

**5. Nachsorgekongress der AG Teilhabe
Rehabilitation, Nachsorge und Integration
Berlin, 10. und 11. März 2011**

MWM-Vermittlung · Kirchweg 3 B · 14129 Berlin

Hintergrundmaterial

10. März 2011

- 270.000 Unfallopfer pro Jahr mit Schädelhirnverletzung, davon über 70.000 Kinder und Jugendliche,
 - über 100.000 Überlebende nach Schlaganfall jährlich,
 - über 200.000 Behinderte mit chronischen neurologischen Erkrankungen,
 - über 800.000 Menschen mit dauerhafter Schwerbehinderung durch erworbene Hirnschädigung
- fordern eine bessere Langzeitbehandlung und mahnen ihre Rechte in der medizinischen und sozialen Versorgung an. Bei den anstehenden Beratungen im Bundesgesundheitsministerium zur Verbesserung der Versorgung sollten die Belange der Schädelhirnverletzten besondere Beachtung finden.

Schädelhirnverletzte Menschen haben die gleichen Rechte wie alle Menschen. Sie bestimmen selbst, was ihnen wichtig ist. Selbstbestimmung heißt aber nicht immer, auch alles selbst machen zu können, denn eine Hirnverletzung kann die Selbständigkeit einschränken, ohne jedoch die Fähigkeit zur Selbstbestimmung zu nehmen.

Die Schere zwischen dem, was Menschen mit einer Hirnverletzung unterschiedlicher Schwere in Rehabilitation, Nachsorge und Integration dringend benötigen und dem, was die Kostenträger (und die Gesellschaft) leisten, klafft immer weiter auseinander.

Gesetzeslage

Der Gesetzgeber hat ansich gute Sozialgesetze geschaffen, maßgeblich ist das neunte Buch des Sozialgesetzbuches (SGB IX) von 2001. Aber die Umsetzung des Rechts ist lückenhaft und dringend entwicklungsbedürftig. Das Normenrecht des SGB IX ist auch nach zehn Jahren nicht umgesetzt:

- Der Gesetzgeber muss seine Aufsichtspflicht zur Umsetzung seiner sozialen Gesetze dringend wahrnehmen.
- Die Teilhabe von Menschen mit Hirnverletzung (und chronischer neurologischer Krankheit) ist nicht wirklicher Auftrag für die Sozialverwaltungen und die Leistungserbringer geworden.
- "Teilhabe" an Schule, Beruf und Gemeinschaft und die Sicherung dieser Teilhabe als Ziel und Ergebnis der sektoralen Versorgung (Träger und Leistungserbringer) ist bisher verfehlt worden.
- Die Verantwortung für das Ergebnis "Teilhabe und Teilhabesicherung" in der Versorgungskette muss vordringlich von Leistungsträgern und -erbringern übernommen werden.

Das SGB IX ist zu einem zahnlosen Tiger ohne rechtsfähige Verankerung im Leistungsrecht geworden. Die Probleme entstehen, weil das SGB IX kein Leistungsgesetz ist: Zum einen werden keine Zahlungen unabhängig von Einkommen und Schweregrad geleistet; zum anderen gibt es ein Wirrwarr an Zuständigkeiten. Die übrigen Sozialgesetzbücher wurden nicht an das SGB IX angepasst. Indiz dafür ist das Fehlen einer Kammer für das SGB IX bei den Sozialgerichten.

Das SGB IX muss ein Leistungsgesetz werden.

Strukturen

Insbesondere die Schnittstellen in der Rehabilitation müssen durch Koordination der Leistungserbringer entschärft und die Übergänge der Versorgungssektoren aktiv gestaltet werden, um Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit zu verbessern. Auch die zuständigen Ministerien für Gesundheit sowie für Arbeit und Soziales müssen für die langfristige und nachhaltige Versorgung sowie für das Erreichen der Teilhabe besser zusammenarbeiten.

Die Normen der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen erfordern wirksame wohnortnahe Strukturen und Prozesse in Deutschland. Da die Selbstverwaltung und die Sektoren der Versorgung nicht wirklich für diese Aufgaben eingerichtet sind, endet die Wirksamkeit der Versorgung oft außerhalb des individuellen Lebens- und Arbeits- und Sozialumfeldes.

- * Muss der Mensch mit einer schweren Behinderung erst zum Sozialfall werden, bis die Gesellschaft die Teilhaberechte des Schädelhirnverletzten und seiner Angehörigen im Rahmen des Subsidiaritätsprinzips aufgreift?
- * Maßnahmen zur aktivierenden Förderung des einzelnen Betroffenen sind in dem weiterhin überwiegend stationär gestalteten, behütenden Versorgungssystem Mangelware. Die Betroffenen werden oft in ein inaktivierendes Lebensumfeld und in passive Pflege abgeschoben. Teilhabe durch Unterstützung ist theoretisch möglich, wird aber zu selten eingefordert und gewährt.

Für Kinder und Jugendliche ergeben sich mittel- und langfristig besondere Probleme in der sozialen bzw. schulisch-beruflichen Integration, da sie sich zum Zeitpunkt der Erkrankung im Entwicklungsprozess befinden – sie bedürfen daher besonderer Förderung und Unterstützung. Für alle Bereiche der Rehabilitation gilt: Kinder sind keine kleinen Erwachsenen. Angebote müssen daher altersentsprechend sein.

Reha und Nachsorge

Wohnortnahe neurologische, neurogeriatrische und mobile Maßnahmen zur Teilhabe werden für Schädelhirnverletzte und Patienten mit chronisch-neurologischen Krankheiten nicht gefördert sondern seit Jahren systematisch blockiert.

- Der Zugang zur Rehabilitation ist voller Barrieren: übermäßige Bürokratie sowie unzureichende Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts des Betroffenen und seiner Angehörigen.
- Derjenige, der Reha benötigt, bekommt sie nicht oder oft eher zufällig als geplant.
- Wenn die Teilhabe gefährdet ist, fehlt es oft an der notwendigen Aufmerksamkeit des stationären und ambulanten Behandlungssektors.
- Der Zugang zur Rehabilitation erfolgt nach Kassenlage.
- Es gibt irreführende Angaben in der Statistik der Leistungsträger zum Umfang ihrer Rehabilitationsbemühungen.
- Wenn an der konkreten Umsetzung, der Nachhaltigkeit und der Ergebnissicherung der Reha gespart wird, sind die langfristigen Kosten für die Gesellschaft höher.
- Die Budgets und Fallpauschalen für Rehabilitation reichen nicht für nachgehende Maßnahmen der Reintegration und der Nachsorge – dies gefährdet die dauerhafte Wirksamkeit.
- Das Rehabilitationspotential des Menschen mit Schädelhirnverletzung geht in den einerseits deutlich verkürzten und andererseits sektoral unterbrochenen Prozessen der Rehabilitation und Aktivierung verloren.

Die verfügbaren und angewendeten therapeutischen Ressourcen für den neurologischen Rehabilitanden entsprechen oft nicht dem neurobiologischen Wissen (Stichwort: "Neuroplastizität") und sind oft nicht evidenzbasiert.

Die Sozialverwaltungen sperren sich gegen die Erprobung und Einführung des trägerspezifischen oder trägerübergreifenden "persönlichen Budgets" – dem sozialrechtlich verankerten Instrument der Selbstbestimmung.

Gerade die Reintegration und Teilhabe des Menschen mit erworbener Hirnschädigung und ihrer Angehörigen erfordert die systematische Planung und Umsetzung eines individuellen Teilhabe- und Förderplanes.

Ein neuropsychologisch-kompetentes (und trägerunabhängiges) Fall- und Integrationsmanagement mit Wirkung in den sozialen Raum (Schule, Arbeit, Leben) hinein ist bislang nicht verfügbar.

Die Integrationsdienste, die ambulante vertragsärztliche Versorgung und die Heilmittelanbieter sind den Besonderheiten der biopsychosozialen Versorgung des Menschen mit erworbenem Hirnschaden unzureichend gewachsen.

Die Mitarbeiter der Integrations- und Servicestellen müssen qualitativ geschult werden, um dem Vermittlungsauftrag und der Beratung der schädelhirnverletzten Menschen, insbesondere denen mit kognitiven und affektiven Beeinträchtigungen, besser gerecht zu werden. Die Stellen sollten zudem in der Lage sein, Rat und Hilfe zur Beantragung des persönlichen Budgets zu geben, mit dem sich der einzelne Mensch mit Behinderung die Leistungen und Assistenz einkaufen kann, die er benötigt – dort, wo er es für sinnvoll erachtet.

Ansprechpartner:

Achim Ebert

Sprecher der AG Teilhabe – Rehabilitation, Nachsorge und Integration nach Schädelhirnverletzung
sowie Mitglied des Kuratoriums der ZNS – Hannelore Kohl Stiftung

ZNS – Hannelore Kohl Stiftung

Rochusstraße 24, 53123 Bonn

Tel.: 0228/97 84 50

Mail: achimebert@arcor.de