

Diskussions-Ergebnisse der Workshops am 23.10.2014 – Zusammenfassung

Workshop 9

Inklusion durch Rehabilitation im Sozialraum

Leitung: Dr. Harry Fuchs (unabhängiger Sozialexperte, Düsseldorf)

Berichterstattung: Steffen Heidt (DVfR)

Diskutiert wurden Möglichkeiten, Bedeutung und Probleme der **Organisation** inklusiver Reha-Angebote im Sozialraum.

In einem einleitenden Referat wurden zunächst die „Inklusion“ und „Sozialraum“ begrifflich diskutiert. Dabei wurde festgestellt, dass es sehr unterschiedliche Auffassungen von „Sozialraum“ geben kann – gemeint sind nicht unbedingt nur Begriffe wie „kommunal“, „Sozialraum“ kann viele Formen haben.

Für den weiteren Diskussionsverlauf verständigte man sich weiterhin auf eine Orientierung am Inklusionsbegriff i.S. des Teilhaberechts, der die „vollständige Teilhabe am Leben in der Gesellschaft“ beinhaltet, als Basis. Die Förderung der Teilhabe ist versehen mit einem Rechtsanspruch auf eine Leistung.

Festgestellt wurde dann, dass es in der UN-Behindertenrechtskonvention keinen Begriff „Sozialraum“ gibt. In Artikel 26 sowie Artikel 19 UN-BRK formuliert sind jedoch die Erwartung an die regionale Verfügbarkeit von Reha-Diensten und Einrichtungen, ebenso die gemeindenahere Verfügbarkeit von Unterstützungsleistungen.

Das bedeutet, dass die zur Teilhabe erforderlichen Dienste, Programme und Unterstützungsleistungen in der jeweiligen Lebenssituation im unmittelbaren Lebensraum von Menschen mit Behinderung zur Verfügung stehen müssen.

Die Organisationsverantwortung dafür weist § 19 SGB IX den Reha-Trägern zu, die das in Regionalen AGs organisieren sollen.

Im Anschluss daran folgten weitere Impulse durch die mitwirkenden Referenten (Leistungsträger, Leistungserbringer sowie Med. Dienst der Krankenkassen), die gemeinsam bereits an verschiedenen (trägerübergreifenden) Modellen gearbeitet haben, in den Bereichen:

- Frühförderung (ohne DRV, aber mit Sozialhilfe),
- ambulante Psychiatrische Reha,
- Hamburger Modell zur Stufenweisen Wiedereingliederung für psychisch kranke Menschen

In diesen Modellen wurden also geltendes Recht umgesetzt und dabei Erfahrungen gesammelt, die aus verschiedenen Perspektiven berichtet wurden:

Seitens eines Leistungsträgers (hier: DRV Rheinland) wurde das Fazit gezogen, dass man als Kostenträger sein eigenes Selbstverständnis ständig hinterfragen und auch ändern muss, wenn man wirklich Versorgung teilhabeorientiert weiterentwickeln soll.

Seitens eines Leistungserbringers (hier: Chefarzt im Bereich Psychotraumatologie) wurde festgestellt, dass historisch gesehen, auch im Bereich akutstationärer Versorgungsangebote, eine Weiterentwicklung der Angebote für psychisch kranke Menschen schwierig war. Die Probleme in der akutstationären Versorgung waren dieselben, wie sie bei Prozessen zur Weiterentwicklung der Rehabilitation anzutreffen sind: zunächst erwacht Widerstand – der Bedarf und vorgelegte Konzepte werden stark angezweifelt.

Seitens eines beratenden Arztes (Steuerungsfunktion):

Hier lässt sich feststellen, dass dem MDK als Institution an zwei Stellen im Entwicklungsprozess besondere Bedeutung zukommt:

- a) als beratende Institution der Krankenversicherung, die zur Akzeptanz der Konzepte beiträgt und Weiterentwicklung auch anstoßen kann.
- b) in der Einzelfallbegutachtung – darüber wird die individuelle Versorgungssteuerung betrieben.

Gesamtfazit:

Wenn diese drei Institutionen bei der Weiterentwicklung zusammenspielen – der Leistungsanbieter sieht Bedarf und entwickelt ein Konzept, der MDK unterstützt, der Kostenträger stimmt zu – dann ist eine Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen möglich. Der Wille dazu muss aber trägerübergreifend vorhanden sein; die Kostenträger spielen für die Weiterentwicklung letztendlich die zentrale Rolle.

Hilfreich kann ein „neutraler Moderator“ sein, der außerhalb der Systeme steht und keine spezifischen institutionellen Interessen verfolgt.