1.02.606 Seminar

Krankheitsbilder und Beeinträchtigungen in der NeuroRehabilitation als Brücke zur gesundheitlichen Inklusion

Andreas Zieger

Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik CvO Universität Oldenburg

www.a-zieger.de

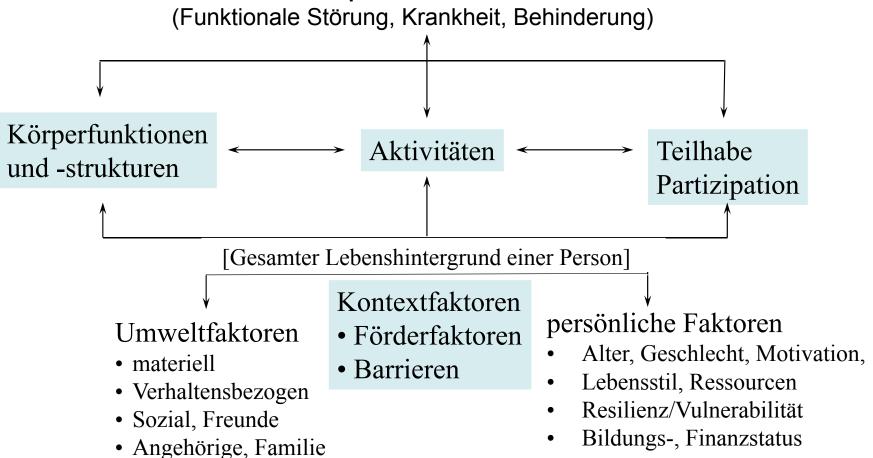
4. Juni 2019 (6)

ICF- und teilhabeorientierte Versorgungskette mit Kontextfaktoren: Neurologisches Rehaphasenmodell A-F

WHO-Konzept ICF (2001)

International Classification of Functioning, Disability and Health

Gesundheitsproblem einer Person



Merkmale (Vorteile(?)) der ICF

- "Ganzheitliches", bio- bzw. somatopsychosoziales integriertes wie auch integratives Verständnis und Menschenbild
- Einheitliches partizipations- und teilhabeorientiertes Modell
- Vergleichbarkeit (z.B. Begriffe/Sprache, internationale Forschung)
- Netzwerkstruktur mit (wechselwirkenden) Komponenten
- Untergliederung von sozialrechtlich differenten "Tatbeständen" wie Gesundheitsproblem, Gesundheitsstörung, chronische Krankheit, Behinderung unter den Begriff "funktionaler Gesundheit"
- schließt Individuum-Umwelt-Interaktion ein
- differenzierte Kontextfaktoren auf personaler und Umweltebene
- fördernde und hemmende Wirkungen (Barrieren)

Definition "Kontextfaktoren" nach DRV

Kontextfaktoren sind im Sinne der ICF alle Gegebenheiten des Lebenshintergrundes einer Person.

Sie gliedern sich in sogenannte

- personenbezogene Faktoren und in sogenannte
- Umweltfaktoren.

In der sozialmedizinischen Begutachtung ist zu prüfen, welche Kontextfaktoren einen Einfluss auf die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben haben

- Orthesen z. B. können als Förderfaktoren angesehen werden,
- die fehlende Automatikschaltung im Pkw als Barriere

Personenbezogene Faktoren können zusätzliche Informationen liefern

Personenbezogene Faktoren sind die Faktoren, die sich auf die betrachtete Person selbst beziehen und den spezifischen Hintergrund des Lebens und der Lebenserfüllung eines Menschen ausmachen, z. B. Altern und Lebenserfahrung. Sie umfassen Gegebenheiten, die nicht Bestandteil des Gesundheitsproblems oder Gesundheitszustandes sind.

Die ICF sieht für diese Faktoren noch keine Klassifikation vor.

https://www.deutsche-

rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3 Infos fuer Experten/01 sozialmedizin forschung/01 sozialm edizin/08 sozmed glossar/K/kontextfaktoren.html

In der klinischen und nachklinischen Praxis werden oft nur wenige, auf das jeweilige konkrete Problem bezogene Kodes benötigt, sogenannte ICF Core Sets:

ICF-Core-Sets

... sind aus der ICF extrahierte Kodelisten für unterschiedliche, umschriebene und abgegrenzte Gesundheitszustände oder Versorgungszusammenhänge.

Verschiedene Projekte beschäftigen sich daher mit der Entwicklung und Erprobung sog. ICF-Core-Sets.

Die WHO bietet auf ihrer Website ein Tool zur Erzeugung eines ICFbasierten Dokumentationsbogens auch in deutscher Sprache an. Mit diesem Tool können alle für einen Fall relevanten ICF-Core-Sets und auch einzelne ICF-Kategorien aus der gesamten ICF zu einem personalisierten Onlineformular zusammengestellt werden, das für die Dokumentation dieses Falles genutzt werden kann.

Tool zur Erzeugung eine ICF-basierten Dokumentationsbogens: https://www.icf-core-sets.org/de/page0.php

Erzeugung eines ICF-basierten Dokumentationsbogens

Auswahlprozess - Schritt 1

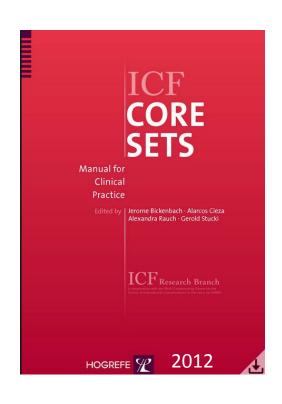
Bitte wählen Sie ein (oder mehrere) ICF Core Set(s) aus

Entzündliche Darmerkrankungen Umfassend

Zur Auswahl mehrerer ICF Core Sets halten Sie bitte die CTRL-Taste gedrückt.

Adipositas Umfassend Adipositas Kurz Obstruktive Lungenerkrankungen Umfassend Obstruktive Lungenerkrankungen Kurz ICF CORE SETS FÜR NEUROLOGISCHE ERKRANKUNGEN: Neurologische Erkrankungen Akut Umfassend Neurologische Erkrankungen Akut Kurz Neurologische Erkrankungen Postakut Umfassend Neurologische Erkrankungen Postakut Kurz Schlaganfall Umfassend Schlaganfall Kurz Depression Umfassend Depression Kurz Bipolare Störungen Umfassend Bipolare Störungen Kurz Multiple Sklerose Umfassend Multiple Sklerose Kurz Rückenmarksverletzungen Postakut Umfassend Rückenmarksverletzungen Postakut Kurz Rückenmarksverletzungen Langzeit Umfassend Rückenmakrsverletzungen Langzeit Kurz Schädel-Hirn-Trauma Umfassend Schädel-Hirn-Trauma Kurz ICF CORE SETS FÜR ANDERE ERKRANKUNGEN: Brustkrebs Umfassend Brustkrebs Kurz Kopf- und Halstumore Umfassend Kopf- und Halstumore Kurz

ICF Core Set Items bei "Schlaganfall"



ICF-Komponenten

Körperfunktionen: 41 Items

Körperstrukturen: 5 Items

Aktivitäten und Teilhabe: 51 Items

Umweltfaktoren: 33 Items

Personenbezogene Faktoren: nicht klassifiziert

Förderfaktoren

Barrieren

Brain Inj. 2013;27(4):379-87. doi: 10.3109/02699052.2012.750757. Epub 2013 Mar 8.

Development of the International Classification of Functioning, Disability and Health core sets for traumatic brain injury: an International consensus process.

Laxe S¹, Zasler N, Selb M, Tate R, Tormos JM, Bernabeu M.

Author information

Abstract

BACKGROUND: In a patient-oriented healthcare system, the integration of the functional status of the patient from the perspective of different professionals is understandable by the use of the International Classification of Functioning, Disability and Health.

OBJECTIVE: A formal decision-making and consensus process is presented to develop the first version of the International Classification on Functioning, Disability and Health (ICF) Core Sets for Traumatic Brain Injury.

METHOD: A panel with the results from preparatory studies that included a literature review, a qualitative study, empirical data collection and an expert survey, was presented. A consensus conference was held in Barcelona, March 2010 and 23 professionals attended representing nine countries.

RESULTS: The preparatory studies identified 183 eligible categories. After the voting process, 139 constituted the Comprehensive Core Sets for TBI and 23 the Brief Core Sets for TBI.

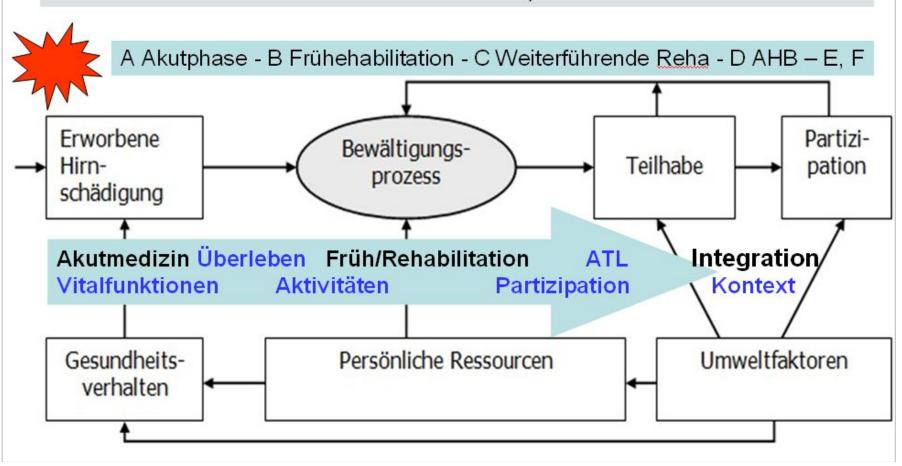
CONCLUSIONS: The consensus conference led to the integration of evidence and expert opinion based on the ICF. The adoption of the ICF Core Sets for TBI provides a basic international standard for the multidisciplinary assessment of a TBI patient's functioning.

Bedeutung der Kontextfaktoren

- beziehen personelle und Umweltfaktoren im Sinne einer systemischökologischen Sichtweise mit ein
- verweisen auf die prinzipielle relationale Beziehungs- und Interaktionsebene im Zusammenleben von Menschen (statt auf abstrakte Faktorenebene)
- schließen die konkrete individuelle und persönliche Innen- und Lebensumwelt der Betroffenen (und ihren Angehörigen) mit ein
- sind außerordentlich vielfältig, komplex, wenig "katalogisierbar" und "unberechenbar" (weil nur analog und qualitativ erfassbar)
- bedürfen einer angemessenen individuellen "quantitativen" Reduktion und wirtschaftlichen" Berechenbarkeit/Vorhersage
- "müssen bei komplexer Behinderung das Hilfesystem und den Hilfebedarf einbeziehen

Integrierte teilhabeorientierte Versorgung bei schwerer neurologischer Beeinträchtigung

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





Das Phasenmodell der neurologischen Rehabilitation

Die UN-Behindertenrechtskonvention formuliert als übergeordnetes Ziel die Ermöglichung eines Höchstmaßes an Unabhängigkeit für Menschen mit Behinderung sowie die volle Teilhabe an allen Bereichen des Lebens und verpflichtet damit alle Akteure im Bereich von Rehabilitation und Teilhabe, ihre möglichen Beiträge zur Erreichung dieses Zieles zu leisten.

Gelingen kann dies nur, wenn die Besonderheiten, die mit den unterschiedlichen Arten von Behinderung und deren Auswirkungen verbunden sind, gesehen und berücksichtigt werden. Dies gilt auch und erst recht für Menschen mit neurologischen Erkrankungen.

Wichtiger Ausgangspunkt für die Unterstützung von Menschen mit einer erworbenen Schädelhirnverletzung ist das Phasenmodell der neurologischen Rehabilitation mit den Phasen A – F:

- A: Akutbehandlungsphase unmittelbar nach dem Ereignis.
- B: Behandlungsphase, in der noch intensiv-medizinische Behandlungsmöglichkeiten vorgehalten werden müssen.
- C: Behandlungs-/ Rehabilitationsphase, in der die Patienten bereits in der Therapie mitarbeiten k\u00f6nnen, sie aber noch kurativ-medizinisch und mit hohem pflegerischen Aufwand betreut werden m\u00fcssen.
- D: Rehabilitationsphase nach Abschluss der Frühmobilisation.
- E: Behandlungs-/ Rehabilitationsphase nach Abschluss einer intensiven medizinischen Rehabilitation. Im Mittelpunkt stehen nachgehende Reha-Leistungen unter Einschluss von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.
- F: Langzeitpflege und Langzeitbehandlung; Behandlungsphase, in der dauerhaft unterstützende, betreuende und/ oder zustandserhaltende Leistungen erforderlich sind.





20 Jahre Neurologisches Phasenmodell

BAR-Symposium 2015 in Frankfurt am Main



Mitwirkende am Vormittag (v.l.): Markus Oberscheven, Dr. Friedrich Mehrhoff, Prof. Dr. Dr. Paul Walter Schönle, Helga Lüngen, Dr. Rolf Buschmann-Steinhage, Dr. Helga Seel, Dr. Bodo Liese, Kim-Vanessa Mathes, Dr. Alexander Loevenich, Dr. Wilfried Schuco. Biöm Hagen

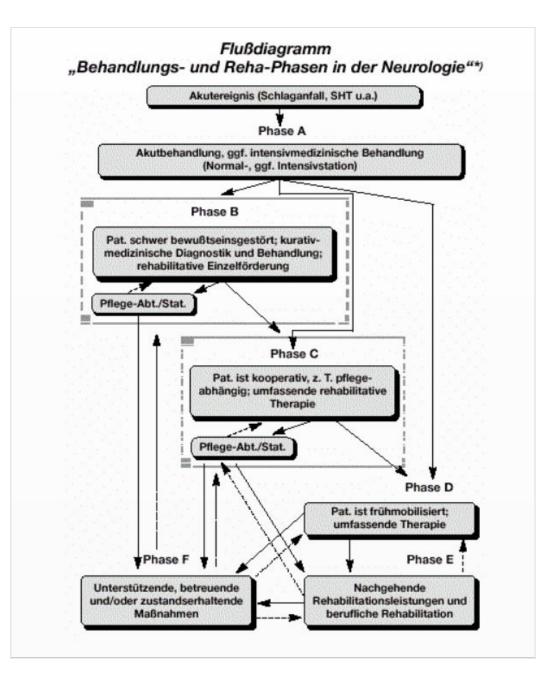
NHALT

Einführung	3
Grusswort	6
HINTERGRUND & HISTORIE	8
Hintergrund zum neurologischen Phasenmodell	
Bedeutung des Phasenmodells (Prof. Dr. Karl-Heinz Mauritz)	10
Entstehung und Meilensteine (Prof. Dr. Dr. Paul Walter Schönle)	11
Themenschwerpunkt 1	16
Schnittmengen und Schnittstellen	
Die Sicht Betroffener und Angehöriger – Teil 1 (Helga Lüngen)	17
Verwerfungen durch das DRG-System (Dr. Alexander Loevenich)	19
Themenschwerpunkt 2	24
Berufliche Wiedereingliederung, Teilhabe und Inklusion	
Der Weg zurück ins Arbeitsleben (Heike Schaber)	24
Die Sicht Betroffener und Angehöriger – Teil 2 (Helga Lüngen)	29
Themenschwerpunkt 3	32
Beratung und Fallmanagement	
Die Sicht Betroffener und Angehöriger – Teil 3 (Helga Lüngen)	32
Innere Konflikte, Beratung und Aushandlungsprozesse (Kim-Vanessa Mathes)	35
Begutachtung in der Fallbegleitung (Dr. Alexander Loevenich)	37
Themenschwerpunkt 4	40
Wirksamkeit und Umsetzung des Phasenmodells in der Fläche	
Die Sicht Betroffener und Angehöriger – Teil 4 (Helga Lüngen)	42
Ausblick	46
Anhang	49

BAR TAGUNGSBERICHT: "20 JAHRE NEUROLOGISCHES PHASENMODELL"

Originales Flußdiagramm zum Neurologischen Rehaphasenmodell

VDR 1994/95



Neurologisches Rehaphasenmodell

"Vom Koma zurück in die Gemeinde" (BAR 1995)

F Integration/Teilhabe/Inklusion

E Amb. Nachsorge, schul., berufl., soziale Reha/Wiedereingliederung

D Rehabilitation (AHB), teilstat. Reha

C Frühmobilisation, weiterführende Reha

B Frührehabilitation

mit Beatmung

Akutphase: OP, Intensivstation, Stroke Unit

Rehaphasenmodell - Funktion und Bedeutung

1994-1996

- durch Verband der Rentenversicherungen (VDR) und Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) unter Mitwirkung des
- Bundesverbandes Schädel-Hirnpatienten in Not e.V. und der
- Arbeitsgemeinschaft Neurologisch-Neurochirurgische Frührehabilitation (Fachärzte für Neurologie, Neurochirurgie, Rehamediziner)

entwickelt und im Rehabilitationswesen etabliert.

Umfassendes Stufenmodell der Entwicklung von Akutphase bis zur sozialen und beruflichen Wiedereingliederung und Integration/Teilhabe/Inklusion

Phasendefinierte Ziele und Therapien/Pflege

Ausrichtung an den individuellen Bedarfe unter Beteiligung der Angehörigen

Pilotfunktion für andere rehabilitationsträchtige Fachgebiete wie Kardiologie, Orthopädie und andere

Einzigartig für und in Deutschland, 2001 von Österreich übernommen

Bezug der Rehabilitationsphase zum Grad der Autonomiefindung und entsprechenden Rehabilitationszielen [erweitert und ergänzt nach Fries et al., 2007]

Phasenabhängigkeit der Rehabilitationsziele

Stufen der Rehabilitation	Phasenmo- dell (BAR)	Grad der Autonomie = Selbstbestim- mung	Ziele	Grad der Teilhabe
Akutbehandlung Frührehabilitation	A, B	Biologische Autonomie (Vitalfunktionen)	Unabhängigkeit von Maschinen und dauernder Pflege	
Postakute stationäre und ambulante Rehabilitation	C und D	Funktionelle Autonomie(ADL [Schlu- cken, Toilettenfähigkeit Selbstversor- gung, Mobilität, Kommunikation])	Unabhängigkeit von Pflege und ständiger funktioneller Hilfestellung	
Wohnortnahe stationäre und/ oder ambulante REHA (auch mobil-aufsuchend) Ambulante REHA-Nachsorge	C, D und _E=	Soziale Autonomie soziale Reintegrati- on: Berufliche Wiedereingliederung Gemeinschaftliche Eingliederung und Vermeidung von Pflege	Unabhängige, selbstbestimmte Lebens- führung in der sozialen Gemeinschaft Nachhaltige Sicherung des Rehabilitati- onserfolges	
Nachsorge (Langzeitkonzept 1) Aktivierende Pflege Mobile Rehabilitation Rehabilitative Nachsorge	C und F	Dauerhaft eingeschränkte Autonomie Bestmögliche ADL-Selbstständigkeit, basale Kommunikation und Mobilität	Betreute Lebensführung Vermeidung von Komplikationen Teilhabe an betreutem Lebensumfeld Unterstützung von betreuenden Personen	
Nachsorge (Langzeitkonzept 2) Eingliederungshilfe Rehabilitative Nachsorge	G	Dauerhaft eingeschränkte Autonomie Eingliederungshilfe	Tagesförderung LTA-Förderkonzepte für zweiten Arbeitsmarkt	1



Umsetzung des Phasenmodells über trägerübergreifende Empfehlungen auf Ebene der BAR

Das Phasenmodell ist Ausgangspunkt für die Arbeit auf Ebene der BAR. Es wurde 1994 von der Rentenversicherung vorgelegt, und bereits 1995 wurde auf Ebene der BAR begonnen, das Phasenkonzept A – F der neurologischen Rehabilitation trägerübergreifend zu definieren. Die "Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C" markieren den Beginn, das Phasenmodell der neurologischen Rehabilitation trägerübergreifend zu beschreiben. Gerade für diese Phasen hatten die Träger große Defizite im Versorgungsbereich erkannt.

Empfehlungen

zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C



Weitere Versorgungsdefizite wurden von den Reha-Trägern und den Verbänden und Organisationen in der Phase F der neurologischen Rehabilitation gesehen. Auch für diese Phase wurden trägerübergreifende Definitionen erarbeitet und 2003 veröffentlicht. In 2011 wurden schließlich BAR-Empfehlungen für die medizinisch-berufliche Rehabilitation in der Neurologie veröffentlicht, gefolgt von den ebenfalls auf BAR-Ebene erarbeiteten und 2013 erschienenen Empfehlungen zur Phase E der neurologischen Rehabilitation.

Darüber hinaus wurden im Jahr 2005 Rahmenempfehlungen der BAR zur ambulanten neurologischen Rehabilitation und im Jahr 2007 die Arbeitshilfe für die Rehabilitation und

Teilhabe schädel-hirnverletzter Kinder veröffentlicht.

Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe schädel-hirn-verletzter Kinder und Jugendlicher

2007

Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation Heft 1









Ausgangspunkt aller Empfehlungen ist ein ganzheitlicher Ansatz, der die physischen, psychischen und sozialen Aspekte des betroffenen Menschen umfasst. Die BAR-Empfehlungen sind fachlich anerkannt und akzeptiert, sie haben zu einem bedarfsgerechten bzw. bedarfsgerechteren Ausbau der Behandlungsplätze beigetragen. Wenn auch die Akutversorgung und die frühe rehabilitative Behandlung von Menschen mit erworbener Schädelhirnverletzung in Deutschland recht gut aufgestellt und erreichbar sind, so ist gleichwohl oftmals noch festzustellen, dass es schwieriger wird, wenn es um die Unterstützung vor Ort im Lebens- und Arbeitsumfeld geht.

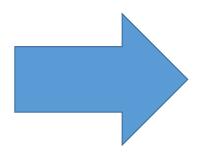
Insbesondere

wenn es um die Nachsorge und Teilhabe im ambulanten (postklinischen)
 Sektor geht!

Wesentlich für die Gründung des Vereins Neuro-Netzwerk Weser-Ems e.V. und von Neuro-Netzen anderswo!

Exkurs: Neuropädiatrische Rehabilitation?

Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe schädel-hirn-verletzter **Kinder und Jugendlicher BAR 2007** Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation





Sorgenkind "Phase D" in der Pädiatrischen NeuroRehabilitation



Andreas Zieger

Institut für Sonder- und Rehapädagogik

Ehemaliger Ärztl. Leiter der Klinik für Neurorehabilitation (Frühreha Phase B, mit Beatmung) Evangelisches Krankenhaus Oldenburg

mit Unterstützung und Beratung von





Klinik für Neuropädiatrie, Neurologisches Rehabilitationszentrum "Friedehorst"
Bremen-Lesum

Kongress "Reine Kopfsache", BV Kinderneurologie-Hilfe e.V., 21. Nov. 2018, Berlin

Neuropädiatrische Rehazentren - Ziel

"... den Weg zurück in Familie Schule, Ausbildung/Beruf und Gesellschaft ebnen." (BV KNH 2013)

Fragen an die "Phase D"

- Anwendung des Neurologischen Rehaphasenmodells?
- Stellung der Rehaphase D innerhalb der Rehabilitationskette?

$$A-B-C-\mathbf{D}-E-F$$

- Bedeutung für Integration und Teilhabe?

Befragung September-Oktober 2018

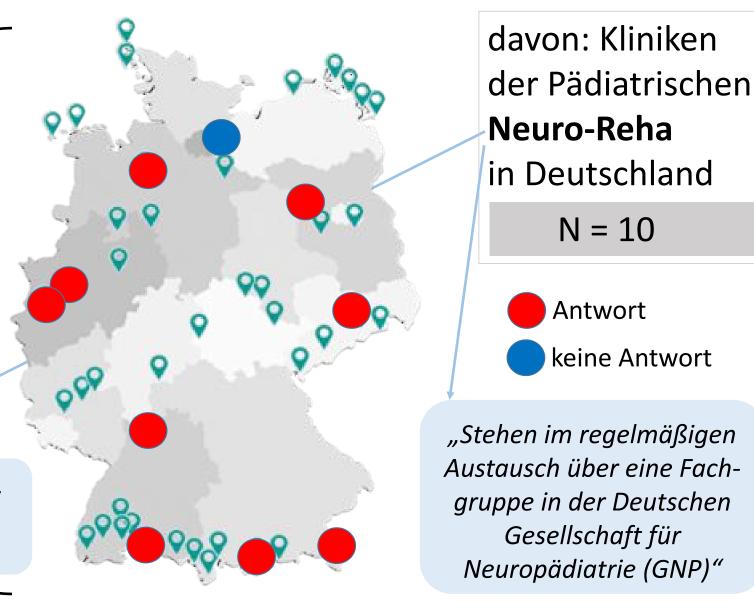
Neuropädiatrische RehaKliniken und übergeordnete Organisationen (DRV, BAR, BKJR e.V.)

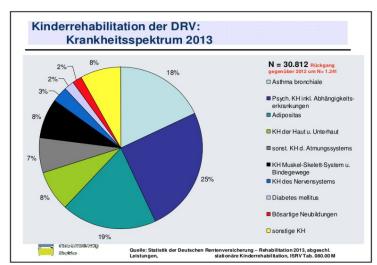
- 1. Wird in Ihrer Einrichtung eine Phase D angeboten?
- 2. Können Sie dazu maßgebliche Fachgesellschaften und Verbände benennen?
- 3. Haben Sie spezielle Empfehlungen für Einrichtungen, die eine Phase D anbieten und leisten?
- 4. Gibt es Probleme und "Brennpunkte" in der Phase D?

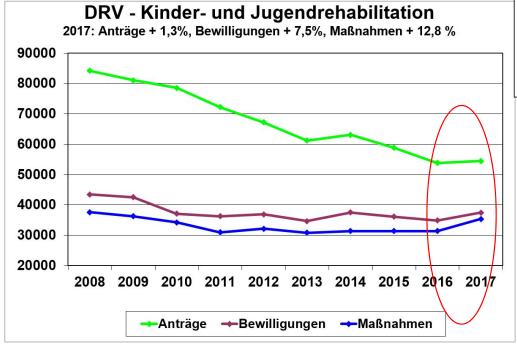
Kliniken
der Kinder- und
Jugend-Reha
in Deutschland
Alle Indikationen

N = 51

"Werden von der **DRV** und **GKV** belegt …"

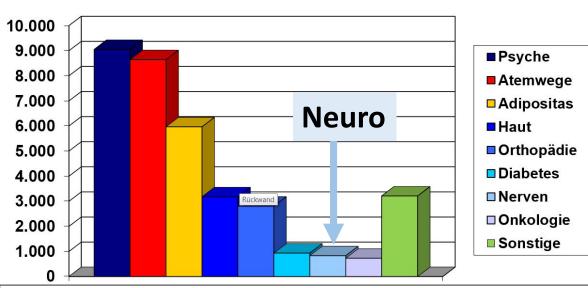






DRV 2017 - Diagnosegruppen

35.348 Maßnahmen



Quelle:



ad 1) Wird Phase D angeboten?

- "Phasenmodell nicht anwendbar", "Phasenmodell kann für Kinder nicht gelten"
- "kommt bei uns nicht vor", "wird nicht angeboten"
- "nur ausnahmsweise", "nur im Einzelfall", "knapp 10% der Patienten"
- "einheitlicher Pflegesatz für alle Phasen", "unter einem Dach"
- "Abgrenzung Phase C/D mit Orientierung am Barthel-Index >70 Punkte"
- "bei uns der zahlenmäßig stärkste Bereich"
- "Einzel- und Gruppenangebote, indikationsspezifisch, motorische Förderung", "Selbständigkeit in den ADLs"
- "Krankenhausschule", "begleitende Beschulung und Wiedereingliederung"
- "bei Jugendlichen Maßnahmen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation mit bis zu 11 Monate dauernden Kursen, um die Rehabilitanden für eine Berufsausbildung fit zu machen …"
- "wenn noch ein großer Anteil an medizinischem Rehabedarf besteht, verschwimmen in den med.-berufl. Einrichtungen BvB-Maßnahmen ein wenig sind eher der Phase E zuzuordnen …"

ad 2) Maßgebliche Fachgesellschaften und Verbände?

- "Gesellschaft für Neuropädiatrie (GNP)"
- "Kommission stationäre Neurorehabilitation der GNP"
- "Bündnis Kinder- und Jugendreha e.V. (BKJR)"
- "Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ)
- "rehaKind e.V." "Kindernetzwerk"
- "Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)"
- "Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR)"
- "Degemed" ...

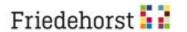
ad 3) Empfehlungen zu anderen Einrichtungen?

- "Entlassen in der Regel aus Phase C (oder auch B), je nach Wohnort und Indikation …"
- "Neben unserer Klinik bieten m.W. Gailingen, Kreischa und Hohenstücken Phase D an"
- "Arbeiten bzgl. der Phase D im Süden z.B. mit dem Jugendwerk Gailingen zusammen und wie ist es im Norden?"
- "Unsere Klinik ist eine gute Adresse, aber auch das Jugendwerk Gailingen und die Klinik Hohenstücken in Brandenburg …"
- "Hohenstücken als Modellprojekt des Bundes und des Landes Brandenburg mit dem Ziel: alle Phasen unter einem Dach …"
- "Auch ´Friedehorst` in Bremen-Lesum hat auch Phasen unter einem Dach!"

ad 4) Probleme und "Brennpunkte"

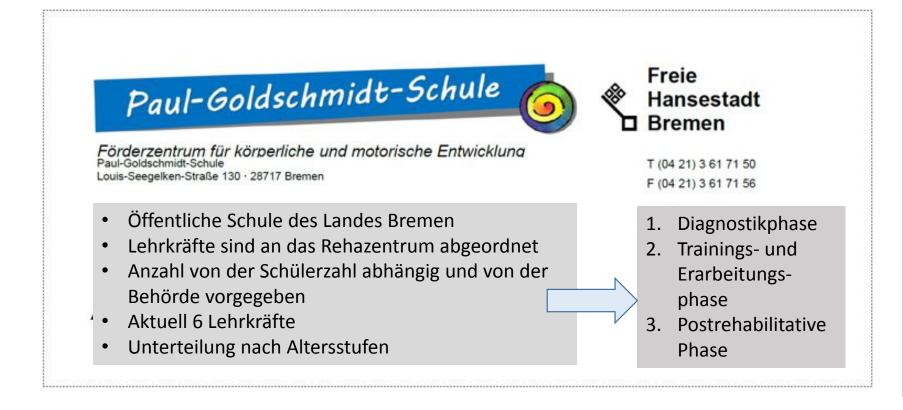
- "Rehaphasenmodell für Menschen, nicht für Altersgruppen definiert"
- "Phase D ist ein richtig heißes Eisen"
- "Barthel-Index ist ein ungeeigneter Maßstab … hat selbst bei Erwachsenen Schwächen"
- "BI für Phaseneinteilung nicht allein gültig, genauso müssen BAR-Kriterien genutzt werden, entscheidend ist das Aufnahmeassessment …"
- "Krankenkassen definieren wissenschaftliche BAR-Kriterien anhand von wirtschaftlichen Interessen aus Einspardruck gern um"
- "Krankenhausgeschäftsführer unterzeichnen dann auch noch <u>diese</u> Verträge!"
- "Eine Phase K = Kind wäre als Mischkalkulation aller Phasen wünschenswert und notwendig" [bietet großes Diskussionspotential!]
- "Beim Reintegrationsprozess zuhause kommt es [wenn die Nachsorge nicht richtig geplant ist] häufig zum Verlust an Schwung und Leistungswillen …"





Schulunterricht während der Rehabilitation

Organisation der Schulabteilung im neurologischen Rehabilitationszentrum





Postrehabilitative Schullaufbahn

- Feststellung des Ist-Zustandes bei Rehabilitationsende Bedarfsermittlung
- Erarbeitung einer, auf die spezifischen Bedürfnisse des Patienten zugeschnittenen Beschulung individueller Bildungs-/Unterrichtsplan
- Kommunikation mit Heimatschule, neuer Schule, Eltern und Behörden Vorbereitende Maßnahmen
- Gegebenenfalls Durchführung einer Belastungserprobung als Schulversuch
- Erstellung eines schulischen Berichtes für die aufnehmende Schule mit möglichen Nachteilsausgleichen und speziellen räumlichen oder personellen Voraussetzungen
 Entlassbericht mit Inklusionsempfehlungen
- Eventuelle Besuche der Schule mit und ohne den Patienten
- Schul- und Schullaufbahnberatung
- Ausbildungs- und Berufsberatung

nachgehende Maßnahmen i.S.v. Nachsorge: Begleitung, Beratung ...

Reha für Kinder und Jugendliche - Wegweiser für Fachkräfte (2017)

"... wird in Fachkliniken erbracht, die sich spezialisiert haben chronische Erkrankungen

und Gesundheitsprobleme von Kindern und Jugendlichen Alter 0 bis 18 Jahre) beziehungsweise von jungen Erwachsenen (in bestimmten Fällen bis zu 27 Jahre) ... [nur noch sehr selten, eigentlich nicht mehr von den Kostenträgern gewünscht, schon gar nicht von den KK ...

Reha für Kinder

und Jugendliche

Wegweiser für Fachkräfte

Lt. DRV: höchstens bis 27 für die Zeit einer Schul- oder Berufsausbildung, eines freiwilligen sozialen oder ökologischen Jahres oder eines Bundesfreiwilligendienstes. Das Gleiche gilt für Jugendliche, die aufgrund einer Behinderung nicht selbst für sich sorgen können]

... Bei der Auswahl der geeigneten Klinik

spielen sowohl die medizinischen als auch die individuellen Bedürfnisse des Kindes beziehungsweise Jugendlichen eine Rolle ... (S. 6)

"Schule während der Reha

- Qualifizierter Schulunterricht findet in allen Reha-Kliniken für Kinder und Jugendliche statt, unterteilt nach Schultyp und Klassenstufe. [Meist in einer Klinikschule – in Gailingen und Bremen in einer öffentlichen Schule des Landes]
- Die Reha ist daher nicht an Ferienzeiten gebunden. [Wichtig!]
- Eine enge Abstimmung mit der Heimatschule gewährleistet, dass die Kinder und Jugendlichen den Anschluss in ihrer Klasse nicht verlieren.
- Die Kliniklehrkräfte gehen auf die individuelle Lernsituation und auf etwaige Lernschwierigkeiten ein.
- Spezielle Förderung und psychotherapeutische [neuropsychologische]
 Begleitung schaffen bei Bedarf die Voraussetzungen für die Rückkehr in einen normalen Schulalltag [auch Planung eines möglichen Schulwechsels]
- Soweit erforderlich wird eine weiterführende therapeutische Unterstützung geplant ... (S. 10)



"Für ältere Jugendliche und junge Erwachsene

- bietet die Reha-Klinik eine Beratung zu beruflichen Perspektiven an, die auf die gesundheitlichen Einschränkungen eingeht.
- Hierbei besteht die Möglichkeit, die eigenen Wünsche zu formulieren und zu hinterfragen, die eigenen Fähigkeiten einzuschätzen
- und Berufe durch "Schnuppertage" praktisch zu erkunden …" (S. 10)

Zusatz:

 von einigen Institutionen werden dann weitere berufliche Qualifizierungen (MBOR, BvB) oder auch Wohntraining (Phase E), angeboten, z.T. In Kooperation mit BfW



ff. Reha für Kinder und Jugendliche - Wegweiser für Fachkräfte (2017)

"Die Eltern und Bezugspersonen werden von Anfang an mit einbezogen (…), zum Beispiel



- wenn individuelle Ziele für die Rehabilitation vereinbart werden.
- Auf dieser Grundlage erstellt die Reha-Klinik einen Therapieplan, der je nach Bedarf ärztliche, (neuro)psychologische, pädagogische, logopädische, physiotherapeutische oder ergotherapeutische Leistungen umfasst.
- Außerdem erhalten die Kinder und Jugendlichen Schulunterricht in den wichtigsten Schulfächern..." (S. 6) (Hauptfächer)

Stärkung der Kinderreha durch das neue Flexirentengesetz – seit 14.12.16

- Leistungen der Kinder- und Jugendreha werden eine Pflichtleistung der Deutschen Rentenversicherung
 - mit eigenständiger gesetzlicher Regelung (§ 15 a SGB VI)
 - ohne Budgetierung der Ausgaben
- Begrenzung auf stationäre Reha-Form entfällt
- Bezug auf Teilhabe an Schule und Ausbildung gesetzlich verankert
- Einführung von Nachsorgeleistungen
- Aufhebung der 4-Jahres-Frist
- Verabschiedung gemeinsame DRV-Richtlinie Kinderrehabilitation in 06/2018 - unter Beteiligung der Fachgesellschaften

Jedoch:

DRV kein Kostenträger, wenn allgemeiner Arbeitsmarkt nicht erreichbar

Thema:

Inklusion auf dem

1. Arbeitsmarkt

ABER: Unveränderte Gleichrangigkeit der Kostenträger GKV / DRV

Statement einer NeuroPäd-Rehaklinik:

"Phase D ist ein wesentlicher Teil für Patienten mit chronischen neurologischen Erkrankungen oder länger zurückliegender Schädigung und erhaltender Beeinträchtigung in verschiedenen Bereichen (motorisch, sensorisch, kognitiv oder Beeinträchtigung der Sinnesorgane),

- welche die Möglichkeit haben, in begrenztem Umfang auch in Gruppen integriert zu werden. [Wesentliche Voraussetzung für Phase D: Frühmobilisation (Phase C) muss abgeschlossen sein!]
- Hier geht es um die Reintegration in die Schule, in sportliche Aktivitäten und Gruppenaktivitäten,
- und bei älteren Jugendlichen auch um die berufliche Rehabilitation ... [und Ausbildung]
- [oftmals auch Umorientierung an bleibende Beeinträchtigungen]
- Wir sehen, dass bei **Jugendlichen** es von großem Vorteil ist, wenn dieser **Reintegrationsprozess** ohne Pausen *Zuhause* verläuft ..."

Personen- und Teilhabeorientierung!

Noch wichtig ist:

- "trotz lange zurückliegendem schädigenden Ereignis Schlaganfall, SHT - sind wegen der weiteren kindlichen Entwicklung - lange Nachbeobachtungszeiten erforderlich!
- Es muss nicht nur der Schritt zurück z.B. in die KiTa, sondern später auch der Übergang in Schule oder Ausbildung geschafft werden ...
- Viele Problemfelder (v.a. neuropsychologisch: kognitiv, emotional, Lernen, Problemlösen und soziales Verhalten) entpuppen sich bei einem in psychosozialer Entwicklung befindlichem Gehirn erst mit der Zeit
- Motorik und Sensorik können sich unter Therapie Ausnutzung auch kompensatorischer Hilfsmittel dagegen relativ schnell gut erholen ..."

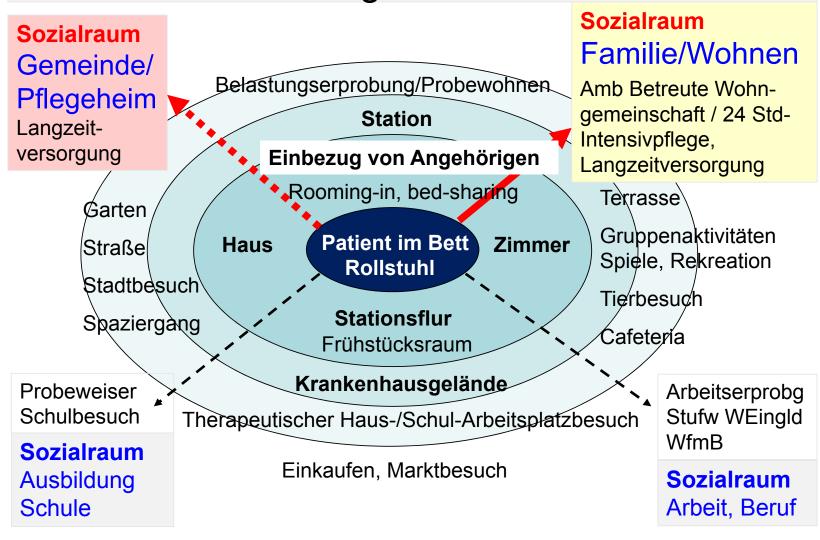
<u>Fazit "Phase D":</u> *Unverzichtbares* Kettenglied im Prozess einer umfassenden, nahtlosen, nachhaltigen, personenund teilhabeorientierten Pädiatrischen NeuroRehabilitation "inklusive Brücke"!







Sozialraumbezug und Teilhabe im Rehaprozess von Anfang an! (Zieger 2011/2014)



Die neun "Lebensbereiche" der ICF 2005, S. 164

"Knotenpunkte" zwischen den teilhaberelevanten Komponenten

Komponente Aktivitäten (a) und Komponente Partizipation (p)

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

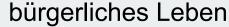




- p5 Selbstversorgung
- p6 Häusliches Leben
- p7 Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen



- p8 Bedeutende Lebensbereiche
- p9 Gemeinschafts-, soziales und staats-





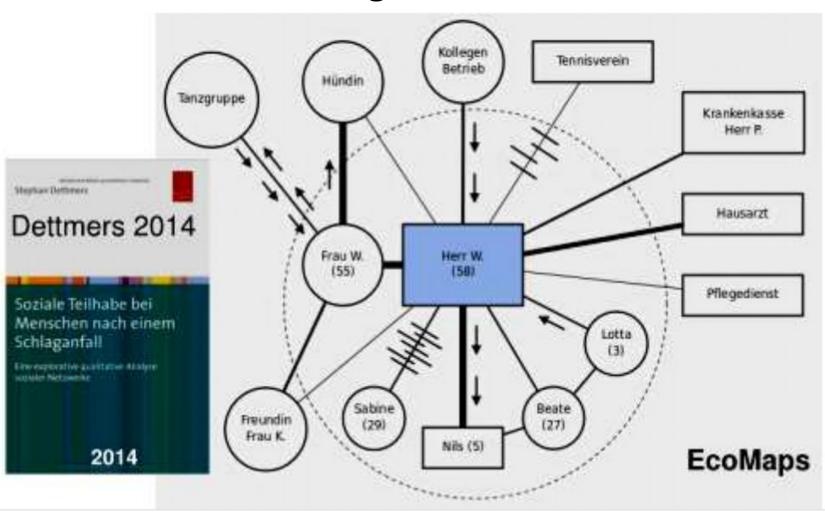


Der Rehabilitationsprozess aus Sicht der BAR



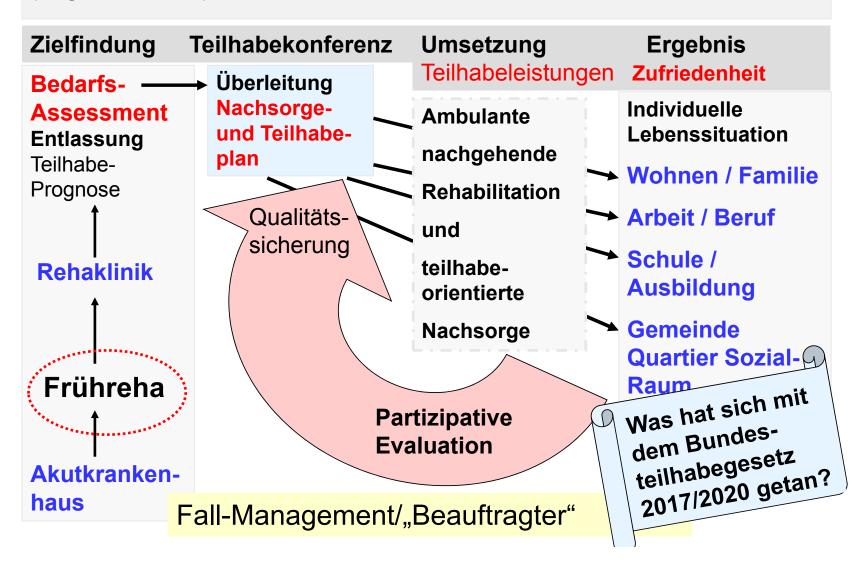
BAR 2014: Trägerübergreifende "Gemeinsame Empfehlungen"

Netzwerkanalyse sozialräumlicher Partizipation und Teilhabe nach Schlaganfall



Prozess- und Methodenmanagement

(Zieger 2012/2017)



Exkurs: Teilhabeforschung ...

Zusammenstellung aus einer Key-Lecture zum 11. ZNS-Nachsorgekongreß 2017 in Berlin

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

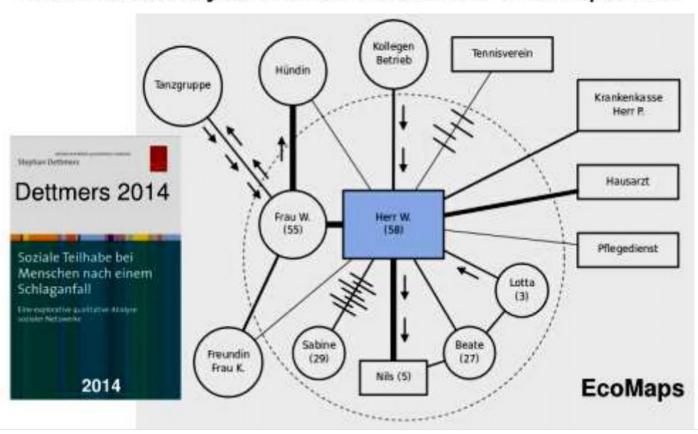
www.a.zieger.de



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

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

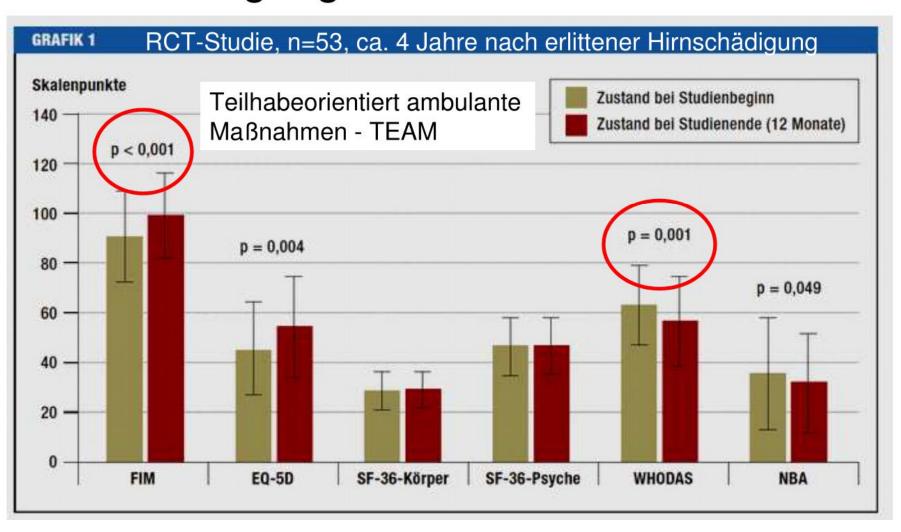
Fehlende flächendeckende Angebote

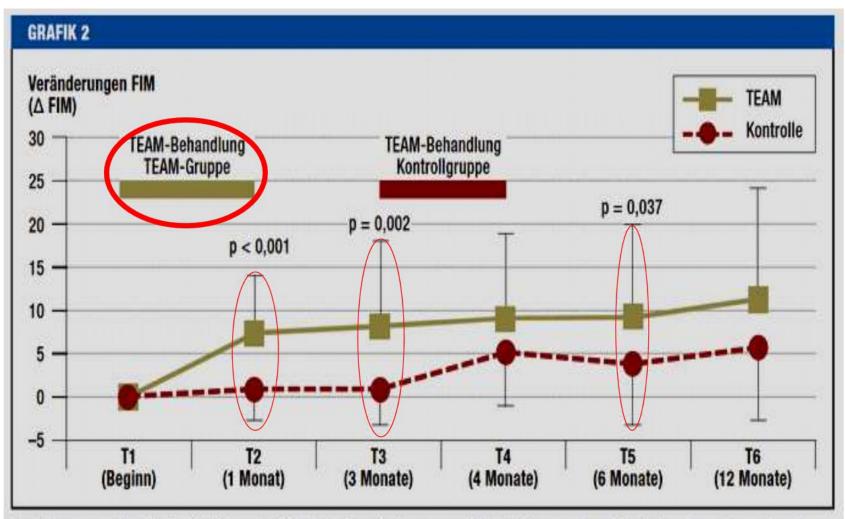
 an spezialisierten Angeboten und Einrichtungen

Mangelnde Regionalisierung Fehlende teilhabeorientierte und partizipative Forschung

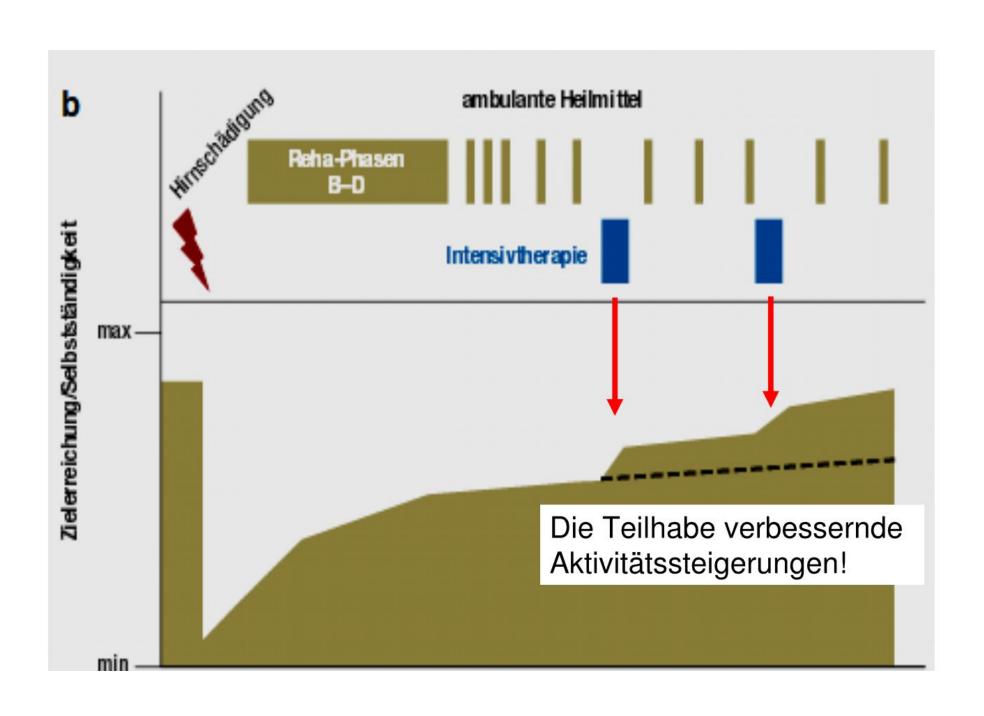
Weit entfernt vom Ziel der Teilhabe!

Langzeitrehabilitation nach erworbener Hirnschädigung Phase B Bender et al 2016





Veränderungen des FIM im Studienverlauf (Δ 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



Pöppl, Fries, Deck, Reuther 2016:

Teilhabe nach Schlaganfall: Ergebnisse einer multizentrischen Katamnesestudie in der ambulanten Neurorehabilitation (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 Lebensführung 12 Monate nach Rehabilitationsende:

- (1) Sexualleben
- (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"!



Fazit: Grundsätzliches

Partizipation/Teilhabe in

bedeutsamen Lebenssituationen stellen einen wichtigen Aspekt dar.

Dazu gibt es es nur wenige Studien.

J Head Trauma Rebabil
Vol. 19, No. 6, pp. 494-501
© 2004 Lippincott Williams & Wilkins, Inc.

Participation as an Outcome of Traumatic Brain Injury Rehabilitation

Keith D. Cicerone, PhD

Literatur-Reviews adressieren auf die Verbesserung der Lebensqualität: Einige Studien zeigen, dass Postakute Rehabilitation Teilhabebeeinträchtigungen vermindert und Verbesserung der Teilhabe bewirkt werden können.

Es besteht Evidenz, dass subjektives Wohlbefinden und Lebensqualität, lange von der Outcomeforschung ignoriert, für die unterschiedlichen Präferenzen der Patienten und Werte bei der Evaluation der Wirksamkeit von Rehabilitationsmaßnahmen verantwortlich ist.