

7

19.01.2016:

Abschluss - Ergebnisse und Perspektiven

Prof. Dr. Andreas Zieger

LV „Forschungsfragen und Ethik“

WS 2015/16

Ergebnisse

Wichtige Inhalte/Themen/Aufgabenfelder

- ICF-orientiertes Menschenbild und Forschungsverständnis (Grundlagen)
- PUA als qualitative Forschungsmethode, Assessmentinstrumente (Methodik)
- Erleben und Wahrnehmen:
Krankheitsbewältigung - Coping – Resilienz – SOC (Einbeziehung des Subjekts)
- Partizipation/Beteiligtsein – Lebenszufriedenheit – Lebensqualität (Assessment, Evaluation)
- u.v.a.m.

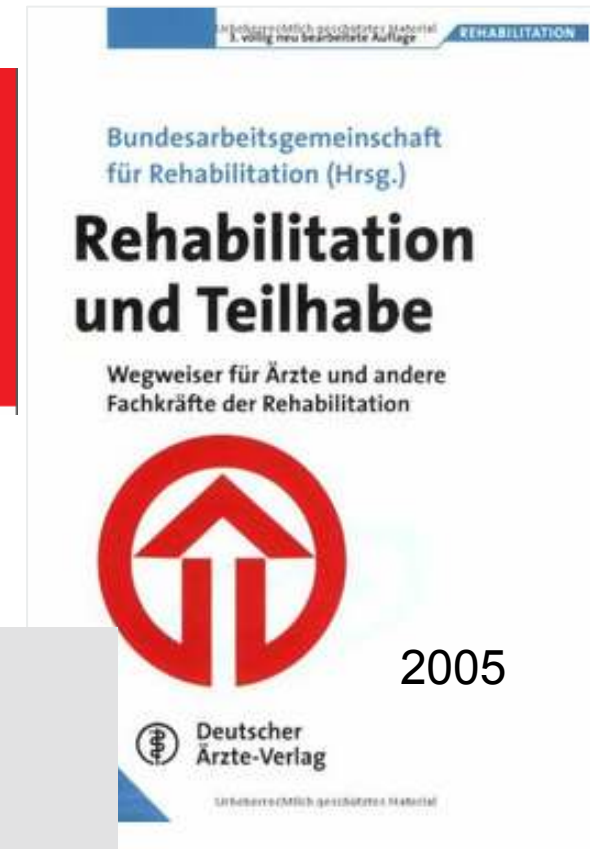
Wichtige Publikationen



Bildquelle: BAR



Abb. 1 Der idealtypische Reha-Prozess als Phasenmodell (vgl. Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess der BAR).



**Rahmen-
empfehlungen**

*zur ambulanten neurologischen
Rehabilitation*

2005



Wichtige Studien

PREKÄRE LEBENSLAGEN UND SOZIALE TEILHABE

EIN VORSCHLAG ZUR MESSUNG VON AUSGRENZUNGSTENDENZEN

Petra Böhnke, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB)

Vortrag am 23. November 2001 am DIW Berlin, Arbeitstagung der Sektion Soziale Indikatoren der Deutschen Gesellschaft für Soziologie (DGS) in Zusammenarbeit mit dem DIW Berlin zum Thema:
„Soziale Exklusion und Inklusion: Indikatoren und Berichtssysteme für Wissenschaft und Politik“

Inhalt

1 Charakteristika sozialer Ausgrenzung,
Probleme und Forschungsdefizite

2 Was messen? Wie messen?
Dimensionen und Indikatoren

3 Empirische Ergebnisse

Lebensstandard und Kumulation von Benachteiligung
Prekäre Lebenslagen und soziale Teilhabe
Arbeitsmarktanbindung und Risiken sozialer Ausgrenzung
Risikogruppen: Wer ist arm? Wer ist ausgegrenzt?

2001

Humboldt-Universität zu Berlin
Kultur-, Sozial- und Bildungswissenschaftliche Fakultät
Institut für Rehabilitationswissenschaften
Abteilung Körperbehindertenpädagogik

**Ergänzende Eingliederungshilfe in der neurologischen Langzeitversorgung
von Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen (MeH)**

–
eine empirische Untersuchung

Diplomarbeit
im Studiengang Rehabilitationspädagogik

vorgelegt durch Tim Krüger
vorgelegt am 20.10.2014

Erstgutachter: Dr. Holger Hünemund

Hochschule Magdeburg – Stendal (FH)

University of Applied Sciences

Fachbereich der Angewandten Humanwissenschaften

Studiengang Rehabilitationspsychologie (Master of Science)



2015

Teilhabe von Menschen mit erworbener Hirnschädigung –

Theorie oder Wirklichkeit?

Erfahrungen, Wünsche und Probleme aus Sicht von Betroffenen,

Angehörigen und Professionellen

Master-Thesis

zur Erlangung des Titels

Rehabilitationspsychologin ‚Master of Science‘

vorgelegt von:

Juliane Nothnagel

20052263

Resumee:

Gravierende Mängel und Lücken in der Versorgung von Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen (MeH)

Viele Betroffene fallen durch jegliches Raster ..

Es kommt immer noch häufig zu „sozialen Abstiegen“ von Patienten oder ganzen Familien

Flächendeckender Mangel an spezialisierten Angeboten und Einrichtungen für MeH ...

Fehlendes Wissen und Verständnis ...

Häufig unzureichende Versorgung von Betroffenen und Angehörigen ...

Fehlende ergebnisorientierte partizipative Forschung

- Weit entfernt vom Ziele der Teilhabe!

Nachsorge / Teilhabe ausreichend?

- Ja 11%

- **Nein 89%**

N = 439

Eine erfahrene Krankenschwester kümmert sich um die Patientin nach der Entlassung aus dem Krankenhaus.



„STROKE NURSE“

Nachsorge bringt Verbesserung

Ein erfolgreicher Ansatz zur poststationären Betreuung von Schlaganfallpatienten.

Während in Deutschland in der Prävention und der akuten stationären Behandlung von Schlaganfallpatienten eindrucksvolle Verbesserungen erreicht wurden (1–3), steckt die poststationäre Versorgung von Schlaganfallpatienten noch in den Kinderschuhen. Im Gegensatz zu Durchblutungsstörungen des Herzens hinterlässt ein Schlaganfall häufig gravierende und behindernde neurologische, neuropsychologische und psychische Störungen

die bestmögliche Sekundärprävention zu erreichen. Die dringend notwendige poststationäre Betreuung von Schlaganfallpatienten kann durch die Institution „Stroke Nurse“ wesentlich verbessert werden. Karl-Heinz Grottemeyer (persönliche Mitteilung 2008) initiierte das Projekt „Stroke Nurse“ am Klinikum Saarbrücken unter dem Motto „Schlaganfall kein Schicksal“, wodurch eine Reduktion von Schlaganfallrezidiven erreicht werden konnte. Seit

PROJEKTBE SCHREIBUNG

Methode: Die Patienten wurden auf der Stroke Unit der Neurologischen Klinik des Krankenhauses St. Elisabeth Ravensburg rekrutiert, nach drei und sechs Monaten besucht und nach zwölf Monaten befragt. In die vorliegende Verlaufsbeobachtung wurden 290 Patienten eingeschlossen (April 2012 bis Dezember 2014). Eine Kontrollgruppe wurde nicht gebildet.

Einschlusskriterien:

1. Behandlung auf der Stroke Unit wegen einer transitorisch-ischämischen Attacke (TIA) oder eines Schlaganfalls.
2. Rückkehr in die häusliche Umgebung und/oder Patienten mit erkennbar hohem Rezidivrisiko aufgrund der Risikofaktoren-Konstellation.
3. Neurologisches Defizit, welches eine stationäre oder ambulante Rehabilitation nach sich zieht.
4. Wohnort im Umkreis von 15–20 km von Ravensburg.
5. Bereitschaft des Patienten und des Hausarztes, an dem Projekt teilzunehmen.

Laufende Projekte

Arbeitsgemeinschaft
Teilhabe – Rehabilitation, Nachsorge und Integration nach Schädelhirnverletzung
ENTSCHEIDEND FÜR DIE NACHHALTIGKEIT IST DIE N

Home | Kontakt | Sitemap | Presse | Suche

- Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft
- Arbeitsgemeinschaft
- Aktionen
- Jubiläums-Fotowettbewerb
- Kongresse
- Organisation/Kontakt
- Anmeldung
- Hotelbuchungen
- Anfahrt
- Presse
- Publikationen
 - Tagungsband 2015
 - Tagungsband 2014

Tagungsband zum 9. Nachsorgekongress erschienen



Rehabilitation und Nachsorge nach Schädelhirnverletzung
Teilhabe konkret –
Teilhabe lernen und umsetzen

REIHE ZENTRALES NERVENSYSTEM

10. Nachsorgekongress

Wege aus der medizinischen
Rehabilitation –
Lösungen?!

25. / 26. Februar 2016
Eventpassage | City West | Berlin

Ankündigung

Organisationskomitee:

Arbeitsgemeinschaft Teilhabe Rehabilitation, Nachsorge und Integration nach Schädelhirnverletzung

- BAG Nachsorge erworbener Hirnschäden bei Kindern und Jugendlichen
- Bundesverband ambulante/teilstationäre Neurorehabilitation e.V.
- Gesellschaft für Neuropsychologie e.V.
- Selbsthilfegruppe „Hirnverletzte und Angehörige“ – Hamburg und Umgebung
- Selbsthilfeverband – FORUM GEHIRN e. V.
- ZNS – Hannelore Kohl Stiftung

Im Februar 2015 fand der 9. internationale Nachsorgekongress in Berlin statt. „Teilhabe konkret - Teilhabe lernen und umsetzen“ diskutierten Betroffene, Angehörige, Neurologische Rehabilitation und Tätige, Vertreter der Kostenträger, Gesundheits- und Sozialpolitik über die Verbesserung von Teilhabe am gesellschaftlichen Arbeitsleben.

Teilhabe und selbstbestimmte Lebensführung sind übergeordnete Ziele jeder Rehabilitation und sind im Sozialgesetz und in der UN-Behindertenrechtskonvention fest verankert. Im gegliederten System mit kurativen, rehabilitativen, pflegenden, ambulanten und stationären Strukturen und einer Vielzahl von Sozialleistungen werden diese Ziele jedoch oft aus den Augen verloren, da es an den Schnittstellen zu Übergangsproblemen kommt. Den Betroffenen mangelt es häufig an Beratung und Information, um die tatsächlich vorhandenen Fördermaßnahmen sinnvoll nutzen zu können. Hier ist eine bessere Vernetzung und Kommunikation aller beteiligten Akteure dringend erforderlich.

Projekt ReNaTe

*Aufbau eines regionalen Netzwerkes
Nachsorge und Teilhabe
für Menschen mit erworbener
Hirnschädigung (MeH)*

InitiatorInnen:

Dr. phil Jana Alber, Prof. Dr. phil. Gisela Schulze
Apl. Prof. Dr. med. Andreas Zieger
Ambulatorium für ReHabilitation – Beratungsstelle „Stroke“
Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik
CvO Universität Oldenburg

Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit Behinderungen (MZEB) nach § 199c SGB V

(Versorgungsstärkungsgesetz 2015)

GEISTIG ODER MEHRFACH BEHINDERTE ERWACHSENE

Bessere Versorgung möglich

Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz (§ 119 c SGB V) wurden Medizinische Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEB) eingeführt. Solche Zentren schließen eine schon seit langem beklagte Versorgungslücke.

Verona Mau, Anja Grimmer, Georg Poppele, Antonia Felchner, Samuel Elstner, Peter Martin*

DÄB 47/2015



lich Autismusspektrumstörungsstörungen (einschl. sexuelle Verhaltensstörungen) (2). Bestimmte Syndrome sind dabei nicht immer typischerweise zuzuordnen.

Menschen mit schwerster Intelligenzminderung haben ein erhöhtes Risiko für Morbidität (3). In einer niedrigen Studie fanden sich 1 047 Patienten mit einer Intelligenzminderung, die mindestens zwei Jahre alt waren, 80 Prozent mehr als zwei Erkrankungen, sogar 47 Prozent mit vier oder mehr chronischen Krankheiten (4), die die Betroffenen nicht verbal mitteilen und daher nicht verbal mitteilen können. Dies ist in unserer auf sprachliche Kommunikation ausgerichteten Gesellschaft benachteiligt. Der Mangel an einer vertrauensvollen Beziehung und die gute Kenntnis von den Menschen mit schwerster Intelligenzminderung ist wichtig, da diskrete Veränderungen bereits Hinweise auf eine zur Abklärung bedürftige Symptomatik

Nach dem neuen § 119 c SGB V soll die ambulante Versorgung von Erwachsenen mit geistigen oder mehrfachen Behinderungen

erleiden und in der Art und im Ausmaß ähnliche Einschränkungen zeigen, können ebenfalls zur Zielgruppe von Medizinischen



INTERVIEW

mit Prof. Dr. med. Michael Seidel, ehemaliger Ärztlicher Direktor der v. Bodelschwinghschen Stiftungen Bethel

„Intensiver Austausch im Team“

Der Bielefelder Psychiater erläutert unter anderem, wie Medizinische Zentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung arbeiten und welche Zielgruppen mit ihnen erreicht werden sollen.

Herr Prof. Seidel, was ist das Besondere an Medizinischen Zentren für Erwachsene mit geistiger und schwerer Mehrfachbehinderung, kurz MZEB?

Seidel: Das Besondere an diesen Zentren ist, dass sie eine multiprofessionelle und interdisziplinäre ambulante Arbeit ermöglichen. Es findet dort ein intensiver Austausch im Team statt, der in koordiniertes Handeln mündet. Das kann dann auch dazu führen, dass diese Zentren als Kompetenzzentren für das Regelversorgungssystem wirksam werden.

Kann denn mit Hilfe dieser Zentren die von Ihnen schon seit langem beklagte Versorgungslücke geschlossen werden?

Seidel: Wir hoffen, dass die MZEB in der Lage sein werden, das Regelversorgungssystem zu unterstützen. Was immer im Versorgungssystem verantwortungsvoll und sachgerecht zu erledigen ist, soll dort stattfinden. Wir werden es selbstverständlich nicht schaffen, dass hinter jeder Straßenecke ein MZEB steht



Michael Seidel war bis vor kurzem Ärztlicher Direktor im Versorgungsbereich Bethel.

nenalter aufgrund eines erworbenen Hirnschadens die Merkmale einer komplexen Behinderung erfüllt.

geistiger oder mehrfacher Behinderung behandelt, verbessert werden?

Seidel: Es gibt heute schon Ärztinnen und Ärzte, die diese Zielgruppe aufmerksam und kompetent behandeln. Wir haben aber ein Problem. Wenn sich Kolleginnen und Kollegen durch einen großen Einsatz für Menschen mit Behinderungen hervortun, dann geraten sie in Gefahr, dass sie gern in Anspruch genommen werden. Das wiederum führt dazu, dass sie damit betriebswirtschaftliche Risiken hinnehmen müssen. Der Mehraufwand, der in der Regel gegeben ist, wird nämlich nicht adäquat vergütet.

Könnten Sie noch einmal kurz die Rahmenkonzeption erläutern, die im Dezember beschlossen wird?

Seidel: Seit den 1990er Jahren drängen die Fachverbände für Menschen mit Behinderung darauf, dass die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung deutlich verbessert wird. Die

Perspektiven

Versorgung

- **Regionales Netzwerk Nachsorge und Teilhabe** für Menschen mit erworbener Hirnschädigung (MeH (ReNaTe))
- **Assessmentinstrumente:** PUA, IMPACT-2, IMET etc.

Wissenschaft

- Lehrveranstaltungen
- Master-, Doktorarbeiten
- Forschung: Pilotstudie zu ReNaTe

Fördermittel

Plan A

Innovationsfond
nach §92a
SGBV
(Versorgungs-
stärkungsgesetz
2015)

Innovations- ausschuss:

- Kriterien, Prüfung,
Vergabe,
Umsetzung

Pressemitteilung

Gemeinsamer Bundesausschuss gemäß § 91 SGB V

Nr. 01 / 2015

Innovationsausschuss beim G-BA hat sich konstituiert

Berlin, 16. Oktober 2015 – Der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) hat sich gestern in Berlin konstituiert. Aufgabe des Gremiums ist es, ab 2016 mit Mitteln des Innovationsfonds neue Versorgungsformen, die über die bisherige Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehen, und Versorgungsforschungsprojekte zu fördern. Der Innovationsausschuss wird in Förderbekanntmachungen die Schwerpunkte und Kriterien zur Vergabe der Mittel aus dem Innovationsfonds festlegen und über die eingegangenen Anträge auf Förderung entscheiden.

Der Innovationsausschuss setzt sich zusammen aus



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss

Seite 1 von 2

Stabsabteilung Öffentlichkeits-
arbeit und Kommunikation

Wegeleystraße 8, 10623 Berlin
Postfach 120606, 10598 Berlin

Telefon: 030 275838-811
Fax: 030 275838-805

www.g-ba.de
www.g-ba.de/presse-iss

Ansprechpartnerinnen
für die Presse:

Kristine Reis (Ltg.)

Telefon: 030 275838-810
E-Mail: kristine.reis@g-ba.de

Guðrun Köster

Telefon: 030 275838-821
E-Mail: guðrun.koester@g-ba.de

Plan B

Innovationsfond
nach §92a
SGBV
(Versorgungs-
stärkungsgesetz
2015)

Innovations-
ausschuss:

- Kriterien, Prüfung,
Vergabe,
Umsetzung

HOME

QUALITÄTSMANAGEMENT

KURSE & SEMINARE

ZQ



Vorwärts nach weit

Zentrum für Qualität und Management
im Gesundheitswesen (ZQ)

Ambulante Versorgung

Abgeschlossenes Projekt (2001-2006)

SHT (Schädel-Hirn-Trauma) "Analyse der
Versorgung von Schädel-Hirn-Verletzten,,
von der Akutversorgung über die
Rehabilitation bis zur Wiedereingliederung
in der Region Hannover/Münster

Projektbegleitende Lehrveranstaltung (Zusatzangebot) ab SoSe 2016

Projekt Aufbau eines regionalen Netzwerkes für Menschen mit erworbener Hirnschädigung (MeH)

Apl. Prof. Dr. Andreas Zieger, Dienstags 18-20 Uhr, Gebäude XX Raum XXXX

In Fortsetzung eigener klinischer Arbeit, Lehr- und Forschungstätigkeit zur Versorgungslage in der stationären Neurorehabilitation wird nach mehrjährigen Vorarbeiten im Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik in diesem Zusatzangebot semesterübergreifend über Entstehungsbedingungen, fachliche Hintergründe, Theorie und Forschungsergebnisse berichtet. Das Projekt wurde am 1.1.2015 im Ambulatorium für Rehabilitation des Instituts für Sonder- und Rehabilitationspädagogik der CvO Universität Oldenburg von einem Initiativkreis gestartet und befindet sich in der Aufbauphase eines Netzwerkes. Ziel ist, zunächst ein tragfähiges Netzwerk mit allen Beteiligten für eine wissenschaftlich begleitete Pilotstudie aufzubauen. In einer Pilotstudie sollen dann mögliche Implementierungsbedingungen modellhaft geprüft und evaluiert werden. Ziel ist eine netzwerkbasierte, nachhaltige Nachsorge und Teilhabe für MeH in der Region Oldenburg. Studierende, Doktoranden, Gäste und an dem Projekt Interessierte sind willkommen.