder im Labor arbeiten kann. Er braucht dann vielleicht einen höhenverstellbaren Tisch, kann dann aber die Fähigkeiten auch weiterhin perfekt nutzen.

Rehabilitation heißt meines Erachtens also, dass wir die Voraussetzungen schaffen, damit Inklusion gelingen kann. So ist es z. B. auch für Kinder und Jugendliche mit chronischen Krankheiten und Behinderungen unerlässlich, dass sie neben Mathematik und Deutsch und allen anderen geistigen Inhalten auch die körperlichen Bewegungsformen, das Miteinander, Team und Gemeinschaft im Schulsport, Musik- oder Kunstunterricht erleben.

Wenn wir daher durch Rehabilitation die Gelingensbedingungen für Inklusion schaffen, dann heißt das für mich nicht, jeden Menschen oder jede Sache in ihren vormals existierenden Zustand zurückzusetzen. Es bedeutet vielmehr, einen Zustand zu erreichen, der für den einzelnen Menschen gut und erstrebenswert ist – einen Zustand aber auch, bei dem auf gesellschaftlicher Ebene der Wert der

Inklusion nicht nur im Wert von Investitionen, also Geldmitteln gemessen wird, sondern darin, dass Werte gelebt und erreicht werden, die eine Gesellschaft ausmachen. Denn handlungsleitend sollte in der Rehabilitation und somit auch in der Inklusion meines Erachtens sein, dass jede Fähigkeit, jedes Potential genutzt wird, damit jeder Mensch ein Höchstmaß an Selbständigkeit und Freiheit erreichen kann. Danke schön.

Statement Volker Langguth-Wasem

Volker Langguth-Wasem war bis 1998 erster hauptamtlicher Behindertenbeauftragter der Stadt Frankfurt am Main. Der gelernte Goldschmied und Sozialarbeiter betätigt sich mit großem Engagement ehrenamtlich im Bereich der Behindertenpolitik. Seit 2013 ist er Vorsitzender der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE). Volker Langguth-Wasem ist wegen einer Achondroplasie von Geburt an kleinwüchsig.

Sehr geehrte Damen und Herren, wenn ich hier heute ein Statement abgebe, dann tue ich dies als selbst betroffener Vertreter von Menschen mit Behinderungen, die sich in der Selbsthilfe organisiert haben. Ich möchte meinem Statement daher vorausschicken, dass ich es bemerkenswert finde, wie viele der gerade gehörten Ausführungen der Bundesbehindertenbeauftragten mit den Ansichten der BAG Selbsthilfe in Einklang stehen. Ich begrüße es, dass es zwischen der Politik und den Betroffenenverbänden ein hohes Maß an Übereinstimmung in den Zielsetzungen gibt!

Soziale Rehabilitation umfasst nach herkömmlichem Verständnis eine Vielzahl von Leistungen, die die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft fördern sollen. So gesehen ist die Unterscheidung zwischen „Rehabilitation gestalten“ und „Inklusion“ für mich eigentlich ein Widerspruch in sich. Alle Maßnahmen der Rehabilitation müssen Inklusion zum Ziel haben! Unsere Gesellschaft muss so gestaltet werden, dass alle Menschen mit Beeinträchtigungen von Anfang an und in vollem Umfang am Leben in der Gemeinschaft teilhaben können.

Somit geht es darum, die Infrastruktur so zu verändern, dass individuelle Maßnahmen der sozialen Rehabilitation immer mehr an Bedeutung verlieren. Hier kann es

auch *keine Prioritäten* für die Inklusion geben. Entweder man bekennt sich zur Inklusion oder nicht. Ein bisschen Inklusion gibt es nicht, genauso wenig wie „ein bisschen schwanger“. Jedenfalls ist eine Prioritätensetzung abzulehnen, die darauf abzielt, dass man sich nur auf bestimmte Behinderungsarten konzentriert oder dass man nur bestimmte Diskriminierungen abbaut. Priorität haben alle Maßnahmen, die zur gleichberechtigten Teilhabe behinderter Menschen in allen Lebensbereichen unserer Gesellschaft führen. Dazu müssen wir die medizinische, die berufliche und die soziale Rehabilitation inklusiv gestalten und verändern.

Unter Beteiligung der Betroffenen müssen vor allem die Übergänge Schule – Ausbildung – Beruf – Rente gestaltet werden; das haben wir auch in einem der Workshops heute Morgen gehört. Die Zusammenarbeit mit Betrieben und Unternehmen muss gestärkt werden, um einen inklusiven Arbeitsmarkt zu schaffen. Die gesundheitliche Versorgung, die Medien, die Verkehrsinfrastruktur müssen barrierefrei ausgestaltet werden.

Wichtig ist immer, dass die notwendigen Umgestaltungsprozesse unter *Beteiligung der betroffenen Menschen* erfolgen. Im Mittelpunkt der Rehabilitation steht der Mensch in allen Altersgruppen – das Kind, der Jugendliche, der Erwachsene, der Senior – als Experte in eigener Sache. Nichts über uns ohne uns – das bekannte Motto der behinderten Menschen kennen Sie.

Inklusion muss als umfassender gesellschaftlicher Umgestaltungsprozess begriffen werden. Diese Umgestaltung betrifft auch die Rehabilitation im engeren Sinne. Damit möchte ich auf den *Beitrag* eingehen, *den die Rehabilitationsträger zu einer inklusiven Gesellschaft leisten müssen*.

Zunächst einmal müssen alle Rehabilitationsträger mit allen am Prozess Beteiligten intensiv kooperieren. In einer inklusiven Gesellschaft ist kein Platz für Träger-Egoismen. Das Recht auf Teilhabe und mehr Selbstbestimmung muss gestärkt werden. Dazu muss auch das SGB IX weiterentwickelt werden. Nach der UN-Behindertenrechtskonvention haben Menschen das Recht auf frühestmögliche umfassende Habilitation und Rehabilitation. Gemeinsam müssen in allen Lebensbereichen die Ziele entwickelt werden, und das Wunsch- und Wahlrecht muss berücksichtigt werden. Nur mit einer unabhängigen und kompetenten Beratung können und sollen die trägerübergreifenden Bedarfe festgestellt werden. Die Hilfen müssen aus einer

Hand erfolgen; nur damit ist ein ungehinderter Zugang zu allen notwendigen Leistungen in der Rehabilitation möglich. Die Eingliederungshilfe muss unabhängig werden von Einkommen und Vermögen. Umfassende Barrierefreiheit in unserer Gesellschaft ist eine zentrale Voraussetzung für eine inklusive Rehabilitation.

Zum Schluss noch ein Wort zu dem sogenannten *Sondersystem in der Rehabilitation*. Sondereinrichtungen und Inklusion sind Begrifflichkeiten, die sich widersprechen. Unsere heutige Gesellschaft ist noch auf Exklusion ausgerichtet. Menschen mit Behinderungen halten sich noch in Sondersystemen auf. Ein Wegfall von Sondersystemen in einer Gesellschaft, die Menschen mit Beeinträchtigungen weiterhin ausgrenzt, wäre noch schlimmer.

Auf der anderen Seite wird das Bild einer inklusiven *Gesellschaft ohne Sondersysteme* gern als Illusion dargestellt. So illusionär ist das aber gar nicht. Ich habe es noch erlebt, dass alle Kinder in einem Dorf in der Volksschule gemeinsam unterrichtet wurden. Das war in den frühen 50er Jahren und sogar bis in die 60er Jahre Realität. Nur weil es in den letzten Jahrzehnten eine gegenläufige Entwicklung gegeben hat, bedeutet das nicht, dass eine Neugestaltung der Systeme nicht möglich wäre. Daher ist die aktuelle Diskussion zur Frage: „Sondersysteme – ja oder nein?“ zwar in der aktuellen Vorstellungswelt verständlich, aber in der Gesamtperspektive der nächsten Jahrzehnte zu kurz gegriffen. Inklusion müssen wir Betroffene vorantreiben; wir müssen sie einfordern und vor allen Dingen mit umsetzen! Ich glaube, das ist die große Herausforderung für uns Betroffene. Wenn wir das nicht tun, wenn wir uns die Inklusion nicht nehmen, dann wird es mit ihr auf Dauer wahrscheinlich auch nichts werden. Vielen Dank!

Jürgen Dusel: Herr Langguth-Wasem, herzlichen Dank. Ich möchte zur Ergänzung darauf hinweisen, dass Herr Langguth-Wasem auch in seiner Funktion als Vorsitzender der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe und Mitglied des Hauptvorstands der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation großen Wert darauf legt, dass die Gruppe der Menschen mit Behinderungen *in ihrer Heterogenität* wahrgenommen werden.

Herr Langguth-Wasem: Haben Sie den Eindruck, dass sich in den letzten Jahren die Bilder, die sogenannte nichtbehinderte Menschen von behinderten Menschen haben, also ihre Assoziationen in diesem Zusammenhang, diversifiziert haben? Assoziiert man mittlerweile nicht nur den Rollstuhlfahrer oder die Rollstuhlfahrerin, sondern

vielleicht auch Personen mit anderen Behinderungsarten als Menschen mit Behinderungen? Haben Sie da eine Entwicklung wahrgenommen?

Volker Langguth-Wasem: Ja, natürlich, und zwar eine positive. Auch der behinderte Mensch wird mittlerweile in seiner Individualität wahrgenommen, und es werden nicht mehr nur Rollstuhlfahrer als behinderte Menschen begriffen. Ich selbst beispielweise gelte immer als lebendes Beispiel für Barrierefreiheit. Auch in Filmen werden Behinderungen heute selbstverständlicher gezeigt. Ich erinnere nur an den Tatort aus Münster, in dem die Schauspielerin Christine Urspruch die Rechtsmedizinerin „Silke Haller“ spielt. Die Medien haben eine wichtige Funktion dabei, den Menschen mit Behinderung in unserer Gesellschaft darzustellen. Und es ist ein Stück weit schon gelungen zu zeigen, dass es neben dem Rollstuhlfahrer noch andere behinderte Menschen gibt.

Jürgen Dusel: Herzlichen Dank! Sie weisen insbesondere auf die *Rolle von Medien* hin, behinderte Menschen nicht nur als Teil unserer Gesellschaft darzustellen, sondern auch aktiv über das Thema „Inklusion“ aufzuklären.

Statement Dr. Alexander von Boehmer

Ministerialrat Dr. Alexander von Boehmer ist Hauptvertrauensperson und Vertrauensperson der schwerbehinderten Menschen im Bundesministerium für Wirtschaft und Energie. Zugleich übt er das Amt des Vorsitzenden der Arbeitsgemeinschaft der Schwerbehindertenvertretungen des Bundes aus.

Meine Damen und Herren, gestatten Sie mir zunächst zwei Anmerkungen zu den Schwerbehindertenquoten im Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi). Die Beschäftigungsquote im BMWi lag 2013 bei 10,3 %, im gesamten öffentlichen Dienst des Bundes bei 8,3 %. Damit erfüllt der Bundesdienst seine Verpflichtung, Menschen mit Schwerbehinderung zu beschäftigen, vorbildlich.

Ich möchte mich in meinem Beitrag auf das Thema Teilhabe am Arbeitsleben konzentrieren. Wir werden alle länger arbeiten und mit einem längeren Verbleib im Arbeitsleben steigt auch die Wahrscheinlichkeit, dass man während des Erwerbslebens schwerbehindert wird. Dies erklärt, dass ein Großteil der Personen, die wir als

Schwerbehindertenvertreter betreuen, Kolleginnen und Kollegen sind, die erst im Laufe ihres Erwerbslebens schwerbehindert wurden.

Ich möchte zunächst – das ist der erste Punkt – auf die *berufliche Rehabilitation* eingehen. Wir haben für die meisten Tarifbeschäftigten ein in weiten Teilen gut funktionierendes System der beruflichen Rehabilitation, das sich auch international sehen lassen kann. Für Beamte gab es bis 2009 keine gesetzliche Möglichkeit, an Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation teilzunehmen; solche Leistungen wurden bestenfalls im Einzelfall gewährt. Kolleginnen und Kollegen wurden bisweilen vorzeitig wegen Dienstunfähigkeit pensioniert.

Seit 2009 existiert eine Rechtsgrundlage im Bundesbeamtengesetz. Es wurde somit – auch auf Anregung der Arbeitsgemeinschaft, die ich leite – eine gesetzliche Lücke geschlossen.

Wir haben allerdings keine flächendeckende Lösung für alle Beamten in der Bundesrepublik. Es würde sich lohnen, die Landesbeamtengesetze zu überprüfen, ob sie dem Beispiel des Bundes gefolgt sind, dass ein Beamter auch an Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation teilnehmen soll, um eine drohende Dienstunfähigkeit zu vermeiden bzw. die Dienstfähigkeit wiederherzustellen. Das wäre ein Bereich, in dem man die berufliche Rehabilitation noch ein Stück verbessern könnte.

Zweiter Aspekt ist das *Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM)*. Bei der Umsetzung des BEM gibt es durchaus Verbesserungspotential. Das BEM wird vielfach unter dem *schmalen Blickwinkel* seiner Verzahnung mit dem Kündigungsrecht betrachtet. Das hat dazu geführt, dass das Instrument in der Praxis nicht in dem Maße angenommen worden ist, wie man es sich gewünscht hat.

Dabei stoßen wir zum einen bei den Akteuren, die diese Regelungen umsetzen sollten, auf eine gewisse *Zurückhaltung*, zum anderen auch bei den Betroffenen selbst, denen das BEM eigentlich zugutekommen sollte. So ist beispielsweise die Zahl der BEM-Angebote, die von Betroffenen angenommen wurden, oft nicht sehr hoch.

Wichtig erscheint mir daher, sich bewusst zu machen, dass die Akzeptanz- und *Überzeugungsarbeit vor Ort* in den einzelnen Betrieben und Dienststellen geleistet werden muss. Wir sollten nicht weiter Bürokratien schaffen und viele Statistiken

pflegen, sondern darauf achten, dass bei den Betroffenen am Ende des Tages auch entsprechende Unterstützung ankommt.

Ferner wäre es hilfreich zu prüfen, *für wen BEM* wirklich das geeignete Instrument ist, und vorab danach zu filtern, wem wir BEM tatsächlich anbieten wollen. Es gibt Fälle, in denen es nicht sinnvoll erscheint, mit einem großen BEM-Team Unterstützung anzubieten – z. B. dann, wenn es sich eigentlich nur um eine relativ schlichte Aneinanderreihung von zwei Grippe- und vielleicht einem kleinen Skiunfall handelt.

Dritter und für mich und für unsere Arbeit besonders wichtiger Aspekt ist die *Rolle der Schwerbehindertenvertretung*. Wir können hier in Deutschland auf eine erfolgreiche Vergangenheit und eine überzeugende Arbeit zurückblicken. Es gibt ja nur wenige Länder, in denen überhaupt eine solche spezialisierte Interessenvertretung existiert, die aufgrund ihres langjährigen Fachwissens als Motor der Inklusion tätig werden kann. Und ich begrüße es ausdrücklich, dass der Koalitionsvertrag eine Verpflichtung enthält, die Schwerbehindertenvertretungen zu stärken. Dazu hatte die Bundesarbeitsministerin gerade Anfang der Woche Schwerbehindertenvertretungen, Vertreter aus der Wissenschaft, Arbeitgebervertreter und Gewerkschaften zu einem Fachgespräch eingeladen. Auch das ist ein Bereich, in dem wir der Rehabilitation ein Stück weit als kompetenter Partner zur Seite stehen können. Und wenn wir die Rolle der Schwerbehindertenvertretungen stärken, führt das im Ergebnis vielleicht auch dazu, dass die Rehabilitation mittelbar in der betrieblichen Praxis mehr Früchte tragen kann.

Verbesserungsbedarf besteht u. a. bei *Freistellungsmöglichkeiten*, der Heranziehung von *Stellvertretern* und beim Thema *Schulung*; dazu gehört natürlich auch die Schulung zum Thema Rehabilitation. Und schließlich – ich glaube, das ist der entscheidende Punkt – sollten wir uns noch einmal anschauen, was eigentlich passiert, wenn bestimmte Verpflichtungen aus dem Gesetz nicht in dem Maße umgesetzt werden, wie es eigentlich gedacht ist. Ich meine das Thema *Anhörungsrecht*, also die Möglichkeit der Schwerbehindertenvertretung, ihre Gesichtspunkte in einen Entscheidungsprozess rechtzeitig einzubringen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Jürgen Dusel: Herzlichen Dank, Herr Dr. von Boehmer. Die Stellung und die Weiterentwicklung des Rechts von Schwerbehindertenvertretungen wird sicherlich auch ein Lackmustest sein, wenn es um die Evaluierung und die Novellierung des SGB IX geht. Ich bin sehr gespannt, was dazu auch aus dem Haus von Andrea Nahles kommen wird.

Statement Prof. Dr. Michael Seidel

Prof. Dr. med. Michael Seidel ist Ärztlicher Direktor des Stiftungsbereichs Bethel.regional Bielefeld der v. Bodelschwingschen Stiftungen Bethel. Er ist Facharzt für Neurologie und Psychiatrie und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie.

Sehr geehrte Frau Bentele, sehr geehrter Herr Kongresspräsident, sehr geehrter Vorsitzender, lieber Matthias, sehr geehrte Damen und Herren.

Zuerst herzlichen Dank für die Einladung an mich, hier ein Statement abzugeben. Ich komme, wie gerade in der Einführung angesprochen, aus dem Stiftungsbereich Bethel regional der v. Bodelschwingschen Stiftungen Bethel. Bethel existiert seit fast 150 Jahren und wurde seinerzeit als eine Einrichtung für anfallskranke Menschen begründet. Bis heute spielt die Epilepsie eine zentrale Rolle unter den vielfältigen Arbeitsfeldern Bethels. Der Stiftungsbereich Bethel.regional kümmert sich mit einem breiten und sich dynamisch entwickelnden Spektrum differenzierter Angebote um Menschen mit verschiedenen Behinderungen.

Meine Damen und Herren, beim Thema der inklusiven Gestaltung von Rehabilitation liegt es nahe, kurz etwas zum Sinn des *Begriffs „Inklusion“* zu sagen. Der Begriff der Inklusion hatte im Hinblick auf Menschen mit Behinderungen zunächst vor allem im *bildungspolitischen Kontext* Fuß gefasst. Im Jahr 1994 fand in Salamanca in Spanien die bildungspolitische Konferenz „World Conference on Special Needs. Education, Access and Quality“ statt. Auf dieser Konferenz wurde ein wichtiges Dokument, das „Salamanca Statement and Framework for Action on Special Needs Education“ verabschiedet. Ein überaus interessantes Dokument, das ich Ihrer Aufmerksamkeit sehr empfehle.

Um es hier kurz zu machen: Dieses Dokument verlangt für behinderte Kinder und Jugendliche, ihnen solle im Wege inklusiver Bildung der *Erfahrungs- und Lernrahmen gemeinsam mit nichtbehinderten Kindern und Jugendlichen* zugänglich gemacht werden – also die Regelschule, der Regelkindergarten. Das stellt natürlich das System der Sonderschulen in Frage. Aber – das betone ich – es wird in diesem Dokument ausdrücklich verlangt, dass behinderten Schülerinnen und Schülern in den Regelschulen, in den Regelkindergärten alle notwendigen *speziellen fachlichen Unterstützungen, derer sie wegen ihrer Behinderung bedürfen*, bereitgestellt werden müssen. Es wird also im erwähnten Salamanca-Dokument nicht, wie im Interesse fiskalischer Kostendämpfung oder aus ideologischer Motivation gelegentlich vorgebracht wird, die Sinnhaftigkeit einer besonderen Unterstützung durch Spezialisten und spezielle Angebote bestritten. Im Gegenteil, spezialisierte Unterstützung wird verlangt, gefördert und unterstrichen.

Leider begegnet uns im Hinblick auf die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen manchmal die Auffassung, eine inklusive Gestaltung der Gesundheitsversorgung bedeute, jegliche Spezialangebote für Menschen mit Behinderung abzubauen oder deren Aufbau zu verhindern, weil sie vorgeblich die Exklusion förderten. Eine solche Auffassung verleugnet nicht nur die grundlegende Bedeutung von Spezialisierung in unserem Gesundheitssystem, sondern vor allem die Zusammengehörigkeit der beiden Forderungen aus Artikel 25 der UN-BRK:

1. Menschen mit Behinderungen sollen die gleiche Gesundheitsversorgung erhalten wie alle anderen Menschen.
2. Obendrein sollen Menschen mit Behinderungen alle diejenigen Leistungen erhalten, die sie speziell wegen ihrer Behinderung benötigen.

Wenn wir das Inklusionsparadigma auf die Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen anwenden, vor allem auf die medizinische Rehabilitation, heißt das, dass Menschen mit einer vorbestehenden körperlichen, seelischen oder geistigen Behinderung – und hier ist die vorbestehende Behinderung ein personbezogener Kontextfaktor in der Terminologie der ICF – nicht aus der Nutzung von rehabilitativen Angeboten ausgeschlossen werden dürfen, wie das leider vielfach der Fall ist.

Wie das konkret erreicht wird, was für dieses Ziel in gesetzgeberischer, konzeptioneller, fachlicher und organisatorischer Hinsicht notwendig ist, das sind anschließende Fragen, die sehr komplex sind.

Wenn Menschen mit vorbestehenden Behinderungen wegen einer zusätzlichen Problematik einen rehabilitativen Anspruch haben, und wenn sie dieser rehabilitativen Leistung tatsächlich teilhaftig werden sollen, müssen wir uns mit der umfassenden Bedeutung des Begriffs der Barrieren befassen und die Vielgestaltigkeit der Barrieren begreifen.

Barrieren sind gemäß der ICF alle Kontextfaktoren, die der Teilhabe entgegenstehen, also keineswegs nur Barrieren baulicher Art wie zu enge Türen, fehlende Aufzüge oder fehlende Behindertentoiletten. Gemäß diesem umfassenden Verständnis von Barrieren müssen *alle* Barrieren für die Rehabilitation beseitigt werden: Barrieren müssen beseitigt werden in der Gesetzgebung und damit im Entscheidungsverhalten der Politiker, in der Umsetzung der bestehenden Rechtslage und damit im Entscheidungsverhalten der Leistungsträger und der Leistungserbringer, in der Bewilligungspraxis der Leistungsträger, in der Arbeitsweise der Leistungserbringer usw.

Den neuerdings aufgekommenen Vorschlag, medizinische Rehabilitation im SGB XII unterzubringen, halte ich für grundfalsch. Er würde überhaupt kein Problem lösen, sondern neue schaffen. Vor allem würde dieser Schritt die übergreifende Geltung des SGB IX aushebeln.

Weil stationäre und klassische Rehabilitationsangebote oft die Bedarfslagen und Bedürfnisse von Menschen mit vorbestehenden Behinderungen verfehlen, steht für mich die Forderung nach *mobilen, also nach aufsuchenden rehabilitativen Angeboten* im Vordergrund. Dafür muss unbedingt in § 40 SGB V die Formulierung „*in* Rehabilitationseinrichtungen“ wieder durch die zweckmäßige Formulierung „*durch* Rehabilitationseinrichtungen“ ersetzt werden. Nur durch den gezielten Ausbau der mobilen ambulanten Rehabilitation – in einem Netzwerk ambulanter, mobiler und stationärer Angebote, verknüpft unter dem Aspekt fachlicher Zweckmäßigkeit sowie von Wunsch- und Wahlrecht – können vier Dinge erreicht werden:

1. Der Bezug rehabilitativer Leistungen auf die *konkreten lebensweltlichen Bedingungen des Leistungsempfängers* wird gestärkt. Der Erfolg der Maßnahmen, vor allem dessen Langfristigkeit, kann optimiert werden. Wenn Angehörige oder andere wichtige Personen des sozialen Kontextes einbezogen werden, kann die lang anhaltende Wirkung der rehabilitativen Maßnahmen durch deren Einbindung gefördert werden.
2. Menschen mit komplexen Behinderungen benötigen oft *spezielle Rahmenbedingungen*. Denken Sie etwa an Menschen, die in Einrichtungen der Eingliederungshilfe leben wollen oder müssen. Das Wort *müssen* bezieht sich hier darauf, dass das SGB XII den Kostenvorbehalt formuliert, demzufolge es nur dann eine ambulante Leistung der Eingliederungshilfe gibt, wenn sie nicht teurer ist als die stationäre Leistung. Für Menschen, die Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten, könnte mittels *mobiler Rehabilitation* erreicht werden, dass sie die rehabilitativen Leistungen dort erhalten, wo sie wohnen müssen oder wollen (Wohnstätte, Heim) oder wo sie arbeiten oder beschäftigt sind (Werkstatt, Förderstätte) oder wo sie beschult werden.
3. Die bekannten *Zugangshindernisse* für Menschen mit bestimmten Behinderungen – denken wir an Menschen mit geistiger Behinderung oder Menschen mit psychischen Behinderungen – zu *stationären Rehabilitationseinrichtungen* können mittels mobiler Rehabilitation umgangen und rehabilitative Leistungen erschlossen werden.
4. Die mobile Rehabilitation ist darauf angelegt, *Ressourcen aus dem Sozialraum* in Anspruch zu nehmen und sie damit auch zu stärken. So kann Wissen und Kompetenz zu den Kooperationspartnern im Sozialraum, in der Region, vor Ort transferiert werden – z. B. zu Therapeuten oder Hilfsmittelexperten. Damit fließen rehabilitative Denkweise und eine zunehmende rehabilitative Kompetenz in den Sozialraum.

Im Hinblick auf die Schnittstelle zur *Eingliederungshilfe* möchte ich einen weiteren Gesichtspunkt hervorheben: Es ist dringend notwendig, gemäß Artikel 26 UN-BRK die rehabilitative bzw. habilitative Zielsetzung der Eingliederungshilfe zu fördern. Das verlangt – und hier verweise ich auf den Diskussionsprozess im Ad-hoc-Ausschuss „Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe“ der DVfR –, dass *fachliche Kompeten-*

zen vor Ort verfügbar sein müssen. Den Diensten und Einrichtungen müssen koordiniert und interdisziplinär bzw. multiprofessionell arbeitende Fachleute z. B. aus Physiotherapie, Logopädie, Medizin oder Pflege zur Verfügung stehen. Wohl-gemerkt: *koordiniert arbeitend*. Nur so können gemäß den sozialrechtlichen Vorga-ben von sachlicher Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen eine bedarfsgerechte fachliche Qualität erreicht und Über-, Fehl- oder Unterversorgung vermieden werden.

Jedoch, Koordinierung ist anspruchsvoll und aufwendig. Sie kostet Geld. Man kann sie aber auch sparen gemäß dem Motto, koste es, was es wolle. Die mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz bevorstehende Schaffung gesetzlicher Grundlagen für medizinische Zentren für Erwachsene mit geistiger oder mehrfacher Behinderung mit einem neuen § 119c SGB V eröffnet die Perspektive, dort einen Teil solcher koor-dinierter und interdisziplinärer Leistungen für Menschen mit Behinderungen zu verankern.

Als letztes, meine Damen und Herren, möchte ich noch deutlich machen, dass gemäß dem ICF-Modell von Behinderung der *Stellenwert der Kontextfaktoren* nicht hoch genug eingeschätzt werden kann. Aus dem Verständnis heraus, dass Behin-derung nicht allein an der betroffenen Person festzumachen ist, sondern wesentlich aus der Wechselwirkung mit der sozialen und physischen Umwelt resultiert, müssen die Beseitigung solcher Umweltfaktoren, die als Barriere wirksam werden, und die gezielte Schaffung, Implementierung und Entwicklung solcher Umweltfaktoren, die als Förderfaktoren wirksam werden, in der sozialen und physischen Umwelt der Leistungsempfänger in den Mittelpunkt rehabilitativer Arbeit gestellt werden. Das geht vor allem im Wege mobiler Rehabilitation im Bezugsrahmen individueller lebens-weltlicher Rahmenbedingungen und wäre ein Beitrag zu der von Frau Bentele gefor-derten Rehabilitation der Gesellschaft. Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

Jürgen Dusel: Herzlichen Dank, Herr Professor Seidel, für den wirklich sehr enga-gierten Vortrag. Sie widerlegen mit Ihren Ausführungen alle Menschen, die immer noch das Vorurteil mit sich herumtragen, dass große Einrichtungsträger ein syste-misches Beharrungsverhalten aufweisen. Und man sieht, dass der Diskurs innerhalb der Debatte um Inklusion sehr wichtig ist.