



# Soziale Teilhabe bei Menschen nach einem Schlaganfall

Eine explorative qualitative Analyse  
sozialer Netzwerke

Stephan Dettmers  
Soziale Teilhabe bei Menschen nach einem  
Schlaganfall

Stephan Dettmers

# Soziale Teilhabe bei Menschen nach einem Schlaganfall

Eine explorative qualitative Analyse  
sozialer Netzwerke

Budrich UniPress Ltd.  
Opladen • Berlin • Toronto 2014

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek  
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Gedruckt auf säurefreiem und alterungsbeständigem Papier.

Alle Rechte vorbehalten.

© 2014 Budrich UniPress, Opladen, Berlin & Toronto  
[www.budrich-unipress.de](http://www.budrich-unipress.de)

ISBN 978-3-86388-064-4 (Paperback)

**eISBN 978-3-86388-226-6 (eBook)**

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Lektorat und Satz: Ulrike Weingärtner, Gründau

Umschlaggestaltung: Bettina Lehfeldt, Kleinmachnow – <http://www.lehfeldtgraphic.de>

## Vorwort

Die Praxistätigkeit als Sozialarbeiter in unterschiedlichsten klinischen Arbeitsfeldern mit einer Fokussierung auf die Überleitung von erkrankten Menschen in die folgenden Behandlungs- und Versorgungsstrukturen führten bei mir zu der Frage nach der weiteren Lebensperspektive von erkrankten Menschen und ihren Angehörigen. Daraus entstand die Idee für diese im Buch dargestellte Dissertation. Die Erfahrungen mit Schlaganfallpatientinnen und -patienten sowie ihren Angehörigen nötigen mir großen Respekt und Sympathie ab für die Kreativität, die Ausdauer und den Mut, sich den schwierigen Anpassungsprozessen nach einem Schlaganfall zu stellen. Den Interviewpartnerinnen und -partnern gilt insofern mein besonderer und herzlicher Dank für die Möglichkeit des offenen Dialogs.

Frau Prof. Dr. Monika Jungbauer-Gans danke ich besonders für die motivierende, wertschätzende und aufmerksame Betreuung. Prof. Dr. Karsten Witt gilt mein Dank für die fachlichen Diskurse in der Zusammenarbeit zwischen Medizin und Sozialer Arbeit. Sinnvoll und bereichernd war auch eine gemeinsame Peergroup für Doktoranden an der CAU Kiel.

Insbesondere für den fachlichen Austausch, kleine und große Motivationshilfen sowie kritische Rückmeldungen danke ich herzlich meinen Familienmitgliedern und gleichzeitigen Kolleginnen Ruth Böhm, Katrin Brandenburger sowie meiner Tochter Ann-Britt für ihre Akzeptanz einiger zeitlicher Einschränkungen. Ellie Marten für ihr geduldiges Korrekturlesen und dem Team von Budrich für die freundliche und professionelle Begleitung bei der Erstellung dieses Buches.



# Inhalt

<b>Vorwort.....</b>	<b>5</b>
<b>Abbildungsverzeichnis.....</b>	<b>11</b>
<b>Tabellenverzeichnis.....</b>	<b>12</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis.....</b>	<b>13</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>15</b>
<b>1 Einleitung.....</b>	<b>17</b>
<b>2 Schlaganfall.....</b>	<b>19</b>
2.1 Definition Schlaganfall.....	19
2.2 Epidemiologie .....	20
2.3 Symptome.....	22
2.4 Risikofaktoren.....	24
2.5 Diagnostik und Therapie.....	24
2.6 Medizinische Rehabilitation.....	25
2.7 Zusammenfassung Schlaganfall.....	28
<b>3 Versorgungsstruktur nach Schlaganfall.....</b>	<b>31</b>
3.1 Entlassungsmanagement im Krankenhaus.....	31
3.2 Leistungen zur pflegerischen Versorgung.....	37
3.2.1 Pflege und Autonomie.....	37
3.2.2 Leistungen nach SGB V.....	38
3.2.3 Leistungen nach SGB XI.....	40
3.3 Teilhabe behinderter Menschen nach SGB IX.....	43
3.4 Betreuungsrecht.....	45
3.4.1 Betreuungsrechtliche Aspekte.....	45
3.4.2 Rechtlicher Kontext für Angehörige.....	46
3.5 Selbsthilfe.....	47
3.6 Institutionen und Organisationen.....	49
3.7 Zusammenfassung Versorgungsstruktur.....	50

<b>4</b>	<b>Theoretischer Rahmen.....</b>	<b>53</b>
4.1	Soziales Netzwerk.....	53
4.1.1	Einführung.....	53
4.1.2	Typologien.....	56
4.1.3	Egozentrierte Netzwerke.....	56
4.2	Soziale Unterstützung .....	61
4.2.1	Definition.....	61
4.2.2	Modalitäten.....	63
4.2.3	Unterstützungsquellen.....	64
4.2.4	Dimensionen.....	66
4.2.5	Belastung.....	67
4.3	Soziales Kapital.....	68
4.3.1	Grundlagen.....	68
4.3.2	Entwicklungslinien .....	69
4.3.3	Messung von Sozialkapital.....	71
4.3.4	Soziales Kapital und Klinische Sozialarbeit.....	73
4.4	Theorien Sozialer Arbeit.....	75
4.4.1	Ökosoziales Paradigma.....	75
4.4.2	Soziale Probleme.....	79
4.5	Soziale Teilhabe.....	82
4.5.1	Theoretische Fundierung .....	82
4.5.2	ICF: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit.....	87
4.5.3	Rechtliche Perspektive.....	92
4.6	Zusammenfassung theoretischer Rahmen.....	94
<b>5</b>	<b>Stand der Forschung.....</b>	<b>97</b>
<b>6</b>	<b>Forschungsprozess.....</b>	<b>101</b>
6.1	Forschungsdesign und Begründung.....	101
6.2	Erhebungsverfahren.....	105
6.2.1	Leitfragen.....	106
6.2.2	Netzwerkanalysen.....	107
6.2.3	Problemzentrierte Interviews .....	113
<b>7</b>	<b>Ergebnisse.....</b>	<b>125</b>
7.1	Darstellung der Stichprobe.....	125
7.2	Auswertung der Eco Maps.....	129
7.2.1	Familie Ahlmann.....	130
7.2.2	Familie Bertram.....	133
7.2.3	Familie Cordsen.....	136

7.2.4 Familie Dorn.....	139
7.2.5 Familie Erdmann.....	142
7.2.6 Familie Fehr.....	145
7.2.7 Familie Hollenberg.....	148
7.2.8 Familie Ihrenburg.....	151
7.2.9 Familie Jäger.....	154
7.2.10 Familie Kuhlmann.....	157
7.2.11 Familie Lahm.....	160
7.2.12 Familie Mergenthal.....	163
7.2.13 Familie Nuhr.....	166
7.2.14 Einzelpersonen.....	169
7.3 Gesamtanalyse.....	173
7.4 Auswertung der problemzentrierten Interviews.....	174
7.4.1 Dimension soziales Netzwerk.....	175
7.4.2 Dimension Schlaganfallfolgen.....	185
7.4.3 Dimension Organisation und Institution.....	191
7.4.4 Dimension Subjektive Aspekte .....	195
7.4.5 Dimension Therapie und Beratung.....	198
7.4.6 Dimension Partizipation .....	210
7.5 Zusammenfassung der Ergebnisse.....	223
7.5.1 Veränderungen im sozialen Netzwerk.....	224
7.5.2 Interpretation sozialer Teilhabe.....	225
7.5.3 Unterstützung und potentielle Ressourcen.....	226
7.5.4 Soziale Teilhabe und ICF.....	228
<b>8 Diskussion.....</b>	<b>231</b>
8.1 Limitierende Faktoren und Erhebungsinstrumente.....	231
8.2 Soziale Teilhabe.....	232
8.3 Klassifikation durch ICF.....	235
<b>9 Praxisimplikationen.....</b>	<b>237</b>
<b>Literatur.....</b>	<b>241</b>
<b>Anhang.....</b>	<b>261</b>



# Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verteilung zerebrovaskulärer Erkrankungen (eigene Darstellung, vgl. RKI 2006b, 8).....	22
Abbildung 2: Phasenmodell der neurologischen Rehabilitation (BAR 1998, 34).....	27
Abbildung 3: Rechtliche Kodifizierungen (eigene Darstellung).....	35
Abbildung 4: Organisation Rehabilitation (eigene Darstellung).....	36
Abbildung 5: Organisation Pflegerische Versorgung (eigene Darstellung).....	36
Abbildung 6: Fallkomplexitäten Akutbehandlung (eigene Darstellung).....	37
Abbildung 7: Ausgabe Heilmittel 2006 bis 2011 (eigene Darstellung: vgl. GKV 2013).....	39
Abbildung 8: Verhältnis Betreuerbestellung und Angehörigenanteil in der Bundesrepublik Deutschland (vgl. BMJ 2012).....	46
Abbildung 9: Mögliche Beratungsinhalte bei Schlaganfallpatientinnen und -patienten (eigene Darstellung).....	64
Abbildung 10: Entstehung von Sozialkapital aus sozialen Beziehungen (Hawkins und Maurer 2011, 6) .....	73
Abbildung 11: Ausprägungen menschlicher Bedürfnisse (Klassen 2009, 49–50).....	79
Abbildung 12: Differenzierung sozialer Probleme (vgl. Staub-Bernasconi 2004, 51).....	81
Abbildung 13: Kombination Sozialer Teilhabe System und Lebenswelt (eigene Darstellung).....	87
Abbildung 14: Bio-psycho-soziales Modell (vgl. Schuntermann 2003, 56).....	88
Abbildung 15: Schema der zirkulären Strategie (vgl. Witt 2001, 6).....	104
Abbildung 16: Das M-A-N Schema nach Wassermann/Faust (vgl. Jansen 2006, 61).....	108
Abbildung 17: Beispiel Eco Map (eigene Darstellung).....	111
Abbildung 18: Soziale Netzwerke (eigene Darstellung).....	176
Abbildung 19: Schlaganfallfolgen (eigene Darstellung).....	186
Abbildung 20: Organisation und Institution (eigene Darstellung).....	192
Abbildung 21: Therapie und Beratung (eigene Darstellung).....	199
Abbildung 22: Verteilung Partizipation (eigene Darstellung).....	211
Abbildung 23: Hauptkategorien (eigene Darstellung).....	223

Abbildung 24: Soziales Netzwerk und ICF (eigene Darstellung).....	228
Abbildung 25: Schlaganfallfolgen und ICF (eigene Darstellung).....	229
Abbildung 26: Institutionen und Organisationen und ICF (eigene Darstellung).....	229
Abbildung 27: Partizipation und ICF (eigene Darstellung).....	230

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Inzidenz anhand des Erlanger Schlaganfallregisters (eigene Darstellung).....	21
Tabelle 2: Leitsymptome Aphasie (vgl. Ringelstein und Nabavi 2007, 257; Huber et al. 2006, 100; Lamprecht 2007, 89) .....	23
Tabelle 3: Überblick Leistungen der sozialen Pflegeversicherung SGB XI (eigene Darstellung).....	41
Tabelle 4: Vergleich Pflegeberatung und Pflegestützpunkt (eigene Darstellung).....	42
Tabelle 5: Typologien sozialer Netzwerke (vgl. Haß 2002, 24).....	56
Tabelle 6: Mögliche Dimensionen sozialer Unterstützung (vgl. Haß 2002, 27).....	66
Tabelle 7: Grundzüge der ICF (DIMDI 2005, 5).....	91
Tabelle 8: Haupt- und Subkategorien (eigene Darstellung).....	124
Tabelle 9: Stichprobe Schlaganfallpatientinnen und -patienten (eigene Darstellung).....	126
Tabelle 10: Stichprobe Angehörige (eigene Darstellung).....	128
Tabelle 11: Koppelung Subkategorien mit ausführlichem ICF Core Set Schlaganfall (eigene Darstellung).....	212

# Abkürzungsverzeichnis

BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMJ	Bundesministerium für Justiz
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
CM	Case Management
DRG	Diagnostic Related Group
FamFG	Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IV	Integrierte Versorgung
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
PZI	Problemzentriertes Interview
SGB	Sozialgesetzbuch
SGB IX	Sozialgesetzbuch IX: Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
SGB V	Sozialgesetzbuch V: Gesetzliche Krankenversicherung
SGB VI	Sozialgesetzbuch VI: Gesetzliche Rentenversicherung
SGB XI	Sozialgesetzbuch XI: Soziale Pflegeversicherung
SGB XII	Sozialgesetzbuch XII: Grundsicherung und Sozialhilfe
WHO	World Health Organisation (Weltgesundheitsorganisation)



## Abstract

Die soziale Teilhabe von Menschen nach einem erlittenen Schlaganfall und ihren familiären Unterstützungspersonen findet wissenschaftlich in Relation zur biomedizinischen Forschung wenig Beachtung. Daraus folgt die Konsequenz, dass soziale Veränderungsprozesse innerhalb von betroffenen Familien noch nicht ausreichend bekannt sind, um daraus Impulse für die Verbesserung der Behandlungsstrukturen abzuleiten.

Im Rahmen eines bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells wurden Aspekte der subjektiv erlebten sozialen Teilhabe in Verbindung zu den jeweiligen sozialen Netzwerken untersucht und mit den gegenwärtigen Strukturen des Gesundheitssystems verglichen. Um Zugang zu den subjektiven Bedeutungsmustern sozialer Teilhabe zu erhalten, wurden in dieser Studie durch problemzentrierte Interviews erhobene Aussagen von 14 Schlaganfallbetroffenen und 15 Angehörigen (insbesondere Ehepartnerinnen und -partner) analysiert. Daneben finden sich qualitative Netzwerkanalysen, die partizipativ mit den befragten Personen entstanden sind. Diese Ergebnisse wurden triangulativ mit der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) sowie der bestehenden Versorgungsstruktur in der Bundesrepublik Deutschland verknüpft. Die Ergebnisse zeigen die Vielschichtigkeit sozialer Teilhabe in der konkreten Lebenswelt erkrankter Personen und ihrer Angehörigen. Die angegebenen Einschränkungen in der sozialen Teilhabe lassen sich größtenteils mit dem ICF Core Set für Schlaganfall koppeln, allerdings sind damit nur eingeschränkt Aussagen über die subjektive Bewertung der sozialen Folgen zu treffen. Die sozialen Teilhabemöglichkeiten für Schlaganfallbetroffene und Lebenspartnerinnen bzw. -partner reduzieren sich durch die Einschränkungen in den Bereichen Mobilität und Sprache sowie durch veränderte soziale Netzwerke. Das Exklusionsrisiko im Hinblick auf das Sozialversicherungssystem ist hingegen als gering einzuordnen. Somit sollten psychosoziale Interventionen im Gesundheitswesen neben der sozialen und wirtschaftlichen Sicherung von Schlaganfallbetroffenen und ihrer Familien auch die Förderung von sozialen Unterstützungsressourcen berücksichtigen. Ziel ist eine bessere lebensweltorientierte Integration zur Ermöglichung sozialer Teilhabe.

Schlüsselbegriffe: Soziale Teilhabe – Partizipation – Soziale Unterstützung – Krankenhaus – Schlaganfall – Soziale Arbeit – Inklusion – Integration – Angehörige – Qualitative empirische Sozialforschung – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)



# 1 Einleitung

Das Leben nach einem Schlaganfall ist für viele Menschen mit Veränderungen ihres gesundheitlichen Wohlbefindens verbunden, einschließlich ihrer körperlichen und psychischen Konstitution und sozialen Netzwerke. Der Schlaganfall ist eine epidemiologisch bedeutsame Erkrankung mit erheblichen Folgen für die Betroffenen, die Angehörigen, aber auch für das Gesundheitswesen. Der medizinische Fortschritt in der neurologischen Behandlung führt einerseits zu immer besseren Überlebenschancen für die Betroffenen, andererseits ist dies häufig mit der Konsequenz einer erworbenen Behinderung verbunden. Insofern wird deutlich, dass die Ansprüche an die Versorgungsqualität nach der akuten und rehabilitativen Behandlung gestiegen sind und dass die entstehenden komplexen Folgeprobleme nur zum Teil medizinisch zu behandeln sind.

Akute und chronische Erkrankungen werden in der Forschung überwiegend aus patientenbezogenen medizinisch-biologischen und psychologischen Perspektiven beurteilt. Soziologische Studien befassen sich häufig mit der Fragestellung sozialer Ungleichheit und daraus entstehender gesundheitlicher Ungleichheit (vgl. Trabert und Waller 2013, 60). Die damit verbundenen sozialen Veränderungsprozesse innerhalb von betroffenen Familien und sozialen Nahräumen sind bisher deutlich weniger wissenschaftlich untersucht, mit der Konsequenz, dass die Behandlungsstrukturen wenig Raum und Zeit für die Berücksichtigung der sozialen Unterstützungs- und Belastungsparameter von Schlaganfallbetroffenen und ihren Angehörigen zulassen. Eine wissenschaftliche Beschäftigung mit der Thematik des *Social Support* (vgl. Pauls 2011, 316; Milne 1999, 58) gewinnt gerade bei chronischen Krankheiten an Bedeutung, da die mehrdimensionale Betrachtung des Krankheitsverlaufes und die subjektive Bedeutung für die Betroffenen und unterstützenden Angehörigen (*Caregiver*) in der Gesamtbehandlung bedeutungsvoll sind. Die sektorale akute, rehabilitative und pflegerische Versorgung mit jeweils eigenen Finanzierungsmodellen, zeitlichen und örtlichen Behandlungsgrenzen und sozialrechtlich kodifizierten Anspruchsvoraussetzungen führt zu einer verkürzten Sicht auf die jeweiligen Behandlungsphasen. In der Regel liegen die Langzeitfolgen und damit verbundenen sozialen Veränderungen nicht in der Aufmerksamkeit der beteiligten Professionen.

Kaum bekannt sind subjektive Sichtweisen von Schlaganfallbetroffenen und ihren Angehörigen zu möglichen sozialen Teilhabeveränderungen und Netzwerkmodifikationen innerhalb und außerhalb ihrer Familien. Nach eigener praktischer Beratungserfahrung mit Schlaganfallbetroffenen und nach Sichtung einschlägiger Literatur entwickelte sich die Fragestellung, wie die erkrankten Personen und ihre Lebenspartnerinnen bzw. -partner die jeweiligen sozialen Netzwerksituationen interpretieren und inwieweit sich Übereinstim-

mungen in den subjektiven Anpassungen zur Ermittlung geeigneter Unterstützungsformen finden lassen. Ziel war es auch, Erkenntnisse über weitere Unterstützungsressourcen innerhalb von betroffenen Familien zu erhalten, um dies später in klinische Beratungssituationen frühzeitiger zu implementieren und eine häusliche Versorgung von erkrankten Personen prospektiv schon in der Akutphase zu optimieren. Somit soll die subjektive Bewertung ihrer eigenen sozialen Teilhabe von Schlaganfallbetroffenen und ihren Angehörigen im Rahmen dieser Studie ermittelt werden.

Erforderlich ist es daher, einen Überblick über die gegenwärtige Situation von Menschen nach einem Schlaganfall im Gesundheitswesen zu schaffen. In *Kapitel 2* findet eine Auseinandersetzung mit dem Krankheitsbild Schlaganfall, seiner epidemiologischen Bedeutung und diagnostischen und therapeutischen Interventionsmöglichkeiten statt. Die Versorgungsstruktur einschließlich sozialrechtlicher Ansprüche und beteiligter Institutionen und Organisationen wird in *Kapitel 3* beleuchtet. Um sich dem Begriff der sozialen Teilhabe zu nähern, folgt in *Kapitel 4* die Beschäftigung mit relevanten soziologischen und sozialarbeitswissenschaftlichen Theorien sowie der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der World Health Organization (WHO). Der internationale Forschungsstand zum Thema soziale Teilhabe nach einem Schlaganfall wird in *Kapitel 5* vorgestellt. Daraus resultiert dann der gewählte empirische Forschungszugang zur Exploration der subjektiven Einschätzungen von Schlaganfallbetroffenen und ihren nächsten Angehörigen mit der argumentativen Einführung forschungstheoretischer und -methodischer Zugänge in *Kapitel 6*. Der Darstellung der gewonnenen kategorialen Ergebnisse im *7. Kapitel* folgt im *Kapitel 8* die Diskussion der Erkenntnisse, um schließlich in *Kapitel 9* mögliche Implikationen für die Beratung von Schlaganfallbetroffenen und ihren Angehörigen abzuleiten.

## 2 Schlaganfall

Der Schlaganfall wird in diesem Kapitel als häufige neurologische Erkrankung mit unterschiedlichen Symptomen vorgestellt. Da sich erhebliche gesundheitliche und soziale Konsequenzen nach einem Schlaganfall finden, sind multiprofessionelle Behandlungen auf Spezialstationen, den Stroke Units<sup>1</sup>, gegenwärtig die am besten mögliche Behandlungsoption. Die medizinischen Aspekte eines Schlaganfalls sind bezüglich der weiteren sozialen Teilhabe von Bedeutung, da aufgrund der Hirnschädigung dazu unmittelbar notwendige Fertigkeiten wie Mobilität, Kognition und Sprache beeinträchtigt sein können (vgl. Bauer, Fischer, Seiler und Fries 2007, 34ff.). Deuschl beschreibt die hohe gesellschaftliche Dimension des Schlaganfalls und wirbt für mehr Aufmerksamkeit in der politischen Diskussion.

Generell ist es unser Ziel, dass neurologische Krankheiten politisch mehr Gehör bekommen. Wir wollen dazu beizutragen, dass die wichtigen gesundheitspolitischen Fragen, zu denen das Thema Schlaganfall gehört, auf die politische Agenda kommen, und wir die Fragen der Politiker mit wissenschaftlichen Methoden beantworten können (Deuschl 2007, 2482).

### 2.1 Definition Schlaganfall

Im letzten Gesundheitsbericht des Bundes (RKI 2006, 27) ist der Schlaganfall als „plötzliche auftretende Durchblutungsstörung des Gehirns“ mit der Folge von „schlagartigen Lähmungen“ und Einschränkungen in Sprache, Sinnverarbeitung und „Bewusstsein“ definiert. Schlaganfälle gehören zu den zerebrovasculären Erkrankungen und zeigen zumeist irreversible Gewebeschädigungen (Qvester 2008, 276).

Der Schlaganfall ist ein klinisch definiertes Syndrom, das durch ein plötzlich einsetzendes, fokal-neurologisches Defizit mutmaßlich vaskulärer Ursache gekennzeichnet ist. Synonym werden die Begriffe Hirninsult oder Stroke verwendet (Ringelstein und Nabavi 2007, 20).

Ursächlich wird zwischen Hirninfarkten bzw. ischämischen Schlaganfällen und Hirnblutungen unterschieden. Es zeigen sich Differenzierungen in leichte

---

<sup>1</sup> In Kooperation mit der Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft entwickelte die Stiftung Deutsche Schlaganfallhilfe ein „2-Stufen-Modell“, indem überregionale und regionale Stroke Units definiert sind (HEUSCHMANN ET AL. 2010, 336; RINGELSTEIN und BUSSE 2010, 837). Zertifizierungskriterien geben vor, welche Ausstattungsmerkmale und Expertisen vorhanden sein müssen, um sich als Stroke Unit ausweisen zu können.

(minor) und schwere (major) Infarkte (ebd.; Berlit 2006, 941). Hirninfarkte sind die häufigsten Ursachen, Ringelstein und Nabavi gehen von bis zur 80% aus (2007, 269). Der plötzliche Verschluss eines hirnvorsorgenden arteriellen Gefäßes durch einen Thrombus<sup>2</sup> bzw. als Folge einer Embolie führt zur mangelnden Versorgung von betroffenen Geweberegionen und damit auch der ansässigen Nervenzellen (Klöttsch und Popescu 2006, 950; Quester 2008, 276). Es wird allgemein von dauerhaften Schäden bei einer Minderdurchblutung von < 20% des gewöhnlichen Niveaus ausgegangen (vgl. Nabavi und Ringelstein 2007, 15; Ringelstein und Nabavi 2004,1; Quester 2008, 276). Mittlerweile wird noch differenzierter in „kardiogene Embolien“ sowie arterielle „Makroangiopathien und Mikroangiopathien“ unterschieden (Ringelstein und Nabavi 2004, 4). Die zweite Ursache bei der Entwicklung von Schlaganfällen durch Hirnblutungen bzw. hämorrhagische Insulte ist mit 15–20% zu beziffern (Ringelstein und Nabavi 2007, 270). Die Perforation eines zuführenden Hirngefäßes führt dann zur Einblutung in das umliegende Gewebe und bildet ein „zerebrales Hämatom“ bzw. einen Bluterguss, der dann das umgebende Nervengewebe unter Druck setzt (ebd.). Bedingt durch eine fehlende räumliche Entlastung kommt es dann zu erheblichem Druckanstieg im Gehirn, der häufig einen neurochirurgischen Eingriff erforderlich macht. (vgl. Nabavi und Ringelstein 2007, 15; Quester 2008, 277; Ringelstein und Nabavi 2004, 4–5; Ringelstein und Nabavi 2007, 271).

## 2.2 Epidemiologie

Eine wichtige Quelle epidemiologischer Daten ist das Erlanger Schlaganfallregister, auf das sich auch die Gesundheitsberichterstattung des Bundes stützt (Heuschmann 2010, 334). Der Schlaganfall gilt als einer der häufigsten Erkrankungen im höheren Lebensalter (Jungbauer, von Cramon und Wilz 2002, 1110; Wagner 2006, 35; Fens, Vluggen, van Haastregt, Verbunt, Beusmans und van Heugden 2013, 321; Frommelt 2010, 635; Ertelt 2008, 1–4). Der Schlaganfall zählt weltweit zu den zwei häufigsten Todesursachen nach der koronaren Herzkrankheit (Busch, Schienkiewitz, Nowossadeck und Gößwald 2013, 656). Die Lebenszeitprävalenz in der Altersgruppe 40 bis 79 Jahren beträgt in Deutschland insgesamt 2,9%, wobei Männer mit 3,3% im Vergleich zu Frauen mit 2,5% häufiger betroffen sind (Busch et al. 2013, 657). Der soziale Status ist als „sozialer Gradient“ insofern bedeutungsvoll, da die Lebenszeitprävalenz bei einem niedrigen Sozialstatus im Vergleich zu einem hohen Sozialstatus um bis zu 4% abweicht (ebd.).

---

2 Als Thrombus wird der durch Ablagerungen in den Gefäßen entstandene Blutpfropfen bezeichnet, eine Embolie ist ein Gefäßverschluss aufgrund eines Blutgerinnsels.

Die Inzidenzrate liegt bei 180 (Neu-)Erkrankungen pro 100.000 Einwohner in der Bundesrepublik Deutschland, bei Frauen ist sie größer aufgrund der höheren Lebenserwartung. Bezogen auf das Geschlecht verteilt sich die Erkrankungsrate bei Männern mit 200 Fällen im Vergleich zu Frauen mit 170 Fällen (RKI 2006, 27; Ringelstein und Nabavi 2007, 51; Heuschmann et al. 2010, 334; Töns 2009, 11). Töns (2009, 10) kommt in ihrer Hochrechnung auf ca. 153.000 Neuerkrankungen, allerdings ohne Berücksichtigung von Rezidiven.

Tabelle 1: Inzidenz anhand des Erlanger Schlaganfallregisters

	<b>Männer</b>	<b>Frauen</b>	<b>Gesamt</b>
erstmalige Schlaganfälle	88 087	108 339	196 426
wiederholte Schlaganfälle	29 597	36 402	65 999
<b>Gesamt</b>	<b>117 684</b>	<b>144 741</b>	<b>262 425</b>

Ausgehend von der dt. Gesamtbevölkerung 2008 (Heuschmann 2010, 334).

Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko einer zerebrovaskulären Erkrankung, wobei jenseits des 60. Lebensjahres 85% der Erkrankungen manifestiert sind. Durch die steigende Lebenserwartung ist ein Anstieg der Inzidenz zu erwarten (RKI 2006, 27).

Die Letalitätsrate<sup>3</sup> liegt bei ca. 19,4% innerhalb der ersten 28 Tage, 28,5% nach drei Monaten und 37,3% nach zwölf Monaten. Somit verstirbt fast jeder dritte Patient innerhalb eines Jahres an den Folgen eines Schlaganfalls (RKI 2006, 27). Der Schlagfall ist die dritthäufigste Todesursache in Deutschland (Heuschmann et al. 2010, 333; Jungbauer, Cramon und Wilz 2003, 1110).

Körperliche Funktionsstörungen sind häufig Folge. Daraus resultieren neben einem Bedarf nach medizinischer Rehabilitation auch ein Unterstützungsbedarf nach pflegerischer Versorgung. Über 60% der Schlaganfallpatientinnen und -patienten sind perspektivisch auf weitere Unterstützung angewiesen (IZPH 2005, 1).

<sup>3</sup> Anzahl der Todesfälle.

Abbildung 1: Verteilung zerebrovaskulärer Erkrankungen  
(eigene Darstellung, vgl. RKI 2006b, 8)



### 2.3 Symptome

Je nach Ausmaß und betroffenem Hirnareal lassen sich die Symptome eines Schlaganfalls unterscheiden, Nabavi und Ringelstein (2007, 165–166) zählen zu den vier Hauptsymptomen:

1. Halbseitige Lähmungen der Muskelkraft einer Körperseite (motorische Hemiparese),
2. Halbseitige Gefühls lähmungen (sensible Hemiparese bzw. Hemihypästhesie),
3. Sprach- und Sprechstörungen (Aphasie, Dysarthrie) und
4. Sehstörungen.

Zu den häufigen Symptomen zählt die Hemiparese, die eine komplette Körperseite betreffen kann oder auf einzelne Bereiche wie Arm- oder Gesichtsregion beschränkt bleibt. Somit können neben globaler Bewegungseinschränkung bis zu minimalen Ausfällen unterschiedliche Auswirkungen sichtbar werden. Auch die Gefühlsstörungen könnten von völliger Taubheit bis zu Einschränkungen in einzelnen Körperregionen reichen (Quester 2008, 277; Nabavi und Ringelstein 2007, 166). Bei einer Sprach- oder Sprechstörung sind neben dem Sprechen auch die Fähigkeiten des Verstehens, Schreibens und Lesens eingeschränkt.

Diese Aphasien sind Folge der Schädigungen der zentralen Sprachverarbeitung. Die Einschränkungen bilden sich bei ca. 30% der Schlaganfallpatientinnen und -patienten in den ersten vier Wochen nach dem Akutereignis spontan zurück (Huber, Poeck und Weniger 2006, 100). Die psycholinguale Diagnostik der Aphasie erfolgt im Akutbereich durch Mediziner und Logopäden und erfasst die sprachlichen „Leistungsmängel als auch die erhaltenen sprachlichen Funktionen“ (Huber et al. 2006, 100). Sprache ist ein zentrales Kommunikationsmittel, um soziale Teilhabe in sozialen Gemeinschaften zu ermöglichen (Lamprecht 2007, 90). Es gibt verschiedene aphasische Syndrome.

Die sogenannte Globale Aphasie ist eine der schwersten Behinderungen, die ein Schlaganfallpatient überhaupt erleiden kann. Sie bedeutet eine extrem starke Beeinträchtigung der Lebensqualität, Hilflosigkeit mit Abhängigkeit von anderen und psychosoziale Isolation (Ringelstein und Nabavi 2007, 256).

Tabelle 2: Leitsymptome Aphasie (vgl. Ringelstein und Nabavi 2007, 257; Huber et al. 2006, 100; Lamprecht 2007, 89)

Aphasie-Typ	Sprachproduktion	Sprachverständnis	Grammatik
Broca Aphasie	stark reduziert	wenig beeinträchtigt	Telegrammstil
Wernicke Aphasie	gut bis überschießend	stark gestört	deutlich gestört
Amnestische Aphasie	flüssig, Wortfindungsstörungen	nicht gestört	nicht gestört
Globale Aphasie	stark reduziert bis erloschen	stark gestört	stark gestört

Neben den sprachlichen Störungen gibt es noch die Dysarthrie, die die Störungen bei Artikulation, Sprechatmung und Phonation beschreibt (Huber 2006, 174). Sehstörungen können bedingt sein durch „Durchblutungsstörungen im zentralen Sehzentrum, im Hirnstamm oder am Auge selbst“ (Ringelstein und Nabavi 2007, 273). Bei einer Hemianopsie ist der Blutfluss auf einer Seite des Sehzentrums im „Hinterhautslappen“ gestört (ebd.). Die Hemianopsie tritt an der gegenüberliegenden Seite auf und kann Teile oder auch die ganze Gesichtshälfte betreffen (vgl. Pfefferkorn und Yaldizli 2004, 44; Bauer et al. 2007, 31). Daneben zeigen sich noch weitere mögliche neuropsychologische kognitive und affektive Störungen, die zu Defiziten im „Problemlösungsverhalten, in der Aufmerksamkeit“ oder im „abstrakten Denken“ führen können (Ringelstein und Nabavi 2007, 255, vgl. Bauer et al. 2007, 30ff.; Hartje und Poeck 2006, 203ff.). Weitere neuropsychologische Störungen sind unter anderem „Aphasie, Apraxie, Neglect und visuo-konstruktive Störungen“ und affektive Störungen wie Affektverflachung, Depression, Verletzung gesellschaftlicher Verhaltensregeln, Distanzlosigkeit und Antriebsstörungen“ (Ringelstein und Nabavi 2007, 255). Eine Dysphagie bzw. Schluckstörung mit dem Risiko einer Aspi-

rationspneumonie entwickelt sich bei etwa 50% der Patientinnen und Patienten nach dem ersten Schlaganfall (Ringelstein und Nabavi 2007, 193).

## **2.4 Risikofaktoren**

Mit dem Blick auf mögliche Risiken und damit verbundenen Wahrscheinlichkeiten des Auftretens eines Schlaganfalles erscheint die Verwendung des Risikofaktorenmodells auch hinsichtlich abzuleitender Präventionsmaßnahmen sinnvoll (Klemperer 2011, 103). Mögliche Risikofaktoren sind demnach höheres Alter, männliches Geschlecht und familiäre Disposition. Aber auch arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus, Hormonersatztherapien, Herzerkrankungen und Gerinnungsstörungen sind körperbezogene Faktoren (Salomon und Rothgang 2010, 3). Als verhaltensbezogene Faktoren sind übermäßiger Alkoholkonsum, Rauchen, Ernährungsgewohnheiten (einschließlich Adipositas) und Bewegungsmangel zu benennen. Daneben korrelieren der sozioökonomische Status und soziale Determinanten wie soziale Ungleichheit mit den genannten Risikofaktoren (Ringelstein und Nabavi 2007: 20ff., Salomon und Rothgang 2010, 3; Klemperer 2011, 107; Lampert und Mielck 2008, 11).

## **2.5 Diagnostik und Therapie**

Bei Verdacht auf einen akuten Schlaganfall ist eine schnelle medizinische Diagnostik zur Einleitung geeigneter Therapien sehr wichtig (Pfefferkorn und Yaldizli 2004, 42).

Die Diagnostik nach einem akuten Schlaganfall ist von erheblicher Bedeutung. Im Allgemeinen wird zwischen der Notfalldiagnostik unter der subakuten spezifischen Diagnostik unterschieden. Die elektive Diagnostik nach akutem Schlaganfall hat zum Ziel, die Ätiologie des erlittenen Schlaganfalls zu erfassen, damit eine adäquate Sekundärprophylaxe eingeleitet werden kann und ggf. behandlungspflichtige Grunderkrankungen erkannt und behandelt werden können (Schellinger, Forsting und Busse 2004, 23).

Die Symptome können Hinweise auf bestimmte Bereiche und Umfang des geschädigten Hirnareals geben und die Notfalldiagnostik sollte nach maximal einer Stunde beendet sein (vgl. Ringelstein und Nabavi 2007, 139).

Bei der „elektiven“, also geplanten subakuten Diagnostik gilt es, Risikofaktoren und Ursache (Ätiologie) zu erkennen. Die bedeutsamsten Schritte sollten in einem Zeitfenster von zwei bis drei Tagen abgeschlossen sein (vgl. Ringelstein und Nabavi 2007, 139). Nach dem Befund mit Differenzierung in Gefäßverschluss und Blutung erfolgt die weitere medizinische Behandlung

und bei einem Infarkt wird u.U. in Abhängigkeit der verstrichenen Zeit eine Lyse durchgeführt.

Das Ziel der Thrombolysetherapie beim Schlaganfall ist die Beseitigung eines Thrombus oder Embolus in einem hirnversorgenden Gefäß zur Restitution eines kritisch reduzierten Blutflusses (Schellinger und Hacke, 2004, S. 51).

Ringelstein und Nabavi (2007, 183–190) zählen zur Basistherapie eine regelmäßige Kontrolle des Bewusstseins, der Sauerstoffversorgung, des Blutdrucks, der Herzfrequenz, des Blutzuckers, der Körpertemperatur, des Flüssigkeits- und Elektrolythaushalts und der Ernährungsmöglichkeiten. Eine Vielzahl der möglichen Einschränkungen benötigt spezielle zusätzliche Therapien durch Logopäden, Ergotherapeuten und Physiotherapeuten. Daneben ist eine qualitativ hochwertige Unterstützung bei den körperbezogenen Aktivitäten durch qualifizierte Pflege unabdingbar. Die Deutsche Gesellschaft für Neurologie veröffentlichte die letzte Leitlinie zu Diagnostik und Therapie im Jahre 2012. Darin finden sich folgende grundsätzlichen Behandlungsempfehlungen (DGN 2012, 1). Als medizinischer Notfall sollte der Schlaganfall auf Stroke Units behandelt werden. Bildgebende Verfahren wie die „kraniale Computertomografie“, etc. sind unabdingbar neben der regelmäßigen Vitalzeichenkontrolle und weiteren invasiven Eingriffen sowie medikamentöser Therapie. Die medizinische Akutbehandlung setzt sich somit aus folgenden „Bestandteilen“ zusammen (DGN 2012, 4):

1. allgemeine Behandlung bzw. Basistherapie,
2. spezifische Behandlung, z.B. rekanalisierende Therapie,
3. frühe Sekundärprophylaxe,
4. Erkennung, Vorbeugung und Behandlung von Komplikationen,
5. frühe rehabilitative Therapien.

## **2.6 Medizinische Rehabilitation**

Der Begriff der Rehabilitation, insbesondere in seinen nicht-juristischen Bezügen, ist in starkem Maße kontextbezogen. Dies ist im Wesentlichen zurückzuführen auf die Beteiligung verschiedener Bezugsdisziplinen (vor allem Medizin, Pädagogik, Sozialarbeit), auf ein in sich differenziertes, gleichwohl sich überschneidendes Begriffs- und Aufgabenverständnis (medizinische, berufliche, soziale Rehabilitation (Luthe 2007, 457).

Frommelt (2010, 641) stellt zehn Grundregeln der Schlaganfallrehabilitation vor:

1. Früher Beginn und nicht Aufhören,
2. Die Intensität der Behandlung optimiert das Ergebnis,

3. „Ziele mit langfristiger und alltagsrelevanter Orientierung setzen“,
4. Evidenzbasierung in der therapeutischen Arbeit,
5. Einbindung der Betroffenen in „die narrative Rehabilitation“,
6. Multiprofessionelle Teamarbeit,
7. Einbindung der Angehörigen,
8. Schlaganfallrehabilitation als Prävention,
9. „Keine stationäre Rehabilitation ohne Nachsorge“,
10. „Die positive Psychologie nutzen“.

Die medizinische Rehabilitation nach Schlaganfall beginnt idealerweise bereits in der Akutklinik auf einer Stroke Unit. Aufgrund der reduzierten Verweildauern in Krankenhäusern wird es immer notwendiger, zielgerichtet, schnell und effizient den Nachsorgebereich für Schlaganfallbetroffene im rehabilitativen, sozialrechtlichen und psychosozialen Sinne zu organisieren, wobei immer die zuständigen Kostenträger und geeigneten Nachsorgeeinrichtungen bzw. -hilfen ermittelt werden müssen.

Die Beratung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten hinsichtlich der Fragestellungen einer medizinischen Rehabilitation erfolgt neben der ärztlichen Profession durch Sozialdienste (siehe Kap. 3.1). Sie vermitteln dabei zwischen den beteiligten Personen und Institutionen (Hegeler 2008, 121).

Die Fachlichkeit ist vor allem auch deshalb notwendig, da es sich bei den von der Sozialberatung bearbeiteten Problemen um hochdifferenzierte soziale Interventionen, einschließlich der Bewältigung mit der Krankheit verbundenen psychosozialen Konfliktlagen, handelt (Troost und Marquart 2005, 25).

Es ist immer häufiger davon auszugehen, dass Schlaganfallbetroffene aufgrund eines erheblichen Versorgungsbedarfes oder unzureichender ambulanter Behandlungsstrukturen direkt in Rehabilitationseinrichtungen verlegt werden. Die rechtliche Grundlage für die soziale Beratung und Unterstützung des Krankenhauses beim „nahtlosen Übergang“ in die weitere poststationäre Versorgung bildet §112 (2) Nr. 4 und 5 SGB V (Hegeler 2008 121). Für Ansen et al. (2004, 32) sind verlässliche Strukturen in Form von guten Kontakten zu den jeweiligen Rehabilitationseinrichtungen im Rahmen des Entlassungsmanagements unerlässlich. Dabei sind die Chancen eines Rehabilitationserfolges auch abhängig vom Zeitfenster der Weiterleitung, da die Ressourcen im Akutbereich nicht für zeitaufwendige Rehabilitationsleistungen ausreichen. Für die neurologische Rehabilitation hat sich insbesondere für den Schlaganfall ein Mehrphasenkonzept der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) in der Praxis durchgesetzt (BAR 1999, 4–5; BAR 1998, 34).

Für diese Studie werden Schlaganfallpatientinnen und -patienten berücksichtigt, die nach BAR in die Phase B und C klassifiziert werden. Dabei handelt es sich um überwiegend unterstützungsabhängige Personen, die kooperativ mitarbeiten können. Richtungsweisend ist die Wiederherstellung der