

Nachsorgemanagement und Teilhabe**f**orschung – Herausforderungen für das Ambulatorium ReH**a**bilitation

Andreas Zieger

www.a-zieger.de

Fachübergreifendes Symposium „Stroke“
13. Juli 2012, CvO Universität Oldenburg

Übersicht

1. Rahmenbedingungen
2. Mängel in nachgehender Reha und Nachsorge und verstärkte Aktivitäten
3. Reha/Nachsorge/Teilhabemanagement
4. Teilhabeorientierte Bedingungen in Nordost-Niedersachsen
5. Herausforderung

1. Rahmenbedingungen

Soziale Bedeutung (nach Reuther 2011)

8 Mio = 10% „Behinderte“ in D (bei 80 Mio. Einw.)
davon

- 400.000 Schlaganfallfolgen
- 400.000 Schädel-Hirntraumafolgen und
- ??? neurologisch-chronisch Kranke

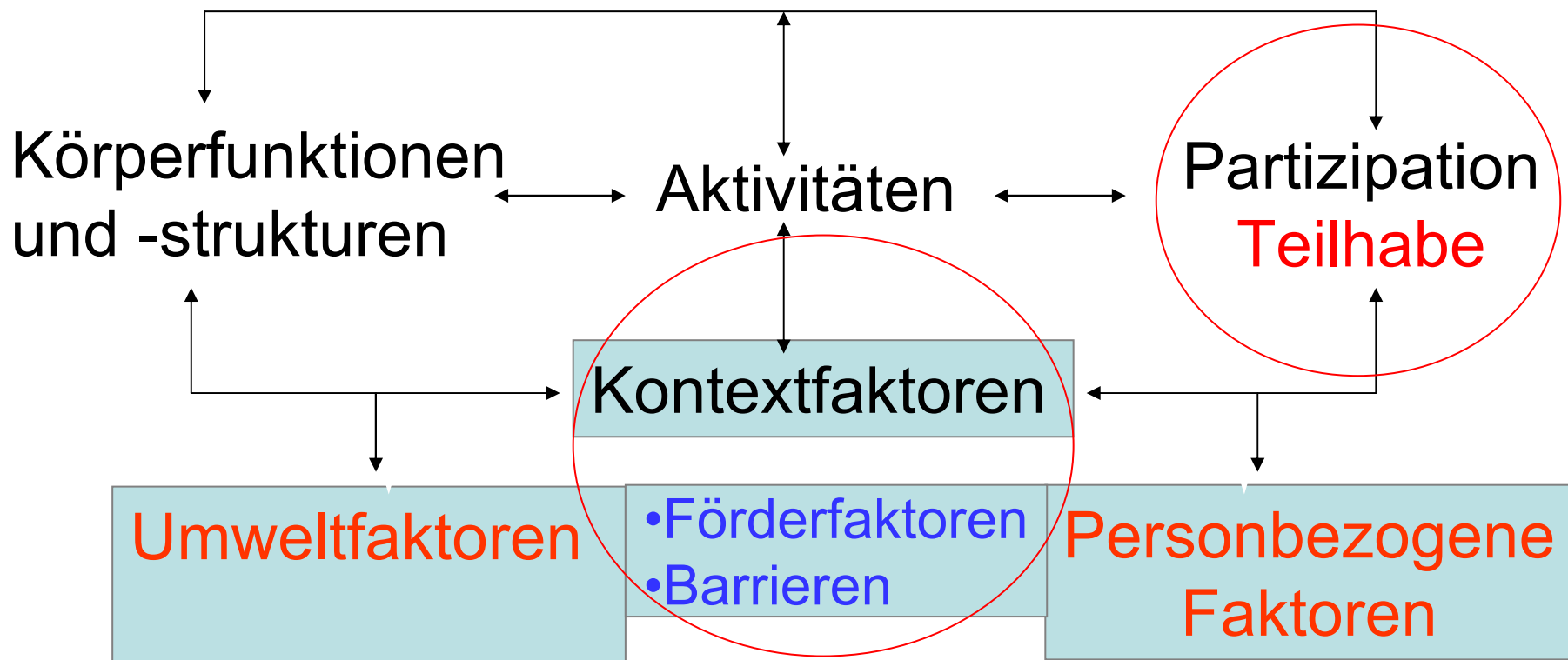
2,8 Mio. = 35% „neurologisch Behinderte“ in D
davon in **NW-Niedersachsen** (bei ca. 2,5 Mio. Einw.)

- 250.000 „Behinderte“, davon (35%)
- 83.000 „neurologisch Behinderte“ (+ Angehörige!)

Biopsychosoziales ICF-Modell (WHO 2001)

Gesundheitsproblem einer Person

Gesundheitsstörung, Krankheit oder Behinderung



modifiziert nach Schuntermann 2005

SGB IX Rehabilitation und Teilhabe (2001)

- Das Ziel jeder Rehabilitation ist „Teilhabe [...] selbstbestimmte und selbständige Lebensführung.“ (§§ 1 und 4)
- „Teilhabe“ ist das Einbezogenensein einer Person in eine Lebenssituation oder in einen Lebensbereich ...
- um ein unabhängiges, selbständiges und gleichberechtigtes Leben führen zu können.

Schuntermann: Einführung in die ICF, 2005, S. 55

UN-BehindertenRechtsKonvention (BRK 2008)

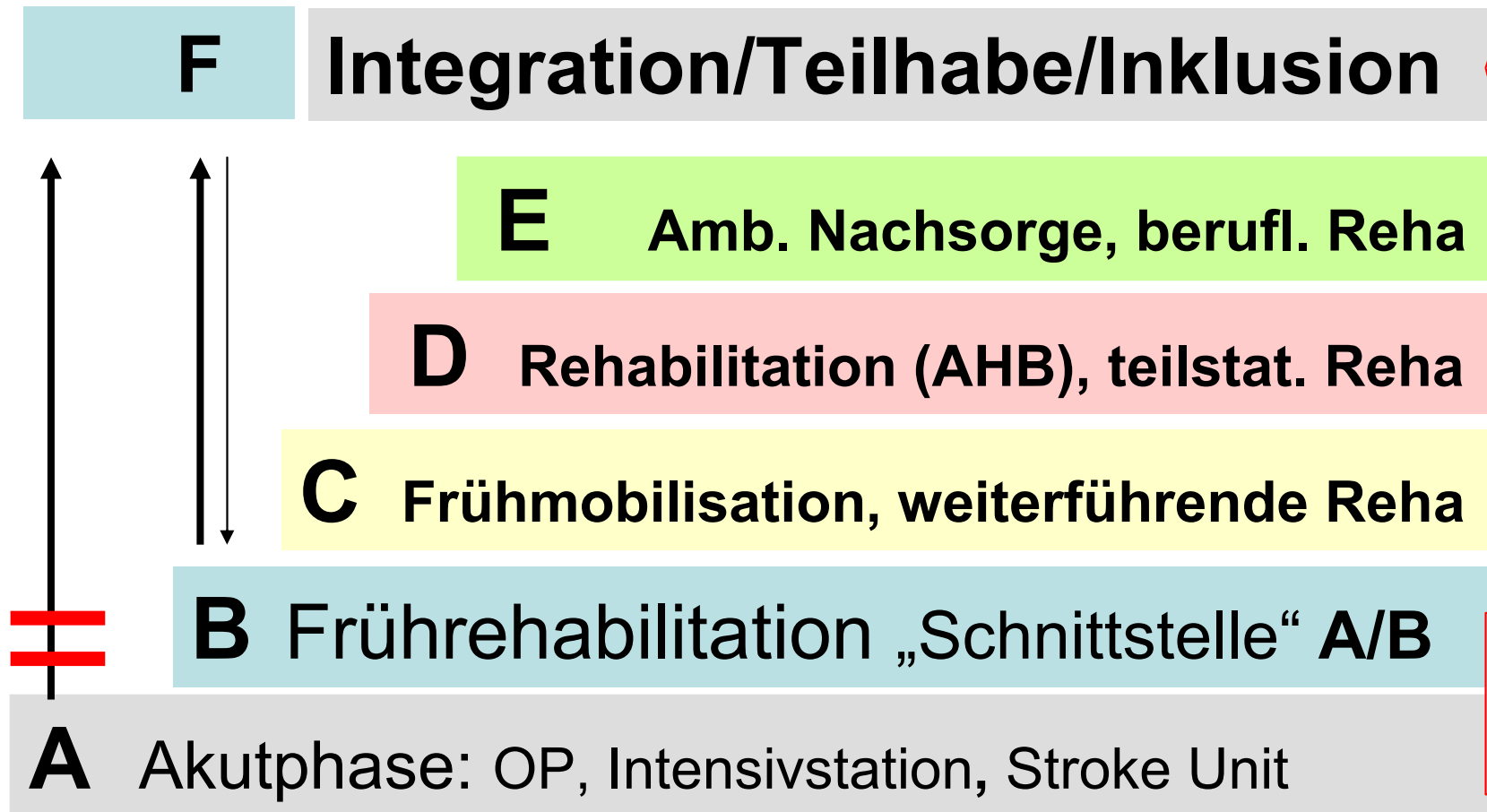
Artikel 26 verlangt von den Staaten
Rehabilitationsdienste und -programme:

- „... *Menschen mit Behinderungen* in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige und soziale und berufliche Fähigkeiten sowie [...] *die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens* zu erreichen und zu bewahren.“

Neurologisches Rehaphasenmodell

„Vom Koma zurück in die Gemeinde ...“

(BAR 1995/2003)



Harry Fuchs, 2006

Regierungsberater für das SGB IX



*„Nicht die Art und Schwere einer Erkrankung oder der Grad der Pflegebedürftigkeit, sondern **Art und Ausprägung** der durch die Art und Schwere der Erkrankung oder Pflegebedürftigkeit Verursachten **Teilhabebeeinträchtigung** [ist] **Maßstab für** eine medizinische Rehabilitationsleistung, **die Rehabilitations-(Teilhabe-)prognose...**“*

2. Mängel ...

- Erhebliche Informations- und Beratungsdefizite
- Mangelnder Transfer und Generalisierung von in der Reha erlernten Aktivitäten in den Alltag
- Mangelnde nachgehende Rehaaktivitäten
- Mangelnde Nachsorgestrukturen
- Mangelnde Nachhaltigkeit/Wirksamkeit
- SGB IX nur ein Leistungserbringungsgesetz ohne Anspruch!

Transfer in den Alltag? Nachhaltigkeit?

- 60% kein Einsatz verfügbarer Fähigkeiten im Hausalltag (Sterr et al 2002)
- 33-80% verlassen nicht das Haus trotz erreichter Gehfähigkeit (Hesse et al 2001; Lord et al 2004)
- 40% Verlust motorischer Fähigkeiten (Langhammer 2003)
- 21% Abnahme der Mobilität (Port et al 2006)

Fries & Fischer 2008, S. 267:

*„Eine Vielzahl von Studien hat gezeigt, dass funktionelle Verbesserungen **nicht in den Alltag transferiert** werden können oder dort **nicht nachhaltig** wirksam bleiben.“*

Langzeit- und Nachsorgestrategien zur Förderung von Teilhabefähigkeit

Interventionsstudien (nach Schupp 2011)

- Regelmäßige körperliche Aktivität im Alltag
(Ada et al 2006, Flansbjer et al 2008; Goodwin et al 2008)
- Freizeit- und Alltagsaktivitäten
(Legg et al 2007, Walker et al 2004)
- Heimtraining zur Gehfähigkeit (Page et al 2008)
- Schulung von Selbstmanagement
(Johnston et al 2007)
- Fahrtraining/Fahrproben
(Akwintwantau et al 2011)
- Sprache und Kognition (Nobis-Rosch et al 2010)

Beeinträchtigung der Teilhabe

(Fries & Fischer 2008)

Pilotstudie zum Anteil von Aktivitätsstörungen und person-/umweltbezogenen Kontextfaktoren

- Prospektive Einschätzung (im Team) der Anteile an der Gesamtbehinderung bei 49 Patienten:

Anteil von Funktions-/Aktivitätsstörungen: **58,4%**

Anteil der Kontextfaktoren an der Gesamtbehinderung/Teilhabebeeinträchtigung: **41,6 %**

- Personbezogene Kontextfaktoren 26,5%
- Umweltbezogene Kontextfaktoren 15,1%

Bedarfe und Bedürfnisse aus Sicht der Angehörigen (Reimann & Wallesch 2010)

- Gravierende Informationsmängel zum Thema Hirnschädigung, zu wenig Beratung über Angebote und Unterstützung
- Mangel von der Akutversorgung über die Reha bis nach der Entlassung in den „Alltag“
- Unangemessener Umgang von Ärzten: keine Kommunikation auf Augenhöhe
- Angehörigenrolle und –wissen wird nicht akzeptiert und einbezogen
- Nach der Entlassung Mangel an Fachpersonal
- „Marathon im Labyrinth“ (Zuständigkeiten)

Spezieller rehapädagogischer Interventionsbedarf (nach Schupp 2011)

- Frühe Information und umfassende Beratung
- Schulung (Edukation) im Umgang mit eigener Erkrankung und Krankheitssymptomen
- Vermittlung von konkreten Maßnahmen zur Verhinderung/Verminderung von Folgekomplikationen und Rückfällen
- Förderung von Eigeninitiative und Krankheits-/Behinderungsbewältigung für Betroffene
- Vermittlung von Bewältigungs- und Anpassungsstrategien für Angehörigen
- Zielfindung mit Blick auf Partizipation/Teilhabe

... und verstärkte Aktivitäten

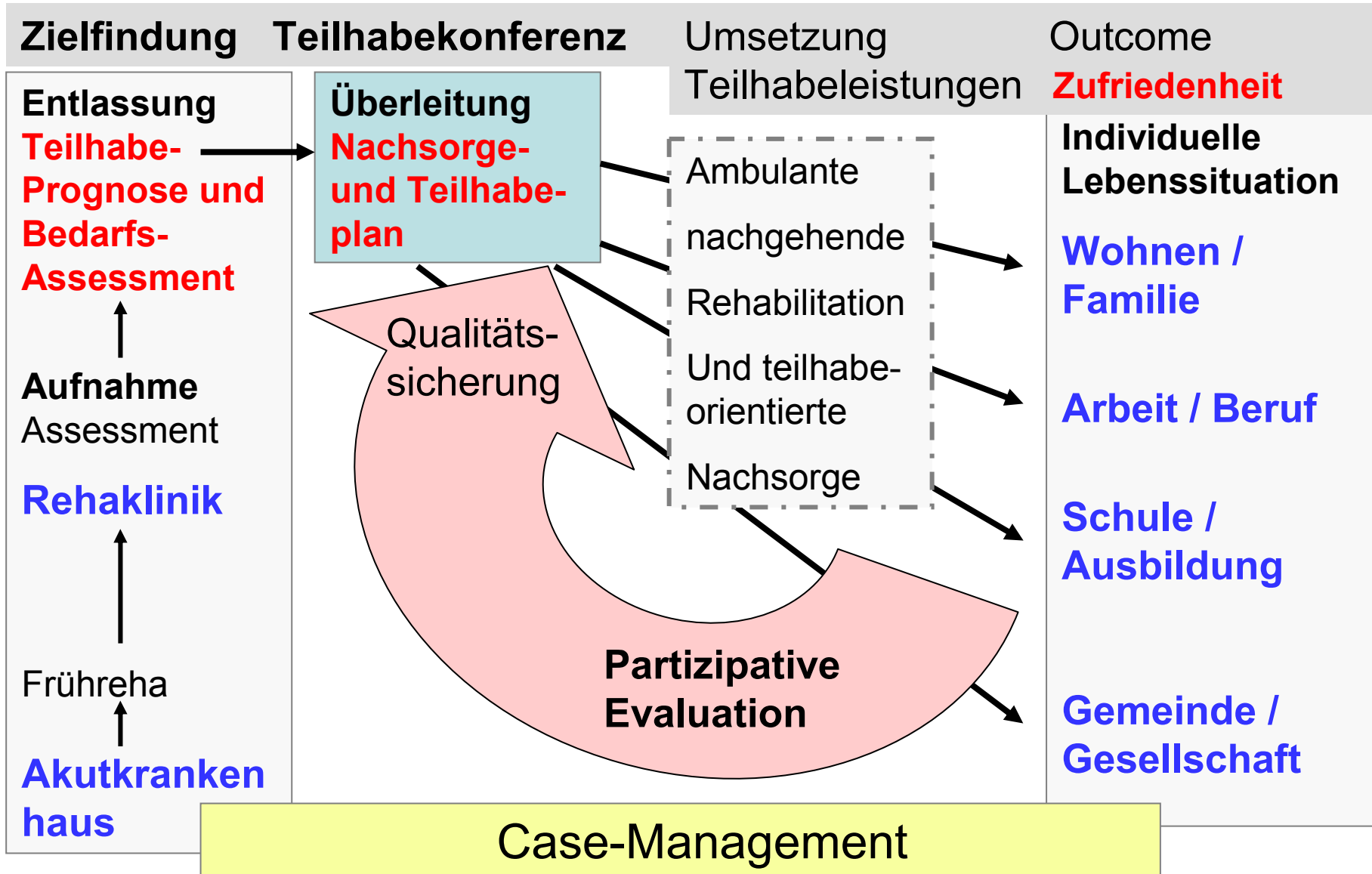
6. Nachsorgekongress „AG Teilhabe, Rehabilitation, Nachsorge und Integration nach Schädel-Hirnverletzung“

Resolution vom 2. März 2012, Berlin

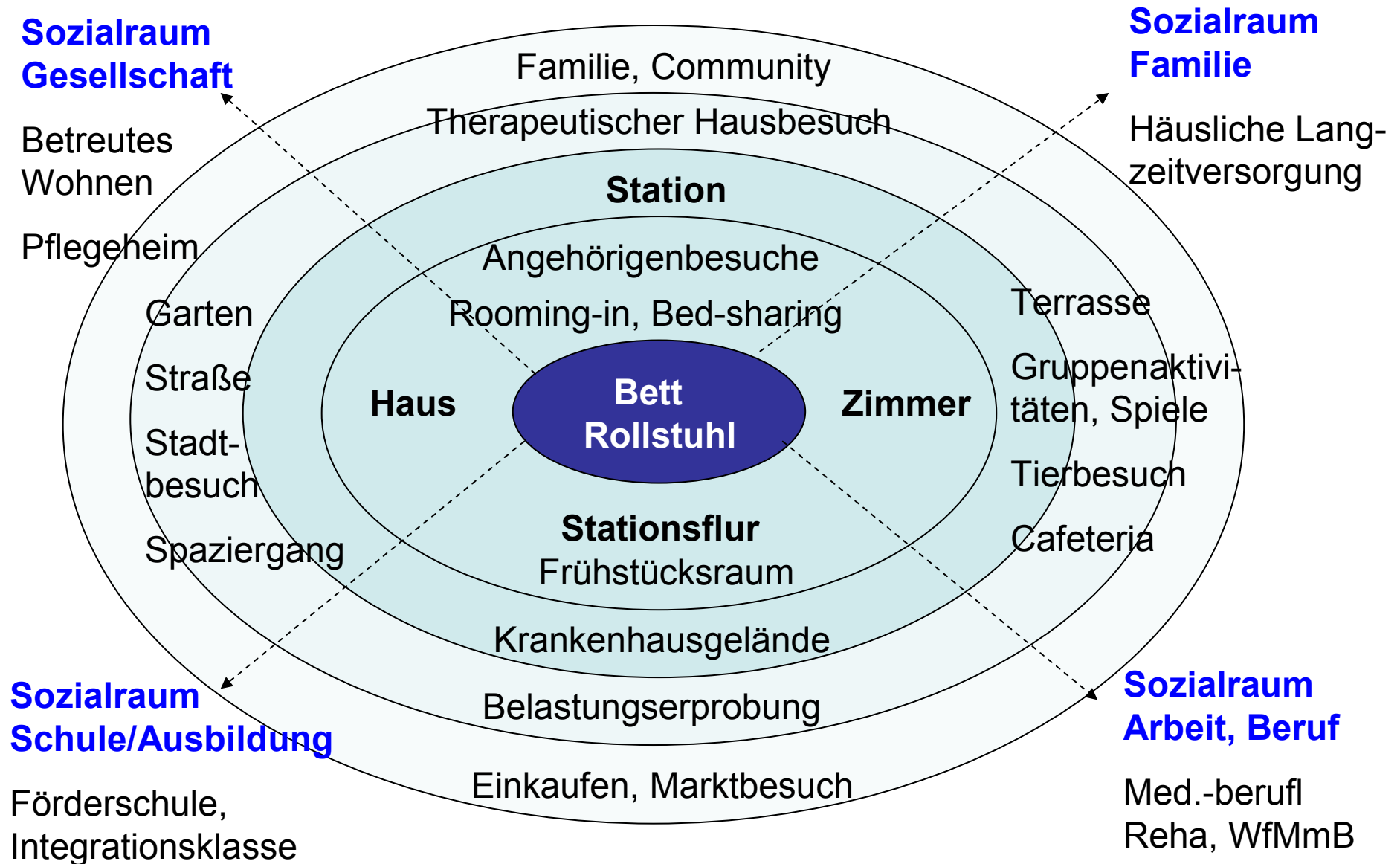
*[...] die Berücksichtigung und offizielle Anerkennung der besonderen Bedarfe von Menschen mit erworbener Hirnschädigung im Sozialrecht und in der Gesundheitsberichterstattung,
[...] den ungehinderten Zugang zu individuell bedarfsgerechten Teilhabeleistungen ohne zeitliche Verzögerung und bürokratische Hürden [...]*

3. Nachsorge/Teilhabe-Management

unter Beteiligung der Betroffenen/Angehörigen

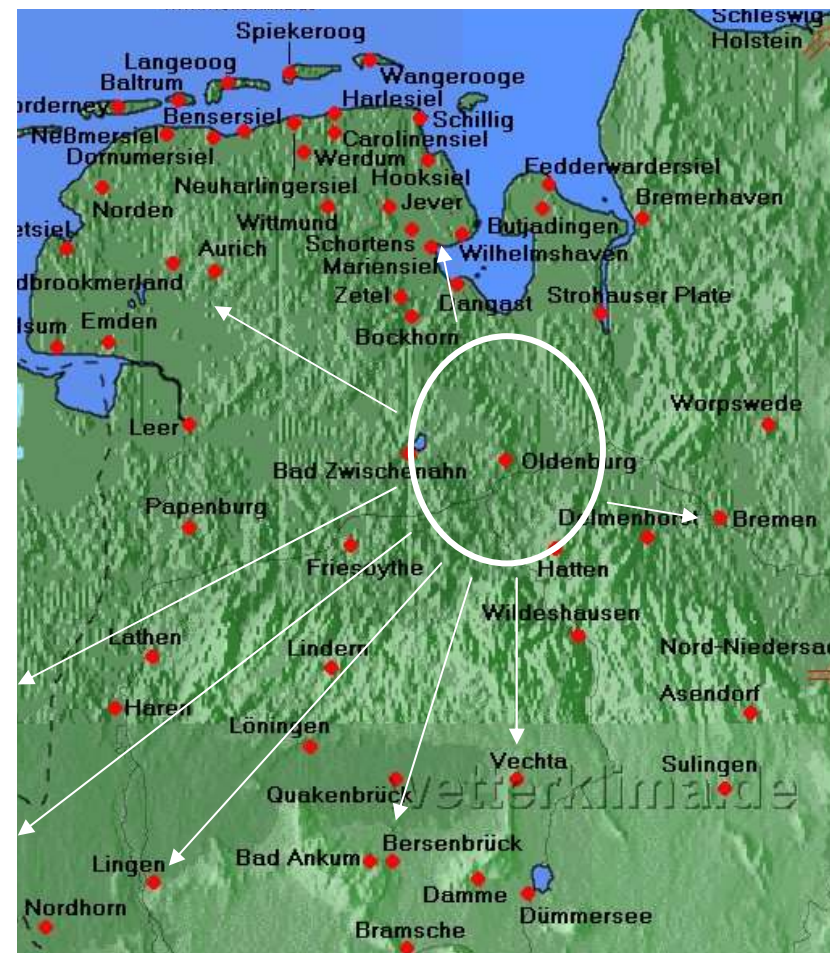


Partizipation/Teilhabe von Anfang an!



4. Teilhabe-/Forschungsorientierte Bedingungen in NW-Niedersachsen

- Flächenland, lange Wege
- Ländliche (Sozial-)Räume
- Mangelnde Infrastruktur: keine Tagesstätten und adäquate Wohnformen
- Mangelnde Vernetzung und Koordination
- Fachkräftemangel
- 4 Fachhochschulen
- 2 Universitäten (EMS i.Gr.)



Stationäre (klinische) Einrichtungen

1. Abteilung für Schwerst-Schädel-Hirngeschädigte (NeuroReha B und C) am Evangelischen Krankenhaus Oldenburg
2. Neurologisches Rehasentrum Oldenburg (Phasen D und E, auch teilstationär)

„Oldenburger Modell“: Durchgängige Neuro-Versorgung von Phase A bis E!

3. Neuro-Rehasentren in Wilhelmshaven, Meppen und Lingen
(Bremen: NRZ „Friedehorst“ und ambulante neurologisches Reha „Rehaschare“)

Ambulante Therapie-, berufliche Reha-,
Nachsorge- und Pflege-Einrichtungen für
hirnverletzte Kinder, Jugendliche und
Erwachsene

1. Aphasiezentrum Vechta-Langförden
2. Reha aktiv Bersenbrück
3. Evangelischer Krankenhausverein
Emlichheim, Haus Soteria
4. Phase F-Pflegeeinrichtungen in Barßel,
Emlichheim, Sande, Süstedt und Vechta-
Langförden, Bersenbrück

Tagespflege? Tagesklinik? Tagesstätten?



APHASIE- UND
SENIORENZENTRUM
JOSEF BERGMANN

Allgemein

Über uns

Therapie

Wohnen

Pflege

Fort- & Weiterbildung

Kontakt

Anschrift und Impressum

Aphasie- und Seniorenzentrum Josef Bergmann
gemeinnützige GmbH
Josef-Bergmann-Strasse 1
49377 Vechta-Langförden

Telefon 04447/970-0
Fax 04447/970-199
Email [info\(at\)aphasie-zentrum.de](mailto:info(at)aphasie-zentrum.de)

Geschäftsführer: Franz-Josef Ferneding
Amtsgericht Vechta 7 HRB 205618
Steuernummer 68/201/06657



- **Anschrift und Impressum**
- **Spenden & Sponsoring**
- **Mitgliedschaft im Bundesverband**
- **Anfahrtsskizze**

Reha aktiv Bersenbrück GmbH

Über uns

Aktuelles

Einrichtungen

Spenden

Stellenangebote

Downloads

Stiftung der HpH

Heilpädagogische
Hilfe Bersenbrück
gGmbH

Bersenbrücker Gem.
Werkstätten

RA gGmbH

Neue Chancen und Möglichkeiten für Menschen mit neurologischen Schädigungen

Menschen mit einer hirnganischen Schädigung oder neurologischen Erkrankung erhalten in unseren Einrichtungen Möglichkeiten zur beruflichen Rehabilitation und Integration (Berufliches Rehabilitationszentrum, Phase E) und zur Langzeitrehabilitation (Neurologisches Pflegezentrum, Phase F).

Im Beruflichen Rehabilitationszentrum Bersenbrück werden Menschen, die eine medizinische Rehabilitation abgeschlossen haben, individuell gefördert und auf die Praxis des Arbeitslebens vorbereitet.

Ziel ist die erfolgreiche Integration auf den allgemeinen Arbeitsmarkt bzw. die Integration in Schule und Ausbildung.

Im Neurologischen Pflegezentrum Möhringsburg werden diejenigen Menschen individuell betreut, gefördert und gepflegt, die nach einem Aufenthalt in einer medizinischen Rehabilitationsklinik der Phasen B/C weiterhin einen erhöhten speziellen Pflege- und Förderbedarf haben.

Das Altersspektrum umfasst junge Erwachsene und Erwachsene aller Altersstufen mit folgenden





Haus Soteria





„Entwicklungsland“
NW-Niedersachsen

**Keine
Tagesstätte für
hirnverletzte
Kinder,
Jugendliche und
Erwachsene!**

Fachverlag
NOT

Leimersheim

Neue
Auflage
2012

Bsp. Ambulante Neuropsychologie

20-jährige Bemühungen der Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP) und des Verbandes der Niedergelassenen Neuropsychologen (VNN e.V.)

Zulassung als Kassenleistung durch den G-BA am 23.2.2012 zum 1. Juli 2012:

- „nicht angeboren“, „nicht länger als 5 Jahre her“
- Ca. 60.000 neuropsychologische behandlungsbedürftige Schädel-Hirnverletzte pro Jahr
- Ca. 80 niedergelassene Neuropsychologen bundesweit
- In NW-Niedersachsen: 1 x Bad Zwischenahn und 1x Wilhelmshaven

5. Herausforderungen für das Ambulatorium ReHAbilitation

Presseerklärung der CvO Universität Oldenburg vom 9. Juli 2012:

Die Clearingstelle "Stroke,, ... will künftig einen zentralen Beitrag in der **Vernetzung und Kooperation** bestehender Versorgungsangebote in und um Oldenburg hin zu einem **ganzheitlichen Beratungsangebot** leisten.

*„Dabei streben alle Beteiligten eine **Kooperation** mit dem künftigen Wissenschaftlichen Zentrum für*

***Versorgungsforschung der European Medical School (EMS) an"**, erläutert Prof. Dr. Gisela C. Schulze vom Ambulatorium für ReHAbilitation.*

Mögliche Aufgaben/Aktivitäten

Humanwissenschaftliche Interdisziplinarität als Grundlage

- Information und Beratung
- Ausbildung, Schulung, Qualifizierung
- Person-Umfeld-Analyse und Projektarbeit am gemeinsamen Gegenstand „Teilhabe“
- Unterstützung beim Casemanagement
- Lehre, Gaduiertenakademie
- Versorgungs-(Teilhabe-)Forschung
- Partizipative Evaluationsforschung

Wirksamkeit ganzheitlicher Reha und teilhabeorientierter Versorgung (USA)

- Interdisziplinäre ambulante wohnortnahe Reha fördert soziale Integration/Teilhabe **nachhaltiger** als traditionelle funktionsbezogene Reha (Malec 2001, Goranson et al 2003)
- Positive Effekte nach 2 Jahren **nachhaltig** nachweisbar (Powell 2002)
- Das soziale und emotionale „**Klima**“ (**Milieu**) der Reha und Nachsorge spielt **eine besonders positive Rolle** (Prigatano 2004)

Merkmale von Teilhabeforschung

1. Fokussierung auf Teilhabe und Selbstbestimmung
2. Kontextorientierter Ansatz
3. Beteiligung der betroffenen Menschen
4. Interdisziplinarität
5. Sozial- und gesundheitspolitischer Ansatz
6. Nationale und internationale Ausrichtung

Aktionsbündnis Teilhabeforschung

Veranstalter:

- DVfR & DRGW

Auftaktveranstaltung 27.11.2012, Berlin

Mitveranstalter:

- Deutscher BehindertenRat
- Bundesbehindertenbeauftragter
- Verbände
- Aktionsgruppen
- IMEW u.a