

Rahmenkonzept

Hilfen für Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen in den v. Bodelschwingschen Anstalten Bethel

Dr. Günther Wienberg

Mechthild Böker-Scharnhölz

Rolf Eickholt

Prof. Dr. Michael Seidel

Dr. Ingmar Steinhart

Ulrich Strüber

Kurt-Ulrich Wiggers

Rainer Wolk

Überarbeitete Fassung
Bielefeld, Januar 2004

Gliederung

Vorwort

I. Konzeptionelle Grundlagen

- | | |
|---|--------------|
| 1. Menschen werden aus ihrem Leben herausgerissen | S. 3 |
| 2. Neurologisch-medizinische Rehabilitation – und danach ...? | S. 4 |
| 3. Auf welche Leistungsgesetze beziehen wir uns? | S. 5 |
| 4. Schwerpunktsetzung im Rahmen unseres Angebotes | S. 5 |
| 5. Von welchen Bedarfseinschätzungen können wir ausgehen? | S. 8 |
| 6. Worin liegt der besondere Hilfebedarf dieses Personenkreises? | S. 10 |
| 7. Warum wollen wir uns dieser Aufgabe konsequenter stellen? | S. 12 |
| 8. Welche Angebote halten wir bereits jetzt vor? | S. 12 |
| 9. Leitlinien unserer Arbeit | S. 14 |
| 10. Welche Hilfen sollen ausgebaut werden? | S. 15 |
| 11. Modell eines Kompetenzzentrums | S. 18 |

II. Zusammenarbeit / Kooperation

- | | |
|--|--------------|
| 12. Steuerungsmodell für den Aufbau des neuen Hilfefeldes | S. 19 |
| 13. Welche Aktivitäten wollen wir gemeinsam aufgreifen? | S. 21 |
| 14. In welchen Regionen wollen wir tätig werden? | S. 21 |

I. Konzeptionelle Grundlagen

1. Menschen werden aus ihrem Leben herausgerissen ...

Nach aktuellen Statistiken (z. B. Kuratorium ZNS) sind in Deutschland jährlich ca. 500.000 Menschen von einer erworbenen Hirnschädigung betroffen. Eine Schädigung des zentralen Nervensystems kann verschiedene Ursachen haben:

- Schädel-Hirn-Traumata (z. B. nach Verkehrs-, Arbeits- und Sportunfällen),
- Schlaganfall, Hirnblutungen,
- Herzinfarkt, Kreislaufstillstand,
- Folgezustände nach Hirnoperationen oder Hirnentzündungen,
- Tumore,
- Chronisch progrediente Erkrankungen des Gehirns,
- Medikamentenschädigung,
- oder andere Erkrankungen.

Die Fortschritte in der Notfall- und Intensivmedizin, sowie die beginnende flächendeckende Einführung spezialisierter Akutbehandlungseinheiten (Neurochirurgie, Stroke Unit) haben die Überlebenschance der Betroffenen spürbar verbessert auf Grund der erworbenen Hirnschädigungen bleiben sie jedoch häufig auf weitergehende Hilfen angewiesen.

Dieses Ereignis trifft die Betroffenen völlig unvorbereitet und stellt einen tiefen Einschnitt in ihre bisherige persönliche, familiäre und berufliche Biografie dar – einen **Riss durchs Leben**.

Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen verlieren plötzlich Fähigkeiten, die ihnen bis dahin eine eigenverantwortliche und selbstbestimmte Lebensführung ermöglicht haben.

Unter dem wirtschaftlichen Kostendruck der Kliniken und insbesondere mit Einführung der DRGs in den Akutkliniken, wird sich dort die Verweildauer weiter verkürzen in der Folge werden die Patientinnen und Patienten schneller als „ausbehandelt“ entlassen und an Folgeangebote verwiesen.

Nach der klinischen Akutversorgung und den sich anschließenden Rehabilitationsphasen ist die Hilflosigkeit häufig groß: die Angehörigen werden mit den Problemen allein gelassen, sie fühlen sich dem Hilfesystem orientierungslos und ohnmächtig ausgeliefert. Ist die Unterstützung durch die Familie nicht (mehr) möglich, finden sich Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen häufig fehlplaziert in Alten- und Pflegeheimen wieder, da es kaum spezialisierten Angebote für diese Zielgruppe gibt. Dort erhalten Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen in der Regel nicht die notwendigen Förder- und Therapiemaßnahmen, die auf diese besondere Lebenssituation abstellen, die Sinnfragen aufgreifen (wiederbelebt – und was dann?) und zielgerichtet eine Wiedereingliederung in angestrebte Arbeits- und Lebensbezüge unterstützen.

Auf diese, öffentlich wenig bekannte Situation hat u. a. die Kampagne der Stiftung Tragkraft „Riss durchs Leben“ – Öffentlichkeitsarbeit zur Förderung von Einrichtungen für Menschen mit erworbenen Hirnschäden – aufmerksam gemacht.

2. Neurologisch-medizinische Rehabilitation – und danach...?

Die Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) zur Neurologischen Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen geben ein Phasenmodell vor:

- Phase A Akutbehandlung, ggf. intensivmedizinische Behandlung
- Phase B Frührehabilitation: kurativ-medizinische Diagnostik und Behandlung, rehabilitative Einzelförderung
- Phase C weiterführende Rehabilitation: umfassende rehabilitative Therapie
- Phase D umfassende Therapie
- Phase E nachgehende Rehabilitationsleistungen und berufliche Rehabilitation
- Phase F unterstützende, betreuende und / oder zustandserhaltende Maßnahmen

Zu welchem Zeitpunkt ein Mensch mit erworbenen Hirnschädigungen welche Phase der Rehabilitation durchläuft, hängt wesentlich von seinem funktionellen Zustand (Bewusstseinslage, Kooperationsfähigkeit, Angewiesenheit auf pflegerische Hilfe etc.) ab. Die Phasen können also in beiden Richtungen durchlaufen werden.

Nach der Erstversorgung im Akutkrankenhaus werden die Phasen B bis D in der Regel in Rehabilitationskliniken¹ durchlaufen. Die Phasen E und F schließen sich nach der intensiven medizinischen Rehabilitation an. Seit Mitte der 90er Jahre wird jedoch reklamiert, dass das Prinzip „Reha vor Pflege“ noch nicht in ein systematisches Versorgungskonzept umgesetzt worden ist (vgl. Schupp, 1995).

Die Phasen der medizinischen Rehabilitation (A bis D) werden in der Region Ostwestfalen-Lippe von den Krankenanstalten Gilead gGmbH der v. Bodelschwingschen Anstalten Bethel bzw. durch deren Kooperationspartner durchgeführt. Jedoch fehlt es im Raum OWL an weitergehenden Angeboten der Phase E und F. Was passiert nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation, wenn der Mensch noch nicht in der Lage ist, wieder zu Hause zu leben und einen Arbeitsplatz auszufüllen oder noch stark von pflegerischer Versorgung und Hilfestellung abhängig ist?

Mit dem nachfolgenden Rahmenkonzept wollen die v. Bodelschwingschen Anstalten Bethel auf die häufig fehlenden Anschlussangebote für Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen nach Abschluss der medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen reagieren. Hierbei sollen die bestehenden Kooperationsbeziehungen zu anderen internen und externen Anbietern genutzt werden, um für die Patientinnen und Patienten möglichst gute Übergänge und Pflegeüberleitungen in einer vernetzten Struktur gewährleisten zu können.

Es geht um den Aufbau und die Ausdifferenzierung von Hilfeangeboten in den Phasen F und folgende, d. h. um die Schaffung von Beratungs-, Betreuungs- und Pflegeangeboten für Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen, bei denen die Leistungsansprüche gegenüber den gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherungen oftmals als ausgeschöpft gelten.

¹ Schupp macht 1995 darauf aufmerksam, dass nur wenige PatientInnen nach der Behandlung im Akutkrankenhaus Reha-Maßnahmen (z. B. von 245.000 Krankenhausbehandlungen bei Schädel-Hirn-Verletzungen lediglich ca. 180 VDR-Reha-Maßnahmen) durchlaufen und führt dies auf die bisherigen Eingangskriterien für die medizinische Rehabilitation zurück.

3. Auf welche Leistungsgesetze beziehen wir uns?

Ausgehend von den leistungsrechtlichen Rahmenbedingungen wird der Aufbau eines bedarfsgerechten Hilfeangebotes mit Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz (Eingliederungshilfe gemäß §§ 39/40 BSHG), dem Pflegeversicherungsgesetz (ambulante und stationäre Pflege sowie Kurzzeitpflege gemäß SGB XI) und ggf. ergänzenden SGB V-Leistungen angestrebt.

Trotz dieser leistungsrechtlichen Grundlage ist es derzeit schwierig, ein angemessenes Angebot für Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen zu entwickeln:

- Es ist zweifelhaft, ob die im Aufbau befindlichen Servicestellen nach § 23 SGB IX die notwendigen Lotsenfunktionen durch das Hilfesystem werden leisten können.
- Für unabhängige, auch von Betroffenen (peer counseling) geleistete Beratungsangebote fehlt jegliche Finanzierungsgrundlage.
- In den Rahmenempfehlungen zur Umsetzung der gemäß §§ 93 ff. BSHG (Leistungstypenkatalog) wird auf diese Zielgruppe nicht eingegangen, so dass spezifische Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen zu verhandeln sein werden.

In Abhängigkeit von den Beeinträchtigungen und Hilfebedarfen eines Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen müssen die leistungsrechtlichen Voraussetzungen geprüft werden. Zu prüfen ist nicht allein die vorrangige Leistungspflicht eines Rehabilitationsträgers, sondern insbesondere auch, in welchem Leistungsrahmen angemessen auf die vorliegenden Beeinträchtigungen und Behinderungen eingegangen werden kann. Sofern die Förderung zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft, die berufliche Eingliederung und das Unabhängigwerden von Pflegeleistungen im Vordergrund stehen, sind Leistungen nach §§ 39/40 BSHG zu gewähren. Die Verfolgung dieses Rechtsanspruches wird umso wichtiger, je häufiger die Rehabilitationsträger versuchen, diesen Personenkreis in den Pflegeversicherungsbereich abzudrängen. Das Leistungsspektrum von Pflegeeinrichtungen nach SGB XI sieht Maßnahmen zur sozialen Begleitung nicht vor.

Aus Sicht der Betroffenen und Angehörigen spielen bei der Inanspruchnahme von Hilfen die unterschiedlichen Regelungen zur Heranziehung von Einkünften und Vermögenswerten eine wesentliche Rolle.

4. Schwerpunktsetzung im Rahmen unseres Angebotes

Bei der Zielgruppe von Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen handelt es sich nicht um eine homogene Gruppe, sondern um Menschen, die häufig mit sehr unterschiedlichen und sich verändernden Beeinträchtigungen leben. Im Falle von absehbar degenerativen oder progressiven Prozessen, müssen die Hilfeangebote entsprechend ausgerichtet werden.

Unser spezialisiertes Angebot soll sich vor diesem Hintergrund insbesondere an Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen richten, bei denen die Prognose noch relativ offen ist und durch eine gezielte Förderung Entwicklungsfortschritte und eine Steigerung der Lebensqualität aussichtsreich sind.

Das Rahmenkonzept konzentriert sich auf die Altersgruppe der 18- bis 60-jährigen Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen.

Diese Schwerpunktsetzung hat folgende Gründe:

- Die Anzahl der betroffenen Kinder und Jugendlichen steigt (ca. 20 % aller heimbeatmeter Menschen sind Kinder; der Bedarf an Folgeeinrichtungen wird auch von Seiten der Kinderklinik Gilead immer wieder betont). Dennoch gehen wir davon aus, dass gerade Kinder und Jugendliche sehr individuelle Hilfen benötigen, die möglichst im Rahmen der bereits bestehenden Angebote in den Heimatregionen vorgehalten werden sollten – mit einem spezialisierten Angebot könnten die Integrationsprobleme eher verstärkt statt verringert werden.
- Es gibt viele Menschen, bei denen im Alter hirnorganische Schädigungen auftreten; lt. Stiftung Deutsche Schlaganfallhilfe erleiden jährlich rd. 250.000 Menschen einen Schlaganfall, wobei das Risiko mit zunehmendem Alter steigt. Für ältere Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen stehen potenziell die Einrichtungen der Altenhilfe zur Verfügung.

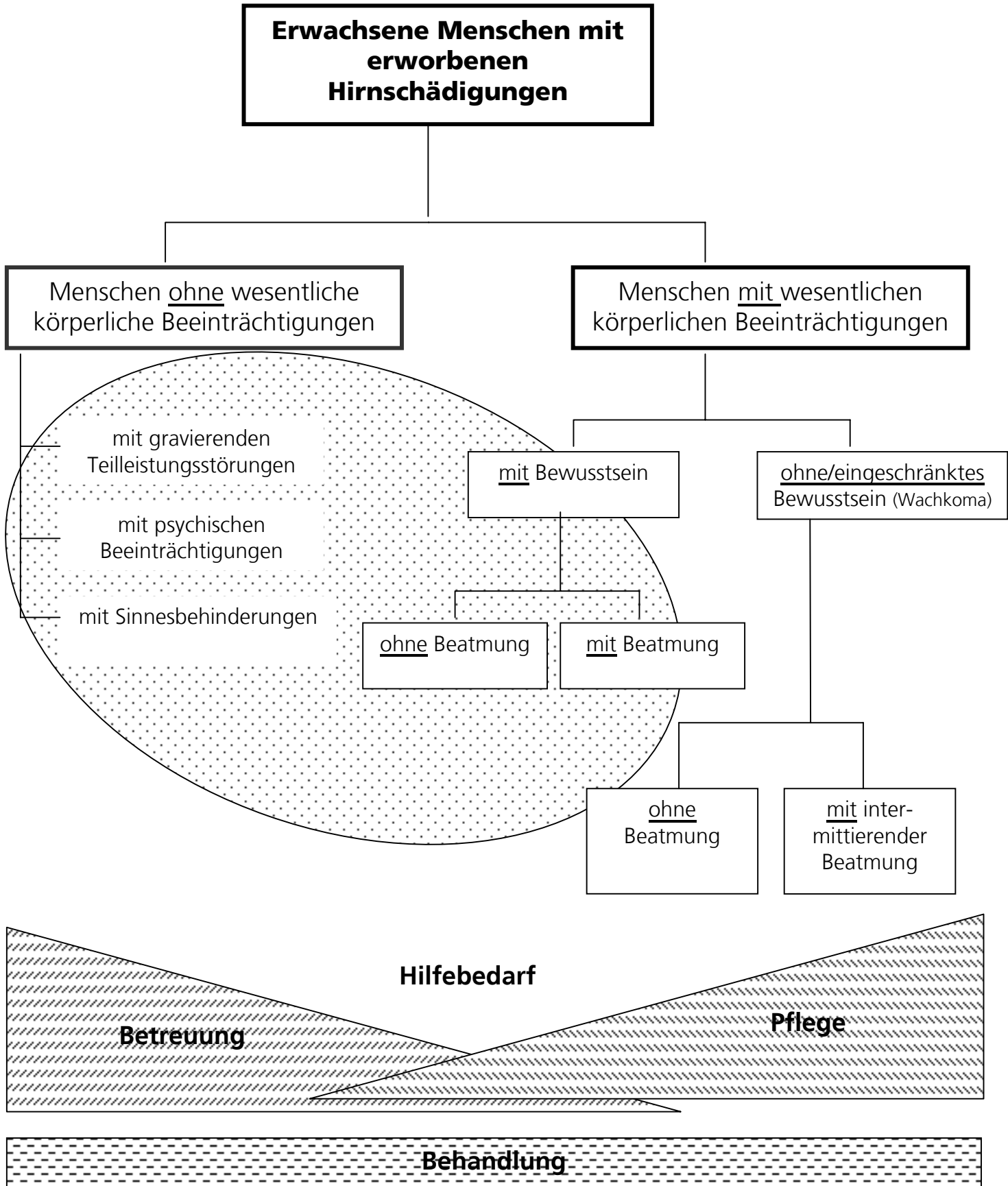
Beide Zielgruppen brauchen somit ein altersspezifisches, jedoch nicht unbedingt spezialisiertes Angebot.

Die erworbenen Hirnschädigungen beeinträchtigen häufig die selbständige Lebensführung der Betroffenen wegen der mit der Schädigung verbundenen schweren und dauerhaften Fähigkeits- und Funktionsstörungen. Im Vordergrund stehen verschiedene Bewusstseins- und Wahrnehmungsstörungen, kognitive Störungen (Gedächtnis, planende/koordinierende Funktionen), emotionale Funktionen, symptomatische Epilepsien, Störungen der Sensorien und Motorik sowie der Kommunikationsfähigkeit. Diese Störungen bedingen, dass die Betroffenen in ihrer Erlebnis- und Empfindungsverarbeitung oftmals sehr eingeschränkt sind. Eine besondere Gruppe bilden die Menschen, die auf Grund der ausgeprägten neurologischen Schädigung oder Funktionsstörung auf eine Langzeitbeatmung (kontinuierlich oder intermittierend) angewiesen sind.

In der nachfolgenden Grafik wird versucht, die unterschiedlichen Hilfebedarfe dieser nicht homogenen Gruppe deutlich zu machen:

Mal liegt der Schwerpunkt eher auf pädagogisch-psychozialen Hilfen, mal mehr im pflegerischen Bereich. Darüber hinaus sind oft gezielt ärztlich-therapeutische Behandlung und eine angepasste Hilfsmittelversorgung nötig.

Die Grafik macht den Überschneidungsbereich der einzelnen Schwerpunkte klar.



Die erworbenen Hirnschädigungen können einhergehen mit körperlichen Beeinträchtigungen. Dort, wo dies nicht der Fall ist, leitet sich der Hilfebedarf vorrangig aus Teilleistungsstörungen, psychischen Beeinträchtigungen und Sinnesbehinderungen ab. In der Konsequenz liegt der Schwerpunkt eher auf pädagogischen und psychosozialen Hilfen. Darüber hinaus sind ärztlich-therapeutische Maßnahmen sowie ärztlich verordnete therapeutische Maßnahmen (Logotherapie, Ergotherapie, Physiotherapie etc.) und Hilfsmittel notwendig.

Bei den Menschen mit wesentlichen körperlichen Beeinträchtigungen sind im Hinblick auf den Hilfebedarf die Merkmale Bewusstsein und Beatmungsbedürftigkeit wesentlich. Auf Grund dieser körperlichen Beeinträchtigungen steht der Pflegebedarf im Vordergrund, was jedoch nicht bedeutet, dass keine pädagogischen und psychischen Hilfen benötigt werden.

Die beiden zunächst abgegrenzten Personengruppen (ohne bzw. mit körperlichen Beeinträchtigungen) haben bezogen auf die Einschränkungen und die daraus resultierenden Hilfebedarfe einen deutlichen Überschneidungsbereich, der in der nachfolgenden Grafik mit der Ellipse im Hintergrund gekennzeichnet ist.

Unabhängig von diesen Merkmalszuordnungen haben Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen nicht nur einen pädagogischen und pflegerischen Hilfebedarf, sondern auch nach der medizinischen Rehabilitation noch einen weitergehenden neurologischen Behandlungsbedarf.

5. Von welchen Bedarfseinschätzungen können wir ausgehen?

Die epidemiologischen Daten zu neurologischen Erkrankungen sind uneinheitlich und schwierig zu interpretieren. Sie erlauben keine Schlussfolgerungen im Hinblick auf die Bedarfseinschätzungen für Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen (vgl. Schupp, 1995). Bei unseren Recherchebemühungen haben wir diese Aussage voll bestätigt gefunden. Die von uns nachgefragten Institutionen und Verbände – insbesondere Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Kuratorium ZNS für Unfallverletzte und Schäden des Zentralnervensystems, Deutsche Schlaganfall-Stiftung – konnten meist keine Aussagen zur Inzidenzrate, zur prozentualen Verteilung (Unfallopfer, Schlaganfallpatientinnen und -patienten, sonstige Patientinnen und Patienten) oder zur Altersverteilung machen.

Gesicherte Daten liegen am ehesten für die Gruppe der Schlaganfallpatientinnen und -patienten vor:

- Die jährliche Häufigkeit des Hirninfarktes beträgt 2,7 % (Männer) bzw. 2,1 % (Frauen). Im Alter unter 45 Jahren findet sich eine Häufigkeit von 0,3 %, im 45. bis 65. Lebensjahr von 8 % und bei über 65-Jährigen von 20 %. Der Schlaganfall ist in Deutschland nach Herzinfarkt und Krebs die dritthäufigste Todesursache (Letalität 10 %). (A Med-World AG April 2002)
- An der Neurologischen Klinik der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg wurde 1994 über das Erlanger Schlaganfall Projekt (ESPRO) das erste gemeinde-basierte Schlaganfall-Register in Deutschland aufgebaut. Erfasst und nachbefragt (bis zu 5 Jahren)

werden betroffene Menschen in einer definierten Studienregion (101.450 Einwohnerinnen / Einwohner) auch bezogen auf Altersgruppen und Anteil der hospitalisierten Patientinnen und Patienten. Die Forschergruppe kommt u. a. zu folgenden Ergebnissen: Die Inzidenz des Schlaganfalls betrug nach Standardisierung für die Bevölkerung Deutschlands 1,82 auf 1.000 Einwohner (Männer 2,0, Frauen 1,74). Über 50 % der Schlaganfälle ereignen sich in der Gruppe der über 75-Jährigen. Im Jahr nach dem Ereignis konnten nur 42 % der Menschen weiter selbstständig zu Hause leben; 43 % wurden im häuslichen Umfeld durch Angehörige und ambulante Pflegedienste versorgt; 15 % wurden stationär in Heimen betreut.

Die drei in West-Europa existierenden gemeinde-basierten Schlaganfall-Register (Dijon, Erlangen, London) haben sich in dem European Registries of Stroke (EROS) zusammengeschlossen.

Folgende Anhaltspunkte für die Einschätzung des Bedarfs können darüber hinaus herangezogen werden.

Der Bundesselbsthilfeverband „Schädel-Hirnpatienten in Not e. V.“ hat versucht, Annäherungszahlen zu ermitteln, die sich auf eigene Erhebungen und Erfahrungen stützen, die Plätze in Reha-Einrichtungen als Anhaltspunkte einbeziehen und eine angenommene Dunkelziffer berücksichtigen.

Zum Stand Februar 2002 wurden folgende Zahlen veröffentlicht:

- im Bundesgebiet kommen jährlich rd. 8.500 Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen als Langzeitpatienten (Phase F) hinzu (106 Betroffene pro 1 Million Einwohner);
- hiervon sind ca. 3.000 Menschen im Wachkoma (38 Betroffene pro 1 Million Einwohner);
- Ca. 65 % dieses Personenkreises wird im häuslichen Umfeld betreut.

Bezieht man diese Anhaltswerte auf Nordrhein-Westfalen mit rd. 18 Millionen Einwohnern, kommen jährlich rd. 1.900 Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen mit einem Behandlungs- und Hilfebedarf in der Phase F und folgende hinzu (davon ca. 684 Menschen im Wachkoma), wobei ca. 665 Personen auf eine Unterstützung außerhalb des familiären Umfeldes angewiesen sind.

Diese Hochrechnungen sind nur bedingt aussagefähig:

- eine Aufteilung nach Altersstufen (unter 18-Jährige, über 60-Jährige) wird nicht vorgenommen;
- der Anteil der beatmungspflichtigen Personen ist nicht bekannt;
- es wird nicht ausgesagt, ob die Betreuung im häuslichen Umfeld adäquat und gewollt ist.

Das Land Niedersachsen kommt in seinem Rahmenkonzept zur vollstationären Pflege von Schädel-Hirngeschädigten in Pflegeeinrichtungen der Phase F (Empfehlung des Landespflegeausschusses vom 29. November 2000) zu vergleichbaren Ergebnissen: Es gibt rd. 1.500 Menschen im Wachkoma (Phase F)²; davon werden schätzungsweise ca. 80 % im häuslichen Umfeld durch Angehörige versorgt; daraus wird ein Bedarf an ca. 300 vollstationären Pflegeplätzen abgeleitet.

² Diese Zahlen liegen deutlich über den vom Verband „Schädel-Hirnpatienten in Not e. V.“ eingeschätzten Zahlen für Niedersachsen, was die Aussagefähigkeit dieser Erhebungszahlen bestätigt.

In den Krankenanstalten Gilead gGmbH treten in einem Jahr ca. 130 erwachsene Menschen mit hirnrorganischen Schädigungen auf, die neurochirurgisch austherapiert sind. In dieser Zahl sind Patientinnen und Patienten mit komplikationslosem Verlauf oder mit einer sich anschließenden Frührehabilitation nicht erfasst; Aussagen zur Altersverteilung sind auf Grund fehlender Statistiken nicht möglich. Die genannte Zahl dient lediglich als Anhaltswert, wie viele Menschen in der Region Ostwestfalen-Lippe ggf. auf weiterführende Hilfeangebote angewiesen sein könnten.

Bei der Stadt Bielefeld (Behindertenbeauftragter, Gesundheitsamt) liegen keine Zahlen und Anhaltswerte im Hinblick auf die Bedarfssituation vor.

Nach Einschätzung des ärztlichen Dienstes werden im Stiftungsbereich Behindertenhilfe der v. Bodelschwingschen Anstalten Bethel mindestens 36 Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen in stationären Einrichtungen betreut. Bei einem großen Anteil dieser Personen liegen traumatische Epilepsien sowie psychische Veränderungen vor, was ein Hinweis sein kann, warum diese Menschen in Bethel aufgenommen wurden. In der nächsten Zeit bleibt zu prüfen, ob diese Personen in dem derzeitigen Betreuungsrahmen die fachlich angemessenen und bedarfsgerechten Hilfen erhalten.

Für die Region Düsseldorf hat die Ankündigung eines spezialisierten stationären Angebotes vom Träger „In der Gemeinde leben“ bereits im II. Halbjahr 2001 zu einer Anmelde-Liste mit 40 Personen geführt.

Im Ergebnis schätzen wir ein, dass der Bedarf an Hilfen für Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen groß, jedoch regional bezogen kaum zu beziffern ist.

6. Worin liegt der besondere Hilfebedarf dieses Personenkreises?

Mit Auslaufen der medizinischen Rehabilitation brauchen Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen und ihre Angehörigen zunächst einmal **Beratung und Begleitung beim Auffinden des richtigen Angebotes** (Gate-Management). Hierbei geht es nicht nur um die Klärung von Ansprüchen gegenüber Sozialleistungsträgern und um die Benennung von in Frage kommenden Leistungsanbietern, sondern häufig auch um viele alltagspraktische Hinweise und Empfehlungen (z. B. welche Praxen von Heilberufen empfehlen sich für diese Zielgruppe, gibt es in der entsprechenden Region Ansprechpersonen in Selbsthilfe- und Angehörigengruppen etc.). Der Austausch und Kontakt zu in ähnlicher Weise betroffenen Menschen hat dabei einen hohen Stellenwert: auf Grund ihrer Erfahrungen können sie authentischer beraten und verfügen häufig über sehr viele Informationen.

Auch nach abgeschlossener medizinischer Rehabilitation ist der Hilfebedarf häufig nicht eindeutig erkennbar und auch nicht statisch; umso wichtiger ist es, dass keine vorschnellen Einschätzungen und Festlegungen getroffen werden, sondern dass in angemessenen Zeitabständen der sich verändernde Hilfebedarf immer wieder überprüft und zur Grundlage der Pflege- und Hilfeplanung gemacht wird.

Entsprechend der oben vorgenommenen Zielgruppenbeschreibung sowie der leistungsrechtlichen Grundlagen steht der Förderbedarf (Eingliederungshilfe) oder der Pflegebedarf im Vordergrund.

Der spezifische **Förderbedarf** bezieht sich insbesondere auf

- die Aufarbeitung der erlebten biografischen Brüche,
- Lernen, mit den erworbenen Beeinträchtigungen weiterleben zu können (Trauerarbeit, Akzeptanz, Wiedergewinnen von Lebensmut, psychische Aktivierung und Stabilisierung),
- gezieltes Training zur Wiedergewinnung von Funktionen und Fähigkeiten (Orientierungs- und Gedächtnisleistungen, soziale Wahrnehmung und Kontaktfähigkeit, lebenspraktische Fähigkeiten etc.),
- Wiedererlangen einer geregelten Tagesstruktur,
- Wiedereingliederung in Arbeits- oder Beschäftigungsverhältnisse,
- Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Dieser Hilfebedarf legt ein sehr alltagsorientiertes Förderkonzept nahe, das eine möglichst eigenständige Lebensführung in dem angestammten sozialen Umfeld zum Ziel hat (Normalisierung, Selbstbestimmung, Teilhabe, Inklusion).

Diese Hilfen müssen sehr individuell und personenzentriert angeboten werden. Häufig ist nicht nur der Hilfebedarf, sondern insbesondere die aktuelle Lebenssituation mit den vorhandenen Unterstützungsressourcen entscheidend dafür, welcher Hilferahmen und welche Hilfeform (ambulant oder stationär) bedarfsgerecht sind.

Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen, bei denen der **Pflegebedarf** im Vordergrund steht, haben insbesondere folgenden Bedarf:

- aktivierende, zustandserhaltende Pflege (Grund- und Behandlungspflege, Prophylaxen),
- gezielte Erhaltung und Verbesserung des Funktionszustandes sowie Förderung der Mobilität und Kommunikationsfähigkeit,
- Stimulierung und Förderung des emotionalen und sozialen Erlebens,
- Vermeidung sekundärer Komplikationen (z. B. Kontrakturen, Dekubitus, Infektionen),
- Linderung der Krankheitsfolgen
- Ermittlung und Förderung von Rehabilitationspotenzialen.

Diese Leistungen sind häufig die Voraussetzung dafür, dass weiterführende Rehabilitationsmaßnahmen erfolgen und sinnvoll zum Tragen kommen können.

Bei diesem Personenkreis muss immer mit einer krisenhaften und lebensbedrohlichen Verschlechterung des Allgemeinzustandes gerechnet werden. Einen umso größeren Stellenwert hat die Begleitung der Angehörigen, die lernen müssen, mit diesem chronisch lebensbedrohlichen Zustand umzugehen und dennoch ihre eigene Lebensgestaltung nicht aus den Augen zu verlieren.

Unabhängig von diesen hier skizzierten Hilfebedarfsprofilen benötigen Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen in der Regel **ergänzende therapeutische Angebote** (SGB V-Leistungen). Hierzu zählen insbesondere Physiotherapie / Krankengymnastik, physikalische Therapien, Psychotherapie, Ergotherapie, heilpädagogische Maßnahmen, Logopädie etc.

7. Warum wollen wir uns dieser Aufgabe konsequenter stellen?

Bei Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen handelt sich um eine bislang vernachlässigte Zielgruppe. Die Betroffenen sind auf Hilfe, Begleitung und Unterstützung angewiesen, um ein menschenwürdiges und möglichst selbstbestimmtes Leben in der Gesellschaft führen zu können.

Die v. Bodenschwingschen Anstalten Bethel stellen sich der Herausforderung, den sehr spezifischen Hilfebedarf dieser zunehmend größer werdenden Zielgruppe konsequenter aufzugreifen. Vor dem Hintergrund der erkannten Versorgungslücken gilt es, innovative Konzepte und Angebote zu entwickeln. Im Interesse der Betroffenen müssen die Leistungen koordiniert und integriert aufgebaut werden.

Die v. Bodenschwingschen Anstalten Bethel haben gute strukturelle und fachliche Voraussetzungen dafür, adäquate Angebote zu entwickeln:

- In den klinischen Abteilungen der Krankenanstalten Gilead erhalten diese Personen die notwendige Akutversorgung; die Möglichkeiten zur Vernetzung von und Überleitung zu weiterführenden Angeboten sind für die Region Ostwestfalen-Lippe gut.
- Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen werden bereits in den Stiftungsbereichen und Beteiligungsgesellschaften der v. Bodenschwingschen Anstalten Bethel (Altenhilfe, Gemeindepsychiatrie, Behindertenhilfe, Vor Ort, proWerk, In der Gemeinde leben gGmbH) betreut und unterstützt. Vor dem Hintergrund dieser Erfahrungen können Hilfebedarfe gut eingeschätzt und angemessene Hilfeformen entwickelt werden.

Gerade weil diese Anforderungen in verschiedenen Stiftungsbereichen bearbeitet werden, ist es erforderlich, einen gemeinsamen und abgestimmten Rahmen für die Entwicklung von Fachkonzepten und Hilfestrukturen zu schaffen.

8. Welche Angebote halten wir bereits jetzt vor?

In der nachfolgenden Übersicht werden die bereits bestehenden Angebote und Kooperationen der v. Bodenschwingschen Anstalten Bethel entsprechend der vorgenommenen thematischen Eingrenzung nach Hilfeformen und gesetzlichen Grundlagen gelistet.

Angebote der v. Bodelschwingschen Anstalten Bethel³

	Region OWL	Region Düsseldorf	Region Ruhrgebiet
Selbsthilfe/ Angehörige	<ul style="list-style-type: none"> Begleitung einer Selbsthilfegruppe Angeleitete Angehörigengruppen 	<ul style="list-style-type: none"> Stiftung Tragkraft /Selbsthilfe Angehörigenarbeit 	<ul style="list-style-type: none"> Angehörigen gruppe
Beratung/ Aufnahme	<ul style="list-style-type: none"> Aufnahmeassessment in den SB Altenhilfe, Gemeindepsychiatrie Gilead ambulant Krankenhaus Mara 	<ul style="list-style-type: none"> Peer counseling Beratung durch betroffene Angehörige 	<ul style="list-style-type: none"> Beratungs stützpunkt in Hagen
	<ul style="list-style-type: none"> Wissenspool /Internet- <i>in Umsetzung</i> 	-Auftritt für gesamtes	Hilfefeld
Ambulante Unterstützung			
nach BSHG	<ul style="list-style-type: none"> WGV Sennestadt (<i>in Planung</i>) Ambulante Dienste/Betreutes Wohnen 	<ul style="list-style-type: none"> Ambulante Dienste / Betreutes Wohnen Familienunterstützende Dienste 	<ul style="list-style-type: none"> Ambulante Dienste / Betreutes Wohnen
Pflege nach BSHG/ SGB XI / SGB V	<ul style="list-style-type: none"> Gilead ambulant Kooperationen mit den SB <i>geplant</i> 		
Kurzzeithilfen			
nach BSHG	<ul style="list-style-type: none"> Einrichtungen der Behindertenhilfe 	<ul style="list-style-type: none"> Nach Bedarf 	
nach SGB XI	<ul style="list-style-type: none"> Im SB Altenhilfe <i>geplant</i> 		<ul style="list-style-type: none"> Rudolf-Hardt-Haus (8 Plätze)
Stationäre Angebote			
nach § 39/40 BSHG	<ul style="list-style-type: none"> Heidegrund (28 Plätze) dann: Rehoboth (45 Plätze in Planung) 	<ul style="list-style-type: none"> Haus Am Falder (14 Plätze) 	<ul style="list-style-type: none"> Philipp-Nicolai-Haus (9 Plätze) Trainings-Plätze (8) <i>beantragt</i>
nach SGB XI	<ul style="list-style-type: none"> Elim (12 Plätze) 	<ul style="list-style-type: none"> Regionale Kooperationen <i>angestrebt</i> 	
nach SGB V	<ul style="list-style-type: none"> Mara (5 Plätze für Heimbeatmung), <i>Erweiterung geplant</i> 		
Arbeit / Beschäftigung	<ul style="list-style-type: none"> Integration in 1./2. Arbeitsmarkt 	<ul style="list-style-type: none"> Integration in 1./2. Arbeitsmarkt 	<ul style="list-style-type: none"> Integration in 1./2. Arbeitsmarkt WfbM
Kooperationen	<ul style="list-style-type: none"> Krankenanstalten Gilead Krankenhaus Mara ev. Johannes Krankenhaus 	<ul style="list-style-type: none"> NTC – Düsseldorf (Neurologisches Therapie Centrum) 	<ul style="list-style-type: none"> Reha-Klinik Ambrok

³ Stand: Januar 2004

Zu einigen dieser Angebote liegen bereits ausgearbeitete Konzeptpapiere vor:

- Integrative Rehabilitation von Intensiv-Langzeit-Patientinnen und Patienten, Krankenanstalten Gilead gGmbH
- Arbeitspapier zum Konzept Haus Heidegrund mit 24 Plätzen für Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen, Stiftungsbereich Gemeindepsychiatrie;
- Konzept für einen Wohnbereich mit 12 Plätzen für „zustandserhaltende Dauerpflege“ für hirnorganisch geschädigte Menschen im Haus Elim, Stiftungsbereich Altenhilfe;
- Stationäre Wohngruppe für Menschen mit erworbener Hirnschädigung mit 14 Plätzen im Wohnheim Itterstraße, In der Gemeinde Leben gGmbH;
- Konzeptbausteine für eine Wohngruppe mit 9 Plätzen für Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen im Philipp-Nicolai-Haus sowie weiterer Angebote zur Beratung und Kurzzeitbetreuung, Stiftungsbereich Vor Ort.

9. Leitlinien unserer Arbeit

Medizinische Rehabilitation hat Vorrang vor sozialer Rehabilitation

Die betroffenen Menschen und ihre Angehörigen sind vorrangig darin zu unterstützen, alle Ansprüche an medizinischen Rehabilitationsleistungen auszuschöpfen, bevor sie an Einrichtungen und Dienste zur beruflichen und sozialen Rehabilitation verwiesen werden.

Ambulant vor stationär

Das Bundessozialhilfegesetz gibt vor, dass die erforderliche Hilfe soweit wie möglich außerhalb von Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen zu gewähren ist. Dieser Anspruch wird jedoch gleichzeitig eingeschränkt, denn dies gilt nicht, wenn eine geeignete stationäre Hilfe zumutbar und eine ambulante Hilfe mit unverhältnismäßigen Mehrkosten verbunden ist (vgl. § 3a BSHG).

Um diesem Anspruch des Gesetzgebers, vor allem aber den berechtigten Interessen der betroffenen Menschen gerecht zu werden, sind ambulante Angebote vorrangig aufzubauen. Nur so kann eine Situation hergestellt werden, in der die Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen nicht alternativlos an stationäre Einrichtungen verwiesen werden müssen.

Differenzierte und durchlässige Hilfsfunktionen

Der individuelle Hilfebedarf eines Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen hängt wesentlich von den Umfeldressourcen (familiäres Umfeld, Vorhandensein von Diensten und Einrichtungen) und vom Prozess der medizinischen, sozialen und beruflichen Rehabilitation ab – der Hilfebedarf ist nicht statisch, sondern kann sich über die Zeit sehr unterschiedlich darstellen. Um auf diese Dynamik angemessen reagieren zu können, werden vielfältige, differenzierte und durchlässige Hilfsfunktionen benötigt, die den Betroffenen zudem Wahlmöglichkeiten eröffnen.

Mitwirkung der Betroffenen und Angehörigen

Betroffene und Angehörige sind wichtige Informations- und Beratungsquellen. Sie haben sich im „Dschungel“ des Leistungsrechts und Hilfesystems zurechtfinden müssen. Von ihren Erfahrungen kann profitiert werden, wenn es darum geht, Leistungsansprüche durchzusetzen und angemessene Angebote aufzuspüren und zu vermitteln. Sie sind unverzichtbare Akteure bei den Bemühungen zur individuellen Gestaltung des Hilfeangebotes für einen Menschen

mit einer erworbenen Hirnschädigung. Um zu einer bedarfsgerechten Konzeptionierung der Hilfen zu kommen, werden engagierte Betroffene und Angehörige bereits in die Planungsprozesse einbezogen. Letztlich sind sie auch wichtige Fürsprecher für die Belange von Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen in der Öffentlichkeit und gegenüber Politik und Verwaltung.

Austausch mit Fachleuten aus Praxis, Wissenschaft und Forschung

Die v. Bodelschwingschen Anstalten Bethel suchen den Austausch und die Beratung mit ausgewiesenen Experten aus Praxis, Wissenschaft / Forschung und den in diesem Feld tätigen Vereinigungen und Verbänden. Hierzu bieten sich Experten-Hearings, gemeinsame Forschungsprojekte mit Hochschulen, Fachtagungen etc. an, wobei auf die Einbeziehung und Mitwirkung von Betroffenen, Angehörigen sowie ihren Vertretungen Wert gelegt.

Zur Evaluierung der Hilfeansätze könnte die bestehende Kooperationsvereinbarung mit der Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, genutzt werden. Zur Reflexion der laufenden Arbeit und Konzeptüberprüfung sollen darüber hinaus Expertinnen und Experten (Fachleute, Vertreter aus Politik und Verwaltung, Experten in eigener Sache) im Rahmen von Beiräten und Förder- und Freundeskreisen eingebunden werden.

Regional bezogene, vernetzte Angebote

Das Hilfeangebot muss wohnortnah und in einer koordinierten, integrierten Struktur angeboten werden. Ziel ist die soziale und berufliche Eingliederung in das gewohnte soziale Umfeld. Zentrale Anforderungen an diese Netzwerke sind Clearing- und Assessmentfunktionen und eine qualifizierte Überleitung zwischen den Hilfeformen. Eine Spezialisierung der Angebote darf nicht dazu führen, dass die Betroffenen und ihre Angehörigen weite Entfernungen in Kauf nehmen müssen.

10. Welche Hilfen sollen ausgebaut werden?

Informationen und Kontakte vermitteln

Mit Hilfe eines Wissens- und Kontaktpools im Internet sollen Betroffenen und ihren Angehörigen Grundlageninformationen sowie regional spezifische Hinweise und Empfehlungen zugänglich gemacht werden.

Ausgehend von den bereits aufgenommenen Aktivitäten des Kompetenz-Zentrums Düsseldorf bauen die v. Bodelschwingschen Anstalten Bethel diese Informations- und Kontaktbörse auf. Eine Verlinkung mit entsprechenden Wissensbörsen anderer Vereinigungen und Verbände auf Bundesebene wird angestrebt.

Orientierung und Beratung geben

Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen und ihre Angehörigen sollen in den Regionen, in denen die v. Bodelschwingschen Anstalten Bethel für diese Zielgruppe tätig sind, eine kompetente Beratung finden. Im Sinne einer klientenorientierten Beratung wird zeitnah und bedarfsgerecht auf die eingebrachten Gesprächsanliegen eingegangen.

Neben der auf die einzelne Person und ihre Lebenssituation bezogene Beratung soll auch in Gruppen und Veranstaltungen (z. B. Angehörigentreffen, Selbsthilfegruppen) beraten werden.

Nach Möglichkeit werden engagierte Betroffene im Sinne eines peer-counseling einbezogen.

Die Beratungsleistungen werden in die örtlichen Netzwerke eingebettet; vor diesem Hintergrund werden regional bezogen Kooperationen mit allen im Helfefeld tätigen Personengruppen und Institutionen angestrebt.

Leben im eigenen Zuhause unterstützen

Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen werden im Hinblick auf eine selbstbestimmte Lebensführung in der eigenen häuslichen Umgebung unterstützt; dies kann ein eigener oder der Familienhaushalt sein. Je nach individuellem Hilfebedarf kann es hierbei um Fragen zur Sicherung der materiellen Existenz, der Alltagsbewältigung, Berufstätigkeit und Tagesstrukturierung, um den Umgang mit Krankheit und den behinderungsbedingten Einschränkungen, um die persönliche Lebensbewältigung in Krisen und Konflikten, um die Inanspruchnahme weiterer Leistungen und Dienste u. v. a. m. gehen.

Im Interesse der zu unterstützenden Menschen bietet es sich an, dass im Rahmen dieser ambulanten Betreuung eine koordinierende Funktion für alle in Anspruch genommenen Leistungen wahrgenommen wird.

Familien unterstützen

Wenn Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen im familiären Umfeld betreut werden, kommt der Unterstützung der pflegenden und begleitenden Angehörigen eine besondere Bedeutung zu. Die Angehörigen erhalten punktuell Hilfe, um dringende Anforderungen und Bedürfnisse an die eigene Lebensgestaltung realisieren zu können.

- Familien erhalten stundenweise Unterstützung durch die Übernahme der Betreuung durch Fachkräfte.
- Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen verbringen einen Teil des Tages (Tages- oder Nachtpflege, Tagesförderstätten) außerhalb der Familie. Hiermit wird zudem eine Strukturierung des Tages erlebbar.
- Wenn die Familie aus Krankheits-, Kur- oder Urlaubsgründen nicht zur Verfügung stehen kann, können Mensch mit erworbenen Hirnschädigungen eine kurze Zeit im Jahr als Gast in einer Kurzeinrichtung verbringen (Kurzzeitpflege § 42 und Verhinderungspflege § 39 SGB XI).

Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten klären und erschließen

Zum jetzigen Stand der Planung wird davon ausgegangen, dass Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen sehr individuell zugeschnittene Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten benötigen. Die Hilfen zielen darauf ab, zu klären, welche beruflichen Tätigkeiten angemessen und realisierbar sind. In enger Zusammenarbeit mit den Hauptfürsorgestellten und den Anbietern für berufliche Rehabilitationsmaßnahmen gilt es, die vorhandenen Angebote für diese spezifische Zielgruppe zu erschließen; eine Festlegung auf bestimmte institutionelle Bausteine für diese Zielgruppe würde zu einer ungewollten Engführung und Festlegung für die Betroffenen führen.

Umfassende Wohnbetreuung

Für Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen, die im häuslichen Umfeld nicht ausreichend unterstützt werden können, sollen umfassende stationäre Hilfen in

kleinräumigen, differenzierte Wohnformen zur Verfügung stehen. Je nach individuellem Wohnbedürfnis sollen

Möglichkeiten zum Wohnen als Einzelperson, in einer Kleingruppe oder in einem größeren Wohnkomplex (max. 24 Plätze) angeboten werden. Diese Wohnformen sollen ausreichend Rückzugsmöglichkeiten in die Privatsphäre als auch Kontakt- und Kommunikationsmöglichkeiten mit in ähnlicher Weise betroffenen Menschen bieten.

Im Rahmen der stationären Eingliederungshilfen werden Unterkunft- und Versorgungsleistungen sowie persönliche Hilfen entsprechend der individuellen Hilfeplanung erbracht. Zudem wird eine ständige Präsenz bzw. Erreichbarkeit von Fachpersonal gewährleistet.

Diese Hilfen richten sich insbesondere an Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen, bei denen der Pflegebedarf nicht im Vordergrund steht.

Umfassende pflegerische Betreuung

Schwerpflegebedürftige Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen, die nicht mehr im häuslichen Umfeld betreut werden können, benötigen einen stationären Pflegerahmen. Diese Menschen befinden sich häufig in einem chronisch lebensbedrohlichen Zustand und sind dauerhaft auf lebenserhaltende Maßnahmen angewiesen. Die aktivierende Pflege basiert auf einer bedarfsgerechten Pflegeplanung. Im Vordergrund der pflegerischen Hilfen steht die Absicherung und der Erhalt des gesundheitlichen Zustandes und der Vitalfunktionen, sowie die Verbesserung des individuellen Rehabilitationspotenzials. Für die fachgerechte Erbringung dieser Leistungen sind bedarfsgerechte personelle, räumliche und apparative Ausstattungsmerkmale wesentlich.

Für alle genannten Helfefunktionen gilt:

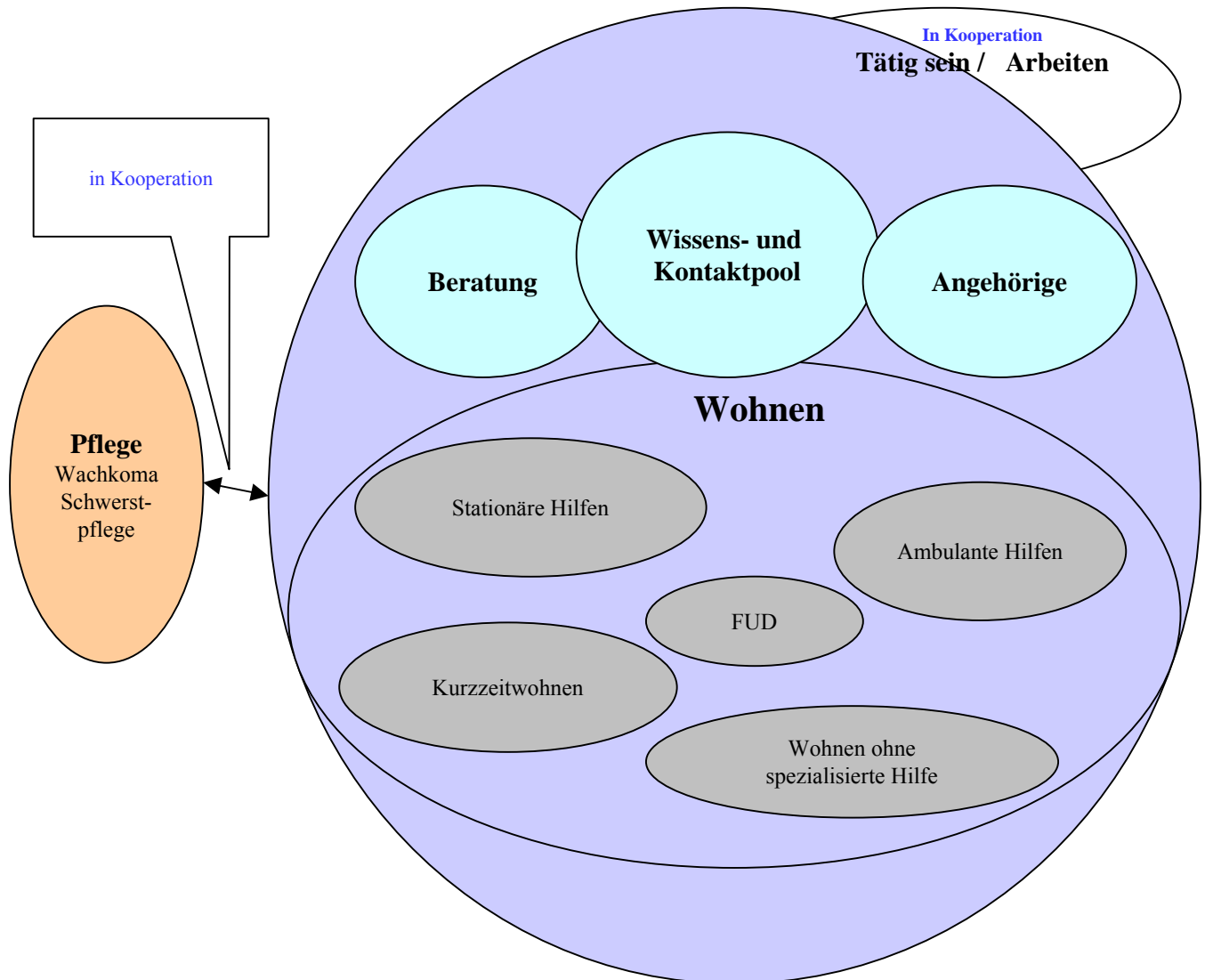
- sie müssen bedarfsgerecht ärztliche und therapeutische Leistungen (auf der Grundlage von SGB V verordnete Leistungen wie Physiotherapie, Psychotherapie, Ergotherapie, Logopädie etc.) in die Hilfe- und Pflegeplanung integrieren;
- sie erschließen im Sinne der „Inklusion“ die regional vorhandenen Angebote und Möglichkeiten für diese Zielgruppe und entwickeln und unterstützen die Bereitschaft zur Einbeziehung von Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen.

Am Beispiel des „Kompetenz- Zentrums Düsseldorf“ verdeutlicht die nachstehende Grafik das Zusammenwirken dieser unterschiedlichen Helfefunktionen:

11. Modell eines Kompetenzzentrums

in der
Gemeinde
leben

Kompetenz-Zentrum Düsseldorf



II. Zusammenarbeit / Kooperation

12. Steuerungsmodell für den Aufbau des neuen Helfefeldes

Strategische Ebene

Die strategische Planung und Steuerung für dieses neue Helfefeld soll von einer Steuerungsgruppe verantwortet werden, die vom Vorstand der v. Bodelschwingschen Anstalten Bethel in der Aufbauphase (2002 bis 2004) eingesetzt wird. In dieser Steuerungsgruppe sind Mitglieder des Vorstandes sowie der beteiligten Stiftungsbereiche vertreten. Die Arbeit eines Fachausschusses mit vorrangig Beratungs- und Abstimmungsfunktionen (vgl. Rahmenordnung für die Arbeit der Fachausschüsse in den v. Bodelschwingschen Anstalten Bethel vom 1. März 2001) wird den anstehenden Anforderungen nicht gerecht.

Folgende stiftungsbereichsübergreifende Aufgaben sind zu leisten:

- Entwicklung von gemeinsamen Strategien zum Aufbau des Helfefeldes,
- Entscheidungen zur Weiterentwicklung und Vernetzung der verschiedenen Angebote,
- Verhandlung der Rahmenbedingungen für die Ausweitung der Arbeit (Politik- und Kostenträgergespräche).

Operative Ebene

Für die zwei regional ausgerichteten Verbünde OWL und Rhein/Ruhr wird jeweils eine Koordinationsfunktion benötigt. Von diesen Koordinatorinnen und Koordinatoren soll die operative Steuerung in den Verbänden wahrgenommen werden. Abzusehende Anforderungen sind insbesondere:

- Beratung der betroffenen Menschen,
- Steuerung der Belegungsplanung,
- interne und externe Öffentlichkeitsarbeit,
- Qualifizierungsaufgaben nach innen.

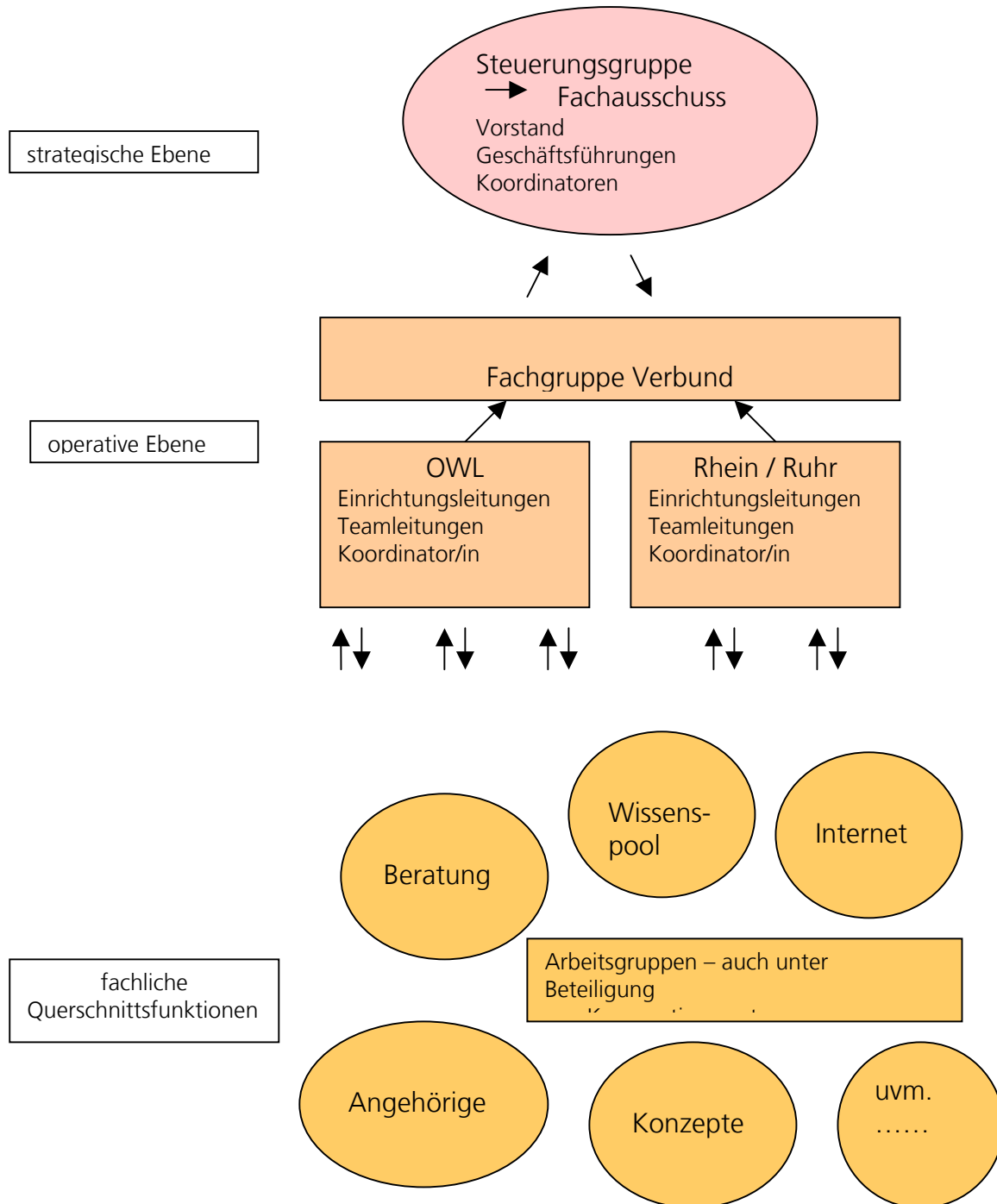
Diese Aufgabenstellung erfordert die Besetzung mit jeweils 1,0 VK pro Verbund (Jahresbudget 50 T€ Personalaufwand und 50 T€ Sachaufwand pro Verbund). Da es sich bei dem Aufbau des neuen Helfefeldes um ein Zukunftsaufgabe handelt, die die einzelnen Stiftungsbereiche mit ihrem Budgetrahmen für Innovationen überfordert, wird vorgeschlagen, diese Kosten in der Aufbauphase jeweils hälftig vom Vorstand und den beteiligten Stiftungsbereichen zu tragen.

Fachliche Querschnittsfunktionen

Mit der Erarbeitung und Klärung spezifischer fachlicher Fragen und Standards sollen Arbeitsgruppen beauftragt werden. Je nach Themenstellung bietet es sich an, diese Arbeitsgruppen verbunds- oder helfefeldbezogen einzusetzen. Übergreifend angelegte Workshops können hierbei wichtige Impulse geben und die Diskussionsbasis schaffen.

In dem nachfolgenden Steuerungsmodell werden diese Funktionen noch einmal veranschaulicht.

Steuerungsmodell für das Helfefeld „Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen“



13. Welche Aktivitäten wollen wir gemeinsam aufgreifen?

Als mögliche Aktivitäten, die von allen beteiligten Stiftungs- und Unternehmensbereichen gemeinsam entwickelt und getragen werden könnten, wurden bislang diskutiert:

- Aufbau des internet-gestützten Wissens- und Kontaktpools,
- Öffentlichkeitsarbeit zur Situation von Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen,
- Entwicklung eines gemeinsamen Marketingkonzeptes (u.a. Erstellen von Informations- und Präsentationsmedien zum Spektrum der in den v. Bodenschwingschen Anstalten Bethel angebotenen Hilfen, gemeinsamer Messestand auf der Reha-Care 2002 etc.),
- offensive Politikgespräche zum Hilfebedarf von Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen,
- gemeinsame bzw. abgestimmte Verhandlungen mit den Sozialleistungsträgern (insbesondere Verhandlungen zu einem entsprechenden Leistungstypen nach §§ 93 ff. BSHG),
- Weiterentwicklung der notwendigen spezifischen Fachlichkeit (u. a. QM-Standards, Fortbildungs- und Supervisionsmaßnahmen, Konzept- und Positionspapiere etc.),
- Nutzung des Themas zur Spendenakquise (u. a. ggf. Sonderspendenprojekt v. Bodenschwingsche Anstalten Bethel, Spendenfonds etc.).

Bezogen auf die regionalen Standorte macht es darüber hinaus Sinn, bei der Leistungserbringung Synergieeffekte zu nutzen. Eine Bündelung bzw. wechselseitige Nutzung von Ressourcen ist im Hinblick auf spezifische ärztliche und therapeutische Leistungen (ärztliche Bereitschaft, Psychotherapie, sonstige therapeutische Zusatzleistungen) sowie bezogen auf z. T. auch nur punktuell benötigte Ausstattungserfordernisse (Pflege- und Hilfsmittel, für Einzelpersonen benötigte spezifische Fachlichkeit) denkbar.

14. In welchen Regionen wollen wir tätig werden?

Das Konzept bezieht sich zunächst auf Angebote der v. Bodenschwingschen Anstalten Bethel in Nordrhein-Westfalen. Ausgehend von den bereits bestehenden und geplanten Angeboten der v. Bodenschwingschen Anstalten Bethel sollen die Hilfeangebote in den Regionen Ostwestfalen-Lippe, Ruhrgebiet und Rheinland aufeinander angestimmt und koordiniert weiterentwickelt werden.

Die Einzugsbereiche der zwei Verbünde werden entsprechend der Regierungsbezirke definiert:

- OWL: Regierungsbezirke Detmold und Münster
- Rhein / Ruhr: Regierungsbezirke Düsseldorf, Köln und Arnsberg.

Bezogen auf die genannten Einzugsgebiete gilt es, geeignete Kooperationspartner zu finden, die den Vernetzungsgedanken in den Regionen befördern und unterstützen. Die Klärung dieser potenziellen Kooperationsbezüge steht in dem Spannungsfeld, einerseits für alle im Feld handelnde Initiativen und Institutionen offen zu sein, andererseits den erkannten Marktkonkurrenzen Rechnung zu tragen.

Um Konflikt- und Konkurrenzsituationen frühzeitig erkennen zu können, werden die bestehenden Kontakte zu den Dach- und Fachverbänden genutzt. Die Fachverbände der Diakonie auf Landes- und Bundesebene sind zudem wichtige Ansprechenebenen, um Fachthemen und leistungsrechtliche Probleme mit zu bewegen und in den politischen Raum zu transportieren.

Auf Grund der räumlichen Nähe bietet es sich an, den Versorgungsbedarf im Münsterland und im südlichen Westfalen zu überprüfen. Für die Zukunft bleibt zu klären, ob durch die Stiftungsbereiche bzw. Träger der v. Bodelschwinghschen Anstalten Bethel in Niedersachsen und Berlin/Brandenburg weitere Angebote entstehen und in das Helfefeld eingebunden werden.