

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



Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
Heft 1

Herausgeber: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
Walter-Kolb-Straße 9–11, 60594 Frankfurt/Main
Tel.: 0 69 / 60 50 18-0
Fax: 0 69 / 60 50 18 29
E-Mail: info@bar-frankfurt.de
Internet: www.bar-frankfurt.de

– Ausgabe 2007 –
ISSN 0933-8462

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

**Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft
für Rehabilitation**

Heft 1

Inhaltsverzeichnis

Seite

	Vorwort	7
1.	Allgemeine Aspekte	9
1.1	Einleitung	9
1.2	Allgemeine Grundsätze für Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe	10
1.3	Einteilung der Schädel-Hirn-Verletzungen	12
1.4	Auswirkungen einer Schädel-Hirn-Verletzung bei Kindern und Jugendlichen	14
1.5	Inhalte und Ziele der Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe hirnverletzter Kinder und Jugendlicher	16
2.	Ablauf der neurologischen Behandlungs-/Rehabilitationsphasen und Darstellung der jeweiligen Leistungen	18
2.1	Akutbehandlungsphase (Phase A)	19
2.1.1	Definition	19
2.1.2	Leistungen	19
2.2	Behandlungsphase, in der noch intensiv-medizinische Behandlungsmöglichkeiten vorgehalten werden müssen (Phase B)	19
2.2.1	Eingangskriterien und Patienten-Charakteristika	19
2.2.2	Behandlungs-/Rehabilitationsziele und -leistungen	21
2.2.3	Behandlungszeitraum	22
2.3	Behandlungs-/Rehabilitationsphase, in der die Patienten bereits in der Therapie mitarbeiten können, sie aber noch kurativ-medizinisch und mit hohem pflegerischen Aufwand betreut werden müssen (Phase C)	22
2.3.1	Eingangskriterien und Patienten-Charakteristika	23
2.3.2	Behandlungs-/Rehabilitationsziele und -leistungen	23
2.3.3	Behandlungs-/Rehabilitationszeitraum	25
2.3.4	Übergang zur Phase D	25
2.4	Medizinische und medizinisch-schulisch/berufliche Rehabilitationsphase (Phase D)	26
2.4.1	Eingangskriterien und Patienten-Charakteristika	26
2.4.2	Behandlungs-/Rehabilitationsziele und -leistungen	26
2.4.2.1	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	27
2.4.2.2	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen)	30

2.4.3	Übergang zur Phase E	34
2.5	Soziale, schulische und/oder berufliche Eingliederungsphase (Phase E)	34
2.5.1	Behandlungs-/Rehabilitationsziele und -leistungen	34
2.5.1.1	Medizinische Leistungen	35
2.5.1.2	Leistungen zur Teilhabe an Erziehung und Bildung	35
2.5.1.3	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Berufsvorbereitung und -ausbildung)	38
2.5.1.4	Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft	41
2.6	Phase der Langzeitpflege und Behandlung mit unterstützenden, betreuenden und/oder zustandserhaltenden Maßnahmen (Phase F)	42
2.6.1	Stationäre Langzeitpflege und Behandlung in der Phase F	42
2.6.1.1	Eingangskriterien und Patienten-Charakteristika	42
2.6.1.2	Behandlungs-/Pflegeziele und -leistungen	43
2.6.1.3	Behandlungszeitraum	43
2.6.2	Ambulante Langzeitpflege und Behandlung in der Phase F	43
3.	Sozialrechtliche Anspruchsgrundlagen	45
3.1	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§§ 26 ff. SGB IX) ..	45
3.1.1	Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII)	46
3.1.2	Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)	47
3.1.3	Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI)	47
3.2.	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§§ 33 ff. SGB IX)	48
3.3	Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§§ 55 ff. SGB IX)	49
3.4	Leistungen zur Pflege nach SGB XI und SGB XII	49
4.	Anhang	51
4.1	Glossar	52
4.2	Flussdiagramm „Behandlungs- und Reha-Phasen in der Neurologie“	56
4.3	Frankfurter erweiterte und adaptierte Form der GCS (F-GCS) ...	57
4.4	Fragebogen über Leistungsstand und Verhalten in der Schule: ..	58
4.4.1	vor dem Unfall	58
4.4.2	nach dem Unfall	62
4.5	Einrichtungen der neurologischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche	66

4.5.1	Landkarte der Einrichtungen der neurologischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche	66
4.5.2	Anschriften der Einrichtungen der neurologischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche	67
4.6	Empfehlungen, Richtlinien, Vereinbarungen	69
4.7	Weiterführende Literatur (Auswahl)	70
4.8	Ausgewählte Verbände und Organisationen	71
4.9	Verzeichnis der Mitwirkenden an der Erarbeitung der Arbeitshilfe	76

Vorwort

Seit der Erstauflage dieser Arbeitshilfe vor über zwanzig Jahren sind große Fortschritte in der neurologischen Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen zu verzeichnen.

In der neurowissenschaftlichen Grundlagenforschung und in der Rehabilitationsforschung konnten zahlreiche neue Erkenntnisse gewonnen werden. Das Wissen um die besonderen Bedingungen und Erfordernisse der Neurorehabilitation bei Kindern und Jugendlichen konnte vertieft werden. Insbesondere durch die Etablierung des Phasenmodells der neurologischen Rehabilitation mit den Phasen A – F wurde der Rehabilitationsprozess strukturiert mit dem Ergebnis einer größeren Transparenz, Durchlässigkeit und Verzahnung der Rehabilitationsleistungen. Es wurde eine Vielzahl von neuen auf die neurologische Rehabilitation und Teilhabe von Kindern und Jugendlichen spezialisierten Einrichtungen geschaffen.

Zusätzliche Verbesserungen und eine Weiterentwicklung der bestehenden Versorgungsstrukturen können zu einer weiteren Optimierung der Rehabilitation und Teilhabe der hirnerkrankten Kinder und Jugendlichen beitragen.

Diese beziehen sich u.a. auf die Neurorehabilitation junger Menschen, die im Gegensatz zu der bei Erwachsenen nicht bereits dann erfolgreich ist, wenn zuvor vorhandene Fähigkeiten wiedererlangt werden, sondern erst dann, wenn auch das individuelle Entwicklungspotenzial weitgehend wieder gewonnen wird. Hierzu bedarf es einer ausreichend langen Zeit in einem altersgerechten Setting, das den speziellen Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen gerecht wird.

Während auf Dauer pflegebedürftig bleibende Kinder vorwiegend zu Hause versorgt werden, scheitert dies für Jugendliche meist an den dafür fehlenden familiären Ressourcen. Es fehlen jedoch weitgehend spezielle Phase-F-Plätze für diese Altersgruppe. Mehr noch als für hirnerkrankte Erwachsene gilt für Jugendliche in der Phase F, dass sie in Altenpflegeheimen völlig fehlplatziert sind.

Die Rehabilitation und Teilhabe hirnerkrankter Kinder und Jugendlicher ist ohne Einbeziehung und aktive Beteiligung der Eltern und Angehörigen nicht möglich. Die Sicherstellung und Intensivierung des Beratungs- und Betreuungsangebots für die Angehörigen von Behandlungsbeginn an ist daher von großer Bedeutung.

Da gerade bei Kindern das ganze Ausmaß der Unfallfolgen oft erst im weiteren Verlauf in der Konfrontation mit zunehmend höheren und komplexeren Anforderungen evident wird, sind Leistungen zur nachhaltigen Sicherung des Erfolges der Rehabilitation und Teilhabe sowie regelmäßige interdisziplinäre Nachuntersuchungen über eine lange Zeit erforderlich.

Basierend auf dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse und neuester gesetzlicher Grundlagen vermittelt die völlig neu überarbeitete Informationsbroschüre Standards einer umfassenden neurologischen Rehabilitation und Teilhabe von Kindern und Jugendlichen nach einem Schädel-Hirn-Trauma.

Um im Rahmen der komplexen Rehabilitation und Teilhabe hirnverletzter Kinder und Jugendlicher ein rechtzeitiges, nahtloses und planvolles Handeln, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und gegenseitige Abstimmung aller am Rehabilitationsprozess Beteiligten sicher zu stellen, werden detaillierte Informationen über die verschiedenen Behandlungsphasen dargelegt. Von der Akutbehandlungsphase über die medizinisch-schulisch/berufliche Phase bis zur Langzeitpflege zeigt die Arbeitshilfe die Phasen A – F der neurologischen Rehabilitation und Teilhabe auf und gibt jeweils Hinweise auf die Besonderheiten bei der Behandlung hirnverletzter Kinder und Jugendlicher. Zudem werden die sozialrechtlichen Anspruchsgrundlagen für die neurologische Rehabilitation und Teilhabe ausgeführt.

Die Geschäftsführung der BAR dankt allen an der Aktualisierung der Arbeitshilfe Beteiligten.

Geschäftsführung
B. Petri U. Vömel

1. Allgemeine Aspekte

1.1 Einleitung

Die Arbeitshilfe bezieht sich auf die Rehabilitation und Teilhabe schwer schädel-hirn-verletzter Kinder und Jugendlicher. Die Grundsätze der Arbeitshilfe sind jedoch auch anwendbar auf die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit anderen vergleichbaren hirnganischen Erkrankungen.

Exakte und umfassende Erhebungen zur Häufigkeit, Art und Schwere von Schädel-Hirn-Verletzungen bei Kindern und Jugendlichen in der Bundesrepublik Deutschland liegen bisher nicht vor. Die vorliegenden Daten verschiedener Statistiken sind widersprüchlich, sie lassen jedoch den Schluss zu, dass auch in der Bundesrepublik Deutschland bei insgesamt deutlichem Überwiegen leichter Schädel-Hirn-Traumen (SHT) jährlich 10 – 20 von 100.000 Kindern ein schweres SHT erleiden.

Jenseits des 1. Lebensjahres sind Unfälle, und zwar vorwiegend solche mit begleitendem Schädel-Hirn-Trauma, die häufigste Todesursache im Kindesalter.

Kinder und Jugendliche sind nicht einfach „kleine bzw. noch nicht ganz fertige Erwachsene“. Sie befinden sich noch mitten in der Entwicklung und haben je nach Alter beim Erleiden eines SHT wesentliche Entwicklungsschritte, auf denen nachfolgende erst aufbauen können, noch nicht vollzogen.

In allen Stadien des posttraumatischen Verlaufs von der Erstversorgung und Akutbehandlung nach SHT über die Rehabilitation bis hin zur Re-Integration und ebenso bei der Begutachtung sind daher zahlreiche Besonderheiten zu beachten.

Der wichtigste Unterschied gegenüber Erwachsenen liegt darin, dass bei Kindern und Jugendlichen durch das Schädel-Hirn-Trauma Auswirkungen auf prospektive Potenzen erfolgen, d.h., dass noch nicht entwickelte Fähigkeiten stärker als bereits ausdifferenzierte betroffen sein können.

Das Behandlungs- und Rehabilitationsziel ist daher im Unterschied zum Erwachsenen nicht nur die Wiedergewinnung bereits zuvor vorhandener Fähigkeiten und Fertigkeiten, sondern darüber hinaus die Wiedergewinnung der prätraumatisch gegebenen Entwicklungsmöglichkeiten, also des jeweiligen individuellen Entwicklungspotenzials.

Die diese Besonderheiten berücksichtigende Arbeitshilfe richtet sich an alle, die an der Behandlung und Rehabilitation schädel-hirn-verletzter Kinder und Jugendlicher mitwirken.

Daher wendet sich diese Arbeitshilfe insbesondere an:

- niedergelassene Ärzte/Ärztinnen¹ und in Krankenhäusern tätige Ärzte,
- Mitarbeiter in Einrichtungen und Diensten der Rehabilitation und nachgehenden Betreuung sowie in Schulen und Kindertageseinrichtungen (Ärzte, Krankenpflegefachkräfte, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Logopäden, Psychologen, Pädagogen, Erzieher, Sozialarbeiter/Sozialpädagogen usw.),
- Mitarbeiter der Rehabilitationsträger (insbesondere Kranken-, Renten-, Unfallversicherung und Bundesagentur für Arbeit) sowie deren medizinische Dienste (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, Sozialmedizinischer Dienst der Rentenversicherung sowie Ärztlicher und Psychologischer Dienst der Bundesagentur für Arbeit),
- Mitarbeiter der Gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger,
- betroffene Eltern und andere Angehörige,
- Mitarbeiter von Behinderten- und Selbsthilfeverbänden und -gruppen.

Darüber hinaus stellt die Arbeitshilfe auch ein Hilfsmittel für die Fortbildung aller bei den Sozialleistungsträgern tätigen Rehabilitationsfachkräfte dar.

1.2 Allgemeine Grundsätze für Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe

Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe sind darauf gerichtet, eine gesundheitlich bedingte Gefährdung oder Beeinträchtigung von Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu beheben oder zu reduzieren. Hierzu gehören die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Es gelten dabei folgende Grundsätze:

- Frühzeitigkeit
- Individualität
- Komplexität
- Interdisziplinarität
- Zielgerichtetheit
- Einheitlichkeit der Leistungserbringung
- Nahtlosigkeit und Zügigkeit
- Bedarfsgerechtigkeit – entsprechend den Erfordernissen des Einzelfalles unter Berücksichtigung des Vorrangs

¹ Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird im folgenden Text auf die weibliche Form zur Bezeichnung der Berufsgruppen verzichtet.

- ambulanter vor stationären Hilfen (Wohnortnähe)
- Rehabilitation vor Rente
- Rehabilitation vor Pflege
- Qualitätsgesicherte Angebote und indikationsgeleitete Auswahl der Leistungsform.

Bio-psycho-soziales Modell (ICF)

Für die Auswahl der im Einzelfall notwendigen Behandlungs- und Interventionsprogramme sind neben der (Grund-)Erkrankung Art und Ausmaß der Funktionsstörungen, der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe als Folgen eines Krankheitsprozesses vor dem Lebenshintergrund (Kontextfaktoren) des betroffenen Menschen maßgeblich (finale Orientierung). Dieser umfassenden Betrachtung trägt die von der WHO entwickelte Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF) Rechnung². Im Sinne der ICF ist Behinderung eine negative Wechselwirkung zwischen dem Gesundheitsproblem und den Kontextfaktoren und weiter gefasst als der Behinderungsbegriff gemäß SGB IX, der sich vor allem auf eine gesundheitlich bedingte drohende oder manifeste Beeinträchtigung der Teilhabe bezieht.

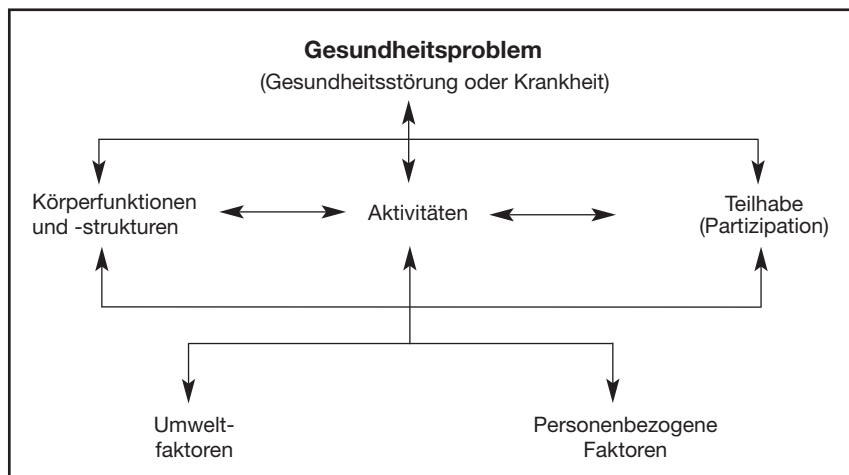


Abb. 1: Das bio-psycho-soziale Modell der Komponenten der Gesundheit

² Die vorläufige Fassung der deutschsprachigen Übersetzung der ICF (Stand Oktober 2005) wurde von DIMDI (Deutsches Institut für medizinischen Dokumentation und Information) herausgegeben. Diese Version ist unter www.dimdi.de abrufbar.

Hilfreich zum Verständnis des bio-psycho-sozialen Modells der ICF ist der Begriff der *funktionalen Gesundheit (functioning)*. Danach ist eine Person funktional gesund, wenn – vor ihrem gesamten Lebenshintergrund (Konzept der *Kontextfaktoren*: Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren) –

1. ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereiches, dies schließt auch psychische Funktionen mit ein) und Körperstrukturen allgemein anerkannten (statistischen) Normen entsprechen (*Konzept der Körperfunktionen und -strukturen*),
2. sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet wird (*Konzept der Aktivitäten*),
3. sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (*Konzept der Teilhabe an Lebensbereichen*).

Die Kontextfaktoren stellen den gesamten Lebenshintergrund einer Person dar, also alle umwelt- und personbezogenen Faktoren, die Einfluss auf die Funktionsfähigkeit bzw. funktionale Gesundheit der Person haben können. Zu den Umweltfaktoren gehört alles, was sich auf die materielle, soziale und einstellungsbezogene Lebenswelt des betroffenen Menschen bezieht, z.B. Technologien, natürliche und von Menschen veränderte Umwelt, soziale Unterstützung und Beziehungen, Einstellungen, Werte, Überzeugungen und Dienstleistungen. Personbezogene Faktoren sind Alter, Geschlecht, Bildung, Beruf, Erfahrung, Persönlichkeit, andere Gesundheitsprobleme, Lebensstil, Gewohnheiten usw. Kontextfaktoren können positiv (Förderfaktoren) oder hemmend (Barrieren) wirken.

Das Bemühen der Rehabilitation ist darauf gerichtet, den durch Krankheit und Behinderung des betroffenen Menschen bedingten Einschränkungen zu begegnen und ihm ein möglichst eigenständiges Leben zu ermöglichen. Dabei sind insbesondere auch die individuell relevanten Kontextfaktoren zu berücksichtigen.

1.3 Einteilung der Schädel-Hirn-Verletzungen

Schädel-Hirn-Verletzungen nehmen unter allen Verletzungen dadurch eine Sonderstellung ein, dass sie sowohl körperliche als auch kognitive und psychische Störungen hervorrufen können. Im akuten Stadium steht die Bewusstseinsstörung im Vordergrund, meist in Form einer kürzer oder länger anhaltenden Bewusstlosigkeit (BWL) mit nachfolgender Bewusstseinsstrübung. Dauer und Ausmaß der posttraumatischen Bewusstseinsstörung (BWST) haben sich als wichtiger Maßstab für die Beurteilung des Schweregrades von Schädel-Hirn-Traumen (SHT) erwiesen und bilden ein wesentliches Element für die Klassifikation als leichtes, mittelschweres und schweres SHT.

Die Dauer der BWST wird dabei definiert als die Zeit, die nach Wiedererlangen des Bewusstseins mit Befolgen einfacher motorischer Aufforderungen verstreicht, bis zur vollständigen Wiedererlangung der altersgerechten räumlichen und zeitlichen Orientierung sowie des episodischen Gedächtnisses.

Orientiert an der Dauer der BWST handelt es sich nach dieser Klassifikation um ein:

leichtes SHT	bei einer	BWST bis maximal 15 Minuten
mittelschweres SHT	bei einer	BWST bis 24 Stunden
schweres SHT	bei einer	BWST oder BWL über 24 Stunden.

Abb. 2: Klassifikation eines SHT orientiert an der Bewusstseinsstörung

Bevorzugt wird heute in der Akutphase jedoch weltweit die Klassifikation von SHT nach dem Ausmaß der BWST durch einfach prüfbare Reaktionen des Betroffenen vorgenommen, und zwar durch Einsatz der 1974 von TEASDALE und JENNETT eingeführten Glasgow Coma Scale (GCS). Mittels einfach zu erhebender Parameter – beste „motorische Antwort“ (6 Punkte) und beste „verbale Antwort“ (5 Punkte) sowie „Augenöffnen“ (4 Punkte) – wird das Ausmaß der Bewusstseinsstörung mit einem Summenscore von maximal 15 Punkten erfasst.

Für das Kindesalter sind Adaptationen dieser Skala erforderlich: In Deutschland hat sich z.B. die Frankfurter erweiterte und adaptierte Form der GCS (F-GCS) bewährt mit Adaptation der „verbalen Antwort“ an das Säuglings- und Kleinkindesalter und zusätzlicher Einbeziehung der Pupillo- und Okulomotorik als 4. Symptomengruppe (4 Punkte) mit einem Summenscore von maximal 19 Punkten (s. Anhang 4.3).

Bei Klassifikation nach dem GCS-Summenscore handelt es sich um ein:

	GCS	F-GCS
leichtes SHT	bei 13 – 15	bzw. 17 – 19 Punkten
mittelschweres SHT	bei 9 – 12	bzw. 12 – 16 Punkten
schweres SHT	bei 8 oder weniger	bzw. 11 oder weniger Punkten.

Abb. 3: Klassifikation eines SHT nach dem GCS-Summenscore

Die Prognose nach SHT ist von vielen sehr komplexen Faktoren abhängig, wie Schwere des Traumas, Lokalisation der Schädigungen bzw. Verletzungsmuster, Alter des Kindes und Qualität der Akutversorgung. So werden z.B. nicht alle nach initialer GCS als „leicht“ eingestuftes SHT folgenlos überstanden, zumal auch substantielle SHT im Kindesalter ohne eine fassbare Bewusstseinsstörung einhergehen können. Es wird daher zunehmend dazu übergegangen, SHT mit einem GCS-Summenscore ≥ 13 bzw. ≥ 17 Punkten, bei denen durch bildgebende Verfahren intrakranielle Läsionen, z.B. Kontusionen oder Blutungen, nachgewiesen werden, den „mittelschweren“ SHT zuzurechnen.

Problematisch an den vorstehenden Einteilungen ist, dass die moderne intensiv-medizinische Versorgung gerade schwerer und mittelschwerer SHT in der Akutsituation sedierende Medikamente bis hin zur kontrollierten Beatmung unter Narkose einschließt. Schweregradeinteilungen und prognostische Faktoren, die sich z.B. an der Länge der Bewusstlosigkeit oder Bewusstseinsstörung orientieren, sind daher inzwischen meist nicht mehr zielführend. Gleichzeitig hat die Einführung und Weiterentwicklung moderner bildgebender Verfahren wie die Kernspintomographie ermöglicht, selbst kleinste Hirnverletzungen zu visualisieren. Elektrophysiologische Methoden liefern funktionelle Informationen über Schädigungen des Hirnstamms, der Hör- und Sehbahn etc. Andere Schweregradeinteilungen schließen zur besseren Prognoseabschätzung den klinischen Verlauf mit ein. Keine von diesen Skalen hat jedoch bisher international die gleiche Akzeptanz und Verbreitung wie die unverändert bevorzugt verwandte GCS gefunden.

1.4 Auswirkungen einer Schädel-Hirn-Verletzung bei Kindern und Jugendlichen

Schädel-Hirn-Verletzungen können je nach Schwere, Lokalisation und Ausmaß der Schädigung und anderen individuellen Faktoren zu den unterschiedlichsten motorischen, sensorischen, mentalen oder psychischen Störungen und Beeinträchtigungen führen. Dauerhafte motorische Funktionsminderungen finden sich fast ausschließlich nach schwerem SHT durch Verletzungen des motorischen Cortex oder der motorischen Nervenbahnen, z.B. im Balken oder im Bereich des Hirnstamms, meist in Form von spastischen Hemi- oder Tetraparesen unterschiedlicher Schweregrade. Besonders beeinträchtigend und therapeutisch schwer zu beeinflussen sind Ataxien und Störungen des Gleichgewichtes mit zum Teil ausgeprägter Gangunsicherheit und Störung der Zielbewegungen mit schweren Folgeproblemen bei alltäglichen Verrichtungen wie Essen, Trinken, Anziehen u.ä. und feinmotorischen Aufgaben wie dem Schreiben. Vor allem bei Verletzungen des Hirnstamms zeigen sich Schluck- und Sprechstörungen (Dysphagien und Dysarthrien) mit Problemen bei der Nahrungsaufnahme und/oder verlangsamtem und schwer verständlichem Sprechen bis hin zu Sprechunfähigkeit. Schädigungen der Sehbahn oder der Augenmuskelnerven bzw. deren Kerne können zu erheblichen Beeinträchtigungen des Sehens führen. Schädigungen des Ohres (z.B. Felsenbeinfrakturen mit Cochleaverletzungen) oder der Hörbahnen werden oft erst spät erfasst, obwohl die oben erwähnten elektrophysiologischen Untersuchungen schon bei sedierten Patienten durchgeführt werden können. Oft verkannt werden kognitive Störungen, die sich häufig erst im Verlauf in differenzierten neuropsychologischen Untersuchungen erschließen, die jedoch auch bereits bei leichten SHT auftreten können und bei mittelschweren und schweren SHT praktisch die Regel sind. Diese sind oft mit Verhaltensveränderungen verbunden und erweisen sich für die weitere Entwicklung eines Kindes oder Jugendlichen vielfach als die gravierendsten Traumafolgen. Aufmerk-

samkeitsleistungen und Konzentrationsfähigkeit sind zu Beginn der Verletzung fast immer betroffen. In zahlreichen Fällen sind bei den Kindern und Jugendlichen Leistungen der visuellen Wahrnehmung und räumlich-konstruktive Fähigkeiten beeinträchtigt. Besonders häufig, therapeutisch schwer beeinflussbar und gleichzeitig folgenreich sind Störungen des Gedächtnisses und der Lernfähigkeit. Sie sind oft Ursache für bleibende schulische Leistungsprobleme. Posttraumatische Sprachstörungen sind im Kindesalter vor allem charakterisiert durch mangelnde spontane Sprachproduktion, verlangsamte und zögerliche Sprechweise, Wortschatzverarmung und Wortfindungsprobleme bei vergleichsweise gut erhaltenem Sprachverständnis sowie durch Probleme beim schriftsprachlichen Ausdruck und Textverständnis. Hirnverletzungen im frühen Kindesalter vor Abschluss des Spracherwerbs können zu Sprachentwicklungsverzögerungen führen.

Vielfach unterschätzt und zu wenig beachtet werden hirnorganisch wie auch reaktiv bedingte Veränderungen des Erlebens und Verhaltens und das Auftreten psychischer Störungen. Persönlichkeits- und Verhaltensveränderungen zeigen eine hohe Persistenz, d.h., sie überdauern häufig andere funktionelle Störungen und bestimmen damit in vielen Fällen den Langzeitverlauf nach einer Hirnschädigung. Selbst nach leichtem SHT finden sich oft über Monate andauernde Verhaltensprobleme. Externalisierende (nach außen gerichtete) Störungen sind dabei deutlich häufiger als internalisierende. Es herrschen Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen und Störungen des Sozialverhaltens vor. Beeinträchtigt sind vor allem die Möglichkeiten des Kindes oder Jugendlichen zu Konzentration, angemessener Reizverarbeitung, Handlungsplanung und Impulskontrolle. Die mangelnde Verhaltenskontrolle führt häufig zu sozial unverträglichen Handlungen und aggressiven Verhaltensweisen mit langfristig schwerwiegenden sozialen Folgewirkungen. Auf der Seite der internalisierenden Störungen führen Depressionen und Angststörungen zu sozialem Rückzug und mehr oder minder ausgeprägtem Vermeidungsverhalten. Frontale Hirnschädigungen führen neben Störungen der Handlungsplanung und -kontrolle häufig zu ausgeprägten Störungen des Antriebs und der Motivation bei fehlender Problemeinsicht und vermindern dadurch die Anstrengungsbereitschaft und Leistungsfähigkeit in allen Lebensbereichen. Umgekehrt können auch Störungen mit Antriebssteigerung, abnormer Umtriebbarkeit, Distanzschwäche, Affektlabilität und erhöhter Aggressivität auftreten. Eine weitere häufige, zum Teil erst mit Verzögerung eintretende Schädigungsfolge stellt eine posttraumatische Epilepsie mit fokalen oder generalisierten Krampfanfällen dar. Sie bedarf einer sorgfältigen Diagnostik und medikamentösen Behandlung. Als weitere, zum Teil erst im Rehabilitationsverlauf auftretende somatische Komplikation ist ein posttraumatischer Hydrozephalus zu berücksichtigen, der die operative Anlage einer Liquorableitung erfordert.

1.5 Inhalte und Ziele der Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe hirnverletzter Kinder und Jugendlicher

Hirnschädigungen zeigen meist eine langsame und abhängig vom Verletzungsmuster oft nicht vollständige Erholung. Bei der gerade im Kindesalter postulierten hohen Plastizität des Gehirns mit zahlreichen Vorgängen der Regeneration und Reorganisation ist über einen längeren Zeitraum eine zumindest teilweise Wiederherstellung verloren gegangener Funktionen möglich, Kompensationsmöglichkeiten werden geschaffen und das Potenzial für eine weitergehende Entwicklung bereitgestellt. Sinn und Zweck der rehabilitativen Behandlung sind eine umfassende Unterstützung und Förderung dieser Prozesse sowie die Schaffung bestmöglicher Voraussetzungen für eine gelingende familiäre, schulische und psycho-soziale Wiedereingliederung. Es ist erwiesen, dass eine gezielte neurologische Rehabilitation dem Spontanverlauf ohne rehabilitative Maßnahmen überlegen ist.

Im Einzelnen haben die Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe zum Inhalt:

- eingehende Diagnostik des Ausmaßes der Funktions- und Aktivitätsstörungen in allen relevanten Dimensionen;
- Optimierung vitaler Funktionen wie Kreislauf, Atmung und Ernährung;
- gezielte Anregungen zur Förderung von Wahrnehmung, Kontakt- und Kommunikationsfähigkeit;
- gezielte Anbahnung motorischer Funktionen bei Willkürbewegungen, Schlucken und Sprechen;
- Behandlungen zur Vorbeugung von Sekundärkomplikationen wie Gelenkversteifungen, Druckgeschwüren oder auch ungünstigen Verhaltensanpassungen;
- gezielte Aufgabenstellung zum Wiedererlernen motorischer Handlungsmuster (z.B. Gehen, Greifen);
- Training alltagsrelevanter Handlungen (z.B. Waschen, Anziehen, Essen, Toilettenbenutzung);
- gezieltes Training kognitiver Funktionen und Fähigkeiten (z.B. in den Bereichen Aufmerksamkeit, Sprache, visuelle Wahrnehmung, Gedächtnis);
- verhaltensmodifizierende Therapie bei Verhaltensproblemen;
- psycho-soziale Hilfen zur Verarbeitung von Krankheit und Behinderung;
- Hilfsmittelversorgung;
- individuell abgestimmte Förderung der schulischen Leistungsfähigkeit;
- kontinuierliche Elternberatung und ggf. Anleitung in pflegerischen, therapeutischen und anderen Maßnahmen;
- gezielte Vorbereitung der Re-Integration in Familie, Schule, evtl. Ausbildung und soziales Umfeld sowie ggf. auf erforderliche medizinische Nachbehandlung und nachsorgende Aktivitäten.

Ziel der Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe ist es, abhängig von der Schwere der Hirnschädigung eine möglichst weitgehende Wiederherstellung der prätraumatischen körperlichen, geistigen und sozialen Funktionen und Fähigkeiten zu erreichen oder, wo dies nicht möglich ist, ein möglichst hohes Funktions-/Aktivitätsniveau zu erreichen, das dem Kind oder Jugendlichen ein Maximum an Selbstständigkeit und Mobilität im Alltag und hierdurch Teilhabe und Lebensqualität in Familie, Schule und weiterem sozialen Umfeld ermöglicht. Es gilt, die Entwicklungspotenziale des Kindes oder Jugendlichen optimal zu erhalten bzw. zu verbessern.

Diese Ziele lassen sich nur durch eine intensive und gut strukturierte Zusammenarbeit von Ärzten, Pflegepersonal, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Psychologen, Neuropsychologen, Logopäden sowie Fachkräften anderer Therapiebereiche, Pädagogen, Berufstherapeuten, Sozialpädagogen und Sozialarbeitern im multidisziplinären Behandlungsteam sowie durch das beständige Gespräch und Zusammenwirken mit den Eltern und mit den jungen Patienten selber erreichen. Wesentlich für den langfristigen Erfolg der Teilhabeleistungen sind ferner die frühzeitige Kontaktaufnahme und Kooperation mit allen weiterbetreuenden Personen und Institutionen.

2. Ablauf der neurologischen Behandlungs-/Rehabilitationsphasen und Darstellung der jeweiligen Leistungen

Grundlage des Verlaufs der neurologischen Behandlung und Rehabilitation bildet zum einen die „Phaseneinteilung in der neurologischen Rehabilitation“³, die von der Arbeitsgruppe Neurologische Rehabilitation des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger⁴ erarbeitet wurde und eine Einteilung in die Phasen A – F vornimmt, und zum anderen die trägerübergreifende Weiterentwicklung der Empfehlungen für die Phasen B und C⁵ sowie F⁶ im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Die Phaseneinteilung in der neurologischen Rehabilitation wurde für Erwachsene entwickelt, kann aber in adaptierter Form auch auf die Rehabilitation schädel-hirn-verletzter Kinder und Jugendlicher angewandt werden⁷.

- Akutbehandlungsphase (Phase A);
- Behandlungsphase, in der noch intensiv-medizinische Behandlungsmöglichkeiten vorgehalten werden müssen (Phase B);
- Behandlungs-/Rehabilitationsphase, in der die Patienten bereits in der Therapie mitarbeiten können, sie aber noch kurativmedizinisch und mit hohem pflegerischen Aufwand betreut werden müssen (Phase C);
- medizinische und medizinisch-schulisch/berufliche Rehabilitationsphase (Phase D);
- soziale, schulische und/oder berufliche Eingliederungsphase (Phase E);
- Langzeitpflege und Behandlung mit unterstützenden, betreuenden und/oder zustandserhaltenden Maßnahmen (Phase F).

Ein chronologischer Ablauf wird durch diese Phaseneinteilung nicht vorgegeben. Entsprechend dem Krankheitsverlauf können auch Phasen (z.B. Phase B oder C) übersprungen werden. Der entgegengesetzte Verlauf, z.B. von den Phasen F oder E in Richtung der Phasen D, C, B oder sogar A, ist ebenfalls möglich.

3 Verband Deutscher Rentenversicherungsträger: Weiterentwicklung in der neurologischen Rehabilitation, in: Deutsche Rentenversicherung 1994, S. 119-127

4 Seit 1.10.2005: Deutsche Rentenversicherung Bund

5 BAR: Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C, Frankfurt/Main, 1999

6 BAR: Empfehlungen zur stationären Langzeitpflege und Behandlung von Menschen mit schweren und schwersten Schädigungen des Nervensystems in der Phase F, Frankfurt/Main, 2003

7 Siehe auch „Flussdiagramm“ im Anhang Ziffer 4.2

Idealerweise sollte ab Beginn der Phase B bis zur Vorbereitung der Phase E die Behandlung bzw. Rehabilitation „unter einem Dach“ erfolgen können. In Abhängigkeit von regional gegebenen Möglichkeiten können zur Durchführung der Leistungen auch verschiedene Einrichtungen mit unterschiedlichem therapeutischen Angebot nacheinander erforderlich sein, da die Schwerpunkte der therapeutischen Bemühungen im Verlauf des Behandlungs-/Rehabilitationsprozesses wechseln. Das Gebot der Nahtlosigkeit gilt es, besonders in den Fällen mit ggf. mehrfach erforderlichem Einrichtungswechsel, zu beachten.

2.1 Akutbehandlungsphase (Phase A)

2.1.1 Definition

Die Akutbehandlungsphase umfasst den Zeitraum von der traumatischen Gewalteinwirkung bzw. vom Beginn der hirnorganischen Erkrankung bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen und des intrakraniellen Drucks sowie bis zum Abschluss einer evtl. notwendigen operativen Akutversorgung. Ihre Dauer ist je nach Schwere der Hirnverletzung/-erkrankung und evtl. Begleitverletzungen unterschiedlich und kann von wenigen Tagen bis zu vielen Wochen betragen.

2.1.2 Leistungen

Jedes hirnverletzte Kind sollte abhängig vom Schweregrad der Hirnverletzung schon während der Akutbehandlung soweit möglich rehabilitative Leistungen, wie z.B. Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie, erhalten. Zum Ende der Akutbehandlung sollte insbesondere bei mittel- bis schwer-hirn-verletzten Kindern durch einen erfahrenen Neuropädiater, Neurologen oder Neurochirurgen nach ausführlicher Untersuchung unter Berücksichtigung des klinischen Verlaufs geklärt werden, ob weitere Behandlungs-/Rehabilitationsnotwendigkeit und -bedürftigkeit besteht.

Im Anschluss an die unfall- oder neurochirurgische Akutbehandlung wird die Behandlung/Rehabilitation soweit erforderlich in einer auf die neurologische Rehabilitation von Kindern spezialisierten Einrichtung mit entsprechender räumlich-apparativer und insbesondere personeller Ausstattung fortgesetzt. Der Übergang in die Phasen B, C oder D ist entsprechend dem Zustand des Kindes oder Jugendlichen möglich. Die jeweiligen Eingangskriterien für die genannten Phasen werden in den Ziffern 2.2.1, 2.3.1 und 2.4.1 beschrieben.

2.2 Behandlungsphase, in der noch intensiv-medizinische Behandlungsmöglichkeiten vorgehalten werden müssen (Phase B)

2.2.1 Eingangskriterien und Patienten-Charakteristika

Die folgenden Patienten-Charakteristika können als Eingangskriterien in die Phase B angesehen werden:

- bewusstlose bzw. qualitativ oder quantitativ schwer bewusstseinsgestörte Patienten, darunter auch solche mit einem vegetativen Syndrom (sog. „apalli-

schen Syndrom“/„Wachkoma“) mit schwersten Hirnschädigungen, neben der Bewusstseinsstörung können weitere schwere Hirnfunktionsstörungen bestehen;

- Patienten mit anderen schweren neurologischen Störungen (z.B. Locked-in-Syndrom, hohe Querschnittlähmung), die noch intensiv-behandlungspflichtig sind;
- schwere Epilepsien;
- bei Patienten mit SHT liegen häufig noch andere Verletzungen vor (polytraumatisierte Patienten);
- primäre Akutversorgung abgeschlossen;
- aktuell keine operative Intervention (neurochirurgisch oder allgemein-/unfallchirurgisch, orthopädisch) erforderlich;
- keine Sepsis, keine floride Osteomyelitis;
- intrakranielle Druckverhältnisse stabil;
- nicht fähig zur kooperativen Mitarbeit;
- vollständig von pflegerischer Hilfe abhängig;
- in der Regel Sonden-Ernährung erforderlich;
- in der Regel können Ausscheidungsfunktionen nicht kontrolliert werden;
- u.U. erhebliche Selbst- und/oder Fremdgefährdung bei Dyskontrollsyndrom, Verwirrheitszuständen oder anderen schweren psychischen Störungen;
- bestehende Begleiterkrankungen dürfen eine Mobilisierung nicht verhindern.

Die Phase B beginnt somit nach Behebung der lebensbedrohenden Symptome. In der Regel bestehen noch schwere Hirnfunktionsstörungen mit Bewusstseinsstörungen unterschiedlicher Art und Ausprägung bis hin zum sog. „Wachkoma“. Häufig ist diese Behandlungsphase von ausgeprägten vegetativen Symptomen begleitet. Vegetative Funktionsstörungen äußern sich bei den Kindern und Jugendlichen zum Beispiel in einer hohen Herzfrequenz, starkem Schwitzen oder auch in ausgeprägter motorischer Unruhe.

Diese zum Teil lebensbedrohenden Funktionsstörungen erfordern die Möglichkeit eines Monitoring zur ständigen Überwachung der wichtigsten Körperfunktionen, wie zum Beispiel Kreislauffunktionen (Herzschlag und Blutdruck), und Atmung (Atemfrequenz) sowie die Überprüfung von Sauerstoff- und Kohlendioxidgehalt des Blutes und der Hirnfunktionen (neurologische Untersuchung, Hirnstromkurve und weitere elektrophysiologische Untersuchungen). Meist sind Sondenernährung sowie das Tragen einer Trachealkanüle und eines Dauerkatheters notwendig.

Das Kind oder der Jugendliche in der Phase B ist vollständig auf fremde Hilfe angewiesen und bedarf intensiver Pflege. Infolge der Hirnschädigung sind die Patienten in ihrer Auffassungsgabe beeinträchtigt. Sie sind in ihren allgemeinen Reaktionen sowie Denk- und Handlungsabläufen verlangsamt. Es liegen Merk- und Gedächtnisstörungen vor, ihre Konzentrationsfähigkeit ist herabgesetzt, sie

sind nicht orientiert. Häufig durchlaufen die Patienten nach dem Erwachen ein hirnrorganisches Durchgangssyndrom mit Weglauftendenz und Verwirrtheit und daraus resultierender Eigen- und Fremdgefährdung.

2.2.2 *Behandlungs-/Rehabilitationsziele und -leistungen*

In der Phase B ist zu Beginn die Weiterführung eines Monitoring und der Intensiv-Maximalpflege wie in der Akutbehandlungsphase (Phase A) erforderlich. Neurochirurgische oder unfallchirurgische Konsiliarbetreuung muss bei eventuellen Komplikationen sichergestellt sein. In der Regel ist bei den Kindern und Jugendlichen eine umfassende Diagnostik und Therapie gestörter Atem- und Schluckfunktionen, häufig mit hierfür notwendigem Trachealkanülenmanagement, notwendig. Kinder sind besonders gefährdet durch Druckschädigungen der Luftröhre.

Neben der *ärztlichen Behandlung* und aktivierenden Pflege möglichst unter Einbeziehung der Eltern sind weitere therapeutische Maßnahmen erforderlich, die der Arzt anhand eines abgesprochenen Behandlungsplans – entsprechend den Schädigungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe des Kindes und Jugendlichen – mit den Eltern und Therapeuten sinnvoll koordinieren muss.

Dem *Psychologen* und *Neuropsychologen* fallen diagnostische und therapeutische Aufgaben zu. In den frühen Phasen der Behandlung liegt ein Hauptaugenmerk des Neuropsychologen auf der Verhaltensbeobachtung des Kindes und seiner Reaktion auf die ihm angebotenen Reize. Aus seinen Beobachtungen entwickelt der Neuropsychologe ein Behandlungskonzept, in das die pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen eingebunden werden.

Der Psychologe führt die Therapie in Abstimmung mit den übrigen Mitarbeitern des multidisziplinären Teams durch. Von Beginn an müssen das subjektive Erleben des Kindes und seine emotionalen Reaktionen beachtet, in ihrer Bedeutung eingeschätzt und adäquat darauf reagiert werden.

Neben der direkten Behandlung des Kindes unterstützt der Psychologe die Eltern und Angehörigen bei der Bewältigung der Unfall- bzw. Krankheitsfolgen.

Auf Affektlabilität, Ängste, aggressive oder depressive Reaktionsweisen wird von allen Mitarbeitern in enger Zusammenarbeit und Abstimmung mit den Eltern eingegangen. Die Maßnahmen dienen dazu, das Kind zu beruhigen, seine Ängste zu mindern und ihm die fremde und ungewohnte Situation vertraut zu machen.

In der *Sprach- und Esstherapie* werden schwerpunktmäßig Störungen der Kau-Schluck- und Sprechmotorik sowie Kommunikationsstörungen von entsprechend qualifizierten Therapeuten behandelt. Durch Stimulation der am Schluck- und Sprechvorgang beteiligten Muskeln, Mobilisationstechniken, Bewegungsanbahnung und Bewegungsübungen zum Entwickeln der Sprechfunktionen und der Nahrungsaufnahme kann das Kind seine Schluckfunktion und sein Sprachvermögen zurückgewinnen. Je nach Funktionsstörung erfolgt die Diagnostik und Therapie der Sprachstörungen, ein Kommunikationstraining und falls notwendig auch die Anpassung von Kommunikationshilfen.

Physiotherapie/Krankengymnastik wird 1 – 2-mal täglich durch Physiotherapeuten mit besonderer Erfahrung in der Behandlung neurologischer Funktionsstörungen durchgeführt. Inhaltlich werden willkürliche Bewegungsabläufe vorbereitet und stimuliert, der Muskeltonus reguliert und motorische Bewegungsabläufe trainiert. Neben der Einübung normaler motorischer Abläufe wird durch Lagern, Dehnen und Stehübungen das Auftreten sekundärer Schäden wie Verkürzung der Sehnen und Faszien und das Auftreten von Gelenkkontrakturen verhindert. Hinzu kommt die sorgfältige Auswahl von Hilfsmitteln (z.B. Rollstuhl), die gemeinsam mit den Ergotherapeuten erfolgt.

Die *Ergotherapeuten* bahnen sensomotorische und kognitive Funktionen an und fördern die Bereiche der Aktivitäten und Teilhabe. Dies geschieht durch basale Stimulation, Therapie der gestörten Funktionen des Gesichts- und Mundtraktes, motorisch funktionelles Training, Behandlung der Wahrnehmungs- und Kommunikationsstörungen.

Wie oben erwähnt, beraten die Ergotherapeuten gemeinsam mit den Physiotherapeuten bei der Erprobung und Beschaffung von Hilfsmitteln und führen im Falle der Entlassung eines Kindes oder Jugendlichen nach Hause oder auch bei einer Verlegung in ein Heim Hausbesuche durch.

Die *Musiktherapie* dient in den frühen Phasen der akustischen und sensorischen Stimulation, später ermöglicht sie den Aufbau einer Kommunikation. Sie kann auch Teil eines gezielten Stimulationsprogramms sein.

Der *Sozialdienst* berät die Eltern und bietet ihnen Hilfestellung an. (Ausführlich wird die Aufgabenstellung des Sozialdienstes in Ziffer 2.4.2.1 dargestellt.)

Die Einbeziehung der Eltern in die Behandlung spielt während der Phase B eine große Rolle. Die Eltern können als Vermittler zwischen Kind und Fachpersonal wirken und dem Kind, das in einer völlig fremden Umgebung aufwacht, durch ihre Anwesenheit die hierdurch hervorgerufenen Ängste nehmen. Durch die Beteiligung am therapeutischen Prozess können die Eltern aktiv an der Genesung teilnehmen.

2.2.3 *Behandlungszeitraum*

Bei Kindern und Jugendlichen kann auf Grund der besonderen Entwicklungsdynamik und Restitutionsmöglichkeiten der Behandlungszeitraum je nach individuellem Bedarf bis zu 12 Monate betragen.

2.3 Behandlungs-/Rehabilitationsphase, in der die Patienten bereits in der Therapie mitarbeiten können, sie aber noch kurativ-medizinisch und mit hohem pflegerischen Aufwand betreut werden müssen (Phase C)

Die Phase C der neurologischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen soll sich möglichst nahtlos an die Akutbehandlung im Krankenhaus (Phase A) oder an die Behandlungs-/Rehabilitationsphase B anschließen.

2.3.1 Eingangskriterien und Patienten-Charakteristika

In dieser Behandlungs-/Rehabilitationsphase sind die Patienten nicht mehr beatmungspflichtig, überwiegend bewussteinklar und nicht mehr intensivmedizinisch überwachungsbedürftig. Sie müssen jedoch noch kurativmedizinisch und mit hohem pflegerischem Aufwand betreut werden. Die Kinder und Jugendlichen sind zu Beginn der Phase C gemäß ihrem Alter und jeweiligem Entwicklungsstand soweit kommunikations- und interaktionsfähig, dass sie an den üblichen Therapien teilnehmen können, d.h., sie sind teilmobilisiert (auch im Rollstuhl), kommen einfachen Aufforderungen nach und können an mehreren Therapiemaßnahmen täglich von je etwa 30 Minuten Dauer aktiv mitarbeiten. Die Dauer der Therapieeinheiten kann altersabhängig auch unterschritten werden. Die Belastungsfähigkeit bei Jugendlichen ist der von Erwachsenen gleichzusetzen.

2.3.2 Behandlungs-/Rehabilitationsziele und -leistungen

Ziele der Phase C sind:

- Erreichen der altersentsprechenden Selbständigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL/ADL),
- Steigerung der Belastbarkeit,
- Entwicklung sozialer Kompetenz sowie
- das Wiedererlangen der Fähigkeit, Neues zu erlernen.

Wie in der vorausgegangenen Phase B sind auch in der Phase C weiterhin tägliche *ärztliche Visiten* und eine intensive pflegerische Betreuung (allgemeine und spezielle aktivierende Pflege einschließlich Mitwirkung beim Training der Aktivitäten des täglichen Lebens) erforderlich. Der noch bestehende hohe Pflegebedarf ist typisch für diese Phase. Der dem Alter angemessene Pflegebedarf wird in erheblichem Maße überschritten.

Auf der Basis einer erneuten differenzierteren Diagnostik werden bei nun verbesserter Belastbarkeit und Kooperationsfähigkeit die funktionellen Therapien in der Neuropsychologie, Logopädie, Physio- und Ergotherapie fortgeführt, vorwiegend als Einzeltherapien, z.T. auch einzeln unter Einsatz mehrerer Therapeuten (neben der aktivierenden *Pflege* übernimmt der Pflegedienst auch andere nichtärztliche Therapieformen in der Funktion als Co-Therapeut). In den Aufgaben der Therapiebereiche bestehen fließende Übergänge zwischen den Phasen C und D.

In der *Neuropsychologie* wird das Kind mit standardisierten psychometrischen Verfahren untersucht, um die kognitive Leistungsfähigkeit und Funktionsstörungen darzustellen. Einschränkend ist aber festzustellen, dass in diesem frühen Stadium eine umfassende und ausreichende Diagnostik oft nur bedingt möglich ist. Untersucht werden u.a.:

- die intellektuelle Leistungsfähigkeit;
- die Wahrnehmung (visuell, akustisch, taktil);

- die konzentrierte Steuerung und Belastbarkeit;
- Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit, Gedächtnis;
- Arbeitstempo sowie
- Emotionalität.

Die in dieser Phase erhobenen psycho-diagnostischen Daten geben Hinweise auf das Ausmaß und die Art der Schädigung. Für weitere psycho-diagnostische Daten, die im Verlauf der Erkrankung erhoben werden, dienen sie als Bezugspunkt, so dass der Rückbildungsverlauf psychometrisch dokumentiert werden kann. Gleichzeitig stellen die Ergebnisse auch die Basis dar zur Planung neuropsychologischer Therapien. Die Durchführung übernimmt der Neuropsychologe in Abstimmung mit den übrigen Mitarbeitern des multidisziplinären Teams.

Im Zentrum der *Physiotherapie* steht die Mobilisierung der Kinder und Jugendlichen durch Anbahnung und Stabilisierung aktiver Fortbewegungsmöglichkeiten. Zunächst werden in der Regel die Stehfähigkeit stabilisiert und Transferfunktionen (z.B. vom Bett in den Rollstuhl, vom Rollstuhl auf die Toilette usw.) geübt. Das Gehen wird an Hilfsmitteln (z.B. Rollator) angebahnt, stabilisiert und bezüglich der Gehstrecke und Sicherheit zunehmend ausgebaut, um einen freien Gang zu erreichen und auch weitere Bewegungsformen wie das Treppensteigen wieder zu ermöglichen. Ferner werden die Armfunktionen besonders für die Stütz- und Haltemotorik geübt. Bei vielen Patienten sind weiterhin aufgrund von spastischen Erhöhungen der Muskelspannung tonusregulierende Maßnahmen notwendig. Dazu können im Einzelfall auch lokale Injektionen des Medikaments Botulinumtoxin in besonders betroffene Muskeln dienen. Vielfach ist auch die unterstützende Versorgung mit Orthesen („Schiennen“) zur Verbesserung von Bewegungsqualität und -ausmaß notwendig. Bei Kindern und Jugendlichen, bei denen die Gehfähigkeit nicht in absehbarer Zeit ausreichend wiedererlangt werden kann, erfolgen die individuell angepasste Versorgung mit einem Rollstuhl und das Training damit, um die aktive Fortbewegung zu sichern.

In der *Ergotherapie* wird vor allem die Bewältigung alltagspraktischer Leistungen im sog. ADL/ATL-Training geübt. Die Patienten lernen im Verlauf altersangepasst im Alltag wieder selbstständig zu werden oder geeignete Hilfsmittel sinnvoll bei Waschen, Anziehen, Essen, Toilettengang und der Fortbewegung einzusetzen. Auch Angehörige können dabei in die patientengerechte und eigene Kräfte schonende Art der Hilfe bei verbleibendem Hilfebedarf eingeübt werden. Die Ergotherapie widmet sich ferner dem Training der Feinmotorik der Hände und der Verbesserung der Handlungsplanung, des Problemlöseverhaltens und der sozialen Kompetenzen der Kinder und Jugendlichen. Dem dienen z.B. auch handwerkliche Arbeiten einzeln und in der Gruppe. Ferner werden notwendige Hilfsmittelversorgungen für die Zeit nach der stationären Behandlung vorbereitet.

Die *Logopädie* widmet sich umfassend der Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit der jungen Patienten. Im Anfang findet eine genaue Diagnostik von Sprechmöglichkeiten, Sprachverständnis, sprachlichem Ausdruck, Lesen und

Schreiben statt, z.T. mit standardisierten Testverfahren. Bei Störungen des Sprechens (Dysarthrien) wird gezielt an der Verbesserung der Atmung, der Stimmgebung, der artikulatorischen Mund-, Lippen- und Zungenbewegungen und der Sprech-Atem-Koordination gearbeitet. Bei Störungen der übergreifenden Sprachfunktionen (Aphasien) werden Nachsprechen, Verstehen, Wortschatz, grammatische Strukturen, Lesen und Schreiben in alltagsbezogener Weise detailliert geübt und erweitert. Bei sehr schweren Störungen der Artikulation mit der Unfähigkeit zu einer verständlichen Sprechweise kommt auch die Anpassung von Kommunikationshilfsmitteln mit Sprachausgabe in Betracht.

Hinzu kommen kreative Therapieformen, wie *Musik- und evtl. Kunsttherapie*, sowie *spielerische* und *kreative Angebote* in sozial- und heilpädagogischen Gruppen.

Neben dem Wiedererwerb einer altersgerechten Selbstständigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens ist das Ziel die Wiederherstellung der grundlegenden Funktionen des Nervensystems (z.B. Antrieb, Affekt, Motivation, Orientierung, Sensomotorik, Koordination, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisleistungen) und Förderung der Bereiche der Aktivitäten und Teilhabe (z.B. Kommunikation, bis hin zur vollen altersentsprechenden Handlungsfähigkeit).

Der *Sozialdienst* hat eine beratende Funktion und bietet Hilfestellung für die Eltern an. Schon in dieser Phase muss das Konzept für eine sachgerechte Beratung auf eine enge Kommunikation zwischen den zu beratenden Personen, den Rehabilitationseinrichtungen und den Rehabilitationsfachkräften der Sozialleistungsträger angelegt sein. Schwerpunkte des Sozialdienstes sind in Ziffer 2.4.2.1 aufgeführt.

Im Laufe der Phase C erfolgt eine zunehmende Steigerung der *schulischen Förderung*, ebenfalls in Kleingruppen mit hoher Binnendifferenzierung. Die Belastbarkeit besonders im schulischen Bereich ist noch deutlich im Altersgruppenvergleich reduziert.

2.3.3 *Behandlungs-/Rehabilitationszeitraum*

Die Behandlung in der Phase C kann bis zu 9 Monate, in Einzelfällen auch darüber hinaus bis zu 12 Monate oder auch länger dauern. Die Therapie ist zu beenden, wenn über 8 – 10 Wochen keine Fortschritte mehr erzielt werden.

2.3.4 *Übergang zur Phase D*

Während der Phase C sind die weiteren Rehabilitationsziele und das Rehabilitationspotenzial festzulegen. Dabei ist zu klären, welche weiteren Leistungen zur Teilhabe (medizinisch, schulisch, beruflich und sozial) notwendig und ob diese ambulant oder stationär durchzuführen sind. Für folgende Fragen besteht zu diesem Zeitpunkt Klärungsbedarf:

- Art und Schweregrad der Schädigungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe (Verlaufsdiagnose und Symptome)?
- Lassen sich Angaben über die voraussichtliche Dauer der rehabilitativen Behandlung machen?

- Sind bei weiter bestehender Notwendigkeit eines komplexen, integrierten Behandlungsangebots die Voraussetzungen für eine ambulante Rehabilitation gegeben, und zwar: ausreichende Belastbarkeit; Fahrzeit für eine Wegstrecke maximal 45 Minuten; Begleitung bei der Fahrt gesichert; Betreuung zu Hause gewährleistet, notwendige Hilfsmittel auch dort vorhanden?
- Besteht ein nur noch erhöhter altersabhängiger Hilfebedarf bei den ATL/ADL?

2.4 Medizinische und medizinisch-schulisch/berufliche Rehabilitationsphase (Phase D)

2.4.1 Eingangskriterien und Patienten-Charakteristika

Die folgenden Eingangskriterien orientieren sich am individuellen Entwicklungsstand der Kinder und Jugendlichen bezogen auf die altersgerechte Entwicklungsnorm:

Bei den Kindern und Jugendlichen in der Phase D ist die Selbständigkeit bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL/ADL), insbesondere im Bereich der Selbstversorgung, wie Waschen, Anziehen, Toilettenbenutzung, Essen und Mobilität gegeben; punktuell ist oft noch pflegerische Unterstützung erforderlich. Bei den Kindern und Jugendlichen in dieser Phase stehen alltags-, schul- und berufsrelevante mentale Störungen (insbesondere kognitive Defizite) oft im Vordergrund. Man kann allerdings davon ausgehen, dass eine durchgängige Kooperationsfähigkeit und -bereitschaft sowie eine Handlungs- und Lernfähigkeit bei den Patienten vorhanden ist.

Der Übergang von der Phase C zur Phase D ist fließend. Die Phase D ist durch die ausreichende Belastbarkeit und die Fähigkeit des Patienten zur ausdauernden aktiven Mitarbeit bei den Rehabilitationsleistungen gekennzeichnet.

Die durchschnittliche Dauer reicht von 4 Wochen bis zu mehreren Monaten, bei der medizinisch-beruflichen Rehabilitation auch bis zu einem Jahr und länger, und hängt vom Schweregrad der Schädigung und der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe sowie vom Rehabilitationspotenzial der Kinder oder Jugendlichen ab.

Während in den vorhergehenden Rehabilitationsphasen der Wiederherstellung der Funktionen eine dominierende Bedeutung zukommt, ist in dieser Phase ein wichtiges Augenmerk auf die Förderung von Aktivität und Partizipation entsprechend der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO zu legen (siehe Ziffer 1.2).

2.4.2 Behandlungs-/Rehabilitationsziele und Leistungen

Die Rehabilitation in der Phase D kann unter Beachtung der sozialrechtlichen Anspruchsgrundlagen (siehe Ziffer 3) stationär oder ambulant⁸ erfolgen.

⁸ Die ambulante Rehabilitation umfasst auch die teilstationäre Rehabilitation.

Eine *Rehabilitation in stationärer Form* ist erforderlich:

- wegen der Art oder des Ausmaßes der Schädigungen und/oder Beeinträchtigungen der Aktivitäten, wenn sie durch eine ambulante Rehabilitation nicht ausreichend behandelt werden können,
- wegen mangelnder psychischer Belastbarkeit,
- wegen der Notwendigkeit pflegerischer Betreuung und ständiger ärztlicher Überwachung,
- wegen der Notwendigkeit einer zeitweisen Entlastung und Distanzierung vom häuslichen sozialen Umfeld,
- bei bestimmten indikationsspezifischen Kriterien.

Eine *Rehabilitation in ambulanter Form* kann in Betracht kommen:

- anstelle einer stationären Rehabilitationsleistung als eigenständiges interdisziplinäres Konzept,
- zur Verkürzung einer stationären Rehabilitationsleistung, bei ambulanter Fortsetzung eines stationär begonnenen Rehabilitationsprogramms,
- im Anschluss an eine stationäre Rehabilitationsleistung,

unter besonderer Berücksichtigung der Teilhabe an Erziehung und Bildung oder der Teilhabe am Arbeitsleben.

Nach der ambulanten oder stationären Rehabilitation kann eine kurative Weiterbehandlung mit Heil- und Hilfsmitteln angezeigt sein.

2.4.2.1 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Im Rahmen der Rehabilitation in der Phase D werden schon in der Phase B oder C durchgeführte Maßnahmen, wenn nötig, fortgeführt.

Das therapeutische Angebot richtet sich nach den individuell vorliegenden Beeinträchtigungen und kann je nach Potenzial der betroffenen Kinder und Jugendlichen verschiedene Leistungen umfassen:

- Physiotherapie (Hier ist anzustreben, dass möglichst unterschiedliche krankengymnastische und neurophysiologisch fundierte Methoden, darunter auch repetitiv-übende Verfahren verfügbar sind, um eine patientenorientierte Vorgehensweise zu gewährleisten),
- Bewegungstherapie,
- Physikalische Therapie,
- Medizinische Trainingstherapie,
- Ergotherapie,
- Logopädie,
- Neuropsychologische Diagnostik und neuropsychologisches Training,
- Psychotherapie,

- Sozial- und heilpädagogische Therapie, Musiktherapie, Kunsttherapie,
- Arbeitstherapie und Belastungserprobung, incl. EDV-Training sowie
- Neuropädagogik (schulische Re-Integration).

Gleichzeitig müssen in dieser Phase aber auch Elemente des sozialen Lernens (Gruppenverhalten), Selbsthilfetaining, Freizeitaktivitäten u.a. verstärkt hinzutreten.

Ausgehend von detaillierten Untersuchungsergebnissen in allen Funktionsbereichen wird ein individueller Behandlungsplan aufgestellt und im weiteren Verlauf ständig aktualisiert.

Als *ärztliche Aufgaben* im engeren Sinne stellen sich in der Phase D die fortlaufende Beobachtung und Dokumentation der neurologischen und psychischen Verletzungsfolgen dar. Der Arzt plant, koordiniert und steuert gemeinsam mit dem multidisziplinären Team auf der Grundlage eines individuellen Behandlungsplanes den Rehabilitationsprozess. Außerdem obliegt ihm die Diagnostik, Dokumentation und Behandlung der verletzungsbedingten Folgekrankheiten (z.B. Anfallsleiden, Hydrozephalus). Die Hinzuziehung eines Konsiliararztes für Neurochirurgie, Orthopädie, Augen- und HNO-Heilkunde, Innere Medizin, Zahnmedizin u.a. kann erforderlich sein. Wenn nötig, wird auch die Versorgung mit technischen Hilfen jetzt eingeleitet (Prothesen, Orthesen, Rollstuhl, Einhänderhilfen, Schreibhilfen, Schienen, Kommunikationshilfen usw.).

Aufgabe der *Neuropsychologie* ist die genaue Leistungsdiagnostik und die Erarbeitung spezifischer Förderstrategien, um die begrenzten Lernkapazitäten des Kindes optimal auszunutzen. Eine wichtige Aufgabe der klinischen Psychologen ist die psychotherapeutische Bearbeitung der in dieser Phase häufig deutlicher werdenden Verhaltensprobleme und die Unterstützung der Familie bei der Verarbeitung des Geschehens.

Die *medizinisch-therapeutischen Leistungen* (z.B. Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie) werden entsprechend dem Bedarf des Kindes oder Jugendlichen in der Phase D weitergeführt.

Der *Sozialdienst* in der Rehabilitationseinrichtung hat eine beratende Funktion und bietet Hilfestellung an. Das Konzept für eine sachgerechte Beratung muss auf eine enge Kommunikation zwischen den zu beratenden Personen, den Rehabilitationseinrichtungen und den Rehabilitationsfachkräften der Sozialleistungsträger angelegt sein. Schwerpunkte sind z.B.:

- psychosoziale Beratung und Betreuung der Rehabilitanden und ihrer Angehörigen,
- Absichern der psychosozialen Selbsthilfemöglichkeiten im sozialen Umfeld (z.B. Einbeziehen der örtlichen Erziehungsberatungsstelle bei Verhaltensauffälligkeiten des Kindes oder Jugendlichen),
- sozialrechtliche und wirtschaftliche Beratung auch im Hinblick auf gesetzlich verankerte Möglichkeiten der Unterstützung (z.B. finanzielle Hilfen nach Sozialgesetzbuch IX – Schwerbehindertenrecht),

-
- Herstellen von Kontakten zu Ämtern und Behörden,
 - Unterstützung bei der Beschaffung behindertengerechten Wohnraums,
 - Unterstützung bei der Suche nach geeigneten Behandlungs- und Rehabilitationseinrichtungen in Wohnortnähe und ggf. bei der Unterbringung des Betroffenen in einem Heim oder einer Pflegeeinrichtung sowie Hilfestellung bei der Beantragung entsprechender Leistungen.

Der engen Einbindung der Eltern ist in dieser Phase wie auch im gesamten Rehabilitationsprozess eine große Bedeutung beizumessen. Ein enger Kontakt zu den Eltern und Geschwistern sowie der Peer-group ist in dieser Phase sicherzustellen, um die langfristige Re-Integration vorzubereiten. Es sind somit auch häusliche Belastungserprobungen unter therapeutischen Gesichtspunkten sinnvoll und notwendig.

Nach § 26 Abs. 2 Nr. 7 SGB IX sind auch die *medizinisch-beruflichen Leistungen* wie Arbeitstherapie und Belastungserprobung zu den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu rechnen:

- a) Die *Arbeitstherapie* dient dem Erlernen des Umgangs mit Werkzeug und Material und der Verbesserung des Arbeitsverhaltens.
- b) Die *Belastungserprobung* prüft die Leistung und Beanspruchung in der später vorgesehenen Tätigkeit, die zeitliche Belastbarkeit und die Verträglichkeit von Arbeitsumgebungseinflüssen.

Die Maßnahmen finden unter Anleitung von ausbildungsberechtigten Fachkräften in enger Zusammenarbeit mit Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Heilpädagogen und Psychologen statt. Hierfür stehen auch die Einrichtungen der *medizinisch-beruflichen Rehabilitation (Phase II)* zur Verfügung.

Neuropädagogische Förderung in der Phase D hat zum Ziel, nach Möglichkeit den Anschluss an den früheren schulischen Leistungsstand wiederherzustellen oder, wenn nötig, die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Umschulung zu schaffen. Bei jüngeren Kindern werden durch intensive vorschulische Förderung die Grundlagen für eine erfolgreiche Einschulung geschaffen.

Die neuropädagogische Aufgabenstellung reicht von der Anbahnung oder Wiedergewinnung von Lerngrundlagen über schulartübergreifende Förderung bis hin zur differenzierten Unterrichtung in den Kernfächern entsprechend den Lehrplänen der jeweils besuchten Klasse und Schulart. Sie schließt umfassende diagnostische Maßnahmen und gezielte Hilfen bei der Wiedereingliederung in Regel- oder Sonderschulen bzw. Berufsbildenden Einrichtungen ein. Bei Kindern im Vorschulalter sind Behinderungen bzw. Entwicklungsstörungen durch gezielte Förder- und Behandlungsmaßnahmen auszugleichen oder zu mildern. Die nachstationäre Frühförderung sollte geregelt werden, und geeignete Schulformen zur Einschulung sind vorzuschlagen.

An einzelnen *schulischen Maßnahmen* sind hervorzuheben:

a) *Diagnostik*

Feststellen des Leistungsstandes und der Lernfähigkeit in Gruppen.

b) *Förderung*

Unter Berücksichtigung des früheren Schulniveaus und noch bestehender Funktionsstörungen sollen in kleinen Lerngruppen die Lernfähigkeit verbessert (Lernen des Lernens) und Wissenslücken ausgefüllt werden. Je nachdem muss auch Einzelunterricht erteilt werden.

c) *Sonderpädagogische Maßnahmen*

In Absprache mit den therapeutischen Bereichen beteiligen sich die Neuropädagogen der Rehabilitationseinrichtung am Training beeinträchtigter Funktionen, z.B. Konzentrations- und Merkfähigkeitstraining, Schulung der Wahrnehmung, besonderes Lese-, Schreib- und Rechentraining, Computerschulung, sowie an den auf die Bedürfnisse der Rehabilitanden abgestimmten Angeboten in Musik und künstlerischem Gestalten. Im Bedarfsfall werden Hilfsmittel zur Kompensation nicht mehr vorhandener Fertigkeiten angeboten und trainiert (z.B. Schreib- und Kommunikationshilfen).

Bei Entlassung aus der Rehabilitationseinrichtung wird ein Vorschlag zur schulischen Eingliederung ausgearbeitet (Angabe des Schultyps und der Klasse, Internat, gezielter Förderunterricht, besondere Rücksichtnahmen, Kompensationstechniken usw.), dieser wird mit den Eltern in Beratungsgesprächen begründet und im Kontakt mit der aufnehmenden Schule durch Versenden der notwendigen Berichte eingeleitet. Nachbetreuung geschieht durch geregelte Nachfragen bei den Schulen, das Angebot beratend zu helfen und über Medien wie Internet in Kontakt zu bleiben.

2.4.2.2 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen)

Neben dem Ziel, das Leistungsbild abzuklären, beruflich verwertbare Fähigkeiten zu fördern und die berufliche Eingliederung einzuleiten, ist es eine wesentliche Aufgabe der Berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, eine Berufsausbildung und/oder Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ausüben zu können.

Grundsätzlich kann eine Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme für behinderte Menschen mit dem Ziel, eine Berufsausbildung zu erreichen, bis zu 11 Monate dauern und mit der Zielsetzung, ohne Berufsausbildung eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu ermöglichen, bis zu 18 Monate.

Zunächst werden die Leistungsvoraussetzungen im Einzelfall durch den zuständigen Rehabilitationsträger geprüft. Nach dem Prinzip „so normal wie möglich und so speziell wie nötig“ wird entsprechend dem individuellen Förderbedarf des behinderten Menschen die Art der Leistungsdurchführung gemeinsam mit ihm festgelegt.

Neben der Möglichkeit an allgemeinen Berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen, soweit erforderlich mit ergänzenden Hilfen, teilzunehmen, gibt es wohnortnah spezifische berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen für behinderte Menschen (Reha-BvB).

Soweit der individuelle Förderbedarf des behinderten Menschen mit dem Förderangebot in den allgemeinen und behindertenspezifischen Berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen nicht erfüllt werden kann, kann eine Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme in einer Einrichtung der beruflichen Rehabilitation (§ 35 SGB IX) durchgeführt werden.

Einrichtungen nach § 35 SGB IX sind Berufsbildungswerke, Berufsförderungswerke und vergleichbare Einrichtungen.

Bei besonderem medizinisch-beruflichen Rehabilitationsbedarf kann auch eine „Einrichtung der medizinisch-beruflichen Rehabilitation (Phase II)“ in Frage kommen. Diese Einrichtungen fördern körperlich, seelisch oder geistig behinderte Menschen sowie primär chronisch Kranke, die wegen

- schwerer krankheitsbedingter Leistungseinschränkungen
- Lernstörungen (einschl. Lernentwöhnung)
- besonderer Störanfälligkeit und Umfeldabhängigkeit
- Störungen des Sozialverhaltens
- Störungen des Arbeitsverhaltens

auf besonders umfassende multidisziplinäre diagnostische und therapeutische Leistungen der medizinischen und der schulisch-beruflichen Rehabilitation angewiesen sind. Die Leistungen werden von den Einrichtungen stationär oder ambulant erbracht. Sie setzen frühestmöglich nach Unfall oder Krankheitsbeginn ein. Die Leistungsangebote berücksichtigen gesellschaftliche Änderungsprozesse, die relevante Auswirkungen auf die medizinische und schulisch-berufliche Rehabilitation haben, und erschließen Möglichkeiten der Eingliederung, die das gesamte Leben im Blickfeld haben.

Das Fachkonzept für Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen (BvB) der Bundesagentur für Arbeit enthält verschiedene auf den Einzelfall abgestimmte *Qualifizierungsebenen*.

Dazu zählen die

- Eignungsanalyse,
- Grundstufe (Kernelement „Berufsorientierung/Berufswahl“),
- Förderstufe (Kernelement „Berufliche Grundfertigkeiten“),
- Übergangsqualifizierung (Kernelement „Berufs- und betriebsorientierte Qualifizierung“) und die
- Stabilisierungsstufe.

Die Qualifizierungsebenen der BvB stellen zeitlich und inhaltlich individuell zu durchlaufende Qualifizierungsabschnitte dar. Die Maßnahmekonzepte sollen die

Ebenen deutlich als Rahmen für individuelle Qualifizierungswege beschreiben. Die Übergänge zwischen den Qualifizierungsebenen sind flexibel zu nutzen.

Der Übergang in die nächstfolgende Qualifizierungsebene (unter Berücksichtigung der jeweiligen max. Förderdauer), in Ausbildung oder Arbeit ist individuell sowie zeitlich flexibel und erfolgt nach festgelegten und transparenten Kriterien.

In begründeten und durch die Beratungsfachkraft der Agentur für Arbeit zu genehmigenden Ausnahmefällen können Jugendliche, die direkt in die Übergangsqualifizierung oder ohne Eignungsanalyse in die Grundstufe eingemündet sind, in eine vorhergehende Qualifizierungsebene wechseln, wenn festgestellt wird, dass die Berufswahl nicht gefestigt ist, sich während der Teilnahme an der Grundstufe ein zusätzlicher eignungsdiagnostischer Bedarf ergibt oder die erforderlichen persönlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten für die Aufnahme der gewählten Ausbildung oder Arbeit nicht vorliegen.

Vor der Teilnahme an einer Berufsausbildungsvorbereitung in der Grundstufe ist eine bis zu drei Wochen dauernde *Eignungsanalyse* mit dem Ziel einer realistischen Einschätzung der individuellen Stärken und Schwächen des Jugendlichen unter Berücksichtigung von beruflichen Anforderungen vorzusehen. Im Rahmen der Eignungsanalyse wird ein individueller Förderplan erstellt.

In die *Grundstufe* münden die Jugendlichen ein, die (noch) nicht ausbildungsreif sind, noch keine Berufswahlentscheidung getroffen haben oder (noch) nicht über die erforderliche Eignung für den angestrebten Beruf verfügen. In der Grundstufe sollen Berufsorientierung, erste berufsbezogene Qualifikationen sowie überfachliche Angebote realisiert werden. Die Grundstufe ist beendet, sobald die Teilnehmer eine Berufswahlentscheidung getroffen haben und über die erforderlichen persönlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten für die Aufnahme der gewählten Ausbildung oder Arbeit verfügen. Sofern die persönlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten für die Aufnahme der gewählten Ausbildung oder Arbeit zum Ende der Grundstufe noch nicht vorliegen, ist eine weitere vorberufliche Qualifizierung in der Förderstufe vorgesehen.

Die *Förderstufe* vertieft die Angebote der Grundstufe.

Wenn ein Übergang in betriebliche Ausbildung oder Arbeit nicht gelingt und die Ausbildungs- und Arbeitsmarktchancen des Jugendlichen durch die weitere Förderung seiner beruflichen Handlungsfähigkeit erhöht werden sollen, kann der Jugendliche an einer *Übergangsqualifizierung* teilnehmen. In der Übergangsqualifizierung werden vertiefende Qualifikationen vermittelt, die dem gewählten (Ausbildungs-)Beruf entsprechen und ggf. auf die Ausbildung angerechnet werden können. Die Angebote dieser Phase sollen betriebsnah umgesetzt werden.

Im Sinne einer konsequenten Individualisierung und Binnendifferenzierung und eines ganzheitlichen Ansatzes ist eine Schwerpunktbildung auf bestimmte Förder- und Qualifizierungssequenzen innerhalb einer Qualifizierungsebene möglich. Entscheidend hierfür ist der individuelle Förderbedarf.

Die *Stabilisierungsstufe* richtet sich an junge Menschen mit Behinderung, denen die Aufnahme einer Ausbildung oder Arbeit gelungen ist. Ziel ist die Sicherung,

Stabilisierung und Festigung betrieblicher Ausbildungsphasen oder einer Arbeitsaufnahme. Die Stufe der Stabilisierung kann bis zu drei Monate dauern.

Für den gesamten Förderzeitraum ist eine kontinuierliche Bildungsbegleitung erforderlich, welche die Koordination der verschiedenen Akteure, die Akquisition von Ausbildungs- und Arbeitsstellen sowie die Sicherung und Dokumentation des Eingliederungserfolges zu gewährleisten hat.

Bei einer Förderung der Leistung durch Rentenversicherungsträger, Berufsgenossenschaften oder Unfallkassen gelten analoge Grundsätze: Am Anfang kann eine Eignungsanalyse stehen, es folgt die Erarbeitung der persönlichen Fähigkeiten, und dann folgt die Erarbeitung berufspraktischer Fähigkeiten.

In jedem Fall ist eine lückenlose, koordinierte und ineinander verzahnte Abfolge der Leistungen erforderlich.

Die aufgeführten Leistungen finden unter Anleitung von ausbildungsberechtigten Fachkräften, bevorzugt solchen mit einer Zusatzqualifikation als Berufstherapeuten, statt.

Die Auswahl der Berufsfelder und der Zielsetzung begründet sich einerseits in der Ausbildungs- bzw. Berufssituation und den Berufswünschen, andererseits in den Möglichkeiten des Rehabilitanden und ggf. zu vermeidenden Arbeitsbelastungen und Arbeitsrisiken. Zu letzteren können z.B. gehören: Akkordarbeit, Bandarbeit, Wechselschicht, Nachtschicht, Lärmarbeit, Lösungsmittelinwirkung, körperliche Schwerarbeit, häufiges Bücken und Tätigkeiten, die eine schnelle Auffassungsgabe und Anpassungsfähigkeit erfordern.

Bezüglich des angestrebten Berufsbildes ist zu beachten, dass hier nicht die aktuelle Arbeitsmarktsituation, sondern die langfristige Perspektive zu bedenken ist. In den Fällen, in denen eine Ausbildung – auch in einer Berufsausbildung mit reduzierten Anforderungen nach § 66 Berufsbildungsgesetz – möglich ist, sollte diese unbedingt angestrebt werden, auch wenn die aktuelle Arbeitsmarktsituation eine Ausübung des Berufes zum gegenwärtigen Zeitpunkt unsicher erscheinen lässt.

Im Verlauf der Maßnahmen finden Beratungsgespräche mit dem Rehabilitationsberater des Rehabilitationsträgers und dem Berufsberater für behinderte Menschen bzw. Arbeitsberater für behinderte Menschen der Arbeitsagentur unter Beteiligung der gesetzlichen Vertreter des Jugendlichen statt. Der Rehabilitationsberater informiert sich einerseits anhand der ärztlichen und psychologischen Aussagen zum Leistungsbild und anhand der Ergebnisse der Maßnahme über das Leistungsvermögen. Andererseits ergründet er im Gespräch mit dem Rehabilitanden, welche Tätigkeitsmerkmale dieser bevorzugt. Er diskutiert Berufe, die diese Merkmale enthalten, prüft bei bereits vorliegenden Berufswünschen, ob die Vorstellungen dem Berufsbild tatsächlich entsprechen, und zeigt Alternativen hinsichtlich Berufsziel, Ausbildungsweg und Förderung auf. Auf diese Weise wird in mehreren Beratungen gemeinsam mit dem Rehabilitanden ein Eingliederungsvorschlag erarbeitet. In Frage kommen die direkte Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt, in eine ungelernete Tätigkeit, eine Berufs-

ausbildung (betrieblich oder überbetrieblich in einem Berufsbildungswerk) oder die Eingliederung in eine Werkstatt für behinderte Menschen (weitere Einzelheiten unter Ziffer 2.5.1.3).

2.4.3 Übergang zur Phase E

Am Ende der Phase D sind die weiteren Schritte der Rehabilitation und Wiedereingliederung in Familie, Schule und Beruf mit allen an der Rehabilitation Beteiligten abzustimmen. Idealerweise sollte dies in einem gemeinsamen Gespräch erfolgen. Der verantwortliche Arzt sollte im Zusammenwirken mit dem Rehabilitationsträger diese Abstimmung veranlassen.

2.5 Soziale, schulische und/oder berufliche Eingliederungsphase (Phase E)

2.5.1 Behandlungs-/Rehabilitationsziele und -leistungen

Der Übergang von der Phase D zur Phase E ist fließend. Der Beginn der Phase E kann dann angesetzt werden, wenn sich die ärztliche Tätigkeit nur noch auf begleitend durchgeführte ärztliche Behandlung, Kontrollen und Beratungen beschränkt oder ganz entfällt. Das Befinden des Kindes oder Jugendlichen muss sich soweit stabilisiert haben, dass die notwendigen ärztlichen und therapeutischen Interventionen sowohl vom Umfang als auch vom Inhalt im System der vertragsärztlichen Versorgung geleistet werden können. Die Phase E ist gekennzeichnet durch das Zurücktreten der medizinischen Problematik; im Vordergrund steht die pädagogische Förderung in Schule und Beruf.

Für schädel-hirn-verletzte Kinder und Jugendliche wird angestrebt, sie dort wieder einzugliedern, wo sie vor dem Unfall oder der Krankheit lebten, die Schule besuchten bzw. ausgebildet wurden. Erst wenn sich dieser Integrationschritt als nicht durchführbar erweist, ist die Integration in eine dem aktuellen Leistungsstand und Lernvermögen adäquate andere Schule bzw. Ausbildung oder Tätigkeit und ggf. Wohnform einzuleiten.

Im Rahmen der *Weiterbehandlung* sollen die notwendigen medizinischen Maßnahmen durch einen in der Behandlung von Patienten mit SHT erfahrenen Arzt, d.h. in der Regel einen Neuropädiater, Neurologen oder Kinder- und Jugendpsychiater, koordiniert werden. Auch geeignete Sozialpädiatrische Zentren kommen für die Weiterbehandlung in Betracht. Chirurgische, orthopädische, HNO-ärztliche und ophthalmologische Untersuchungen werden durch den behandelnden Arzt eingeleitet. Dem Neuropädiater/Neurologen obliegt die neurologische Überwachung (EEG, medikamentöse Einstellung bei posttraumatischer Epilepsie usw.) und Therapiekontrolle (Physio-, Ergo-, Sprachtherapie).

Wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Rehabilitation ist auch in der Phase E die Kooperation zwischen Ärzten, Psychologen, Pädagogen, Reha-Beratern des Rehabilitationsträgers und allen anderen Fachkräften, die an den Maßnahmen zur Eingliederung des hirnerkrankten Kindes oder Jugendlichen beteiligt sind, um eine möglichst umfassende Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu

ermöglichen. Hierzu gehört auch die Koordination weiterer nachsorgenden Aktivitäten, z.B. im Rahmen von Selbsthilfegruppen oder Teilnahme am Rehabilitationssport und Funktionstraining. Neben der Befähigung des Verletzten zu Aktivität und Partizipation ist gleichermaßen eine geeignete Anpassung der Umgebung (Abbau von hemmenden und Unterstützung von fördernden Kontextfaktoren) erforderlich. Dies beinhaltet die Auswahl geeigneter schulischer oder beruflicher Einrichtungen, ggf. auch organisatorische oder bauliche Anpassungsmaßnahmen beispielsweise im Rahmen einer schulischen Einzelintegration sowie den ggf. notwendigen Umbau im Wohnumfeld und die Sicherstellung einer ausreichenden Mobilität.

2.5.1.1 Medizinische Leistungen

Neurologische Beratung und Überwachung, ggf. auch andere fachärztliche Kontrollen (neurochirurgische, augenärztliche, orthopädische, HNO-ärztliche u.a.) sind nach schweren SHT auch in der Eingliederungsphase (Phase E) über längere Zeit, meist über Jahre, erforderlich. Dazu gehören neurologische Befundkontrollen mit Verordnung notwendiger Behandlungen (Physiotherapie, Sprachtherapie, Ergotherapie u.a.) je nach Maßgabe der erzielten Besserung, EEG-Verlaufskontrollen und die medikamentöse Einstellung und Überwachung (einschließlich Blutspiegelkontrollen) bei posttraumatischen Anfallsleiden. Hierbei ist zu beachten, dass eine posttraumatische Epilepsie sich auch noch Jahre nach dem Trauma entwickeln kann.

Neben der regelmäßigen pädiatrischen/neuropädiatrischen Betreuung der Kinder und Jugendlichen und Beratung ihrer Eltern ist auch die weitere psychologische Betreuung wichtig, insbesondere bei den im Kindesalter Verletzten, deren geistig-seelische Entwicklung nach einem schweren SHT retardiert oder sogar dauernd beeinträchtigt bleiben kann. Die durch das SHT erlittenen neuropsychologischen Störungen manifestieren sich gerade bei den im frühen Kindesalter Verletzten oft erst im weiteren Verlauf, in der Konfrontation mit zunehmend höheren und komplexeren Anforderungen. Regelmäßige neuropsychologische Kontrolluntersuchungen im Verlauf sind daher erforderlich, um diese Störungen rechtzeitig zu erkennen und einer gezielten Therapie zuzuführen. Zudem soll sekundären Fehlentwicklungen des Verhaltens und krisenhaften Verläufen, wie sie erfahrungsgemäß besonders in der Pubertät vorkommen, vorgebeugt werden.

Im Berufsausbildungsalter liegen die Schwerpunkte neben den sonst genannten Maßnahmen in der Durchführung der evtl. noch erforderlichen physiotherapeutischen oder logopädischen Therapie, darüber hinaus in der Anregung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

2.5.1.2 Leistungen zur Teilhabe an Erziehung und Bildung

Pädagogische Leistungen im Vorschulalter

Die Notwendigkeit und Art vorschulischer Leistungen richtet sich nach:

- der Art verbliebener Beeinträchtigungen,

- dem häuslichen Milieu,
- dem Angebot vorschulischer Einrichtungen im regionalen Bereich.

Kleinkinder mit SHT bedürfen auch in dieser Rehabilitationsphase gezielter pädagogischer Hilfen in Einzelförderung oder in einer kleinen Gruppe im Regelkindergarten, integrativen Kindergarten, Sonder-/Förderkindergarten bzw. in der Vorschule. Die durch die Hirnschädigung eingetretenen Ausfälle und Leistungsverluste müssen im pädagogischen Training und in fortgesetzten Übungen und Spielen abgebaut bzw. ausgeglichen werden.

Pädagogische Leistungen im Schulalter

Ziel der schulischen Fördermaßnahmen ist die Eingliederung in eine der Leistungsfähigkeit des Kindes oder Jugendlichen angemessene Schule.

In Zusammenarbeit mit der aufnehmenden Schule ist zu klären, welche schulische Belastung möglich ist und auf welchem Niveau ein Einstieg sinnvoll erscheint. In Einzelfällen ist Hausunterricht indiziert. Bei der Einleitung der erforderlichen Maßnahmen (Stütz- und Förderunterricht, Kooperation mit Sonder-/Förderschulen) ist der jeweils zuständige Rehabilitationsträger (z.B. Träger der gesetzlichen Unfallversicherung), beteiligt. Im Übrigen gelten die Bestimmungen der einzelnen Bundesländer.

Für den weiteren Verlauf der schulischen Rehabilitation sollten die von dem Bundesverband der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand e.V. (BAGUV)⁹ herausgegebenen Fragebögen zur Feststellung des Leistungsstandes und Verhaltens unfallverletzter Schüler in der Schule (vor dem Unfall und nach dem Unfall) Verwendung finden (siehe Anhang 4.4).

Die Lehrer der aufnehmenden Schule sollen durch den behandelnden Facharzt oder den Rehabilitationsberater bzw. den in der Rehabilitationseinrichtung für das Kind oder den Jugendlichen zuständigen Pädagogen oder Neuropsychologen mit Zustimmung der Eltern über die Erscheinungsformen und Auswirkungen der Hirnverletzungen und zu erwartende Besonderheiten bei der Beschulung des Patienten aufgeklärt werden. Dazu gehört, dass die Lehrer, vor allem in den Regelschulen, über Leistungsstärken, aber auch Leistungsminderungen, die die weitere schulische und berufliche Ausbildung erschweren können, unterrichtet werden, insbesondere über:

- allgemeine und/oder spezielle Funktionsstörungen (Verlangsamung im Denkablauf, im Antrieb, schnelle Ermüdbarkeit, Perseverationen, Verhaltensauffälligkeiten, Störungen des Affekts und der Konzentration, der psychomotorischen Kontrolle, der Wahrnehmung, der Aufmerksamkeit, der Stimm- und Sprechfunktionen, kognitive Störungen, Ausfälle im akustischen und visuellen Bereich, Störungen der Motorik, z.B. bezüglich Muskeltonus, Beweglichkeit, Kraft, Ausdauer)

9 Seit 1.6.2007: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung

-
- Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe (Beeinträchtigungen der Kommunikation, z.B. in Bezug auf Verstehen und Sprechen; beim Aneignen komplexer Fertigkeiten, z.B. beim Lesen, Schreiben, Rechnen).

Zudem müssen u.a. die folgenden Kontextfaktoren berücksichtigt werden, die in Gesprächen mit den Eltern, Schulleitern und Lehrern zu erörtern sind:

- individuelle person- und familienbezogene Faktoren,
- Bewältigung des Schulwegs (Art und Länge des Schulwegs, Transportmittel),
- bauliche Barrieren im Schulgebäude,
- der Arbeitsplatz in der Schule und zu Hause,
- technische Unterrichts- und Lernhilfen,
- Art und Umfang des Förderbedarfs (behinderungsspezifische Methoden und spezielle Unterrichtstechniken),
- Unterstützung durch Familie, Freunde, Lehrer etc.,
- Hilfsmittel/persönliche Assistenz.

Für die Phase E sind zudem die folgenden Gesichtspunkte wichtig:

- Ein Verbleiben in der vor dem Unfall besuchten Schule ist anzustreben. Teilleistungsschwächen sollten die Möglichkeit der Wiedereingliederung nicht verhindern. Häufig ist eine Wiederholung der zuletzt besuchten Klassenstufe angebracht.
- Bei verringertem Leistungsvermögen kann – wenn eine sonderpädagogische Förderung nicht ausreicht – ein Wechsel der Schulart innerhalb des Regelschulsystems erfolgen, also vom Gymnasium zur Realschule bzw. von der Realschule zur Hauptschule.
- Im Falle schwerer Beeinträchtigungen kommt eine sonderpädagogische Förderung im gemeinsamen Unterricht in einer Regelschule oder in einer Sonder-/Förderschule in Frage.

Kinder und Jugendliche mit sonderpädagogischem Förderbedarf können allgemeine Schulen besuchen (z.B. Einzelintegration in einer wohnortnahen Schule, Besuch der Integrationsklasse einer Regelschule oder einer wohnbezirksübergreifenden Integrationsschule), wenn dort die notwendige sonderpädagogische und sächliche Unterstützung sowie die räumlichen Voraussetzungen gewährleistet sind. Zu den notwendigen Voraussetzungen zählen neben den äußeren Rahmenbedingungen sonderpädagogisch qualifizierte Lehrkräfte, individualisierte Formen der Planung, Durchführung und Kontrolle der Unterrichtsprozesse und eine abgestimmte Zusammenarbeit der beteiligten Lehr- und Fachkräfte. Sonderpädagogische Förderung findet dabei im und – wenn erforderlich – auch neben dem Klassenunterricht statt.

Sofern behinderte Kinder und Jugendliche in anderen Schulformen nicht oder nicht hinreichend gefördert werden können, sind sie in Sonder- bzw. Förderschulen zu den schulischen Zielen zu führen, die für sie erreichbar sind; auch

dort wird, soweit die Fähigkeiten des behinderten Kindes ausreichen, die Vermittlung von allgemeinen Abschlüssen angestrebt.

Als Sonder-/Förderschulen kommen in Frage:

- Bei schweren motorischen Störungen, Mehrfachbehinderungen: Schule für Körperbehinderte bzw. Förder-/Sonderschule mit dem Schwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung.
- Bei Aphasien, Dysarthrien: Sprachheilschule bzw. Förder-/Sonderschule mit dem Schwerpunkt Sprache.

Beide vorgenannten Sonderschultypen sind zur Förderung besonders geeignet, da sie stark differenziert und individualisiert arbeiten.

- Bei generellen Lernstörungen ohne motorische Behinderung: Förder-/Sonderschule mit dem Schwerpunkt Lernhilfe.

Vor der Überweisung ist unbedingt zu prüfen, ob das Kind nicht durch Schaffung besonderer Voraussetzungen in der Regelschule verbleiben kann.

Nach Eingliederung des Kindes oder Jugendlichen in die Schule sollte nach Ablauf einer bestimmten Frist (ca. 1/2 bis 1 Jahr) geprüft werden, ob die schulische Wiedereingliederung erfolgreich verläuft.

Schwierigkeiten in der Schule müssen mit der Familie des hirnerkrankten Kindes oder Jugendlichen erörtert werden, um ggf. besondere Maßnahmen zu treffen (Erziehungsberatung, schulpädagogischer Dienst).

Berufswahlvorbereitende Maßnahmen

Im Bereich Arbeit – Technik – Wirtschaft müssen hirnerkrankte Kinder und Jugendliche besonders umsichtig und individuell gefördert werden. In Regel- und Sonderschulen soll dies von der Klassenstufe 5 ab im Fach Arbeitslehre, durch Betriebserkundungen und Betriebspraktika geschehen.

Bei hirnerkrankten Jugendlichen sind Maßnahmen zur Vorbereitung der Berufswahl, evtl. auch Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung, Betriebspraktika und Arbeitsversuche in Betrieben in Absprache mit den Eltern, dem Rehabilitationsträger, dem Reha-Team der Agentur für Arbeit und den Kommunalen Diensten (z.B. Kinder- und Jugendhilfe) durchzuführen.

Wichtig ist in jedem Fall, dass nicht nur eine berufspraktische Ausbildungsmöglichkeit gefunden, sondern auch ein der Behinderung angemessener Berufsschulunterricht sichergestellt wird.

2.5.1.3 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Berufsvorbereitung und -ausbildung)

Jugendliche, deren medizinisch-psychologische Situation soweit stabilisiert ist, dass sie nicht mehr der medizinisch-beruflichen Rehabilitation in einer entsprechend ausgestatteten Einrichtung der Phase II bedürfen, können die unter 2.4.2.2 genannten berufsvorbereitenden Maßnahmen in einer Phase-III-Einrichtung, z.B. einem Berufsbildungswerk, absolvieren.

Als Leistungen der beruflichen Bildung für hirnerkrankte Jugendliche kommen, unter Berücksichtigung der Erfordernisse des Einzelfalles, in Betracht:

a) *Betriebliche Ausbildung*

Der betrieblichen Ausbildung ist immer dann der Vorzug zu geben, wenn Art und Schwere der Behinderung dies zulassen und der Betrieb alle für die jeweiligen Bedürfnisse des behinderten Jugendlichen erforderlichen Vorkehrungen (technischer und personeller Art) treffen kann.

Ziel ist die zu einem Abschluss führende Ausbildung in einem anerkannten Ausbildungsberuf, dabei sind die besonderen Verhältnisse des behinderten Jugendlichen zu berücksichtigen. Mache Art und Schwere der Behinderung es erforderlich, kann der Ausbildung auch eine Ausbildungsregelung für behinderte Menschen gemäß § 66 Berufsbildungsgesetz bzw. § 42m Handwerksordnung zugrunde gelegt werden. Für die Ausbildung muss ein Ausbildungsvertrag abgeschlossen werden.

b) *Überbetriebliche Ausbildung*

In allen Fällen, in denen Art und Schwere der Behinderung sowie die besonderen Verhältnisse des behinderten Jugendlichen eine spezielle Betreuung durch Fachkräfte und Unterbringung in einem Internat erfordern, sollte eine überbetriebliche Ausbildung empfohlen werden.

Sie erfolgt für anerkannte Ausbildungsberufe oder in Ausbildungsregelungen für behinderte Menschen (siehe Buchstabe a) in einem Berufsbildungswerk (Anhang 4.7 und 4.8) oder einer vergleichbaren Einrichtung zur beruflichen Erstausbildung behinderter Menschen, in einer auf die Behinderungsart und deren Auswirkungen eingestellten Ausbildungsorganisation mit einer auf die besonderen Belange des behinderten Jugendlichen ausgerichteten kontinuierlichen ausbildungsbegleitenden integrierten Betreuung durch Ärzte, Psychologen, Sonderpädagogen und weitere Fachkräfte der Rehabilitation. Hirnerkrankte Jugendliche können nur in solchen Berufsbildungswerken behinderungsgerecht versorgt werden, die auch das dafür geschulte Fachpersonal (Ärzte und Therapeuten) beschäftigen.

c) *Schulische Berufsausbildung (einschließlich Fachhochschul- und Hochschulstudium)*

Einige Berufsausbildungen werden in Berufsfachschulen angeboten, deren Besuch eine betriebliche Ausbildung ersetzt.

Eine Anzahl von Ausbildungsgängen wird an Fachhochschulen und Hochschulen angeboten. Sie führen zu besonders qualifizierten Abschlüssen, die in der Regel unter hohem Leistungsdruck erreicht werden.

Der erfolgreiche Besuch all dieser Schularten hängt davon ab, dass die hirnerkrankten Jugendlichen den Anforderungen der überwiegend theoretisch ausgerichteten und zeitlich streng organisierten Ausbildung gewachsen sind.

- d) Hat ein hirnverletzter Jugendlicher bereits eine Berufsausbildung zum Abschluss gebracht und kann er wegen der Verletzung die erlernten Fertigkeiten nicht mehr anwenden, so können Bildungsmaßnahmen in Form betrieblicher oder überbetrieblicher *Fortbildung, Umschulung oder Anpassung*, ggf. auch in Berufsförderungswerken, in Frage kommen (siehe auch Anhang 4.7 und 4.8).

Ziel aller aufgeführten Maßnahmen ist die Eingliederung des behinderten Jugendlichen in den allgemeinen Arbeitsmarkt.

- e) Für behinderte Menschen, die wegen der Schwere ihrer Behinderung für eine anerkannte Berufsausbildung nicht geeignet sind und für die der allgemeine Arbeitsmarkt nicht, noch nicht oder noch nicht wieder zugänglich ist, kommt die Aufnahme in eine *Werkstatt für behinderte Menschen* in Betracht. In der Werkstatt muss sichergestellt sein, dass eine den Bedürfnissen der hirnverletzten Jugendlichen entsprechende ärztliche und psychologische Betreuung vorhanden ist.

Besondere berufspädagogische Hinweise

Häufiger als bei anderen Behinderungen darf bei Auszubildenden mit SHT das Augenmerk nicht darauf gerichtet sein, was der junge Hirnverletzte nicht zu leisten vermag. Um diese behinderten Menschen in einen Arbeitsprozess zu führen, muss zunächst herausgefunden werden, was sie noch können.

Die Berufspädagogen (Ausbilder) im Berufsbildungswerk und in der Werkstatt für behinderte Menschen bzw. in der freien Wirtschaft haben einen entscheidenden Anteil an der Ausbildung. Sie sind im Blick auf das Ausbildungsziel von den Rehabilitationsträgern auf die besonderen behinderungsspezifischen und individuellen Einschränkungen und Ausfälle des Rehabilitanden aufmerksam zu machen, um diese zu beobachten und zu beachten und um sie durch gezielte berufspädagogische Maßnahmen kompensieren zu können. Fortschritte und Erfolge sind nur dann zu erwarten, wenn der Berufspädagoge für diesen Personenkreis spezifisches Grundlagenwissen und spezielle Erfahrungen in seine didaktisch-methodischen Schritte einbezieht, weil der Ausbildungs- und Rehabilitationsverlauf durch spezifische Störungen eingeschränkt bzw. erschwert sein kann. Besonders zu nennen sind erhöhte physische und psychische Ermüdbarkeit, Verlangsamung in den motorischen Abläufen, ungesteuerte Phasen mit motorischer Unruhe, Aufmerksamkeitsprobleme, Störungen der Wahrnehmung, kognitive Teilleistungsstörungen, Persönlichkeitsveränderungen, Störungen der sozialen Verhaltensanpassung und partielle Wissenslücken.

Darüber hinaus muss der Berufspädagoge davon ausgehen, dass Fortschritte und Erfolge nur dann erreicht werden können, wenn:

- die Aktionen auf den Einzelnen abgestimmt sind,
- die Lernvorgänge für den Auszubildenden überschaubar bleiben,
- es gelingt, viele Restfunktionen zu aktivieren und Kompensationsstrategien beim Jugendlichen zu etablieren.

Im Einzelfall wird eine erforderliche Verlängerung der Ausbildungsdauer oder die Wiederholung einzelner Ausbildungsabschnitte zu prüfen sein.

Eingliederung auf dem Arbeitsmarkt und nachgehende Betreuung

Im Interesse einer dauerhaften Eingliederung der hirnverletzten Jugendlichen kommt der Auswahl geeigneter Betriebe besondere Bedeutung zu.

Unter Berücksichtigung von Art und Schwere der Behinderung muss von den Rehabilitationsträgern zusätzlich geprüft werden, welche besonderen finanziellen Hilfen zur Eingliederung bereitzustellen sind. Nach §§ 33 f. SGB IX sind zahlreiche Hilfen möglich. So kann zum Beispiel einem Arbeitgeber Eingliederungshilfe gewährt werden, wenn er dem behinderten Jugendlichen die zum Erreichen der vollen Leistungsfähigkeit notwendigen beruflichen Kenntnisse und Fertigkeiten an einem Arbeitsplatz vermittelt oder ihm einen seinem Leistungsvermögen angemessenen Dauerarbeitsplatz bietet.

Wichtig sind auch nachgehende Maßnahmen. Dazu zählen, soweit notwendig, die arbeitsmedizinische Betreuung, ggf. gemeinsam mit dem behandelnden Facharzt, sowie die Information des Betriebs-/Werkarztes über besondere Schwierigkeiten. Arbeitgeber, Vorgesetzte, Betriebsrat und Kollegen müssen erforderlichenfalls über Besonderheiten des behinderten Jugendlichen infolge der erlittenen Schädel-Hirn-Verletzung aufgeklärt werden.

2.5.1.4 Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

Bei allen sozialen Leistungen sind die Eltern mit einzubeziehen. Die Leistungen bestehen u.a. in Beratung und Hilfe für die Angehörigen. Die Beratung bezieht sich z.B. auf die Vorbereitung der Familienmitglieder, in deren Kreis ein behindertes Kind oder ein Jugendlicher zurückkehrt. Hilfe für die Angehörigen kann bestehen in gelegentlicher Entlastung der Mutter und Hilfe bei Behördengängen.

Bei schwerwiegenden Verletzungsfolgen sollte zur Sicherung des Rehabilitationserfolges wenigstens einmal jährlich ein Besuch in der häuslichen Umgebung des Verletzten zur Überprüfung der gesundheitlichen, pflegerischen und sozialen Lage erfolgen. Die Teilnahme am Rehabilitationssport und Funktionstraining sollte gefördert werden bzw. der Verletzte und seine Eltern sollten dazu angehalten werden, ein bestimmtes individuelles Übungs- und Trainingsprogramm zu Hause zu absolvieren. Vorschläge dafür können in Zusammenarbeit zwischen Elternhaus, Pädagogen und Therapeuten entwickelt werden.

Jede Möglichkeit des Kindes oder Jugendlichen, Sozialbeziehungen wieder aufzubauen, muss ausgeschöpft werden (z.B. Kontakte zu den Gleichaltrigen in der Nachbarschaft, im Kindergarten, in der Vorschule, Schule oder bei der Berufsausbildung).

Die Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft sind unter Ziffer 3.3 näher beschrieben.

2.6 Phase der Langzeitpflege und Behandlung mit unterstützenden, betreuenden und/oder zustandserhaltenden Maßnahmen (Phase F)

Trotz adäquater Behandlung im Akutbereich und in der nachfolgenden Rehabilitation bleiben bei einem Teil der Menschen mit schweren und schwersten Schädigungen des Nervensystems auf Dauer erhebliche Krankheitsfolgen mit hohem Hilfebedarf bestehen.

In der Phase F werden dauerhaft pflegerische sowie medizinische Leistungen angewandt. Diese sollen Selbsthilfepotenziale unterstützen und/oder den erreichten Zustand erhalten. Neben der intensiven pflegerischen Versorgung (Grundpflege und Behandlungspflege) werden in der Phase F zusätzlich langfristig medizinisch-therapeutische Leistungen durchgeführt. Die medizinischen und pflegerischen Leistungen können sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden.

2.6.1 Stationäre Langzeitpflege und Behandlung in der Phase F

2.6.1.1 Eingangskriterien und Patienten-Charakteristika

In der Phase F werden diejenigen Patienten behandelt, bei denen in den letzten Monaten der neurologischen Behandlungs-/Rehabilitationsphasen B und C kein weiterer funktioneller Zugewinn erreicht werden konnte.

Bei diesen Patienten, die nicht mehr selbstständig leben können, sind neben der im Vordergrund stehenden aktivierenden Pflege auch intensive medizinisch-therapeutische Leistungen durch ein interdisziplinäres Betreuungs- und Behandlungsteam erforderlich. Dieses koordiniert die Leistungen zur Pflege und gleichzeitig zur notwendigen Behandlung unter Berücksichtigung der altersgemäßen Entwicklung des Kindes oder Jugendlichen.

Im Einzelnen bestehen bei Kindern und Jugendlichen in der Phase F folgende Einschränkungen der Aktivitäten und Teilhabe bezogen auf die altersentsprechende Entwicklung:

- schwer beeinträchtigte oder fehlende Selbstversorgungsfähigkeit,
- schwer gestörte oder fehlende Mobilität (z.B. durch ausgeprägte schlaffe oder spastische Lähmungen),
- schwer beeinträchtigte oder fehlende Kommunikationsfähigkeit (z.B. durch Bewusstseinsstörung bis zum „Wachkoma“, stark beeinträchtigte bis aufgehobene Wahrnehmung, beeinträchtigte oder aufgehobene Sprach- oder Sprechfunktion),
- schwere Störungen im Verhalten (durch schwere intellektuell-kognitive und psychische Störungen) sowie
- ggf. Abhängigkeit von lebenserhaltenden Hilfsmitteln wie Ernährungssonde, Trachealkanüle und/oder Beatmungsgerät aufgrund einer Störung basaler Lebensfunktionen (Schlucken, Atmung).

Bei den Kindern und Jugendlichen in der Phase F drohen besonders häufig Folgekrankheiten und -schäden wie Infektionen, Kontrakturen (Gelenkversteifungen) oder Dekubitalulcera (Druckgeschwüre).

2.6.1.2 Behandlungs-/Pflegeziele und -leistungen

Durch die Behandlung und Pflege soll den Kindern und Jugendlichen in der Phase F die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft trotz erheblicher Einschränkung in Kommunikation und Mobilität ermöglicht werden. Die zuvor in der neurologischen Behandlungs-/Rehabilitationsphase B oder C erreichten Funktionen und Fähigkeiten sollen gebessert oder erhalten werden. Ein besonderes Augenmerk in der Phase F gilt auch der Beseitigung oder Vermeidung sekundärer Krankheiten oder Komplikationen (z.B. Dekubitalulcera, Infektionen, Kontrakturen).

Behandlungs-/Pflegeziel ist es, die Behandlungs- bzw. Rehabilitationsfähigkeit der Kinder und Jugendlichen für die Phasen B oder C zu erreichen und die weitgehende Selbstständigkeit wieder herzustellen sowie die soziale Integration (z.B. in die häusliche Umgebung) zu verbessern und zu erhalten. Wichtig ist hierbei auch die Berücksichtigung der Kontextfaktoren.

Zu den Aufgaben und Leistungen der Phase-F-Einrichtung zählen:

- Grundpflege,
- medizinische Behandlungspflege,
- soziale Betreuung,
- Beratung der Angehörigen sowie ggf. Anleitung der Angehörigen zur Eingliederung des Kindes oder Jugendlichen in die häusliche Umgebung,
- Unterkunft und Verpflegung,
- Sicherstellung der ärztlichen Leistungen sowie
- Sicherstellung der weiteren ärztlich verordneten Leistungen (z.B. Heil- und Hilfsmittel).

2.6.1.3 Behandlungszeitraum

Eine zeitliche Begrenzung für Pflegeleistungen ist nicht vorgesehen, es sei denn, es tritt eine erhebliche Verbesserung des Zustandes mit erneuter Rehabilitationsfähigkeit ein. Die medizinisch-therapeutische Versorgung erfolgt grundsätzlich langfristig.

2.6.2 *Ambulante Langzeitpflege und Behandlung in der Phase F*

Alle o.g. Angaben zu Patientencharakteristika, Behandlungs-/Pflegezielen und -leistungen sowie Behandlungszeitraum treffen auch für die ambulante Langzeitpflege zu. Die Koordination der ambulanten Grundpflege, ergänzt durch Behandlungspflege und Heilmittelanwendungen, obliegt dem niedergelassenen Neurologen bzw. Neuropädiater oder Arzt für Kinder- und Jugendmedizin. Der niedergelassene Arzt muss auch die Überwachung der verordneten Therapien

übernehmen. Es ist zu empfehlen, dass vor der Entlassung der Kinder oder Jugendlichen aus der Rehabilitationseinrichtung eine Konferenz zwischen Klinikärzten, niedergelassenem Arzt, Pflegedienst, Leistungsträger (Sozialamt, Kranken- und Pflegekasse ggf. mit MDK-Gutachter, Jugendhilfe, Unfallversicherung) und ggf. Frühförderstelle erfolgt, damit die weitere Betreuungs- und Behandlungsplanung koordiniert werden kann.

3. Sozialrechtliche Anspruchsgrundlagen

Im Rahmen der Rehabilitation und Teilhabe ist den besonderen Bedürfnissen behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder bei der Entscheidung über die Leistungen und die Ausführung der Leistungen ausdrücklich Rechnung zu tragen (§§ 1 Satz 2, 4 Abs. 3 SGB IX).

Es gilt überwiegend das Antragsprinzip. Anträge auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche können bei den gesetzlichen Krankenkassen, Anträge auf Kinderheilbehandlung bei den gesetzlichen Rentenversicherungsträgern, gestellt werden. Ebenso kann eine Antragstellung auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei den gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger¹⁰ nach § 22 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB IX erfolgen. Aber auch andere öffentliche Stellen, wie Versicherungsämter oder die Wohnsitzgemeinde, sind befugt, den Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation entgegenzunehmen. Weitere in Betracht kommende Leistungsträger wie die gesetzlichen Unfallversicherungsträger werden von Amts wegen tätig.

Antragsformulare sind u.a. bei den Auskunfts- und Beratungsstellen der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherungsträger erhältlich. Bei einer Antragstellung während oder zum Ende einer Krankenhausbehandlung ist in der Regel der Sozialdienst des Krankenhauses behilflich. Nach Antragstellung prüft der jeweilige Träger zunächst die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen, anschließend erfolgen die Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit und -prognose sowie die Auswahl einer geeigneten Rehabilitationseinrichtung für Kinder und Jugendliche. Zu diesem Zweck ist es erforderlich, dem Antrag einen ärztlichen Befundbericht (Vordruck ebenfalls bei vorgenannten Stellen erhältlich), der vom behandelnden Arzt – zumeist Kinderarzt bzw. Krankenhausarzt – ausgefüllt und unterschrieben wurde, und ggf. auch weitere beim Kind bzw. seinen Eltern vorhandene wichtige medizinische Befunde für die Rehabilitation beizufügen.

Die vorbezeichneten Grundlagen gelten prinzipiell für alle nachfolgend genannten Bereiche der Rehabilitation und Teilhabe.

3.1 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§§ 26 ff. SGB IX)

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach §§ 26 ff. SGB IX werden von der Krankenversicherung, der Rentenversicherung (einschließlich der Alterssicherung der Landwirte), der Unfallversicherung und den Trägern der Kriegsopferversorgung/-fürsorge sowie der Sozial- und Jugendhilfe erbracht.

¹⁰ Die aktuelle Liste der Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation kann unter der Internet-Adresse: www.bar-frankfurt.de eingesehen werden.

Zu den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden insbesondere ärztliche und nichtärztliche Therapie, Pflege und Versorgung mit Medikamenten, Unterkunft und Verpflegung in geeigneten Rehabilitationseinrichtungen (ambulant oder stationär) gezählt. Außerdem können Fahrkosten und sonstige notwendige Nebenkosten (v.a. Gepäcktransportkosten) erstattet und ggf. auch Haushaltshilfe übernommen werden; ferner kann bei Kindern im Vorschulalter oder aus medizinischen Gründen die Unterbringung einer Begleitperson erfolgen. Auch ein für den Zeitraum der Begleitung unvermeidbar entstandener Verdienstaussfall kann erstattet werden.

Bei der Entscheidung über die Frage der Unterbringung einer Begleitperson steht die Rehabilitationsbedürftigkeit des Kindes im Vordergrund. Stets maßgebend ist, dass ohne die Mitaufnahme der Begleitperson der Gesundheitsprozess des Kindes ernsthaft und deutlich verzögert wird oder Verhaltensstörungen eintreten, die die Behandlung entscheidend erschweren oder unmöglich machen.

Nach dem Gemeinsamen Rahmenkonzept für die Durchführung stationärer medizinischer Maßnahmen der Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche¹¹ kommt die Mitaufnahme einer Begleitperson insbesondere bei Kindern bis zum Eintritt der Schulfähigkeit in Betracht. Bei älteren Kindern und Jugendlichen ist i.d.R. die Mitaufnahme einer Begleitperson nicht erforderlich. Aus medizinischen Gründen und zur Erreichung des Rehabilitationszieles kann im Einzelfall dennoch die Notwendigkeit der Mitaufnahme einer Begleitperson bestehen, wenn z.B.

- wegen schwerwiegender psychologischer Gründe die Trennung eines minderjährigen Kindes von der Bezugsperson die erfolgreiche Durchführung der Maßnahme gefährden würde oder
- das Kind bzw. der Jugendliche wegen einer schweren Behinderung einer ständigen Hilfe bedarf, die von der Rehabilitationseinrichtung nicht erbracht werden kann, oder
- während der stationären Maßnahme eine Einübung/ Anleitung der Begleit-/ Bezugsperson in therapeutische Verfahren, Verhaltensregeln oder im Gebrauch von Hilfsmitteln notwendig ist.

3.1.1 Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII)

Da viele Schädel-Hirn-Verletzungen durch Unfälle entstehen, kommt in relativ vielen Fällen auch die gesetzliche Unfallversicherung als Leistungsträger in Betracht. Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung erbringen nach § 27 Abs. 1 Nr. 7 SGB VII Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gemäß § 26 Abs. 2 Nr. 1 und 3 bis 7, Abs. 3 SGB IX auch für nach § 2 Abs. 1 Nr. 8 SGB VII gesetzlich unfallversicherte Kinder während des Besuchs von Tageseinrichtungen, deren Träger für den Betrieb der Einrichtungen der Erlaubnis nach § 45

¹¹ Zu beziehen über die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation.

SGB VIII oder einer Erlaubnis auf Grund einer entsprechenden landesrechtlichen Regelung bedürfen, ferner für Schüler während des Besuchs von Allgemein- oder Berufsbildenden Schulen und während der Teilnahme an unmittelbar vor oder nach dem Unterricht von der Schule oder im Zusammenwirken mit ihr durchgeführten Betreuungsmaßnahmen, ebenso für Studierende während der Aus- und Fortbildung an Hochschulen. Erleidet somit ein Schüler in der Schule (Schulunfall) oder auf dem Weg dorthin oder nach Schulschluss von dort nach Hause (Wegeunfall) einen Unfall und trägt aufgrund dessen beispielsweise eine Schädel-Hirn-Verletzung davon, wird regelmäßig die gesetzliche Unfallversicherung für die Erbringung neurologischer Rehabilitationsleistungen zuständig sein.

3.1.2 Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)

Unabhängig von der Ursache der erlittenen Schädel-Hirn-Verletzung erbringen die gesetzlichen Krankenkassen zusätzlich zur Krankenhausbehandlung (Phasen A und B) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 SGB V in den Phasen C¹² und D.

Chronisch kranke und schwerstkranke Kinder, die das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, haben nach § 43 Abs. 2 SGB V Anspruch auf sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen. Durch diese Maßnahmen soll die im Einzelfall erforderliche Koordinierung der verordneten Leistungen im häuslichen Bereich sichergestellt werden.

3.1.3 Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI)

Die gesetzliche Rentenversicherung (GRV) kann für Kinder von rentenversicherten oder auch berenteten Eltern nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB VI stationäre Heilbehandlungen entsprechend der Phase D erbringen, wenn bei den Eltern die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen vorliegen. Zusätzlich müssen die Kinder die persönlichen Voraussetzungen erfüllen, d.h., durch die Heilbehandlung muss eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden und dies Einfluss auf die spätere Erwerbsfähigkeit haben können (§ 2 Abs. 1 KiHB-Richtlinien). Für Jugendliche und junge Erwachsene, die z.B. gegen Arbeitsentgelt oder zu ihrer Berufsausbildung beschäftigt sind, kann eine Zuständigkeit der GRV für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 15 SGB VI in Betracht kommen. Die versicherungsrechtlichen und persönlichen Voraussetzungen nach §§ 10 und 11 SGB VI müssen dabei erfüllt sein. Bei hinreichend günstiger Erwerbsprognose, die durch ein spezielles Assessmentverfahren festgestellt wird, können in diesen Fällen sowohl rehabilitative Leistungen in der Phase D als auch in der Phase C übernommen werden.

¹² Aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung besteht hinsichtlich der leistungsrechtlichen Zuordnung von Rehabilitationsleistungen für Kinder und noch nicht selbst versicherte Jugendliche in der Phase C noch Klärungsbedarf im Verhältnis zur gesetzlichen Rentenversicherung.

3.2 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§§ 33 ff. SGB IX)

Je nach Alter des Jugendlichen können bereits Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Betracht kommen. Anspruchsgrundlagen sind insoweit §§ 33 ff. SGB IX.

Entsprechende Leistungen werden von der Bundesagentur für Arbeit, der Unfallversicherung, bei selbst versicherten Jugendlichen oder jungen Erwachsenen von der Rentenversicherung, in selteneren Fällen von den Trägern der Kriegsopferfürsorge, der Sozial- und Jugendhilfe erbracht.

Zur Teilhabe am Arbeitsleben werden die erforderlichen Leistungen (u.a. Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes einschließlich Leistungen zur Beratung und Vermittlung, Trainingsmaßnahmen und Mobilitätshilfen; berufliche Ausbildung, auch soweit die Leistungen in einem zeitlich nicht überwiegenden Abschnitt schulisch durchgeführt werden) erbracht, um die Erwerbsfähigkeit behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben umfassen auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen, soweit diese Leistungen im Einzelfall erforderlich sind, um die in § 33 Abs. 1 SGB IX genannten Ziele (Erhaltung, Verbesserung, Herstellung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und möglichst dauerhafte Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben) zu erreichen oder zu sichern und Krankheitsfolgen zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten, u.a. Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung sowie Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, u.a. durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen. Zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zählt auch die Übernahme der erforderlichen Kosten für Unterkunft und Verpflegung, wenn für die Ausführung einer Leistung eine Unterbringung außerhalb des eigenen oder des elterlichen Haushalts wegen Art oder Schwere der Behinderung oder zur Sicherung des Erfolges der Teilhabe notwendig ist, sowie die Übernahme der erforderlichen Kosten, die mit der Ausführung einer Leistung in unmittelbarem Zusammenhang stehen, insbesondere für Lehrgangskosten, Prüfungsgebühren, Lernmittel, Arbeitskleidung und Arbeitsgerät.

Ebenfalls zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gehören Leistungen in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen, die erbracht werden, um die Leistungs- oder Erwerbsfähigkeit der behinderten Menschen zu erhalten, zu entwickeln, zu verbessern oder wiederherzustellen, die Persönlichkeit dieser Menschen weiterzuentwickeln und ihre Beschäftigung zu ermöglichen oder zu sichern (§§ 39 ff. SGB IX).

3.3 Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§§ 55 ff. SGB IX)

Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nach §§ 55 ff. SGB IX werden von der Unfallversicherung, den Trägern der Kriegsopferversorgung/-fürsorge, der Sozial- und Jugendhilfe erbracht, um behinderten Menschen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen oder zu sichern oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen. Sie kommen dann zum Tragen, wenn dieses Ziel weder durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation noch durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erreicht werden kann. Die Träger der Sozialhilfe sind für die Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft als Rehabilitationsträger allerdings nur insoweit zuständig, als keine vorrangige Zuständigkeit der Unfallversicherung, der Kriegsopferversorgung/-fürsorge oder der Jugendhilfe gegeben ist.

Als Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft kommen u.a. heilpädagogische Leistungen für Kinder, die noch nicht eingeschult sind (§ 56 SGB IX), sowie die Versorgung mit anderen als den in § 31 SGB IX genannten Hilfsmitteln oder den in § 33 SGB IX genannten Hilfen in Betracht.

3.4 Leistungen zur Pflege nach SGB XI und SGB XII

Pflegebedürftige Kinder und Jugendliche, die wegen der Schwere der Pflegebedürftigkeit auf solidarische Unterstützung angewiesen sind, erhalten Leistungen der sozialen Pflegeversicherung (§ 1 SGB XI). Diese sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten (§ 2 Abs. 1 SGB XI). Vor Leistungen der Pflegeversicherung haben Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch die anderen Leistungsträger allerdings ausdrücklich Vorrang (§ 5 SGB XI).

Für die Erbringung von Leistungen der Pflegeversicherung ist die Zuordnung zu einer der drei Pflegestufen (erhebliche Pflegebedürftigkeit, Schwerpflegebedürftigkeit, Schwerstpflegebedürftigkeit, § 15 SGB XI) erforderlich. Nach §§ 36 ff. SGB XI umfassen die Leistungen Pflegesachleistungen, Pflegegeld, Verhinderungspflege, Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege, vollstationäre Pflege, Pflegehilfsmittel und technische Hilfen, Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen sowie Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (§ 45 b SGB XI).

Die bei der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit zu berücksichtigenden gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen sind im Gesetz abschließend aufgezählt und umfassen die Bereiche Körperpflege, Ernährung und Mobilität (Bedarf an Grundpflege) sowie den Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung (§ 14 Abs. 4 SGB XI).

Bei bestehender Pflegebedürftigkeit wird nachrangig durch die Träger der Sozialhilfe Hilfe zur Pflege nach §§ 61 ff. SGB XII geleistet, soweit diese nicht

bereits Bestandteil einer Maßnahme der Kranken- oder Eingliederungshilfe ist. Die Regelungen der Hilfe zur Pflege entsprechen grundsätzlich denen des SGB XI, dies betrifft insbesondere die Definition der Pflegebedürftigkeit und des Hilfebedarfs sowie die Höhe des Pflegegeldes.

4. Anhang

4.1	Glossar	52
4.2	Flussdiagramm „Behandlungs- und Reha-Phasen in der Neurologie“	56
4.3	Frankfurter erweiterte und adaptierte Form der GCS (F-GCS)	57
4.4	Fragebogen über Leistungsstand und Verhalten in der Schule:	58
4.4.1	vor dem Unfall	58
4.4.2	nach dem Unfall	62
4.5	Einrichtungen der neurologischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche	66
4.5.1	Landkarte der Einrichtungen der neurologischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche	66
4.5.2	Anschriften der Einrichtungen der neurologischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche	67
4.6	Empfehlungen, Richtlinien, Vereinbarungen	69
4.7	Weiterführende Literatur (Auswahl)	70
4.8	Ausgewählte Verbände und Organisationen	71
4.9	Verzeichnis der Mitwirkenden an der Erarbeitung der Arbeitshilfe	76

4.1 Glossar

ADL: siehe ATL

Affektivität: die Gesamtheit der Stimmungen, Gefühle, Affekte und die allgemeine Erregbarkeit eines Menschen

aktivierende Pflege: fördernde und aktivierende Behandlung von pflegebedürftigen Patienten in der täglichen Versorgung

Amnesie: Erinnerungsverlust, vorübergehender oder dauernder Verlust aller oder einiger Erinnerungsbilder

Anamnese: Erfragen der Lebensgeschichte eines Patienten oder der Vorgeschichte einer Krankheit durch den Arzt, Psychologen oder Berater

apallisches Syndrom: inzwischen ungebräuchliche Bezeichnung des Vegetativen Syndroms

Ataxie: ungeordnete Bewegung, überwiegend durch Funktionsstörungen im Kleinhirn hervorgerufen, führt zur Unfähigkeit, zielgerichtete Bewegungen durchzuführen

Ätiologie: Lehre von den Ursachen einer Krankheit

ATL/ADL: alltagspraktische Handlungen, auch Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) oder activities of daily life (ADL)

Balken: ein Bündel von Nervenbahnen, die die beiden Hirnhälften verbinden

basale Aktivierung: didaktisch motorischer Ansatz zur Förderung schwerstbehinderter Menschen unter

Berücksichtigung der verschiedenen Wahrnehmungsmöglichkeiten in Ergänzung der „basalen Stimulation“

basale Stimulation: Methode, um bei schwerstbehinderten Menschen Wahrnehmungs- und Reaktionsfähigkeiten anzubahnen, überwiegend durch Einsatz verschiedener Sinnesreize

Cerebral: das Gehirn betreffend

Cerebralparese: Sammelbegriff für die Folgezustände der während der Geburt oder in früher Kindheit durchgemachten Hirnschädigung (Mehrfachbehinderung)

Cochlea: Schnecke, Teil des Innenohres

Cortex: Hirnrinde

Dekubitus: Druckgeschwür bei langem Liegen, Wundliegen

Durchgangssyndrom: unspezifische körperlich begründbare Psychose, die sich durch Rückbildung innerhalb von Stunden oder Tagen auszeichnet

Dysphagie: Störung des Schluckaktes

Dysarthrie: Sprechstörung, Störung der Aussprache (Artikulation)

Faszien: die kollagenbindegewebige Hülle der Skelettmuskeln

fokal: von einem umschriebenen Krankheitsgebiet ausgehend, dieses betreffend, auf ein bestimmtes Gebiet begrenzt

frontale Hirnschädigung: Schädigung des Stirnhirns

GCS (= Glasgow Coma Scale): international meist verwandte Skala zur Klassifizierung des Schweregrades eines SHT

Hirnstamm: u.a. Sitz der Zentren für die Steuerung der vegetativen, d.h. unbewussten Funktionen des Körpers wie Atmung, Kreislauf, Stoffwechsel, Temperatur

Hydrocephalus: „Wasserkopf“. Ansammlung von Flüssigkeit in den Hirnkammern oder im Bereich der Oberfläche des Gehirns. Wenn die Ursache zum Beispiel eine verminderte Hirnwasserresorption ist, kann ein Hydrocephalus einen erhöhten Schädelinnendruck bewirken. Aber auch Gehirndefekte, die vom Hirnwasser (ohne Druckerhöhung) ausgefüllt werden, nennt man Hydrocephalus

Intrakraniell: den Schädelinnenraum betreffend

Intubation: Einführung eines Schlauches zur Beatmung in die Luftröhre durch Mund oder Nase

irreversibel: nicht rückgängig zu machen

Kognitiv: Grundfunktion der bewussten Hirnleistung, u.a. Konzentration, Aufmerksamkeit, Wahrnehmung, Ge-

dächtnis, Orientierung und Denkfähigkeit

Koma: tiefe Bewusstlosigkeit, die durch starke äußere Reize nicht unterbrochen werden kann

Kontinenzfähigkeit: Fähigkeit, Urin- und Stuhlabgang zu steuern

Kontraktur: Versteifung eines Gelenkes durch Narbenbildung oder Bewegungseinschränkung eines Gelenkes, kann zur völligen Versteifung führen

Kontusion: Quetschung, Verletzung meist durch stumpfe Gewalt

kurativ: heilend, auf Heilung ausgerichtet

Läsion: Verletzung, Schädigung

Monitoring: ständige – auch apparative – Überwachung der wichtigsten Körperfunktionen

Okulomotorik: Beweglichkeit der Augäpfel

Osteomyelitis: Entzündung des Knochenmarks

Parese: Lähmung (vollständige Lähmung = Paralyse). Periphere (schlaffe) Parese durch Schädigung einzelner Nerven oder von Nervengeflechten. Zentrale (spastische) Parese durch Schädigung des Gehirns oder des Rückenmarks. Hemiparese (Halbseitenlähmung)

Partizipation: Teilhabe

Pathogenese: Entstehung und Entwicklung eines krankhaften Geschehens

Plastizität des Gehirns: Fähigkeit des Gehirns, mit Umorganisation und Neuverknüpfungen auf Schädigungen zu reagieren

Polytrauma: Mehrfachverletzung von mind. zwei Körperregionen oder Organsystemen, deren Schweregrad aufgrund einer gravierenden Einzelverletzung oder durch das Zusammenwirken mehrerer Schädigungen lebensbedrohlich sein kann. Ein Polytrauma erfordert sofortige intensivmedizinische Behandlung

posttraumatisch: nach dem Trauma

Potenzen: Fähigkeiten

Prognose: Vorhersage, Aussicht auf den Krankheitsverlauf

prospektiv: vorausschauend, zukünftige Möglichkeiten betreffend

psychometrische Verfahren: möglichst objektive Erfassung psychischer Funktionen und Persönlichkeitsmerkmale mit Hilfe von Tests

Pupillomotorik: Pupillenbeweglichkeit, -spiel, Änderungen der Pupillenweite und -form

Reanimation: Wiederbelebung

Remission: Rückbildung, auch sichtbare Besserung der gestörten Hirnfunktionen

SHT (= Abkürzung für Schädel-Hirn-Trauma) Schädel-Hirn-Verletzung: Verletzung von Kopfschwarte, knöchernem Schädel und Gehirn durch Einwirkung äußerer Gewalt, oft mit schweren Komplikationen verbunden. Man unterscheidet gedeckte und offene SHT und klassifiziert den Schweregrad nach der Tiefe und/oder Dauer der Bewusstlosigkeit/Bewusstseinsstörung

substantiell(es SHT): die Substanz selbst (hier des Gehirns) betreffend, schädigend

Trachealkanüle: Röhre für die Atemluftzuleitung über ein Tracheostoma (Öffnung der Luftröhre nach außen)

Trauma: Verletzung

traumatisch: durch Verletzung entstanden

Vegetatives Nervensystem – VNS: Autonomes, der bewussten Willenslenkung entzogenes Nervensystem, das der Regelung der inneren Lebensfunktionen wie Puls, Stoffwechsel, Verdauung etc. und deren Anpassung an die Erfordernisse der Umwelt dient

vegetatives Syndrom / Vegetativer Zustand (Coma vigil): ein Krankheitsbild, bei dem ein Patient wach zu sein scheint, jedoch nicht in der Lage ist, mit seiner Umgebung bewusst Kontakt aufzunehmen; auch „Wachkoma“ genannt. Reaktionen auf die Umwelt hauptsächlich in Form einer Pulserhöhung, Atemfrequenzerhöhung, Schwitzen u.a.

Vigilanz (auch Wachheit): Fähigkeit, Aufmerksamkeitsleistung über längere Zeit zu erbringen

visuelle Wahrnehmung (optisches System): Reizaufnahme über die Augen und die Sehbahn bis in das Gehirn

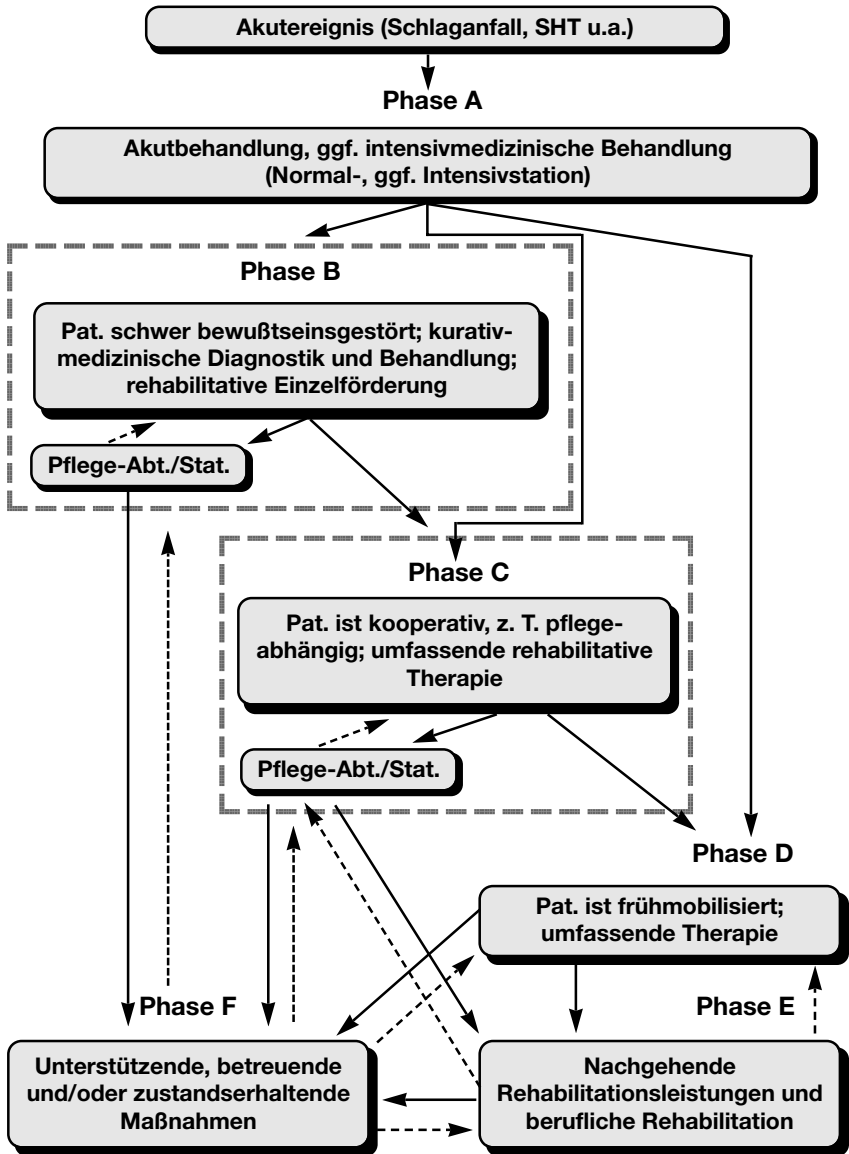
Vitalfunktionen: die lebenswichtigen Funktionen des Körpers

Wachkoma: siehe vegetatives Syndrom

Wahrnehmung: Aufnahme und Verarbeitung von Reizen über die verschiedenen Sinnesorgane (z.B. Augen, Ohren, Haut, Geruch, Geschmack)

Zentralnervensystem – ZNS: Bezeichnung für Gehirn und Rückenmark

4.2 Flussdiagramm „Behandlungs- und Reha-Phasen in der Neurologie“



*) Vgl. Weiterentwicklung der neurologischen Rehabilitation, Deutsche Rentenversicherung 1994, S. 123.

4.3 Frankfurter erweiterte und adaptierte Form der GCS (F-GCS)

	Punkte	
I. Verbale Antwort (V = „Verbal“) 1 – 24 Monate	5	fixiert verfolgt, erkennt, lacht
	4	fixiert, verfolgt inkonstant, erkennt nicht sicher, lacht nicht situationsbedingt
	3	nur zeitweise erweckbar, trinkt und isst nicht,
	2	Bedrohreflex (ab 4/12) nicht sicher auslösbar ist motorisch unruhig, jedoch nicht erweckbar
	1	tief komatös, kein Kontakt zur Umwelt, keine visuell, akustisch oder sensorisch ausgelöste motorische Reizbeantwortung
I. Verbale Antwort (V = „Verbal“)	5	spricht verständlich, ist orientiert
	4	ist verwirrt, spricht unzusammenhängend, ist desorientiert
	3	antwortet inadäquat, Wortsalat
	2	unverständliche Laute
	1	keine verbalen Äußerungen
II. Motorische Antwort (M = „Motor“)	6	greift gezielt auf Aufforderung, befolgt andere motorische Aufforderungen prompt
	5	gezielte Abwehr eines Schmerzreizes möglich
	4	ungezielte Beugebewegungen auf Schmerzreize
	3	ungezielte Beugebewegungen auf Schmerzreize an den Armen, Strecktendenz an den Beinen (Dekortikationshaltung)
	2	Extension aller 4 Extremitäten auf Schmerzreize (Dezerebrationshaltung)
	1	keine motorische Antwort auf Schmerzreize
III. Augenöffnen (E = „Eye“)	4	spontanes Augenöffnen
	3	Augenöffnen auf Anruf
	2	Augenöffnen auf Schmerzreize
	1	kein Augenöffnen
IV. Augensymptome (OV = „Oculovestibular“)	4	konjugierte Augenbewegungen möglich, Lichtreaktion der Pupillen auslösbar
	3	Puppenaugenphänomen auslösbar, dabei konjugierte Bulbusbewegungen
	2	Divergenzstellung der Bulbi, besonders bei Auslösen des Puppenaugenphänomens oder Kaltspülung des äußeren Gehörgangs;
	1	Ausbleiben der Augenbewegungen hierbei keine spontane Augenbewegungen; weite, lichtstarre Pupillen.

(Ritz et al., 1982)

4.4 Fragebogen über Leistungsstand und Verhalten in der Schule

Die nachfolgend abgedruckten Formblätter der gesetzlichen Unfallversicherung dienen als Muster.

4.4.1 Fragebogen über Leistungsstand und Verhalten in der Schule vor dem Unfall

1. Allgemeine Leistungsfähigkeit

1.1 Arbeitstempo

- niedrig
- mittel
- hoch

1.2 Ausdauer/Ermüdung

- gab schnell auf
- hielt unter Kontrolle durch
- hielt sehr lange durch

1.3 Auffassung

- fasste neuen Lehrstoff
- langsam
- langsam, dann sicher beherrscht
- sofort, jedoch nicht sicher
- sofort und sicher auf

1.4 Merkfähigkeit

- konnte sich neue Inhalte nur kurzfristig merken
- stoffabhängig merken
- sehr gut behalten

1.5 Motivation

- an Schule kaum interessiert
- je nach Fach Interesse vorhanden
- interessiert am gesamten Lehrstoff

1.6 Selbstständigkeit

- konnte kaum Aufgaben allein bearbeiten
- fragte oft nach
- brauchte ab und zu Hilfe
- arbeitete meist ohne Hilfe

1.7 Arbeitsstil

- (Mehrfachbenennung möglich)
- arbeitete
- oberflächlich/unordentlich
- sorgfältig/ordentlich
- in der Regel sofort darauf los
- überlegte in der Regel zuerst, arbeitete erst dann

1.8 Problemlöseverhalten

- selbstständig
- brauchte ab und zu Hilfe
- brauchte überwiegend Hilfe

1.9 Konzentration/Ablenkbarkeit

- ließ sich immer leicht ablenken
- ließ sich nur bei bestimmten Aufgaben ablenken
- arbeitete ruhig u. konzentriert

1.10 Abstraktionsfähigkeit

- (weiterführende Schule)
- verstand abstrakte Probleme/Begriffe
- kaum
- je nachdem
- meist
- sehr gut

2. Emotionaler Bereich/Verhalten

2.1 Selbstkritik

- unterschätzte sich
- schätzte sich etwa richtig ein
- überschätzte sich

2.2 Ängstlichkeit/Mut

- war sehr oft ängstlich/unsicher
- nicht auffallend
- selbstsicher/mutig

2.3 Soziales Verhalten

- war anderen Schülern gegenüber aggressiv
- körperlich
- verbal
- wehrte sich, wenn angegriffen
- ließ alles mit sich geschehen

2.4 Soziale Stellung

- Außenseiter
- akzeptiert
- integriert
- Star, Anführer

- 2 -

2.5 Verhalten nach Misserfolgen

- aggressiv
- resigniert
- gleichgültig
- wollte es das nächste Mal besser machen

2.6 Motorische Ruhe/Unruhe

- oft unruhig, zappelig
- extrem ruhig
- unauffällig

- 2.7** Sollten Sie der Meinung sein, dass Sie mit der Beantwortung vorstehender Fragen den Stärken und Schwächen der Schülerin/des Schülers nicht gerecht geworden sind, können Sie nun zusätzliche Angaben zu Punkt 2 machen

.....

.....

.....

.....

3. Leistungsbild**3.1 Deutsch****3.1.1 Rechtschreibung**

- schwach
- mäßig
- gut
- sehr gut
- erhielt Sonderförderung

3.1.2 Lesen

- lautierend
- stockend
- mechanisch flüssig
- sinnbetont flüssig

3.1.3 Leseverständnis

(Grundschule)

- verstand kaum, was sie/er las
- konnte Gelesenes nacherzählen
- verstand Gelesenes

3.1.4 Textanalyse/Interpretationsfähigkeit

(weiterführende Schule)

- mangelhaft
- ausreichend
- gut

3.1.5 mündlicher Ausdruck

(Mehrfachnennung möglich)

- unbeholfen
- selten ganze Sätze
- Fehler im Satzbau
- altersgemäß
- verbal sehr geschickt

3.1.6 schriftlicher Ausdruck

Schrift:

- beherrschte Schreibvorgang nicht
- schlecht lesbar
- leserlich
- sehr sauber

Aufsatz:

Thema erfasst:

- selten
- meistens
- immer

Satzbau:

- unvollständige Sätze
- viele grammatikalisch falsche Sätze
- vor allem Hauptsätze
- Haupt- u. Nebensätze mit wechselnden Konjunktionen

3.1.7 Skizzieren Sie bitte kurz die Stärken und Schwächen der Schülerin/des Schülers im Fach Deutsch:

.....

.....

.....

.....

3.2 Mathematik

3.2.1 Grundrechenarten

- kaum *
- mit leichten Schwächen
- sicher
- * _____
- _____
- _____

3.2.2 Kopfrechnen

- langsam
- oft falsch
- unsicher
- langsam und sicher
- schnell und sicher

3.2.3 Erfassen logischer Zusammenhänge - Textaufgaben -

- große Schwierigkeiten
- manchmal nur mit Hilfe
- gut

3.2.4 Durchführung längerer Rechenoperationen

- gelang kaum
- mit Hilfestellung
- korrekt

3.2.5 Geometrie

Umgang mit geometrischen

Formen:

- kam nicht zurecht
- leichte Schwierigkeiten
- sicher

Formenerfassung

- schlecht
- manchmal Probleme
- gut

3.2.6 Skizzieren Sie bitte kurz die Stärken und Schwächen der Schülerin/des Schülers im Fach Mathematik

3.3 Für welche Fächer interessierte sich die Schülerin/der Schüler besonders?

* bitte Rechenart und Zahlenraum angeben

- 4 -

4. Allgemeine Angaben

4.1 War die Leistungsfähigkeit der Schülerin/des Schülers bereits vor dem Unfall offensichtlich beeinträchtigt

- a) im sozialen/emotionalen Bereich (Familie/Milieu):

- b) körperlich:

- c) Sinnesfunktion:

4.2 Liegen weitere Untersuchungsergebnisse oder Beurteilungen vor?

Untersuchende Stellen?

Welche Tests wurden durchgeführt (Ergebnis)?

4.3 Hätte die Schülerin/der Schüler ohne Eintritt des Unfalles das Klassenziel erreicht?

- ja
 nein
 mit Einschränkung

4.4 Legen Sie bitte Kopien der bisherigen Zeugnisse der Schülerin/des Schülers bei.

5. Bemerkungen:

(Ort)

(Datum)

(Unterschrift)

4.4.2 Fragebogen über Leistungsstand und Verhalten in der Schule nach dem Unfall

1. Allgemeine Leistungsfähigkeit

1.1 Arbeitstempo

- niedrig
- mittel
- hoch

1.2 Ausdauer/Ermüdung

- gibt schnell auf
- hält unter Kontrolle durch
- hält sehr lange durch

1.3 Auffassung

fasst neuen Lehrstoff

- langsam
- langsam, dann sicher beherrscht
- sofort, jedoch nicht sicher
- sofort und sicher auf

1.4 Merkfähigkeit

- kann sich neue Inhalte nur kurzfristig merken
- stoffabhängig merken
- sehr gut behalten

1.5 Motivation

- an Schule kaum interessiert
- je nach Fach Interesse vorhanden
- interessiert am gesamten Lehrstoff

1.6 Selbstständigkeit

- kann kaum Aufgaben allein bearbeiten
- fragt oft nach
- braucht ab und zu Hilfe
- arbeitet meist ohne Hilfe

1.7 Arbeitsstil

(Mehrfachbenennung möglich)
arbeitet

- oberflächlich/unordentlich
- sorgfältig/ordentlich
- in der Regel sofort darauf los
- überlegt in der Regel erst, arbeitet erst dann

1.8 Problemlöseverhalten

- selbstständig
- braucht ab und zu Hilfe
- braucht überwiegend Hilfe

1.9 Konzentration/Ablenkbarkeit

- Lässt sich immer leicht ablenken
- lässt sich nur bei bestimmten Aufgaben ablenken
- arbeitet ruhig u. konzentriert

1.10 Abstraktionsfähigkeit

(weiterführende Schule)

versteh abstrakte Probleme/Begriffe

- kaum
- je nachdem
- meist
- sehr gut

2. Emotionaler Bereich/Verhalten

2.1 Selbstkritik

- unterschätzt sich
- schätzt sich etwa richtig ein
- überschätzt sich

2.2 Ängstlichkeit/Mut

- ist oft sehr ängstlich/unsicher
- nicht auffallend
- selbstsicher/mutig

2.3 Soziales Verhalten

Ist anderen Schülern gegenüber aggressiv

- körperlich
- verbal
- wehrt sich, wenn angegriffen
- lässt alles mit sich geschehen

2.4 Soziale Stellung

- Außenseiter
- akzeptiert
- integriert
- Star, Anführer

- 2 -

2.5 Verhalten nach Misserfolgen

- aggressiv
- resigniert
- gleichgültig
- will es das nächste Mal besser machen

2.6 Motorische Ruhe/Unruhe

- oft unruhig, zappelig
- extrem ruhig
- unauffällig

- 2.7** Sollten Sie der Meinung sein, dass Sie mit der Beantwortung vorstehender Fragen den Stärken und Schwächen der Schülerin/des Schülers nicht gerecht geworden sind, können Sie nun zusätzliche Angaben zu Punkt 2 machen.
-
-
-
-

3. Leistungsbild**3.1 Deutsch****3.1.1 Rechtschreibung**

- schwach
- mäßig
- gut
- sehr gut

3.1.2 Lesen

- lautierend
- stockend
- mechanisch flüssig
- sinnbetont flüssig

3.1.3 Leseverständnis

(Grundschule)

- versteht kaum, was sie/er liest
- kann Gelesenes nacherzählen
- versteht Gelesenes

3.1.4 Textanalyse/Interpretationsfähigkeit

(weiterführende Schule)

- mangelhaft
- ausreichend
- gut

3.1.5 mündlicher Ausdruck

(Mehrfachtrennung möglich)

- unbeholfen
- selten ganze Sätze
- Fehler im Satzbau
- altersgemäß
- verbal sehr geschickt

3.1.6 schriftlicher Ausdruck

Schrift:

- beherrscht Schreibvorgang nicht
- schlecht lesbar
- leserlich
- sehr sauber

Aufsatz:

Thema erfasst:

- selten
- meistens
- immer

Satzbau:

- unvollständige Sätze
- viele grammatikalisch falsche Sätze
- vor allem Hauptsätze
- Haupt- u. Nebensätze mit wechselnden Konjunktionen

- 3.1.7** Skizzieren Sie bitte kurz die Stärken und Schwächen der Schülerin/des Schülers im Fach Deutsch:
-
-

3.2 Mathematik**3.2.1 Grundrechenarten**

- kaum *
- mit leichten Schwächen
- sicher

*

_____**3.2.2 Kopfrechnen**

- langsam
- oft falsch
- unsicher
- langsam und sicher
- schnell und sicher

3.2.3 Erfassen logischer Zusammenhänge**- Textaufgaben -**

- große Schwierigkeiten
- manchmal nur mit Hilfe
- gut

3.2.4 Durchführung längerer Rechenoperationen

- gelingt kaum
- mit Hilfestellung
- korrekt

3.2.5 Geometrie**Umgang mit geometrischen****Formen:**

- kommt nicht zurecht
- leichte Schwierigkeiten
- sicher

Formenerfassung

- schlecht
- manchmal Probleme
- gut

3.2.6 Skizzieren Sie bitte kurz die Stärken und Schwächen der Schülerin/des Schülers im Fach Mathematik

_____**3.3** Für welche Fächer interessiert sich die Schülerin/der Schüler besonders?

* bitte Rechenart und Zahlenraum angeben

4. Allgemeine Angaben**4.1 Ist die Leistungsfähigkeit der Schülerin/des Schülers seit dem Unfall offensichtlich beeinträchtigt**

- a) im sozialen/emotionalen Bereich (Familie/Milieu):
-
- _____
-
- _____
-
- _____

- b) körperlich:
-
- _____
-
- _____

- c) Sinnesfunktion:
-
- _____
-
- _____

- 4 -

4.2 Liegen weitere Untersuchungsergebnisse oder Beurteilungen für die Zeit nach dem Unfall vor?

Untersuchende Stellen?

Welche Tests wurden durchgeführt (Ergebnis)?

4.3 Ist die Schülerin/der Schüler wegen der Unfallfolgen bei der Teilnahme an den verschiedenen unterrichtlichen Aktivitäten und im Umgang mit Unterrichtsmaterial beeinträchtigt?

4.4 Kann durch besondere Formen der Unterrichtsgestaltung auf die eingeschränkten Fähigkeiten der Schülerin/des Schülers Rücksicht genommen werden?

4.5 Entspricht die Schülerin/der Schüler den Anforderungen der Schule, die sie/er besucht?

4.6 Wie beurteilen Sie die Aussichten, dass die Schülerin/der Schüler den Schulabschluss erreicht?

4.7 Halten Sie besondere schulische oder außerschulische Fördermaßnahmen wegen der Unfallfolgen für notwendig, um die erfolgreiche Teilnahme am Unterricht zu erreichen oder zu sichern (z.B. Förderunterricht in einzelnen Fächern, Schulung bestimmter Funktionen bzw. Aufbau kompensierender Techniken, Einsatz individuell angepasster Unterrichts- und Hilfsmittel)? Welche?

4.8 Legen Sie bitte Kopien der beiden letzten Zeugnisse der Schülerin/des Schülers bei.

5. Bemerkungen:

Ort

Datum

Unterschrift

4.5 Einrichtungen der neurologischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche

4.5.1 Landkarte der Einrichtungen der neurologischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche



4.5.2 Anschriften der Einrichtungen der neurologischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche

Rehabilitationszentrum für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene Klinik BAVARIA Kreischa

OT Zscheckwitz 1-3
01731 Kreischa
Tel.: 03 52 06 / 5 50 00
Fax: 03 52 06 / 5 53 02
Internet: www.klinik-bavaria.de
E-mail: info@klinik-bavaria.de

Humaine Klinik Edmundsthal-Geesthacht Neurologische Rehabilitationsklinik für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene

Johannes-Ritter-Straße 100
21502 Geesthacht
Tel.: 041 52 / 171 – 0
Fax: 041 52 / 171 – 239
Internet: www.humaine.de
E-mail: info@humaine.de

Neurologisches Rehabilitationszentrum für Kinder und Jugendliche Friedehorst

Rotdornallee 64
28717 Bremen
Tel.: 04 21 / 63 81 – 510
Fax: 04 21 / 63 81 – 580
Internet: www.friedehorst.de
E-mail: nrz@friedehorst.de

St. Mauritius Therapiekl. Meerbusch

Strümperstraße 111
40670 Meerbusch/Düsseldorf
Tel.: 021 59 / 679 – 0
Fax: 021 59 / 679 – 15 66
Internet: www.stmtk.de
E-mail: neurologie@stmtk.de

Fachklinik Hohenstücken Neurologisches Rehabilitationszentrum für Kinder und Jugendliche

Brahmsstraße 38
14772 Brandenburg a. Havel
Tel.: 033 81 / 79 – 0
Fax: 033 81 / 79 – 11 19
Internet: www.fachklinik-hohenstuecken.de
E-mail: info@fachklinik-hohenstuecken.de

Kinderzentrum Pelzerhaken Fachklinik für Entwicklungsförderung und Rehabilitation

Wiesenstraße 30
23730 Neustadt / Holst.
Tel.: 045 61 / 71 09 – 0
Fax: 045 61 / 77 64
Internet: www.kinderzentrum-pelzerhaken.de
E-mail: verwaltung@kinderzentrum-pelzerhaken.de

Kinderkrankenhaus Park-Schönfeld

Frankfurter Straße 167
34121 Kassel
Tel.: 05 61 / 92 85 – 0
Fax: 05 61 / 92 85 – 140
Internet: www.park-schoenfeld.de
E-mail: info@park-schoenfeld.de

Klinik für Neurochirurgische Rehabilitation

Klinik Holthausen

Am Hagen 20
45527 Hattingen-Holthausen
Tel.: 023 24 / 966 – 0
Fax: 023 24 / 966 – 616
Internet: www.klinik-holthausen.de
E-mail: info@klinik-holthausen.de

Fachkrankenhaus Neckargemünd**Neuropädiatrie**

Im Spitzerfeld 25

69151 Neckargemünd

Tel.: 062 23 / 82 – 82

Fax: 062 23 / 82 – 21 22

Internet: www.srh.deE-mail: info@shs.srh.de**Kinderklinik Schömburg**

Römerweg 7

75328 Schömburg

Tel.: 070 84 / 928 – 0

Fax: 070 84 / 928 – 160

Internet: www.kiklisch.deE-mail: info@kiklisch.de**Neurologisches Krankenhaus und
Rehabilitationszentrum für Kinder,
Jugendliche und junge Erwachsene
Hegau-Jugendwerk GmbH**

Kapellenstraße 31

78262 Gailingen

Tel.: 077 34 / 939 – 0

Fax: 077 34 / 939 – 206

Internet: www.hegau-jugendwerk.deE-mail: info@hegau-jugendwerk.de**Behandlungszentrum Vogtareuth**

Krankenhausstraße 20

83569 Vogtareuth

Tel.: 080 38 / 900

Fax: 080 38 / 90 21 00

Internet: www.bhz-vogtareuth.deE-mail: neuropaediatrie@bhz-vogtareuth.de**KMG Rehabilitationszentrum für Kinder
und Jugendliche Sülzhayn GmbH**

Dr.-Kremser-Straße 42

99755 Sülzhayn

Tel.: 03 63 32 / 80

Fax: 03 63 32 / 82 116

Internet: www.kmg-klinikenag.deE-mail: reha-suelzhayn@kmg-klinikenag.de

4.6 Empfehlungen, Richtlinien, Vereinbarungen

ARBEITSGEMEINSCHAFT NEUROLOGISCH-NEUROCHIRURGISCHE FRÜH-REHABILITATION Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft Neurologisch-Neurochirurgische Frührehabilitation der BAG Phase II, Heft 8, 1994

BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR REHABILITATION (Hrsg.): Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C, Frankfurt am Main, 1999

BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR REHABILITATION (Hrsg.): Empfehlungen zur stationären Langzeitpflege und Behandlung von Menschen mit schweren und schwersten Schädigungen des Nervensystems in der Phase F, Frankfurt am Main, 2003

BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR REHABILITATION (Hrsg.): Gemeinsames Rahmenkonzept zur Durchführung stationärer medizinischer Maßnahmen der Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche, Frankfurt am Main, 1998 (in Überarbeitung)

BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR REHABILITATION (Hrsg.): Rahmenempfehlungen zur ambulanten neurologischen Rehabilitation, Frankfurt am Main, 2001

FACHGESELLSCHAFT REHABILITATION IM KINDES- UND JUGENDALTER Leitlinie „Neurologische Rehabilitation im Kindes- und Jugendalter“ der Fachgesellschaft Rehabilitation im Kindes- und Jugendalter, 2003

GESELLSCHAFT FÜR NEUROPÄDIATRIE Leitlinie „Schädel-Hirn-Trauma im Kindesalter“ der Gesellschaft für Neuropädiatrie, 2003

HAUPTVERBAND DER GEWERBLICHEN BERUFSGENOSSENSCHAFTEN (Hrsg.): Zur Rehabilitation Schwer-Schädel-Hirn-Verletzter, Sankt Augustin, 2001

4.7 Weiterführende Literatur (Auswahl)

BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT (Hrsg.): Verzeichnis der anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen, Nürnberg

BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR REHABILITATION (Hrsg.): Rehabilitation und Teilhabe. Wegweiser für Ärzte und weitere Fachkräfte der Rehabilitation (3., völlig neu bearbeitete Ausgabe), Deutscher Ärzte Verlag, Köln 2005 (ISBN 3-7691-0420-X)

BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR REHABILITATION (Hrsg.): Verzeichnis von Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation, CD-ROM, Frankfurt am Main, 2007

BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR REHABILITATION (Hrsg.): Wegweiser „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“, Frankfurt am Main, 2005

BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES (Hrsg.): Berufsbildungswerke – Einrichtungen zur beruflichen Rehabilitation junger Menschen mit Behinderung, Berlin, 2006 (Best.-Nr. A 713)

BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES (Hrsg.): Berufsförderungswerke – Einrichtungen zur beruflichen Eingliederung erwachsener Menschen mit Behinderung, Berlin, 2005 (Best.-Nr. A 714)

BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES (Hrsg.): Einrichtungen und Stellen der Frühförderung in der Bundesrepublik, Berlin, 2005 (Best.-Nr.: A 751)

BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES (Hrsg.): Medizinisch-berufliche Rehabilitation, Einrichtungen in Deutschland, Berlin, 2006 (Best.-Nr. A 715)

REHADAT – DATENBANKEN (Institut der Deutschen Wirtschaft, Gustav-Heinemann-Ufer 84 – 88, 50968 Köln, Tel. 02 21 / 49 81 – 8 13, Fax 02 21 / 49 81 – 8 55, Internet: www.rehadat.de)

4.8 Ausgewählte Verbände und Organisationen

Allgemeiner Behindertenverband in Deutschland e.V. (ABiD)

im Internationalen Handelszentrum
Friedrichstraße 95
10117 Berlin
Tel.: 0 30 / 27 59 34 29
Fax: 0 30 / 27 59 34 30
E-Mail: abid.bv@t-online.de
Internet: www.abid-ev.de

Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke

c/o Berufsförderungswerk Frankfurt
Huizener Straße 60
61118 Bad Vilbel
Tel.: 0 61 01 / 4 00-0
Fax: 0 61 01 / 4 00-1 70
E-Mail: geschaeftsfuehrung@bfw-frankfurt.de
Internet: www.arge-bfw.de

Arbeitskreis Kunstfehler in der Geburtshilfe e.V.

Rosental 23-25
44145 Dortmund
Tel.: 02 31 / 52 58 72
Fax: 02 31 / 52 60 48
E-Mail: AKGeV@web.de
Internet: www.arbeitskreis-kunstfehler-geburtshilfe.de

Arbeitskreis Spina bifida und Hydrocephalus e.V. (AsbH)

Münsterstraße 13
44145 Dortmund
Tel.: 02 31 / 86 10 50-0
Fax: 02 31 / 86 10 50 50
E-Mail: asbh@asbh.de
Internet: www.asbh.de

BAG Selbsthilfe e.V.

Kirchfeldstraße 149
40215 Düsseldorf
Tel.: 02 11 / 3 10 06-0
Fax: 02 11 / 3 10 06-48
E-Mail: info@bag-selbsthilfe.de
Internet: www.bag-selbsthilfe.de

BDH-Bundesverband für Rehabilitation und Interessenvertretung Behinderter e.V.

Eifelstraße 7
53119 Bonn
Tel.: 02 28 / 9 69 84-0
Fax: 02 28 / 9 69 84-99
E-Mail: info@bdh-reha.de
Internet: www.bdh-reha.de

Bundesarbeitsgemeinschaft der Beruflichen Trainingszentren (BTZ)

BTZ Hamburg GmbH
Weidestraße 118 c
22083 Hamburg
Tel.: 0 40 / 27 07 09-0
Fax: 0 40 / 27 07 09-19
E-Mail: btz@btz-hamburg.de

Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke (BAG BBW)

Geschäftsstelle
Freiburger Straße 6, Haus 3
77652 Offenburg
Tel.: 07 81 / 97 07-0 43
Fax: 07 81 / 97 07- 0 44
E-Mail: info@bagbbw.de
Internet: www.bagbbw.de

Bundesarbeitsgemeinschaft für Unterstützte Beschäftigung (BAG UB) e.V.

Schulterblatt 36

20357 Hamburg

Tel.: 0 40 / 4 32 53 12-3

Fax: 0 40 / 4 32 53 12-5

E-Mail: info@bag-ub.deInternet: www.bag-ub.de**Bundesarbeitsgemeinschaft Integrationsfirmen**

– Bundesgeschäftsstelle -

Hedemannstraße 14

10969 Berlin

Tel.: 0 30 / 2 51 20 82

Fax: 0 30 / 2 51 93 82

E-Mail: sekretariat@bag-if.deInternet: www.bag-integrationsfirmen.de**Bundesarbeitsgemeinschaft medizinisch-beruflicher Rehabilitations-Zentren (Phase II)**

Gustav-Ricker-Straße 4

39120 Magdeburg

Tel.: 03 91 / 6 10-11 02

Fax: 03 91 / 6 10-11 66

E-mail: info@mbreha.deInternet: www.mbreha.de**Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen (BAG WfbM)**

Sonnemannstraße 5

60314 Frankfurt/Main

Tel.: 0 69 / 94 33 94-0

Fax: 0 69 / 94 33 94 25

E-Mail: info@bagwfbm.deInternet: www.bagwfbm.de**Bundesinteressengemeinschaft Geburtshilfegeschädigter e.V. (BIG)**

Nordseher Straße 30

31655 Stadthagen

Tel.: 0 57 21 / 7 23 72

Fax: 0 57 21 / 8 17 83

E-Mail: BIGeVau@aol.comInternet: www.members.aol.com/geburt**Bundesverband für die Rehabilitation der Aphasiker e.V.**

Robert-Koch-Straße 34

97080 Würzburg

Tel.: 09 31 / 2 50 13 00

Fax: 09 31 / 25 01 30 39

E-Mail: info@aphasiker.deInternet: www.aphasiker.dewww.aphasiker-kinder.de**Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V.**

Brehmstraße 5-7

40239 Düsseldorf

Tel.: 02 11 / 64 00 40

Fax: 02 11 / 61 39 72

E-Mail: info@bvkm.deInternet: www.bvkm.de**Bundesverband Hilfe für das autistische Kind – Vereinigung zur Förderung autistischer Menschen e.V.**

Bebelallee 141

22297 Hamburg

Tel.: 0 40 / 5 11 56 04

Fax: 0 40 / 5 11 08 13

E-Mail: Autismus-BV-HAK@t-online.deInternet: www.autismus.de

Bundesverband NeuroRehabilitation (BNR) e.V.

Geschäftsstelle
Waldstraße 2-10
53177 Bonn-Bad Godesberg
Tel.: 02 28 / 381-226
Fax: 02 28 / 381-640
E-Mail: r.radzuweit@bv-neuroreha.de
Internet: www.bv-neuroreha.de

Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter e.V.

Altkrautheimer Straße 20
74238 Krautheim
Tel.: 0 62 94 / 42 81-0
Fax: 0 62 94 / 42 81-79
E-Mail: zentrale@bsk-ev.de
Internet: www.bsk-ev.de

Bundesverband SHV Selbsthilfverband für neurologisch Erkrankte und Unfallopfer e.V.

Bahnhofplatz 6
89518 Heidenheim
Tel.: 0 73 21 / 555-22
Fax: 0 73 21 / 555-24
E-Mail: info@selbst-hilfe-verband.de
Internet: www.selbst-hilfe-verband.de

Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V.

Postfach 70 11 63
35020 Marburg
Tel.: 0 64 21 / 49 10
Fax: 0 64 21 / 49 11 67
E-Mail: presse@lebenshilfe.de
Internet : www.lebenshilfe.de

Deutsche Dystonie Gesellschaft

Rissener Landstraße 85
22587 Hamburg
Tel.: 0 40 / 87 56 02
Fax: 0 40 / 87 08 28 04
E-Mail: info@dystonie.de
Internet: www.dystonie.de

Deutsche Epilepsievereinigung e.V.

Zillestraße 102
10585 Berlin
Tel.: 0 30 / 3 42 44 14
Fax: 0 30 / 3 42 44 66
E-Mail: info@epilepie.sh
Internet: www.epilepsie.sh

Deutsche Gesellschaft für Epileptologie e.V.

(Deutsche Sektion der Internationalen Liga gegen Epilepsie)
Herforder Straße 5-7
33602 Bielefeld
Tel.: 05 21 / 12 41 92
Fax: 05 21 / 12 41 72
E-Mail: p.gehle@dgfe.info
Internet: www.ligaepilepsie.de

Deutsche Gesellschaft für Muskelkranke e.V.

Im Moos 4
79112 Freiburg
Tel.: 0 76 65 / 9 44 70
Fax: 0 76 65 / 9 44 72-0
E-Mail: info@dgm.org
Internet: www.dgm.org

Deutsche Hirntumorhilfe e.V.

Karl-Heine-Straße 27
04229 Leipzig
Tel.: 0 34 37 / 70 27 00
Fax: 0 34 37 / 70 27 27
E-Mail: info@hirntumorhilfe.de
Internet: www.hirntumorhilfe.de

**Deutsche Multiple Sklerose
Gesellschaft e.V.
Bundesverband**

Vahrenwalder Straße 205-207
30165 Hannover
Tel.: 05 11 / 96 83 40
Fax: 05 11 / 68 34 50
E-Mail: dmsg@dmsg.de
Internet: www.dmsg.de

Gesellschaft für Neuropädiatrie

c/o Epilepsiezentrum Bethel
Klinik Mara
Maraweg 21
33617 Bielefeld
Tel.: 05 21 / 144 – 46 07/8
Fax: 05 21 / 144 – 45 62
E-Mail: Katharina.Roski@evkb.de
Internet: www.neuropadiatrie.com

**Interessenvertretung Selbstbestimmt
Leben in Deutschland e.V. – ISL**

Hermann-Pistor-Straße 1
07745 Jena
Tel.: 0 36 41 / 23 47 95
Fax: 0 36 41 / 39 62 52
E-Mail: info@isl-ev.org
Internet: www.isl-ev.org

**Deutsche Interessengemeinschaft
für Verkehrsunfallopfer e.V. Dignitas**

Friedlandstraße 6
41747 Viersen
Tel.: 0 21 62 / 2 00 32
Fax: 0 21 62 / 35 23 12
E-Mail: info@dignitas-ev.de
Internet: www.dignitas-ev.de

FORUM GEHIRN e.V.

Postfach 14 16 04
10149 Berlin
Tel.: 0 700 / 770 88 090
Fax: 0 30 / 27 87 84 59
E-Mail: mail@forum-gehirn.de
Internet: www.forum-gehirn.de

**Guillain-Barré-Syndrom
Selbsthilfegruppe Sinsheim e.V.**

Kreuzäcker 103
74889 Sinsheim-Hilsbach
Tel.: 0 72 60 / 15 84
Fax: 0 72 60 / 82 90
E-Mail: kontakt@gbs-shg.de
Internet: www.gbs-shg.de

**Kindernetzwerk e.V.
für kranke und behinderte Kinder und
Jugendliche in der Gesellschaft**

Hanauer Straße 15
63739 Aschaffenburg
Tel.: 0 60 21 / 1 20 30
Fax: 0 60 21 / 1 24 46
E-Mail: info@kindernetzwerk.de
Internet: www.kindernetzwerk.de

Lumia Stiftung**Initiative Kinder im Koma**

Reuchlinstraße 10-11

10553 Berlin

Tel.: 0 30 / 88 91 77 77

Fax: 0 30 / 88 91 77 78

E-Mail: info@kinder-im-koma.deInternet: www.kinder-im-koma.de**Netzwerk für Kinder und Jugendliche
nach Schädel-Hirn-Trauma**

c/o Gertrud Wietholt

Prof. Dr. rer. soc. Clemens Adam

Kinderneurologie-Hilfe Münster e.V.

Coerdestraße 60

48147 Münster

Tel.: 02 51 / 68 69 755

Fax: 02 51 / 68 69 756

E-Mail: info@kinderneurologiehilfe.deInternet: www.kinder-nach-kopfverletzungen.de**Verein für Hirn-Aneurysma-Erkrankte –
Der Lebenszweig – e.V.**

Egerländerstraße 40 c

86368 Gersthofen

Tel.: 08 21 / 47 30 23

E-Mail: Hirneury@aol.comInternet: www.hirn-aneurysma.de**NAKOS****Nationale Kontakt- und Informations-
stelle zur Anregung und Unterstützung
von Selbsthilfegruppen**

Wilmerdorfer Straße 39

10627 Berlin

Tel.: 0 30 / 31 01 89 60

Fax: 0 30 / 31 01 89 70

E-Mail: selbsthilfe@nakos.deInternet: www.nakos.de**Schädel-Hirnpatienten in Not e.V.**

Bayreuther Straße 33

92224 Amberg

Tel.: 0 96 21 / 6 48 00

Fax: 0 96 21 / 6 36 63

E-Mail: schaedel-hirn@t-online.deInternet: www.schaedel-hirnpatienten.de**ZNS – Hannelore Kohl Stiftung**

Rochusstraße 24

53123 Bonn

Tel.: 02 28 / 9 78 45-0

Fax: 02 28 / 9 78 45-55

E-Mail: info@hannelore-kohl-stiftung.deInternet: www.hannelore-kohl-stiftung.de

4.9 Verzeichnis der Mitwirkenden an der Erarbeitung der Arbeitshilfe

Dr. med. Susanne Amberger, Deutsche Rentenversicherung Bund,
Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitationswissenschaften, Berlin

Manfred Bürkle, Hegau Jugendwerk GmbH, Gailingen

Dr. med. Wolfgang Deppe, Reha-Zentrum für Kinder, Jugendliche und junge
Erwachsene, Klinik Bavaria Kreischa, Kreischa

Dr. med. Martin Köhler, Fachklinik Hohenstücken, Brandenburg

Dr. med. Gabriele Lotz-Metz, MDK Baden-Württemberg, Stuttgart

Dr. med. Annegret Ritz, Osterholz-Scharmbeck

Petra Scheuermann, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Frankfurt
am Main

Dr. jur. Thomas Stähler, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Frank-
furt am Main

Dr. med. Arne Voss, Hegau-Jugendwerk GmbH, Gailingen

In dieser Schriftenreihe sind erschienen

Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe schädel-hirn-verletzter Kinder und Jugendlicher, Heft 1/2007

Arbeitshilfe für die Rehabilitation Koronarkrankter, Heft 2/1997

Arbeitshilfe für die Rehabilitation von an Asthma bronchiale erkrankten Kindern und Jugendlichen, Heft 3/1993

Arbeitshilfe für die Rehabilitation von Schlaganfallpatienten , Heft 4/1998

Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Erkrankungen der Bewegungsorgane (rheumatische Erkrankungen), Heft 5/2006

Arbeitshilfe zur geriatrischen Rehabilitation, Heft 6/2006

Arbeitshilfe für die Rehabilitation Krebskranker, Heft 7/1993

Arbeitshilfe für die stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß, Heft 8/2004

Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe psychisch Kranker und behinderter Menschen, Heft 9/2003

Arbeitshilfe für die Rehabilitation von chronisch Nierenkranken, Dialysepflichtigen und Nierentransplantierten, Heft 10/1993

Arbeitshilfe für die Rehabilitation allergischer Atemwegserkrankungen, Heft 11/1995

Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen, Heft 12/2006

Trägerübergreifende Zusammenarbeit – Koordinierung und Kooperation

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) ist die gemeinsame Repräsentanz der Verbände der Rehabilitationsträger, der Bundesagentur für Arbeit, der Bundesländer, der Spitzenverbände der Sozialpartner sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Förderung und Koordinierung der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen

ISSN 0933-8462