



Hochschule Neu-Ulm
University of Applied Sciences



Projekt MeH MoS

Menschen mit
erworbener
Hirnschädigung im
Modellbezirk **S**chwaben

Eröffnungsbericht

Augsburg, 4. Dezember 2020

Bezirk Schwaben
Hafnerberg 10
86152 Augsburg
Telefon 0821 3101-0
info@bezirk-schwaben.de

Stichwortverzeichnis

ABW	Ambulant begleitetes Wohnen
AG WfMeH	Arbeitsgemeinschaft Werkstätten für Menschen mit erworbener Hirnschädigung
AM	Arbeitsmarkt
BAG Wohnen MeH	Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnen für Menschen mit erworbener Hirnschädigung
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
BBW	Berufsbildungswerk
BFW	Berufsförderungswerk
BTHG	Bundesteilhabegesetz
CM	Case-Management
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
MGS	Management im Gesundheits- und Sozialwesen
MeH	Menschen mit erworbener Hirnschädigung
RKI	Robert Koch-Institut
SHT	Schädel-Hirn-Trauma
SGB	Sozialgesetzbuch
TW	Trainingswohnen
ÖPNV	Öffentlicher Personennahverkehr
WfbM	Werkstatt für Menschen mit Behinderung
WHO	Weltgesundheitsorganisation
ZNS	Zentrales Nervensystem

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1	Phasenmodell der neurologischen Rehabilitation (BAR 1998)	13
Abb. 2	Bio-psycho-soziales Modell der ICF	14
Abb. 3	Autonomie im Phasenmodell	15
Abb. 4	Matrix: Nennung von Problemfeldern und Bedarfen	37

Tabellenverzeichnis

Tab. 1	Neuerkrankungen aus dem Berichtsjahr 2017 (ICD Gruppen I60 – I69)	7
Tab. 2	Krankenhausstatistik aus dem Berichtsjahr 2017 (ICD Gruppen I60 – I69)	22

Inhaltsverzeichnis

1. Vorbemerkung	5
2. Allgemeine Epidemiologie der erworbenen Hirnschädigung	7
2.1 Schädel-Hirn-Trauma	8
2.2 Schlaganfall	9
3. Neurologische Rehabilitation	11
3.1 Phaseneinteilung der neurologischen Rehabilitation	11
3.2 Eine neue Philosophie der nachklinischen Neurorehabilitation	14
3.3 Neurologische Rehabilitation als Aufgabe von Management	16
4. Projekt MeH MoS	17
(Menschen mit erworbener Hirnschädigung im Modellbezirk Schwaben)	
4.1 Vorbereitung des Projektes MeH MoS (Sozialverwaltung)	17
4.2 Projektskizze der wissenschaftlichen Begleitung	19
4.3 Definitionsversuch erworbene Hirnschädigung	21
5. Erstes Arbeitspaket im Projekt MeH MoS	22
5.1 Krankenhausstatistik aus dem Berichtsjahr 2017	22
5.2 Festlegung der Recherchefelder im Projekt	23
5.3 Kurzabfragebögen	25
6. Auswertung der ersten Arbeitsphase	27
6.1 Rücklauf im Arbeitspaket 1 – Grundauswertung allgemein	27
6.2 Ergebnisse entlang der Recherchefelder	29
6.3 Ergebnisse entlang des Kurzabfragebogens	34
7. Zusammenfassung und Diskussion	38
8. Arbeitsansatz für die zweite Projektphase	40
9. Literatur	42
10. Anhang	45

1. Vorbemerkung

Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen bleiben oft trotz intensiver Behandlung und Rehabilitation in ihren körperlichen und geistigen Funktionen beeinträchtigt (Schmidt-Ohlemann, 2017, VII). Teilhabechancen und Möglichkeiten der Wiedereingliederung in die Gesellschaft zeigen sich insbesondere an den Schnittstellen der Versorgung (vgl. Nahles, 2016, VIII).

Aktuelle Modelle aus dem Gesundheits- und Sozialwesen liefern Orientierungsansätze in einer komplexen Rehabilitationsstruktur, in der interdisziplinäre, nachhaltige und einrichtungsübergreifende Konzepte zunehmend an Bedeutung gewinnen.

Aufgrund des medizinischen Fortschritts in der Akut- und Intensivmedizin sowie den Entwicklungen aller beteiligten multiprofessionellen und rehabilitationswissenschaftlichen Disziplinen ist davon auszugehen, dass „in Deutschland ungefähr 800.000 Menschen mit den Folgen einer Hirnschädigung unterschiedlichsten Schweregrades leben und somit individuelle Arrangements an Unterstützung bedürfen. (vgl. BAR: Empfehlungen für die Phase E der neurologischen Rehabilitation, 2013)“.

Im Bezirk Schwaben sind unterschiedliche Einrichtungen der akutklinischen, klinischen und nachklinischen Neurorehabilitation ansässig, die nach dem Phasenmodell der BAR (1998) bestimmten Behandlungs- und Versorgungsetappen zugeordnet werden können (geschätzte Fallzahl in Schwaben von ca. 18.000 Menschen, berechnet nach der Bevölkerungszahl).

Dieses Phasenmodell der neurologischen Akut- und Rehabilitationsbehandlung hat sich für eine zunächst grundlegende Orientierung bewährt, darf aber definitorisch und praktisch nicht überstrapaziert oder als statische Kategorisierung in fest chronologischer Abfolge fehlinterpretiert werden.

Gefordert werden vielmehr innovative Handlungs- und Arbeitsansätze, die über etablierte Statuspassagen hinaus, personen- und umweltbezogene Kontextfaktoren als inklusive Elemente einzelfallbezogener Rehabilitationsverläufe dringend berücksichtigen.

Im Spannungsfeld neuer Empfehlungen der BAR zu den neurologischen Rehabilitationsphasen E und F sind kategorische Begriffszuschreibungen wie Nachsorge und Pflege zu hinterfragen, die Ergebnisse der empirischen Forschung skizzieren eher ein Bild ressourcenorientierter Arrangements an Unterstützung.

In der Auswahl geeigneter Settings komplettieren die individuellen Kontextfaktoren der Rehabilitanden etablierte Kriterien wie restsymptomatische Defizite und daraus abgeleitete Hilfebedarfe.

Die zukünftige, nachklinische Versorgungsstruktur für Menschen mit erworbener Hirnschädigung wird sich an sozialgesetzlichen Veränderungen (ab 2018), an der Dimension von Organisationsentwicklung in Einrichtungen der Rehabilitation und Behindertenhilfe sowie an innovativen Ansätzen des Managements im Sozial- und Gesundheitswesen messen.

Die Zielsetzung des Projektes MeH MoS (**M**enschen mit **e**rworbener **H**irnschädigung im **M**odellbezirk **S**chwaben) liegt in einer zukünftig intensivierten, phasenübergreifenden Form der Kooperation zwischen Trägern und Einrichtungen der neurologischen Rehabilitation in Schwaben, um individuelle Rehabilitationsverläufe sowie Angebote in der gesamten Versorgungsstruktur weiter zu optimieren.

Von zu entwickelnden Standards, Leitlinien und Handlungsempfehlungen zur weiteren Optimierung der nachklinischen Neurorehabilitation würden unweigerlich Institutionen und Einrichtungen, Kostenträger und verbandspolitische Akteure, Angehörige sowie sämtliche Disziplinen und Professionen im Kontext erworbener Hirnschädigungen profitieren und allen voran jeder einzelne Betroffene.

2. Allgemeine Epidemiologie der erworbenen Hirnschädigung

Im vorliegenden Eröffnungsbericht zum Projekt *MeH MoS* (Bezirk Schwaben in Kooperation mit der Hochschule Neu-Ulm) werden die neurologischen Erkrankungen mit der größten Häufigkeit in der Pathologie eines Schädel-Hirn-Traumas sowie eines Schlaganfalls unter dem Schädigungsbild einer erworbenen Hirnschädigung subsumiert. Konkrete Daten zu Inzidenzen und Prävalenzen existieren zwar, flächendeckende krankheits- und behinderungsspezifische Erhebungen liegen jedoch nur bedingt vor (vgl. Sünkeler, 2010, S.58).

Zur Beschreibung der Schädigungsbilder werden soweit jeweils relevante Daten mit dem Bezug zur Langzeitversorgung neurologischer Patienten¹ angeführt, das Störungsbild einer erworbenen Hirnschädigung umfasst in der Klassifikation der ICD-10 zerebrovaskulären Krankheiten nach I60 – I69.

Nach dem zentralen Auskunftsdienst des Statistischen Bundesamtes² (www.destatis.de, letzte Ergänzung 07.02.2019) sind für die Klassifikationen I60 – I69 für das **Berichtsjahr 2017** folgende Zahlen an Neuerkrankungen (Deutschland) beschrieben:

Alterskategorie	Zahl der Neuerkrankungen
unter 15 Jahre	619
15 bis unter 45 Jahre	12.347
45 bis unter 65 Jahre	82.449
65 bis unter 75 Jahre	79.027
75 Jahre und älter	194.930
gesamt	369.372
Die durchschnittliche Verweildauer (2017) im Krankenhaus beträgt 11,9 Tage.	

¹ Im vorliegenden Eröffnungsbericht wurde auf gendergerechte Sprache geachtet und im Sinne der Lesbarkeit von einer durchgängigen Verwendung sowohl der weiblichen als auch der männlichen Formulierung abgewichen.

² Gesundheitsberichterstattung des Bundes – gemeinsam getragen vom Robert Koch-Institut und DESTATIS

2.1 Schädel-Hirn-Trauma

Definition, Inzidenz und weitere statistische Daten

Schädel-Hirn-Trauma (*engl.: head injury*), abgekürzt SHT, ist der Oberbegriff für gedeckte bzw. offene Schädelverletzungen mit Gehirnbeteiligung, die unter dem Faktor von Dauer der Bewusstlosigkeit in die Schweregrade leicht (90,9%), mittelschwer (3,9%) und schwer (5,2%) eingeteilt werden (vgl. de Gruyter, 2002, S.1485).

Rickels (2010, S.616) beschreibt bei einer statistischen Zahl von ca. 267.000 Neuerkrankungen pro Jahr die Inzidenz von 332 pro 100.000 Einwohner³.

Im Bundesland Bayern (Bezug BAG MeH - Regionalgruppe Süd) erleiden jährlich ca. 4.000 – 5.000 Personen ein schweres Schädelhirntrauma, mit verschiedenen Varianten der medizinisch-therapeutischen Akut- und Langzeitversorgung (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen, 2004, S.10).

Bundesweit verunfallen Männer mit 58,4% häufiger als Frauen (41,6%), wobei Verkehrsunfälle mit 27,3 % der Hauptursache eines Sturzes (52,5%) mittlerweile deutlich unterliegen (Rickels, 2010, S.616).

Nach der Initialversorgung werden 77% der Patienten stationär aufgenommen, mit einer durchschnittlichen Verweildauer von fünf Tagen.

Insgesamt werden davon 75,2% mit einer Therapieempfehlung entlassen, die bei 9,4 % der Patienten in eine weiterführend stationäre Versorgung akutklinisch oder in die Aufnahme in eine Einrichtung der Frührehabilitation (Phase B) mündet (vgl. Rickels, 2006, S.147 f).

Im Rahmen der Studie von Rickels et al. (2006) werden veränderte Lebensbedingungen der Betroffenen ein Jahr nach Schädigungszeitpunkt in verschiedenen Bereichen wahrgenommen.

Hinsichtlich der Wohnsituation wird ein tendenziell großer Anteil stationär in einer Einrichtung (27,5%) oder im betreuten Wohnen (11,0%) versorgt, mit Angehörigen / Partnern leben weiterhin 33,9% und selbstständig in einer eigenen Wohnung 24,8% der Rehabilitanden.

³ vergleichende Forschungen (Rickels et al., 2006) belegen aus früheren Jahren in 1999 eine geringere Inzidenz in Deutschland von 200-300/100.000 Einwohner, die im internationalen Vergleich unter den Werten von z.B. Schweden 546/100.000 oder den USA 540/100.000 liegen. Abweichende Inzidenzangaben sind möglicherweise auf die unterschiedliche Erhebungsmethodik zurückzuführen.

2.2 Schlaganfall

Definition, Inzidenz und weitere statistische Daten

Ein Schlaganfall (*engl.: apoplexy, stroke, cerebrovascular accident*) oder zerebraler Insult, Apoplex, apoplektischer Insult, Gehirnschlag ist eine akute Erkrankung des Gehirns infolge einer Durchblutungsstörung, die durch die damit verbundene Schädigung bzw. der Zerstörung von Gehirnzellen zu einer Hirnfunktionsstörung führt (vgl. de Gruyter, 2002, S.1497).

Nach Frommelt (2006, S.635 ff) ist ätiologisch hierbei ein ischämischer Infarkt (arterielle oder venöse Durchblutungsstörung) von einer vaskulären Läsion (Hirnblutung) zu unterscheiden. Wie auch bei der vorangegangenen Erläuterung zum Schädel-Hirn-Trauma sind die Daten zur Schlaganfall-Inzidenz wenig gesichert.

Jährlich ereignen sich etwa 179.000 Schlaganfälle, das bedeutet 219 pro 100.000 Einwohner.

Der Schlaganfall wird aber auch als Phänomen des höheren Lebensalters beschrieben (Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe, 2006, S.11), mit einer Inzidenz von 681 / 100.000 bei Männern über 55 Jahren, bei Frauen dieses Alters mit 619 / 100.000 (vgl. Frommelt, 2006, S.635).

Laut Stoll & König (2002) erreicht nur etwa ein Drittel der Schlaganfallpatienten volle berufliche und soziale Rehabilitation, die häufigsten Folgen sind zusätzlich Sensibilitätsstörungen (33%), Gehbehinderungen (31%), Lähmungen (31%), Konzentrationsprobleme (29%), kognitive Störungen (17%) und Bewusstseinsstörungen (3%).

Bei der Entlassung aus der Akutklinik differieren die Zahlen bundesweit nach regionalen Strukturen, die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe geht 2006 aber von einer Statistik aus, nach der ca. 45% der Patienten zunächst nach Hause entlassen werden⁴, zwischen 11 und 40% (abhängig von der Versorgungslandschaft) in eine Rehaklinik vermittelt, 10% in geriatrische Abteilungen und 6% direkt in ein Pflegeheim eingewiesen werden.

In der Begleitung von Schlaganfallpatienten bestehen Erkenntnisse auf unterschiedlichen Ebenen, die Langzeitfolgen und integrationsspezifische Auswirkungen charakterisieren.

⁴ in der Literaturanalyse der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe (2006) werden durchaus auch höhere Entlass-Quoten in die häusliche Umgebung von 70-80% angegeben, wobei in der Vielzahl der Fälle wohl eine Einweisung in eine Pflegeeinrichtung zeitverzögert, wenige Jahre später stattfindet und die emotionale Belastung der Angehörigen trotz Heimunterbringung unverändert bleibt.

Die Häufigkeit von schweren Depressionen nimmt entlang von drei Mess-Zeitpunkten deutlich zu (Beginn der stationären Rehabilitation: 22%, Ende der Reha: 11%, 6 Monate nach Entlassung: 38%).

Signifikant körperliche und psychische Verschlechterungen werden tendenziell bei den Patienten registriert, die eine schwere Form der Schädigung erlitten haben und/oder über wenig soziale Kontakt verfügen.

Bei Faktoren, die einen möglichen Einfluss haben auf die Rückkehr ins Arbeitsleben, werden Selbstständigkeit und motorische Gehfähigkeit, kognitive Störungen und das prämorbid Ausbildungsniveau als signifikant gesehen⁵ (vgl. Frommelt, 2010, S. 659 ff). Die konkreten Bedürfnisse von Schlaganfallpatienten in der postakuten Phase lassen sich allgemein in die Bereiche körperbezogene (medizinische, pflegerische), emotionale, soziale und psychische Bedürfnisse unterteilen.

Die komplexen Krankheits- und Genesungsverläufe zeichnen sich letztendlich durch hohe Individualität und mehrdimensionale Strukturen aus, die zusätzlich durch Umgebungs- und Kontextfaktoren (Familie, Infrastruktur, soziales Umfeld) in ressourcenorientierter Nutzung stark mitbestimmt werden (vgl. Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe, 2006, S.103 f).

Nach Busch & Kuhnert⁶ (Journal of Health Monitoring, RKI 2017, Berlin) ist der Schlaganfall weltweit die zweithäufigste Todesursache und eine bedeutsame Ursache für eine Behinderung im Erwachsenenalter. Nach Ergebnissen der Studie GEDA 2014/2015-EHIS hatten insgesamt 1,6% der Erwachsenen in Deutschland (1,7% der Frauen, 1,5% der Männer) in den letzten 12 Monaten einen Schlaganfall oder chronische Beschwerden infolge eines Schlaganfalls. Innerhalb des ersten Jahres nach einem Schlaganfall versterben etwa ein Viertel bis ein Drittel der betroffenen Menschen. Von den überlebenden Personen berichten bis zu 40% von langfristigen Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens (z.B. in der Fortbewegung, bei der Körperpflege oder dem selbstständigen Ankleiden und Essen).

In der Auswertung von Abrechnungsdaten der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland nahm in dem beschriebenen Untersuchungszeitraum 2014/2015 der Anteil der Personen mit Anspruch auf Pflegeleistungen durch einen Schlaganfall um 13 – 19

⁵ dagegen werden Art und Lokalisation der Schädigung, Alter und Geschlecht sowie Sprach- und Sprechstörungen (uneinheitliche Literatur) nicht als signifikant gesehen.

⁶ 12-Monats-Prävalenz von Schlaganfall oder chronischen Beschwerden infolge eines Schlaganfalls in Deutschland

Prozentpunkte zu. Frauen der unteren Bildungsgruppe erleiden deutlich häufiger einen Schlaganfall oder chronische Beschwerden infolge eines Schlaganfalls in den letzten 12 Monaten (3,6%) als solche der oberen Bildungsgruppe (1,3%). Bei Männern bestehen dagegen nur geringere bildungsbezogene Unterschiede.

In einer epidemiologischen Zusammenfassung ist aufgrund des medizinischen Fortschritts in der Akut- und Intensivmedizin sowie den Entwicklungen aller beteiligten multiprofessionellen und rehabilitationswissenschaftlichen Disziplinen weiterhin davon auszugehen, dass „in Deutschland ungefähr 800.000 Menschen mit den Folgen einer Hirnschädigung unterschiedlichsten Schweregrades leben und somit individuelle Arrangements an Unterstützung bedürfen. (vgl. BAR: Empfehlungen für die Phase E der neurologischen Rehabilitation, 2013)“.

3. Neurologische Rehabilitation

3.1 Phaseneinteilung der neurologischen Rehabilitation

Der ehemalige Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) und die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) haben sich nach paralleler Vorarbeit bereits 1995 auf ein trägerübergreifendes Phasenmodell der neurologischen Rehabilitation für Menschen mit erworbener Hirnschädigung verständigt.

Individuelle Fallverläufe und die unterschiedliche Ausprägung restsymptomatischer Defizite legen diesem Phasenmodell (A-F) eine institutionsübergreifende Dynamik zugrunde.

Hierbei wird sowohl eine automatisierte Reihenfolge als auch eine statisch vorgegebene Verweildauer in den einzelnen Phasen vermieden.

Die Durchlässigkeit des neurologischen Rehabilitationssystems stellt somit den Ausgangspunkt des fachlichen Diskurses zwischen den Basisdisziplinen Medizin, Pädagogik, Psychologie, Therapie und Pflege in diesem Kontext dar (vgl. Nelles, 2004, S.25).

In der theoretischen Grundordnung des Modells sind den alphabetischen Phasen verschiedene Rehabilitationsstufen mit entsprechenden Zielen und somit zwangsläufig auch mit variant pädagogisch-therapeutischen Ansätzen und Behandlungsmethoden

zuzuordnen, die in unterschiedlich strukturierten Einrichtungen zunehmender Anzahl erfolgen.

Die zeitliche und institutionelle Komplexität in der Versorgungsstruktur von Menschen mit erworbener Hirnschädigung wird im aktuellen Diskurs deutlich, in dem zentral die Forderung nach zeitgemäßen, innovativen, fachlich fundierten Rehabilitationsformen ambulant, mobil und wohnortnah steht.

Eigenständige Versorgungskonzepte, die weder nur einer automatisierten Fortführung der postakuten, stationären Behandlung in niederschwelliger Dosis entsprechen noch einen Qualifizierungsgedanken alltagspraktischer und sozialer Kompetenzen der Rehabilitanden zur Erreichung der nächsten Phase implizieren (vgl. Fries & Reuther, 2017, S.10).

Die ambulante und teilstationäre Versorgung zulasten ausschließlich stationär konzipierter Angebote und Dienstleistungen zu vernachlässigen, wird nicht nur als unökonomisch sondern auch als deutlich nachteilig für den gesamten Wiedereingliederungsverlauf und somit als bestehender Mängel in der momentanen Rehabilitationsstruktur identifiziert (vgl. Frommelt & Lösslein, 2010, S.28)⁷.

Die Phaseneinteilung der neurologischen Akut- und Rehabilitationsbehandlung hat sich für eine zunächst grundlegende Orientierung bewährt, darf aber definitorisch und praktisch nicht überstrapaziert oder als statische Kategorisierung in fest chronologischer Abfolge fehlinterpretiert werden (vgl. Schmidt-Ohlemann, 2015, S.237).

Im Rahmen der „Empfehlungen für die Phase E der neurologischen Rehabilitation“ (BAR: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2013, S.10) wurde das Modell zunächst theoretisch um die Graduierungen E und F erweitert:

Phase E: Behandlungs- und Rehabilitationsphase nach Abschluss einer medizinischen Rehabilitation; Leistungen zur Sicherung des Erfolges der medizinisch-therapeutischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben beziehungsweise zur Teilhabe an Erziehung und Bildung sowie am Leben in der Gemeinschaft.

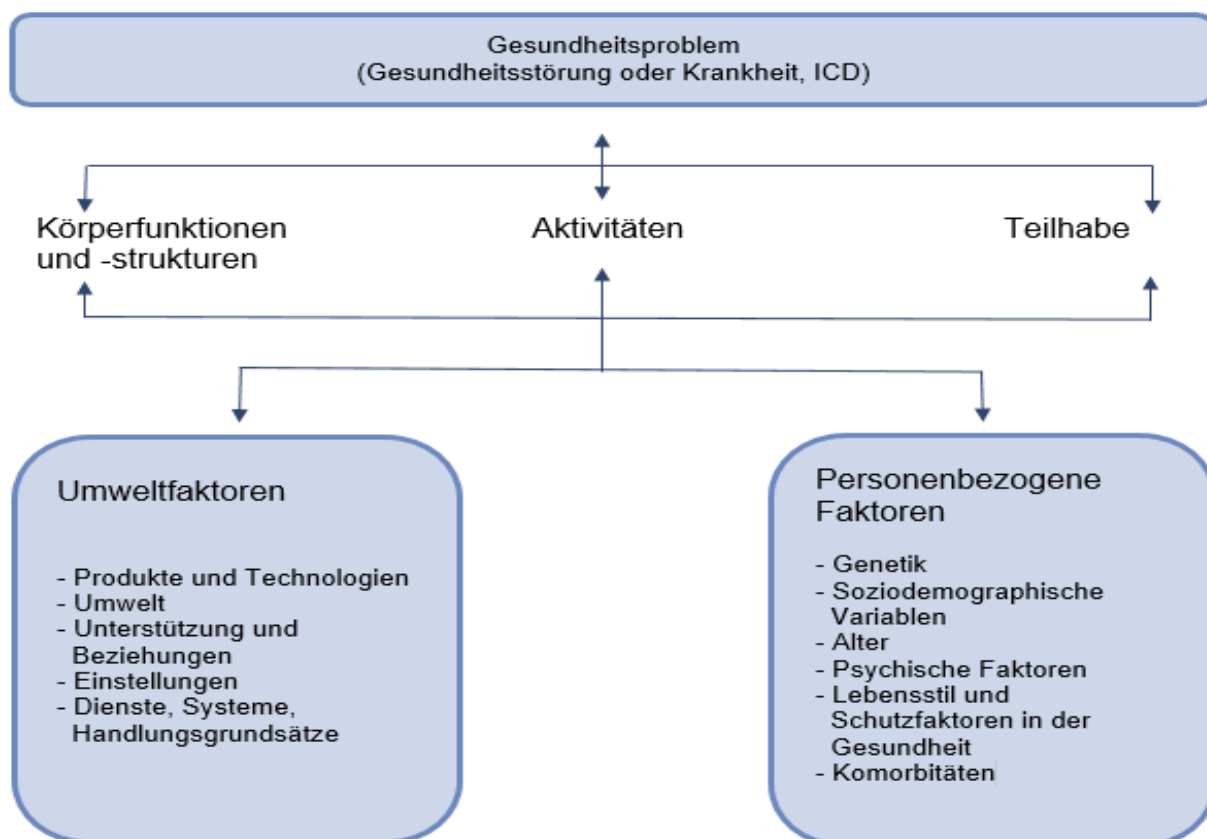
Phase F: Behandlungsphase, in der dauerhaft unterstützende, betreuende und/oder zustandserhaltende Leistungen erforderlich sind (Langzeitpflege).

⁷ Frommelt & Lösslein benennen weitere Mängel in Zuweisungsmodalitäten, festgeschriebenen Zeitfenstern der Rehabilitationsphasen sowie in der institutionellen Verortung beruflicher und sozialer Rehabilitation in einer Klinik oder Sondereinrichtung und nicht am Arbeitsplatz und im sozialem Umfeld (2010, S.28).

3.2 Eine neue Philosophie der nachklinischen Neurorehabilitation

Ausgehend von der Gesetzesänderung des SGB IX aus 2001 beschreibt der sozialpolitische Paradigmenwechsel eine neue Rehabilitationskultur für Menschen mit erworbener Hirnschädigung, in der die „Teilhabe am Leben in der Gesellschaft“ eine notwendige Erweiterung der etablierten, oftmals dominant biomedizinischen und therapeutischen Ansätze zur Funktionsverbesserung darstellt (vgl. Fries & Reuther, 2017, S.9).


In dieser Logik hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF - International Classification of Functioning, Disability and Health) ein bio-psycho-soziales Modell vorgelegt, das die Auswirkung von Gesundheitsproblemen auf unterschiedlichen Ebenen (Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten, Teilhabe) sowie unter Berücksichtigung umwelt- und personenbezogener Kontextfaktoren veranschaulicht (vgl. Fries & Reuther, 2017, S.2):



Im Fokus von Rehabilitation und Teilhabe ist mit diesem Grundlagenmodell auch der Anspruch verbunden, allgemein die Auswirkungen und Folgen von Behinderung nach § 2 SGB IX zu mindern, Einschränkungen in der Erwerbstätigkeit und Pflegebedürftigkeit weitestgehend zu vermeiden und darüber hinaus explizit die individuelle Teilhabe nachhaltig zu sichern. Teilhabe sowohl am Arbeitsleben als auch in gesellschaftlichen Bezügen mit der Intention einer uneingeschränkt selbstständigen und selbstbestimmten Lebensführung (vgl. Fries & Reuther, 2017, S.9).

Daraus ergeben sich in Bezug auf die vorgenannte Phaseneinteilung der Neurorehabilitation konkrete Zielrichtungen, die in Verbindung gebracht werden können mit unterschiedlichen Autonomiegraden der Rehabilitanden (vgl. Fries & Reuther, 2017, S.10):

Teilhabe und Autonomie im Phasenmodell:

<i>Reha-Stufen</i>	Phase der Reha	Grad der Autonomie	Ziele	<u>Teilhabe</u>
Akutbehandlung Früh-Reha	A B	biologische Autonomie (Vitalfunktionen)	Unabhängigkeit von Maschinen und dauernder Pfleger	
postakute stationäre und ambulante Reha	C D	funktionelle Autonomie (Aktivitäten des täglichen Lebens)	Unabhängigkeit von Pflege und ständiger funktioneller Hilfestellung	
ambulante Reha	D E	soziale Autonomie (soziale Reintegration einschließlich beruflicher Wiedereingliederung)	unabhängige, selbstbestimmte Lebensführung in der sozialen Gemeinschaft	

3.3 Neurologische Rehabilitation als Aufgabe von Management

In der neuen Philosophie der nachklinischen Neurorehabilitation gewinnen neben der Ausrichtung an nutzerorientierter Teilhabe und Autonomie zwangsläufig auch Managementqualitäten auf Seiten der Institutionen zunehmend an Bedeutung. Im Spannungsfeld zwischen Kosten- und Rechtfertigungsdruck (vgl. Lösslein, 2010, S.28) bei steigenden Ausgaben im Gesundheitswesen werden strenge Maßstäbe gesetzt hinsichtlich der Effizienz und Effektivität der angewendeten Therapiemethoden (*evidence based rehabilitation*)⁸.

Gesamtplanerisch liegen jedem neurologischen Rehabilitationsverlauf idealtypische Prozesse zugrunde: Bedarfserkennung, Bedarfserstellung, Teilhabeplanung, Durchführung von Leistungen, Aktivitäten am Ende einer Leistung zur Teilhabe (Fries & Reuther, 2017, S.16).

Management in der Rehabilitation beinhaltet folglich Themen der Wirtschaftlichkeit, Führungs- und Leitungsdefinitionen, teamspezifische Modalitäten, Kommunikation, Motivation und Qualität. Nach Lösslein (2010, S.30) bildet sich diese Komplexität im hierarchischen Zielekatalog top down ab:

- Sicherheit der Patientenversorgung im ärztlichen Zuständigkeitsbereich
- Sicherheit der pflegerischen Patientenversorgung
- Qualitativ und quantitativ hochwertige therapeutische Versorgung
- Mitarbeiterzufriedenheit
- Patienten- und Angehörigenzufriedenheit
- Qualität des Patientenservice
- Wirtschaftlichkeit
- Pflege der Außenkontakte - Zulieferer, Politik etc.
- Ökologisches Handeln

Im internationalen Vergleich lassen sich die Parameter einer schnellen Verlagerung der rehabilitativen Versorgung in den individuellen Lebens- und Arbeitsraum, frühzeitige Rehabilitation unter der Aufgabenstellung des konkreten Lebensraumes sowie die Beachtung von Ressourcen personenbezogen und im sozialen Kontext unter dem Aspekt „chronic neurological conditions“ subsumieren (vgl. Fries & Reuther, 2017, S.34).

⁸ Nelles, 2004, S.18

4. Projekt MeH MoS

(Menschen mit erworbener Hirnschädigung im Modellbezirk Schwaben)

4.1 Vorbereitung des Projektes MeH MoS (Sozialverwaltung)

Sachverhalt:

Im Sozial- und Psychiatrieausschuss am 21.06.2018 wurde die Masterarbeit „Optimierte nachklinische Versorgungsstruktur in der Begleitung von Menschen mit erworbener Hirnschädigung“ (Stefan Dörle, 2017) vorgestellt.

Die Sozialverwaltung hat den Arbeitsauftrag einer Konzepterstellung erhalten.

In diesem Zusammenhang wird das folgende Projekt entwickelt:

„**MeH MoS**“ (Menschen mit erworbener Hirnschädigung im Modellbezirk Schwaben).

Dem Projekt liegt folgende Vorhabenbeschreibung zugrunde:

Ausgangssituation

Im Bezirk Schwaben sind unterschiedliche Einrichtungen der akutklinischen, klinischen und nachklinischen Neurorehabilitation ansässig, die nach dem Phasenmodell der BAR (1998) bestimmten Behandlungs- und Versorgungsetappen zugeordnet werden können (geschätzte Fallzahl in Schwaben von 17.300 Menschen).

Ziel des Vorhabens

Träger und Einrichtungen der neurologischen Rehabilitation von MeH in Schwaben kooperieren phasenübergreifend, um individuelle Rehabilitationsverläufe sowie die Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur zu optimieren.

Inhaltlich werden die Schwerpunkte skizziert:

- Vernetzung der gegebenen Angebotsstrukturen,
- Stärkung ambulanter Angebote sowie
- Unterstützung der Familien und Angehörigen.

Der Arbeitsansatz als Überleitungsmanagement umfasst somit sowohl die stationäre Versorgung, die Überleitung in ein ambulant/stationäres Setting und den Ausbau ambulanter Strukturen.

Weitere Entwicklungslinien werden innerhalb des Projektes erarbeitet und können folgende Bezugspunkte haben:

differenzierte (ambulante) Wohnformen, Beratung und Selbsthilfe-Strukturen, Kompetenzzentrum MeH (Bündelung der Leistungen aus den SGB V, IX, XI und XII) Arbeit und Beschäftigung sowie berufliche Rehabilitation und Angehörigenarbeit.

Wissenschaftliche Begleitung

Eine wissenschaftliche Projektbegleitung unter dem Aspekt sektorenübergreifender Versorgung wurde als wünschenswert erachtet. Die entsprechende Anfrage ist an die Hochschule Neu-Ulm, Fakultät für Betriebswirtschaftslehre und Gesundheitsmanagement (Prof. Dr. Alexander Würfel) gestellt worden und ist ggf. einer gesonderten Beschlussfassung vorbehalten.

Zur Vorbereitung und Umsetzung des Projektes wird ein „Runder Tisch“ der an der Versorgung der Menschen mit erworbener Hirnschädigung beteiligten Akteure in Schwaben (u.a. Kostenträger und Leistungserbringer) einberufen.

Zur Erfüllung dieser Aufgaben ist eine 0,5 VK Stelle (Qualifikation Diplom und/oder Master in Soziale Arbeit / Sozialpädagogik) in den Stellenplan 2019 des Bezirks Schwaben aufzunehmen.

Beschlussvorschlag:

1) Die Sozialverwaltung wird beauftragt

- das geplante Projekt „MeH MoS“ zu installieren,

- an der Stärkung der ambulanten Angebote

und

- an der Unterstützung der Familien und Angehörigen für Menschen mit erworbener Hirnschädigung zu arbeiten.

- 2) Es wird ein „Runder Tisch MeH“ einberufen (Dokumentation siehe Anhang).
- 3) Zur Vorbereitung auf das Projekt „MeH MoS“ wird eine wissenschaftliche Projekt-Skizze erarbeitet und vorgelegt.
- 4) Zur Erfüllung dieser Aufgaben aus den Ziffern 1) - 3) ist eine 0,5 VK Stelle (Qualifikation Diplom und/oder Master Soziale Arbeit / Sozialpädagogik) in den Stellenplan des Bezirks Schwaben aufzunehmen.

4.2 Projektskizze der wissenschaftlichen Begleitung

Die wissenschaftliche Begleitung erfolgt unter Betreuung von Prof. Dr. Alexander Würfel. Eine Einbindung von Prof. Dr. Walter Swoboda (aktuelle Forschungsprofessur) ist angedacht.

Die operative Umsetzung basiert im Wesentlichen auf Arbeiten von wissenschaftlichen Hilfskräften.

Es wird angestrebt in den jeweiligen Arbeitspaketen darüber hinaus mindestens eine empirische Bachelorarbeit zu vergeben.

Diese kann von eingesetzten wissenschaftlichen Hilfskräften abgelegt werden.

Arbeitspaket 1: Situationsanalyse

Zeitraum: April - Juni 2019

Inhalt:

Recherche über die bestehende Angebotsstruktur der neurologischen Rehabilitation für Menschen mit erworbener Hirnschädigung in Schwaben. Erfassungsdimensionen: Einrichtungen, Betreuungsformen, Kapazitäten, Auslastung, Patienten (u.a. Herkunft, Alter, Geschlecht) und Patientenbewegungen, Diagnosen (Aufnahme/Entlassung)

Arbeitspaket 2: Quantitative Forschung

Zeitraum: April – September 2021

Inhalt:

Fragebogenentwicklung und -gestaltung zur Befragung von Rehabilitanden und Angehörigen zu den Themenkomplexen Patientenzufriedenheit, hemmende und fördernde Faktoren im Rehabilitationsverlauf sowie Optimierungsmodalitäten der aktuellen Versorgungsstruktur.

Basis: Recherche vorhandener Daten und Studien in diesem Bereich (inkl. QS-Reha und QS DRV Methoden).

Extraktion von Fragestellungen aus erster Projektphase (Situationsanalyse).

Arbeitspaket 3: Qualitative Forschung

Arbeitspaket 3.a

Zeitraum: Oktober 2021 – Dezember 2021

Inhalt:

Leitfadengestützte, themenzentrierte Experteninterviews mit Akteuren der neurologischen Rehabilitation (Einzel- und Gruppengespräche während der Meetings oder bei Sonderterminen):

- Identifizierung positiverer / negativer Verlaufsfaktoren
- ökonomische und systemrelevante Einflüsse
- genutzte oder erwünschte Synergieeffekte infrastrukturelle Aspekte
- Qualitätsanforderungen
- Personal- und Organisationsentwicklung
- Instrumente innovativen Managements

Arbeitspaket 3.b

Zeitraum: Januar 2022 – März 2022

Inhalt:

Auswertung von Experteninterviews mit Akteuren der neurologischen Rehabilitation

4.3 Definitionsversuch erworbene Hirnschädigung

Im vorliegenden Eröffnungsbericht zum Projekt *MeH MoS* (Bezirk Schwaben in Kooperation mit der Hochschule Neu-Ulm) umfassen die Störungsbilder einer erworbenen Hirnschädigung nach Klassifikation der ICD-10 folgende zerebrovaskulären Krankheiten (I60 – I69):

Zerebrovaskuläre Krankheiten I60 – I69

I60.- Subarachnoidalblutung

I61.- Intrazerebrale Blutung

I62.- Sonstige nichttraumatische intrakranielle Blutung

I63.- Hirninfarkt

I64.- Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet

I65.- Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt

I66.- Verschluss und Stenose zerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt

I67.- Sonstige zerebrovaskuläre Krankheiten

I68.- Zerebrovaskuläre Störungen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

I69.- Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit

5. Erstes Arbeitspaket im Projekt MeH MoS

5.1 Krankenhausstatistik⁹ aus dem Berichtsjahr 2017 (ICD Gruppen I60 - I69)

Bayerisches Landesamt für Statistik
Aus dem Krankenhausstandort Schwaben vollstationär
entlassene Patienten

Alter	Geschlecht	Anzahl Patienten	berechnete Verweildauer insg.	Anteil Altersklasse nach Geschlecht	Anzahl Patienten	Anzahl Patienten	Anzahl Patienten
					Anteil Schwaben in in Deutschland	Anteil Schwaben in Bayern	Anteil Schwaben in Schwaben
unter 10	männlich	8	26	0,22%	20,00%	0,00%	80,00%
	weiblich	2	17	0,06%	0,00%	0,00%	100,00%
10 bis unter 20	männlich	5	35	0,13%	44,44%	0,00%	55,56%
	weiblich	3	13	0,09%	0,00%	0,00%	100,00%
20 bis unter 30	männlich	15	131	0,40%	14,29%	14,29%	71,43%
	weiblich	22	336	0,67%	14,81%	3,70%	81,48%
30 bis unter 50	männlich	213	2 503	5,73%	13,51%	4,25%	82,24%
	weiblich	174	1 935	5,26%	10,78%	3,92%	85,29%
50 bis unter 65	männlich	788	7 852	21,20%	9,40%	6,41%	84,19%
	weiblich	430	4 426	13,01%	10,80%	7,77%	81,44%
65 und älter	männlich	2 688	28 682	72,32%	8,94%	3,67%	87,39%
	weiblich	2 675	27 603	80,91%	8,09%	2,51%	89,41%
Gesamt	männlich	3 717	39 229	52,93%	9,44%	4,34%	86,22%
	weiblich	3 306	34 330	47,07%	8,65%	3,33%	88,02%

Krankenhaus	Schwaben	Bayern	Deutschland
Anzahl / Verweildauer	7023 / 10,47 Tage	7335 / 10,48 Tage	8067 / 8,93 Tage

⁹ Datenquelle: Bayerisches Landesamt für Statistik – www.statistik.bayern.de

5.2 Festlegung der Recherefelder

Im Rahmen der Situationsanalyse verläuft eine Recherche über die aktuell bestehende Versorgungsstruktur der neurologischen Rehabilitation für Menschen mit erworbener Hirnschädigung in Schwaben innerhalb festgelegter Recherche-Felder entlang der entsprechenden Sozialgesetzbücher (SGB).

Neben der Beschreibung der Recherche-Felder ist die jeweilige Anzahl der kontaktierten Einrichtungen (Bezirk Schwaben) aufgeführt.

Recherche-Feld	Anzahl
Recherche-Feld 1 (SGB V)	50
<ul style="list-style-type: none"> ○ Krankenhäuser und Kliniken (allgemein, <u>ohne</u> stroke-unit) ○ Krankenhäuser und Kliniken (<u>mit</u> stroke-unit) 	
Recherche-Feld 2 (SGB V, VI)	5
<ul style="list-style-type: none"> ○ Fachkliniken der Neurorehabilitation ○ Einrichtungen der nachklinischen Neurorehabilitation ○ MBOR (Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation) 	<p>4</p> <p>1</p> <p>0</p>
Recherche-Feld 3 (SGB II, IV)	22
<ul style="list-style-type: none"> ○ Einrichtungen der beruflichen Bildung (Berufsbildungswerke, Berufsförderungswerke) ○ Berufsberatung – Rehaberatung (Agentur für Arbeit, IHK Schwaben, HWK Schwaben) ○ Maßnahmenträger beruflicher Reintegration (Integrationsfachdienste) 	<p>17</p> <p>3</p> <p>2</p>

Recherche-Feld 4 (SGB XII)	528
○ Stationäre Pflegeeinrichtungen	265
○ Ambulante Dienste der Pflege	263
Recherche-Feld 5 (SGB IX)	363
○ Einrichtungen der Eingliederungshilfe „Arbeit“ (WfbM, Förderstätten, Inklusionsbetriebe)	57
○ Einrichtungen der Eingliederungshilfe „Wohnen“ (Wohnheime, Wohngruppen)	103
○ Ambulante Angebote „Wohnen“ (ABW) ABW Einzelwohnen, Betreute Wohngemeinschaften	172
○ Tagesstrukturierende Angebote (Tagesstätten, Tagesbetreuung)	31
Recherche-Feld 6 (Trägerübergreifende Angebote)	99
○ Beratung (OBA, EUTB, SPDI)	95
○ Selbsthilfe (Angbote, Selbsthilfegruppen für Betroffene und/oder Angehörige)	4

gesamt: 1067

5.3 Kurzabfragebögen

In den aufgeführten Recherche-Feldern erfolgt die Situationsanalyse anhand von Kurzabfragebögen in folgender Gestaltung und Fragestellung (allgemeine Formulierung, die unterschiedlichen Versionen sind im Anhang beigefügt). Die Beantwortung der Fragen erfolgt nach Antwortkategorie als Zahlen- oder Prozentangabe, Einfachnennung und Freitexteingabe:

Allgemeine Formulierung

1.	Wie groß ist Ihre Einrichtung? Wie hoch waren Ihre Fallzahlen im letzten Jahr?	
	Fallzahl Jahr 2018	Fallzahl Jahr 2017
	- bitte geben Sie die Fallzahlen für ein Kalenderjahr oder für beide Jahre an -	

2.	Wie hoch ist der Anteil an Menschen mit erworbener Hirnschädigung? (Schätzwert %)		
	_____ %	Keine Angabe	<input type="checkbox"/>

3.	Wie gestaltet sich die Verteilung der Betroffenen nach Altersklassen in Prozent?					
	Altersklasse:	18 bis 30 Jahre	31 bis 50 Jahre	51 bis 65 Jahre	älter als 65 Jahre	Keine Angabe
	in Prozent:	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

4.	Wie hoch ist der Anteil der Menschen mit erworbener Hirnschädigung (in Prozent) in Ihrer Einrichtung mit Wohnort im Bezirk Schwaben?		
	_____ %	Keine Angabe	<input type="checkbox"/>

5. Wie hat sich die Struktur der Menschen mit erworbener Hirnschädigung (in Ihrer Einrichtung) in den letzten Jahren verändert?							
a	Anzahl	deutlich weniger	eher weniger	gleich	eher mehr	deutlich mehr	Keine Angabe
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Altersstruktur	deutlich jünger	eher jünger	gleich	eher älter	deutlich älter	Keine Angabe
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Fallschwere	deutlich leichter	eher leichter	gleich	eher schwerer	deutlich schwerer	Keine Angabe
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	Krankheitsbilder	Was sind bei Ihnen die häufigsten Krankheitsbilder / Indikationen (im Sinne einer erworbenen Hirnschädigung, z.B. Schlaganfall)?					
		<i>- bitte eintragen -</i>					

6. Wie würden Sie die Betreuung der Menschen mit erworbener Hirnschädigung im Vergleich zu der Betreuung anderer Personengruppen bewerten?						
	deutlich weniger Aufwand	eher weniger Aufwand	gleich	eher mehr Aufwand	deutlich mehr Aufwand	Keine Angabe
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Wie bewerten Sie aus Ihrer Perspektive die bestehenden Versorgungsstrukturen für Menschen mit erworbener Hirnschädigung?						
	Sehr schlecht	Eher schlecht	neutral	Eher gut	Sehr gut	Keine Angabe
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. In welchen Bereichen nehmen Sie Probleme in den bestehenden Versorgungsstrukturen für Menschen mit erworbener Hirnschädigung wahr?	
	<i>- bitte eintragen -</i>

6. Auswertung der ersten Arbeitsphase

6.1 Rücklauf im Arbeitspaket 1 – Grundausswertungen allgemein

Die eingegangenen Kurzabfragebögen können folgendermaßen den Recherche-Feldern zugeordnet werden, insgesamt beträgt der Rücklauf 90 Fragebögen:

Recherche-Feld 1

Krankenhaus	4	(4,44%)
-------------	---	---------

Recherche-Feld 2

Fachklinik Neurorehabilitation	3	(3,33%)
Nachklinische Neurorehabilitation	1	(1,11%)
Maßnahme der BOR	0	(0,00%)

Recherche-Feld 3

Einrichtung der beruflichen Bildung	1	(1,11%)
Berufsberatung - Rehaberatung	2	(2,22%)
Maßnahme der beruflichen Reintegration	5	(5,56%)

Recherche-Feld 4

Stationäre Pflegeeinrichtung	8	(8,89%)
Ambulanter Dienst der Pflege	15	(16,67%)

Recherche-Feld 5

Einrichtung "Arbeit"	18	(20,00%)
Einrichtung "Wohnen"	11	(12,22%)
ABW	7	(7,78%)
Tagesstruktur	3	(3,33%)

Recherche-Feld 6

Beratung und Selbsthilfe	12	(13,33%)
--------------------------	----	----------

Summe	90
ohne Antwort	0

Einleitung zu den Ergebnissen

Nachfolgend werden die wesentlichen Ergebnisse des ersten Arbeitspakets des Forschungsprojekts MeH MoS zusammengefasst.

Im Rahmen des Arbeitspakets wurde versucht, den Status Quo der Versorgung von Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen im Modellbezirk Schwaben zu erfassen.

Es bildet den Ausgangspunkt für die weiteren Arbeiten im Projekt.

Die Hochschule Neu-Ulm übernahm den Part der wissenschaftlichen Begleitung.

Zielsetzung und Methode

Ziel des ersten Arbeitspakets war es, einen Überblick über bestehende Versorgungsstrukturen für Menschen mit erworbenen Hirnschäden zu gewinnen.

Das Untersuchungsdesign wurde hierbei bewusst breit angelegt, um alle Versorgungsstufen einzubeziehen. Neben den Bereichen Akutversorgung und Rehabilitation wurden insbesondere Angebote aus dem Bereich der Pflege und Beschäftigung einbezogen.

Es sollten zum einen alle Behandlungsphasen einbezogen werden und zum anderen Patienten aller Altersklassen in der Erhebung Berücksichtigung finden. Darüber hinaus konnten so die unterschiedlichen Blickwinkel der Einrichtungen und die Schnittstellen in den Behandlungsphasen erfasst werden.

Als Vorgehen wurde eine Vollerhebung über alle Angebotsbereiche gewählt. Da nur ein Teil der Einrichtungen in der Versorgung von Menschen mit erworbener Hirnschädigung eingebunden ist, war damit ein geringer Rücklauf einkalkuliert.

Die Listen der Einrichtungen in den einzelnen Versorgungsbereichen wurden von Seiten des Bezirks Schwaben erstellt.

Als Erhebungsinstrument wurde ein teilstandardisierter Fragebogen entwickelt und eingesetzt (s.o.). Dieser wurde im Wording auf die unterschiedlichen Versorgungsstufen bzw. Einrichtungen angepasst, enthielt jedoch für alle Bereiche vergleichbare Fragestellungen.

Die Erhebung wurde im Bereich der Akutbehandlung und Rehabilitation mit Telefoninterviews umgesetzt. Basis war auch hier der adaptierte Fragebogen.

In den Bereichen Pflege, soziale Einrichtungen, Beratung und Selbsthilfe erfolgte eine Versendung der Unterlagen via E-Mail in den KW 25 und 26 in 2019. Eine telefonische Nachfassaktion erfolgte in den KW 30 und 31 und konnte den Rücklauf nochmals verbessern.

Darüber hinaus war es im Rahmen der Telefonate auch möglich eine große Zahl der Dropouts bzw. der ausgebliebenen Rückmeldungen zu klären. Die Rückmeldungen liefen überwiegend an die Hochschule Neu-Ulm.

6.2 Ergebnisse entlang der Recherche-Felder

Der Rücklauf der Befragungen fiel insgesamt gesehen in den Bereichen Pflege und soziale Einrichtungen eher gering aus. Dies entsprach allerdings auch den Erwartungen. Im Rahmen der telefonischen Nachakquise bestätigte sich, dass nahezu alle Einrichtungen, die die Befragung nicht beantwortet haben, keine entsprechenden Patienten betreuen, so dass eine Rückmeldung obsolet war. Berücksichtigt man dies in der Bewertung der Rückläufe, ergibt sich insgesamt ein sehr positives Bild.

Im Bereich der Akuthäuser und Rehabilitationseinrichtungen erfolgte die Befragung durch den Bezirk Schwaben. Die Rückläufe waren – auch bedingt durch die direkten Kontakte und telefonischen Befragungen – besser als in der Versendung. Zudem konnten aus den Befragungen weitergehende Informationen gewonnen werden.

Lediglich für den Bereich der Krankenhäuser liegen mit Abschluss der ersten Erhebungsphase nur wenig Daten vor. Dieser Bereich ist jedoch weitgehend gut erfasst in den amtlichen Statistiken. Die Gespräche zeigten darüber hinaus, dass im Akutbereich Versorgungsstrukturen weitgehend etabliert sind und gut funktionieren. Zudem konnten Kontakte, für eine Einbeziehung dieser Einrichtungen im weiteren Projekt, geknüpft werden.

In der Auswertung der Fragebögen kann nicht auf statistische Methoden zurückgegriffen werden, da die Stichproben bedingt durch die geringe Zahl der Rückläufe bzw. die geringe Zahl der betroffenen Einrichtungen sehr klein sind.

Nachfolgend werden gleichwohl die wesentlichen Befunde nach Versorgungsbereichen differenziert dargestellt.

Krankenhäuser

Der Rücklauf für die Krankenhäuser gestaltete sich eher schwach. Es wurde im Rahmen der ersten Erhebung sehr deutlich, dass die Krankenhäuser im weiteren Projekt eine andere Einbindung erfahren sollten. Insgesamt zeigen sich in diesem Bereich die Versorgungspfade etabliert und relativ gut ausgestaltet. Primärer Fokus für die weiteren Arbeitspakete wird deshalb der Übergang von der Rehabilitation ins häusliche Umfeld bzw. den Pflegebereich sein. Angestrebt wird, die Krankenhäuser in der Abschlussphase des Projekts in Experteninterviews einzubeziehen.

Rehabilitation und Nachsorge

Die Rehabilitation und Nachsorge nimmt einen besonderen Stellenwert in der Versorgung von Menschen mit erworbener Hirnschädigung ein.

Die Einrichtungen verfügen zum einen über qualifiziertes Personal und zum anderen über breite Erfahrungen in der Behandlung von Patienten mit erworbenen Hirnschädigungen. Insbesondere in der primären Orientierungsphase kommt den Einrichtungen eine hohe Bedeutung zu.

Für das Projekt gilt es im weiteren Verlauf zu ermitteln, wie diese Kompetenzen auch nach dem Aufenthalt in den entsprechenden Einrichtungen in den Versorgungsprozess einfließen können. Gerade die therapeutische Versorgung wird von Einrichtungen der nachgelagerten Phasen vielfach kritisch herausgestrichen.

Potenziale könnten sich hier aus der Nutzung neuer Informations- und Kommunikationstechnologien ergeben (Stichwort Tele-Reha).

Einige der Einrichtungen verfügen hier bereits über Erfahrungen (z.B. m&i-Fachklinik Ichenhausen), ebenso wie einige Kostenträger (DRV Bayern-Süd mit dem Programm EvoCare).

Diese Erfahrungen sollten im weiteren Projekt eingebunden werden, da auf diese Weise auch Problemen in der therapeutischen bzw. ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum begegnet werden könnte.

Pflege

Insgesamt konnten Daten von acht stationären Pflegeeinrichtungen und 13 ambulanten Pflegediensten gesammelt werden. Der Anteil von Bewohnern bzw. versorgten Personen lag in den Einrichtungen sehr unterschiedlich hoch, so dass sich kein einheitliches Bild ergibt.

Deutlich wird aber, dass die Altersstruktur sich erheblich unterscheidet. Während in den stationären Einrichtungen weit überwiegend Bewohner jenseits der 65 Jahre betreut wurden, ergibt sich bei den ambulanten Einrichtungen ein eher heterogenes Bild.

Zwar sind auch im ambulanten Bereich fast 60 Prozent der Personen mit erworbener Hirnschädigung über 65 Jahre. Der Altersgruppe zwischen 51 und 65 Jahren gehören jedoch ebenfalls rund 24 Prozent der Pflegebedürftigen an. Die übrigen Pflegebedürftigen sind jünger als 51 Jahre.

Sowohl im stationären wie auch im ambulanten Bereich stammt ein Großteil der Pflegebedürftigen aus dem Bezirk Schwaben.

Hinsichtlich der Fallschweren werden von den Einrichtungen kaum Veränderungen festgestellt. Eine leichte Tendenz zu höheren Fallschweren ergibt sich im Mittel der Angaben sowohl im stationären wie ambulanten Bereich.

Die Betreuung von Menschen mit erworbener Hirnschädigung wird von den Einrichtungen als aufwändiger eingestuft als die von anderen Pflegebedürftigen.

Darüber hinaus werden deutliche Mängel in den Versorgungsstrukturen gesehen. Insbesondere der Mangel an qualifiziertem Personal (Pflege und Therapie) wird sehr häufig genannt. Dies deckt sich somit mit dem gegenwärtig konstatierten Fachkräftemangel in der Pflege.

Ebenso werden erhebliche Probleme im Überleitungsmanagement vom Akut- oder Rehabilitationsbereich in das häusliche Umfeld gesehen.

In diesem Kontext wird auch angeführt, dass unzureichend geeignete Wohnangebote bestehen für die Betroffenen.

Auch Beratungsangebote für Betroffene, wie Angehörige werden als Bedarf herausgestrichen.

Soziale Einrichtungen

Aus dem Bereich der sozialen Einrichtungen „Arbeit“ wurden insgesamt 18 Fragebogen zurückgesandt, von den Einrichtungen „Wohnen“ neun, von den ambulanten Angeboten im Bereich „Wohnen“ sechs und von den tagesstrukturierenden Angeboten drei.

Die Stichproben erscheinen im ersten Blick sehr gering. Anzuführen ist allerdings, dass viele Einrichtungen keine Klienten mit erworbener Hirnschädigung betreuen.

Ebenso konnten einige Einrichtungen für die Befragung nicht erreicht werden oder wollten nicht teilnehmen. Gleichwohl können aus den Angaben einige Rückschlüsse für das weitere Projekt gezogen werden.

Hinsichtlich des Alters sind die meisten der betreuten Personen in den Altersgruppen von 31 bis 50 bzw. 51 bis 65 Jahren. Liegt in den Einrichtungen „Arbeiten“ der durchschnittliche Anteil der beiden Altersgruppen recht dicht zusammen, so ergibt sich bei den Einrichtungen „Wohnen“ eine deutliche Schwerpunktverschiebung zu den älteren Betroffenen. Auffallend ist auch hier, dass ein sehr hoher Prozentsatz der betreuten Personen aus dem Bezirk Schwaben stammt. Dies spricht auch für eine weitgehend wohnortnahe Versorgung der Betroffenen, bezogen auf den Wohnort vor der Erkrankung. Bezüglich der Altersstruktur der Betroffenen werden von den Einrichtungen insgesamt kaum Veränderungen in den letzten Jahren wahrgenommen. Für die Fallschweren geben die Befragten an, dass sich hier in der Tendenz eine leichte Steigerung in den letzten Jahren ergeben hat.

Hinsichtlich der maßgeblichen Problemlagen und in der Bewertung der Versorgungsstrukturen bestätigen die Ergebnisse der sozialen Einrichtungen die angeführten Befunde aus dem Bereich der Pflege. Herausgestrichen werden insbesondere fehlende Angebote im Bereich spezieller Wohnformen und Betreuungsangebote. Darüber hinaus bemängeln einige Einrichtungen eine schlechte fachärztliche Versorgung in den Regionen. Es wird mehrheitlich herausgestellt, dass es keine spezifischen Angebote für Menschen mit erworbener Hirnschädigung in späteren Versorgungsphasen gibt. Eine „Mitbetreuung“ wird als inadäquate Lösung angesehen.

Darüber hinaus werden große Probleme in den Übergängen zwischen Rehabilitation, Pflege und häuslichem Umfeld wahrgenommen. Auch hier decken sich die Aussagen mit denen im Bereich der Pflege.

Beratungsangebote

Insgesamt konnten Angaben von 15 Beratungsstellen gesammelt werden. Die Altersstruktur der Menschen mit erworbener Hirnschädigung ist hier eher jung. Die Altersklassen 18 bis 31 Jahre und 31 bis 50 Jahre stellen hier deutlich die größten Gruppen. Nur drei Einrichtungen weiden relevante Anteile (30% oder mehr) bei den über 65-jährigen Beratenen aus. Hinsichtlich der Wohnorte der beratenen Personen zeigt sich auch hier ein extrem hoher Anteil (meist 100%) aus dem Regierungsbezirk Schwaben.

Die Betreuung von Menschen mit erworbener Hirnschädigung wird auch von diesen Einrichtungen als eher bzw. deutlich aufwändiger eingestuft als die anderen, beratenen Personen. Zudem werden die Versorgungsstrukturen als eher problematisch wahrgenommen. Auch hier bestätigt sich das oben bereits ausgeführte Bild.

Es wird herausgestellt, dass insgesamt spezielle Angebote für diese Personengruppen fehlen. Insbesondere Angebote für jüngere Betroffene (insbesondere auch Kinder) sind nach Aussage der Befragten i.d.R. lediglich im städtischen Raum gegeben.

Dies betrifft auch Angebote im Bereich „Wohnen“ und „Arbeiten“, die selten wohnortnah vorhanden sind. Von mehreren Einrichtungen wird zudem herausgestrichen, dass tagesstrukturierende Angebote notwendig wären, wie auch Angebote im weiteren Bereich „Arbeit“.

Zusammenfassend kann diese unzureichende Versorgungssituation dahingehend interpretiert werden, dass die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nicht durchgehend als gegeben angesehen werden kann.

6.3 Ergebnisse entlang des Kurzabfragebogens

Fallstruktur – Anzahl

deutlich weniger	1	(1,35%)
eher weniger	5	(6,76%)
gleich	38	(51,35%)
eher mehr	22	(29,73%)
deutlich mehr	8	(10,81%)
<hr/>		
Summe	74	
ohne Antwort	16	

Etwa 8% der angefragten Einrichtungen geben einen Rückgang der Anfragen an, bei etwa 50 % wird eine in den letzten Jahren gleichbleibende Anfrage- und Aufnahmeanzahl von Menschen mit erworbener Hirnschädigung registriert.

Über 40% der Einrichtungen nehmen eine Zunahme wahr. Die beschriebene Steigerung betrifft sowohl die Versorgung in Frühphasen der Reha als auch Einrichtungen nach Abschluss der klinischen Phasen.

Fallstruktur – Alter

deutlich jünger	0	(0,00%)
eher jünger	15	(20,27%)
gleich	39	(52,70%)
eher älter	18	(24,32%)
deutlich älter	2	(2,70%)
<hr/>		
Summe	74	
ohne Antwort	16	

Bei über 50% der Rückläufe wird eine gleichbleibende Altersstruktur der Anfragen und Aufnahmen verzeichnet. Anfragen von eher jüngeren Rehabilitanden betreffen insbesondere Pflegeeinrichtungen (stationär, ambulant) sowie nahezu sämtliche weiterführende Angebote nach Abschluss der klinischen Phasen.

Nahezu gleichgewichtet sind die Anfragen von eher älteren Rehabilitanden, ergänzt durch die Rückmeldungen von Krankenhäusern / Kliniken und Einrichtungen der Frührehabilitation.

Dieses heterogene Ergebnis einer ersten Situationseinschätzung könnte auf generell verkürzte Verweildauern in den klinischen Phasen, frühere Entlassungen aus der Reha und auf fehlende, geeignete Anschlussmaßnahmen (beruflicher Rehabilitation) deuten.

Fallstruktur – Fallschwere

deutlich leichter	0	(0,00%)
eher leichter	7	(9,86%)
gleich	33	(46,48%)
eher schwerer	23	(32,39%)
deutlich schwerer	8	(11,27%)
<hr/>		
Summe	71	
ohne Antwort	19	

Nahezu die Hälfte der angefragten Einrichtungen schätzt die Fallschwere gleichbleibend ein. Rückmeldungen über Anfragen / Kontakte zu Rehabilitanden mit eher leichteren restsymptomatischen Defiziten betreffen ambulante Dienste der Pflege sowie niederschwellige Beratungsangebote (Bedarf: wohnortnahe, mobile Rehabilitation). Über 40% der Rückläufe (durchgängig) berichten von insgesamt schwerer betroffenen Rehabilitanden, gerade in frühen (akuten) Phasen der neurologischen Rehabilitation könnte dies auf eine verbesserte Akutmedizin in der Versorgung von Menschen mit erworbener Hirnschädigung schließen lassen.

Bewertung – Betreuung

deutlich weniger Aufwand	0	(0,00%)
eher weniger Aufwand	0	(0,00%)
gleich	15	(19,48%)
eher mehr Aufwand	25	(32,47%)
deutlich mehr Aufwand	37	(48,05%)
<hr/>		
Summe	77	
ohne Antwort	13	

Bei über 80% der Rückmeldungen aus den Einrichtungen wird beschrieben, dass die Betreuung von Menschen mit erworbener Hirnschädigung mehr bzw. deutlich mehr an Betreuungsaufwand fordert im Vergleich zu anderen Personengruppen mit

Unterstützungsbedarf. Sowohl Pflegeeinrichtungen (stationär und ambulant) sowie Einrichtungen der Eingliederungshilfe (v.a. WfbM im Kontext Arbeit) nehmen diese Entwicklung wahr, die eine Differenzierung und Spezialisierung der Angebotsstruktur im Anschluss an die klinische Versorgung bedeuten könnte.

Bewertung der Versorgungsstrukturen

sehr schlecht	5	(6,41%)
eher schlecht	42	(53,85%)
neutral	19	(24,36%)
eher gut	12	(15,38%)
sehr gut	0	(0,00%)
<hr/> Summe	<hr/> 78	
ohne Antwort	12	

Die Bewertung von eher guten Versorgungsstrukturen zeigt ein heterogenes Bild in den Rückmeldungen der Einrichtungen. Über 60% der Institutionen beschreiben die Versorgungsstrukturen als sehr / eher schlecht, im Schwerpunkt wiederum Einrichtungen nach Abschluss der klinischen Phasen (Pflege und Eingliederungshilfe).

Optimierungsansätze würden demnach das Überleitungsmanagement an der Schnittstelle zu Anschlussmaßnahmen nach der Klinik / Reha betreffen sowie die Langzeitversorgung und Betreuung von Menschen mit erworbener Hirnschädigung nach therapieintensiven Phasen.

Matrix: Nennung von Problemfeldern und Bedarfen

Die Kurzabfrage schließt ab mit der Fragestellung:

In welchen Bereichen nehmen Sie **Probleme** in den bestehenden Versorgungsstrukturen für Menschen mit erworbener Hirnschädigung wahr?

Die Auswertung der Freitextangaben kann in den differenzierten Schwerpunkten Anschlussversorgung, Spezialisierung und Angebote in einer Matrix dargestellt werden. Entlang der sechs Recherefelder skizziert diese Matrix Mehrfachnennungen und thematische Häufungen.

Anschlussversorgung					Spezialisierung		Angebote		
Reha	Pflege	Wohnen	Tagesstruktur	Arbeit	Alter	Symptome	Abgrenzung	ANG Selbsthilfe	Verfügbarkeit
○	○					○		○	○
○	○				○	○		○	
○				○					
						○			○
○	○					○			○
○	○	○	○		○				○
		○		○		○	○	○	○
○						○	○	○	○
○		○		○	○	○		○	
	○	○	○	○	○	○		○	○

Recherche-Feld 1	Krankenhäuser und Kliniken	
Recherche-Feld 2	Facheinrichtungen Rehabilitation	
Recherche-Feld 3.1 und 3.2	Reha-Beratung	
Recherche-Feld 3.3	Berufliche Reintegration	
Recherche-Feld 4.1	Stationäre Pflege	
Recherche-Feld 4.2	Ambulante Pflege	
Recherche-Feld 5.1	Einrichtungen Arbeit	
Recherche-Feld 5.2	Einrichtungen Wohnen	
Recherche-Feld 5.3	ABW	
Recherche-Feld 5.4	Tagesstruktur	
Recherche-Feld 6	Beratung allgemein	

7. Zusammenfassung und Diskussion

Die Zusammenfassung der ersten Arbeitsphase im Projekt MeH MoS (**M**enschen mit **e**rworbener **H**irnschädigung im **M**odellbezirk **S**chwaben) erfolgt durch die Auswertung der Situationsanalyse im ersten Projektjahr 2019.

In der Aufteilung der sechs Recherche-Felder wurde der Kurzabfragebogen an 1067 Kontakte verteilt, der Rücklauf verzeichnet 90 Einrichtungen im Bezirk Schwaben.

In einer ersten Auswertung wird der Bedarf beschrieben nach einer zunehmend differenzierten, spezialisierten Versorgung von Menschen mit erworbener Hirnschädigung nach Abschluss der stationären Rehabilitation in den Facheinrichtungen. Von besonderer Bedeutung scheint hierbei die Forderung nach Anschlussmaßnahmen, die vor dem Hintergrund individuell beruflicher Perspektiven auf eine Wiedereingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt abzielen.

Eine Verbesserung der Akutmedizin lässt sich beispielsweise an der Schwere von Fallverläufen ablesen, auch in frühen Phasen der neurologischen Rehabilitation. Auch wenn hier die Behandlungspfade weitgehend als gut etabliert zu sehen sind, legen weitere Rückmeldungen nahe, dass u.a. mobile und wohnortnahe Versorgungsalternativen als Ergänzung zu den etablierten Strukturen zu konzipieren sind. Institutionelle und organisatorische Barrieren können an den zeitlichen Schnittstellen der Rehabilitationsphasen ausgemacht werden, die kontinuierliche Überleitungen zwischen den einzelnen Etappen erschweren. Ergänzende Versorgungsmodelle könnten hier geeignete Überbrückungen schaffen (z.B. spezifische Kurzzeitpflege).

Wie bereits ausgeführt, sind die Ergebnisse statistisch nur bedingt aussagefähig. Allerdings werden die Problembereiche in der Versorgung von Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen sehr deutlich.

Insbesondere in der post-rehabilitativen Phase fehlen durchgängige Versorgungsstrukturen, die den Betroffenen eine Teilhabe am Erwerbsleben bzw. am Leben in der Gemeinschaft ermöglichen.

Von nahezu allen Beteiligten aus den Bereichen Pflege, soziale Einrichtungen und Beratungsstellen wurden hier Defizite herausgestellt. Insbesondere scheint ein Mangel an wohnortnahen und ganzheitlichen Versorgungskonzepten gegeben zu sein.

Herausgestrichen wird von den befragten Einrichtungen insbesondere ein Mangel an Wohnangeboten, Therapiemöglichkeiten und Beratungsangeboten für Betroffene aber auch für deren Angehörige.

Der Mangel an Therapieangeboten scheint sich insbesondere im ländlichen Raum zu ergeben. Es gilt zu prüfen, in wie weit hier neue Technologien Enabler für neue entsprechende Angebote sein können. Denkbar wäre es, hier, wie bereits oben aufgezeigt, die Kompetenzen der Rehabilitationseinrichtungen zu nutzen.

Anzumerken ist, dass entsprechende Konzepte jedoch nur dann erfolgreich und nachhaltig implementiert werden können, wenn eine Unterstützung von Seiten der Kostenträger gegeben ist.

Hinsichtlich der Beratungsangebote kann und sollte an bestehende Strukturen angeknüpft werden. So existieren bspw. die Reha-Servicestellen wie auch die Pflegestützpunkte, die eingebunden bzw. genutzt werden könnten. Im Bereich der Pflege ermöglicht zudem auch das PSG 3 kommunalen Trägern den Aufbau von Beratungsangeboten.

Gleichzeitig müssen, insbesondere mit Fokus auf die Angehörigen ebenso internetbasierte Angebote in die Betrachtung einbezogen werden.

Methodisch muss die quantitative Vorgehensweise in der Analyse ex-post als nur bedingt tauglich für die gewählte Zielsetzung eingestuft werden. Dies gründet insbesondere in der sehr heterogenen Belegung der betrachteten Einrichtungen mit betroffenen Personen. Dies muss jedoch gleichermaßen auch als ein Ergebnis gesehen werden. Letztlich hat die erste Projektphase hier einen Erkenntnisgewinn gebracht, wie hoch der Anteil der betroffenen Einrichtungen ist. Es gilt die Kompetenzen der Einrichtungen, die sich an der Befragung beteiligt haben im weiteren Projektverlauf in geeigneter Form einzubinden.

Die Befunde bilden somit insgesamt eine gute Basis für die weiteren Projektphasen. Mit der Einbeziehung der Betroffenen in der nächsten Projektphase können die, in diesem ersten Arbeitspaket festgestellten Problembereiche aus einer anderen Perspektive ergänzt werden, um Handlungsmöglichkeiten weiter zu konkretisieren.

Die methodische Umsetzung muss hier noch diskutiert werden. Ein qualitatives Vorgehen mit Interviews (evtl. teilstandardisiert) erscheint eine sinnvolle Umsetzungsoption.

8. Arbeitsansatz für die zweite Projektphase

Die Untersuchung in der zweiten Arbeitsphase des Projektes soll entlang von **drei unterschiedlichen Profilen** verlaufen:

(1) Profil Rehabilitation

Patienten, aktuell noch in der Phase der Rehabilitation (Akutrehabilitation)

Phasen B/C/D Therapiezentrum Burgau, Fachklinik Enzensberg,
Fachklinik Ichenhausen, Fachklinik Wangen,
Nachsorge Zentrum Augsburg

(2) Profil Arbeit

Patienten, die aus der Rehabilitation entlassen sind und in einer WfbM oder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (ehemaliger Arbeitgeber) beschäftigt sind.

(3) Profil Wohnen

Rehabilitanden, die aus der Rehabilitation entlassen sind und entweder in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe oder zuhause wohnen (z.B. ambulant betreut, externe Tagesstruktur oder Tagesstätte).

Die Untersuchungsphase soll in der **Kombination** von Elementen eines qualitativen und eines quantitativen Forschungsansatzes („Mixed Methods“) abgebildet werden.

a) Qualitativer Forschungsansatz

Rehabilitanden sind „Experten in eigener Sache“, theoriegenerierende Experteninterviews

- 15 Teilnehmer insgesamt
- 5 Teilnehmer aus jedem Profil
- teilstrukturierter Gesprächsleitfaden
- Auswertung: computergestützte Inhaltsanalyse (*Grounded Theory*)
- Software MAXQDA Standard 12 (*The Art of Data Analysis*), aktuelle Version

b) Quantitativer Forschungsansatz

Fragebögen an die Angehörigen im Setting der drei beschriebenen Profile, Stichproben aus 3-4 Einrichtungen (bzw. nachklinische Strukturen).

Die zweite Projektphase ist für den Zeitraum geplant von Oktober 2020 bis März 2021.

Neu-Ulm / Augsburg, 04.12.2020

Prof. Dr. Alexander Würfel
Hochschule für angewandte Wissenschaften
Neu-Ulm

Stefan Dörle M.A.
Bezirk Schwaben

9. Literatur

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit (Hrsg.): Behandlung von Schlaganfallpatienten, München 2003; Behandlung von Schädel-Hirn-Verletzten, München 2004

Berndt, Sylvia: Versorgungslücken nach Schädel-Hirn-Trauma. Betroffene und Angehörige an der Schnittstelle zwischen klinischer und sozialer Rehabilitation; Saarbrücken 2014

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Phase E der neurologischen Rehabilitation – Empfehlung; Frankfurt / Main 2013

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Rehabilitation und Teilhabe, Wegweiser für Ärzte und andere Fachkräfte der Rehabilitation, 3. völlig neu bearbeitete Auflage; Köln 2005

Ebert, A.; Ludwig, L; Reuther, P.: Rehabilitation und Nachsorge nach Schädelhirnverletzung. Hirnverletzung – die stille Epidemie! Wie kann Inklusion gelingen? Bad Honnef 2012

Ebert, A.; Ludwig, L; Reuther, P.: Rehabilitation und Nachsorge nach Schädelhirnverletzung. Hirnverletzung. Neurorehabilitation stationär – und dann? Bad Honnef 2010

Ebert, A.; Ludwig, L; Reuther, P.: Rehabilitation und Nachsorge nach Schädelhirnverletzung. Hirnverletzung. Teilhabesicherung – Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit verbessern; Bad Honnef 2011

Ebert, A.; Mackenbach; K.-O., Reuther, P.: Rehabilitation und Nachsorge nach Schädelhirnverletzung. Wege von der medizinischen Rehabilitation in die Teilhabe – Lösungsansätze; Bad Honnef 2016

Fries, W.; Pichler, J.; Reuther P.; Lössl, Heliane: Teilhaben!! – Neurorehabilitation und Nachsorge zu Teilhabe und Inklusion, 2. aktualisierte und erweiterte Auflage; Bad Honnef 2017

Fries, W.; Pichler, J.; Reuther P.; Schmidt-Ohlemann, M.: Umsetzung der BAR-Empfehlungen der Phase E der neurologischen Rehabilitation. In: Neurologie & Rehabilitation, Bad Honnef 2015

Frommelt, Peter; Lösslein, Hubert: Neurorehabilitation – Ein Praxisbuch für interdisziplinäre Teams, 3. Auflage; Berlin Heidelberg 2010

Kneuper, Nicole; Pappler, Anette: Schlaganfall und Schädelhirntrauma als kritische Lebensereignisse; Symposium Klinik Kipfenberg; Eichstätt 1999

Lösslein, Hubert: Neurorehabilitation als politische und Managementaufgabe. In: Neurorehabilitation – Ein Praxisbuch für interdisziplinäre Teams, 3. Auflage; Berlin Heidelberg 2010

McGrath, Collicut J.; Kischka, U.: Interdisziplinäre Teamarbeit und Zielsetzung in der Rehabilitation. In: Neurorehabilitation – Ein Praxisbuch für interdisziplinäre Teams, 3. Auflage; Berlin Heidelberg 2010

Metzler, Heidrun; Wacker, Elisabeth: Behinderung. In: Sozialarbeit Sozialpädagogik 2. völlig neu überarbeitete Auflage; München Neuwied 2001

Mühlum, Albert; Oppl, Hubert: Rehabilitation im Lebenslauf, Handbuch der Rehabilitation; Neuwied Berlin 1992

Nelles, Gereon: Neurologische Rehabilitation, 1. Auflage; Stuttgart New York 2004

Pössl, Josef; Mai, Norbert: Rehabilitation im Alltag – Ein Ratgeber für Angehörige hirngeschädigter Patienten; Dortmund 1996

Prosiegel, Mario: Neuropsychologische Störungen und ihre Rehabilitation; 3. völlig neu überarbeitete Auflage; München Berlin Düsseldorf Heidelberg 2002

Rickels, Eckhard; von Wild, Klaus; Wenzlaff, Paul; Bock, Wolfgang J.: Schädel-Hirn-Verletzung. Epidemiologie und Versorgung – Ergebnisse einer prospektiven Studie; München Wien New York 2006

Schmidt, Hans-Ludwig: Rehabilitation und Sozialwelt; Symposium Klinik Kipfenberg; Eichstätt 1999

Schmidt-Ohlemann, M.: Phase E der Neuro-Rehabilitation als Brücke zur Inklusion; In: Neurologie & Rehabilitation, Bad Honnef 2015

Schönle, Paul: Anforderungen an eine patientenorientierte Rehabilitation. Die Rehabilitations-Zeitschrift für Praxis und Forschung in der Rehabilitation, 42; Stuttgart 2003

Schönle, P.W.: Neurorehabilitation stationär – und dann? Die Weiterentwicklung des poststationären Sektors. In: Ebert, A.; Ludwig, L.; Reuther, P.: Rehabilitation und Nachsorge nach Schädelhirnverletzung. Hirnverletzung. Neurorehabilitation stationär – und dann? Bad Honnef 2010

Schubert, Hans-Joachim; Gonska-Eberlein, Maria; Schleep, Johannes: Arbeits- und Organisationsgestaltung in Gesundheits- und Sozialeinrichtungen. Studienbrief, 4. aktualisierte Auflage; Kaiserslautern 2010

Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe (Hrsg.): Schlaganfallpatienten und pflegende Angehörige in der postakuten Phase; Bielefeld 2006

Sünkeler, I.H.: Epidemiologie neurologisch bedingter Behinderungen. In: Neurorehabilitation – Ein Praxisbuch für interdisziplinäre Teams, 3. Auflage; Berlin Heidelberg 2010

Tophoven, Christina; Bohm, Steffen; Knöppler, Karsten: Sektorübergreifende Betreuungs- und Versorgungskonzepte. Studienbrief; 3. aktualisierte und überarbeitete Auflage; Kaiserslautern 2010

Waller, Heiko: Gesundheitswissenschaft, Eine Einführung in Grundlagen und Praxis, 4., überarbeitete und erweiterte Auflage; Stuttgart 2006

Wallesch, C.-W.: Nach der medizinischen Rehabilitation: Wer unterstützt die Teilhabe von Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen? In: Ebert, A.; Mackenbach; K.-O., Reuther, P.: Rehabilitation und Nachsorge nach Schädelhirnverletzung. Wege von der medizinischen Rehabilitation in die Teilhabe – Lösungsansätze; Bad Honnef 2016

Wendt, Wolf Rainer: Rehabilitation: Der ökosoziale Bezugsrahmen. In: Handbuch der Rehabilitation; Neuwied Berlin 1992

10. Anhang

- Anschreiben zu den Kurzabfragebögen
- Kurzabfragebogen (1) Krankenhäuser
- Kurzabfragebogen (2) Fachkliniken Neurorehabilitation
- Kurzabfragebogen (3.1) Einrichtungen der beruflichen Bildung
- Kurzabfragebogen (3.2) Rehaberatung
- Kurzabfragebogen (3.3) Maßnahmen der beruflichen Reintegration
- Kurzabfragebogen (4.1) Stationäre Pflegeeinrichtungen
- Kurzabfragebogen (4.2) Ambulante Dienste der Pflege
- Kurzabfragebogen (5.1) Einrichtungen Arbeit
- Kurzabfragebogen (5.2) Einrichtungen Wohnen stationär
- Kurzabfragebogen (5.3) Ambulante Angebote Wohnen ABW
- Kurzabfragebogen (5.4) Tagesstrukturierende Angebote
- Kurzabfragebogen (6.1) Trägerübergreifende Beratung
- Kurzabfragebogen (6.2) Trägerübergreifende Selbsthilfe