

Projekt
*Aufbau eines **Re**gionalen Netzwerkes
Nachsorge und **Te**ilhabe
für Menschen mit erworbener
Hirnschädigung (MeH) - **ReNaTe***

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

Auszug aus Projektskizze

Entwurf 6, vom 11. Nov. 2015

„Erkundungs- und Planungsphase

Gespräche mit potenziellen Partnern, Teilnehmern, Akteuren, Interessenten und Verantwortlichen:

- Kliniken, Zentren und Einrichtungen
- Niedergelassene Ärzte, Fachanwälte
- Beratungsstellen, Selbsthilfe, Wohlfahrtsverbände
- Fachdienste, Behindertenbeiräte Stadt und Landkreise
- Versorgungsforscher, Projekt- und Kostenträger

Es geht um die Vorstellung der Projektidee, Abgleich des Problemverständnisses, Informationssammlung, Ressourcenabklärung, Unterstützungs- und Teilhabemöglichkeiten am Netzwerk ...“

Übersicht

I Problemhintergrund - ZNS

II Lösungsmöglichkeiten

III Nächste Schritte

I Problemhintergrund - ZNS

Gehirn/ZNS – „Zentralorgan“ des Menschen/Menschseins (Kultur)



„Soziales“ Organ (Lurija 1992, Fuchs 2008)

- angelegt auf Beziehung, Bindung, Dialog, Person-Umwelt-Interaktion (Partizipation/Teilhabe)
- große plastische Potenziale: Umorganisation, Umstrukturierung, Neubildung, Remission
- lebenslange Lernfähigkeit - **auch nach schwerer Hirnverletzung!**
- „enriched environment“, strukturierte Versorgung

Folgen einer Hirnverletzung oder einer Hirnschädigung („Behinderung“)

Nicht nur

- **Schwere Funktionsstörung** mit **Aktivitätsbeeinträchtigung** (z.B. Arbeitsunfähigkeit)

sondern häufig auch

- **Persönliche Kränkung:** Auslöser für Schuld- und Schamgefühle, Selbstvorwürfe, Selbstentwertung, Angst, Depression
- **Einschränkungen der Teilhabe:** Familie, Schule, Freundeskreis, Verein, mit Rückzug und sozialer Isolation, **auch für Angehörige**
- **Soziale Benachteiligung:** Abwertung, Abstieg in Sozialhilfe, schlimmstenfalls: Armut

„Große soziale Bedeutung“ Reuther 2011



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

- 400.000 mit Schlaganfall-Folgen
- 400.000 mit SHT-Folgen
- 200.000 mit neuromuskulären und anderen neurologischen Beeinträchtigungen

Komplexe
Beeinträchtigungen
Neurokompetenz!

1 Mio chronisch-neurologisch „Behinderte“
davon ca. 20.000 chronisch-kritisch Kranke/Beatmete

10-30% schwer-/mittelschwer Betroffene (Bedarf!)

Ziel: Lebenszufriedenheit durch Rehabilitation und **Teilhabe und Inklusion im Sozialraum** als fachlicher Anspruch und sozialpolitischer Wille ...

Teilhabegebot als ethischer Imperativ

ICF (2001) → **Integration, Teilhabe**

- Teilhabe als **Eingebundensein** einer Person **in alle Lebensbereiche**

SGB IX §§ 1 u 4 (2001)

- Teilhabe und selbstbestimmte Lebensführung als **Ziel der Rehabilitation** → **Solidarität**
- Entwicklung einer **Teilhabeperspektive!**

UN-BRK Artikel 26 (2009) → **Rechtsanspruch!**

- Wirksame Maßnahmen, um die **volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens** zu gewähren ...



Gesundheitliche Versorgung ...

Expertenanhörung im Ausschuss für Gesundheit (5/2015):

- Gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderung muss **menschenrechtskonform** gestaltet werden!

Vera Bentele, Bundesbehindertenbeauftragte blinde Biathletin, am 18.3.2015, in Berlin:

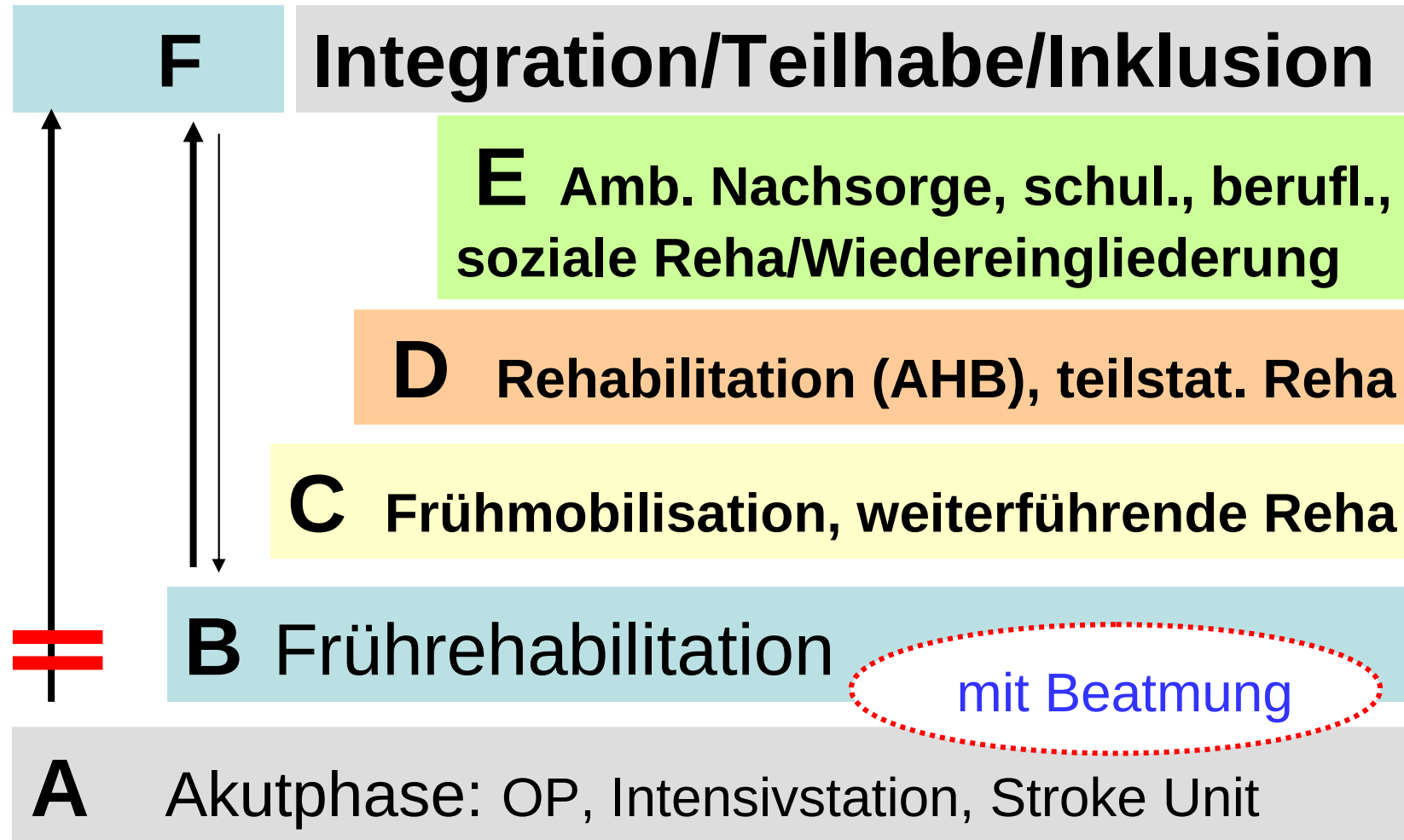
- Plädoyer für eine **inklusive Gesellschaft**
- wie ein Bundesteilhabegesetz aussehen muss, um **Lebensqualität behinderter Menschen** zu **verbessern**.



Quelle: Lebenshilfe-Zeitung 2/2015, S. 10

Neurologisches Rehaphasenmodell

„Vom Koma zurück in die Gemeinde“ (BAR 1995)



Barrieren und Mängel – (1) Strukturell

4. Nachsorgekongress der „AG Teilhabe“ 2010

- „Mangel an sektorenübergreifenden Strukturen“
- „Kluft zwischen notwendigen individuellen Bedarfen und Angeboten des Sozialsystems“
- „Mangel an Koordination unter den Beteiligten“
- „Dickicht an Verantwortung und Zuständigkeiten“
- „Unzureichende Umsetzung der bestehenden Sozialgesetze“
- „Geld wird an falschen Stellen ausgegeben“
- „Armutsfalle für viele Betroffene/Angehörige“

(2) Mangelnde Nachhaltigkeit

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

Fries & Fischer 2008, S. 267

- Mangelnde Transferierung des in der Reha-Klinik Erlernten in den häuslichen Alltag
- Mangelnde Nachhaltigkeit durch fehlende Nachsorge ohne Case-Management im ambulanten Kontext / Sozialraum / Quartier



(3) Verständnisdefizite für die Situation der Angehörigen

Neubauer & Ranneberg 2005

Belastungen der Angehörigen Kreutzer et al 2002

<u>Symptome des Patienten</u>	<u>Häufigkeit</u>
-------------------------------	-------------------

- | | |
|----------------------------|---------------|
| • Frustration | 84-100% |
| • Reizbarkeit | 55-74% |
| • Ärger | 55-68% |
| • Depression | 45-79% |
| • Soziale Isolation | 27-72% |

Verständnis für Wesensänderungen erschwert!

Depression und Erschöpfung bei Angehörigen

häufig! Cicerone 2004

Angehörige: Bedarfe und Bedürfnisse

Jede Hirnschädigung ist ein „Familienereignis“, eine „family affair“ (Lezak 1988)

Familienangehörige benötigen:

- Umfassende Information und Beratung
- „Krankheitsverarbeitung“ und Bewältigungshilfen
- Zeit für Erledigungen
- Begleitung zum Arzt, zur Behörde, zur Krankenkasse
- Erholung, Selbstpflege, Freiräume (freie Zeit für sich selber) ...

Masterarbeit
Studiengang
Rehabilitationspsychologie

Befragungsstudie 2015

N = 439

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:

- Fehlendes Wissen und Verständnis für die Problemgruppe MeH

Zergliederte Zuständigkeiten

- Betroffene fallen durch jegliches Raster

Gravierende Mängel und Lücken in der Versorgung

- Unzureichende Versorgung von Betroffenen und Angehörigen ...

Sozialer Abstieg (Sozialhilfe) von Patienten oder ganzen Familien

- Fehlende flächendeckender Angebote an spezialisierten Angeboten und Einrichtungen

Mangelnde Regionalisierung

- Fehlende ergebnisorientierte partizipative Forschung

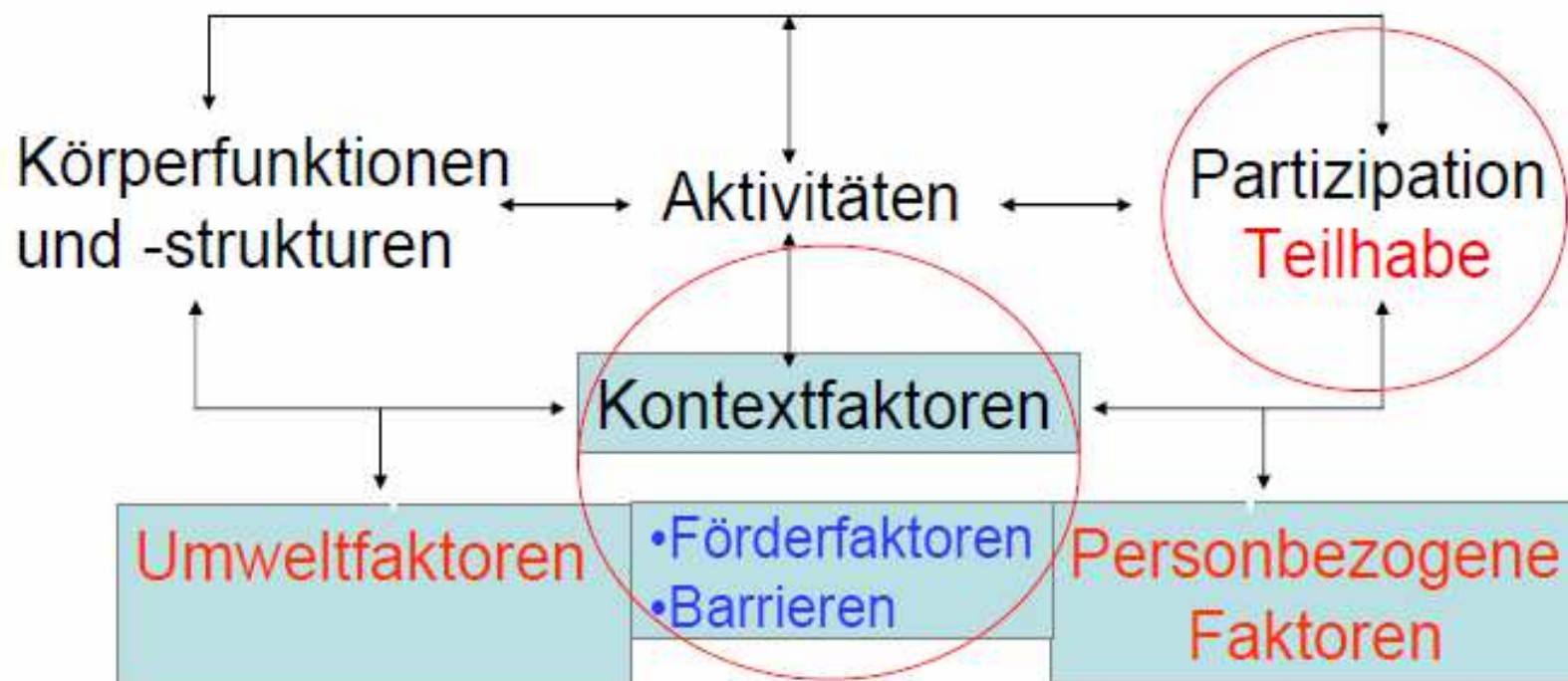
**Eigene Studie i.R.e. MA-
Arbeit geplant!**

II Lösungsmöglichkeiten

Funktionale Gesundheit einer Person

Gesundheitsstörung, Krankheit oder Behinderung

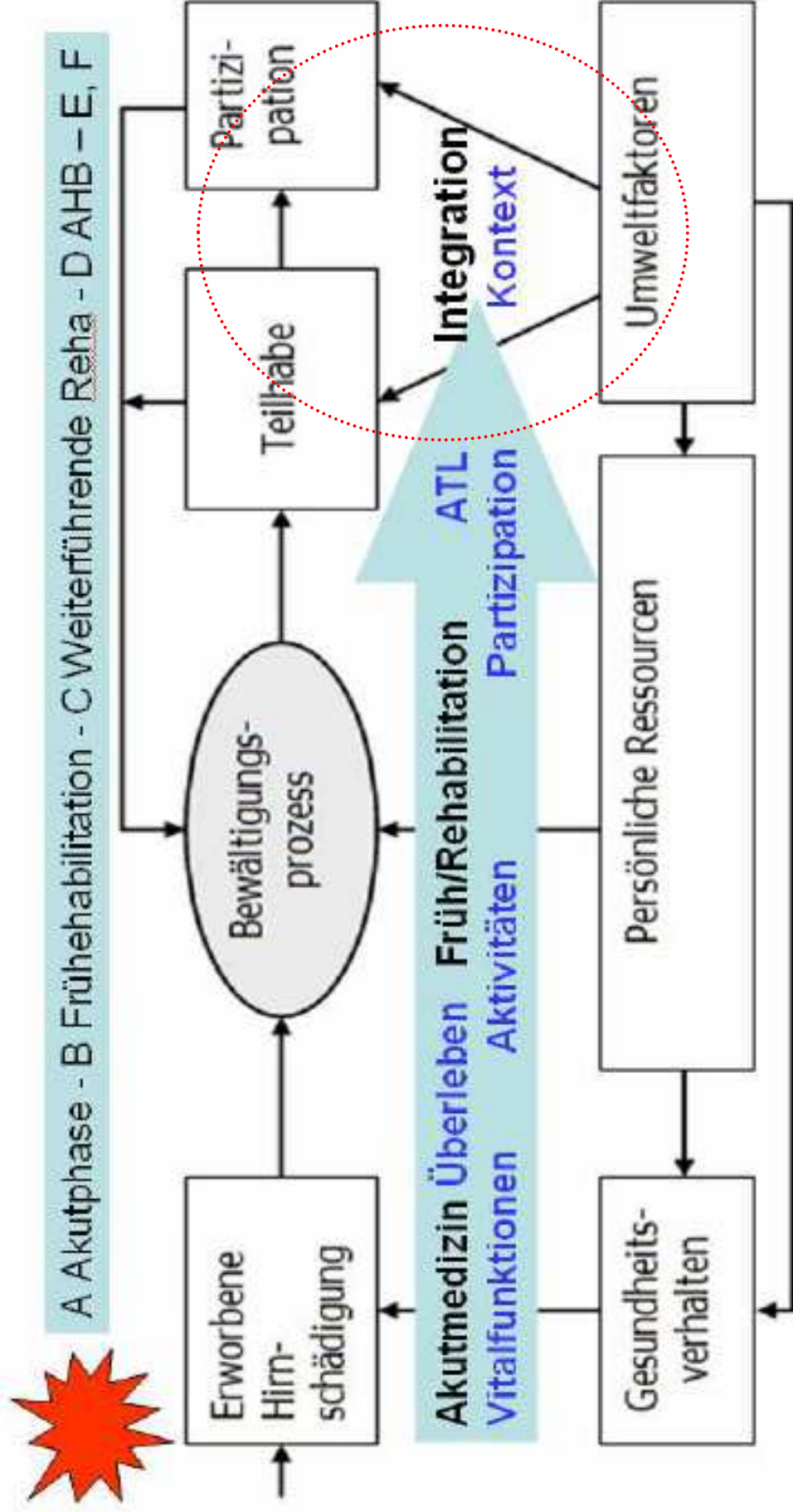
Somato-psycho-soziales ICF-Modell (WHO 2001)



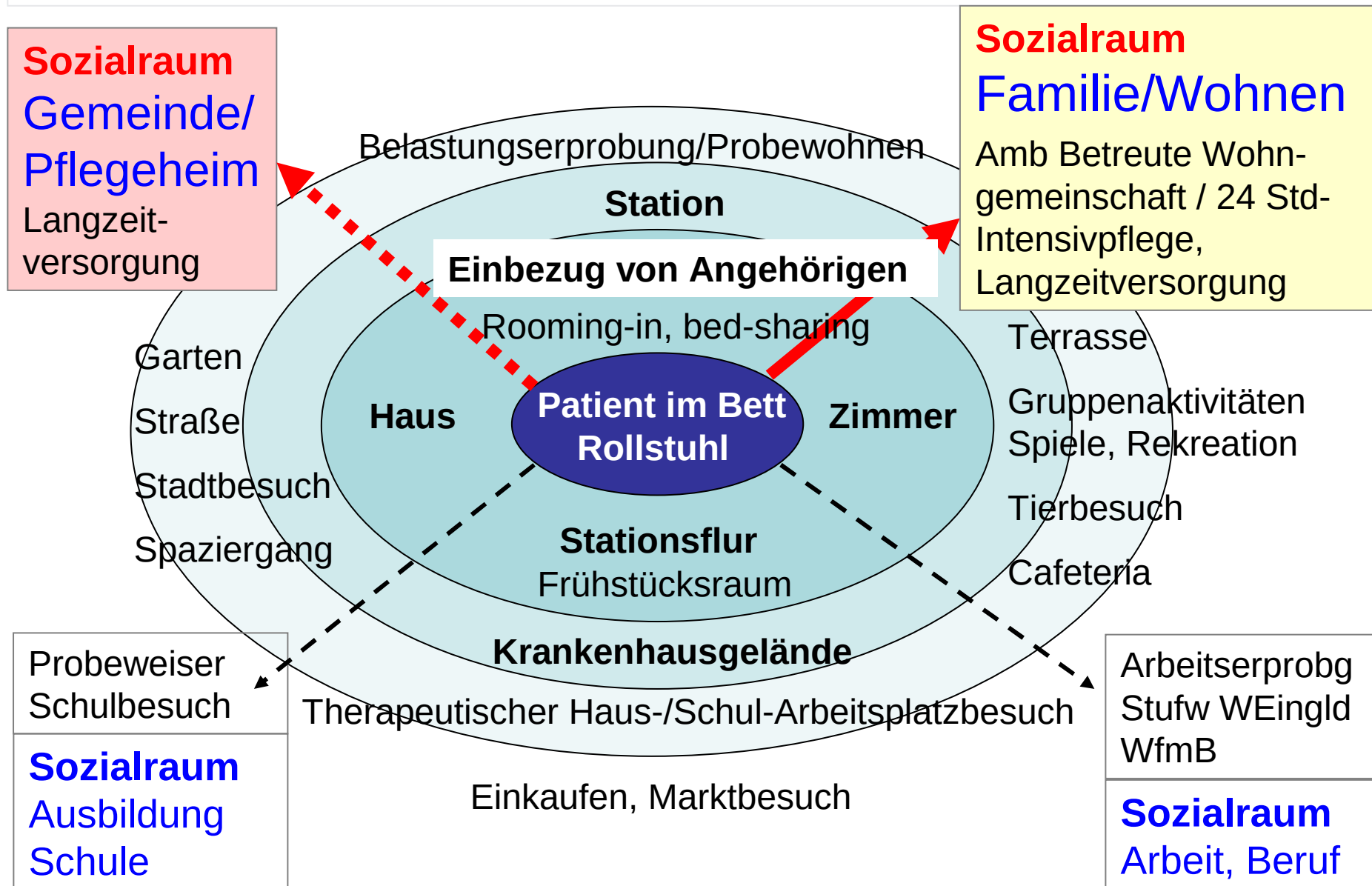
Zieger 2016, modifiziert nach Schuntermann 2005

Integrierte teilhabeorientierte Versorgung bei schwerer neurologischer Beeinträchtigung

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



Teilhabe von Anfang an! (Zieger 2011/2014)



Teilhabeorientierte „Knotenpunkte“

ICF 2005, S. 164

Domäne **Aktivitäten (a)** und Partizipation (p)

- a1 Lernen und Wissensanwendung
- a2 Allgemeine Aufgaben und Anforderungen
- a3 **Kommunikation**
- a4 **Mobilität**



- p5 **Selbstversorgung**

- p6 **Häusliches Leben**

- p7 Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen



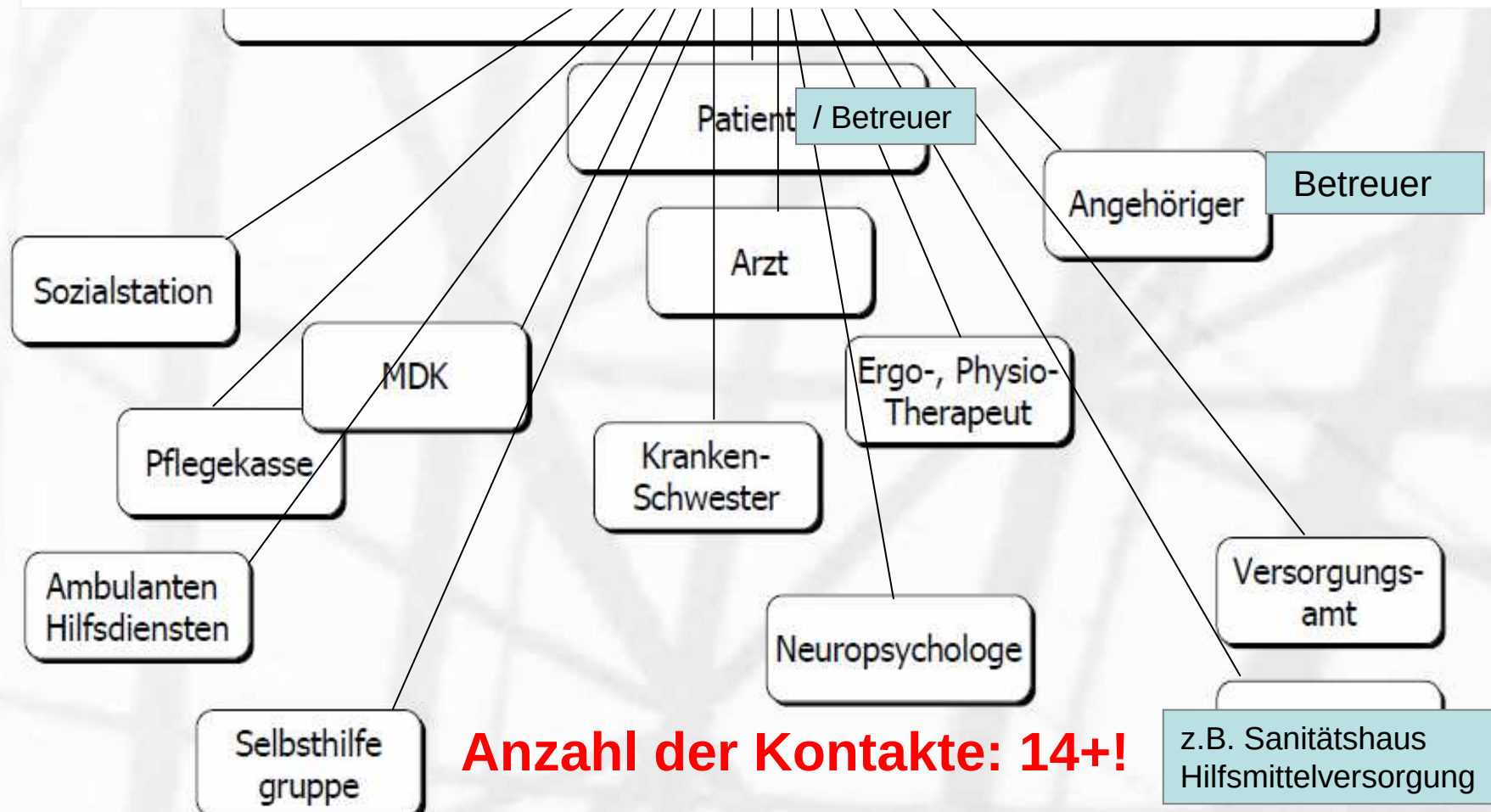
- p8 **Bedeutende Lebensbereiche**

- p9 Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben



Qualifiziertes Entlass- und Überleitungsmanagement in z.B. Häusliche Pflege

Krankenhaussozialdienst



Quelle: Neurologische Klinik Bad Neustadt/Saale, modifiziert von Zieger 2014

Leben mit Hirnschädigung: Nachsorge und Teilhabe!

Arbeitsgemeinschaft

Teilhabe – Rehabilitation, Nachsorge und Integration nach Schädelhirnverletzung

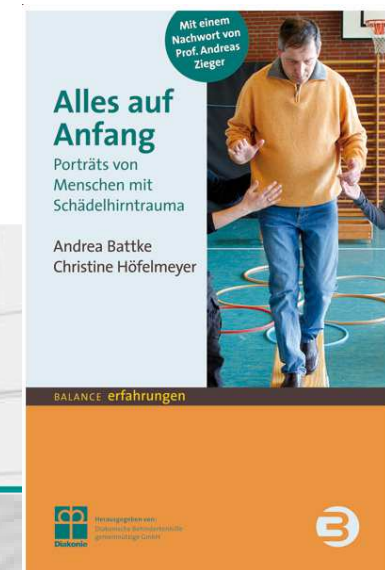
ENTSCHEIDEND FÜR DIE NACHHALTIGKEIT IST DIE NACHSORGE

10. Nachsorgekongress

Wege aus der medizinischen
Rehabilitation –
Lösungen?!

25. / 26. Februar 2016

Eventpassage | City West | Berlin



Positionspapiere: Ausbau der Phase E als „Brücke“ zur Teilhabe/Inklusion!

Neuorientierung der postakuten Rehabilitation und Nachsorge bei Erwachsenen mit erworbenen Hirnschädigungen (2013/14)

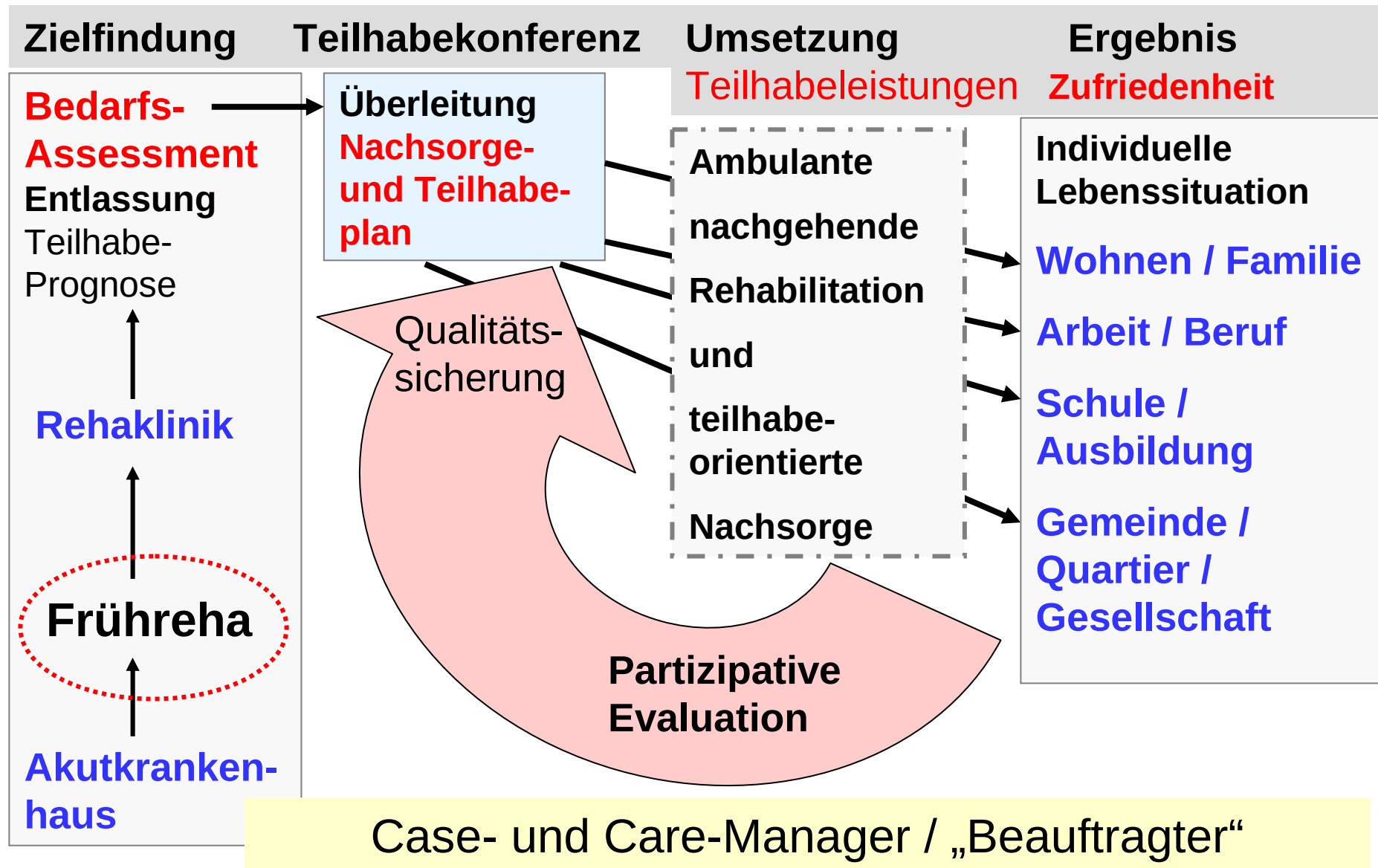


Trägerübergreifende „Gemeinsame Empfehlungen“ (2014)

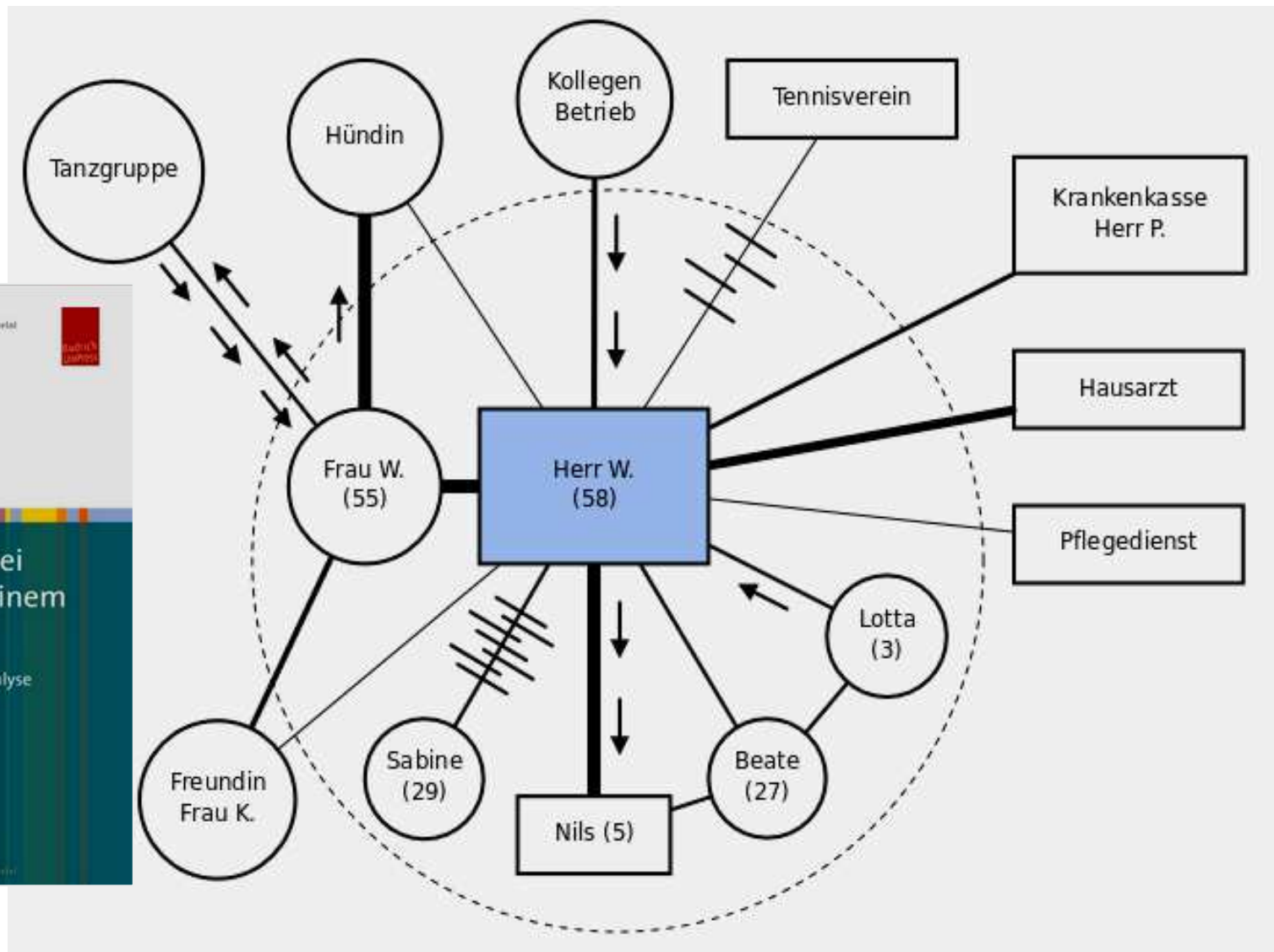


Partizipatives Nachsorge- und Teilhabe- management

Zieger 2012/2014/2016

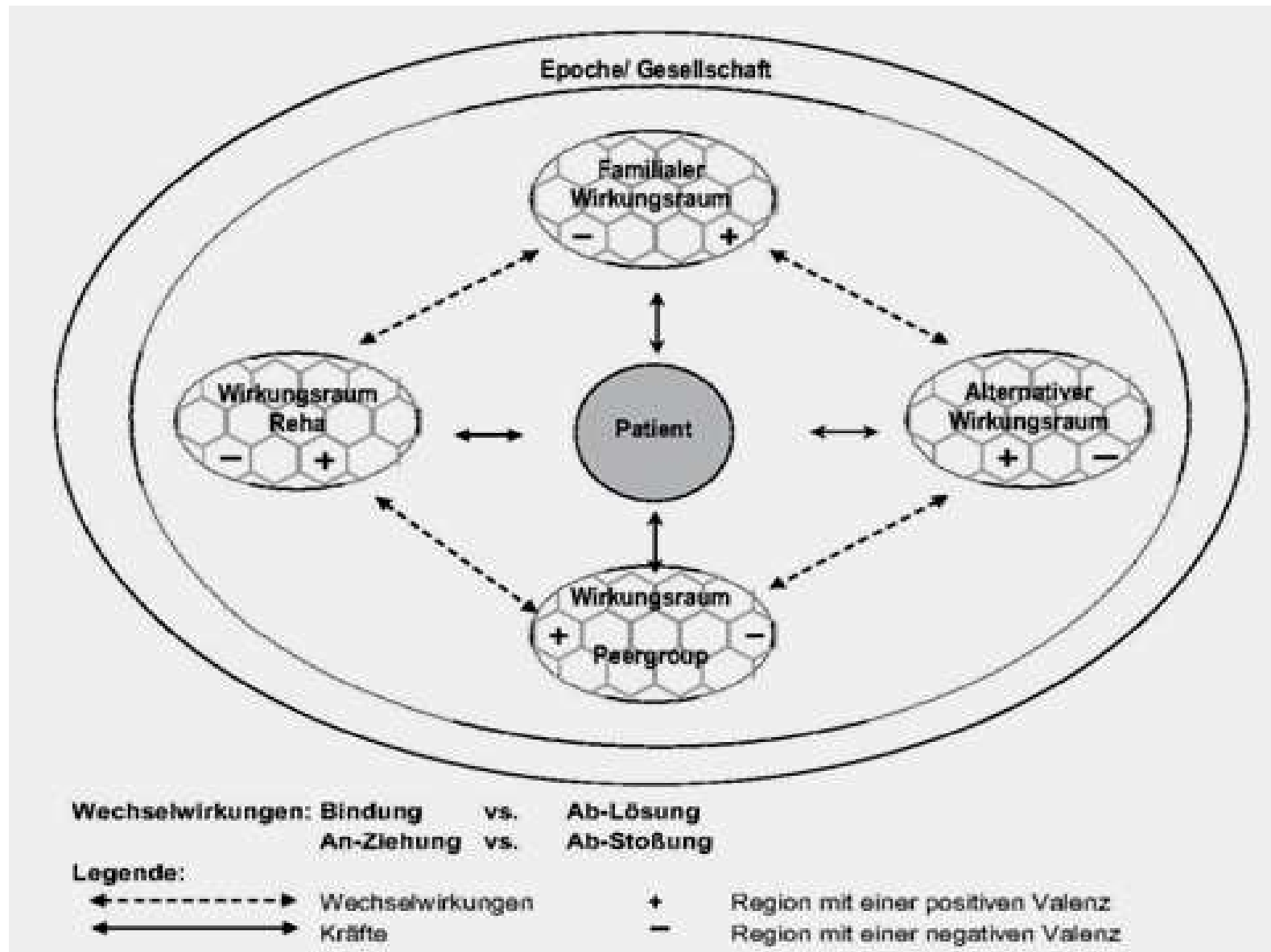


Instrumente: EcoMaps - Netzwerkanalyse sozial-räumlicher Partizipation Dettmers 2014



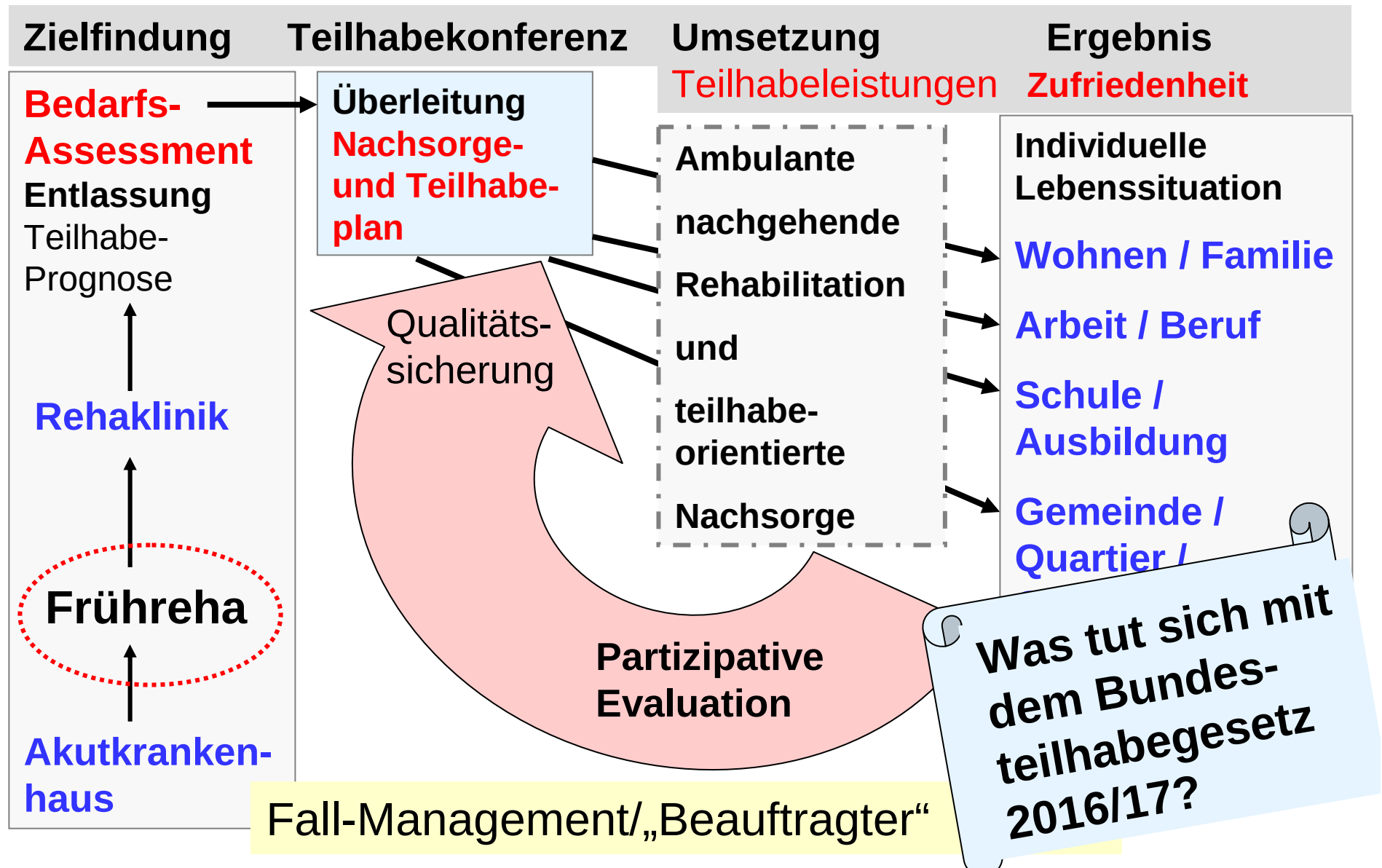
Person-Umfeld-Analyse (PUA)

Schulze (2012) nach Kurt Lewin



Prozess- und Methodenorganisation

(Zieger 2012/2015)



Bundesteilhabegesetz BTHG

Wie im Koalitionsvertrag vereinbart soll in dieser Legislaturperiode mit einem Bundesteilhabegesetz die Eingliederungshilfe reformiert und die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen weiter verbessert werden.

Ziele:

1. Dem neuen gesellschaftlichen Verständnis nach einer inklusiven Gesellschaft im Lichte der UN-Behindertenrechtskonvention wird Rechnung getragen.

2. Selbstbestimmung und individuelle Lebensplanung werden dem gewandelten Rollenverständnis von Menschen mit Behinderung entsprechend vollumfänglich unterstützt.
3. Die Eingliederungshilfe wird zu einem modernen Teilhaberecht entwickelt, in dessen Mittelpunkt der Mensch mit seinen behinderungsspezifischen Bedarfen steht.
4. Die vorgelagerten Systeme und die mit der Eingliederungshilfe verbundenen Systeme sowie ihre Zusammenarbeit werden verbessert.
5. Die Koordinierung der Rehabilitationsträger wird verbessert. Dazu wird eine Weiterentwicklung des SGB IX angestrebt. Die Leistungen sollen für den Bürger wie aus einer Hand erbracht werden.

6. Hierzu soll die Eingliederungshilfe als bedarfsdeckendes Leistungssystem strukturell in eine „Eingliederungshilfe neu“ (Arbeitstitel) weiterentwickelt werden.

Wesentliche Punkte dabei sind:

- Weiterentwicklung des Behinderungsbegriffs,
- „Herauslösen“ der Eingliederungshilfe aus dem „Fürsorgesystem“,
- Überprüfung der gegenwärtigen Einkommens- und Vermögensanrechnung,
- Personenzentrierte Gestaltung der Leistungen, unabhängig von Wohnort und -form,

- Konzentration der Eingliederungshilfe auf die Fachleistung, Ermöglichung einer zielgenauen Leistungserbringung durch ein partizipatives, bundeseinheitliches Verfahren,
- Prüfung der Möglichkeiten unabhängiger Beratung,
- Wirksamkeitskontrolle auf Einzelfall- und Vertragsebene,
- Verbesserung der Steuerung der Leistungen der Eingliederungshilfe, um die Leistungen im Rahmen der begrenzten Ressourcen effektiv und effizient zu erbringen und zur Verbesserung der Situation behinderter Menschen beizutragen.

7. Mit dem Bundesteilhabegesetz wird die **Entlastung der Kommunen (in Höhe von ca. 5 Mrd. EUR/Jahr durch den Bund! A.Z.)** dem Koalitionsvertrag entsprechend umgesetzt.
8. Die Neuorganisation der Ausgestaltung der Teilhabe zugunsten der Menschen mit Behinderung wird so geregelt, dass daraus **keine neue Ausgabendynamik** entsteht.

Quelle:

http://www.gemeinsam-einfach-machen.de/GEM/DE/AS/Bundesteilhabegesetz/bundesteilhabegesetz_node.html, Abruf am 19.4.2016

Begriff „Behinderung“ (SGB IX)

- Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.
- **Definition nach SGB IX $\neq$ UN-BRK!**
Behinderung = „nicht gelungene Interaktion zwischen Individuum und Umwelt“ (Walthes 2005)

„Eingliederungshilfe“ („Sozialhilfe“, „Fürsorgesystem“, SGB XII)

- Hilfeangebot der Sozialhilfe für behinderte Menschen zur medizinischen Rehabilitation sowie zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft.

„Teilhabe“

- Der Begriff **Teilhabe** hat in Anlehnung an den internationalen Sprachgebrauch seit Inkrafttreten des SGB IX am 1. Juli 2001 überwiegend **den Begriff Rehabilitation abgelöst**.
- Mit der neuen Bezeichnung ist die **Teilhabe am Leben in der Gesellschaft/Arbeitsleben** gemeint.
- Zu den **Teilhabeleistungen** gehören zB die **Leistungen zur medizinischen Rehabilitation** und zur **Teilhabe am Arbeitsleben** (früher beruflfördernde Leistungen).
- Bei jedem **Antrag auf Rente** wegen verminderter Erwerbsfähigkeit wird geprüft, **ob Leistungen zur Teilhabe voraussichtlich erfolgreich sind**. Das entspricht dem **Prinzip Rehabilitation vor Rente**.

Bundesteilhabegesetz (BTHG)

Abschlussbericht des BMAS vom 14. Juli 2015

2.14 Medizinische Rehabilitation

Handlungsbedarf

Das gegliederte System der sozialen Sicherung sieht die Zuständigkeit und damit Verantwortlichkeit für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Trägervielfalt vor. Die bisherigen gesetzlichen Regelungen zur medizinischen Rehabilitation sind wenig transparent und erschweren dem leistungsberechtigten Menschen mit Behinderungen den Überblick und den Zugang zu den Leistungen der Eingliederungshilfe. Gesetzliche Regelungen, die den Zugang zu Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Eingliederungshilfe normieren, müssen der Rechtsklarheit und damit Rechtssicherheit hinreichend Rechnung tragen.

Es muss zudem geprüft werden, wie die in § 26 Absatz 3 SGB IX normierten ergänzenden Leistungen für Berechtigte und ihre Angehörigen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation verlässlich und im individuell erforderlichen Umfang bereitgestellt werden können.

Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - (Artikel 1 des Gesetzes v. 19.6.2001, BGBl. I S. 1046)

§ 26 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

(1) Zur medizinischen Rehabilitation behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen werden die erforderlichen Leistungen erbracht, um

1. Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder
2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern.

(2) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen insbesondere

1. Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe, soweit deren Leistungen unter ärztlicher Aufsicht oder auf ärztliche Anordnung ausgeführt werden, einschließlich der Anleitung, eigene Heilungskräfte zu entwickeln,
2. Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder,
3. Arznei- und Verbandmittel,
4. Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie,
5. Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung,
6. Hilfsmittel,
7. Belastungserprobung und Arbeitstherapie.



Bundesministerium
der Justiz und
für Verbraucherschutz

(3) Bestandteil der Leistungen nach Absatz 1 sind auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen, soweit diese Leistungen im Einzelfall erforderlich sind, um die in Absatz 1 genannten Ziele zu erreichen oder zu sichern und Krankheitsfolgen zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten, insbesondere

1. Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung,
2. Aktivierung von Selbsthilfepotentialen,
3. mit Zustimmung der Leistungsberechtigten Information und Beratung von Partnern und Angehörigen sowie von Vorgesetzten und Kollegen,
4. Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbsthilfe- und Beratungsmöglichkeiten,
5. Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, unter anderem durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen,
6. Training lebenspraktischer Fähigkeiten,
7. Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation.



Kritik am **Arbeitsentwurf** des BTHG vom 18. Dezember 2015:

NITSA e.V. | c/o Dr. Klaus Mück | Schückstraße 8 | 76131 Karlsruhe

An die
Mitglieder des Bundestages

per E-Mail



Dr. Klaus Mück

Mitglied des Vorstandes

Privatanschrift Schückstr. 8
76131 Karlsruhe

E-Mail klaus.mueck@nitsa-ev.de

Karlsruhe, 22. Februar 2016

Teilhabe statt Täuschung – Für Partizipation und Selbstbestimmung behinderter Menschen

Sehr geehrte Damen und Herren,

derzeit kursiert ein Arbeitsentwurf zum sog. Bundesteilhabegesetz (BTHG), das 2017 in Kraft treten soll. Nach intensiven Diskussionen mit Betroffenenverbänden verlautet aus dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) nun folgendes:

„Im Koalitionsvertrag steht: ‚Auf dem Weg zur inklusiven Gesellschaft ist die UN-BRK bei politischen Entscheidungen, die die Menschen mit Behinderungen betreffen, zu berücksichtigen.‘ Nirgendwo steht, dass die Bundesregierung die UN-BRK 1:1 umsetzen und in nationales Recht überführen wird.“

Im Dezember 2008 wurde diese Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) von Bundestag und Bundesrat ratifiziert. Damit wurde die volle und wirksame Partizipation auf der Basis der Gleichberechtigung beschlossen. Aus Art. 4 Abs. 1 a) folgt die Verpflichtung, dies u.a. in geeignete Gesetze umzusetzen:

„Zu diesem Zweck verpflichten sich die Vertragsstaaten, a) alle geeigneten Gesetzgebungs-, Verwaltungs- und sonstigen Maßnahmen zur Umsetzung der in diesem Übereinkommen anerkannten Rechte zu treffen;“

Wir sehen deshalb in der Aussage des BMAS einen eklatanten Verstoß gegen ein Bundesgesetz, gegen die UN-BRK! Zu deren vollständigen Umsetzung hat sich die Bundesregierung mit der Ratifizierung vertraglich verpflichtet!

Der kursierende (noch unvollständige) Arbeitsentwurf zeigt die wahre Intention des BMAS: Keine Verbesserung und Stärkung von Teilhabe und Selbstbestimmung. Nicht einmal der Erhalt des Status Quo. Nein, stattdessen gravierende Einschnitte bei der Selbstbestimmung aufgrund von Einsparungsmaßnahmen und statt der vollumfänglich versprochenen Verbesserungen beim Einkommens- und Vermögensseinsatz Verschlechterungen bis hin zu existenziell bedrohlichen Ansätzen für behinderte Menschen! Die Einleitung zum BTHG verheißt an vielen Stellen Verbesserungen, die in den anschließenden Paragraphen jedoch überhaupt nicht zu finden sind.

Sollen hier Leser, Abgeordnete, Betroffene regelrecht oder gar bewusst getäuscht werden?

Teilhabegesetz: Blinde Menschen sollen schlechter gestellt werden

Veröffentlicht am **Montag, 29. Februar 2016** von **Ottmar Miles-Paul in Kobinet**



Symbol: Mensch mit Blindenstock
© kobinet/omp

Berlin (kobinet) Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) plant im Rahmen des Bundesteilhabegesetzes, die Eingliederungshilfe zu reformieren. Hier sollen die engen Regelungen zur Berücksichtigung von Einkommen und Vermögen verbessert werden. Die von der Zweckbestimmung her vergleichbare Blindenhilfe dagegen soll nach wie vor nur denjenigen gewährt werden, die sozialhilfebedürftig sind. Damit würde die Blindenhilfe zu einer Leistung zweiter Klasse degradiert werden, befürchten die

Verbände blinder und sehbehinderter Menschen.

"Inzwischen kursiert ein Arbeitsentwurf des Bundesteilhabegesetzes vom 18. Dezember 2015. Immer deutlicher wird, wie gravierend das Vorhaben sich – neben zahlreichen Enttäuschungen in anderen Bereichen – insbesondere auf die Teilhabeleistungen für blinde Menschen auswirken würde", heißt es im Newsletter des Deutschen Blinden- und Sehbehindertenverbandes dbsv-direkt. Deshalb wenden sich

Der **Referentenentwurf** zum BTHG sollte am 14. März veröffentlicht werden.

- Das Gesetz sollte Anfang Mai vom Bundeskabinett verabschiedet werden
- Das Gesetz sollte zum 1. Januar 2017 in Kraft treten ...

Bis heute, 19.4., ist kein Referentenentwurf vorgelegt worden!



teilhabegesetz.org

Für ein gutes Bundesteilhabegesetz

[Startseite](#)[Teilhabegesetz](#)[Mitreden](#)[Mitmachen](#)[Aktuelles](#)[Presse](#)[Kontakt / Impressum](#)

[Start » Startseite](#)

Teilhabe jetzt - Für ein gutes Bundesteilhabegesetz



Zum 1. Januar 2017 soll das Bundesteilhabegesetz verabschiedet sein und in Kraft treten. Mischen Sie mit und treten Sie mit uns dafür ein, dass wir ein **gutes Bundesteilhabegesetz** bekommen, das die Selbstbestimmung, Teilhabe und Inklusion behinderter Menschen im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention in den Mittelpunkt stellt.

Am 21. April finden in mehreren Städten Aktion für ein gutes Bundesteilhabegesetz statt. [Link zu weiteren Informationen](#)



Über 325.000 Menschen unterstützen die Petition für ein Recht auf Sparen und ein gutes Teilhabegesetz. Werben auch Sie für die Petition.

[Spenden](#)[Twittern](#)

Termine

**Nächster Termin ist am
03.05.2016**

**Sternfahrt zur Demo am 4. Mai
zum Bundesteilhabegesetz
nach Berlin**

Wo: Berlin (), Wann: 03.05.2016,
Info:

[Link zu weiteren Informationen
zum Angebot für eine
barrierefreie Sternfahrt zum
Bundesteilhabegesetz am 3. Mai
nach Berlin und am 4. Mai wieder
zurück in einzelne Städte](#)

III Nächste Schritte

1. Gewinnung und Einbeziehung regionaler Netzwerk-Partner: Erkundungsgespräche, Verständnis für MeH, regionale Ressourcen ...
2. **Netzwerkbildung**, am 21. Juni 2016
 - Förderverein, Fördermitteleinwerbung ...
 - **Ausbau „qualifizierter Beratung“** (§92a SGB V)
3. **Wissenschaftliche Begleitung** (Uni Oldenburg)

Plan A: Pilotstudie, 20-30 Probanden, Laufzeit ca. 3J., Projektträger, Fördermittelgeber?

Plan B: Versorgungsstudie NW-Niedersachsen, Fördermittel aus dem Innovationsfond nach §92a,b SGB V (GKV-VSG)

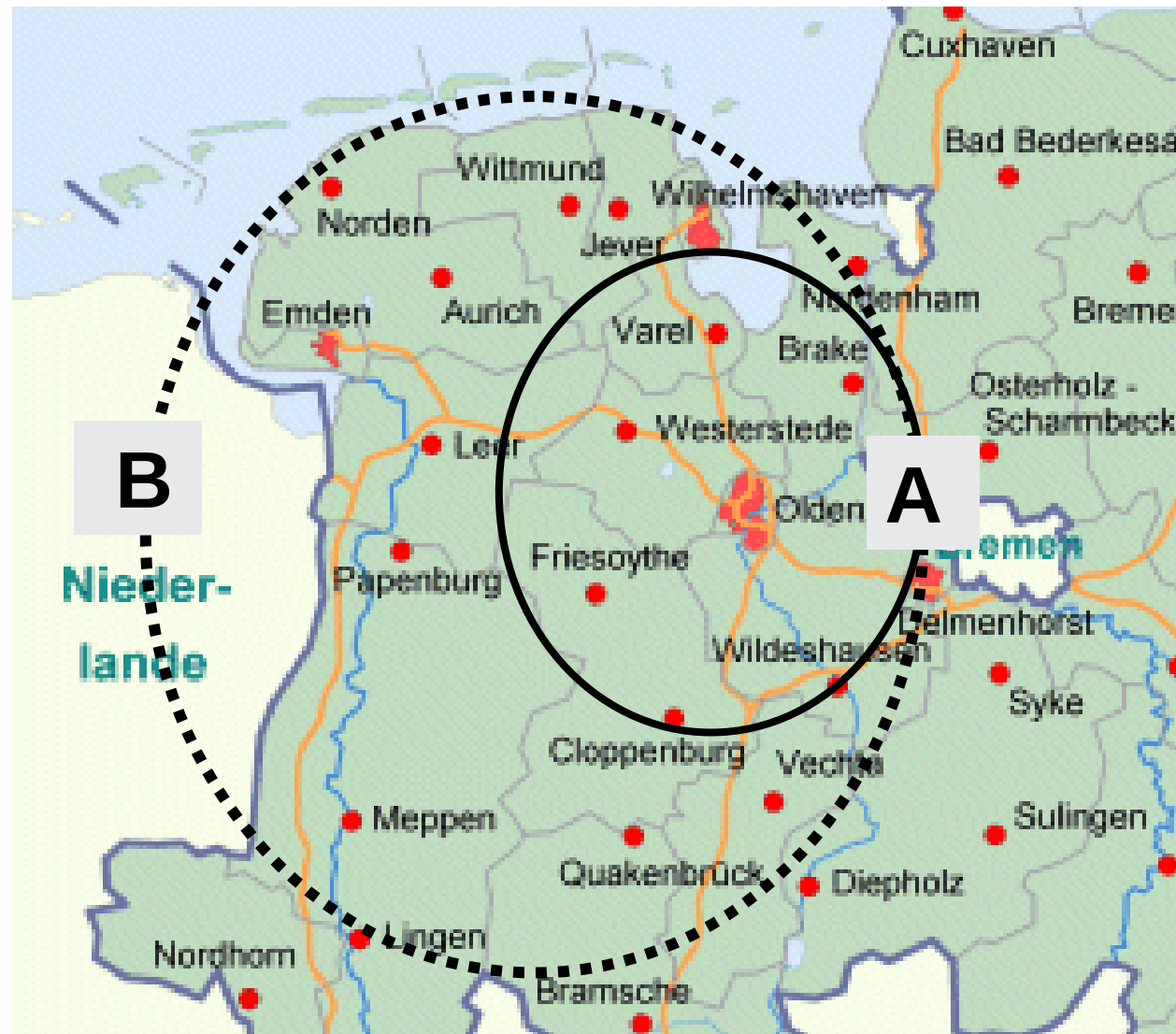
1. Erkundungsgespräche ...

- Evangelisches Krankenhaus Oldenburg
 - Ambulanter Pflegedienst „Immerda“
 - Fachdienst Inklusion, Amt für Teilhabe und Soziales, OL
 - Dr. P. (ehemals Bezirksstellenleiter Ärztekammer OL)
 - Kommunale Gesundheitskonferenz Oldenburg
 - Zentrum für Qualität und Management, Ärztekammer Niedersachsen, Hannover
 - ZNS – Hannelore Kohl Stiftung
 - BEKOS
 - Paritätischer Wohlfahrtsverband, Kreisverband Oldenburg/Ammerland
 - AG Versorgungsforschung / EMS
 - [SELAM], BVO? AK Behindertenfragen OL?
- anstehend: Versorgungsnetz Gesundheit e.V.

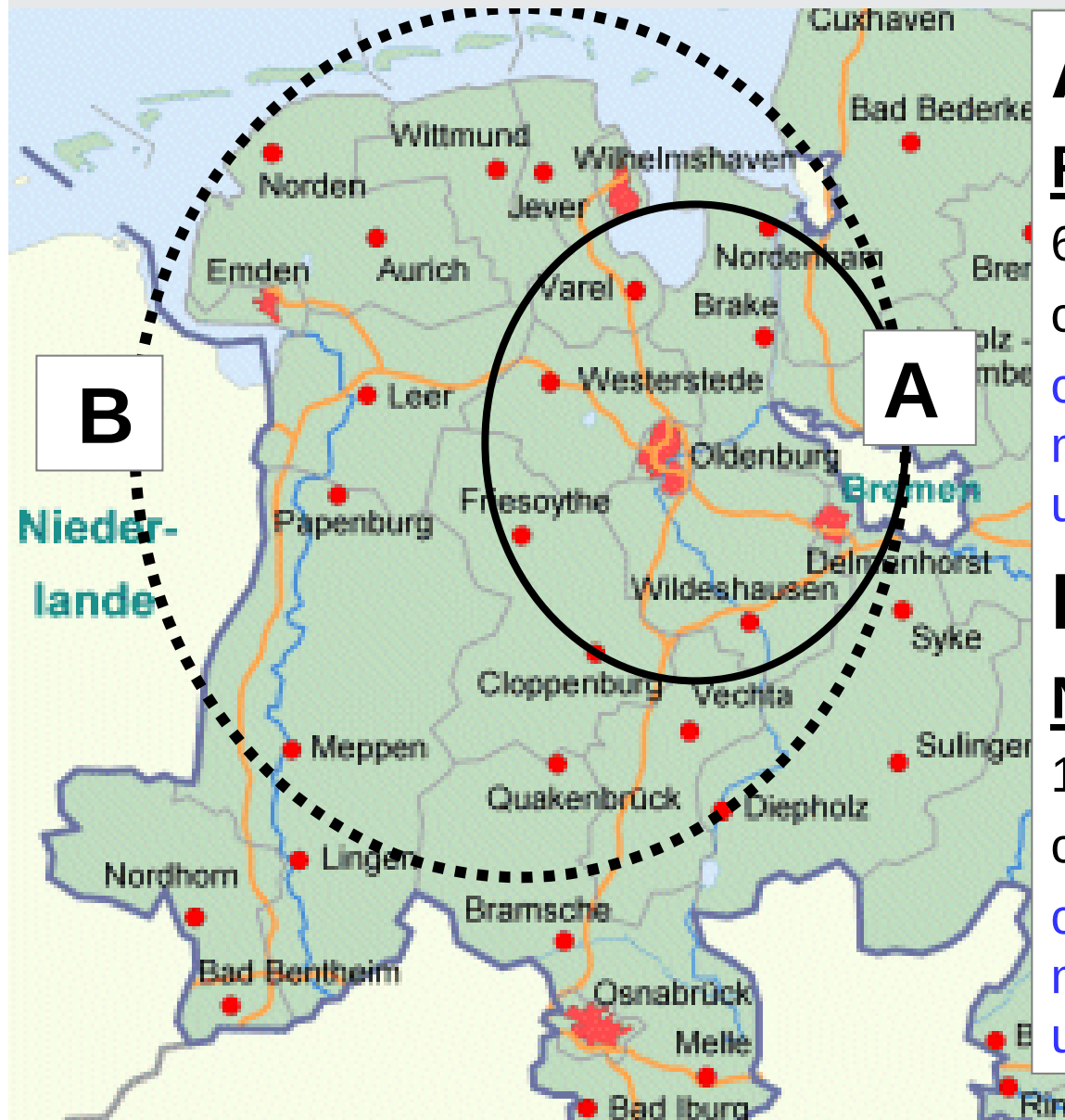
... Wünsche und Erwartungen

- Qualifizierte Beratung, so frühzeitig wie möglich
- Möglichkeiten zum Informations-/Erfahrungsaustausch
- Gegenseitige Hilfestellung und Unterstützung - bei „Akut-“ und auch bei „Altfällen“
- Spürbare Entlastung der Angehörigen
- Bildung eines Fördervereins
- Fördermitteleinwerbung
- Wissenschaftliche Begleitstudie:
 - Erhebung der Zufriedenheit mit Nachsorge und Teilhabe
 - Partizipative Evaluation der Implementierung
- Erweiterung des Netzwerks auch auf Erwachsene mit sog. angeborenen Behinderungen? (19.4.)
- Wie beteiligt sich die Kommune finanziell am Netzwerk? (19.4.)

2. Optionen für Netzwerkbildung für MeH mit komplexer Behinderung und hohem Nachsorge- und Teilhabebedarf



Übersicht: Option A und B



A

Region Oldenburg

600.000 Einwohner

ca. 6.000 Neuro-Betroffene

ca. 600 - 1.800 Personen
mit Bedarf an Nachsorge-
und Teilhabemanagement

B

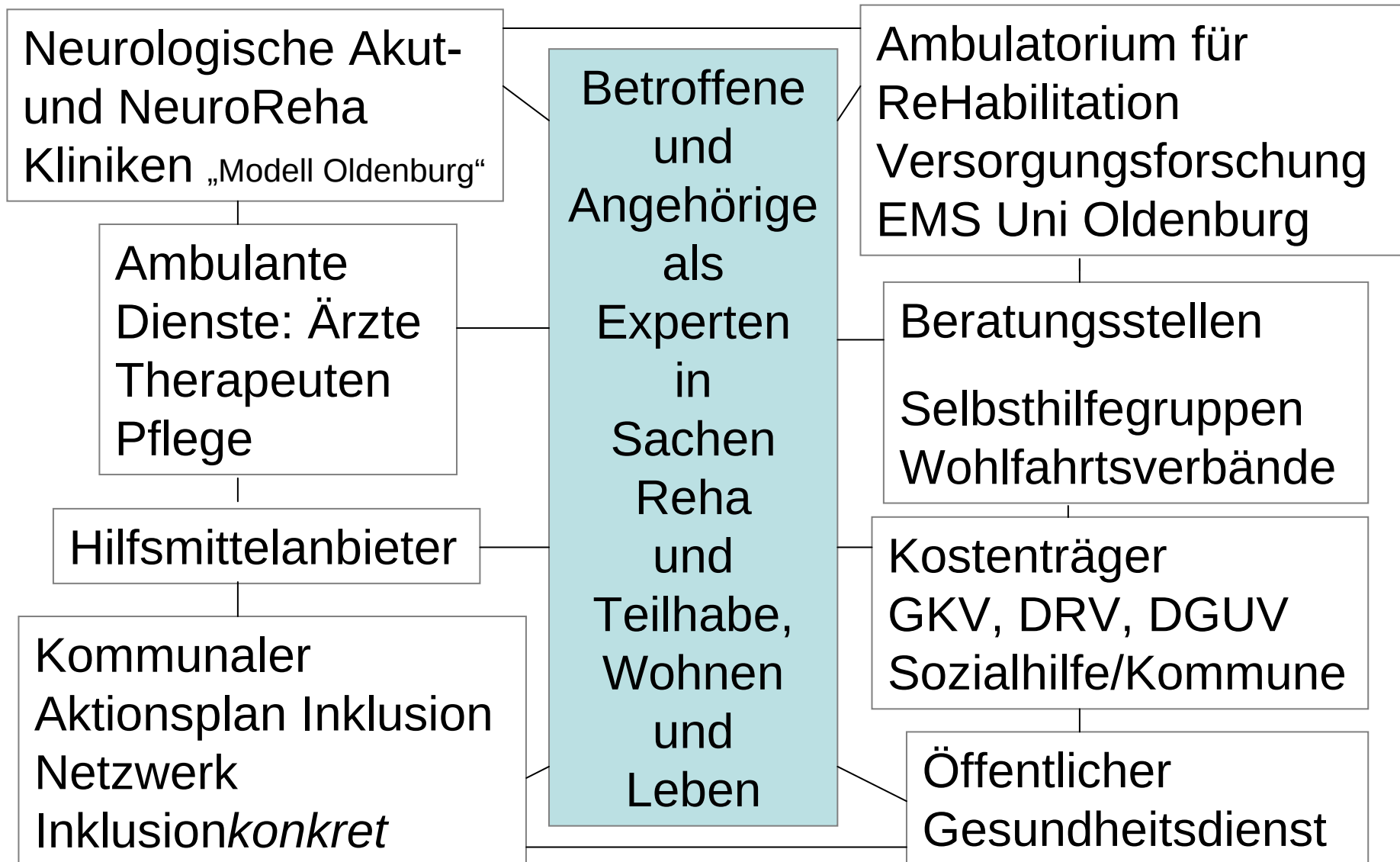
NW-Niedersachsen

1,7 Mio Einwohner

ca. 17.000 Neuro-Betroffene

ca. 1.700 - 5.100 Personen
mit Bedarf an Nachsorge-
und Teilhabemanagement.

Netzwerkbildung - Vorhandene Ressourcen nutzen!





NeuroLetter 2016 | 295 16. März 2016

Neurokompetenz!

Berufsbegleitende Weiterbildung: Kompetenzerweiterung für die Arbeit mit Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen ab 11.04.2016

Der tägliche Umgang mit Menschen, deren Leben durch eine erworbene Hirnschädigung oftmals einschneidende Veränderungen erfährt, bedarf spezieller fachlicher Kompetenzen. Neben Unsicherheiten, was die Patienten/-innen und Klienten/-innen von ihrer Umwelt wahrnehmen und wie sie dies tun, stellen sich Fragen nach möglichen Behandlungs- und Förderschritten sowie der weiteren Lebensperspektive.

Die Verhaltensveränderungen der Betroffenen und deren Auswirkungen auf die soziale Umwelt stellen besonders für die Angehörigen oftmals eine neue Belastungssituation dar und erfordern die Unterstützung durch kompetente Mitarbeitende.

Um das Kennenlernen der unterschiedlichen Facetten der Pflege und Entwicklungsförderung zu gewährleisten, wird die Weiterbildung in mehrere Bausteine eingeteilt.

Ziele der Weiterbildung:

- Zertifizierung zur MeH-Fachkraft
- Mehr Sicherheit im Umgang mit Betroffenen und Dritten
- Stärkung der projektbezogenen Arbeit
- Erhöhung der Kompetenzen zur Weitervermittlung von Fachkenntnissen an Dritte (Auszubildende, Praktikanten, Angehörige)
- Besserer Austausch von Erfahrungen und Wissen mit Hilfe einer Lernplattform

Für Personen, die mit der Behandlung und Betreuung solcher Patienten/-innen tätig sind, stellt diese Weiterbildung eine hervorragende Zusatzqualifikation dar.

Am 11. April startet *Bildung & Beratung Bethel* in Bielefeld einen weiteren Kurs. Diese zertifizierte Weiterbildung hat einen Umfang von 328 U-Stunden im Bausteinsystem.

Weitere ausführliche Informationen hierzu finden Sie unter: www.bbb-bethel.de oder

Link: <http://www.bildung-beratung-bethel.de/cms/251-1-1545> oder

mailen Sie uns: mirjam.steinhard@bethel.de.

Quelle: Kerstin Stoll, v. Bodelschwingsche Stiftungen Bethel, Stifungen Sarepta | Nazareth, Bildung & Beratung Bethel

Neuronales Netzwerk
Deutsche Stiftung für Menschen mit erworbenen Hirnschäden
Wittestraße 30 J, 10. OG
13509 Berlin

Tel: +49 (0)30 4366249-112

Fax: +49 (0)30 4366249-104

Mail: info@neuronales-netzwerk.org

Web: www.neuronales-netzwerk.org

Wir freuen uns über Ihre Anregungen und thematischen Hinweise für den NeuroLetter. Richten Sie diese bitte an info@neuronales-netzwerk.org

Hat sich Ihre E-Mail-Adresse geändert? Bitte senden Sie uns Ihre neue E-Mail-Adresse an info@neuronales-netzwerk.org

Risiken und Nebenwirkungen in der psychosozialen Laienhilfe **Jürgen Beushausen**

lles

Kontak

<http://www.selbsthilfe-und-patientenakademie.de/attachments/category/94/Beushausen022016%20-%20Laienhilfe.pdf>

01 Januar 2016 - 31 Dezember 2016

18. Oktober 2016

Dienstag, 18. Oktober 2016 17:30 - 20:30

Auch Laienhelfer*Innen brauchen Unterstützung (1. Termin)

15. November
2016

Dienstag, 15. November 2016 17:30 - 20:30

Auch Laienhelfer*Innen brauchen Unterstützung (2. Termin)

06. Dezember
2016

Dienstag, 6. Dezember 2016 17:30 - 20:30

Auch Laienhelfer*Innen brauchen Unterstützung (3. Termin)

„Unabhängig“?

Unabhängige Patientenberatung

Unternehmen Sanvartis übernimmt UPD ab 2016

Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) wird ab 2016 von der Sanvartis GmbH übernommen. Der GKV-Spitzenverband erteilte dem Callcenter-Unternehmen am 18. September offiziell den Zuschlag. Der Patientenbeauftragte stimmte der Wahl zu. Die Vergabekammer des Bundes hatte zuvor einen Einspruch der bisherigen Träger gegen das Vergabeverfahren abgelehnt. Die Pläne zur Umwandlung der UPD waren vom Beirat der UPD sowie von zahlreichen Patienten- und Selbsthilfevertreter/innen heftig kritisiert worden.

Insbesondere wird befürchtet, dass Transparenz und Unabhängigkeit der Beratung nicht mehr gewährleistet sind.

Weitere Informationen:

20 Jahre zivilgesellschaftlichen Engagements übergangen!

<http://www.dag-shg.de/aktuelles/nachrichten/key@1899>

(Quelle: NAKOS-Newsletter, Oktober 2015,



Firmensitz in Duisburg 2004 -
hervorgegangen aus
GesundheitsScout24 Köln (1999)

Wir machen
„Gesundheit“



WILLKOMMEN BEI SANVARTIS

Ob Gesundheitstelefon, Kundenservice, Compliance oder Telemonitoring, erfahrene Mitarbeiter, hohe medizinische Fachkompetenz und modernste technische Infrastruktur machen uns zum perfekten Partner für Ihre medizinische Kommunikation. 24 Stunden am Tag, 7 Tage die Woche.



Call-Center-Firma mit Sitz in
Duisburg (2004) -
hervorgegangen aus
GesundheitsScout24 Köln (1999)

Wir machen
„Gesundheit“



Anbieter von Dienstleistungen für Krankenkassen,
Kassenärztliche Vereinigungen und Pharmaunternehmen.
Ab 2016 Regelleistung nach §68b SGB V:
9 Mio. EUR pro J. aus Krankenkassenbeiträgen!

Antwort der UDP vom 5.4.2016 auf meine Anfrage:

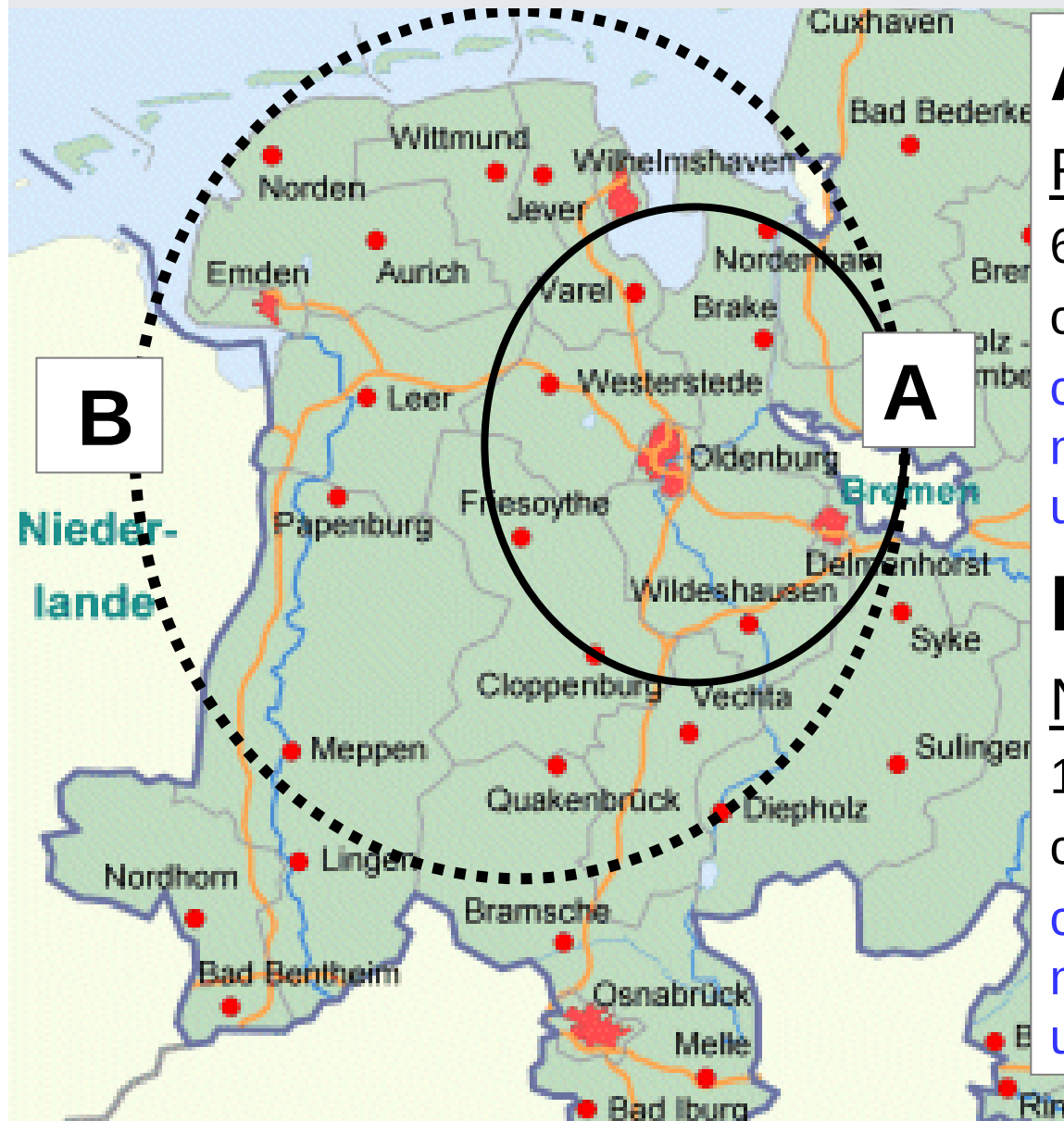
„Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) erfolgt unabhängig, neutral und kostenlos, seit Anfang des Jahres unter neuer Trägerschaft.

Sanvartis hat bei der Ausschreibung der Beratung im vergangenen Jahr lediglich den Zuschlag für das beste Konzept erhalten.

Die Patientenberatung selbst erfolgt nicht über die Sanvartis.

Träger der Patientenberatung ist eine gemeinnützige GmbH, die UPD Patientenberatung Deutschland gGmbH, die inhaltlich unabhängig von Sanvartis ist....“

3. Wissenschaftliche Begleitstudie



A

Region Oldenburg

600.000 Einwohner

ca. 6.000 Neuro-Betroffene

ca. 600 - 1.800 Personen
mit Bedarf an Nachsorge-
und Teilhabemanagement

B

NW-Niedersachsen

1,7 Mio Einwohner

ca. 17.000 Neuro-Betroffene

ca. 1.700 - 5.100 Personen
mit Bedarf an Nachsorge-
und Teilhabemanagement.

Option A:

- Regional, d.h. Beschränkung auf Oldenburg und benachbarte Landkreise
- Pilotstudie: „kleine“ Versorgungsforschung
- Fördermittelakquise regional: EWE-Stiftung etc.

Option B:

- Überregional, Nordwest-Niedersachsen
- Erforschung **neues Versorgungsmodell**
- Innovationsfond §92a,b SGB V (GKV-VSG)
laut Förderbekanntgabe vom 8. April 2016
- Beteiligung einer Krankenkasse
- Vernetzung mit „Versorgungsnetz Gesundheit e.V.“?

Allgemeine Förderkriterien-Innovationsfond

nach §92a SGB V (GKV-VSG) **Stand: 12/2015**

- Behebung von Versorgungsdefiziten
- Verbesserung der Versorgungsqualität und -effizienz
- Optimierung der Zusammenarbeit zwischen Versorgungsbereichen, Einrichtungen und Berufsgruppen
- Interdisziplinäre, fachübergreifende Versorgungsmodelle
- Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Regionen oder Indikationen („Modell“ Oldenburg!)
- Verhältnismäßigkeit von Kosten und Nutzen (Versorgungsforschung!)
- Evaluierbarkeit (Teilhabeforschung!)

Beteiligung eines Leistungsträgers

Wissenschaftliche Begleitung und Evaluation durch Uni Oldenburg:

- Ambulatorium für ReHabilitation
- Versorgungsforschung EMS

Beteiligung/Einsatz regional vorhandener Ressourcen

Innovationsfond

Förderbekanntmachung



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss

**des Innovationsausschusses beim
Gemeinsamen Bundesausschuss
zur themenoffenen Förderung von
Versorgungsforschung gemäß § 92a Abs. 2 Satz
1 SGB V: Forschungsprojekte zur Weiterentwick-
lung der Versorgung in der gesetzlichen Kran-
kenversicherung**

Vom 8. April 2016



Gemeinsamer
Bundesausschuss
Innovationsausschuss

8. April 2016

Innovationsfond

300 Mio EUR p.a.
2016-2019

Förderung neuer Versorgungsformen

- über die bisherige Regelversorgung hinausgehend
- Weiterentwicklung sektorenübergreifener Versorgungsmodelle
- Überwindung der Sektorentrennung
- Optimierung innersektoraler Schnittstellen

Voraussetzung: tragfähiges Evaluationskonzept mit Erkenntnissen

- die vom G-BA in seine Richtlinie übernommen werden
- oder vom Gesetzgeber für strukturelle Veränderungen dienen können.

Förderbekanntmachung neue Versorgungsformen zum themenspezifischen Bereich

8. April 2016

225 Mio EUR
p.a. 2016-2019

Für die Themenfelder

- Versorgungsmodelle in strukturschwachen oder ländlichen Gebieten?
- Modellprojekte zur Arzneimitteltherapie sowie Arzneimitteltherapiesicherheit
- Versorgungsmodelle unter Nutzung von Telemedizin, Telematik und E-Health?
- Versorgungsmodelle für spezielle Patientengruppen:
 - ältere Menschen
 - Menschen mit psychischen Erkrankungen
 - pflegebedürftige Menschen
 - Kinder und Jugendliche
 - Menschen mit seltenen Erkrankungen

sind die vollständigen Anträge bis **spätestens 5. Juli 2016, 15:00 Uhr** beim Projektträger einzureichen.

Der themenspezifische Teil des Förderbereichs „Versorgungsforschung“ enthält folgende Förderschwerpunkte: **nach § 92b SGB V**

- Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und Patientensicherheit in der Versorgung
- Verbesserung von Instrumenten zur Messung von Lebensqualität für bestimmte Patientengruppen
- Innovative Konzepte patientenorientierter Pflege unter besonderer Berücksichtigung der Arbeitsteilung und der Schnittstellen sowie der Integration ausländischer anerkannter Pflegefachkräfte in den Versorgungsalltag
- Verbesserung der Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit der GKV-Versorgung
- Ursachen, Umfang und Auswirkungen administrativer und bürokratischer Anforderungen im Gesundheitswesen auf die Patientenversorgung sowie Entwicklung geeigneter Lösungsansätze
- Einsatz und Verknüpfung von Routinedaten zur Verbesserung der Versorgung

75 Mio EUR
p.a. 2016- 2019

Antragsteller können sich nach Veröffentlichung der Förderbekanntmachungen entweder auf einen themenspezifischen oder auf einen themenoffenen Förderschwerpunkt bewerben.

Förderbekanntmachung Versorgungsforschung zum themenoffenen Bereich

8. April 2016

Für den themenoffenen Bereich sind die vollständigen Projektskizzen bis **spätestens 9. Mai 2016, 12:00 Uhr** beim Projektträger einzureichen.

Die Details entnehmen Sie bitte den folgenden Dokumenten:

- a.  [Förderbekanntmachung \(111.7 KB, pdf\)](#)
- b.  [Leitfaden für die Antragstellung \(233.0 KB, pdf\)](#)
- c.  [Antragsformular \(42.1 KB, doc\)](#)
- d. Formblätter für die Antragstellung
 - als  [Einzelprojekt \(52.5 KB, doc\)](#)
 - als  [Konsortialführung \(54.4 KB, doc\)](#)
 - als  [Konsortialpartner \(50.8 KB, doc\)](#)
- e.  [Allgemeine Hinweise und Nebenbestimmungen \(112.0 KB, pdf\)](#)
- f.  [Personalmittelsätze für Förderungen des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss \(19.7 KB, pdf\)](#)
- g.  [Ankündigung Webinar \(58.6 KB, pdf\)](#)



Themenfelder der **zweiten Förderbekanntmachung** im Bereich der neuen Versorgungsformen werden sein:

- Modelle mit Delegation und Substitution von Leistungen,
- Auf- und Ausbau der geriatrischen Versorgung,
- Verbesserung der Kommunikation von Patientinnen und Patienten, und Förderung der Gesundheitskompetenz sowie
- Versorgungsmodelle für Menschen mit Behinderungen. !!!!

Daneben wird es einen themenoffenen Bereich geben.

Noch Fragen?

Nächstes Treffen: Di., 10. Mai, 18 Uhr s.t.

Thema: Selbsterfahrungsberichte

1. Frau Westera
2. Frau Nickel