

# Wenn die Zeiten sich auch ändern – Teilhabe als Aufgabe und Ziel der Rehabilitation!

---

Prof. Dr. Andreas Zieger

CvO Universität Oldenburg  
Institut für Sonder- und  
Rehabilitationspädagogik  
Medizinische Ethikkommission

[www.a.zieger.de](http://www.a.zieger.de)



11. Nachsorgekongress: „Bundesteilhabegesetz – Nachsorge miteinander gestalten“  
AG Teilhabe, Nachsorge, Rehabilitation und Integration, 2.-3. März 2017, Berlin



Beauftragte der Bundesregierung  
für die Belange behinderter Menschen

*Partizipation/Teilhabe  
behinderter Menschen  
ist ein **Menschenrecht**,  
kein Akt der Fürsorge  
oder Gnade...*



Die UN-Behindertenrechtskonvention

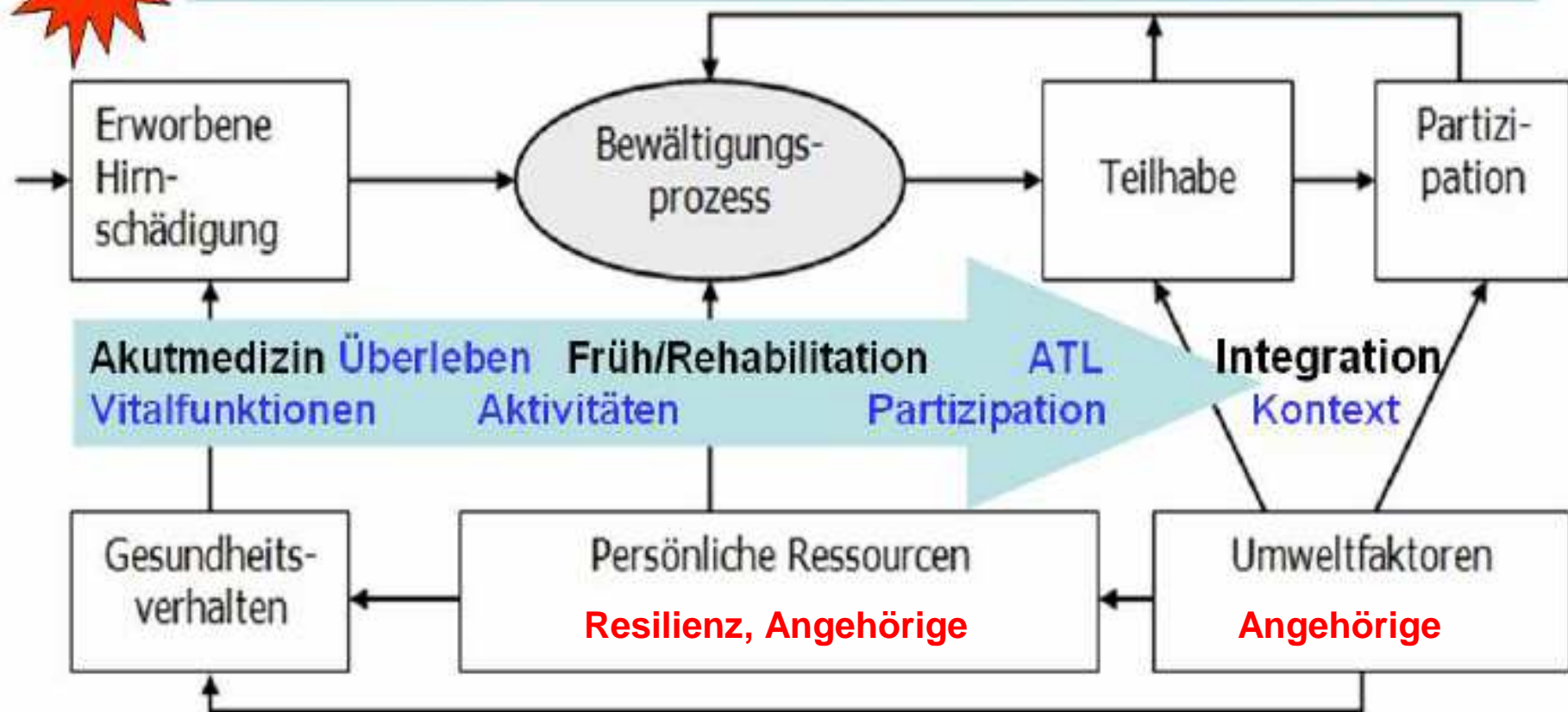
Übereinkommen über die Rechte von  
Menschen mit Behinderungen

# Integrierte teilhabeorientierte Versorgung bei schwerer neurologischer Beeinträchtigung

(modifiziert nach Bengel & Koch 2000, Reha-Phasenmodell BAR 1995 und ICF 2001)



A Akutphase - B Frühehabilitation - C Weiterführende Reha - D AHB - E, F



# Übersicht

---

- I    Veränderte Zeiten
- II   Historische Meilensteine
- III  Wissen schaf(f)t Teilhabe
- IV  Was bringt das BTHG?
- V    Teilhabe von Anfang an!

# I Veränderte Zeiten ...

## **Verunsicherte Lebensgefühle**

- Globalisierung, Finanz- und Eurokrise
- Neoliberaler und marktkonformer Umbau der Gesundheits- und Sozialsysteme
- **Entsolidarisierung und Individualisierung**
- enttäuscht, bevormundet, ohnmächtig, abgehängt

## **Nationalistische Tendenzen**

- Abschottung, Spaltung der Gesellschaft
- Fremdenhass, Rassismus, Diskriminierung von Behinderten, Ausgrenzung ...

# II Historische Meilensteine

Vom

**Human Rights Act** (*Bill of Rights* 1689)



über die

**Französische Revolution (1789-99), Aufklärung,  
Industrialisierung**

und **Soziale Gesetzgebung** (Bismarck, 1883-89)

sowie die **Allgemeinen Menschenrechte** (1948)

und **Partizipationsbewegungen** (seit 1960)

zum **Übereinkommen über die Rechte für  
Menschen mit Behinderungen** (UN-BRK 2006)



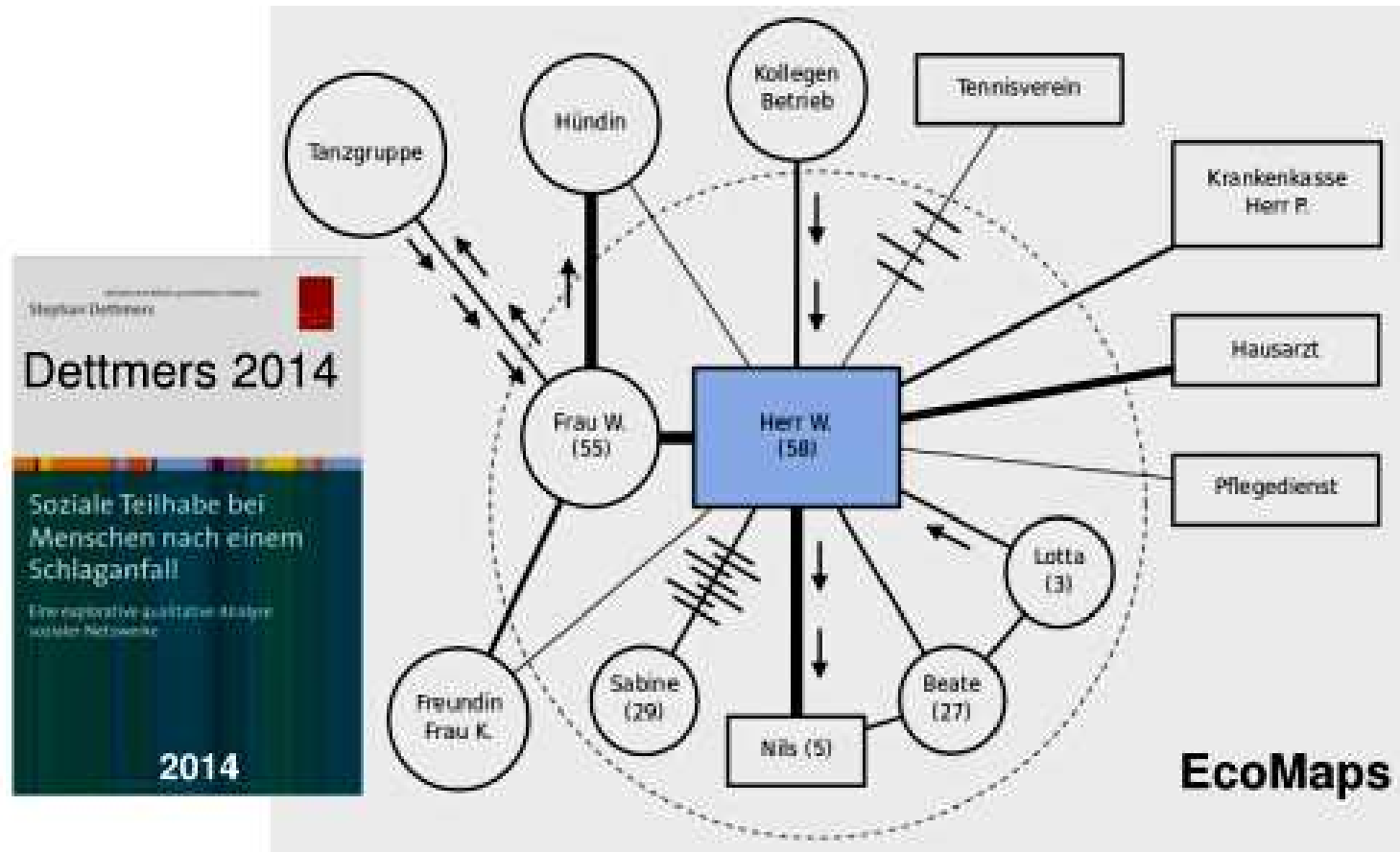
# Philosophie und Ethik der Inklusion

Werteorientierungen und Handlungskonzepte der Menschenrechtsdimensionen (Wocken 2011, S. 57)

Franz. Revolution ↓ Menschenrechte BRK	Werteorientierung ↓ Handlungskonzepte <b>Positive Valenzen</b>	<b>Negative Valenzen</b>
Freiheit ↓ <b>Selbstbestimmung</b>	Autonomie ↓ <b>Assistenz</b>	Unmündigkeit ↓ <b>Fürsorge</b>
Gleichheit ↓ <b>Gleichberechtigung</b>	Gleichwertigkeit ↓ <b>Gleichstellung</b>	Minderwertigkeit ↓ <b>Kategorisierung</b>
Brüderlichkeit ↓ <b>Teilhabe</b>	Zugehörigkeit ↓ <b>Inklusion</b>	Dissoziabilität ↓ <b>Exklusion</b>

# III Wissen schaf(f)t Teilhabe

## Soziale Teilhabe nach Schlaganfall - Netzwerkanalyse sozialräumlicher Partizipation





# „Ergänzende Eingliederungshilfe in der neurologischen Langzeitversorgung von Menschen mit erworbener Hirnschädigung“

Empirische Untersuchung, Dipl. Arbeit von Tim Krüger  
HU Berlin, Rehawissenschaften 2014

## **Modellvorhaben (2013-2016)**

- gefördert vom Nds. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, Hannover

„Erreichte Entwicklungsfortschritte hirnverletzter Betroffener durch erweiterte Förderung in der Rehabilitationsphase F“

Zwischenbericht und geplante Publikation: Quester und Krüger, Universität Köln, Medizinische Fakultät (2017)

- hohes persönliches und finanzielles Engagement!

Rehapsychologie

Prof. Wendel

Masterarbeit

Juliane Nothnagel **2015**



Befragung n = 346

„Teilhabe von Menschen mit  
erworbener Hirnschädigung  
- Theorie oder Wirklichkeit?

Erfahrungen, Wünsche und  
Probleme aus Sicht von Betroffenen,  
Angehörigen und Professionellen“

„**Sind Nachsorge und  
Teilhabe für Sie  
ausreichend?**“

Ja 11%

**Nein 89%**

## **Begründungen für „Nein“:**

### **Fehlendes Wissen und Verständnis**

- für die Problemgruppe MeH

### **Zergliederte Zuständigkeiten**

- Betroffene fallen durch jegliches Raster

### **Gravierende Mängel und Lücken in der Versorgung**

- von Betroffenen und Angehörigen

### **Sozialer Abstieg (Sozialhilfe)**

- von Patienten und/oder Familien

### **Fehlende flächendeckende Angebote**

- an spezialisierten Angeboten und Einrichtungen

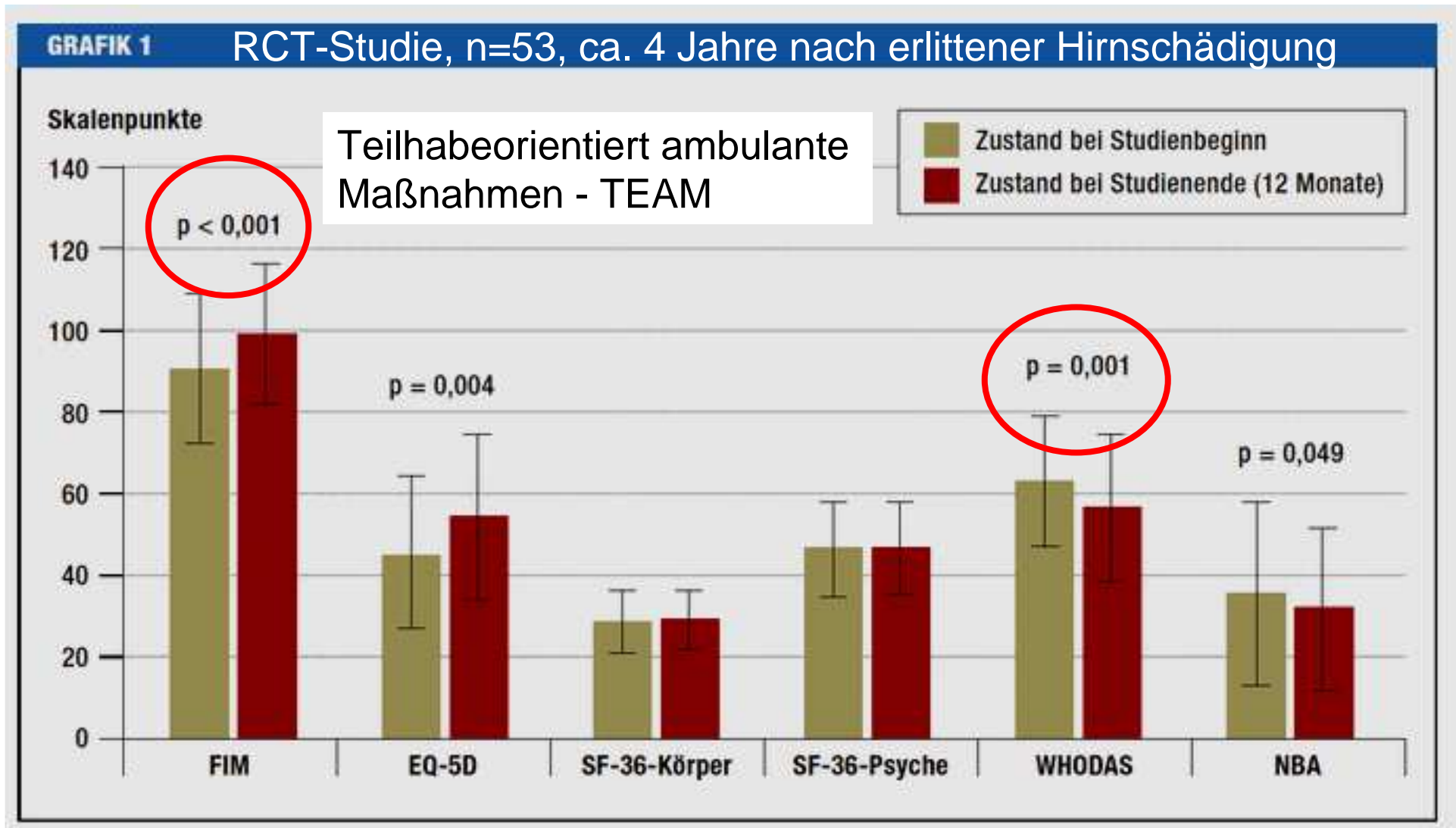
### **Mangelnde Regionalisierung**

### **Fehlende teilhabeorientierte und partizipative Forschung**

**Weit entfernt vom Ziel der  
Teilhabe!**

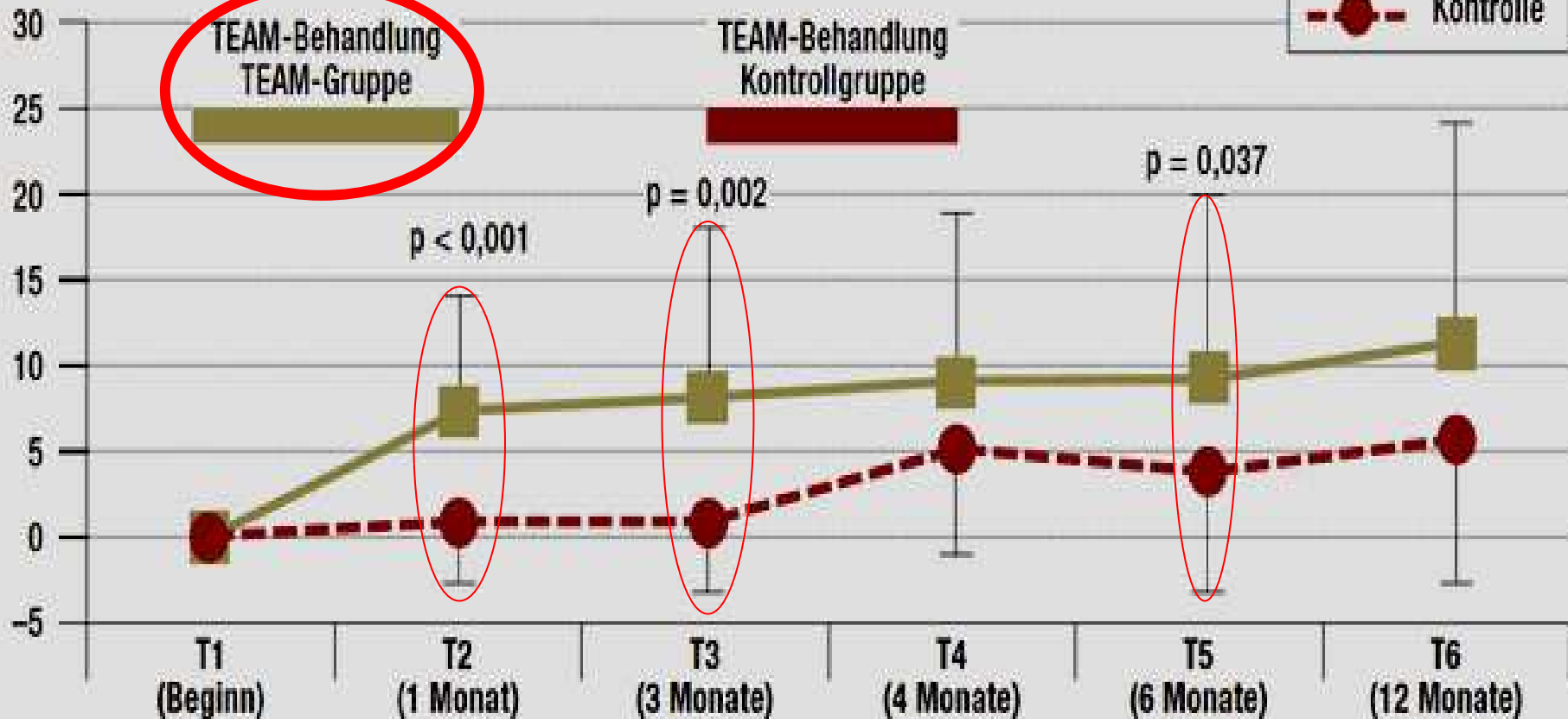
# Langzeitrehabilitation nach erworbener Hirnschädigung Phase B

Bender et al 2016



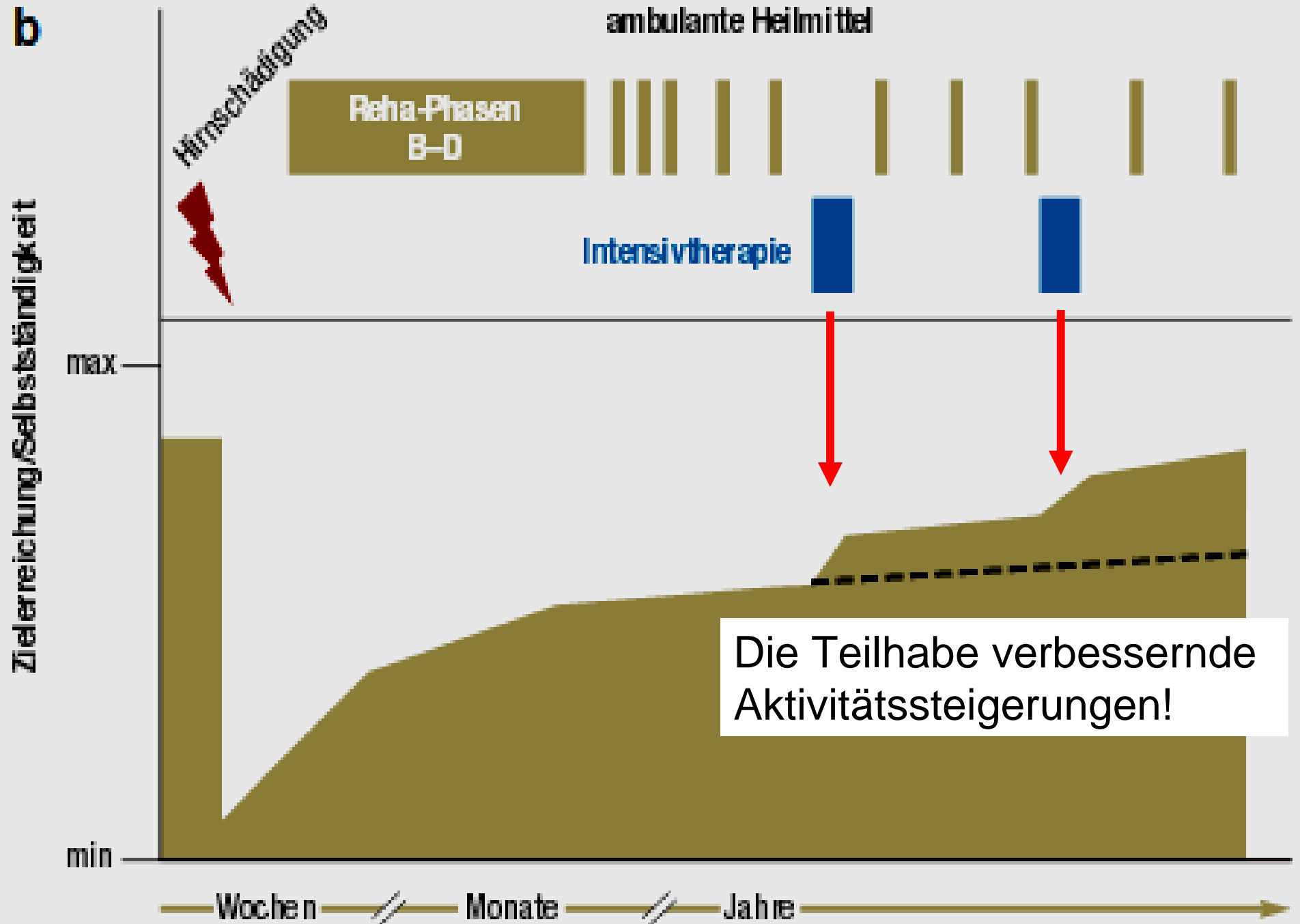
GRAFIK 2

Veränderungen FIM  
( $\Delta$  FIM)



Veränderungen des FIM im Studienverlauf ( $\Delta$  FIM), jeweils bezogen auf den Anfangswert zu Studienbeginn, getrennt nach **Behandlungsgruppen**. Die Signifikanzangaben beziehen sich auf t-Tests bei unabhängigen Stichproben zum jeweiligen Messzeitpunkt (2-seitig). Die TEAM-Behandlung fand in der TEAM-Gruppe zwischen T1 und T2 statt, in der Kontroll-Gruppe zwischen T3 und T4. FIM, Functional Independence Measure; TEAM, teilhabeorientierte ambulante Maßnahme

**b**



Pöpl, Fries, Deck, Reuther  
2016:

## Teilhabe nach Schlaganfall: Ergebnisse einer multizen- trischen Katamnese studie in der ambulanten Neuro- rehabilitation (Teil 1)

DOI 10.1055/s-0041-110202  
Akt Neurol 2016; 43: 14–23

n = 405, 17 Zentren  
4 Messzeitpunkte bis 12 Mon.  
nach Rehaende  
Fremdeinschätzung durch  
Ärzte

**Positive und nachhaltige  
Effekte auf Teilhabe und  
selbstbestimmte Lebens-  
führung** 12 Monate nach  
Rehabilitationsende:

- (1) Sexualeben
- (2) Stress / außergewöhnliche Belastungen
- (3) Erholung und Freizeit
- (4) Familiäre und häusliche Verpflichtungen

gemessen am IMET  
Index zur Messung der  
Einschränkung der Teilhabe  
(Dick et al 2007)

# Neurologische TeleRehabilitation

Keidel et al 2017

## In der Reha-Nachsorge:

- Funktionsrestitution, Stabilisierung
- Alltagstransfer, Verlaufsbeurteilung
- **Förderung von Selbständigkeit und Teilhabe**
- Personennah, im Wohnzimmer
- Digitale Informations- und Kommunikationstechnologien



Metanalyse von 11 RCT-Studien (Chen et al 2015):

- Verbesserungen von Alltagsaktivität und Motorik

Mehrere Studien zur Telesprachtherapie:

- Sreen-to-Screen und Face-to-Face gleich gut!

**„Schließung einer poststationären Reha-Lücke“!**

# IV BTHG – Versprechen ...

Hintergrund: Partizipationsbewegungen (seit 1960)

SGB IX (2001), Behindertenbericht (2009), Teilhabebericht (2013), **Menschenrechtliche Verpflichtungen (UN-BRK)**

## **Gestaltung eines modernen Teilhabegesetzes**

1. Umsetzung der UN-BRK (**Koalitionsvertrag 2013!**)
2. Zusammenführung des Behinderten- und Teilhaberechts in ein Sozialgesetzbuch (SGB IXneu)
3. Herauslösen der Eingliederungshilfe aus dem Fürsorgesystem – Wechsel vom Fürsorge- zum Teilhabesystem

**BMAS: „Die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe ermöglichen.“**



# Spektrum der Ansichten (Auswahl)

## Positiv:

- Teilhabeplankonferenz nach § 20 SGB IX neu
- Gleichrang von Eingliederungshilfe und Pflegeleistungen (für Erwerbstätige im häuslichen Umfeld) § 91(3)
- Teilhabeplanverfahren nach §117 SGB IX

## Negativ:

- Eingeschränktes Wunsch und Wahlrecht
- Zumutbarkeitsregelung - in ein Heim gezwungen werden
- Unbestimmtheit von „wesentliche Behinderung“ - viel Interpretationsspielraum bei den Kostenträgern
- Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung als Zugangsvoraussetzung zur WfbM
- Anhaltende Benachteiligungen ....

# ... und Wirklichkeit (Kritik)

## Historisch große Chance für Gleichbehandlung Behinderter vertan!

- Menschenrechtliche Gebote der UN-BRK nicht umgesetzt!
- Zusammenführung in ein SGB IX unvollständig und zögerlich (bis 2020)!
- Systemwechsel nur in Ansätzen gelungen!

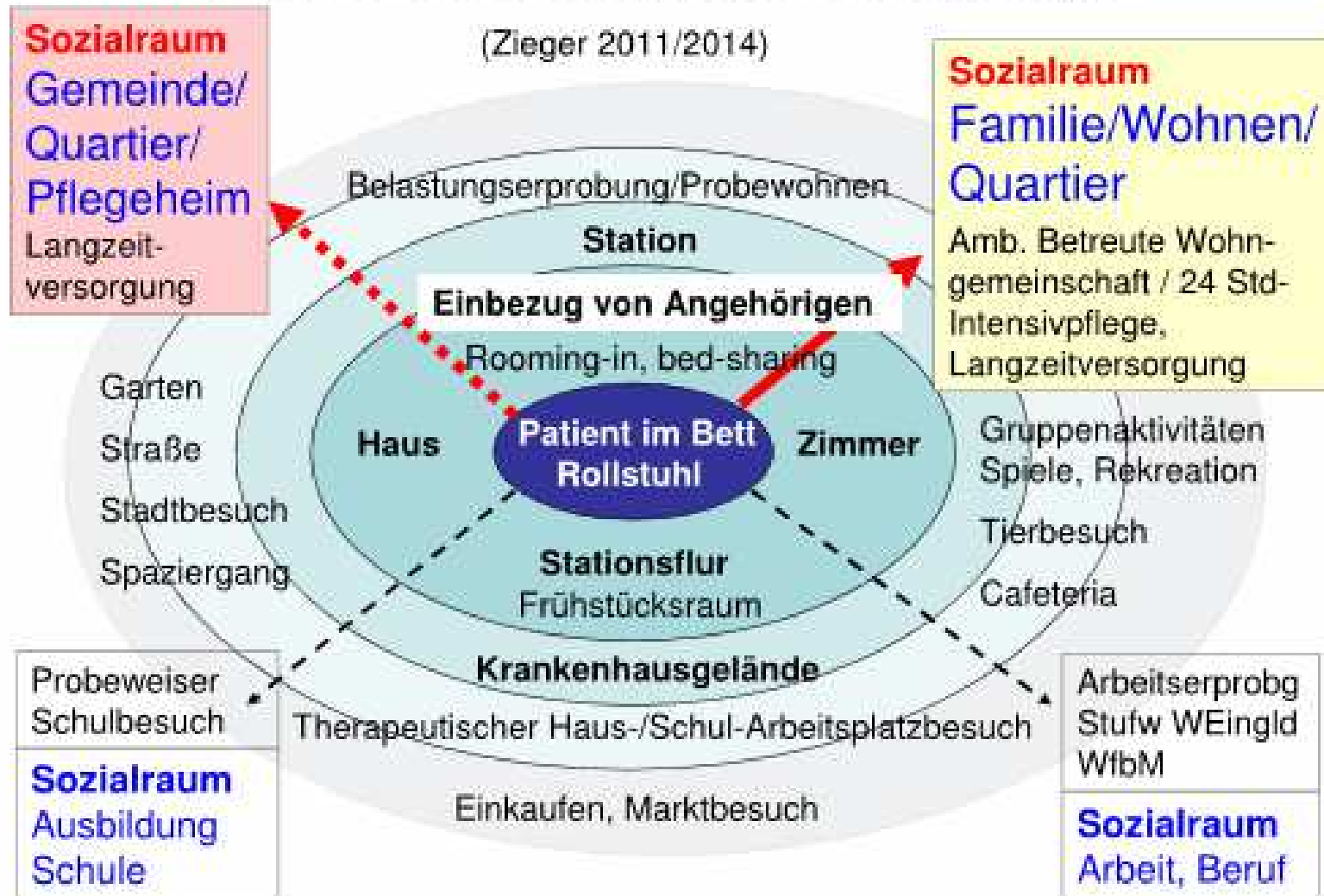
**Unklare Definition der „Lebensbereiche“ (§ 99)**  
Repräsentative Evaluationsstudie vom BAMS am  
20.01.2017 in Auftrag gegeben - **Beschlußfassung**  
durch den Dt. Bundestages frühestens **2023!**

**„Optimal gemachtes Spar- und  
Umverteilungsgesetz unter dem Namen  
Bundesteilhabegesetz“** (Fuchs 2016)

**#NichtMeinGesetz!** (Behinderte – Abilitywatch 2016)

# V Teilhabe von Anfang an!

## Frühe Sozialraumorientierung!



# Rahmenvertrag Entlassmanagement: poststationärer Bedarf an Rehabilitation, Pflege, Nachsorge und Teilhabe

Dt. Ärzteblatt vom 26.12.2016

## Bekanntmachungen

### Erweitertes Bundesschiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung

In dem Schiedsverfahren – Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 – wurde folgender

### Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement)

zwischen dem GKV-Spitzenverband, K. d. ö. R., Berlin, der Kassenärztliche Bundesvereinigung, K. d. ö. R., Berlin und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin, vereinbart bzw. durch das erweiterte Bundesschiedsamt festgelegt:

#### § 1

##### Geltungsbereich

Der Rahmenvertrag gilt für Entlassungen von Patienten<sup>1</sup> voll- und teilstationären Behandlungen durch das Krankenhaus. Den Vertragspartnern ist bewusst, dass ein Entlassmanagement andere Leistungen und Leistungserbringer umfassen kann, als SGB V und im SGB XI erwähnt; diese sind jedoch nicht Gegenstand dieses Vertrages.

##### Protokollnotiz:

Die Vertragspartner streben an, den Vertrag anzupassen, sobald die Bestimmungen zu den stations-

Gültig ab 1. Juli 2017

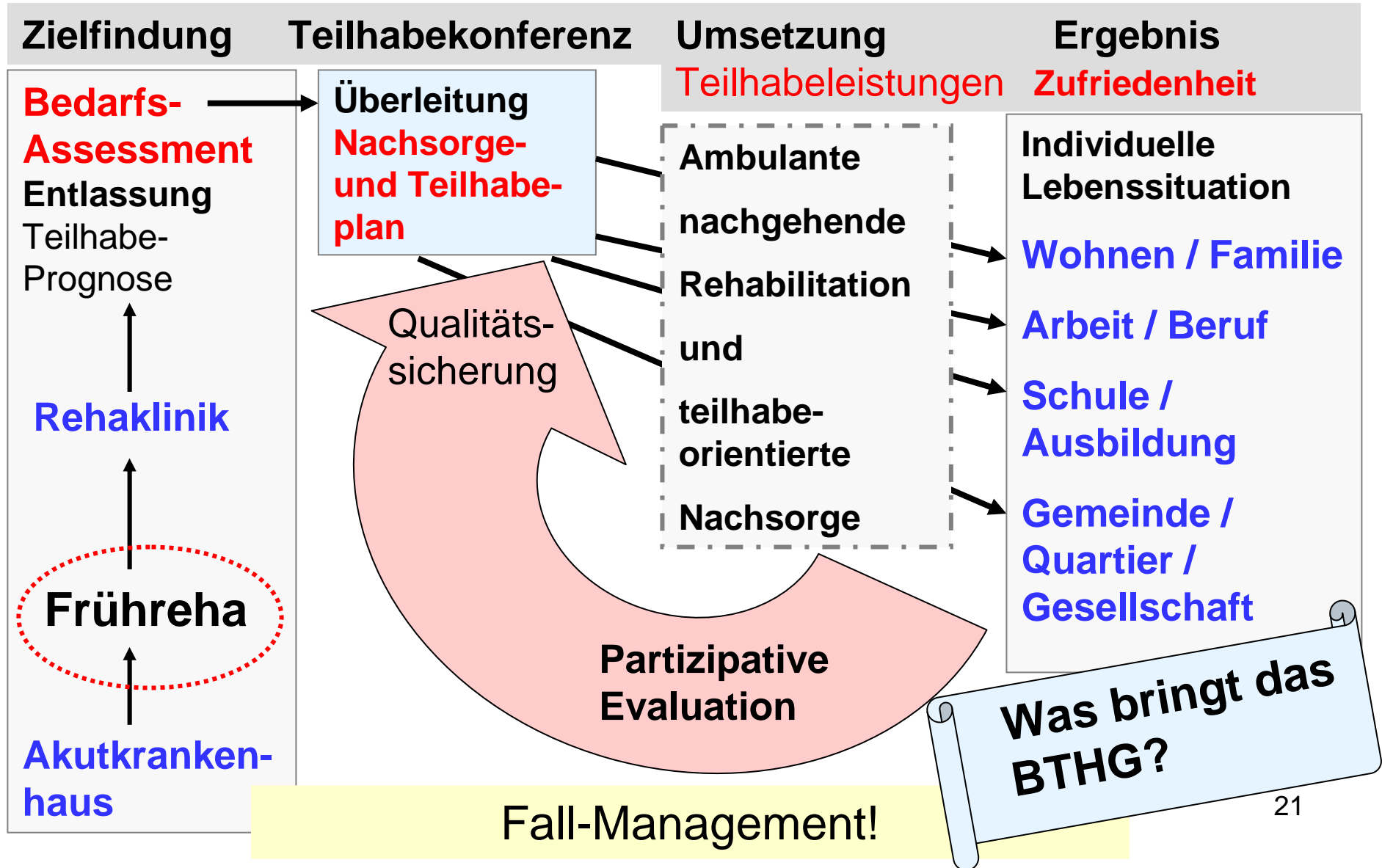
**DKG hat Einspruch erhoben!  
Aufschiebende Wirkung?**

sources- und teilhabeorientiert und trägt in enger Abstimmung mit dem Patienten oder dessen gesetzlichem Vertreter/Betreuer dem individuellen Hilfe- und Unterstützungsbedarf des Patienten Rechnung.

3) Der Anspruch des Patienten auf ein Entlassmanagement im

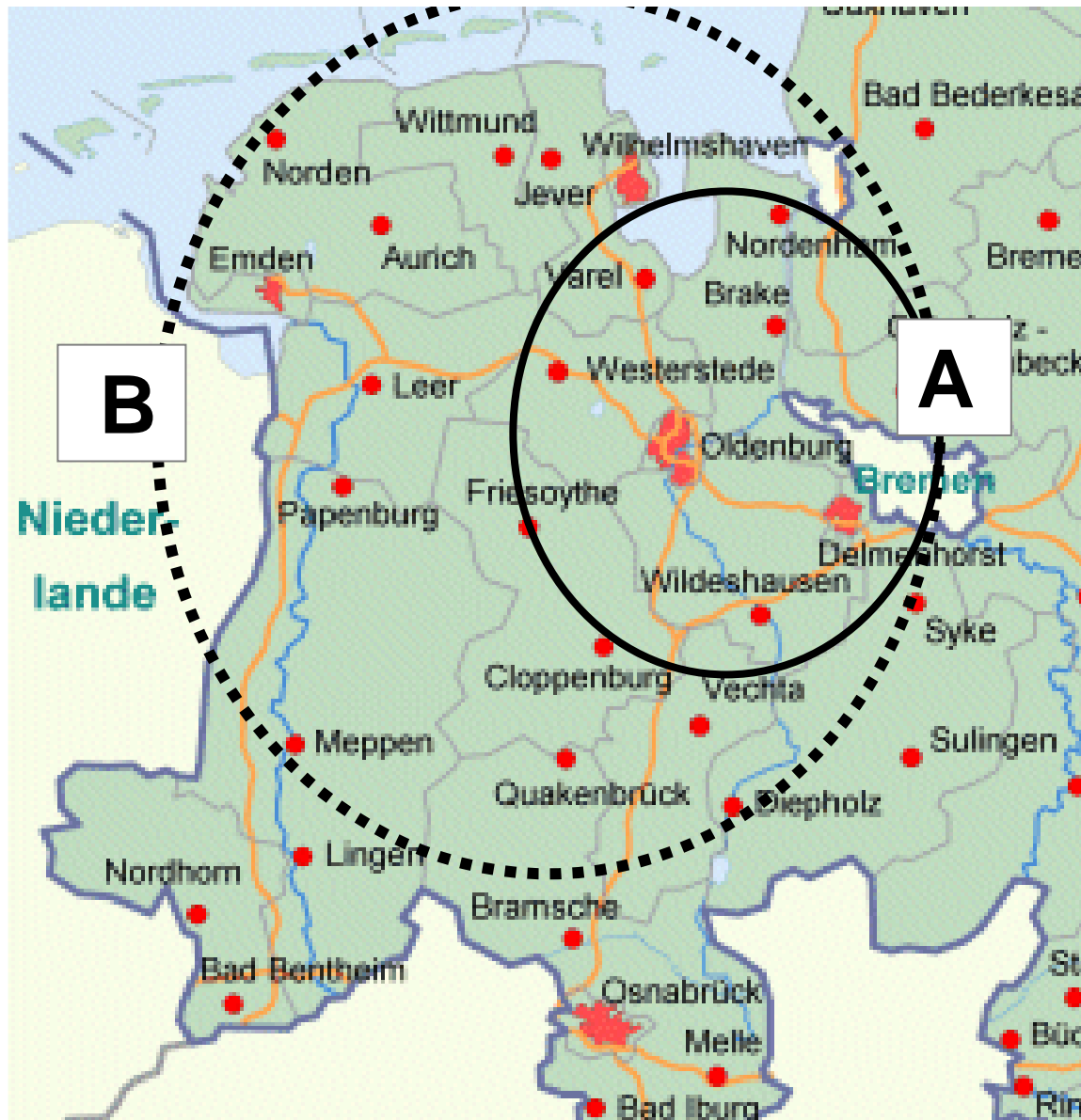
# Partizipatives Nachsorge- und Teilhabe- management (Teilhabeplan)

(Zieger 2011/2014)



# „Regionales Netzwerk Nachsorge und

Teilhabe für MeH...“ Start 1.1.2015 Zieger, Alber, Schulze



## **A Region Oldenburg**

600.000 Einwohner

ca. 6000 Neuro-Betroffene

**ca. 600 - 1800 Personen mit  
Bedarf an Nachsorge- und  
Teilhabemanagement**

## **B NW-Niedersachsen**

1,7 Mio Einwohner

ca. 17000 Neuro-Betroffene

**ca. 1700 - 5100 Personen  
mit Bedarf an Nachsorge-  
und Teilhabemanagement**

**Über 70 Teilnehmende  
aus allen Bereichen**