

Zusammenfassung: W09 Sozialräumliche Angebote für Menschen mit neurologischen Behinderungen

Unter dem Blickwinkel der Forderungen der UN BRK wurde im Workshop die Expertise der Fachleute und Praktiker aus dem Bereich der neurologischen Rehabilitation Herr Martin Schmollinger (DVfR), Dr. Paul Reuther (BV ANR), Prof. Dr. Claus W. Wallesch (BDH) und Prof. Dr. Andreas Zieger (Evangelisches Krankenhaus Oldenburg) vereint. Sie zeichneten in ihren Fachvorträgen ein Bild der aktuellen Lebenswirklichkeit neurologisch erkrankter Personen und deren Angehöriger sowie der zugrunde liegenden Versorgungssituation. Daran orientiert formulierten sie klar Bedarfe und Forderungen zur Verbesserung der Teilhabemöglichkeiten sowie darin liegende Verantwortlichkeiten. Insbesondere die DVfR engagiert sich zum Thema der Versorgungsstrukturen für neurologisch erkrankte Personen und hatte hier zuletzt eine Expertenklauseur initiiert, deren Anregungen Basis für die Arbeit eines einberufenden ad hoc-Ausschusses der DVfR sind. Die Ergebnisse der Expertenklauseur, in der zunächst postakute Schnittstellenprobleme im geltenden Leistungsrecht zusammengefasst wurden, um daran orientiert die Ausschuss-Themen festzulegen, wurden einleitend von Herrn Schmollinger zusammengefasst.

Prof. Wallesch kennzeichnete in seinem Vortrag das Besondere an der neurologischen Reha dahingehend, dass neurologische Krankheiten „die häufigste und volkswirtschaftlich bedeutsamste Ursache anhaltender Behinderung (Schädelhirntrauma, Schlaganfall...)“ sind. Es sind oft schwere Beeinträchtigungen der Teilhabe vorhanden, ein multiprofessionelles Team ist im Rehaprozess beteiligt bzw. eingebunden, viele Rehabilitanden bedürfen ambulanter Nachsorge. „Die Rehabilitation erfolgt teilhabeorientiert, auch bei verbleibender schwerer Behinderung ist die Autonomie des Rehabilitanden (ICF) oberstes Ziel.“ Er benannte zur Kenntlichmachung des hohen Bedarfs an verbesserten Strukturen im Bereich des Schlaganfalls ca. 150.000 Neuerkrankungen pro Jahr (ohne TIA; Kolominsky-Rabas & Heuschmann, 2002), ergänzend dazu etwa 300.000 chronisch Behandlungsbedürftige (Prävalenz). Für die Letztgenannten wurden folgende Teilhaberelevante Defizite wie folgt benannt: (Hemi-)Parese mit mehr als 70%, Aphasie mit etwa 30%, Aufmerksamkeitsstörung mit mehr als 50%, Post-Stroke-Depression mit etwa 20%, daraus resultierend eine beeinträchtigt Rehabilitation und Teilhabe. Nicht vergessen werden dürfen hier im Besonderen die Auswirkungen auf die Angehörigen, wo mehr als 20% Depressionen berichten. Ähnliche Zahlen wurden für Schädel-Hirnverletzungen genannt, wo pro Jahr von ca. 270.000 Neuverletzten auszugehen ist (Rickels et al, 2006). Die Reintegration erschwerende Beeinträchtigungen werden für Schädel-Hirn-Verletzungen wie folgt benannt: Ermüdbarkeit, Verlangsamung, Gedächtnisdefizite, exekutive Störungen, Störungen emotionaler und sozialer Fähigkeiten und Fertigkeiten, Paresen, Ataxie, Dysarthrie, Depressionen, Angststörungen – dies bei einem oft sehr heterogenen Leistungsbild (große Fähigkeiten können ebenso großen Defiziten gegenüber stehen). All diese Faktoren bedingen therapeutische Interventionen in unterschiedlichen Bereichen (Krankengymnastik/Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Neuropsychologie/Psychotherapie), um teilhaberelevante Verbesserungen zu erreichen.

Deutlich kritisiert wurde übergreifend von allen Referenten, dass bisherige Prozesse der Rehabilitation häufig überwiegend funktionsorientiert sind und somit nicht ausreichend im Sozialraum wirksam werden.

Dr. Reuther postulierte dazu klar, dass „regional verfügbare, flexible, nichtstationäre Reha-Kompetenz und sozial-und medizinkompetentes Fallmanagement“ erforderlich sind. Zu den nichtstationären Strukturen/Konzepten der NeuroReha im Sozialraum gehörten dann neben Leistungen der Medizinischen Rehabilitation auch medizinisch-berufliche Angebote, gleichermaßen eine medizinisch-gemeinschaftliche Rehabilitation. Im Konzept enthalten bzw. integriert sein müssen unter dieser Prämisse kompetente Beratung, Angebote zu Planung, Fallmanagement und Assistenz sowie eine regionale Vernetzung mit Professionellen und Laien.

Gefordert wurde ein Teilhabemanagement für die und mit den Betroffenen mit chronischen ZNS-Schädigungen durch geeignete Fachkräfte (z. B. Neuropsychologen, Sozialarbeiter, Fachpflegekräfte), die, so Prof. Wallesch, problemfeldbezogen ausgebildet sind und über eine neuro-psycho-soziale Kompetenz verfügen, zugehend – aufsuchend, dabei individuell ausgestaltend arbeiten, sozialräumig verfügbar und unabhängig von einem einzelnen Kostenträger sind. Sie bringen Kompetenz für Schule, Ausbildung und Beruf mit, koordinieren ambulante Leistungen zur Teilhabe ebenso wie Maßnahmen zur Entlastung der Familie. Prof. Zieger verdeutlichte in diesem Kontext, dass klare Teilhabeorientierung unumstößliche Basis jeder Tätigkeit in diesem Feld ist, dass neben qualifiziertem Personal auch qualitativ hochwertige Angebote (in der Frührehabilitation, der Langzeitversorgung) ebenso zur Verfügung stehen müssen wie flächendeckende Nachsorgeangebote. Ausgehend von den Bedarfen des Betroffenen müsse dieser in alle Schritte einbezogen sein. Dies gelte ebenso für die betroffenen Angehörigen.

Als wesentlich für alle Überlegungen ergänzte Prof. Zieger, dass das Rehasphasenmodell der Neurologischen Rehabilitation Grundlage und Verständnis in Richtung einer konsequenten und stufenweisen Reintegration und Teilhabe für die Betroffenen (und gleichermaßen deren Angehörigen) bietet. Es ist somit gleichermaßen Basis einer selbstverständlichen Teilhabe am Leben, was allerdings in Fachkreisen der Medizin aufgrund einer nach wie vor bestehenden Defizitorientierung noch nicht immer in ausreichendem Maße gesehen wird. Vor diesem Hintergrund wird die „medizinisch notwendige und gesetzlich-sozialmedizinisch vorgegebene Teilhabeorientierung in der Versorgungs- und Rehabilitationspraxis umgangen oder sogar unterlaufen“.

Im Fazit der Vorträge und Diskussionen im Rahmen des Workshops wurden folgende Punkte formuliert:

- Es bedarf einer Teilhabeorientierung von Beginn an.
- Eine Zielplanung muss immer und konsequent unter dem Teilhabeaspekt bei Einbeziehung von Patienten und Angehörigen erfolgen.
- Es besteht Forschungs-, Schulungs- und Weiterbildungsbedarf über die Professionen hinweg.
- Es besteht ausdrücklich Bedarf für eine unabhängige und trägerübergreifende Beratung und Koordination.
- Es braucht flächendeckende Nachsorgeangebote.
- Gefordert wurde ein Teilhabemanagement.
- Es bedarf „Teilhabe-Managern“, die problemfeldbezogen ausgebildet sind und über eine neuro-psycho-soziale Kompetenz verfügen, sie sollen zugehend – aufsuchend tätig sein.