

Trends und Strategien im österreichischen Gesundheits- und Sozialsystem und ihre Auswirkungen auf die ‚Zielgruppe‘

Kongress Leben nach erworbener Hirnschädigung
Rehabilitation – Alltagsanforderungen – Teilhabe
Linz, 22.-23. März 2012

DDr. Ursula Naue

Universität Wien, Institut für Politikwissenschaft

Es geht im Vortrag u. a. um folgende Fragen

Welche Auswirkungen hat eine zunehmend ökonomisierende Argumentation und Perspektive auf die Versorgung und den Umgang mit bestimmten ‚Zielgruppen‘?

Wie steht es dabei um bestimmte Notwendigkeiten (zB Therapie, Rehabilitation, gesellschaftliche Wiedereingliederung betreffend) im Kontext des politisch oft nicht umgesetzten Ansatzes sozialer Gerechtigkeit?

Trends – Halbe Stunde Vortrag?!

Trends im österreichischen Gesundheits- und
Sozialsystem:

Kurz gefasst:

- a) Ökonomische Situation (Krise)
- b) Bund/Land-Kompetenzen (Föderalismus)

Strategien – Späterer Zeitpunkt...

**„2.4.7.3 Schädel-Hirn-Trauma / Wachkoma (SHT)
Wird zu einem späteren Zeitpunkt ergänzt.“**

(Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG) 2010:
56)

Strategien – ...oder einfach kaum etwas tun...

„Als besonderer Problembereich der Rehabilitation stellt sich die langfristige medizinische, (psycho-)soziale und berufliche Rehabilitation von Patientinnen und Patienten nach Schädel-Hirn-Traumata dar. Als Betroffene müssen nicht nur die Patienten selbst betrachtet werden, sondern auch die Angehörigen, deren Leben sich meist dramatisch verändert. Das Schädel-Hirn-Trauma umfasst eine breite Varianz von Verletzungen unterschiedlicher Schweregrade und reicht von apallischem Syndrom (»Wachkoma«) bis zu Gehirnerschütterungen. Dieser Umstand erschwert eine exakte Bestimmung der in Österreich betroffenen Personen sowie deren Rehabilitationsbedarf. Während in Österreich die Akutversorgung dieser Patientengruppe als gesichert betrachtet werden kann, weisen die Frührehabilitation und insbesondere die Langzeitversorgung Defizite auf. In Fortführung der bzw. Ergänzung zu den bisher durchgeführten Studien soll daher der Frage nachgegangen werden, welche Behandlungs- und Betreuungsangebote diese Zielgruppe benötigt, welche Entwicklungserfordernisse sich feststellen lassen und welche Ziele, Leitlinien und Qualitätsstandards für die Weiterentwicklung der Versorgung von SHT-Patienten anzulegen sind.“ (BMGF Gesundheitsbericht an den Nationalrat 2006: 65) [Hervorhebungen Ursula Naue]

Strategien – Forschung wird politisch nicht rezipiert (1)

Aufzeigen von Entwicklungserfordernissen 2007
(Steiger-Hirsch):

Bedarfsgerechtigkeit (Ausreichende Kapazität bezüglich der Versorgungskette von der akutstationären über die rehabilitative stationäre und ambulante Versorgung bis hin zu einer langfristigen Behandlung und Betreuung in den Bereichen Wohnen, Tagesstruktur, Beschäftigung und Arbeit)

Bedürfnisgerechtigkeit (Angebot flexibel an den Bedürfnissen der Zielgruppen und den Bedürfnissen ihrer Angehörigen orientieren)

Strategien – Forschung wird politisch nicht rezipiert (2)

Ist-Stand 2007 (Ist-Stand 2012?):

„Für den gesamten Prozess der stationären Rehabilitation von Menschen mit neurologischen Traumen (SHT) sind somit insgesamt 301 Betten vorhanden. Das sind rund 64 Prozent des rechnerischen Bedarfs für die stationäre Neurorehabilitation. D.h., es fehlen auf Basis dieser Berechnungen insgesamt 170 Betten.“

(Steiger-Hirsch 2007)

Wie kann das sein?

Eine Frage des Wissenstransfers

Herausforderungen (von Grundlagenforschung über angewandte Forschung zur politischen Umsetzung):

- Keine Statistiken/Keine Daten
- Rehabilitation in ihren Facetten (medizinisch, beruflich, sozial)
- Betroffene: PatientInnen selbst und deren Angehörige
- Breites Spektrum: Krankheit, Behinderung
- Defizite u. a. in der Langzeitversorgung (vgl. Steiger-Hirsch 2007)
- Entwicklungserfordernisse, Ziele
- Leitlinien, Standards

Zwischenfazit: Grundlagenforschung, angewandte Forschung und dann?

Was den PraktikerInnen, den Angehörigen und den selbst betroffenen Menschen schon lange bewusst ist, ist offensichtlich nicht im Bewusstsein von Politik und Verwaltung verankert.

Trends und Strategien im österreichischen Gesundheits- und Sozialsystem scheinen losgelöst von möglichen Langzeittrends im Bereich von SHT genau diese ‚Gruppe‘ von Menschen nicht einzudenken (Evidenzbasiertes Handeln?!).

Wen trifft derartiges politisches Handeln zuerst?

Trends:

Kürzen bei denen, die sowieso schon am wenigsten bedacht werden (Verschlechterung schlechter Zustände)

Strategien:

Darstellen von Zuständen als unveränderbar (in Zeiten der Krise, ökonomisches Argument, Föderalismus etc.)

Mehrere Stoßrichtungen

Medizinisch/gesundheitspolitisch wie auch sozialpolitisch: U. a.

- Gute und geeignete Versorgung – Kosten, Ausbildung und flächendeckende Verfügbarkeit in Österreich betreffend (u. a. Neurorehabilitation, Therapie)
- Verbesserung der Situation als behinderter Mensch (Menschenrechte, UN-Konvention, Art 25 und 26)
- Berufliche (Re-)Integration (Arbeitstempo, Stärken)
- Bewusstsein bilden (Stigma abbauen)
- Selbstvertretung verstärken (Druck erhöhen)
- Angehörige schulen und einbinden (Stressabbau)

Soziale Gerechtigkeit und Verteilungsgerechtigkeit

„*Dass Gerechtigkeit gefordert ist, ist völlig unstrittig - was Gerechtigkeit erfordert, ist dagegen höchst umstritten.*“ (Boshammer o.J.: 1)

„Die Prinzipien der sozialen Gerechtigkeit beziehen sich, wie gesagt, auf die Verteilung der *gesellschaftlichen Grundgüter*, und als solche bezeichnet man üblicherweise diejenigen materiellen und immateriellen Güter, auf die jeder Mensch angewiesen ist, um innerhalb einer Gesellschaft gut und sicher leben zu können.“ (Boshammer o.J.: 5)

Verteilungsgerechtigkeit

Wer bestimmt, wann Ressourcen und Leistungen gerecht verteilt sind?

Einzelfallentscheidungen (Arzt/Ärztin-PatientIn) oder Standardisierung (allgemeine Regeln)?

Eine Möglichkeit:

Offenen gesellschaftspolitischen Diskurs darüber anstoßen (Vor- und Nachteile damit verbunden)

(vgl. Marckmann 2011)

Verteilungsgerechtigkeit und Allokationsentscheidungen

Knappe finanzielle Ressourcen (in Zeiten sich ändernder demographischer Verhältnisse):

- Kürzen, wo es den geringsten Widerstand gibt (Prioritätensetzen bei der Rationierung)
- Umverteilung von finanziellen Ressourcen innerhalb von Ressorts (wenn es vom Finanzministerium nicht mehr Geld gibt)
- Ethische und gesellschaftspolitische Fragen der Begrenzung von Leistungen
- Effizienzsteigerung (Rationalisierung)

(vgl. Marckmann 2011; Remmers 2006)

Mehrfacher ‚Wettlauf mit der Zeit‘

Die Geschichten von Gerhard, Maria, Stefan und Elisabeths Mann zeigen deutlich auf:

- Rehabilitation (schnelle Verfügbarkeit vs. Lücken in der Rehabilitationskette; Neurorehabilitation, psychische, physische und soziale Rehabilitation; Reha-Pläne)
- Suche nach geeigneten Therapieplätzen (Zeitfaktor)
- Suche nach geeigneten Arbeitsplätzen (Zeitfaktor der Suche, Geschwindigkeit im Arbeitsbereich)
- Suche nach geeigneten (Selbst)-Vertretungsorganisationen

(vgl. auch CliniCum psy 01/2004)

Kein Randthema...

„Bis heute [2004] gibt es keine zuverlässigen Daten darüber, wie viele Menschen jährlich ein Schädel-Hirn-Trauma (SHT) erleiden; Schätzungen zufolge dürften es jedoch rund 20.000 sein. Fest steht, dass ein SHT bei unter 40-Jährigen die häufigste Ursache von Behinderungen ist. Viele Betroffene stehen zum Zeitpunkt des Unfalls noch in Ausbildung oder am Beginn ihrer Berufslaufbahn.“

(Oder, zit. in: CliniCum psy 01/2004)

Steiger-Hirsch 2007: Rund 30.000 Personen.

...sondern eher eine ‚stille Epidemie‘

„Das SHT ist die zweithäufigste neurologische Erkrankung nach dem Schlaganfall und in den meisten Fällen mit deutlicher Veränderung im eigenen und im Leben der Familien verbunden. Da mit Zahlen von bis zu 800/100.000 gerechnet wird, entspricht das Schädel-Hirn-Trauma einer stillen Epidemie, von der nicht nur die Verletzten selber, sondern in fast allen Fällen zusätzlich ein oder mehrere Familienmitglieder betroffen sind. Dadurch stellt das SHT weltweit eine nicht geringe Belastung für die Gesellschaft und die sozialen bzw. Gesundheitsversorgungssysteme.“ (Steinhoff 2011)

Andenken, ausbauen, entwickeln – Unausgeschöpfte Möglichkeiten

Maßnahmen müssen verstärkt ansetzen an/am:

- ...Einzelpersonen selbst
- ...deren Angehörigen
- ...medizinischen Versorgungssystem
- ...den Betreuungs- und Pflegestrukturen
- ...den Assistenz- und Unterstützungsstrukturen
- ...Arbeitsmarkt
- ...der Gesamtgesellschaft (Bewusstseinsbildung)

Rehabilitation und Lebensqualität: Der Weg und das Ziel

Maßnahmen müssen daran ansetzen, dass die Lebensqualität aller Beteiligten möglichst hoch ist.

Aber was ist das Ziel bzw. welchen Weg geht man dahin?

Medizinische Einschätzungen alleine beseitigen keine Stigmata (zB die körperliche Dimension, die Dimension der Aktivität, die Dimension der Partizipation und Qualität des Lebens betreffend; vgl. LB-HTA 2009):

Das soziale Modell von Behinderung/ein Menschenrechtsansatz hingegen schafft das sehr wohl.

Aktueller Hoffnungsschimmer...

1. und 2. März 2012, Berlin, 6. Nachsorgekongress der Arbeitsgemeinschaft Teilhabe, Rehabilitation, Nachsorge und Integration nach Schädelhirnverletzung:

Kristina Schröder, Bundesfamilienministerin und Präsidentin der ZNS - Hannelore Kohl Stiftung:

„Ich hoffe, dass die Resolution, die Sie morgen verabschieden, die Verantwortlichen der Politik und von den Kostenträgern erreicht“ ... "Sie haben es verdient, dass Sie und Ihre Anliegen in Zukunft Gehör finden. Verleihen Sie den Betroffenen der „Stillen Epidemie“ Stimme und Sprachrohr, damit aus der Stillen Epidemie eine hörbare Bewegung wird, die Inklusion und Teilhabe für Menschen mit erworbenen Hirnschäden erreicht.“

Wesentliche Punkte dieser Resolution (1)

Gilt zwar für Deutschland, ist aber auf Österreich anwendbar:

- die Berücksichtigung und offizielle Anerkennung der besonderen Bedarfe von Menschen mit erworbener Hirnschädigung im Sozialrecht und in der Gesundheitsberichterstattung
- den ungehinderten Zugang zu individuell bedarfsgerechten Teilhabeleistungen ohne zeitliche Verzögerung und bürokratische Hürden,
- ein frühzeitiges partizipatives Planen der individuellen Maßnahmen zum Erreichen von Teilhabe und Inklusion schon mit Beginn der neurologischen Behandlungs- und Rehakette

Wesentliche Punkte dieser Resolution (2)

„Wir erwarten neben der Erfüllung dieser Forderungen eine Verwirklichung der Menschenrechte nach der UN-BRK und ein konsequentes Umsetzen des SGB IX und seines Teilhabeparadigmas!“

UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Menschenrechtsansatz)

Inklusion

Teilhabe

Was also tun?

Allianzen bilden (Ähnliche Erfahrungen, Erfolge):
Mit Menschen mit Behinderungen und deren Angehörigen

Case-Management weiter ausbauen (Vernetzung
vorantreiben; vgl. Steiger-Hirsch 2007)

Szenarien entwickeln (Gegenstrategien):
Basierend auf Daten/Zahlen und der demographischen
Entwicklung

Ökonomische Krise als Chance nutzen – Überdenken,
Umdenken (Öffentliche Debatten anstoßen)

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

ursula.naue@univie.ac.at