



Sport nach Schlaganfall



Leitfaden für die Organisation und Durchführung von Rehabilitationssportgruppen nach Schlaganfall

Stand: 30. August 2011

Impressum

Verantwortlich / Herausgeber:

Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe
Carl-Miele-Str. 210
33311 Gütersloh
Tel.: 01805-093093 (0,14 €/min, Mobilfunk max. 0,42 €/min)
Fax: 01805-094094
Mail: info@schlaganfall-hilfe.de
Internet: www.schlaganfall-hilfe.de

Deutscher Behindertensportverband e.V.
- Im Hause der Goldkrämer Stiftung -
Tulpenweg 2-4
50226 Frechen
Tel.: 02234-6000-0
Fax: 02234-6000-150
Mail: info@dbs-npc.de
Internet: www.dbs-npc.de

Redaktion:

Stefan Stricker - Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe
Ludger Elling – Deutscher Behindertensportverband e.V.
Holger Wölk - Deutscher Behindertensportverband e.V.

Autoren:

Tonja Berg, Ludger Düchting, Ralf Kuckuck, Petra Michels, Corinna Moos-Thiele,
Ulla Schlösser, Stefan Stricker, Holger Wölk

Fotoquelle:

Christoph Püschner, Oliver Numrich

1 Inhaltsverzeichnis

2	Vorwort Dr. Brigitte Mohn	5
3	Vorwort Friedhelm Julius Beucher	6
4	Vorwort Alexander Leipold	7
5	Das bundesweite Netzwerk „Sport nach Schlaganfall“ stellt sich vor	8
5.1	Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe	8
5.2	Deutscher Behindertensportverband	9
6	Rehabilitationssport nach Schlaganfall – allgemeine Informationen	11
6.1	Grundlagen des Rehabilitationssports nach Schlaganfall	11
6.2	Vorteile des Rehabilitationssportes	12
6.2.1	<i>Positives für den Teilnehmer</i>	13
6.2.2	<i>Positives für die Angehörigen</i>	13
6.3	Der Weg zum Rehabilitationssport	13
6.3.1	Die Verordnung	14
6.3.2	Die Kosten	14
6.3.3	Die anerkannte Gruppe	15
7	Spezielle Informationen für verschiedene Zielgruppen	16
7.1	Informationen für Ärzte/Kliniken	16
7.1.1	<i>Ziele des Rehabilitationssportes</i>	16
7.1.2	Verordnung für Rehabilitationssport	17
7.1.3	Hilfen zum Ausfüllen des Formblatts 56	18
7.1.4	<i>Rehabilitationssportangebote</i>	19
7.2	Informationen für Vereine	19
7.2.1	<i>Voraussetzungen für Anbieter von Rehabilitationssport</i>	19
7.2.2	<i>Rekrutierung von Teilnehmern</i>	22
7.3	Informationen für Übungsleiter	23
7.3.1	<i>Die Ausbildung zum Übungsleiter</i>	23
7.3.2	<i>Tipps und Tricks aus der Praxis</i>	23
7.4	Informationen für Physio- und Ergotherapeuten	37
7.4.1	<i>Unterschied von Rehabilitationssport und Therapie</i>	37
7.4.2	<i>Rehabilitationssport anbieten</i>	37
7.5	Selbsthilfegruppen	38
7.5.1	<i>Sinn und Zweck einer Selbsthilfegruppe</i>	38
7.5.2	<i>Die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe</i>	39
7.5.3	<i>Angebote in der Nähe</i>	40
7.5.4	<i>Rehabilitationssport in der Selbsthilfegruppe</i>	40
7.5.5	<i>Sport außerhalb des organisierten Rehabilitationssports</i>	41
8	Lokale Netzwerke im Rehabilitationssport nach Schlaganfall	42
8.1	Lokale Netzwerkpartner	42
8.2	Zusammenarbeit verschiedener Fachpersonen – Ist das sinnvoll?	43
8.3	Wer kann ein Netzwerk starten?	44
8.4	Informationsbeschaffung	44
8.5	Netzwerkpflege	44
8.6	Best-practice-Modelle	45
8.7	Statements von Selbsthilfegruppen, Sportvereinen, Betroffenen	45
8.7.1	Erfahrungsberichte mit verschiedenen Sportarten	45
8.7.2	Erfahrungen von Betroffenen und deren Angehörigen zu Sport nach Schlaganfall	50
8.7.3	Allgemeine Erfahrungsberichte zum Sport nach Schlaganfall	51

9	FAQ.....	54
9.1	Sportart.....	54
9.2	Arzt.....	55
9.3	Kosten/Verordnung	55
9.4	Sportgruppe.....	56
9.5	Gruppenleitung / Übungsleiter.....	57
9.6	Organisation der Sportgruppe.....	58
10	Formulare / Checklisten / Dokumente.....	60
10.1	Checkliste	61
10.2	Antrag auf finanzielle Unterstützung bei der Stiftung.....	63
10.3	Formblatt 56	65
10.4	Ärzte-Flyer DBS – Verordnung des Rehabilitationssports.....	68
10.5	Patienten-Flyer DBS	71
10.6	Diagnose- und Anamnesebogen.....	74
10.7	Auszug aus dem Sozialgesetzbuch.....	79
10.8	Rahmenvereinbarung	80
10.9	Formulare Anerkennungsverfahren.....	110
10.10	Anerkennungsverfahren Rehabilitationssport.....	119
10.11	Ausbildungskonzeption DBS	123
10.12	Muster-Handzettel	127
10.13	Muster Presseartikel	128
10.14	Adressenliste Sport nach Schlaganfall.....	129
11	Link-Sammlung.....	132
11.1	Thema: Schlaganfall	132
11.2	Thema: Sportorganisation.....	132
11.2.1	Bundesebene	132
11.2.2	Landesebene.....	132
11.3	Sonstiges	133
12	Literaturliste	134
13	Bilder.....	137
14	Stichwortverzeichnis	142

2 Vorwort Dr. Brigitte Mohn

Jährlich erleiden etwa 200.000 Menschen in Deutschland einen Schlaganfall. Ein erschreckendes Schicksal, das für viele Pflegebedürftigkeit und Verlust der Selbstständigkeit bedeutet. Medizinischer und therapeutischer Fortschritt verschaffen uns aber heute die Chance, das Schlimmste zu verhindern, wenn sofort gehandelt und der Betroffene ärztlich versorgt wird.

Um die Lebensqualität des Patienten so umfassend wie nur möglich wiederherzustellen, kommt es auf die Fortsetzung der therapeutischen Maßnahmen, auch nach der akuten klinischen Behandlung an, also dann, wenn der Patient wieder nach Hause kommt.

Der Sport nach Schlaganfall ist eine ideale Ergänzung der gesamten Rehabilitationskette. Durch das aktive Betreiben des Sportes nimmt der Betroffene auf spielerische Weise wieder Kontakt zu sich selbst und seiner Umwelt auf, anstatt die durch den Schlaganfall erworbenen Defizite in den Mittelpunkt zu stellen. Für das Leben mit dem Schlaganfall ist der Sport in der Gruppe ein unverzichtbarer Baustein auf dem Weg in eine neue Normalität.

Ich wünsche mir, dass viele Schlaganfall-Patienten und deren Angehörige von der Möglichkeit des Sportes in der Gruppe Gebrauch machen.



Dr. Brigitte Mohn
Vorstandsvorsitzende
Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe

3 Vorwort Friedhelm Julius Beucher

Der vorliegende Leitfaden »Sport nach Schlaganfall« ist das Ergebnis der Zusammenarbeit des Deutschen Behindertensportverbandes (DBS) und der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe. Es ist uns gemeinsam gelungen, die Erkenntnisse der Fachleute aus den Bereichen Rehabilitationssport und Schlaganfall zu bündeln und zusammenzufassen. Der Deutsche Behindertensportverband kann dabei auf eine fast 60-jährige Erfahrung im Sport für Menschen mit Behinderungen zurückgreifen.

Eine wichtige Säule im Behindertensport ist neben dem Leistungs- und Breitensport der Rehabilitationssport, der als ergänzende Leistung zur medizinischen Rehabilitation ein wichtiges Element in der Rehabilitationskette sein kann. Der Rehabilitationssport ist im § 44 Sozialgesetzbuch IX fest verankert und wird bundesweit und flächendeckend durch den organisierten Sport in den Vereinen angeboten. Dabei ist uns die Qualität dieser Angebote besonders wichtig.

Der Schlaganfall ist eine von vielen Indikationen für den Rehabilitationssport, für den geeignete Sportangebote mit dem Ziel der Beibehaltung bzw. Verbesserung der Leistungsfähigkeit wichtig sind. Dabei wird unter anderem erreicht, dass die Rehabilitanden ihren Gesundheitszustand stabilisieren bzw. verbessern, Selbstsicherheit erlangen und in den Sportgruppen Gemeinschaft, verbunden mit Spaß und Freude an der Bewegung, erleben. Besonders der letzte Punkt führt zum Heraustreten aus der gesellschaftlichen Isolation, die oftmals als Folge der Behinderung auftritt. Das Übungsangebot in den Rehabilitationssportgruppen wird durch von den Landes- und Fachverbänden des DBS ausgebildete und lizenzierte Übungsleiter Rehabilitationssport durchgeführt.

Es ist wünschenswert, dass viele Schlaganfall-Patienten den Weg in den Rehabilitationssport finden, um selber von den positiven Effekten zu profitieren.

Nur wer sich behindert fühlt, tritt auch so auf!



Friedhelm Julius Beucher
Präsident Deutscher Behindertensportverband e.V. /
National Paralympic Committee Germany

4 Vorwort Alexander Leipold

Drei Schlaganfälle haben mein Leben in Frage gestellt. Dennoch habe ich den Glauben an mich selbst nicht verloren. Dabei war mir der Sport eine große Hilfe und Motivation.

Der Sport hat mir geholfen, weil ich nach den Schlaganfällen eine Aufgabe, ein Ziel hatte, für das ich in der Zeit der Rehabilitation und danach kämpfen konnte. Gleichzeitig war der Sport auch ein großer Ansporn für mich, weil ich mit jeder neu absolvierten Trainingseinheit einen kleinen Schritt zurück ins Leben geschafft habe.

Diese Botschaft möchte ich allen Menschen ans Herz legen, die entweder selber einen Schlaganfall erlitten haben, oder die mit Schlaganfall-Betroffenen zu tun haben.

Um diese Botschaft in die Realität umsetzen zu können, ist es wichtig, dass die dafür notwendigen organisatorischen Voraussetzungen geschaffen werden. Dieser Leitfaden informiert darüber, was Sportvereine, Ärzte, Therapeuten und auch die Schlaganfall-Betroffenen selber machen können, um den Reha-Sport nach Schlaganfall weiter auszubauen.

Ich bin mir sicher, dass mit Hilfe dieses Leitfadens viele Schlaganfall-Patienten und deren Angehörige ermutigt werden, durch sportliche Aktivitäten eine neue Lebensqualität zu entwickeln und über den Sport wieder Vertrauen in sich und ihr neues Leben zu entwickeln.



Alexander Leipold

Einundzwanzigfacher deutscher Meister, vierfacher Europameister, zweifacher Weltmeister und Sieger der Olympischen Spiele 2000 in Sydney im Freistilringen (Weltmeister 2005 nach den Schlaganfällen in seiner Altersklasse AK35)

Bundestrainer für Freistilringen

Botschafter der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe

5 Das bundesweite Netzwerk „Sport nach Schlaganfall“ stellt sich vor

Im bundesweiten Netzwerk „Sport nach Schlaganfall“ haben sich die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe und der Deutsche Behindertensportverband im Jahr 2003 zusammengetan, um gemeinsam den Menschen mit Schlaganfall durch die positiven Effekte von Bewegung, Spiel und Sport zu helfen. Dabei werden die seit vielen Jahren bestehenden Kompetenzen im Bereich der Selbsthilfegruppen und der Sportvereine für Menschen mit Behinderungen gebündelt und große Synergieeffekte erzielt. Aktuell ist zu diesem Netzwerk auch die DBS-Akademie hinzugekommen, die an vielen Stellen Unterstützung bei der Umsetzung der verschiedenen Aktivitäten liefert. Die Netzwerkpartner stellen sich an dieser Stelle kurz vor.

5.1 Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe

Die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe ist von der breit gefächerten Wirksamkeit des Rehabilitationssportes für Schlaganfall-Betroffene und deren Angehörige überzeugt. Seit 1999 verfolgt die Stiftung sukzessiv die Umsetzung folgender Ziele:

- Flächenmäßige Akzeptanz des Angebotes Sport nach Schlaganfall bei Medizinern, Therapeuten, Pflegepersonal und letztlich bei den Betroffenen und deren Angehörigen
- Entwicklung und Aufbau einer dichten Angebotsstruktur (analog zum Koronarsport).

In der Umsetzung der o. g. Ziele arbeitet die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe eng mit dem Deutschen Behindertensportverband und dessen Landesverbänden zusammen:

- Entwicklung eines Ausbildungskurrikulums für qualifizierte Übungsleiter Rehabilitationssport mit dem Schwerpunkt Neurologie
- Ausbildung von qualifizierten Übungsleitern Rehabilitationssport nach den o. g. Richtlinien
- Werben für die Sportidee bei den bestehenden Schlaganfall-Selbsthilfegruppen durch sog. Schnupperseminare

Die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe hat in Kooperation mit dem Deutschen Behindertensportverband einen Leitfaden erstellt, in dem alle wichtigen Fragen und Aspekte zur Gründung und Durchführung einer Schlaganfall-Sportgruppe beantwortet werden.

Ein wichtiger Baustein in der flächenmäßigen Akzeptanz des Rehabilitationssportes nach Schlaganfall sind jährlich organisierte Symposien, die an verschiedenen Standorten (u.a. Leipzig, Stuttgart, Münster, Hannover, Berlin etc.) durchgeführt werden. Zielgruppe dieser Symposien sind Übungsleiter Rehabilitationssport, die im Rahmen dieser Symposien ihre Erfahrungen austauschen, neue Erkenntnisse vermittelt bekommen sollen und für ihre weitere Arbeit motiviert werden.

Zurzeit gibt es in Deutschland ca. 500 qualifizierte Übungsleiter B Rehabilitationssport Neurologie, die im Bereich Schlaganfall eingesetzt werden.

Im Schlaganfall-Magazin der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe werden regelmäßig inhaltliche Berichte zum Thema Sport nach Schlaganfall publiziert.

5.2 Deutscher Behindertensportverband

Der Deutsche Behindertensportverband (DBS) e.V. hat sich seit seiner Gründung im Jahr 1951 bis heute mit seinen über 570.000 Mitgliedern zu einem der weltgrößten Behindertensportverbände entwickelt. Er gliedert sich in 17 Landesverbände und 2 Fachverbände mit über 5.600 Vereinen, in denen über 20.000 lizenzierte Übungsleiter sowie ca. 100.000 ehrenamtlich tätige Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit sozialem Engagement den Sport organisieren, anbieten und die Sportlerinnen und Sportler betreuen. Für die Erfüllung seiner Aufgaben steht der DBS in engem Austausch und kooperiert mit seinen außerordentlichen Mitgliedern.

Dabei sieht sich der DBS als kompetenten Ansprechpartner und das Kompetenzzentrum für den gesamten Sport von Menschen mit Behinderung und von Behinderung Bedrohten in Deutschland. Der DBS verfolgt das Ziel, dass alle Menschen mit Behinderung nach ihren individuellen Möglichkeiten Sport treiben können. Hierdurch liefert der DBS einen erheblichen Beitrag zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung am Leben in der Gesellschaft sowie einen Beitrag zur Verbesserung der Lebenssituation von Menschen mit Behinderung.

Der DBS vertritt folgende Bereiche für den Sport von Menschen mit Behinderung.

- Rehabilitationssport
- Präventionssport
- Breitensport
- Leistungssport

Insbesondere seine langjährige Erfahrung im Rehabilitationssport hat den DBS zum führenden Verband und zu dem größten Leistungserbringer auf diesem Gebiet gemacht. Seine Fachkompetenz im Bereich Rehabilitationssport bringt er in das Netzwerk „Sport nach Schlaganfall“ mit ein, um möglichst vielen Menschen mit Schlaganfall die positiven Effekte von Bewegung, Spiel und Sport zu vermitteln und somit den Betroffenen auf dem Weg zurück ins Leben zu helfen.

Der DBS wird in der operativen Umsetzung von verschiedenen Projekten insbesondere im Bereich Bildung/Lehre von der DBS-Akademie unterstützt, die im April 2006 vom DBS mit 14 seiner Landesverbände und dem Deutschen Rollstuhlsportverband gegründet wurde.

Aufgabe der DBS-Akademie ist die Beratung und Unterstützung des DBS und seiner Landes- und Fachverbände in den Bereichen Aus-, Fort- und Weiterbildung im Behindertensport sowie bei Führung, Management und Verwaltung sowie die Erstellung von Konzeptionen für diesen Bereich. Des Weiteren zählt die Konzeption, Durchführung, Moderation und Dokumentation von Veranstaltungen zum Thema Menschen mit Behinderungen zum Programm der DBS-Akademie gGmbH. Hierdurch soll insbesondere die große Bedeutung des Sports für Menschen mit Behinderung in allen Facetten herausgestellt werden.

Seit der Gründung hat sich die DBS-Akademie als erfolgreicher Unterstützer des DBS und seiner Landes- und Fachverbände etabliert und insbesondere im Bereich der Sonderlehrgänge zum Übungsleiter Rehabilitationssport für vorqualifiziertes

Klientel auf sich aufmerksam gemacht. Darüber hinaus wurden einige Projekte in verschiedenen Kooperationsmodellen durchgeführt.

Die DBS-Akademie bringt ihr Know-how im Behindertensport in das Netzwerk „Sport nach Schlaganfall“ mit ein und ist ein zuverlässiger Partner bei der Umsetzung verschiedener Veranstaltungen und Aktivitäten, die innerhalb des Netzwerkes geplant werden.

6 Rehabilitationssport nach Schlaganfall – allgemeine Informationen

Sport ist die wichtigste Nebensache der Welt – sagen viele. Stimmt nicht!

Für viele Menschen mit Behinderungen ist Sport ein Lebenselixier. Sport fördert besonders nach Schlaganfall auf spielerische Weise

- Spaß an der Bewegung,
- neues Selbstbewusstsein und
- neue zwischenmenschliche Kontakte.

Die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe (SDSH) unterstützt in enger Kooperation mit den Landes- und Fachverbänden des Deutschen Behindertensportverbandes (DBS), die Vereine, Initiativen und Gruppen, die den Sport als Möglichkeit einer verbesserten und notwendigen Nachsorge erkannt haben.

Der vorliegende Leitfaden gibt Antwort auf wichtige Fragen zum Thema Organisation und Durchführung von Rehabilitationssportgruppen nach Schlaganfall.

Dafür wird in diesem Kapitel zunächst ein allgemeiner Überblick über den Rehabilitationssport nach Schlaganfall gegeben, im nächsten Kapitel werden dann verschiedene Zielgruppen gesondert angesprochen. Im Anschluss gibt es Informationen zum Aufbau von Netzwerken, in Kapitel 9 die Beantwortung der FAQs, sowie in Kapitel 10 viele hilfreiche und interessante Formulare, Checklisten und Dokumente.

6.1 Grundlagen des Rehabilitationssports nach Schlaganfall

Der Rehabilitationssport nach Schlaganfall ist die ideale Ergänzung und Weiterführung der medizinischen Rehabilitation. Als ergänzende medizinische Leistung erfüllt diese sportliche Betätigung alle Anforderungen an eine moderne medizinische und soziale Rehabilitation. Er wird in einer Gruppe angeboten. Diese wird von einem speziell für diesen Bereich ausgebildeter Übungsleiter B Rehabilitationssport angeleitet. Ausgangspunkt für die sportlichen Aktivitäten sind die Interessen und Fähigkeiten der Betroffenen.

Grundsätzlich kann also jeder Schlaganfallpatient an der Rehabilitationssportgruppe teilnehmen, sobald er sich selbstständig bewegen kann und kognitiv in der Lage ist, Informationen aufzunehmen und diese umzusetzen.

Rehabilitationssport findet regelmäßig möglichst ein- bis zweimal wöchentlich statt. Die Inhalte der einzelnen Stunden werden in Zusammenarbeit von Teilnehmern und Übungsleiter, den Fähigkeiten und Interessen entsprechend festgelegt. Da die Erleichterungen alltäglicher Belastungen und Bewegungen ein weiteres sehr wichtiges Ziel des Rehabilitationssportes sind, ist der Übungsleiter auch hier auf eine gute Zusammenarbeit angewiesen, um die richtigen Angebote vorzubereiten.

Denn natürlich sollen alle Ziele vorrangig durch Spaß in der Gemeinschaft und Freude an der Bewegung erreicht werden.

Die Angehörigen sind ebenfalls herzlich eingeladen, am Übungsprogramm teilzunehmen. Ob Rollstuhlfahrer oder Gehfähige, Nichtbehinderte oder Personen mit anderer Behinderung – in den Sportgruppen ist jeder willkommen.

Im Rahmen des Rehabilitationssports in den Vereinen darf der Übungsleiter auf vielfältige Bewegungsangebote zurückgreifen, die einer der nachfolgend aufgeführten klassischen Rehabilitationssportarten zuzuordnen sind.

- Gymnastik
- Bewegungsspiele in Gruppen
- Schwimmen/Wassergymnastik
- Leichtathletik.

Dabei finden sich unter diesen Begriffen Angebote wie Hocker- oder Wassergymnastik, Übungsformen zur Verbesserung der Muskelkraft, kleine Spielformen zur Verbesserung der koordinativen Fähigkeiten sowie Ausdauertraining in verschiedensten Varianten und vieles weiteres wieder. Somit werden mit Hilfe dieser Sportarten sowohl die motorischen Fertigkeiten wie Kraft und Ausdauer weiter geschult als auch die koordinativen Fähigkeiten (z. B. Gleichgewicht) verbessert und gefestigt. Bei einer Verordnung entscheidet der Arzt über die individuell sinnvollen Rehabilitationssportarten. Der Übungsleiter setzt diese dann in der Gruppe um.

6.2 Vorteile des Rehabilitationssportes

Der Rehabilitationssport nach Schlaganfall als ganzheitliches Konzept wirkt gleichermaßen auf die

- körperliche Leistungsfähigkeit
- geistige Leistungsfähigkeit
- psychische Leistungsfähigkeit und
- soziale Wiedereingliederung.

Deshalb ist er eine wichtige, sinnvolle und notwendige Aktivität im Alltag der Betroffenen und Angehörigen.

Zu den übergeordneten Zielen des Rehabilitationssportes nach Schlaganfall gehören u.a.

- Betonen und starkes Einbeziehen der individuellen Bedürfnisse,
- Fähigkeiten und Interessen der Teilnehmer berücksichtigen,
- Betonen und Unterstützen der positiven Selbsteinschätzung,
- Unterstützen einer verbesserten Bewältigung von Alltagssituationen,
- Erhalten, Fördern und Wiederherstellen von Bewegungsfunktionen sowie der Koordination (z. B. gezielte Greiffunktionen) und Wahrnehmung des eigenen Körpers,
- Verhinderung oder Verminderung der krankheitsbedingten Isolation durch Integration in eine Gruppe.

Bei der Auswahl und Umsetzung der sportlichen Aktivitäten dienen diese Ziele als »roter Faden«, nach dem gehandelt werden sollte.

6.2.1 Positives für den Teilnehmer

Schlaganfall ist nun mal kein einheitlich definiertes Krankheitsbild. Es handelt sich um ein Geschehen, das unterschiedlichste Ursachen und vielfältigste Auswirkungen hat. Deshalb bemüht sich der Übungsleiter, auf die Fähigkeiten und Interessen des Einzelnen einzugehen gleichzeitig aber die Art und Schwere der Bewegungseinschränkungen jedes Einzelnen zu berücksichtigen. Um dies zielgerichtet ermöglichen zu können, ist es notwendig, klarere Ziele zu definieren.

Zu diesen Zielen gehören unter anderem:

- (Wieder)Entdecken von Spaß und Freude an Bewegung
- neues Entdecken und Steigern von Lebensqualität
- Wiedergewinnen von Selbstvertrauen durch die in der Sportgruppe gemeisterten Übungen
- Verbessern der Selbsteinschätzung bzw. Stärken erkennen und akzeptieren
- Festigung von (wieder-) erlernten Bewegungen für den Alltag (z. B. Sturzprophylaxe)
- Anregung des Herz-Kreislaufsystems
- Verringern neurologischer Folgen (z. B. Spastik)
- Mobilisierung von Gelenken
- günstige Effekte auf Risikofaktoren wie Bluthochdruck, Übergewicht, Diabetes, Fettstoffwechselstörungen, Bewegungsmangel schaffen
- Ergänzung des Wiedererlernens von Sprache und Schrift.

6.2.2 Positives für die Angehörigen

Die Angehörigen nehmen im Bereich Betreuung und Pflege des Schlaganfallbetroffenen eine zentrale Rolle ein. So kann die Anwesenheit von Angehörigen und Freunden auch entscheidend sein für das Überwinden von Ängsten beim Sport. Aber oftmals vergessen gerade sie, an ihre eigene Gesundheit zu denken.

Somit bietet der Sport nach Schlaganfall Angehörigen und Betroffenen die Möglichkeit, gemeinsam

- ihren Bewegungsapparat (z. B. Arme, Beine, Gelenke, Muskeln) in Schwung zu bringen
- Spaß an sportlichen Aktivitäten zu haben und diese in den Alltag einzubeziehen
- Anregungen für die verbesserte Bewältigung von Alltagssituationen zu übernehmen
- an einem Austausch mit ähnlich Betroffenen teilzunehmen.

Ebenso wichtig kann es aber auch sein, den Betroffenen alleine am Sport teilnehmen zu lassen. So hat der Angehörige die Möglichkeit, diese Zeit auf andere Weise sinnvoll für sich zu nutzen.

6.3 Der Weg zum Rehabilitationssport

Der Weg zum Rehabilitationssport beginnt mit zwei Schritten. Zunächst stellt der Arzt eine Verordnung aus, die von der Krankenkasse genehmigt werden muss. Anschließend beginnt die Suche nach einer geeigneten Gruppe. Zu beiden Schritten werden im folgenden Hinweise gegeben.

6.3.1 Die Verordnung

Eine Verordnung für Rehabilitationssport kann jeder niedergelassene Arzt ausstellen. Sinnvoll ist es allerdings, wenn der behandelnde Arzt dies tut, da er alle für den Übungsleiter wichtigen Informationen hat.

Für die Verordnung füllt der Arzt das Formular 56 (siehe Kapitel 10.3) aus. Hier werden Diagnose, zusätzliche Informationen, geeignete Sportarten sowie empfohlene Anzahl der Übungseinheiten aufgeschrieben. Außerdem hat der Arzt die Möglichkeit, Ziele und Inhalte mit dem Patienten abzusprechen und für den Übungsleiter auf der Verordnung niederzuschreiben.

Zusätzlich kann es wichtig sein, dass die einzelnen Symptome und weiteren Begleit- und Folgeerkrankungen (z.B. Multimorbidität) festgestellt werden, so dass eine individuelle Einschätzung für jeden Teilnehmer möglich ist. Hierfür kann der Arzt zusammen mit seinem Patienten den in Kapitel 10.6 zu findenden „Diagnose- und Anamnesebogen“ ausfüllen. Da dieses seitens des Arztes eine freiwillige, nicht über die Krankenkassen abrechnungsfähige Leistung ist, kann es sein, dass der Arzt dafür ein Honorar in Rechnung stellt. Dies sollte unbedingt vorab geklärt werden!

Die Verordnung muss vor Antritt des Rehabilitationssportes von der Krankenkasse genehmigt werden. Zwar darf sie einer Erstverordnung nicht widersprechen, allerdings ist der Tag der Genehmigung der Beginn des abrechnungsfähigen Zeitraums. Dieser liegt je nach Krankheitsursache und Empfehlung des Arztes zwischen 18 und 120 Monaten, in denen zwischen 50 und 120 Übungseinheiten dürfen. Genauer Informationen bezüglich der Verordnung sind in Kapitel 6.3.1 zu finden.

6.3.2 Die Kosten

Mit der ärztlichen Verordnung und der oben genannten Genehmigung, werden die Kosten für den Rehabilitationssport durch die zuständige Krankenkasse für einen begrenzten Zeitraum übernommen.

Gesetzliche Grundlage für die Kostenübernahme durch die Kostenträger bildet der § 44 SGB IX (siehe Kapitel 10.7).

Genauerer regeln

- die Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und Funktionstraining vom 1.01.2011 und
- Durchführungs- und Finanzierungsvereinbarungen auf Bundes- und Landesebene.

Hier ist auch niedergelegt, dass die Teilnahme am Rehabilitationssport unabhängig von einer Mitgliedschaft im Sportverein und somit generell kostenfrei für den Teilnehmer ist. Eine freiwillige Mitgliedschaft im Verein wird allerdings von den Krankenkassen begrüßt, um die nachhaltige Wirkung der sportlichen Bewegung zu sichern. Durch die freiwillige Mitgliedschaft kann der Teilnehmer weitere Angebote des Vereins nutzen. Diese sind im Einzelfall mit dem jeweiligen Verein abzusprechen.

Diese Kostenregelung gilt nicht grundsätzlich für die Beihilfe als auch für die privaten Krankenkassen. Teilnehmer ohne ärztliche Verordnung zahlen den örtlich

festgesetzten Mitgliedsbeitrag der Mitgliedsvereine. Teilnehmer dieser Kostenträger fragen bitte bei ihrem Kostenträger an.

6.3.3 Die anerkannte Gruppe

Der Rehabilitationssport nach Schlaganfall wird in Mitgliedsvereinen der Landes- und Fachverbände des Deutschen Behindertensportverbandes angeboten. Der Deutsche Behindertensportverband arbeitet eng mit der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe zusammen, um Qualitätskriterien zum Wohle der Betroffenen sicherzustellen. Sowohl die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe als auch die Landesverbände des Deutschen Behindertensportverbandes geben gerne Auskunft über geeignete Gruppen in Wohnortnähe. Kontaktdaten finden Sie im Kapitel 10.14.

Des Weiteren haben die Krankenkassen, aber auch jede andere Person mit Internetzugang, Zugriff auf die Datenbanken der Landes- und Fachverbände des DBS. In diesen Datenbanken sind alle anerkannten Gruppen nach Indikation und Wohnort sortiert hinterlegt. Eine entsprechende Abfrage informiert sowohl über den Tag, die Uhrzeit und die Adresse des Angebotes als auch über die Telefonnummer oder Emailadresse des jeweiligen Ansprechpartners vor Ort.

7 Spezielle Informationen für verschiedene Zielgruppen

Im Folgenden werden spezifische Informationen für verschiedene Zielgruppen komprimiert dargestellt, die am Rehabilitationssport nach Schlaganfall beteiligt sind. Dabei handelt es sich um die Zielgruppe der Ärzte/Kliniken, der Vereine, der Übungsleiter, der Physio- und Ergotherapeuten sowie der Selbsthilfegruppen.

7.1 Informationen für Ärzte/Kliniken

In diesem Kapitel wird zum einen dargestellt, warum Rehabilitationssport für die Patienten sinnvoll und notwendig sein kann. Zum anderen wird auf die Ausstellung der Verordnung eingegangen. Abgerundet wird das Kapitel mit Informationen, wie der Arzt die geeignete Rehabilitationssportgruppe für seinen Patienten findet.

7.1.1 Ziele des Rehabilitationssportes

In der aktuellen Fassung der Rahmenvereinbarung vom 1.1.2011 ist für den Rehabilitationssport niedergelegt, dass er „mit den Mitteln des Sports und sportlich ausgerichteter Spiele ganzheitlich auf die behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen, die über die notwendige Mobilität sowie physische und psychische Belastbarkeit für Übungen in der Gruppe verfügen“, einwirkt.

Dabei ist der Rehabilitationssport keineswegs als Ersatz für andere Sport- oder gar Therapieangebote zu sehen. Er soll als ergänzende Möglichkeit zur Wiedereingliederung, Stärkung des Selbstbewusstseins und vor allem als Hilfe zur Selbsthilfe verstanden werden.

Durch spielerisches Training motorischer Fähigkeiten und Fertigkeiten, wie z.B. Ausdauer, Kraft, Koordination und Beweglichkeit, können auch andere Bereiche angesprochen und trainiert werden. So ist durch das spielerische Training in Gruppen die soziale Ebene stark eingebunden. Die Teilnehmer üben quasi nebenbei, sich auf andere einzustellen, mit ihnen zu kommunizieren und zu interagieren. Dies kann nur optimal gelingen, wenn der eigene Körper mit den individuellen Stärken, Ressourcen und Fähigkeiten geschätzt und passend eingeschätzt wird.

Des Weiteren spielen die Nähe zu alltäglichen Bewegungen immer auch eine große Rolle im Rehabilitationssport. Herausforderungen oder Barrieren zu erkennen, mit ihnen umzugehen, Kompensations- und Bewältigungsstrategien entwickeln sind in diesem Kontext wichtige Bestandteile einzelner Unterrichtseinheiten.

Die Vielschichtigkeit des Rehabilitationssports wird in Abbildung 1 erläutert.

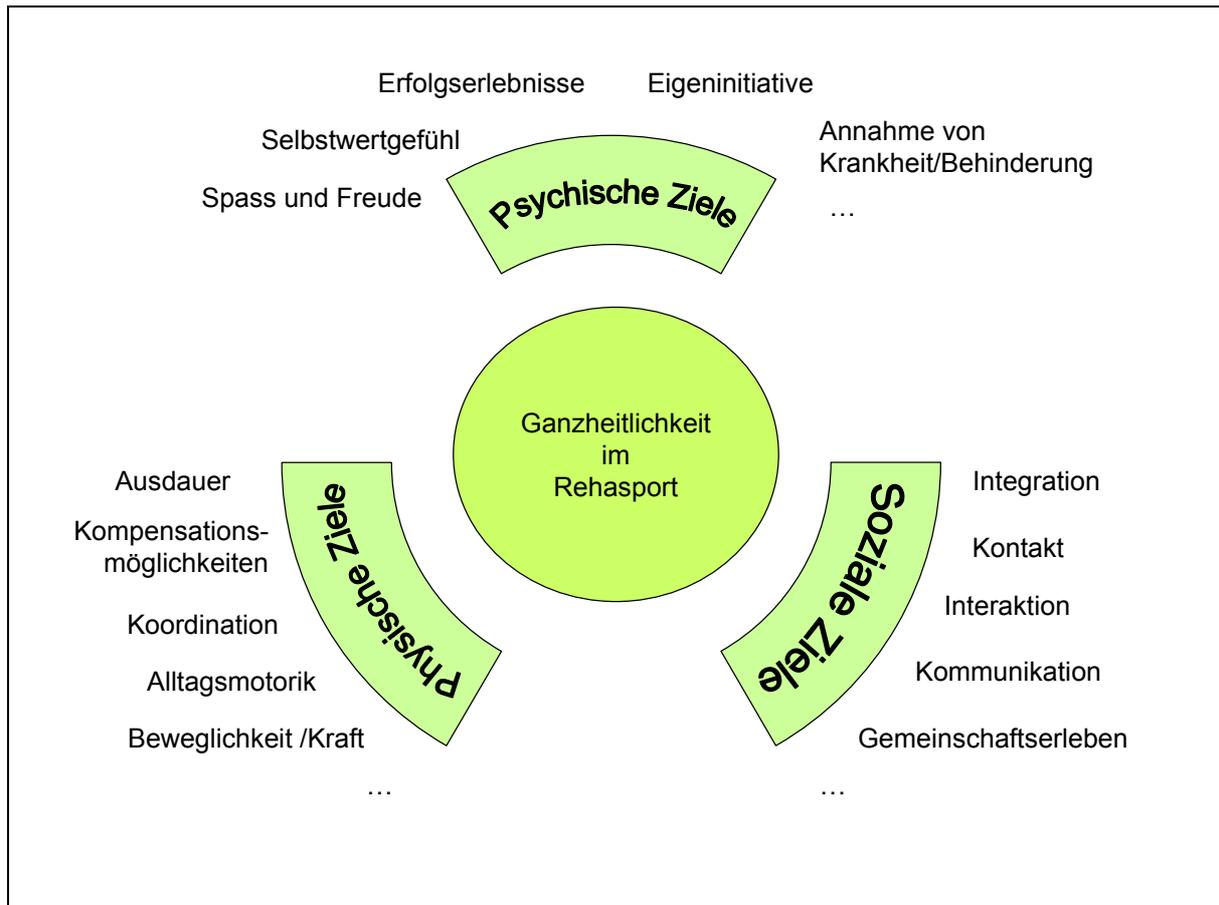


Abb. 1 – Vielschichtigkeit Rehabilitationssport

7.1.2 Verordnung für Rehabilitationssport

Eine Verordnung bedingt das Formblatt 56 „Antrag auf Kostenübernahme für Rehabilitationssport und Funktionstraining“ (siehe Kapitel 10.3). Dieses erhalten Sie in einigen Gebieten kostenfrei bei der Kassenärztlichen Vereinigung. Sollte dies nicht der Fall sein, kann der zuständige Landesverband des DBS kompetent Auskunft darüber geben.

Eine Rehabilitationssportverordnung fällt nicht zu Lasten des Budgets!

Das Ausfüllen des Formulars ist über die EBM-Ziffer „01621“ abzurechnen. Alle Infos hierzu sind im Ärzteflyer des DBS übersichtlich zusammen gefasst (siehe Kapitel 10.4).

Als zusätzliches Hilfsmittel zum Formblatt 56 wurde ein Diagnose- und Anamnesebogen entwickelt, der freiwillig vom Arzt gemeinsam mit dem Patienten ausgefüllt werden kann (siehe Kapitel 10.6). Dieser Bogen enthält für den Übungsleiter und betreuenden Arzt weitere wichtige Informationen, um den zukünftigen Teilnehmer besser einschätzen und in der Gruppe optimal fordern und fördern zu können.

7.1.3 Hilfen zum Ausfüllen des Formblatts 56

Die Verordnung stellt, vor allem ohne den oben genannten Diagnose- und Anamnesebogen, die einzige Informationsquelle für die Anbieter von Rehabilitationssport dar, um dem künftigen Teilnehmer eine adäquate Gruppe anzubieten. Um an dieser wichtigen Schnittstelle einen optimalen Informationsfluss zu garantieren, werden im Folgenden die wichtigsten Ausfüllhilfen zusammengefasst:

Seite 1 (Vorderseite)

- Rehabilitationssport oder Funktionstraining: Rehabilitationssport kann für neurologische Patienten angeboten werden. Das Funktionstraining ist insbesondere für rheumatische und chronisch orthopädische Krankheitsbilder vorgesehen.
- Diagnosen: neben der Hauptdiagnose ist es für den Rehabilitationssport durchführenden Übungsleiter wichtig auch über weitere Krankheiten Bescheid zu wissen. Daher sollten hier namentlich alle relevanten Diagnosen und Nebendiagnosen aufgelistet werden. Die ICD-Schlüsselnummern sind in diesem Fall hinderlich und führen häufig zu zeitraubenden Rückfragen.
- Ziele des Rehabilitationssports: hier ist es sinnvoll mit dem Patienten gemeinsam zu überlegen, welche Ziele in dem verordneten Zeitraum umsetzbar sind.
- Empfohlene Rehabilitationssportart: an dieser Stelle ist es wichtig zu entscheiden, ob der Patient fähig und gesundheitlich im Stande ist, an Wasserangeboten teilzunehmen. In diesem Fall kann die Sportart „Schwimmen“ angekreuzt werden, da auch Wassergymnastik unter diese Kategorie fällt.
- Anzahl der empfohlenen Einheiten: je nach Krankheitsbild, ist es möglich dem Patienten 50 Einheiten in 18 Monaten (Richtwert) oder aber 120 Einheiten in 36 Monaten (z.B. organische Hirnschädigung) zu verordnen.

Seite 2 (Rückseite):

- Angaben zur Medikation: diese Spalte gilt ursprünglicher Weise für die Verordnung von Herzsport. Sollten aber für die sportliche Tätigkeit relevante Medikamente (z.B. Betablocker, Blutverdünner, etc.) verordnet worden sein, so ist es sinnvoll, diese hier anzugeben.
- Empfohlene Anzahl wöchentlicher Veranstaltungen: 1-mal wöchentlich ist als der Regelfall anzusehen. Allerdings gibt es immer mehr Anbieter, die den Teilnehmern auch ein zweites wöchentliches Training ermöglichen können, was aus trainingswissenschaftlicher Sicht zunächst sehr sinnvoll erscheint. Wenn in der Verordnung 2-mal wöchentlich angekreuzt ist, hat der Teilnehmer die Möglichkeit in Absprache mit dem Verein/Übungsleiter zwischen 1-mal und 2-mal wöchentlich zu trainieren. Ist der Rehabilitationssport nur 1mal wöchentlich verordnet, gibt es diese Entscheidungsmöglichkeit nicht.

Für diese Informationen sind der Anbieter sowie der Übungsleiter sehr dankbar und einem sinnvollen Übergang zum Rehabilitationssport sollte nichts mehr im Wege stehen.

7.1.4 Rehabilitationssportangebote

Die meisten Landesverbände pflegen eine öffentliche Datenbank mit den anerkannten Rehabilitationssportangeboten. Diese sind nach Ort und Indikation geordnet. Außerdem werden Tag und Uhrzeit des Angebotes sowie der Ansprechpartner genannt. Die jeweilige Internetadresse der Datenbank, gibt der entsprechende Landesverband bekannt (siehe Kapitel 10.14). Zum Teil ist diese Seite direkt über die Homepage der Landesverbände zu erreichen. Da diese Datenbanken öffentlich sind, können sowohl Ärzte, Patienten als auch Krankenkassen hierauf zugreifen.

Die Krankenkasse muss nach Ausstellen der Verordnung diese genehmigen, damit der Abrechnungszeitraum definiert ist. Da die Krankenkassen die oben genannte Datenbank unter anderem als Abrechnungsgrundlage verwenden, können die Mitarbeiter den Patienten meist einen geeigneten Ansprechpartner nennen.

Eine weitere Anlaufstelle wäre selbstverständlich die Selbsthilfegruppe in der Nähe. Die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe gibt gerne Auskunft, wo es die nächste und somit zuständige Selbsthilfegruppe gibt.

7.2 Informationen für Vereine

Dieses Kapitel klärt zunächst die rechtlich vorgeschriebenen Rahmenbedingungen, die für die Durchführung des Rehabilitationssportes gelten. Anschließend wird beschrieben, wie der Verein an Teilnehmer kommt.

7.2.1 Voraussetzungen für Anbieter von Rehabilitationssport

7.2.1.1 Allgemeine Rahmenbedingungen

Grundsätzlich kann jeder Interessierte, der sich angesprochen fühlt, Rehabilitationssport nach Schlaganfall anbieten. Dabei ist es wichtig zu wissen, dass Rehabilitationssport generell in Mitgliedsvereinen der Landes- und Fachverbände des Deutschen Behindertensportverbandes stattfindet.

Um diesem Kriterium zu entsprechen gibt es verschiedene Möglichkeiten, die nachfolgende benannt sind.

Interessierte können

- sich einem bestehenden örtlichen Mitgliedsverein der Landes- und Fachverbände des Deutschen Behindertensportverbandes anschließen,
- einen eigenen Sportverein für Menschen mit Behinderung oder
- eine Abteilung für Menschen mit Behinderungen in einem Sportverein gründen.

Sollten Fragen zu den einzelnen Bereichen auftauchen oder Unterstützung für z.B. eine Vereinsgründung notwendig sein, können die Landesverbände des Deutschen Behindertensportverbandes kompetent Auskunft geben.

Die Durchführung der Übungsveranstaltung erfordert organisatorische Rahmenbedingungen. Die wichtigsten Bedingungen sind im Folgenden zusammengestellt.

7.2.1.2 Spezielle Rahmenbedingungen

a) Sportstätten/Übungsräume

Geeignete Sportstätten/Übungsräume sind vom Verein bereitzustellen. Hierbei ist insbesondere zu beachten:

- **Zugang:**
Sportstätten/Übungsräume sollten Zugang zu Sportfreianlagen oder zu einem Rad- bzw. Fußwegenetz in der freien Natur haben.
- **Parkplatz:**
Am Übungsort muss für die Zeit der Veranstaltung ein Parkplatz für die Sportler sowie für den Notarztwagen freigehalten werden.
- **Arztraum:**
An der Sportstätte sollte ein Arztraum (ggf. Lehrerzimmer mit Liege oder Ähnlichem) zur Verfügung stehen.
- **Telefon:**
Am Übungsort muss ein funktionsfähiges Telefon zur Verfügung stehen, damit ggf. ein Krankenwagen bzw. ein Arzt angefordert werden kann.
- **Sportgeräte:**
Größe und Ausrüstung der Sportgeräte müssen einem adäquaten Bewegungsangebot gerecht werden.
- **Gruppenraum:**
Es wird den Gruppen empfohlen, sich in der Nähe der Sportstätte/des Übungsraumes einen geeigneten, separaten Raum zu suchen. Dort können sich die Gruppenmitglieder und Angehörige zu begleitenden außersportlichen Aktivitäten (Vorträge, Diätberatung, Entspannungsübungen, Gruppengespräche, etc.) zusammenfinden.

b) Regelmäßigkeit:

Die Übungsarbeit sollte regelmäßig, d. h. nach Möglichkeit einmal in der Woche erfolgen. Die Übungsstunde muss mindestens 45 Minuten und sollte nach Möglichkeit 60-90 Minuten betragen.

c) Qualifizierter Übungsleiter

Der Übungsleiter muss über eine gültige Übungsleiterlizenz B Rehabilitationssport, Bereich »Neurologie« verfügen. Eine spezifische Fortbildung zum Thema »Sport mit Schlaganfall-Betroffenen« wird nachdrücklich empfohlen.

Der Deutsche Behindertensportverband bietet über seine Landes- und Fachverbände entsprechende Ausbildungen an. Vorqualifizierungen in Form von abgeschlossenen Ausbildungen können auf Antrag in unterschiedlichen Maßen für die Ausbildung anerkannt werden. Im Kapitel 10.11 ist die Ausbildungskonzeption zum qualifizierten Übungsleiter B Rehabilitationssport dargestellt. Auch Kapitel 7.3 weist auf die verschiedenen Ausbildungsmöglichkeiten hin.

d) Ärztliche Betreuung und Notfallausrüstung

Die Gruppe muss von einem Arzt betreut werden, der jedoch nicht während der Übungsveranstaltung anwesend sein muss. Er sollte in der Betreuung von Schlaganfall-Betroffenen erfahren sein und dem Übungsleiter sowie den Teilnehmern bei Bedarf beratend zur Seite stehen.

Eine Notfallausrüstung, wie z. B. in den Koronarsportgruppen gesetzlich vorgeschrieben, wird nicht benötigt. Das nächstgelegene Krankenhaus sollte über die Existenz der Sportgruppe informiert sein. Eine Erste-Hilfe-Ausstattung muss natürlich in der Sportstätte/im Übungsraum vorhanden sein.

Zur Unterstützung des Übungsleiters wurde ein Diagnose- und Anamnesebogen entwickelt, der vom Arzt gemeinsam mit dem Patienten ausgefüllt werden kann (siehe Kapitel 9.6 – Diagnose- und Anamnesebogen).

e) Aufgabe des Mitgliedsvereins des Deutschen Behindertensportverbandes

Der Rehabilitationssport nach Schlaganfall wird von den Mitgliedsvereinen der Landes- und Fachverbände des Deutschen Behindertensportverbandes durchgeführt. Die Aufgaben des Mitgliedsvereins vor Ort sind:

- Anerkennungsformalitäten bzgl. des Angebotes (siehe Kapitel 10.10)
- Betreuung der Sportler
- Klärung der personellen Voraussetzungen (Ärzte, qualifizierter Übungsleiter, ggf. weitere Fachleute) für die Sportgruppe
- Kooperation und Informationsfluss zwischen dem zuständigen Arzt der Sportgruppe, dem qualifizierten Übungsleiter Rehabilitationssport und ggf. weiteren Fachleuten unterstützen
- Schaffung der organisatorischen Rahmenbedingungen (Sportstätten/Übungsräume bereitstellen, Beschaffen von Sportgeräten etc.)
- Öffentlichkeitsarbeit
- Verwaltung und Abrechnung.

f) Unterstützung durch die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe

Eine Schlaganfall-Sportgruppe kann mehrere unterstützende Angebote der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe in Anspruch nehmen:

- Eine neu gegründete Schlaganfall-Sportgruppe kann eine finanzielle Starthilfe beantragen (siehe Kapitel 10.2). Grundsätzlich werden die Vereine durch die Landesverbände des DBS in derartigen Fragen beraten.
- Schlaganfall-Sportgruppen können in den Medien der Stiftung (Schlaganfall-Magazin, Infobrief, Homepage etc.) über ihre Aktivitäten berichten.
- Die Stiftung kann ihr regionales Netzwerk (Selbsthilfegruppen, Interessierte) auf die Sportgruppe aufmerksam machen, um weitere Teilnehmer für die Gruppe zu finden.
- Die Sportgruppe kann für Veranstaltungen kostenloses Informationsmaterial der Stiftung zum Thema Schlaganfall bestellen.

g) Versicherung über die Sporthilfe-Versicherung des Sportverbandes

Teilnehmer des Rehabilitationssportangebotes, Funktionäre und Helfer sind in der Regel über die Sporthilfeversicherung des jeweiligen Landesverbandes des DBS versichert (Unfall- und Haftpflichtversicherung).

Die Adressen der Landesverbände sind im Kapitel 10.14 dieses Leitfadens aufgelistet.

h) Honorar/Aufwandsentschädigung Übungsleiter

Das Honorar bzw. die Aufwandsentschädigung für den qualifizierten Übungsleiter Rehabilitationssport wird mit dem örtlichen Verein ausgehandelt.

Die Bezuschussung des qualifizierten Übungsleiters B Rehabilitationssport erfolgt für Sportvereine nach den allgemeinen Richtlinien der Landessportbünde und der Landesverbände des Deutschen Behindertensportverbandes.

7.2.2 Rekrutierung von Teilnehmern

Um regelmäßig Teilnehmer für die Reha-Sportgruppe zu finden, ist es wichtig, dauerhaft und regelmäßig auf das Angebot des Rehabilitationssports aufmerksam zu machen. Hierfür kommen verschiedene Möglichkeiten in Frage, die sich auf unterschiedliche Multiplikatoren fokussieren.

Als erstes wäre das persönliche Gespräch mit den behandelnden Neurologen vor Ort zu nennen. Hier sollte allerdings ein Gesprächstermin verabredet werden. Gegebenenfalls lohnt es sich, eine Mappe anzufertigen, in der die wichtigsten Informationen übersichtlich und ansprechend enthalten sind. Diese kann dann entweder schon vorab an den Arzt gegeben oder aber nach dem Gespräch dort gelassen werden, quasi als Erinnerungstütze. Sollte das Angebot auf Zustimmung stoßen, kann es sinnvoll sein, Flyer zu produzieren und sie in der Praxis oder Klinik auszulegen. Diese Flyer (siehe Kapitel 10.4, 10.5., 10.12) können auch an anderen Orten hilfreiche Informationsquellen sein, z.B. in Sanitätshäusern und Apotheken, bei Selbsthilfegruppen oder aber in den ortsansässigen Krankenkassenfilialen.

Des Weiteren empfiehlt sich bei der Neugründung einer Rehabilitationssportgruppe eine Information für die Lokalzeitung. Dies kann entweder durch einen mit einem Redakteur verabredeten Gesprächstermin oder im Rahmen einer Pressemitteilung (siehe Kapitel 10.13) geschehen. Sollte ein persönlicher Kontakt zu einem Redakteur zustande kommen, kann dieser Kontakt auch bei anderen Gelegenheiten (z.B. Eröffnung, Tag der offenen Tür, Unterzeichnung Kooperationsvereinbarung mit Ärzten) genutzt werden, um besondere Aktivitäten der Sportgruppe zu bewerben. Ansonsten können aber auch regelmäßige Hinweise in Form von Pressemitteilungen schriftlich (am besten per email) an die Lokalzeitung geschickt werden.

Selbsthilfegruppen (siehe Kapitel 7.5) sind ganz wichtige Ansprechpartner, um Teilnehmer für die Sportgruppe zu finden. Um Werbung für den Rehabilitationssport zu machen, kann mit der Selbsthilfegruppe beispielsweise eine Schnupperstunde durchgeführt werden (siehe Kapitel 7.5.4), da es für viele Betroffene oftmals ein großer Schritt ist, sich einem Verein des Behindertensports anzuschließen. In einem solchen Fall nützen schriftliche Informationen nicht viel. Ein persönliches Gespräch mit den Betroffenen ist daher viel nützlicher, um Berührungsängste abzubauen. Ein Termin zur Vorstellung des Programms in einer Selbsthilfegruppe könnte hier eine Möglichkeit sein, den ersten Schritt in den Verein zu erleichtern. Hat der Betroffene den Übungsleiter schon einmal gesehen und im Rahmen einer Schnupperstunde praktisch erfahren, um was es beim Rehabilitationssport geht, ggf. noch ein paar spielerische Beispielübungen mitgemacht, fällt es ihm leichter, das Angebot einfach mal ausprobieren zu wollen.

7.3 Informationen für Übungsleiter

In diesem Kapitel wird der Weg zum Übungsleiter für Rehabilitationssportgruppen für Schlaganfall-Betroffene beschrieben. Anschließend werden die besonderen Aspekte von Gedächtnis und Bewegung sowie Gangschulung aufgezeigt und einige weitere Anregungen für die Praxis gegeben.

7.3.1 Die Ausbildung zum Übungsleiter

Die Rehabilitationssportgruppen für Schlaganfall-Betroffene werden von ausgebildeten und lizenzierten Übungsleitern B Rehabilitationssport – Neurologie geleitet, die durch die Landes- und Fachverbände des DBS sowie die DBS-Akademie ausgebildet werden. Bei der Übungsleiterausbildung handelt es sich ursprünglich um eine Laienausbildung, zu der sich jeder Interessierte über einen Mitgliedsverein des DBS und seiner Landes- und Fachverbände anmelden kann.

Diese Ausbildung gliedert sich in zwei Blöcke mit insgesamt 180 Lerneinheiten, den Block 10 und den Block 60. Im Block 10 werden in 90 Lerneinheiten allgemeine Grundlagen über den Sport von Menschen mit Behinderung sowie über die Behinderungen selber vermittelt. Dabei stehen sowohl theoretische als auch sportpraktische Lerninhalte im Vordergrund. Im Block 60 werden in weiteren 90 Lerneinheiten, die verschiedenen Behinderungen im Bereich der neurologischen Erkrankungen thematisiert. Des Weiteren werden die bereits erlangten Grundlagen aus Block 10 hier spezifisch auf die Zielgruppe angewandt. Im Lauf der gesamten Ausbildung runden Hospitationen in Rehabilitationssportgruppen, Lehrproben sowie Lernerfolgskontrollen die erworbenen Kenntnisse ab.

Wer bereits eine abgeschlossene Berufsausbildung in einem Bewegungsfachberuf hat oder weitere Qualifizierungen auf diesem Gebiet nachweisen kann, hat die Möglichkeit diese Vorerfahrungen auf Einzelantrag beim Ausbildungsträger anerkennen zu lassen. Die Ausbildungen vorqualifizierter Personen richten sich nach der Art der Grundausbildung. Der Umfang beträgt dann zwischen 108 und 50 Lerneinheiten. Auch in diesen Fragen ist der verantwortliche Landes- oder Fachverband des DBS der richtige Ansprechpartner.

Neben der Ausbildung im Bereich Neurologie gibt es auch noch weitere Ausbildungen im Bereich des Rehabilitationssports, wie Orthopädie, Innere Medizin, Sensorik, geistige Behinderung oder Psychiatrie. Darüber hinaus hat der Interessent auch noch die Möglichkeit sich im Bereich Präventionssport, Breitensport oder Leistungssport für Menschen mit Behinderung auszubilden.

Ein Überblick über die gesamte Ausbildungskonzeption befindet sich im Kapitel 10.11.

7.3.2 Tipps und Tricks aus der Praxis

Im Folgenden werden einige Tipps und Tricks aus der Praxis aufgeführt, die als Anregung für den Übungsleiter dienen können. Dabei wird zunächst der besondere Aspekt von Gedächtnis und Bewegung aufgezeigt und anschließend auf die Bedeutung der Gangschulung beim Sport mit Schlaganfall einzugehen. Abschließend werden einige Spielformen für die Übungsstunde zusammengefasst.

7.3.2.1 Gedächtnis und Bewegung

Beim Sport nach Schlaganfall spielt das Thema Gedächtnis und Bewegung eine ganz zentrale Rolle. Unser Gehirn denkt in Bildern. Wenn man eine sachliche Information mit einer Bewegung verknüpft bzw. diese auch noch mit einer Emotion transportiert wird diese besser vernetzt und das Gehirn schätzt sie relevanter ein. Sind durch einen Schlaganfall sensorische und motorische Felder gestört worden, können diese durch das Ansprechen vieler Sinne, Informationen wieder neu abspeichern.

Für die Organisation der Bewegungsübungen und Spielformen im Sport nach Schlaganfall sollte der Übungsleiter berücksichtigen, dass sich die sensorischen und motorischen Felder für die rechte Körperseite in der linken Gehirnhälfte befinden und umgekehrt. Zahlen, Listen, Fakten werden hauptsächlich in der linken Gehirnhälfte verarbeitet. Die rechte ist zuständig für Emotionen, Bilder und Kreativität. Diese physiologischen Grundlagen sind die Wurzeln für die Inhalte Gedächtnis und Bewegung.

Ganzheitliches Gedächtnistraining steigert spielerisch und ohne Stress die Leistung des Gehirns und beteiligt Körper, Geist und Seele. Eine Verbindung von Gedächtnis und Bewegung bezieht alle Sinne und natürlich beide Gehirnhälften mit ein. In der Gruppe fördert es die Sprachfähigkeit und die soziale Kompetenz. Nachweislich verbessert es die Durchblutung und den Stoffwechsel des Gehirns, was zu einer Steigerung der allgemeinen Lernfähigkeit führt. Die gleichzeitige Aktivierung des gesamten Organismus führt zudem zu einer verbesserten Motorik, vor allem durch das Training der koordinativen Fähigkeiten und hebt so das körperliche und geistige Wohlbefinden.

Die Verknüpfung von Gedächtnistraining mit Bewegung verfolgt folgende Ziele:

- Assoziatives Denken
Verknüpfung neuer Informationen mit bereits gespeicherten
- Denkflexibilität
Fähigkeit, auf wechselnde Situationen schnell zu reagieren
- Fantasie & Kreativität
Vorstellungs- oder Einbildungskraft fördern, schöpferische Einfälle anregen
- Konzentration
Die ungeteilte Aufmerksamkeit auf eine Sache lenken
- Merkfähigkeit
Die Fähigkeit, Wahrnehmungen kurzfristig und langfristig zu speichern
- Strukturieren
Inhalte nach einem Bezugs- oder Regelsystem aufbauen und gliedern
- Urteilsfähigkeit
Treffen einer Entscheidung nach Abwägen aller bekannten Faktoren
- Wahrnehmung
Etwas bewusst mit einem oder mehreren Sinnen aufnehmen
- Koordinationsfähigkeit
Intra- und intermuskuläre Koordination, Gleichgewicht, Orientierung, allgemeine Verbesserung der Bewegungsabläufe
- Ausdauer
Eine Leistung über einen längeren Zeitraum konstant halten

Beim Sport mit Schlaganfallbetroffenen muss bei der Auswahl der Übungen auch daran gedacht werden, dass die Teilnehmer Durchblutungsstörungen im Gehirn hatten. Daher sind bei der sportlichen Betätigung folgende Grundsätze zu berücksichtigen:

- Vermeiden von Übungen mit abwärts geneigtem Kopf.
- Vermeiden von plötzlichen Drehbewegungen des Kopfes.
- Vermeiden von Übungen mit starkem Pressen, insbesondere wenn hoher Blutdruck vorliegt.
- Vermeiden von praller Sonne und starker Hitze.

Der vom Schlaganfall Betroffene leidet in der Folge zumeist an einer spastischen Halbseitenlähmung. Hinzu kommen häufig Sprechstörungen, sowie Probleme mit der vollständigen visuellen Wahrnehmung von Objekten, dem sog. „Neglect“. Ein Neglectpatient hat Schwierigkeiten, die der Hirnläsion gegenüberliegende Seite (kontraläsionale Seite) seiner Umgebung und auch seines Körpers wahrzunehmen. Bei den meisten Neglectpatienten ist die rechte Hirnhälfte betroffen und die linke Seite in der Wahrnehmung eingeschränkt. Die charakteristische Missachtung kann sich auf Reize aller Sinne beziehen. Meistens sind mehrere oder manchmal gar alle fünf Sinne betroffen. Gleichzeitig wird auch die Motorik auf der betroffenen Seite missachtet: Die Extremitäten werden deutlich weniger bewegt, auch wenn keine Lähmung vorliegt. Der pre-motorische Neglect bezieht sich auf die Schwierigkeiten des Patienten, seine Extremitäten ins kontraläsionale Halbfeld zu bewegen. In diesem Zusammenhang ist die motorische Intention gestört. Der motorische Neglect bedeutet eine Einschränkung der spontanen Bewegung oder Benutzung der kontraläsionalen Gliedmaßen beim Fehlen bedeutsamer Paresen. Hier liegt eine Störung bei der Programmierung und Planung von Bewegungen vor.

Für die Sportpraxis bedeutet das, Inhalte zu wählen, welche die Überkreuzkoordination trainieren und möglichst viele Sinne anzusprechen.

Anregungen für den Rehabilitationssport mit dem Schwerpunkt Gedächtnis

Ziel:

Training von Blickbewegungen zum vernachlässigten Halbfeld hin. Dabei sollen häufige Kopfbewegungen vermieden werden. Ein weiteres wichtiges Ziel ist die Steigerung des Suchtempos.

Praxis:

Die Gruppenteilnehmer sitzen im Stuhlkreis. Der Übungsleiter legt verschiedene Gegenstände in die Mitte (verschiedene Bälle, Stab, Seilchen, Igelball, Kugelschreiber, Massageroller, Zeitung, Steine, Wäscheklammern etc.). Nun sollen die TN sich diese Gegenstände einprägen. Nach ein paar Minuten schließen die Teilnehmer die Augen und der Übungsleiter nimmt Gegenstände raus (1 oder mehrere). Jetzt müssen die Teilnehmer erkennen was fehlt.

Als Variante und Steigerung werden Positionen von Gegenständen verändert.

Auch das Üben des Transfers der Suchstrategien auf konkrete Alltagssituationen (im Haus, Orientierung in der Stadt, in der Bücherei, im Supermarkt) stellt Inhalt des Rehabilitationssportes dar.

Ziel:

Training von Bewegungen zum vernachlässigten Halbfeld hin.

Praxis:

Die Gruppenteilnehmer sitzen im Stuhlkreis. Unter Berücksichtigung, dass keine Übungen mit abwärts geneigtem Kopf stattfinden sollen, werden nun die Körperteile durchnummeriert: 1= rechtes Knie, 2= rechte Hüfte, 3= rechte Schulter, 4= Stirn, 5= linke Schulter, 6 = linke Hüfte, 7 =linkes Knie.

Bei rechtsseitiger Hemiparese umschließt der Teilnehmer mit seiner linken Hand das rechte Handgelenk und führt den Arm entsprechend der vom Übungsleiter angegebenen Nr. zu den entsprechenden Körperteilen. Es findet eine Verbindung von geistiger und motorischer Arbeit statt, mit dem Ziel motorische Bewegungsmuster aufzubauen bei gleichzeitig erhöhter Hirnaktivität.

Zur Steigerung würde der Kursleiter Rechenaufgaben mit den Zahlen stellen und die Teilnehmer sollen das Ergebnis motorisch darstellen.

Ziel:

Training von Koordination (Bewegungskoordination, Raumorientierung, Gleichgewicht, Umstellungsfähigkeit) und Ausdauer.

Praxis:

Alle Teilnehmer bewegen sich durch den Raum. Auf dem Boden liegen genauso viele farbige Markierungen (z.B. dünne Moosgummischablonen) wie Teilnehmer anwesend sind. Gegebenenfalls ist es notwendig, an den Markierungen Stühle oder Hocker bereit zu stellen, damit schwächere Teilnehmer Sitzpausen machen können. Der Kursleiter erzählt nun eine Geschichte: Wir fahren mit dem Wohnwagen in den Urlaub.

„Auf dem Campingplatz angekommen suchen wir einen Stellplatz für unseren Wohnwagen.“ Jeder Teilnehmer stellt sich auf eine Markierung, diese ist sein Wohnwagen.

„Jetzt wird ausgepackt und anschließend möchten wir einen Kaffee trinken. Aber wir haben keine Filter, also gehen wir zum Kiosk.“ (Alle Teilnehmer suchen sich eine neue Markierung.) Dieser ist für sie der Kiosk. Dann gehen wir wieder zurück zu unserem Wohnwagen.

„Dort angekommen stellen wir fest, dass wir keine Milch haben, also gehen wir noch einmal zurück zu unserem Kiosk um dann wieder zum Wohnwagen zurück zu kehren.“ Die Teilnehmer sollen jedes Mal wieder ihre entsprechende Markierung aufsuchen.

„Nach dem Kaffee besuchen wir unseren Nachbarn.“ Die Teilnehmer suchen sich einen ihnen nahestehenden Partner und stellen sich zu zweit an eine Markierung. Wir reden mit dem Nachbarn und gehen mit ihm gemeinsam zu unseren Kiosken um weitere Getränke zu holen.“ Die Teilnehmer gehen gemeinsam zu den jeweiligen Kiosk-Markierungen und zurück zum Treffpunkt. „Anschließend überlegen wir mit dem Nachbarn eine Fahrradtour in die nähere Umgebung zu machen. Hierfür benötigen wir ein Fahrrad. Also gehen wir zum Fahrradverleih....“.

Diese Geschichte kann man je nach physischer und geistiger Belastbarkeit der Teilnehmer noch unendlich weiter führen, in dem zum Beispiel an den jeweiligen Orten entsprechende Bewegungen durchgeführt werden.

Auf diese spielerische Weise werden räumliche Orientierungspunkte bildlich aber auch emotional verknüpft. Zudem werden durch den ständigen Wechsel und die zurückgelegten Raumwege die Ausdauer und die Koordination trainiert. Der Spaß und die Freude an der Bewegung gemeinsam mit anderen Betroffenen stehen im Vordergrund einer solchen Praxiseinheit. Beim Sport nach Schlaganfall versuchen

wir immer wieder das System von mentalen, emotionalen und motorischen Briefkästen für sachliche Informationen zu nutzen.

Als Synergieeffekt haben wir zudem positiven Einfluss auf die Motorik.

7.3.2.2 Gangschulung und Übungen zum Gleichgewicht erhöhen die Sicherheit im Alltag

Ein weiterer Schwerpunkt im Sport nach Schlaganfall liegt im Bereich Gleichgewichtstraining. Die Gleichgewichtsfähigkeit gehört zu den koordinativen Fähigkeiten und somit zu unseren motorischen Hauptbeanspruchungsformen. Um unseren Körper im Gleichgewicht zu halten z.B. wenn der Untergrund sich ändert, nehmen wir ständig über unsere Propriozeptoren, die in den Muskeln, Sehnen, Bändern und in Gelenkkapseln sitzen, Informationen aus unserer Umwelt über Lageveränderungen unseres Körpers oder auch einzelner Körperteile zueinander, wahr. Über das sensomotorische System werden diese Informationen verarbeitet und unsere Muskulatur wird entsprechend der Anforderungen aktiviert. Bei Schlaganfallpatienten ist dieses System partiell gestört, da Informationen nur teilweise oder gar nicht weiter transportiert werden können. Es kommt also zu Einschränkungen im Gleichgewicht. Die Betroffenen fühlen sich unsicher in der Fortbewegung und sind in ihren Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL's) eingeschränkt.

Im Rehabilitationssport nach Schlaganfall geht es zum einen um das Gleichgewicht im Sitzen und zum anderen natürlich auch um das im Stehen und Gehen. Von daher sind die Bereiche Gangschulung und Übungen zum Gleichgewicht ein sehr komplexer aber überaus wichtiger Bereich im Sport nach Schlaganfall. Oberstes Ziel ist es den Teilnehmern durch geeignete ressourcenorientierte Übungs- und Spielformen wieder mehr Sicherheit für Ihren Alltag zu geben. Hier gibt es vielfältige Möglichkeiten und Zugangswege.

Die Übungsaufgaben sind z.B. Sitzen auf verschiedenen Sitzmöbeln mit unterschiedlichen Auflagen und Höhen, Stehen in verschiedenen Positionen und Gehen mit verschiedenen Herausforderungen. Der von einem Schlaganfall Betroffene leidet in der Folge zumeist an einer spastischen Halbseitenlähmung (Hemiparese = Lähmung einer Körperhälfte), seltener an einer Tetraparese, bei der alle vier Extremitäten betroffen sind.

Typisch für Halbseitengelähmte ist ihr Gangbild: Das Gehen ist oft durch die Streckung im Hüft- und Kniebereich und die Senkung des Vorfußes beeinträchtigt. Hieraus resultiert das sogenannte Wernicke-Mann-Gangbild mit Anheben der Hüfte, Herumhebeln des gesamten Beines und zunächst Aufsetzen des Vorfußes. Auf diese Gesichtspunkte ist beim Sport besonders zu achten.

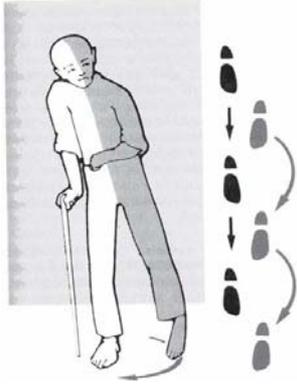


Abb. 2: Gangbild (MUMMENTHALER & MATTLE 1997)

Die Verbesserung der motorischen Funktionsstörungen (Lähmungen, Bewegungsstörungen) ist Domäne der Krankengymnastik und der Ergotherapie. Der Rehabilitationssport orientiert sich an den verbleibenden Fähigkeiten und Möglichkeiten der Teilnehmer und versucht über ressourcenorientierte Bewegungsangebote indirekt auf die Funktionsstörung Einfluss zu nehmen. So wirkt es sich unter anderem positiv auf das Gleichgewicht und die Körperkontrolle aus, wenn die erhöhte Muskelspannung gemindert werden kann.

So beinhaltet der Rehabilitationssport Übungen zur Dehnung der Beugemuskeln im Arm und der Streckmuskeln im Bein und Gleichgewichtstraining mit einem multisensorischem Ansatz.

Sinnvoll ist, im Rehabilitationssport für den einzelnen Teilnehmer die günstigsten Übungen aus den verschiedenen Funktionsbereichen (Sitzen, Stehen, Gehen) und deren Kombinationen zusammenzustellen.

In den letzten Jahren konnte zudem die Wirksamkeit des sogenannten „**repetitiven Trainings**“, das heißt z.B. der wiederholten regelmäßigen Durchführung von Bewegungen von Funktionen von Arm oder Bein, belegt werden. Auch ist inzwischen deutlich geworden, dass das **aufgabenspezifische Üben** eine Notwendigkeit darstellt. Die Funktion, die erlernt werden soll, muss direkt geübt werden.

Für die Praxis des Übungsleiters heißt das, dass die Übungs- und Spielformen oft Alltagsbewegungen mit einschließen. Das Aufstehen und Hinsetzen des einseitig gelähmten Patienten wird mit möglichst symmetrischer Gewichtsverteilung erst einzeln eingeübt und dann in einer Spielform ähnlich wie „Reise nach Jerusalem“ vertiefend trainiert. Der Teilnehmer führt somit die Bewegung des Hinsetzens und Aufstehens wiederholt regelmäßig innerhalb dieses Spiels durch. Im Vordergrund steht natürlich, sich in spielerischer Form mit Spaß und Freude zu bewegen. Durchleuchtet man anschließend die Spielformen wird deutlich, dass funktionelle Bewegungen hier in ausreichender Zahl trainiert worden sind.

Anregungen für den Rehabilitationssport mit Schwerpunkt Gleichgewicht

Innerhalb der Übungsgruppen (Übungen im Sitzen und Stand, Gehvariationen, Übungen mit Materialien) werden die Übungen immer schwieriger. Wenn dem Teilnehmer eine Übung zu einfach vorkommt, sollte er diese in einer schwierigeren Variation üben. Arbeitet der Übungsleiter methodisch kleinschrittig, hat er ein weites Spektrum von Differenzierungsmöglichkeiten für unterschiedliche Belastungsstufen. Die Teilnehmer sollten sich nur festhalten, wenn es wirklich nötig ist. Das

Gleichgewicht wird sich nur verbessern, wenn Sie die Übungen als anspruchsvoll empfinden.

Sicherheitsvorkehrungen

Um ausreichend Sicherheit während der Übungen zu gewährleisten, muss der Übungsleiter darauf achten, dass immer eine Möglichkeit zum Festhalten (Wand, Stuhl, Hilfsperson) in der Nähe ist. Alle Übungen sollen mit festem Schuhwerk durchgeführt werden. Einzelne Übungen können nach Ansage des Übungsleiters auch zusätzlich ohne Schuhe (barfuß) durchgeführt werden um eine intensivere multisensorische Information auf zu nehmen.

Ziel:

Verbesserung des Gleichgewichts im Sitzen durch vielfältige Reize

Praxis:

Die Gruppenteilnehmer sitzen im Stuhlkreis. Der Übungsleiter gibt verschiedene Bewegungen mit dem nach vorne gestreckten Armen vor:

1. Gesunde Arm: Zahlen von 1-9 schreiben
2. Betroffene Seite: mit Hilfe der gesunden Seite Zahlen von 1-9 schreiben

Als Steigerung kann die Sitzfläche verändert werden. Z.B. durch Unterlegen eines Kissens, Balance Kissen etc.. Die Gruppenteilnehmer sitzen sich in der Gasse gegenüber. Ein Teilnehmer macht eine Bewegung vor, der Gegenüber versucht sie spiegelbildlich nach zu machen.

Ziel:

Verbesserung des Gleichgewichts im Stand durch vielfältige Reize

Praxis:

Die Gruppenteilnehmer stehen im Kreis. Hier werden zunächst einfache Übungen zur Gewichtsverlagerung durchgeführt. Unterschiedliche Standpositionen werden eingenommen: Tandem, verschiedene Spurbreiten, Einbeinstand. Die Positionen werden durch dynamische Armbewegungen erschwert oder Bälle werden zu geworfen. Eine weitere Steigerung ist es die Übungen mit geschlossenen Augen durchzuführen.

Auch schnelles Knieheben während des Stehens oder Störungen während des Stehens durch den Übungsleiter oder den Partner sind möglich

Ziel:

Verbesserung des Gleichgewichts im Gehen, Gangschulung

Praxis:

Hier bietet es sich an einen sog. Gangparcours aufzubauen auf dem das Gehen mit verschiedenen Herausforderungen geübt werden kann. Bitte unbedingt mit Hilfspersonen arbeiten!

- Verschiedene Schrittlängen (Station mit Seilchen auf dem Boden)
- Strichgang (auf Linien)
- Gehen auf einer Acht
- Gehen auf und über kleine Absätze (kleine Gymnastikmatten rauf/ runter gehen)
- Gehen auf instabilen Ebenen (kleine Matten bis zur Weichbodenmatte)
- Seitwärtsschritte gehen
- Kreuzschritte gehen
- Gehen über Hindernisse (eine Turnbank oder über Stepper steigen)

Zusätzliche Übungen beinhalten sit-to-stand-Bewegungen, Parcours mit zusätzlichen Erschwernissen zu durchlaufen, beispielsweise soll zusätzlich ein Reissäckchen auf dem Kopf balanciert werden.

Ein Gleichgewichtstraining im Sport nach Schlaganfall verbessert bei den Teilnehmern das Gleichgewicht, die Mobilität, die Schrittreaktionen und reduziert die Sturzhäufigkeit.

Auch steigt das Selbstwertgefühl durch die positiven Bewegungserfahrungen, die durch gemeinsames Erleben in der Gruppe noch unterstützt werden. Wichtig ist es steigende dynamische Gleichgewichtsübungen in den unterschiedlichen Funktionskreisen in sich wiederholenden Spiel- und Übungsformen durchzuführen.

7.3.2.3 Anregungen für den Einsatz kleiner Spiele in der Rehabilitationssportstunde

Diese Spielesammlung ist eine lose Zusammenstellung von Spielen, die im Rehabilitationssport mit Schlaganfallpatienten machbar sein können. Wichtig dabei ist, dass sie je nach Stärke und Leistungsstand der Teilnehmer modifiziert werden müssen.

Name des Spiels:	Begrüßungsspiel
Ziel des Spiels	andere TN kennen lernen, Eisbrecher, Einstimmung auf die Stunde
Anzahl Teilnehmer:	ab 4
Geräte/Materialien:	evtl. Musik
Spielbeschreibung:	Die TN bewegen sich frei im Raum (ggf. zu passender Musik). Auf ein Kommando des ÜL (Musikstopp) sollen die TN z.B.: <ul style="list-style-type: none"> - möglichst viele rechte Hände schütteln - möglichst viele linke Hände schütteln - sich möglichst Vielen vorstellen - möglichst Viele auf ganz unterschiedliche Art begrüßen - ...
Variation:	Diese Spielform kann auch zur ausführlicheren Kommunikation genutzt werden, indem die TN vom ÜL aufgefordert werden, auf Kommando mit einem oder zwei anderen TN ins Gespräch zu kommen. Die Themen kann der ÜL vorgeben, z.B.: <ul style="list-style-type: none"> - Lieblingsfarbe der TN - Assoziationen zum vorher genannten Thema der aktuellen Stunde - Wetter - Hobbys - ...

Name des Spiels:	Namen erraten
Ziel des Spiels	Auflockerung der Stimmung, mit anderen TN ins Gespräch kommen
Anzahl Teilnehmer:	ab 4
Geräte/Materialien:	Kärtchen, Stifte, Klebestreifen
Spielbeschreibung:	<p>Dieses Spiel orientiert sich an dem bekannten Spiel „Wer bin ich“. Entweder bereitet der ÜL Karten in entsprechender Anzahl vor, oder aber jeder TN sucht sich eine berühmte Person aus, die er dann auf einem Zettel gut leserlich vermerkt.</p> <p>Jeder TN bekommt einen Zettel (natürlich nicht den, den man selbst geschrieben hat) auf dem Rücken befestigt.</p> <p>In einem vorgegebenen Raum, z.B. ein kleines Feld in der Mitte des Raumes, muss man nun durch Fragen herausbekommen, welche „berühmte Persönlichkeit“ man selbst ist. Dabei dürfen nur Fragen gestellt werden, die mit „ja“ oder „nein“ zu beantworten sind.</p> <p>Nach jeder Frage ist eine bestimmte Bewegungsaufgabe durchzuführen, z.B. nach „ja“ als Antwort sollen die TN einmal zur Wand gehen, bevor sie die nächste Frage im Fragenfeld stellen dürfen. Bei „nein“ als Antwort sollen die TN eine ganze Runde um das Fragenfeld gehen.</p>
Variation:	<p>Je nach Leistungsfähigkeit der TN, bietet es sich an, die Bewegungsaufgaben zu modifizieren. Hier können beispielsweise Aufgaben wie aufstehen und hinsetzen, Armkreisen, Platzwechsel o.ä. durchgeführt werden.</p> <p>Auch kann man die TN Paare bilden lassen, die sich gegenseitig eine bestimmte zeitlang Fragen stellen dürfen, bevor sie sich einen neuen Partner suchen sollen.</p>

Name des Spiels:	Linientanz
Ziel des Spiels	Förderung räumliche Orientierung, Gleichgewicht und Antizipation
Anzahl Teilnehmer:	ab 6
Geräte/Materialien:	Linien auf dem Boden
Spielbeschreibung:	<p>Alle TN bewegen sich in der Turnhalle auf den Hallenlinien. Begegnungen sind nur an den „Kreuzungen der Linien“ möglich, da man hier ausweichen kann.</p>
Variation:	<p>Wenn Begegnungen auf den Linien stattfinden, können Zusatzaufgaben verteilt werden, z.B. Hände gegeneinander legen und gemeinsam einen Halbkreis beschreiben, so dass man im Anschluss weitergehen kann.</p>

Name des Spiels:	Roboter
Ziel des Spiels	Förderung der räumlichen Orientierung, des Vertrauens
Anzahl Teilnehmer:	ab 4
Geräte/Materialien:	keine
Spielbeschreibung:	Alle TN kommen zu Paaren zusammen. Ein Partner ist der Mechaniker, der den anderen als Roboter im Raum bewegt. Es werden folgende Zeichen vereinbart: Tippen auf die rechte Schulter = ¼ Drehung nach rechts, Tippen auf die linke Schulter = ¼ Drehung nach links, Tippen auf beide Schultern = Stopp Tippen zwischen die Schulterblätter = Start Die Aufgabe des Mechanikers ist es, den Roboter sicher durch den Raum zu führen.
Variation:	Wenn es die Roboter zulassen, können sie die Augen schließen. Nach einer bestimmten Zeit werden sie angehalten und sollen nach mit geschlossenen Augen sagen, wo sie sich im Raum befinden. Eine weitere Möglichkeit besteht darin, pro Mechaniker zwei oder drei Roboter zu überlassen, die zu Beginn Rücken an Rücken stehen.

Name des Spiels:	Immer langsam
Ziel des Spiels	Förderung der Körperwahrnehmung und Kreativität
Anzahl Teilnehmer:	ab 3
Geräte/Materialien:	keins, ggf. Stift und Papier
Spielbeschreibung:	Den TN wird ein bestimmtes Thema als Bewegungsaufgabe gestellt. Die Ausführung soll dabei in extremer Zeitlupe geschehen. Die "Bearbeitung" des Themas kann, je nach Inhalt, alleine, partnerweise oder in einer Gruppe ausgeführt werden. Nachdem die Bewegung eingeübt wurde, trifft sich die gesamte Gruppe in einem Kreis und die Aufführung kann beginnen.
Variation:	Dieses Spiel lässt sich sehr gut in ein „bewegtes Memory“ umwandeln. Hierfür werden ein oder zwei TN als Sucher bestimmt. Die übrigen TN finden sich paarweise zusammen und überlegen sich eine für ihr Paar eindeutige Bewegung. Nun setzen sich alle TN einzeln in Bewegung. Die Sucher sollen nun die Paare herausfinden, indem sie einzelnen TN auf die Schulter tippen. Die TN demonstrieren einmal „ihre“ Bewegung und bewegen sich dann weiter durch den Raum. Wurde ein Pärchen gefunden, sollen die Namen genannt werden und dieses Pärchen geht so lange gemeinsam weiter, bis alle anderen gefunden wurden.

Name des Spiels:	Klammerturm
Ziel des Spiels	Förderung der Feinmotorik
Anzahl Teilnehmer:	ab 2
Geräte/Materialien:	Wäscheklammern
Spielbeschreibung:	<p>Jeder TN erhält drei Wäscheklammern. Einer beginnt, durch Zusammenstecken von zwei Klammern einen Turm zu bauen, der dann weitergegeben wird. Nun fügt jeder Teilnehmer eine Klammer hinzu, bis keine Klammern mehr vorhanden sind oder der Turm einstürzt.</p> <p>Variation:</p>
Variation:	<p>Auch als Mannschaftsspiel lässt sich diese Idee gut umsetzen. Dafür werden in den Mannschaften gleich viele Wäscheklammern verteilt. Die TN sollen nun mit ihrer Mannschaft versuchen, den höchsten Turm zu bauen. Dabei darf aber immer nur eine eigene Wäscheklammer berührt und an den entstehenden Turm angebracht werden. Ist sie einmal befestigt, so bleibt sie dort, auch wenn der Turm umfällt. Der Nächste darf seine Klammer dann wieder so befestigen, dass der Turm in die Höhe wächst.</p> <p>Stellt man den „Baugrund“ und die Mannschaften an zwei gegenüberliegenden Seiten auf, so kann man dies auch als Staffelspiel einsetzen. Dabei ist wichtig, dass es auf die Höhe des Turmes und nicht auf die Geschwindigkeit ankommt, in der er gebaut wird.</p>

Name des Spiels:	Drückeberger
Ziel des Spiels	Förderung der Feinmotorik, Bildung von Gruppen oder Paaren
Anzahl Teilnehmer:	ab 4
Geräte/Materialien:	vorbereitete Zettel mit „Morsecode“
Spielbeschreibung:	<p>Jeder TN zieht einen Zettel, auf dem eine Zahl von 1-10 steht. Jede der Zahlen ist zweimal vorhanden. Ohne zu sprechen grüßen sich die Teilnehmer entsprechend der Zahl mit ein- bis zehnmalem Händedruck und finden so ihre "zweite Hand".</p>
Variation:	<p>Es ist auch möglich, die Zahlen mehr als zweimal auf die Zettel zu verteilen, so ergeben sich dann entsprechend größere Gruppen.</p> <p>Eine weitere und schwierigere Möglichkeit ist es, „Morsezeichen“ auf den Zetteln zu notieren, z.B.: o--, ---. Hier müssen die TN dann gut unterscheiden zwischen langem und kurzen Händedruck, um den oder die richtigen Partner zu finden.</p>

Name des Spiels:	Pantomimenkreis
Ziel des Spiels	Förderung der Kreativität und Merkfähigkeit
Anzahl Teilnehmer:	ab 3
Geräte/Materialien:	keins
Spielbeschreibung:	<p>Die TN denken sich eine Aufgabe aus und stellen diese pantomimisch dar, z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ein Paket auspacken - sich freuen oder ärgern oder staunen - einen Kuchen backen - ein Auto waschen <p>Die übrigen TN sollen zunächst raten, welche Bewegung dargestellt wird. Im Anschluss sollen die TN der jeweiligen Person die von ihr dargestellte Bewegung zuordnen.</p>
Variation:	<p>Als „Ich packe meinen Koffer“-Variante wiederholen alle TN zunächst die erste Bewegung. Dann wird jede weitere Bewegung angehängt und wiederholt, bis jeder TN eine Bewegung in den Koffer gepackt hat.</p> <p>Auch kann man dieses Spiel wunderbar als Kennenlernspiel einsetzen, indem die TN sich vorstellen: „Ich bin die/der ... und ich mache immer so...“</p>

Spiele Hockergymnastik

Name des Spiels:	Ping-Peng-Pong
Ziel des Spiels	Kennenlernen der TN, Förderung der Reaktionsfähigkeit
Anzahl Teilnehmer:	ab 7 TN
Geräte/Materialien:	ohne, evtl. Ball o.ä.
Spielbeschreibung:	<p>Die TN sitzen im Kreis, ein TN steht in der Mitte. Dieder darf nun auf einen sitzenden TN zeigen (oder ihm einen Ball zuwerfen) und sagt dazu: „Ping“, „Peng“ oder „Pong“. Bei „Pong“ muss der sitzende TN seinen eigenen Namen nennen, bei „Ping“ den seines linken Nachbarn und bei „Peng“ den seines rechten. Der TN in der Mitte wird nach jedem Wurf ausgetauscht.</p>
Variation:	<p>Der TN in der Mitte bekommt den Ball nach Nennung des richtigen Namens zurück geworfen und wird erst bei einem Fehler des Antwortenden durch diesen ausgetauscht.</p> <p>Eine zweite Variante, die auch mehr Spieler aktiv mitdenken und –reden lässt ist die folgende: bei „Ping“ muss derjenige antworten, der links neben dem Ballfänger sitzt. Bei „Peng“ gilt dies ebenso für den rechten Nachbarn.</p>

Name des Spiels:	Rhythmisches Telegramm
Ziel des Spiels:	Förderung der Rhythmisierungsfähigkeit
Anzahl Teilnehmer:	ab 6 TN
Geräte/Materialien:	Hocker
Spielbeschreibung:	Die TN sitzen im Kreis. Ein TN gibt einen Rhythmus durch z.B. klatschen oder stampfen mit den Füßen vor. Der rechte Nachbar soll nach einmaligem durchlaufen des Rhythmus diesen mit aufnehmen. Nach einem weiteren Durchgang, nimmt auch der nächste den Rhythmus auf, und so weiter, bis alle TN den gleichen Rhythmus klatschen/stampfen. Dann sollen die TN immer nach Durchlaufen eines ganzen Rhythmus nach und nach aussteigen, bis wieder alle ruhig sind.
Variation:	Es ist auch möglich, jeden TN einzeln den vorgegebenen Rhythmus annehmen und weitergeben zu lassen. Als „Kompositionsspiel“ gibt ein TN 2 Schläge zu einem Rhythmus vor, die der nächste TN dann um einen weiteren Schlag ergänzt. Dieses Spiel kann sich fortziehen, bis entweder alle TN einen Schlag zu der Komposition hinzugefügt haben oder aber die Gruppe an die Grenzen der Merkfähigkeit stößt. Dann wird einfach eine neue Komposition begonnen.

Name des Spiels:	Speisekarte
Ziel des Spiels:	Steigerung der Aufmerksamkeit, Förderung der Konzentration
Anzahl Teilnehmer:	ab 6 TN
Geräte/Materialien:	Ball o.ä.
Spielbeschreibung:	Die TN sitzen im Kreis, ein TN steht mit Ball in der Mitte. Diesen wirft er einem TN im Kreis zu und stellt eine Frage, z. B.: „Was essen wir am Mittwoch?“ Der Antwortende muss dann ein Gericht benennen, das mit dem gleichen Anfangsbuchstaben beginnt, wie der Tag der genannt wurde.
Variation:	Die Fragen lassen sich natürlich beliebig erweitern, indem nach Getränken, Tieren, die man sieht oder Lieblingsfarben gefragt wird. Auch die Monate können mit hinzugenommen werden.

Name des Spiels:	Kuddelmuddel
Ziel des Spiels:	Förderung der Feinmotorik, Förderung der Konzentration
Anzahl Teilnehmer:	ab 6 TN
Geräte/Materialien:	diverse
Spielbeschreibung:	Die TN und der ÜL sitzen im Kreis. Der ÜL gibt nach und nach verschiedene Gegenstände in Umlauf, die jeweils nach vorgegebenen Regeln weitergegeben werden, z. B. roter Ball mit der rechten Hand weit vorne nach rechts; oder Wäscheklammer mit li Hand über Kopf nach rechts, gelber Reifen unter dem eigenen linken Bein zum linken Nachbarn usw. Je mehr verschiedene Gegenstände ins Spiel kommen, desto „kuddelmuddeliger“ wird das Spiel.
Variation:	Dieses Spiel kann auch mit mehr Bewegung gespielt werden. Dabei bleibt die Aufgabe gleich, dass bestimmt Gegenstände auf bestimmt Arten weitergegeben werden. Allerdings müssen die TN dafür ihren Platz verlassen und an einer anderen Stelle im Kreis diesen Gegenstand übergeben. Je mehr Gegenstände mit der Regel „aufstehen“ versehen werden, desto aktiver und „kuddelmuddeliger“ wird das Spiel.

Name des Spiels:	Wahrnehmungs-telegramm
Ziel des Spiels:	Förderung der Körperwahrnehmung, Entspannung
Anzahl Teilnehmer:	ab 3 TN
Geräte/Materialien:	keine
Spielbeschreibung:	Die TN sitzen in einer oder mehreren Reihen hintereinander. Der letzte beginnt, auf dem Rücken des Vordermanns eine Zahl, einen Buchstaben oder eine Figur zu malen. Das Erkannte wird dann auf den Rücken des nächsten TN gemalt. Das wird so lange fortgesetzt, bis der vorderste laut sagen kann, was er „erspürt“ hat. Dann wechselt der vorderste TN nach hinten und das Spiel geht von vorne los.
Variation:	Dieses Entspannungsspiel kann auch gut in einer Kreisauflistung gespielt werde. Zum einen können die Regeln wie oben beschrieben bleiben, allerdings fällt dann das „durchwechseln“ weg. Oder aber auf dem Rücken des Vordermannes wird nach Anweisung eine Pizza gebacken oder die Wetterkarte gemalt. Der Phantasie sind hierbei keine Grenzen gesetzt.

Weitere Spielideen und methodische Reihen werden im Rahmen der Aus- und Fortbildungsmaßnahmen vermittelt bzw. finden sich im Literaturverzeichnis (siehe Kapitel 12).

7.4 Informationen für Physio- und Ergotherapeuten

In diesem Kapitel werden spezielle Informationen für Physio- und Ergotherapeuten aufgeführt. Nach der Unterscheidung von Rehabilitationssport und Therapie wird aufgezeigt, wie Physio- und Ergotherapeuten Rehabilitationssport mit Schlaganfall-Betroffenen anbieten können.

7.4.1 Unterschied von Rehabilitationssport und Therapie

Die Begriffe „Therapie“ und „Rehabilitation“ bezeichnen ursprünglich verschiedene Ansätze. Die „Therapie“, aus dem griechischem mit der Pflege des Kranken bezeichnet, stellt die Linderung und Beseitigung von Symptomen in den Vordergrund. Die „Rehabilitation“ im Sinne des Rehabilitationssports hingegen fokussiert die soziale und berufliche Wiedereingliederung eines Menschen und die Förderung der Teilhabe am alltäglichen Leben. Während also in der Therapie die Schädigungen, Verletzungen oder Krankheiten ausschlaggebend für die weitere Behandlung sind, konzentriert man sich im Rehabilitationssport auf die Ressourcen, die der Teilnehmer mitbringt, um über eine Stärkung dieser das Selbstwertgefühl zu verbessern, gesundheitliches Verhalten zu fördern und auch Kompensationsmechanismen zu erarbeiten, die im Alltag umgesetzt werden können.

Somit ist der Rehabilitationssport als letztes Glied der „Rehabilitationsstraße“ anzusehen, dem je nach Schweregrad der Erkrankung verschieden viele Stationen vorgeschaltet sind. Natürlich sind die Grenzen zwischen den einzelnen Rehabilitationsphasen nicht klar abgegrenzt. Gerade mit Schlaganfallpatienten kann es sinnvoll sein, Rehabilitationssport und Physio- bzw. Ergotherapie einander begleiten zu lassen. So können in der Therapie individuell abgestimmte Bewegungsmuster im Rehabilitationssport gefestigt und in einer Gruppe geübt werden. Insofern ist es natürlich durchaus sinnvoll, dass auch Physio- und Ergotherapeuten Rehabilitationssportangebote durchführen.

7.4.2 Rehabilitationssport anbieten

Um als Physio- oder Ergotherapeut Rehabilitationssport anzubieten sind neben den allgemeinen Rahmenbedingungen folgende spezifische Punkte zu beachten.

a) Qualifikation

Um den Rehabilitationssport durchführen und ihn vor allem mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen zu dürfen, brauchen auch Physio- und Ergotherapeuten die Ausbildung zum Übungsleiter-B-Rehabilitationssport - Neurologie. Da diese Klientel schon ein großes Spektrum an Wissen bezüglich neurologischer Krankheitsbilder mitbringt, wurden von den Landesverbänden so genannte „Sonderausbildungen“ ins Leben gerufen. Über die Sonderausbildung ist es möglich innerhalb von 50 statt der sonst geforderten 180 Lerneinheiten die Ausbildung zu absolvieren. Insofern ist es sinnvoll, sich an die Landes- oder Fachverbände des DBS oder aber an die DBS-Akademie zu wenden, wenn es um Fragen zur Ausbildung geht.

b) Rahmenbedingungen

Die Rahmenrichtlinien sehen vor, dass Rehabilitationssportangebote in Vereinen durchgeführt werden. Hier gibt es ganz verschiedene Möglichkeiten, auf die im Kapitel 7.2 eingegangen wird. Die weiteren Rahmenbedingungen, die erfüllt sein

müssen, um den Rehabilitationssport durchführen zu dürfen, sind ebenfalls in Kapitel 7.2 zu finden.

c) Ansprechpartner bestehender Angebote

Informationen über bereits bestehende Angebote können bei den Landesverbänden und bei den Selbsthilfegruppen erfragt werden. Die Adressen und Kontaktinformationen sind in Kapitel 10.14 zu finden.

7.5 Selbsthilfegruppen

In diesem Kapitel werden die Möglichkeiten des Rehabilitationssports besonders für die Schlaganfall-Selbsthilfegruppen aufgezeigt. Zunächst wird beschrieben, was eine Selbsthilfegruppe und was die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe ist. Anschließend wird auf die Einführung von Sport nach Schlaganfall eingegangen.

7.5.1 Sinn und Zweck einer Selbsthilfegruppe

Eine Selbsthilfegruppe ist eine Gemeinschaft von Menschen, die mit einander ähnliche Erfahrungen oder auch Schwierigkeiten gemein haben. Die Gemeinsamkeiten bestehen auf Grund von Krankheiten und Problemen in bestimmten Lebensphasen. Wichtig ist zu wissen, dass sich alle Mitglieder in einer ähnlichen Lebenssituation befinden. In der Gruppe sind alle selbst betroffen. Selbstbetroffenheit kann auch Mit-Betroffenheit von Angehörigen einschließen.

Idee der Selbsthilfe ist es, dass sich Gleichbetroffene gegenseitig unterstützen. Im Gespräch können gemeinsam Lösungsansätze zur Bewältigung von Krankheit und Krisen entwickelt werden und der Austausch von Erfahrungen ermöglicht einen Wissenszuwachs über die eigene Krankheitssituation. Die regelmäßigen Treffen in der Gruppe sorgen dafür, dass eine häufig bestehende krankheitsbedingte soziale Isolation der Betroffenen durchbrochen und somit Lebensfreude und Motivation wieder hergestellt werden. Insbesondere nach einem Schlaganfall ist die Selbsthilfe ein wichtiger Baustein der Nachsorge, da dieser Menschen auf vielfältige Weise trifft. Er kann sowohl zu körperlichen als auch zu seelisch-geistigen Einschränkungen führen. Betroffene und Angehörige sehen sich nach dem Ereignis mit einer völlig neuen Lebenssituation konfrontiert, deren Bewältigung sie nicht selten vor scheinbar unlösbare Herausforderungen stellt.

Die Aktivitäten einer Selbsthilfegruppe sind sehr breit gefächert und variieren von Gruppe zu Gruppe. Neben den Gesprächen und dem „Beisammensein“ organisieren die Selbsthilfegruppen häufig Vorträge zu medizinischen Themen, Sozialberatung für ihre Mitglieder oder Ausflüge und längere Fahrten. Auch gemeinsamer Sport oder Gymnastik kann zu den Aktivitäten der Selbsthilfegruppen gehören.

Selbsthilfe funktioniert leider selten von allein. Die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe leistet daher „Hilfe zur Selbsthilfe“, um Gründungen von Gruppen anzustoßen und deren vielfältige Aktivitäten zu unterstützen. Derzeit unterstützt die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe fast 500 Selbsthilfegruppen in ganz Deutschland. Viele dieser Gruppen sind erst durch das Engagement der Stiftung entstanden.

7.5.2 Die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe

Die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe wurde 1993 unter der Schirmherrschaft von Liz Mohn, Gattin des Unternehmers und Gründers der Bertelsmann Stiftung Reinhard Mohn, nach einem persönlichen Erlebnis innerhalb ihrer Familie gegründet.

Unabhängig und gemeinwohlorientiert widmet sie sich ihrem Satzungsauftrag, Schlaganfälle zu verhindern und zur Verbesserung der Versorgung von Schlaganfall-Patienten beizutragen. Die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe versteht sich als primärer Ansprechpartner auf dem Gebiet der Gefäßerkrankungen mit dem Schwerpunkt Schlaganfall.

Das Leistungsangebot umfasst die Information, Aufklärung und Beratung, Unterstützung der Forschungsförderung und Fortbildung der medizinischen Berufe. Die Stiftung tritt für die Gesundheitsförderung sowie die Verbesserung der Prävention, Akutversorgung und der Rehabilitation des Schlaganfalls ein.

Mehr als 200 000 Menschen in Deutschland erleiden jährlich einen Schlaganfall, jeder Fünfte von ihnen stirbt unmittelbar an den Folgen. Viele bleiben arbeitsunfähig oder schwerbehindert. Jährlich könnten etwa 100 000 Schlaganfälle verhindert und das Leben von etwa 40 000 Menschen gerettet werden, wenn Warnsignale und Risikofaktoren ernst genommen und sofort geeignete Therapiemaßnahmen eingeleitet würden. Auch gesundheitspolitisch und volkswirtschaftlich ist der Schlaganfall ein gewaltiges Problem.

Die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe tritt für die Gesundheitsförderung und die Verbesserung der Prävention, der Akutversorgung und der Rehabilitation des Schlaganfalls ein. Auf nationaler und internationaler Ebene koordiniert sie Aktivitäten zum Thema Schlaganfall und vernetzt und fördert dabei insbesondere Modellvorhaben. Sie unterstützt Aktivitäten zur Qualitätssicherung und -verbesserung bei der Versorgung von Schlaganfall-Patienten, z.B. durch die flächendeckende Etablierung von Schlaganfallstationen und die Einrichtung einer durchgehenden Versorgungskette.

Die Arbeit der Stiftung orientiert sich in erster Linie an den Bedürfnissen der Betroffenen und ihrer Angehörigen, um Verständnis für ihre Situation zu schaffen. Dabei ist es wichtig, den Erfahrungsaustausch zu fördern. Indem ein vorbildliches Engagement bekannt gemacht wird, soll zum Nachahmen motiviert werden. Zudem werden eigene Projekte entwickelt und gestaltet sowie Projekte von Kooperationspartnern begleitet. Durch eine regelmäßige Evaluation der Stiftungsarbeit werden zudem eine kontinuierliche Verbesserung der Leistungen sowie ein verantwortungsvoller Umgang mit den finanziellen Ressourcen gesichert.

Zahlen, Daten und Fakten zum Schlaganfall, die die wichtige Arbeit der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe verdeutlichen:

- Über 200 000 Bundesbürger erleiden jährlich einen Schlaganfall.
- Der Schlaganfall ist die dritthäufigste Todesursache in Deutschland.
- Die Schlaganfallhäufigkeit steigt mit zunehmendem Lebensalter an. Im Jahr 2000 betrug der Anteil der über 65-Jährigen in Deutschland ca. 16 % der Gesamtbevölkerung. Im Jahr 2050 soll auf Grund demografischer Hochrechnungen der Anteil der über 65-Jährigen ca. 33 Prozent betragen.

Somit muss in den nächsten Jahrzehnten mit einem Anstieg der Schlaganfall-Häufigkeit gerechnet werden.

- 37 Prozent der Patienten sterben innerhalb des ersten Jahres nach dem Schlaganfall.
- 70 Prozent der Überlebenden bleiben langfristig behindert.
- 64 Prozent der überlebenden Patienten bleiben ein Jahr nach dem Schlaganfall pflegebedürftig – davon müssen ca. 15 Prozent in einer Pflegeeinrichtung versorgt werden.

7.5.3 Angebote in der Nähe

In Deutschland gibt es fast 500 Schlaganfall-Selbsthilfegruppen (Stand: Mai 2010), die über das gesamte Land verteilt sind. Ansprechpartner vor Ort können Sie entweder auf der Homepage der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe (www.schlaganfall-hilfe.de) oder direkt bei der Stiftung (Telefon: 01805 093093 (0,14 EUR/Min., Mobilfunk max. 0,42 EUR/Min.) Telefax: 01805 094094 E-Mail: info@schlaganfall-hilfe.de) erfragen.

7.5.4 Rehabilitationssport in der Selbsthilfegruppe

Etwa ein Fünftel aller Schlaganfall-Selbsthilfegruppen führt bereits Rehabilitationssport innerhalb der Gruppe durch. Die Durchführung erfolgt mit unterschiedlichen Partnern. Einige Gruppen arbeiten mit einem Behindertensportverein und speziell ausgebildeten Übungsleitern B Rehabilitationssport zusammen. Andere Gruppen haben einen Physiotherapeuten eingebunden oder machen dies komplett in Eigenregie. In den beiden letztgenannten Fällen handelt es sich um Angebote, die nicht über die Krankenkassen abrechnungsfähig sind.

Die Gründe dafür, dass in den meisten Schlaganfall-Selbsthilfegruppen kein Rehabilitationssport angeboten wird, sind sehr unterschiedlich. Zum einen schrecken viele Gruppen vor dem (angenommenen) organisatorischen Aufwand zurück. Zum zweiten werden viele Gruppen durch die Kosten abgeschreckt, die trotz der relativ geringen Höhe für viele Gruppenmitglieder nur schwer aufzubringen sind. Zum dritten gibt es teilweise Vorbehalte und Ängste gegenüber einer sportlichen Betätigung. Zum vierten scheitert die Durchführung mitunter an den fehlenden organisatorischen Rahmenbedingungen (keine Übungsleiter Rehabilitationssport vor Ort, keine geeigneten Räumlichkeiten, kein Behindertensportverein in der Nähe, der Rehabilitationssport für Schlaganfall-Betroffene anbietet, etc.). Zum fünften kann es schlichtweg die fehlende Kenntnis über die Möglichkeiten des Rehabilitationssports sein, die eine Durchführung innerhalb der Gruppe verhindern.

In jedem Fall lohnt sich ein Informationsaustausch der Selbsthilfegruppe mit einem (Behinderten-)Sportverein (bzw. einem Fachübungsleiter) über die Durchführung von Rehabilitationssport innerhalb der Selbsthilfegruppe. Dadurch können bestehende Wissenslücken und Hemmschwellen abgebaut und die organisatorischen Möglichkeiten zur Durchführung von Rehabilitationssport diskutiert werden. Eine gute Möglichkeit, den Rehabilitationssport in der Praxis kennen zu lernen, wäre die Durchführung einer Schnupperstunde innerhalb der Gruppe.

7.5.5 Sport außerhalb des organisierten Rehabilitationssports

Sport, Bewegungstraining oder Gruppengymnastik (die Bezeichnungen variieren) kann selbstverständlich jederzeit in Selbsthilfegruppen, in Rehakliniken, durch einen Therapeuten, im Fitnessstudio etc. durchgeführt werden. Eine Anbindung an einen Verein des organisierten Rehabilitationssports (Mitgliedsverein im Deutschen Behindertensportverband) ist dafür nicht erforderlich. Allerdings ist ohne die Anbindung an die Vereinsstruktur des organisierten Rehabilitationssports eine Abrechnung über die Krankenkassen nicht möglich.

8 Lokale Netzwerke im Rehabilitationssport nach Schlaganfall

Vernetzung ist in den heutigen Zeiten ein vielseitig verwendeter Begriff. Der Austausch verschiedenster Inhalte und Bedarfe auf der Basis unterschiedlichster technischer und/ oder humaner Formen gewinnt einen zunehmenden Raum in unserem alltäglichen Leben.

In einer Vielzahl der Fälle hatte die angestrebte Vernetzung ihren Ursprung in der Auseinandersetzung mit scheinbar unlösbaren Problemsituationen oder Herausforderungen. Netzwerke bündeln in der Regel die vielfältigen Interessen und Motivationen ihrer Teilnehmer und spiegeln deren Bedarfe, Wünsche, Vorstellungen etc. wider.

Auf der Bundes- und Landesebene existiert ein wirksames Netzwerk. In enger Form arbeiten hier die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe neben vielen anderen Strukturen u. a. im Bereich des Sports nach Schlaganfall mit dem Deutschen Behindertensportverband und seinen Landes- und Fachverbandsstrukturen zusammen.

Lokale Netzwerke sind sinnvoll!

Neben den genannten Strukturen auf der Bundes- und Landesebene und den im Aufbau befindlichen Strukturen auf regionaler Ebene machen Netzwerke auf lokaler Ebene ausdrücklich Sinn. Die vorhandenen Erfahrungen u. a. im Bereich des Sports im Allgemeinen und im Bereich des Sports für Menschen mit Behinderung im Speziellen stellt einen immensen Wert für die Menschen dar, die auf Grund ihrer direkten oder indirekten Betroffenheit einen entsprechenden Bedarf an Angeboten haben.

Die vorhandenen Erfahrungen bilden einen bedeutsamen Informations- und Wissenspool, aus dem die „neu Hinzukommenden“ schöpfen dürfen und sollen. Auf diesem Wege lassen sich enorme personelle und zeitliche Ressourcen einsparen und Wege gemeinsam schneller beschreiten.

8.1 Lokale Netzwerkpartner

Bei der Errichtung eines Netzwerkes sollte großer Wert auf ein breites Spektrum an Fachwissen und Erfahrung gelegt werden. Im Sinne der ganzheitlichen Sicht- und Arbeitsweisen können viele unterschiedliche Blickfelder ein positives Merkmal eines wirksamen Netzwerkes sein.

Nachfolgend genannte Personen- und Berufsgruppen, Institutionen und Strukturen können in ein wirksames Netzwerk eingebunden werden.

- Betroffene (direkt und indirekt)
- Sportvereine/ -gruppen des Deutschen Behindertensportverbandes und seiner Landes-/Fachverbände
- Übungsleiter B Rehabilitationssport (u. a. Neurologie)
- Fachärzte und Allgemeinmediziner

- Fachpersonal Krankenkassen
- Fachkliniken/ Krankenhäuser
- Sportwissenschaftler
- Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten
- Kurative Einrichtungen
- Pflegedienste
- Einrichtungen der Behindertenhilfe
- Sanitätshäuser
- Seniorennetzwerke
- Kommunale Strukturen (Ämter, Behörden, Beratungsstellen etc.)

Je mehr unterschiedliche Parteien an einem Netzwerk beteiligt sind, desto mannigfaltiger und größer sind der Erfahrungsschatz und die Kompetenz, auf die man zurückgreifen kann. Da es allerdings eine große Herausforderung darstellen kann, alle oder viele der genannten Institutionen „unter einen Hut“ zu bekommen, gelten folgende Empfehlungen:

Klein und Fein – der Anfang muss sein.

Größer und mehr – ergibt sich dann eher.

8.2 Zusammenarbeit verschiedener Fachpersonen – Ist das sinnvoll?

Die Zusammenarbeit verschiedener Fachpersonen (siehe Kapitel 7) bedeutet in jedem Fall die Erweiterung der Blickwinkel auf einen Sachverhalt. Dieses ist in der Regelung ausdrücklich mit einer Bündelung von Kompetenzen im Sinne eines Mehrwerts für Betroffene und Beteiligte verbunden.

Diese Bündelung kann sowohl auf lokaler Ebene als auch im besten Falle in räumlicher Form geschehen. Ein lokales Kompetenzzentrum „Schlaganfall“ würde dann sowohl die Möglichkeit der Durchführung von Bewegungs- und Sportangeboten beinhalten, als aber auch alle weiteren Kompetenzen beherbergen. Sicherlich ist vielerorts diese eher ein Traum oder Wunsch, allerdings werden in der Realität immer häufiger „Ärztelhäuser“ gebaut bzw. gestaltet, die den Grundgedanken der Bündelung von Kompetenzen an einem räumlichen Ort belegen. Wenn dann auch noch eine Sporthalle, Gymnastikräume etc. standortnah vorhanden sind, sind die Grundsteine eines hervorragenden Netzwerkes vorhanden.

Positiv in die Zukunft blickend kann man aber feststellen, dass annähernd an jedem Ort wichtige Bestandteile eines potentiellen Netzwerkes vorhanden sind. Auf der Grundlage eines ersten Schrittes gilt es, die Beteiligten zu einem Ganzen zusammen zu fügen und den weiteren Weg im Sinne der Betroffenen gemeinsam zu gehen.

8.3 Wer kann ein Netzwerk starten?

Derzeit bestehen in Deutschland fast 500 Selbsthilfegruppen, in denen sich direkt oder indirekt betroffene Menschen als bedeutsamen „Teils eines lokalen Netzwerkes“ in vielfältiger Weise austauschen und informieren. Die Bedarfe sind allerdings lang noch nicht abgedeckt. Somit stellt sich die berechnigte Frage, wer alles denn ein solches Netzwerk mit welchen Kompetenzen starten kann.

Jeder kann ein Netzwerk starten!

Jeder, der sich interessiert oder der Bedarfe hat, kann den Startschuss zur Errichtung eines Netzwerkes geben. Jeder kann somit auch ein Netzwerk zum Thema Sport nach Schlaganfall starten! Jeder kann der oder die Erste dabei sein, weitere Menschen, Institutionen und Vereine zu einer Gemeinschaft zusammen zu holen, um sich dann gemeinsam auszutauschen, zu planen, zu organisieren und regelmäßige Angebote bereit zu halten.

8.4 Informationsbeschaffung

Informationen über potentielle Partner für lokale Netzwerke (Ansprechpartner/ Adressen etc.) lassen sich auf unterschiedliche Weise gewinnen. Sofern lokal keine Selbsthilfegruppen vorhanden sind, können folgende Wege beschnitten werden:

- Nachfrage bei Bundes- und/oder Landesstrukturen (z.B. SDSH, Landes- und Fachverbände des DBS)
- Nachfrage bei kommunalen Beratungsstellen (Behörden/ Krankenkassen/ Stadtsporbund)
- Nachfrage in Akut- und/oder Reha-Einrichtungen
- Recherche Telefonbücher/ „Gelbe Seiten“
- Recherche Internet

8.5 Netzwerkpflge

Grundlage eines funktionierenden Netzwerkes stellt eine regelmäßige Kommunikation dar. Ein fortwährender Austausch in Form von gemeinsamen Sitzungen, der Durchführung von Informationsveranstaltungen, der Gestaltung interner Fort- und Weiterbildungen und/ oder möglicher Ausbildungen (z. B. Übungsleiter B Rehabilitationssport „Neurologie“) kann ein Teil wichtiger Inhalte der Netzwerkarbeit sein.

Darüber hinaus erscheint es des Weiteren wichtig, Informationen für Interessierte und Betroffene z. B. in Form von Flyern, Broschüren etc. vorzuhalten oder auf einer Internetseite zu präsentieren.

Sofern möglich, ist die Einrichtung temporärer oder dauerhafter Beratungszeiten als Möglichkeit der persönlichen Ansprache erstrebenswert. Wenn diese dann auch noch an Stellen mit großem Publikumsverkehr (Kliniken, Krankenhäuser, Behörden, Einkaufszonen etc.) eingerichtet werden kann, wäre dieses im Sinne einer Zugangserleichterung und der öffentlichen Wahrnehmung von Vorteil.

8.6 Best-practice-Modelle

Bundesweit haben schon viele Menschen den Schritt gewagt, Netzwerke auf lokaler Ebene zu bilden. Diese positiven Beispiele sollen uns motivieren, selbiges zu versuchen.

- Schlaganfall-Netzwerk Heidelberg (www.schlaganfall-netzwerk-heidelberg.de)
Sehr gut strukturiertes Netzwerk unterschiedlichster Kompetenzen auf der lokalen Ebene. Verortet im Amt für Sport und Gesundheitsförderung der Stadt Heidelberg.
- Neurologisches Zentrum Niedersachsen (www.dbkg.de)
Über die Interessen der lokalen Klinik hinaus, werden am Standort Bad Essen (und in die Region wirkend) gemeinsam mit lokalen Partnern u. a. Angebote für Betroffene im Bereich Sport nach Schlaganfall gestaltet.

8.7 Statements von Selbsthilfegruppen, Sportvereinen, Betroffenen

Welche Sportart für Schlaganfall-Patienten die richtige ist, ist individuell sehr unterschiedlich und hängt neben der körperlichen Konstitution auch von den sportlichen Erfahrungen ab, die Patienten vor dem Schlaganfall machten.

8.7.1 Erfahrungsberichte mit verschiedenen Sportarten

Die folgenden Beispiele verdeutlichen die Vielfalt der Möglichkeiten und machen deutlich, wie individuell auf die Interessen und Fähigkeiten der Betroffenen eingegangen werden kann.

a) Marathonlauf trotz Schlaganfall

Der ehemalige Lehrer und Schulpsychologe Matthias Oles erlitt 1999, im Alter von 51 Jahren einen Schlaganfall. „Damals war ich fast tot“, erinnert sich Oles. In der Reha nahm Oles 15 Kilo ab und begann anschließend mit dem Laufen. „Das habe ich schon immer gern getan“, sagt er und erinnert sich an seine Sprints als jugendlicher Fußballstürmer, mit denen er zahlreiche Bälle erfolgreich ins Tor transportierte. Mittlerweile ist der 60-Jährige mehrere Marathons gelaufen. Darunter auch den Hamburg- und den New York-Marathon. Und es werden noch weitere folgen, da ist sich Matthias Oles sicher. „Denn beim Laufen“, sagt er, „bin ich einfach wahnsinnig glücklich.“

b) Tischtennis nach Schlaganfall

Ebenso wie für den Marathonläufer Oles ist auch für den begeisterten Tischtennispieler Manfred Przybilla (59) die Mitgliedschaft im Sportverein sehr wichtig. „Es ist einfach schön, mit den Vereinskameraden vom TSV Bielefeld zu laufen und sich über gemeinsame Erfolge zu freuen“, sagt Oles. Und Manfred Przybilla meint: „Mein Leben wäre anders verlaufen, wenn ich nicht vor vielen Jahren in den DJK Avenwedde eingetreten wäre.“ Seit 1967 engagiert er sich dort in der Vorstandsarbeit und als Trainer. 1990 wurde er zum 1. Vorstand gewählt. Daran hat sich auch nach seinem Schlaganfall vor vier Jahren nichts geändert. Obwohl er einige Zeit etwas kürzer treten musste, ist er nun wieder an der Vereinsspitze mit dabei. „Meine Vereinskameraden haben mir in den letzten Jahren mindestens so viel zurückgegeben, wie ich zuvor in den Verein investiert habe. Und ich konnte es guten

Gewissens annehmen“, freut sich der leidenschaftliche Tischtennispieler, der in kleinen, aber zielstrebigem Schritten auch zum aktiven Sport zurück fand. Schon im Krankenhaus und in der Reha versuchte er mit sportlichen Übungen voran zu kommen. „Es war einfach mein großer Traum, bald wieder an der Platte zu stehen“, sagt Przybilla. Das Tischtennis-Training, das er gleich im Anschluss an die Reha unter ärztlicher Betreuung wieder aufnahm, half ihm, seine motorischen Fähigkeiten kontinuierlich zu verbessern. „Tischtennis fördert die Koordination zwischen Hirn, Hand und Fuß“, sagt Przybilla. Heute sagt er rückblickend: „Es war für meine Genesung unheimlich wichtig, dass ich eine Vorgeschichte, einen Aufhänger hatte in Sachen Sport. Sport trägt auch dazu bei, dass die Vereinskameraden im Notfall plötzliche richtige Freunde sind, die sich nicht zurückziehen. Und man hat ein Ziel vor Augen, das man erreichen will.“

c) Bogenschießen für Schlaganfall-Betroffene

Allerdings muss es nicht unbedingt ein Verein sein. Auch eine Selbsthilfegruppe, Freunde oder die eigene Familie können Schlaganfall-Patienten helfen, alte sportliche Leidenschaften wieder aufleben zu lassen oder neue zu entdecken. So hat zum Beispiel die Schlaganfall-Selbsthilfegruppe Straubing/Mallersdorf unter Leitung von Hans Inkoferer das Bogenschießen für sich entdeckt. Eine erste Hilfestellung dazu gab der Bogenschütze Rainer Pasta aus dem benachbarten Labertal. Ihm war bekannt, dass Bogenschießen für Menschen mit Handicap und insbesondere für Schlaganfall-Patienten durchaus therapeutischen Wert besitzt. Und so begann er, Kurse im traditionellen Bogenschießen anzubieten, das im Gegensatz zum olympischen Bogenschießen auf eine Zieleinrichtung verzichtet. „Das traditionelle Bogenschießen funktioniert wie Ballwerfen“, sagt Pasta. „Man schaut sich das Ziel an und konzentriert sich darauf, es zu treffen. Das hat viel mit Meditation zu tun und fördert den Informationsfluss zwischen Körper und Geist.“ „Beim Zielen“, weiß auch Hans Inkoferer von der Selbsthilfegruppe, „wird die Steuerung durch den Kopf gefördert und verbessert. Die Verbindung zwischen Kopf und Hand wird wieder hergestellt.“ Durch die Tatsache, dass viele Mitglieder der Selbsthilfegruppe am Anfang etwas ängstlich mit dem Bogen umgingen, ließ sich Inkoferer nicht entmutigen und lag damit richtig: „Nach einer Stunde wollte keiner mehr den Bogen aus der Hand legen.“

„Es sind die Glücksgefühle, die den Sport neben seiner therapieergänzenden Wirkung so wichtig und wertvoll machen“, erklärt Professor Heitkamp. Sport macht uns nicht nur stärker, sondern durch die Ausschüttung von Endorphinen und Serotoninen, den so genannten „Glückshormonen“, auch zufriedener und selbstbewusster. Außerdem stärkt Sport die soziale Integration. „Wenn man es erst einmal geschafft hat, die Patienten aus ihrem Schneckenhaus herauszulocken und zum Mitmachen zu bewegen, hat man schon viel geschafft“, weiß Heitkamp. Dass Gruppenzugehörigkeit und Bewegung gut tun, sieht der Sportmediziner auch am Beispiel der Schlaganfall-Sportgruppe der Uniklinik Tübingen: „Viele Patienten kommen schon seit fünf oder sechs Jahren zu uns.“ Zwar stehe im Klinikum die weitere Verbesserung der motorischen Fähigkeiten im Vordergrund, meint Heitkamp, ein „Flow-Erlebnis“ sei aber für alle Schlaganfall-Patienten ergänzend zur Therapie in sämtlichen Sportarten zu erreichen, die nicht zu heftig betrieben werden und Spaß machen. Ganz gleich ob das nun – je nach individuellen Neigungen – Laufen, Reiten, Tennis, Yoga oder Tanzen sei. Unter einem Flow-Erlebnis versteht man in der Psychologie das lustbetonte Aufgehen in einer Tätigkeit, die mit einer optimalen Synchronisation von Herzschlag, Atmung und Blutdruck einhergeht und in ein Gefühl

der vollkommenen Harmonie zwischen Körper und Geist mündet. Also raus aus dem Schneckenhaus und rein ins sportliche Glück!

d) Tanzsport - Salsa gibt Schlaganfall-Patienten neues Lebensgefühl

Von: Sibylle Reiter

Tanzen ist gut für Schlaganfall-Patienten – es verbessert nicht nur Körperhaltung, Gleichgewicht, Fitness oder löst Verspannung und unangemessene Bewegungsmuster auf, sondern aktiviert auch Selbstheilungskräfte. Tanzen verbessert das Lebensgefühl ganz allgemein. Aber ist auch ein relativ schneller Tanz wie Salsa für Schlaganfall-Patienten geeignet? Ja – und die Saarbrücker Selbsthilfegruppe beweist es! Wie die Salsa-Musik ist auch der dazugehörige Tanz eine Verbindung europäischer und afro-karibischer Stile. Französische und spanische Kolonialherren brachten diese Tänze ihrer Heimat in die Karibik. Von dort verbreitete sich der Tanzstil auch in die USA. Dort wurde er in den 1970er Jahren sehr populär und die verschiedensten Stilrichtungen bildeten sich heraus. Allen ist gemeinsam: Salsa wird im 4/4-Takt getanzt und mit bis zu 60 Takten pro Minute – ein schneller Tanz. Salsa kann allein, zu zweit oder in der Gruppe getanzt werden und eignet sich daher hervorragend für Schlaganfall-Betroffene. Anfang 2008 hat die Saarbrücker Schlaganfall-Selbsthilfegruppe mit viel Erfolg ein Tanzprojekt gestartet. Das lag nahe, denn Ingo Kroker, der Vorsitzende des auch für die Saarbrücker zuständigen saarländischen Landesverbandes Aphasie, hat selbst über zehn Jahre lang Turnier getanzt.

„Will man eine Tanzgruppe mit Betroffenen zusammenstellen, lassen sich leider nicht alle Gruppenmitglieder integrieren“, weiß Ingo Kroker. Manche lehnen das von vornherein ab, andere sind überfordert, wie z.B. Rollstuhlfahrer. Hier bieten sich andere Tanzformen an wie z.B. Sitztänze. Entscheidend ist jedoch, dass der Betroffene den Willen zum Tanzen hat und mit Freude dabei ist. Natürlich geht es bei Schlaganfall-Betroffenen etwas langsamer mit dem Erlernen der Schritte, aber viele Teilnehmer sind doch erstaunt, wie gut sie wieder tanzen können. Ingo Kroker empfiehlt aus eigener Erfahrung eine Tanzstunde von 45 bis 60 Minuten pro Woche oder alle zwei Wochen.

Und so läuft eine Tanzstunde in Saarbrücken ab: Als Einführung lassen die Teilnehmer die Musik auf sich einwirken, beginnen langsam mit Bewegungen des Kopfs, der Arme, des Rumpfs und der Beine. Die nächste Aufgabe: langsames Bewegen zur Musik im Raum mit Halten des Gleichgewichts. Dann wird die Gruppe geteilt. Die erste Gruppe übt die verschiedenen Grundschriffe – zuerst ohne Musik, dann beginnend in langsamem Tempo, etwa mit Rumba oder Tango. Die zweite Gruppe hat während dieser Zeit Beobachterstatus, ist erst nach etwa 15 Minuten an der Reihe. „Diese Pause ist sinnvoll“, sagt Ingo Kroker, „denn Tanzen findet nicht nur in den Beinen, sondern auch im Kopf statt. Der Betroffene muss verstärkt auf seine Bewegung achten und gleichzeitig seine ganze Konzentration auf Takt, Rhythmus und seinen Partner bzw. den Tanzlehrer richten.“ Immer wieder werden die Teilnehmer zu einer aufrechten Haltung und einem nach oben gerichteten Blick angehalten. Durch entsprechende Atemübungen können Anspannungen und Verkrampfungen reduziert werden. Und es darf gelächelt werden. Nach und nach geht es dann in „heißere“ Salsa-Rhythmen über.

Egal, welche Richtung Sie tanzen, ob Salsa, Samba, Rumba, Tango, orientalischer Bauchtanz, Standardtänze oder Capoeira* – wichtig ist die Freude an der Bewegung,

am Rhythmus der Musik – Tanzen macht einfach locker und fröhlich, und sicher ist: Eine Stunde Bewegung zu fetziger Salsa-Musik macht den Tag schöner.

Weitere Informationen:

familie-kroker@t-online.de, Tel.: 0681/897242

*Rhythmus in der Schlaganfall-Sportgruppe – Einsatz und Wirkung brasilianischer Rhythmen am Beispiel der Capoeira“, in: Sport nach Schlaganfall, Hrsg. Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe, Köln 2005, Sport & Buch Strauß, ISBN 3-89001-226-4, 16,80 Euro

e) Wassergymnastik nach Schlaganfall – Interview mit einer Übungsleiterin

Von: Clemens Betting/ Christine Wache

Bewegung im Wasser, Wassergymnastik für Schlaganfallbetroffene, muss von vielen noch entdeckt werden. Die, die es bereits praktizieren, schwärmen: Bewegungen, die an Land nicht mehr möglich sind, ergeben sich im Wasser von fast ganz allein! Was ist das »Geheimnis« des Erfolgs bei der Wassergymnastik? Wir fragten eine Frau aus der Praxis: Frau Christine Wache aus Ratingen bei Düsseldorf trainiert schon seit einigen Jahren eine Schlaganfallgruppe im Wasser.

Frau Wache, Sie haben über einige Jahre Erfahrungen in der Wassergymnastik gesammelt. Was haben Sie dabei erlebt?

Die Teilnehmer merken, dass die Bewegungen im Wasser deutlich leichter fallen als »an Land«. Nach anfänglicher Unsicherheit und ggfl. mit Hilfestellung kann man gut beobachten, dass die Teilnehmer sicherer werden und die Freude an der Bewegung steigt. Der Auftrieb des Wassers und die angenehme Temperatur regen die Teilnehmer an, sich zu bewegen und in der Gruppe gemeinsam Spaß zu haben.

Bei welchen Ausprägungen des Schlaganfalls ist Wassergymnastik besonders empfehlenswert?

Grundsätzlich gilt, dass alle, die von ihrem Arzt eine Empfehlung für die Wassergymnastik erhalten haben, an der Wassergymnastik auch teilnehmen können. In meiner Gruppe ist eine Voraussetzung zur Teilnahme, dass man selbst noch einige Schritte gehen kann und der Betroffene in der Lage ist, sein Gleichgewicht zu halten.

Können sie kurz schildern, wie eine Übungseinheit in der Wassergymnastik abläuft?

Wie bei jedem Sport beginnt auch die Wassergymnastik mit einer Erwärmung der Muskulatur. Wie in jedem Sport darf man ja nicht gleich von 0 auf 100 starten. Das macht der Kreislauf nicht mit. Nach der Erwärmungsphase bewegen wir spielerisch alle Gelenke durch, was im Wasser ja viel einfacher geht. Wichtig sind dann Gleichgewichtsübungen, die wir mit verschiedenen Hilfsmitteln durchführen, besonders mit den so genannten Poolnudeln: Das sind lange Schaumstoffwürste, die sich für die verschiedensten Übungen bestens eignen, Dann geht es weiter mit Koordinations- und Kräftigungsübungen. Hierfür gibt es eine ganze Reihe von Spielen, die allen Spaß machen. Wichtig sind kleine Pausen zwischendurch und zum Ende der Wassergymnastik eine längere Entspannungsphase mit Musik, die die Teilnehmer mit und ohne Hilfe sehr genießen.

Gibt es Patienten, die auf Wassergymnastik eher verzichten sollten?

Eine ärztliche Empfehlung ist in jedem Fall notwendig und Voraussetzung für die Teilnahme.

Wie müssen die Rahmenbedingungen für die Wassergymnastik gestaltet sein?

Zunächst muss ein qualifizierter Fachübungsleiter vorhanden sein, also jemand, der für diese Aufgabe ausgebildet ist. Günstig ist, wenn die Wassergymnastik in einem Therapiebecken stattfindet, die es vielfach in Krankenhäusern oder manchmal auch in größeren Therapiepraxen gibt. Warmbadetage in öffentlichen Hallenbädern sind da eher eine Notlösung. Die Temperatur des Wassers sollte 32°C haben, die Tiefe sollte brust- bzw. schulertief sein. Die Größe der Gruppe sollte ca. zehn Leute nicht unbedingt überschreiten. Wir haben gute Erfahrungen damit gemacht, dass wir unsere Gruppe mit zwei Fachübungsleitern begleiten. Da kann man sich die Aufgabe etwas aufteilen und sich noch mehr um die Teilnehmer kümmern.

Damit sich der gewünschte Effekt des Sportes einstellt: Wie oft muss man Wassergymnastik betreiben?

Wie bei allem Sport gilt auch hier: eine möglichst engmaschige Regelmäßigkeit. Optimal

ist 3-mal pro Woche Sport zu treiben, wobei einmal die Wassergymnastik dran ist.

Muss man schwimmen können, um an der Wassergymnastik teilnehmen zu können?

Nein. Für die Übungen im Wasser ist Schwimmen nicht Voraussetzung. Ich merke aber, dass die Teilnehmer, die vor Ihrem Schlaganfall schwimmen konnten, sich besonders herausgefordert fühlen. Wer es aber geschafft hat, einige Schwimmszüge selbst zu machen vielleicht mit Hilfestellung erlebt einen riesigen persönlichen Erfolg! Das Selbstwertgefühl steigt.

Was ist, wenn im Wasser plötzlich eine Spastik einschließt?

Normalerweise wissen die Teilnehmer selbst sehr gut, wie sie mit Ihrer Spastik umgehen müssen. In besonderen Fällen ist es natürlich gut, dass wir als Fachübungsleiter bei der Wassergymnastik zu zweit sind. Jetzt kann einer von uns gezielt helfen.

Können Angehörige bei diesem Angebot mitmachen?

Es ist sehr wünschenswert, wenn Angehörige mitmachen. Sie können unter Anleitung gut Hilfestellung leisten. In unserer Gruppe sind sie herzlich willkommen.

Wer bietet Wassergymnastik an? Wo bekomme ich weitere Informationen?

Die örtlichen Behindertensportvereine geben sicherlich Auskunft darüber, wo in der näheren Umgebung ein solches Angebot vorgehalten wird. Leider ist dieses Angebot noch nicht so verbreitet, dass hier die Wege für die Teilnehmer kurz sind. Man kann jedoch auch über die Landesverbände des Deutschen Behindertensportverbandes nachfragen. Hier bekommt man sicherlich rasch Auskunft.

8.7.2 Erfahrungen von Betroffenen und deren Angehörigen zu Sport nach Schlaganfall

a) Manfred Pollesche, 67, Angehöriger

"Zum Sport nach Schlaganfall ist meine Frau durch eine Bekannte gekommen. Das herausragende am Sport ist erst mal das Erlebnis in der Gruppe - man trifft sich regelmäßig. Zudem wird hier immer etwas für die Bewegung getan - und ohne irgendeine Gymnastik geht es auch nicht. Kleinere Übungen die hier gemacht werden, kann man zu Hause wiederholen. Meine Frau hat seit ihrem Schlaganfall immer weitere Fortschritte gemacht. Ich habe den Eindruck, dass der Sport - zusammen mit der Krankengymnastik und der Ergotherapie - dazu beigetragen hat."

b) Luise Majewski, 77, Betroffene

"Vor allem am Anfang hat mir gefallen, dass man mit Gleichbetroffenen zusammen kommt. Sie wissen wovon man spricht - man kann mit ihnen Erfahrungen austauschen. Ich finde, das ist schon so viel wert. Außerdem ist es hier manchmal ganz lustig - und das ist ja auch schön. Körperlich bringt der Sport natürlich auch etwas. Ich habe den Eindruck, dass ich dadurch lockerer werde. Aber: Man muss natürlich zu Hause auch etwas tun. Dazu bekommt man hier gute Anregungen."

c) Herbert Pollmeier, 68, Betroffener

"Ich bin durch einen Artikel in der Zeitung auf den Sport nach Schlaganfall aufmerksam geworden. Seit einem Jahr bin ich hier. Besonders gut gefällt mir die Gemeinschaft. Wichtig ist für mich auch, dass es nicht zu anstrengend ist. Als ich hier anfang, saß ich noch im Rollstuhl. Ich hatte Angst und dachte: 'Das schaffst du nicht'. Aber es ist doch ganz einfach, macht richtig Spaß und hat mir körperlich viel gebracht."

d) Edith Pollmeier, 69, Angehörige

"Ich glaube, es ist für die Psyche ganz wichtig, dass man hier mit anderen Betroffenen zusammen kommt, sieht wie sie mit Ihrer Erkrankung umgehen. Da bekommt man Zuversicht. Mein Mann war nach seinem Schlaganfall sehr stark betroffen - wir haben zwei Jahre gebraucht bis er hierhin konnte. Heute sind die Fortschritte, die er macht, natürlich nicht mehr so groß wie am Anfang. Aber: Er macht immer noch kleine Fortschritte. Und wir sind dankbar, dass wir die Reha-Maßnahmen noch nutzen können."

e) Bernhard Broer, 62, Betroffener

"Ich bin schon seit einigen Jahren hier in der Gruppe. Mir gefällt im Allgemeinen alles. Dass man sich bewegen kann, dass man sich in der Gruppe trifft."

f) Elisabeth Brüggershemke, 64, Betroffene

"Das Besondere am Sport nach Schlaganfall ist erst mal die Gemeinschaft. Wir lachen viel, wir üben zusammen. Wir sind einfach zusammen. Ich würde was vermissen, wenn ich die Gruppe nicht hätte. Ich gehe zwar nicht regelmäßig, aber wenn ich kann, gehe ich hin. Das hier ist spielerischer als die Rehabilitation zum Beispiel durch die Krankengymnastik."

8.7.3 Allgemeine Erfahrungsberichte zum Sport nach Schlaganfall

a) Sport nach Schlaganfall - Ein neues Erfolgsrezept?

Von: Clemens Betting

Seit einiger Zeit hat die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe ihre Bemühungen, Sport nach Schlaganfall zu etablieren, deutlich intensiviert. In Zusammenarbeit mit dem Deutschen Behinderten Sportverband (DBS), mit Ärzten und Therapeuten wurde ein Programm für Schlaganfall-Betroffene erarbeitet. Das Sportprogramm soll Schlaganfall-Betroffenen Anreize geben, vorbeugend oder sogar besonders nach erlittenem Schlaganfall Sport zu treiben. Über den DBS wurden mittlerweile einige hundert so genannte »Qualifizierte Fachübungsleiter« ausgebildet, die durch ihre intensive Ausbildung für hohe Qualität dieses Angebotes sorgen. Viele Schlaganfall-Sportgruppen sind in der letzten Zeit gegründet worden.

Doch was ist das »Erfolgsgeheimnis« dieses neuen Angebotes? Um hier keine falschen Erwartungen aufkommen zu lassen: Sport nach Schlaganfall ist kein Jungbrunnen, der den Schlaganfall ungeschehen macht. Sport ist jedoch ein erprobtes Mittel, mit den vielfältigen Ausprägungen dieser Krankheit besser umgehen zu können. Kurzum: Es ist ein Weg in eine neue Normalität. Ein Beispiel, das die Wirkungsweise von Sport nach Schlaganfall deutlich macht: Herbert K. hatte einen Schlaganfall. Er ist gehfähig, spürt aber noch Lähmungen am Arm. Sein Sprachzentrum ist betroffen, was sich in einer verwaschenen Sprache ausdrückt. Auch seine Merkfähigkeit hat seit dem Ereignis etwas nachgelassen. Manchmal beschleichen ihn resignative und depressive Gedanken. Durch den Sport lernt Herbert K., spielerisch mit seinen Handicaps umzugehen: Spezielle Bewegungsübungen verbessern die Koordination der Arm- und Handbewegungen, was die Selbstständigkeit und Sicherheit im Alltag erhöht. Auf kognitiver Ebene profitiert unser Teilnehmer davon, indem er bestimmte Gedächtnisinhalte besser speichern und abrufen kann.

Nicht zu unterschätzen ist der emotionale Gewinn, den unser Patient durch die Teilnahme am Sport nach Schlaganfall erfährt. Das Training findet immer in einer Gruppe statt. Begegnung und Austausch ergeben sich hier automatisch. Vielfach werden Freundschaften geschlossen, die über die Sportstunde hinausgehen. Isolation, die von vielen Schlaganfall-Patienten beklagt wird, hat hier die Chance, überwunden zu werden. Um möglichst vielen Schlaganfall-Patienten die Sportidee nahe zu bringen, lädt die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe Interessierte zu so genannten Schnuppertagen ein: Hier kann man an einem Tag »an Leib und Seele« erfahren, was Sport nach dem Schlaganfall bewirken möchte und sehr viel über die Hintergründe und Trainingsmethoden. Wer Lust hat, kann einzelne Übungen auch sofort ausprobieren.

b) Meine größte sportliche Genugtuung - Ein Erfahrungsbericht

Von: Anton Niedermayr

Im Februar 2001 erlitt ich, obwohl Ausdauersportler und Nichtraucher, mit 56 Jahren einen lebensgefährlichen Gehirnschlag, den ich nur durch meine ausgezeichnete Kondition überlebte. In der Folge lag ich ca. fünf Wochen lang im Koma und musste eine lebensgefährliche Kopfoperation über mich ergehen lassen. Während meiner Erkrankung lobten die Ärzte immer wieder meine überdurchschnittliche Kondition, also waren meine sportlichen Aktivitäten nicht umsonst gewesen. Diese brutale Krankheit erforderte einen ununterbrochenen Klinikaufenthalt von acht Monaten, der neben den schweren Gehirn- und dadurch bedingten körperlichen Defiziten natürlich

auch meine Kondition und Leistungsfähigkeit auf einen gewaltigen Tiefpunkt brachte. Als ich nach Hause zurückgekehrt erfuhr, dass die TG Biberbach eine »Sportgruppe nach Schlaganfall« anbieten wolle, wagte ich kaum zu glauben: Ich würde mich, wenn auch eingeschränkt, wieder sportlich betätigen können.

Neuer Lebensmut durch Sport nach Schlaganfall

Zunächst hatte ich große Bedenken, ob ich überhaupt teilnehmen könnte. Doch bei der ersten Informationsveranstaltung in der Kreisklinik Biberach traf ich auf äußerst einfühlsame Ärzte und Therapeuten aus REHA-Sportgruppen, die meine Bedenken zerstreuten und mich von einer Teilnahme überzeugten. Auch einige anwesende Mitglieder der Schlaganfall- Selbsthilfegruppe Burgrieden konnten sich überwinden und trugen sich in die Teilnehmerliste ein. Mit nicht zu geringem Herzklopfen fanden sich dann zehn »Männlein« zum ersten Gruppenabend am 21. September 2004 in der Schwarzbachschule ein. Das Herzklopfen war aber gleich wieder verschwunden, als uns die kompetente, sympathische und erfrischende TG-Übungsleiterin Sieglinde Wilczek-Cohn begrüßte und zur Auflockerung sofort mit einer netten Vorstellungsrunde begann. Übungen zum Hirnleistungstraining und einfache gymnastische Übungen lösten sich zwanglos ab und brachten sofort eine prima Motivation in die Gruppe. Seit diesem Abend sind die Gruppenmitglieder fast immer vollzählig anwesend. Das Alter der Teilnehmer liegt zwischen 40 und 76 Jahren. Ganz herzlichen Dank gilt der TG Biberbach, dass sie uns in dieser tollen Weise aufgenommen hat!

c) In Berlin treffen sich einmal die Woche Schlaganfall-Betroffene zum Sport

Von Oliver Numrich

Inge Hartwig reckt sich nach den bunten Ballons, die durch die Luft wirbeln und einer nach dem anderen zu Boden sinken. Fast kriegt sie einen gelben zu fassen, da schnappt ihr den ein Sportsfreund mit längeren Armen vor der Nase weg: »Pech gehabt!«, sagt er mit gespielter Gehässigkeit. Doch die 52-Jährige, die schon im Alter von 19 Jahren einen Schlaganfall erlitt, nimmt es sportlich und hechtet stattdessen einem grünen Luftballon hinterher. Weil ihr linkes Bein nicht so beweglich ist wie das rechte, fällt ihr das Laufen schwer, ihr Gang ist schwankend und ungleichmäßig. Trotzdem erwischt sie den Ballon kurz bevor er den Boden berührt.

»Ich bin schon oft hingefallen«, sagt Hartwig, »und trotzdem nehme ich an allen Übungen teil – man muss ja etwas tun.« Wie wichtig es ist, nach einem Schlaganfall regelmäßig Sport zu treiben, hat Inge Hartwig am eigenen Leib erfahren. Am 6. September 1974, Hartwig lebte damals im sachsen-anhaltinischen Halle an der Saale, platzte die kleine Ausbuchtung einer Blutgefäßwand in ihrem Kopf. Der jungen Frau wurde schwindelig, sie kam ins Krankenhaus, doch die Ärzte erkannten nicht die Ursache. »Weil ich so jung war, kamen die überhaupt nicht darauf, dass es ein Schlaganfall sein könnte«, erinnert sich Hartwig. Die Gehirnblutung hat zu einer weitreichenden Lähmung der linken Körperhälfte geführt, trotzdem wurde drei Jahre nach dem Schlaganfall die Krankengymnastik eingestellt. »Man sagte mir, was nach drei Jahren nicht wiederkommt, kommt nie wieder.« Daraufhin schwindet sämtliches Muskelgewebe der einen Körperseite, und in den folgenden Jahren verfällt Hartwigs linke Körperhälfte, bis nur noch Haut und Knochen übrig sind. »Ich habe mich in dieser Zeit nur noch auf die rechte, auf die gute Seite konzentriert«, sagt sie mit nervöser Stimme, »ich habe meine linke Schulter überhaupt nicht mehr gesehen!« Als könnte sie ihr Schicksal selbst nicht fassen, schüttelt sie den Kopf: »25 Jahre

lang war meine linke Seite wie gelöscht in meinem Kopf! Da darf ich gar nicht drüber nachdenken ...!« Erst nach der Wiedervereinigung beginnt Hartwig erneut mit Krankengymnastik, Ergotherapie und Sport in der Schlaganfall-Gruppe. Endlich kann sie die Muskeln, die teilweise funktionieren, wieder aufbauen und Gespür in der linken Körperhälfte zurückerlangen. »Ich habe meine Mitte wiedergefunden«, sagt sie heute stolz, »ich fühle mich endlich wieder wie ein ganz normaler Mensch!« Neben Hartwig gehören noch sieben weitere Schlaganfall-Betroffene zu den regelmäßigen Teilnehmern der Sportgruppe des Landesselbsthilfeverbands Schlaganfall-, Aphasiabetroffener und gleichartig Behinderter Berlin e. V..

Jeden Mittwoch treffen sie sich in einem Rehasentrum in Berlin-Mitte, in dem ihnen neben einer Turnhalle auch Ergometer und einmal im Monat das Schwimmbad zur Verfügung stehen. Und natürlich die Cafeteria im Innenhof, in der sie sich schon eine Stunde vor dem Training treffen, um sich bei einem Kaffee auszutauschen. Marianne Lange, Studentin der Sportwissenschaften mit Fachrichtung Rehabilitation/Prävention im achten Semester, trinkt lieber Wasser. Sie leitet seit gut einem Jahr die agile Gemeinschaft. »Ich habe mich ganz langsam an die Gruppe herangetastet«, sagt die junge Trainerin, »schließlich musste ich ja erst mal sehen, was mit ihnen geht und was nicht.« Besonders wichtig ist ihr, die Koordinationsfähigkeit der Teilnehmer zu erhalten und kognitive Fähigkeiten wie Orientierung im Raum und Sprachvermögen zu verbessern. Dazu baut sie Denksportaufgaben in die Sportübungen ein. So sind etwa auf die Luftballons die Begriffe Blume, Haus und Auto geschrieben und entsprechende Symbole aufgemalt. Die Teilnehmer müssen nach dem Auffangen der Ballons die Worte den richtigen Bildern zuordnen und entsprechende Pärchen bilden. Anschließend sollen sie Sätze mit den Begriffen bilden und schließlich eine Geschichte daraus erzählen, in der alle Begriffe vorkommen. Trotz ihres Studiums musste Lange eine spezielle Fortbildung besuchen, bevor sie die Gruppe anleiten durfte, denn Menschen mit Schlaganfall müssen beim Sport besonders betreut werden. Die Fortbildungen orientieren sich dabei in der Regel an Fachbüchern wie dem von der Schlaganfall-Hilfe herausgegebenen Ratgeber »Sport nach Schlaganfall«, in dem die notwendigen Voraussetzungen und die therapeutischen Ziele von Sport für Schlaganfall-Betroffene genau beschrieben werden.

Allerdings verläuft jeder Schlaganfall anders und führt zu unterschiedlichen Beeinträchtigungen. Deshalb muss das Training immer individuell darauf abgestimmt werden, was die einzelnen Teilnehmer können. »Es gibt da kein Patentrezept und keine Übungsabfolge, die für alle gelten«, meint Lange. Nur eins ist sicher: Ganz falsch ist es, gar nichts zu tun. »Bewegung und Sport lohnen sich immer, ich selbst bin das beste Beispiel«, bekräftigt Inge Hartwig und sprintet wieder dem grünen Luftballon hinterher, auf den Trainerin Lange eine kleine Sonnenblume gemalt hat.

9 FAQ

9.1 Sportart

a) Welche Sportart ist für Schlaganfall-Patienten die richtige?

Diese Frage ist nicht eindeutig zu beantworten. Da es Rehabilitationssport sowohl im Wasser als auch an Land gibt, wäre diese Frage als erstes zu klären – was möchte oder kann der Betroffene? Um eine geeignete Gruppe zu finden sollten Gespräche mit dem Arzt sowie dem Verantwortlichen für den Rehabilitationssport (z. B. Übungsleiter) geführt werden. Ein Anamnesebogen, der hilfreich sein kann, ist in Kapitel 10.6 zu finden.

b) Wer kann Sport treiben?

Im Prinzip kann jeder Sport treiben, da Sport hier nicht im Sinne von Leistungssport sondern von adäquaten und zielgruppenorientierten Bewegungsangeboten gemeint ist. Die Frage ist, welcher Sport ist besonders gut und passend? Diese Frage lässt sich am besten mit dem behandelnden Arzt abklären. Dieser wird die geeigneten Bewegungsangebote herausfinden.

c) Welche medizinischen Voraussetzungen muss ich erfüllen?

Um am Rehabilitationssport teilnehmen zu können, sollte der Teilnehmer kognitiv in der Lage sein, Informationen aufzunehmen und umzusetzen. Inwieweit weitere Einschränkungen bestehen, die für die Teilnahme wichtig sind, sollte mit dem behandelnden Arzt abgestimmt werden.

d) Welchen Effekt / Nutzen hat der Rehabilitationssport? Was bringt mir das?

Im Rehabilitationssport gilt der Teilnehmer mit seiner ganzen Persönlichkeit. Das ist auch der Grund, warum Effekte nicht nur auf körperlicher Ebene entstehen, sondern auch auf geistiger und sozialer Ebene. Der Nutzen und die Effekte sind in Kapitel 6.2 dieses Leitfadens genauer beschrieben.

e) Welche Sportarten sind möglich?

Als klassische Rehabilitationssportarten gelten Gymnastik, Bewegungsspiele in Gruppen, Schwimmen und Leichtathletik. Diese gelten allerdings lediglich als Oberbegriffe, denen vielfältige Bewegungsangebote zugeordnet werden können. So wird z.B. die Wassergymnastik dem Schwimmen zugeordnet, die Hockergymnastik der Gymnastik allgemein und kleine Spiele zur Förderung der Konzentration gelten als Bewegungsspiele in Gruppen.

f) Darf man auch selber Übungen vorschlagen?

Ja, selbstverständlich gerne. Das ist die kurze Antwort auf diese Frage. Je stärker die Teilnehmer in den Gestaltungsprozess der Rehabilitationssportstunde einbezogen werden, desto größer sind die zu erwartenden positiven Effekte und desto mehr Spaß entwickelt sich bei der Lösung der Bewegungsaufgaben.

g) Wie lange kann man Sport treiben? Ist dies abhängig vom Alter oder von der Verordnungsmenge?

Generell gilt: man ist nie zu alt für Rehabilitationssport. Wenn der Arzt eine Verordnung ausschreibt und somit die Teilnahme an Bewegungsangeboten unterstützt, sollte dies auch wahrgenommen werden. Lediglich die Kosten sind dabei zu beachten. Während der Verordnung, die für eine bestimmte Anzahl von

Einheiten und einen bestimmten Zeitraum gültig ist, fallen für den Teilnehmer keine Kosten an. Wenn die Verordnung abgelaufen ist, kann darf und sollte der Teilnehmer an dem Angebot weiterhin teilnehmen, allerdings sind die Kosten dafür dann von ihm selbst zu tragen. Wie hoch diese Kosten sind, hängt von dem anbietenden Verein ab. Weitere Informationen hierüber gibt Kapitel 6.3.2.

h) Kann ich den Sport auch allein an Geräten / im Fitnessstudio durchführen?

Natürlich kann und darf der Sport nach Absprache mit dem Arzt auch an Geräten oder im Fitnessstudio durchgeführt werden. Allerdings gelten diese Bewegungsangebote nicht als Rehabilitationssport und die Kosten sind demnach von den Teilnehmern selbst zu tragen.

i) Ich habe nie Sport getrieben, kann ich das jetzt trotzdem machen?

Rehabilitationssportangebote orientieren sich immer an den Fähigkeiten und Möglichkeiten der Teilnehmer, also auch an denen, die noch nie Sport getrieben haben. Im Gegenteil, häufig profitieren gerade diese sportlich unerfahrenen Menschen besonders von der Teilnahme an Rehabilitationssportangeboten.

j) Können auch Kinder und Jugendliche Rehabilitationssport betreiben?

Ja, auch Kinder und Jugendliche mit einem Schlaganfall können Rehabilitationssport betreiben.

9.2 Arzt

a) Wo finde ich einen Arzt?

Hier heißt es „Werbung“ machen. In Kapitel 6 finden Sie Anregungen und Hilfestellungen um einen Arzt für die Betreuung Ihres Angebotes zu finden.

b) Muss der Arzt anwesend sein?

Der Arzt muss nicht zu jeder Übungsstunde anwesend sein. Allerdings sollte er dem Übungsleiter und den Teilnehmern bei Fragen beratend zur Seite stehen. (Siehe Kapitel 6)

9.3 Kosten/Verordnung

a) Wie hoch sind die Kosten für die Teilnahme am Reha-Sport?

Für den Teilnehmer entstehen in der Regel keine Kosten für die Teilnahme am Rehabilitationssport. Allerdings wird eine freiwillige Mitgliedschaft in dem anbietenden Rehabilitationssportverein durchaus begrüßt. (siehe Kapitel 6.3.2)

b) Wird der Sport vom Arzt verordnet?

Der Arzt schreibt die Verordnung für den Rehabilitationssport, welche von der Krankenkasse genehmigt wird. Der genaue Weg wird in Kapitel 6.3.1 beschrieben.

c) Welcher Arzt kann den Sport verordnen?

Die Verordnung für Rehabilitationssport kann jeder niedergelassene Arzt ausstellen.

d) Wird das Budget des Arztes durch die Verordnung belastet?

Das Ausfüllen der Verordnung kann mit der EBM-Ziffer „01621“ abgerechnet werden. Ansonsten fällt die Verordnung von Rehabilitationssport nicht zu Lasten den Budgets. (siehe Kapitel 6.3.1)

e) Kann ich nur mitmachen, wenn ich eine ärztliche Verordnung habe?

Nein. Wenn eine Verordnung abgelaufen ist, sollte dem Teilnehmer die Möglichkeit gegeben werden, selbstfinanziert weiter machen zu können. Die Verordnung regelt lediglich die Kostenfrage.

f) Wer muss das alles bezahlen?

Nimmt der Teilnehmer mit einer gültigen Verordnung am Rehabilitationssport teil, übernimmt die Kosten hierfür die Krankenkasse, sofern es eine gesetzliche Krankenkasse ist. Mitglieder der Beihilfe oder privater Krankenkassen sollten sich diesbezüglich mit ihrer Versicherung in Verbindung setzen. Wenn die Verordnung ausgelaufen ist, zahlen die Teilnehmer den örtlich festgesetzten Mitgliedsbeitrag des anbietenden Vereines, um an den Angeboten weiterhin teilnehmen zu können.

g) Wie viel bezahlt die Krankenkasse?

Die gesetzlichen Krankenkasse übernehmen aufgrund einer genehmigten Verordnung 5 € pro teilgenommener Rehabilitationssporteinheit. Dabei ist es unerheblich, ob diese Einheit 45 oder 90 Minuten dauert. Die privaten Krankenkassen sowie die Beihilfe sind von dieser Regelung ausgenommen. Hier gelten die individuellen Verträge.

h) Können auch Angehörige von Schlaganfall-Patienten beim Rehabilitationssport mitmachen?

Auch Angehörige können an den Angeboten teilnehmen. Um dies abzuklären, sollte der Übungsleiter oder verantwortliche Ansprechpartner des Vereines befragt werden.

i) Ich bin Privatpatient, wie wird hier verfahren?

Bei Privatpatienten hängt die Bezuschussung des Rehabilitationssportes von der jeweiligen Police ab. Daher sollte bei einer Teilnahme am Rehabilitationssport eine etwaige Kostenübernahme mit der Versicherung abgesprochen werden.

j) Kann ich auch beim Rehabilitationssport mitmachen, wenn ich keine Verschreibung meines Arztes habe?

Eine Teilnahme ohne gültige Verordnung ist generell möglich. Allerdings sind in diesem Fall die Kosten dafür selbst zu tragen und mit dem jeweiligen Anbieter abzusprechen.

k) Gibt es Fördergelder wenn eine Rehabilitationssportgruppe neu startet?

Bei der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe kann eine Starthilfe durch die entsprechende Institution (Verein/Selbsthilfegruppe) beantragt werden. (siehe Kapitel 10.2)

9.4 Sportgruppe

a) Wo kann ich den Reha-Sport betreiben?

Auskünfte über anerkannte Rehabilitationssportgruppen in Ihrer Nähe erhalten Sie bei den Landesverbänden, der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe sowie Ihrer gesetzlichen Krankenkasse. (siehe Kapitel 10.14)

b) Wo finde ich Sportgruppen?

Anerkannte Rehabilitationssportgruppen können über die Datenbanken der Landes- und Fachverbände des DBS abgerufen werden. Auch die Selbsthilfegruppen können Auskunft hierüber geben. Die Kontaktdaten sind in Kapitel 10.14 zu finden.

c) Bei uns gibt es keine Sportgruppe, was jetzt?

Wenn es wohnortnah noch kein Rehabilitationssportangebot gibt, kann man es selbst in die Hand nehmen, eines aufzubauen. Die dafür notwendigen Schritte werden in Kapitel 7.5.4 beschrieben. Auch die Selbsthilfegruppen (Kapitel 7.5) können hier hilfreich sein.

d) Muss ich Mitglied werden?

Mit einer gültigen Verordnung und der Genehmigung einer gesetzlichen Krankenkasse, ist eine Mitgliedschaft in dem anbietenden Verein nicht notwendig.

e) Kann ich die Sportgruppe und den Übungsleiter frei wählen?

Mit der Verordnung steht einem Teilnehmer der Anspruch auf ein qualitatives Rehabilitationssportangebot zu. Die Wahl der Gruppe und des Übungsleiters trägt allerdings der Verein bzw. der Anbieter des Rehabilitationssportangebotes.

f) Bin ich versichert?

Die Versicherung für die direkte Fahrt zum und vom Rehabilitationssportangebot sowie die Teilnahme ist durch den Verein versichert. (siehe Kapitel 7.2)

g) Bietet die Sportgruppe Schnupperstunden an? Kann ich das mal ausprobieren oder muss ich sofort Mitglied werden und zahlen?

Ob ein Verein Schnupperstunden anbietet, ist ihm selbst überlassen. Fragen Sie den verantwortlichen Ansprechpartner, ob dies möglich ist. Eine Mitgliedschaft ist ja in keinem Fall zwingend erforderlich, daher können Sie hierzu auch nicht gezwungen werden.

9.5 Gruppenleitung / Übungsleiter

a) Wer leitet die Gruppe?

Die Rehabilitationssportgruppe wird von einem Übungsleiter B Rehabilitationssport – Neurologie geleitet.

b) Wo finde ich einen Übungsleiter für unsere geplante Rehabilitationssportgruppe?

Um einen Übungsleiter für die angestrebte Gruppe zu finden kann man die örtlichen Behindertensportvereine oder den zuständigen Landes- oder Fachverband des DBS fragen (Kapitel 10.14).

c) Sind die Übungsleiter geschult?

Alle Übungsleiter, die ein Rehabilitationssportangebot durchführen möchte, müssen im Besitz einer Übungsleiter-B-Lizenz Rehabilitationssport sein. Diese wird speziell für die verschiedenen Indikationsbereiche erworben und ausgestellt, sodass die Qualität des Übungsleiters gesichert ist (Kapitel 10.11)

d) Sind die Übungsleiter Therapeuten?

Mitunter finden sich auch Physio- oder Ergotherapeuten unter den Übungsleitern. Es ist allerdings keine Voraussetzung zur Erlangung der Lizenz.

e) Wie teuer ist die Ausbildung zum Übungsleiter?

Die Kosten für die Ausbildung sind abhängig von der Grundqualifikation des Interessenten und von dem Anbieter der Ausbildung. Die Landes- und Fachverbände sowie die DBS-Akademie, die für die Ausbildungen verantwortlich sind, können hierüber Auskunft geben (Kapitel 10.14)

f) Wer zahlt die Ausbildung für den Übungsleiter? Gibt es Kostenzuschüsse?

Wer die Kosten trägt ist gesetzlich nicht vorgeschrieben. Im Allgemeinen teilen sich Übungsleiter und Anbieter die Kosten. Hier ist ein Gespräch zwischen den beiden Parteien sinnvoll.

g) Welche Voraussetzungen muss man erfüllen, um Übungsleiter werden zu können?

Bei der Ausbildung zu Übungsleiter-B-Rehabilitationssport handelt es sich um eine Laienausbildung. Es müssen also keine Voraussetzungen erfüllt sein. Interessierte, die bereits Vorqualifikationen im Bereich der Übungsleitertätigkeit oder gar im Rahmen ihrer beruflichen Ausbildung haben, können an verkürzten Ausbildungslehrgängen teilnehmen. Die Ausbildungskonzeption des DBS ist in Kapitel 10.11 hinterlegt.

9.6 Organisation der Sportgruppe

a) Wie komme ich zur Sporthalle? Gibt es Fahrdienste oder Fahrgemeinschaften?

Für den Weg zur Sporthalle ist jeder selbst verantwortlich.

b) Gibt es Behindertenparkplätze, barrierefreie Umkleidekabinen und WCs?

Für die Anerkennung von Rehabilitationssportgruppen ist es notwendig, dass der Verein eine zumindest teilweise indikationsgerechte Ausstattung nachweisen kann. Um ganz sicher zu gehen, sollten Sie mit dem Anbieter vorher Kontakt aufnehmen und diese Dinge klären.

c) Hilft mir jemand beim Umziehen?

Da der Rehabilitationssport selbst organisiert ist, gibt es keinen Verantwortlichen vor Ort, der beim Umziehen behilflich sein muss. Daher liegt es in der Hand jedes einzelnen dafür zu sorgen, dass ihn ein Angehöriger oder Freund begleitet, der ihm behilflich sein kann. Unter Umständen ergeben sich durch die Teilnahme an der Gruppe Kontakte, die einem auch in diesen Bereichen hilfreich sein können.

d) Was muss ich anziehen?

Bequeme Kleidung und saubere Turnschuhe oder rutschfeste Stoppersocken sind wichtig für die Teilnahme am Rehabilitationssport.

e) Ich habe aufgrund meiner Behinderung keine Turnschuhe, die mir passen, was kann ich tun?

In diesem Fall sind auch Stoppersocken mit einer rutschfesten Sohle oder aber Gymnastikschläppchen möglich. Wichtig ist, dass Sie sich darin wohl fühlen und keine Gefahr auszurutschen besteht.

f) Wie lange dauert eine Sportstunde?

Eine Rehabilitationssportstunde muss mindestens 45 Minuten und maximal 90 Minuten dauern. Der Anbieter entscheidet, welche Zeiteinheit er wählt.

g) Dürfen auch Angehörige von Schlaganfall-Patienten beim Reha-Sport mitmachen?

Generell dürfen Angehörige an den Sportstunden teilnehmen. Die jeweilige Kostenfrage für die Teilnahme ist mit den anbietenden Sportvereinen vor Ort zu klären. (siehe Kapitel 7.2)

h) Kann mein Angehöriger in der Halle warten?

Dies sollte mit dem Übungsleiter vor Ort abgeklärt werden.

i) Wie läuft eine Sportstunde ab?

Eine Sportstunden teilt sich immer in drei Teilbereiche auf: Aufwärmen – Hauptteil – Abschluss. Die genauen Inhalte sind immer abhängig von der Gruppe und dem Übungsleiter. In Kapitel 7.3.2 werden Eindrücke über mögliche Inhalte vermittelt.

j) Wie oft findet der Rehabilitationssport statt?

Rehabilitationssportangebote sollten regelmäßig 1-2mal wöchentlich stattfinden. Entscheiden tut auch dies der Anbieter.

10 Formulare / Checklisten / Dokumente

10.1 Checkliste

1. In der Selbsthilfegruppe über den Sport nach Schlaganfall diskutieren
2. Werbematerial bei der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe anfordern
3. Mit Gleichgesinnten über die Idee der Gründung einer Sportgruppe reden
4. Mit dem zuständigen Landessportverband Kontakt aufnehmen:
(Adresse siehe Anhang)
mein Landesverband heißt:

Telefon

5. Zuständigen Landesverband um Adresse eines wohnortnahen zertifizierten Übungsleiters fragen:

Der Übungsleiter / die Übungsleiterin heißt:

Name

Anschrift

Telefon

5.1 Wenn es noch keinen qualifizierten Übungsleiter vor Ort gibt, könnte ich folgende Personen dem Landesverband zur Ausbildung vorschlagen:

1. _____

2. _____

3. _____

6. Übungsleiter zu einem Vorgespräch einladen mit dem Ziel,
 - sich gegenseitig kennenzulernen
 - über die Rahmenbedingungen einer Schlaganfall-Sportgruppe ins Gespräch zu kommen (Übungsart, Zeitrahmen, Finanzierung u. Kosten, Termine...)

7. Ärztliche Begleitung suchen; den zuständigen Regionalbeauftragten der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe um Rat bitten

Der ärztliche Betreuer heißt:

Name

Anschrift

Telefon

8. Wenn die Rahmenbedingungen klar sind und noch nicht genügend Interessenten da sind, sollte für die Sportgruppe geworben werden:

- Handzettel mit allen Informationen erstellen (Muster siehe Anlage)
- Handzettel in den örtlichen Sanitätshäusern, Apotheken, Krankenkassen, Hausarztpraxen, etc. auslegen
- Lokalzeitungen, Anzeigenblätter, Lokalfunk informieren (Muster Presstext siehe Anlage)

9. Interessenten auf die persönliche Rücksprache mit dem behandelnden Arzt hinweisen

10. Unfall- / Rettungsdienst und das nächste Krankenhaus über das Sportangebot (Ort, Zeit, Ansprechpartner) informieren

11. Vor der Sportstätte einen Parkplatz für den Rettungsdienst organisieren

12. Finanzielle Unterstützung (Starthilfe) beantragen:

- bei der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe (siehe Antrag in der Anlage)
- beim zuständigen Landesverband Behindertensport (Adresse siehe Frage 4)

10.2 Antrag auf finanzielle Unterstützung bei der Stiftung

**Antrag auf finanzielle Unterstützung
zur Gründung einer Schlaganfall-Sportgruppe**

Antrag bitte senden an:

Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe
Carl-Miele-Str. 210
33311 Gütersloh

Ansprechpartner der Gruppe:

Name:

Anschrift:

Telefon:

der Übungsleiter heißt:

Name:

Anschrift:

Telefon:

Lizenz erworben am:

durch den Landesverband:

der betreuende Arzt heißt:

Name:

Anschrift:

Telefon:

Zur Sport-Gruppe gehören zur Zeit:

_____ Personen, davon sind
_____ Schlaganfall-Betroffene.

Die Gruppe trifft sich:

- wöchentlich
- alle vierzehn Tage
- in einem anderen Rhythmus

und zwar: _____

Die Gruppe trifft sich an folgendem Ort:

- Sporthalle / Turnhalle
- Vereinsraum eines Sportvereins
- Räumlichkeit in einem öffentlichen Gebäude

und zwar: _____

Die Gruppe wurde / wird gegründet am:

Die Gruppe beantragt finanzielle Mittel (max. 250,00 €) zum Kauf folgender Dinge:

Das Geld soll überweisen werden auf

das Konto Nr. _____

BLZ: _____

Name des Kreditinstitutes: _____

Ich versichere, dass das Geld im Sinne des Antrages ausgegeben wird. Auf Verlangen bin ich bereit, den Nachweis über die antragsgerechte Verwendung des Geldes zu erbringen (Quittungen sammeln und aufkleben)!

Unterschrift des verantwortlichen Leiters

10.3 Formblatt 56

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
Verbindliches Muster		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

für **Rehabilitationssport**

für **Funktionstraining**

Rehabilitationssport/Funktionstraining werden von den Krankenkassen insbesondere mit dem Ziel der Hilfe zur Selbsthilfe zur Verfügung gestellt.

Ärztliche Verordnung für Rehabilitationssport/Funktionstraining

verordnungsrelevante Diagnose(n), gegebenenfalls relevante Nebendiagnose(n)

Schädigung der Körperfunktionen und Körperstrukturen für die verordnungsrelevante Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe

Ziel des Rehabilitationssports/Funktionstrainings

Empfohlene Rehabilitationssportart

Gymnastik (auch im Wasser) Schwimmen Leichtathletik

Bewegungsspiele Sonstige

Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von der Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen erforderlich

Rehabilitationssport ist notwendig für

50 Übungseinheiten in 18 Monaten (Richtwerte)

120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwerte) nur bei

<input type="checkbox"/> Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> Morbus Parkinson
<input type="checkbox"/> Blindheit, in den letzten 12 Monaten vor Antragsstellung erworben	<input type="checkbox"/> Mukoviszidose
<input type="checkbox"/> Chronischer-obstruktiver Lungenkrankheit (COPD)	<input type="checkbox"/> Multipler Sklerose
<input type="checkbox"/> Doppelamputation	<input type="checkbox"/> Muskeldystrophie
<input type="checkbox"/> Epilepsie, therapieresistent	<input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz, terminal
<input type="checkbox"/> Glasknochen	<input type="checkbox"/> Organische Hirnschädigung
<input type="checkbox"/> Infantiler Zerebralparese	<input type="checkbox"/> Polyneuropathie
<input type="checkbox"/> Marfan-Syndrom	<input type="checkbox"/> Querschnittlähmung, schwere Lähmung (Paraparese, Paraplegie, Tetraparese, Tetraplegie)
<input type="checkbox"/> Morbus Bechterew	

28 Übungseinheiten (Richtwert) zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von der Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen

Übungseinheiten bei Abweichung von oben genannten Richtwerten

Empfohlene Funktionstrainingsarten

Trockengymnastik

Wassergymnastik

Funktionstraining ist notwendig für

12 Monate (Richtwert)

24 Monate (Richtwert) nur bei folgenden gesicherten chronischen Krankheiten/Behinderungen bei schwerer Beeinträchtigung der Beweglichkeit/Mobilität

- Fibromyalgie-Syndrome
- Kollagenosen
- Morbus Bechterew
- Osteoporose
- Polyarthrosen, schwer
- Psoriasis-Arthritis
- Rheumatoide Arthritis

Längere Leistungsdauer, wenn bei kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen die langfristige Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung nicht oder noch nicht möglich ist.

120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwerte)

24 Monate (Richtwert)

Bei weiteren Verordnungen für Rehabilitationssport und Funktionstraining, warum der Versicherte nicht oder noch nicht in der Lage ist, die erlernten Übungen selbständig und eigenverantwortlich durchzuführen

10.4 Ärzte-Flyer DBS – Verordnung des Rehabilitationssports

Beispiele für Rehabilitationsziele

- **Erhaltung/Stärkung der Funktionen der Stütz- und Bewegungsorgane mit Blick auf:** motorische (Rest-)Funktion, Statik und Struktur oder optimalen Hilfsmiteleinatz
- **Erhaltung/Verbesserung der Funktionen der inneren Organe z. B. für:** Herzkreislauf, Lunge, Niere, Stoffwechsel, arterielle/venöse Durchblutung
- **Erhaltung/Verbesserung der Kompensationsfunktionen bei Sinnesbehinderung mit Zielrichtung:** Koordination und Bewegung, räumliche Orientierung oder optimalen Hilfsmiteleinatz
- **Erhaltung/Verbesserung der Funktionen des peripheren und zentralen Nervensystems z. B. von:** Koordination, Gleichgewicht, Feinmotorik oder Muskelkraft
- **Verbesserung der intellektuellen und motorischen Leistungsfähigkeit bei geistiger Behinderung**
- **Verbesserung der psychomotorischen Stabilität bei psychischer Behinderung**
- **Stärkung des Selbstbewusstseins und der Selbstbehauptung behinderter und von Behinderung bedrohter Mädchen und Frauen**
- **Weitere Ziele:**
Dauerhafte Eingliederung in die Gesellschaft und das Arbeitsleben, Erreichen größtmöglicher persönlicher Unabhängigkeit, Hilfe zur Selbsthilfe
Stabilisierung/Verbesserung der Körperwahrnehmung

Betreuende Ärztin/betreuender Arzt:

Verein bzw. Reha-Sportgruppe:

Landesverband:

Bitte informieren Sie sich über aktuelle Neuerungen bei Ihrem Landesverband oder der DBS-Geschäftsstelle:

Deutscher Behindertensportverband e.V.
National Paralympic Committee Germany
– Im Hause der Gold-Kraemer-Stiftung –
Tulpenweg 2-4
50226 Frechen-Buschbell
Telefon: 02234-6000-0
Fax: 02234-6000-150
E-Mail: dbs@dbs-npc.de
Internet: www.dbs-npc.de

60 JAHRE
1951-2011
DBS



Deutscher Behindertensportverband e.V.
National Paralympic Committee Germany



Sportentwicklung

Verordnung des Rehabilitationssports

Eine Information für behandelnde
Ärztinnen und Ärzte

4. überarbeitete Auflage
Stand: Dezember 2010

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

mit dieser Information wollen wir Ihnen die indikationsgerechte Verordnung des Rehabilitationssports erleichtern.

Was ist Rehabilitationssport?

Rehabilitationssport wirkt mit den Mitteln des Sportes ganzheitlich auf Menschen mit oder mit drohender Behinderung ein. Er ist auf Art und Schwere der Behinderung und den körperlichen Allgemeinzustand der Betroffenen abgestimmt.

Diese gesetzlich definierte Leistung bieten Gruppen, die in den Vereinen des Deutschen Behindertensportverbandes (DBS) organisiert sind, allen Menschen mit oder mit drohender Behinderung an. Die Qualität wird durch die betreuende Ärztin/den betreuenden Arzt und die qualifizierte Übungsleiterin/den qualifizierten Übungsleiter sichergestellt, die Art und Intensität des Rehabilitationssports anhand Ihrer Verordnung in enger Abstimmung miteinander festlegen.

Rehabilitationsziel

Ziel ist es, die Ausdauer und Kraft zu stärken, Koordination und Flexibilität zu verbessern, das Selbstbewusstsein insbesondere auch von behinderten oder von Behinderung bedrohten Mädchen und Frauen zu stärken und Hilfe zur Selbsthilfe zu bieten. Die Verantwortlichkeit für die eigene Gesundheit soll gestärkt und die gleichberechtigte, selbstbestimmte Teilhabe gesichert werden.

Leistungsumfang

Grundsätzlich ist die Verordnung von Rehabilitationssport im Umfang begrenzt.

- Regelfall: 50 Übungseinheiten (Richtwert) innerhalb von 18 Monaten. Bei einer Bewilligung von weniger als 50 Übungseinheiten (ÜE) ist der vorgenannte Zeitraum angemessen zu verkürzen, um die Zielsetzung des Rehabilitationssports zu erreichen.
- Bei bestimmten Indikationen (s. Rahmenvereinbarung Nr. 4.4.1) 120 ÜE/36 Mon.

- Herzgruppen: 90 ÜE/24 Mon. (Richtwerte)
Jugendliche/Kinder 120 ÜE/24 Mon. (Richtwerte)
Weitere Verordnungen sind bei bestimmtem kardiologischen Befund möglich.
- Eine längere Leistungsdauer ist nach Einzelfallprüfung möglich, wenn die Leistungen notwendig, geeignet und wirtschaftlich sind.
- Bei kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen, die eine langfristige Durchführung des Übungsprogrammes in Eigenverantwortung nicht oder noch nicht möglich machen, kann eine längere Leistungsdauer notwendig sein. Hier sollten die Erst- bzw. ggf. weiteren Verordnungen nicht 120 ÜE/36 Mon. (Richtwerte) überschreiten.
- Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins von behinderten oder von Behinderung bedrohten Mädchen und Frauen stellen eine besondere Form des Rehabilitationssports dar und können mit 28 ÜE (Richtwert) verordnet werden.
- Bei einer neuen Diagnose kann eine Neuverordnung in Frage kommen.

Ärztliche Verordnung

Diagnose mit Spezifizierung/Funktionseinschränkung

Die Diagnose sollte eindeutig formuliert sein. Die Spezifizierung hilft Art und Intensität des Sportes individuell festzulegen. Art und Schweregrad der Funktionseinschränkung sind hier ebenso wichtig wie Prognose und Begleiterkrankungen. Ihre (nicht budgetbelastende) Verordnung (Formblatt 56) ist die Grundlage bei der Prüfung einer Kostenübernahme durch die Rehabilitationsträger und muss deshalb unbedingt enthalten:

- Diagnose nach ICD 10 mit Funktions-/ Belastungseinschränkung im Sport
- Rehabilitationsgrund/-ziel(e)
- Leistungsumfang + Anzahl der Übungseinheiten (ÜE)

- Empfehlung hinsichtlich definierter Rehabilitationssportarten und Inhalte
- Hinweis: Die Verordnung von Gerätetraining und Selbstverteidigungsübungen, die ausschließlich Übungen aus dem Kampfsportbereich umfassen, sind im Rahmen des Rehabilitationssports nicht möglich!

Vorgehen bei Indikations-einschränkungen

Ggf. ist die Verordnung durch Angabe von Belastungseinschränkungen und kontraindizierten Übungen zu präzisieren. Entsprechende Unterlagen sind für die betreuende Ärztin/den betreuenden Arzt sehr hilfreich.

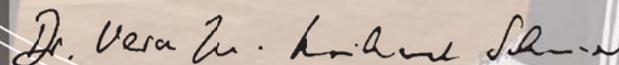
Umgang mit Ablehnungen

Bei Ablehnung der Kostenübernahme sollten Sie überprüfen, welche der oben aufgeführten Punkte nicht ausreichend dargelegt wurden.

Sprechen Sie uns an, wir helfen Ihnen gern weiter.

Motivieren Sie Ihre Patientinnen und Patienten zum Rehabilitationssport, denn Rehabilitationssport ist eine sinnvolle Investition in die Gesundheit. Dabei ist das lebensbegleitende Sporttreiben über den Verordnungszeitraum hinaus ein wichtiges Ziel.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Vera Jaron
Ltd. Ärztin
Rehabilitationssport

Reinhard Schneider
Vizepräsident
Breiten-, Präventions-
und Rehabilitationssport



10.5 Patienten-Flyer DBS

Was erwartet Sie in einer Rehabilitationssportgruppe?

In der Sportgruppe finden Sie Menschen, die ähnlich wie Sie von einer Einschränkung betroffen sind. Neben dem gemeinsamen Sporttreiben ist auch der Austausch mit anderen ein wichtiges Element des Rehabilitationssports.

Die maximale Teilnehmerzahl einer Übungsveranstaltung beträgt grundsätzlich 15 Teilnehmerinnen/Teilnehmer, in Herzgruppen ggfls. bis zu 20 Teilnehmerinnen/Teilnehmer, bei Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins max. 12 Teilnehmerinnen. In Gruppen für Kinder sowie schwerstbehinderte Menschen, ist die Zahl der Teilnehmerinnen/Teilnehmer entsprechend geringer.

Die Dauer einer Übungsveranstaltung beträgt grundsätzlich mindestens 45 Minuten, beim Rehabilitationssport in Herzgruppen mindestens 60 Minuten.

Welche Kosten entstehen Ihnen?

Die Vergütung für die Teilnahme am Rehabilitationssport ist zwischen den Anbietern und den gesetzlichen Krankenkassen vertraglich geregelt. Wenn Sie dem Verein, in dem Sie Rehabilitationssport machen wollen, eine durch Ihre gesetzliche Krankenkasse genehmigte ärztliche Verordnung vorlegen, entstehen keine Kosten für Sie.

Ein Ziel des Rehabilitationssports ist es jede Teilnehmerin/jeden Teilnehmer an ein lebensbegleitendes Sporttreiben heranzuführen, um die Nachhaltigkeit zu sichern. So kann auch während des Verordnungszeitraums freiwillig von Ihnen eine Mitgliedschaft im Verein abgeschlossen werden, mit der Sie zusätzliche Vereinsangebote nutzen können und die Arbeit des Vereins unterstützen.

Was müssen Sie tun?

1. Wenn Ihre behandelnde Ärztin/Ihr behandelnder Arzt den Bedarf für eine Verordnung von Rehabilitationssport sieht, wird das Formular „Muster 56“ ausgefüllt, welches Sie bei Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt oder ihrer Krankenkasse erhalten.
2. Dieses ausgefüllte Formular übergeben Sie Ihrer Krankenkasse und lassen sich die Kostenübernahme bestätigen (Genehmigung).
3. Wenn Ihre Krankenkasse die Verordnung genehmigt hat, können Sie eine Rehabilitationssportgruppe in Ihrer Nähe auswählen und mit dem Sporttreiben beginnen.

Bei der Suche nach einer für Sie passenden Gruppe können Sie sich jeder Zeit an unsere Landesverbände wenden. Die Kontaktdaten finden Sie auf unserer Internetseite.

Ebenso finden Sie dort weitere Informationen zum Thema Rehabilitationssport sowie viele Informationen rund um den Behindertensport. Bitte informieren Sie sich über aktuelle Neuerungen bei Ihrem Landesverband oder der DBS-Geschäftsstelle:

Deutscher Behindertensportverband e.V.
National Paralympic Committee Germany
– Im Hause der Gold-Kraemer-Stiftung –
Tulpenweg 2-4
50226 Frechen-Buschbell
Telefon: 02234-6000-0
Fax: 02234-6000-150
E-Mail: dbs@dbs-npc.de
Internet: www.dbs-npc.de

(Landesverbands- oder Vereinsstempel)

Sportentwicklung

Wegweiser zum Rehabilitationssport

Eine Information für Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen

1. Auflage
Stand: Dezember 2010

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihre behandelnde Ärztin/Ihr behandelnder Arzt hat Ihnen aufgrund einer Erkrankung oder einer Einschränkung Rehabilitationssport verordnet?

Sie befinden sich im Prozess der Rehabilitation und möchten Sport treiben, sind sich aber unsicher, ob Sie es können?

Mit dieser Information wollen wir Sie mit den Möglichkeiten und Chancen des Rehabilitationssports vertraut machen.

Was ist Rehabilitationssport?

Rehabilitationssport bietet Ihnen die Möglichkeit gemeinsam mit anderen durch Bewegung, Spiel und Sport ihre Bewegungsfähigkeit zu verbessern, den Verlauf von Krankheiten positiv zu beeinflussen und damit wieder am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. Er kommt grundsätzlich für alle Menschen mit oder mit drohender Behinderung sowie chronisch Kranke in Frage.

Die gesetzlich definierte Leistung „Rehabilitationssport“ bieten der Deutsche Behindertensportverband (DBS) und seine Landesverbände über ihre Vereine in nach bundesweit einheitlichen Kriterien speziell anerkannten Gruppen an. Die Qualität in den Sportgruppen wird durch die betreuende Ärztin/den betreuenden Arzt und die qualifizierte Übungsleiterin/den qualifizierten Übungsleiter sichergestellt. Die Art und Intensität des Rehabilitationssports wird anhand einer ärztlichen Verordnung festgelegt.

Ziele des Rehabilitationssports

Rehabilitationssport hat das Ziel, Ihre Ausdauer und Kraft, Koordination und Flexibilität zu verbessern, Ihr Selbstbewusstsein, insbesondere auch das Selbstbewusstsein von behinderten oder von Behinderung bedrohten Frauen und Mädchen, zu stärken und Ihnen Hilfe zur Selbsthilfe zu bieten.

Hilfe zur Selbsthilfe hat das Ziel, Ihre eigene Verantwortlichkeit für Ihre Gesundheit zu stärken und Sie zum langfristigen, selbstständigen und eigenverantwortlichen Bewegungstraining zu motivieren.

Welche Sportarten werden angeboten?

Die Sportarten Gymnastik, Leichtathletik, Schwimmen und Bewegungsspiele in Gruppen sind als Rehabilitationssportarten festgelegt, soweit es sich um Übungen handelt, mit denen das Ziel des Rehabilitationssports erreicht werden kann. Geeignete Übungsinhalte anderer Sportarten (z. B. Elemente aus Judo, Karate, Entspannungsübungen) können in die Übungsveranstaltung eingebunden werden.

Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins von behinderten oder von Behinderung bedrohten Mädchen und Frauen stellen eine besondere Form des Rehabilitationssports dar und können eigenständig verordnet werden.

Wo können Sie Rehabilitationssport machen?

Rehabilitationssport können Sie in vielen Vereinen des Deutschen Behindertensportverbandes (DBS) betreiben, in denen auf Ihre individuellen Einschränkungen angepasste Sportmöglichkeiten angeboten werden. Die 17 Landesverbände des DBS helfen Ihnen gern bei der Suche nach einem Verein in Ihrer Nähe. Die Adresse Ihres Landesverbandes finden Sie auf unserer Internetseite oder rufen Sie uns an.

Wie lange können Sie Rehabilitationssport machen?

Grundsätzlich ist die Verordnung von Rehabilitationssport zeitlich begrenzt:

- Regelfall 50 Übungseinheiten (Richtwert) innerhalb von 18 Monaten. Bei einer Bewilligung von weniger als 50 Übungseinheiten (ÜE) ist der vorgenannte Zeitraum angemessen zu verkürzen, um die Zielsetzung des Rehabilitationssports zu erreichen.
- Bei bestimmten Indikationen: 120 ÜE/36 Mon.
- Herzgruppen: 90 ÜE/24 Mon. (Richtwerte) Jugendliche/Kinder 120 ÜE/24 Mon. (Richtwerte). Eine weitere Verordnung ist bei bestimmtem kardiologischen Befund möglich.
- Bei kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen: Erst- bzw. ggf. weitere Verordnungen sollten über 120 ÜE/36 Mon. (Richtwerte) nicht überschreiten.
- Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins von behinderten oder Behinderung bedrohten Mädchen und Frauen: 28 ÜE (Richtwert)
- Eine längere Leistungsdauer ist nach Einzelfallprüfung möglich, wenn die Leistungen notwendig, geeignet und wirtschaftlich sind.

Sprechen Sie mit Ihrer behandelnden Ärztin/Ihrem behandelnden Arzt, ob Rehabilitationssport für Sie in Frage kommt.



10.6 Diagnose- und Anamnesebogen

Diagnose- und Anamnesebogen nach Univ.-Prof. Dr. rer. nat. Jürgen Innenmoser, Leipzig, 2003

Sehr geehrte Frau Doktor, sehr geehrter Herr Doktor!
Der vorliegende Diagnose- und Anamnesebogen soll die optimale Betreuung Ihres Patienten in einer Rehabilitationssportgruppe ermöglichen. Um dem Übungsleiter eine Hilfestellung zu geben, möchten wir Sie bitten, die nachfolgenden Fragen gemeinsam mit Ihrem Patienten zu beantworten.

Name _____ Vorname _____

geb. am: _____ m w

A) Medizinische Diagnose der Erkrankung bzw. Behinderung

Diagnose _____

gesichert seit (Jahr) _____

Verlaufsform _____

B) Aktuelle therapeutische Maßnahmen

medizinischer Art ... _____

anderer Art ... _____

C) Körperlicher Zustand

a. Allgemein

Größe _____ cm Gewicht _____ kg

Ernährungszustand _____

b. Rumpf und Gliedmaßen

ohne äußere Abweichungen

Fehlbildungen Betroffen sind:
 Fehlstellungen Arme

Gliedmaßenverlust/-amputation Beine

c. Wirbelsäule

ohne Befund

Skoliose .

Kyphose

Lordose

D) Leistungsstörungen der inneren Organe

nein

ja

Herz Art der Erkrankung ...

Kreislauf Art der Erkrankung ...

Stoffwechsel Art der Erkrankung ...

Lunge/Atmung Art der Erkrankung ...

Erkrankung Immunsystem Art der Erkrankung ...

a. Belastbarkeit

leicht vermindert

vorbelastungsabhängig

deutlich eingeschränkt

E) Leistungsstörungen der Sinnesorgane/sensorische Störungen

nein

ja

Sehbehinderung Grad ...

Hörbehinderung Grad ...

Gleichgewichtsstörungen Typ ...

Taktile Störungen Areale ...

Erkrankung Immunsystem Art der Erkrankung ...

Kinaesthetische Störungen

F) Zustand der Bewegungsorgane

a. Koordination

unauffällig

leichte Ungeschicklichkeit

der Arme/Hände

der Beine/Füße

b. Schlaffe Lähmung

Arme/Hände

Beine/Füße

Läsionshöhe ...

untere Gliedmaßen

obere Gliedmaßen

Rumpf

Muskelgruppen

c. »Pathologische Reflexe«

Welche? ...

d. Hypertonus

starker Hypertonus

normalerweise geringer Hypertonus

Rigor

andere Störungen des Muskeltonus ...

e. Hyperkinetische Bewegungsstörung

Athetose

Chorea

Andere ...

f. Ataktische Bewegungsstörung

Tremor

Standataxie

feinmotorische Störungen ...

g. Ataktische Bewegungsstörung

Hypokinetische Bewegungsstörung

mit Tremor

G) Gehfähigkeit

frei eingeschränkt

stark beeinträchtigt

nur mit Gehhilfe Prothese notwendig

a. Rollstuhl

obligatorisch zeitweise notwendig

Elektro-Rollstuhl

H) Greiffähigkeit der Hände

normal beeinträchtigt

Kraftverlust Kinase gestört

eingeschränkte Beweglichkeit der Gelenke

I) Bewegungsfähigkeit der Arme

normal

Bewegungsumfang vermindert

Bewegungsgeschwindigkeit vermindert

a. Schmerzen

in der Bewegung

in der Ruhe

mit Medikamenten versorgt

J) Hirnorganische Anfälle

nein ja

häufig selten

exogene Auslösung

medikamentös gut versorgt

schlecht einstellbar

dauernde Aufsicht notwendig

K) Muss auf die Einnahme der Medikamente geachtet werden?

nein ja

immer vor der Sportstunde . während des Sports

am Ende

L) Sehen Sie gesundheitliche Risiken, die eine besondere Aufsicht oder spezielle Maßnahme erfordern?

nein ja

Infektanfälligkeit Gefahr der Überbelastung

eingeschränkte Selbstkontrolle

andere ...

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Ort, Datum Stempel,

Unterschrift

10.7 Auszug aus dem Sozialgesetzbuch

Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch IX: Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen vom 19. Juni 2001

Kapitel 6. Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen

§ 44 Ergänzende Leistungen.

(1) Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben der in

§ 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 5 genannten Rehabilitationsträger werden ergänzt durch

1. [...]

2. [...]

3. ärztlich verordneten Rehabilitationssport in Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung, einschließlich Übungen für behinderte oder von Behinderung bedrohte Frauen und Mädchen, die der Stärkung des Selbstbewusstseins dienen,

4. [...]

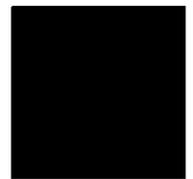
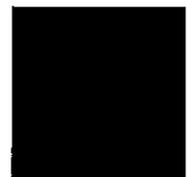
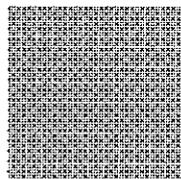
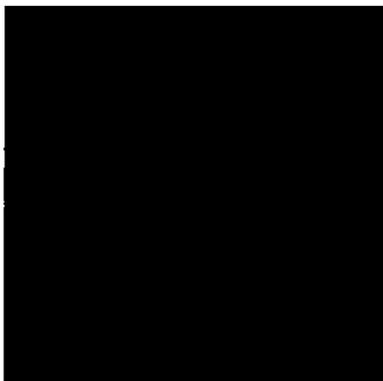
5. [...]

6. [...]

(2) [...]

Quelle: SGB, Sozialgesetzbuch. 29., vollständig überarbeitete Auflage. Deutscher Taschenbuchverlag GmbH & Co.KG, München. Stand: 24. Juni 2002, S. 1079)

10.8 Rahmenvereinbarung



**Rahmenvereinbarung über
den Rehabilitationssport und
das Funktionstraining**
vom 1. Januar 2011

Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 01. Januar 2011

Um sicherzustellen, dass Rehabilitationssport und Funktionstraining als ergänzende Leistungen nach § 44 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB IX im Rahmen der für die einzelnen Rehabilitationsträger geltenden Vorschriften nach einheitlichen Grundsätzen erbracht bzw. gefördert werden, treffen die Rehabilitationsträger

- die gesetzlichen Krankenkassen
- die gesetzlichen Unfallversicherungsträger
- die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und der Alterssicherung der Landwirte
- die Träger der Kriegsopferversorgung

und

- der Bundesselbsthilfeverband für Osteoporose e. V.
- der Deutsche Behindertensportverband e. V., zugleich in Vertretung des Deutschen Olympischen Sportbundes,
- die Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen e. V.
- die Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e. V.

und

- die Kassenärztliche Bundesvereinigung

unter Beteiligung und Beratung

- des Weibernetz e. V.

nach Beratungen auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) die folgende Rahmenvereinbarung.

Ihren Beitritt zur Rahmenvereinbarung haben außerdem erklärt:

- Bundesverband Gesunde Knochen e. V.
- Deutsche Fibromyalgie Vereinigung e. V.
- Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft e. V.
- Deutsche Parkinson Vereinigung e. V.
- Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V.
- Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e. V.
- Osteoporose Selbsthilfegruppen Dachverband e. V.
- RehaSport Deutschland e. V.

1 Zuständigkeit der Rehabilitationsträger / Leistungsabgrenzung

- 1.1 Die Rehabilitationsträger erbringen Rehabilitationssport und Funktionstraining als ergänzende Leistungen nach § 44 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB IX in Verbindung mit § 43 SGB V, § 28 SGB VI, § 39 SGB VII, § 10 Abs. 1 ALG sowie Leistungen nach § 11 Abs. 5 und § 12 Abs. 1 BVG¹, um das Ziel der Rehabilitation zu erreichen oder zu sichern.²

Diese Rehabilitationsziele orientieren sich im Sinne der ICF an dem gesamten Lebenshintergrund der betroffenen Menschen.

Sofern inhaltlich notwendig, sind die Grundprinzipien der ICF im Sinne einer ganzheitlichen Ausrichtung des Rehabilitationssports und Funktionstrainings zu beachten.

- 1.2 Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und der Alterssicherung der Landwirte übernehmen Rehabilitationssport und Funktionstraining im Anschluss an eine von ihnen erbrachte Leistung zur medizinischen Rehabilitation, wenn bereits während dieser Leistung die Notwendigkeit der Durchführung von Rehabilitationssport und Funktionstraining vom Arzt/von der Ärztin der Rehabilitationseinrichtung festgestellt worden ist und der behinderte oder von Behinderung bedrohte Mensch den Rehabilitationssport/das Funktionstraining innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation beginnt.
- 1.3 Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung übernehmen Rehabilitationssport und Funktionstraining ergänzend zu medizinischen Maßnahmen und im Anschluss an diese, im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie auch im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.
- 1.4 Rehabilitationssport und Funktionstraining sind nicht als Ersatz für unzureichende Angebote an Spiel- und Sportmöglichkeiten in Einrichtungen der Alten- oder Be-

¹ BVG – Bundesversorgungsgesetz,
SGB – Sozialgesetzbuch,

ALG – Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte.

² Versehrtenleibesübungen sind nicht Gegenstand dieser Rahmenvereinbarung; für die Versehrtenleibesübungen gilt § 10 Abs. 3 BVG.

hindertenhilfe, im Kindergarten, im allgemeinen Sportunterricht und in Sondergruppen außerhalb des Schulbetriebs zu verordnen.

- 1.5 Durch diese Rahmenvereinbarung unberührt bleiben die Durchführung von Breiten-, Freizeit- und Leistungssport behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen sowie die Zuständigkeit für die Ausbildung des bei der Durchführung des Rehabilitationssports und Funktionstrainings notwendigen Personals.

2 Ziel, Zweck und Inhalt des Rehabilitationssports

- 2.1 Rehabilitationssport kommt für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen³ in Betracht, um sie unter Beachtung der spezifischen Aufgaben des jeweiligen Rehabilitationsträgers möglichst auf Dauer in die Gesellschaft und das Arbeitsleben einzugliedern. Ziffer 15.1 ist zu beachten.
- 2.2 Ziel des Rehabilitationssports ist, Ausdauer und Kraft zu stärken, Koordination und Flexibilität zu verbessern, das Selbstbewusstsein insbesondere auch von behinderten oder von Behinderung bedrohten Frauen und Mädchen zu stärken und Hilfe zur Selbsthilfe zu bieten. Hilfe zur Selbsthilfe hat zum Ziel, Selbsthilfepotentiale zu aktivieren, die eigene Verantwortlichkeit des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen für seine Gesundheit zu stärken sowie ihn zu motivieren und in die Lage zu versetzen, langfristig selbstständig und eigenverantwortlich Bewegungstraining durchzuführen, z. B. durch weiteres Sporttreiben in der bisherigen Gruppe bzw. im Verein auf eigene Kosten.
- 2.3 Rehabilitationssport wirkt mit den Mitteln des Sports und sportlich ausgerichteter Spiele ganzheitlich auf die behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen, die über die notwendige Mobilität sowie physische und psychische Belastbarkeit für Übungen in der Gruppe verfügen, ein.
- 2.4 Rehabilitationssport umfasst Übungen, die in der Gruppe im Rahmen regelmäßig abgehaltener Übungsveranstaltungen durchgeführt werden. Das gemeinsame Üben

³ Zu diesen Personenkreisen gehören i.S.d. Rahmenvereinbarung auch chronisch kranke Menschen, bei denen eine Beeinträchtigung am Leben in der Gesellschaft noch nicht eingetreten, aber zu erwarten ist.

in festen Gruppen ist Voraussetzung, um gruppenspezifische Effekte zu fördern, den Erfahrungsaustausch zwischen den Betroffenen zu unterstützen und damit den Selbsthilfecharakter der Leistung zu stärken. Auch Maßnahmen, die einem krankheits-/behinderungsgerechten Verhalten und der Bewältigung psychosozialer Krankheitsfolgen dienen (z. B. Entspannungsübungen), sowie die Einübung im Gebrauch technischer Hilfen können Bestandteil des Rehabilitationssports sein. Die einzelnen Maßnahmen sind dabei auf die Erfordernisse der Teilnehmer/-innen abzustellen.

- 2.5 Rehabilitationssport kann auch spezielle Übungen für behinderte und von Behinderung bedrohte Frauen und Mädchen umfassen, deren Selbstbewusstsein als Folge der Behinderung oder drohenden Behinderung eingeschränkt ist und bei denen die Stärkung des Selbstbewusstseins im Rahmen des Rehabilitationssports erreicht werden kann.

3 Ziel, Zweck und Inhalt des Funktionstrainings

- 3.1 Funktionstraining kommt für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen⁴ in Betracht, um sie unter Beachtung der spezifischen Aufgaben des jeweiligen Rehabilitationsträgers möglichst auf Dauer in die Gesellschaft und das Arbeitsleben einzugliedern. Insbesondere kann Funktionstraining bei Erkrankungen oder Funktionseinschränkungen der Stütz- und Bewegungsorgane angezeigt sein. Ziffer 15.1 ist zu beachten.
- 3.2 Ziel des Funktionstrainings ist der Erhalt und die Verbesserung von Funktionen sowie das Hinauszögern von Funktionsverlusten einzelner Organsysteme/Körperteile, die Schmerzlinderung, die Bewegungsverbesserung, die Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung und die Hilfe zur Selbsthilfe. Hilfe zur Selbsthilfe hat zum Ziel, Selbsthilfepotentiale zu aktivieren, die eigene Verantwortlichkeit des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen für seine Gesundheit zu stärken sowie ihn zu motivieren und in die Lage zu versetzen, lang-

⁴ Zu diesen Personenkreisen gehören i.S.d. Rahmenvereinbarung auch chronisch kranke Menschen, bei denen eine Beeinträchtigung am Leben in der Gesellschaft noch nicht eingetreten, aber zu erwarten ist.

fristig selbstständig und eigenverantwortlich Bewegungstraining im Sinne eines angemessenen Übungsprogramms durchzuführen, z. B. durch die weitere Teilnahme an Bewegungsangeboten auf eigene Kosten.

- 3.3 Funktionstraining wirkt besonders mit den Mitteln der Krankengymnastik und/oder der Ergotherapie gezielt auf spezielle körperliche Strukturen (Muskeln, Gelenke usw.) der behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen, die über die notwendige Mobilität sowie physische und psychische Belastbarkeit für bewegungstherapeutische Übungen in der Gruppe verfügen, ein. Funktionstraining ist im Wesentlichen organorientiert.
- 3.4 Funktionstraining umfasst bewegungstherapeutische Übungen, die in der Gruppe unter fachkundiger Leitung vor allem durch Physiotherapeuten/-innen/Krankengymnasten/-innen/Ergotherapeuten/-innen im Rahmen regelmäßig abgehaltener Übungsveranstaltungen durchgeführt werden. Das gemeinsame Üben in festen Gruppen ist Voraussetzung, um gruppenspezifische Effekte zu fördern, den Erfahrungsaustausch zwischen den Betroffenen zu unterstützen und damit den Selbsthilfecharakter der Leistung zu stärken. Neben den bewegungstherapeutischen Übungen können Gelenkschutzmaßnahmen und die Einübung im Gebrauch technischer Hilfen und von Gebrauchsgegenständen des täglichen Lebens Bestandteil des Funktionstrainings sein.

4 Leistungsumfang / Dauer / Leistungsausschlüsse

- 4.1 Die Erforderlichkeit für Rehabilitationssport und Funktionstraining im Sinne dieser Vereinbarung ist grundsätzlich so lange gegeben, wie der behinderte oder von Behinderung bedrohte Mensch während der Übungsveranstaltungen auf die fachkundige Leitung des/der Übungsleiter/-in/Therapeuten/-in angewiesen ist, um die in Ziffer 2.2 und Ziffer 3.2 genannten Ziele zu erreichen.

Die nachfolgend genannten Angaben zur Dauer der Leistungen sind Richtwerte, von denen auf der Grundlage individueller Prüfung nach den Erfordernissen des Einzelfalls abgewichen werden kann.

Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins werden als Bestandteil des Rehabilitationssports in der Regel im Umfang von 28 Übungseinheiten (Richtwert) übernommen.

- 4.2 In der gesetzlichen Rentenversicherung einschließlich der Alterssicherung der Landwirte werden Rehabilitationssport und Funktionstraining in der Regel bis zu 6 Monaten, längstens bis zu 12 Monaten, übernommen.

Eine längere Leistungsdauer als 6 Monate ist möglich, wenn dieses aus medizinischer Sicht erforderlich ist. Dies kann der Fall sein, wenn:

- bei einer schweren chronischen Herzkrankheit weiterhin ärztliche Aufsicht erforderlich ist oder
- eine eigenverantwortliche Durchführung des Rehabilitationssports bzw. des Funktionstrainings krankheits-/behinderungsbedingt nicht oder noch nicht möglich ist, weil z. B. wegen der Veränderungen des Krankheitsbildes eine ständige Anpassung der Übungen erforderlich ist.

In der Rentenversicherung richtet sich der Umfang von Übungseinheiten für Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins abweichend von Ziffer 4.1 nach dem Leistungsumfang des verordneten Rehabilitationssports.

- 4.3 Im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung ist die Dauer des Anspruchs auf Rehabilitationssport/Funktionstraining grundsätzlich nicht begrenzt. Auch eine wiederholte Gewährung von Rehabilitationssport/Funktionstraining ist daher möglich. Dies kommt insbesondere in Betracht bei:

- schweren Mobilitätsbehinderungen (Cerebralparese, Querschnittlähmung, Amputation, schwere Schädel-Hirnverletzung oder Lähmung von Gliedmaßen, u. a. Bein oder Arm),
- Erblindung.

- 4.4 In der gesetzlichen Krankenversicherung werden Rehabilitationssport und Funktionstraining solange erbracht, wie die Leistungen im Einzelfall notwendig, ge-

eignet und wirtschaftlich sind. In der Regel erstreckt sich der Leistungsumfang auf die in den Ziffern 4.4.1 bis 4.4.3 genannten Zeiträume (Richtwerte).

Leistungen anderer Rehabilitationsträger, die im zeitlichen und ursächlichen Zusammenhang mit der beantragten Leistung stehen, werden auf den Leistungsumfang nach Ziffern 4.4.1 bis 4.4.4 angerechnet.

4.4.1 Rehabilitationssport:

In der gesetzlichen Krankenversicherung beträgt der Leistungsumfang des Rehabilitationssports in der Regel 50 Übungseinheiten (Richtwert), die in einem Zeitraum von 18 Monaten in Anspruch genommen werden können. Bei einer Bewilligung von weniger als 50 Übungseinheiten ist der vorgenannte Zeitraum angemessen zu verkürzen, um die Zielsetzung des Rehabilitationssports zu erreichen.

Bei folgenden Krankheiten kann wegen der häufig schweren Beeinträchtigungen der Mobilität oder Selbstversorgung im Sinne der ICF sowie der erforderlichen komplexen Übungen ein erweiterter Leistungsumfang von insgesamt 120 Übungseinheiten in einem Zeitraum von 36 Monaten (Richtwerte) notwendig sein und bewilligt werden:

1. Infantile Zerebralparese
2. Querschnittlähmung, schwere Lähmungen (Paraparese, Paraplegie, Tetraparese, Tetraplegie)
3. Doppelamputation von Gliedmaßen (Arm/Arm, Bein/Bein, Arm/Bein)
4. Organische Hirnschädigungen durch:
 - Schädel-Hirn-Trauma
 - Tumore
 - Infektion (Folgen entzündlicher Krankheiten des ZNS)
 - vaskulären Insult (Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit)
5. Multiple Sklerose
6. Morbus Parkinson
7. Morbus Bechterew (Spondylitis ankylosans)
8. Glasknochen (Osteogenesis imperfecta)
9. Muskeldystrophie
10. Marfan-Syndrom

11. Asthma bronchiale
12. Chronisch obstruktive Lungenkrankheit (COPD)
13. Mukoviszidose (zystische Fibrose)
14. Polyneuropathie
15. Dialysepflichtiges Nierenversagen (terminale Niereninsuffizienz).

Auch bei therapieresistenter Epilepsie kann wegen der besonderen Anforderungen an die individuelle Betreuung der erweiterte Leistungsumfang von 120 Übungseinheiten in einem Zeitraum von 36 Monaten (Richtwerte) notwendig sein. Ebenso kann bei einer in den letzten 12 Monaten vor Antragsstellung erworbenen Blindheit beider Augen wegen der schwierigen und zu erlernenden Orientierung im Raum dieser erweiterte Leistungsumfang in Betracht kommen.

4.4.2 Rehabilitationssport in Herzgruppen:

In der gesetzlichen Krankenversicherung beträgt der Leistungsumfang des Rehabilitationssports in Herzgruppen bei chronischen Herzkrankheiten (einschließlich koronarer Herzerkrankung, Herzinsuffizienz, Kardiomyopathien, Klappenerkrankungen und Z. n. kardio-vaskulären Interventionen/Operationen) 90 Übungseinheiten, die in einem Zeitraum von 24 Monaten in Anspruch genommen werden können (Richtwerte). Bei herzkranken Kindern und Jugendlichen beträgt der Leistungsumfang 120 Übungseinheiten innerhalb von 24 Monaten (Richtwerte).

Weitere Verordnungen sind möglich bei maximaler Belastungsgrenze $< 1,4$ Watt/kg Körpergewicht (Nachweise nicht älter als 6 Monate) als Folge einer Herzkrankheit oder aufgrund von kardialen Ischämiekriterien.

Bei anderen Indikationen ist im Einzelfall zu prüfen, ob die Leistungen notwendig, geeignet und wirtschaftlich sind (vgl. Ziffer 4.4.4).

Der Leistungsumfang beträgt bei weiterer Verordnung jeweils 45 Übungseinheiten, die in einem Zeitraum von 12 Monaten in Anspruch genommen werden können (Richtwerte).

Rehabilitationssport im Leistungsumfang nach Satz 1 kann nach wiederholter abgeschlossener Akutbehandlung erneut in Betracht kommen:

- nach akutem Herz-Kreislaufstillstand,
- nach akutem Koronarsyndrom, Myokardinfarkt oder instabiler Angina pectoris,
- nach Krankenhausbehandlung wegen Herzinsuffizienz oder Kardiomyopathie (ausgenommen hypertrophe Kardiomyopathie oder Myokarditis < 6 Monate),
- nach Intervention/Operation an den Koronararterien (PCI, Bypass-OP),
- nach Intervention/Operation an den Herzklappen,
- nach Implantation eines ICD (Implantierbarer Kardioverterdefibrillator), eines PM (Herzschrittmachers) oder CRT-P (Biventrikulärer Herzschrittmacher) und
- nach Herztransplantation.

Hinsichtlich der Besonderheiten des Rehabilitationssports mit herzkranken Kindern ist das DGPR-Positionspapier „Die Kinderherzgruppe (KHG)“ vom Oktober 2005 zu beachten.

4.4.3 Funktionstraining:

In der gesetzlichen Krankenversicherung beträgt der Leistungsumfang des Funktionstrainings in der Regel 12 Monate (Richtwert). Bei schwerer Beeinträchtigung der Beweglichkeit/Mobilität durch chronisch bzw. chronisch progredient verlaufende entzündlich rheumatische Erkrankungen (rheumatoide Arthritis, Morbus Bechterew, Psoriasis-Arthritis), schwere Polyarthrosen, Kollagenosen, Fibromyalgie-Syndrome und Osteoporose beträgt der Leistungsumfang 24 Monate (Richtwert).

4.4.4 Eine längere Leistungsdauer ist nach Einzelfallprüfung möglich, wenn die Leistungen notwendig, geeignet und wirtschaftlich sind.

Sie kann insbesondere notwendig sein, wenn bei kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen die langfristige Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung nicht oder noch nicht möglich ist. In diesen Fällen sollten in der Regel die Erst- bzw. ggf. weitere Verordnung(en) bei Rehabilitationssport jeweils 120 Übungseinheiten in 36 Monaten, bei Funktionstraining jeweils 24 Monate nicht überschreiten (Richtwerte). Für Rehabilitationssport in Herzgruppen gelten in diesen Fällen die Regelungen unter 4.4.2.

- 4.5 Rehabilitationssport und Funktionstraining im Sinne dieser Vereinbarung sind nicht Übungen ohne medizinische Notwendigkeit, die lediglich der Erzielung oder Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen dienen (z. B. freies Schwimmen an so genannten Warmbadetagen).
- 4.6 Rehabilitationssport ist kein Leistungssport. Das schließt Leistungsvergleiche unter Teilnehmern/-innen an einer Übungsveranstaltung nicht aus.
- 4.7 Vom Rehabilitationssport und Funktionstraining ausgeschlossen sind Maßnahmen,
- die vorrangig oder ausschließlich auf Beratung und Einübung von Hilfsmitteln abzielen (z. B. Rollstuhlkurse),
 - die vorrangig oder ausschließlich Selbstverteidigungsübungen und Übungen aus dem Kampfsportbereich umfassen,
 - die Übungen an technischen Geräten, die zum Muskelaufbau oder zur Ausdauersteigerung dienen (z. B. Sequenztrainingsgeräte, Geräte mit Seilzugtechnik, Hantelbank, Arm-/Beinpresse, Laufband, Rudergerät, Crosstrainer), beinhalten. Eine Ausnahme stellt insoweit das Training auf Fahrradergometern in Herzgruppen dar.

5 Rehabilitationssportarten

5.1 Rehabilitationssportarten sind:

- Gymnastik,
- Leichtathletik,
- Schwimmen,
- Bewegungsspiele in Gruppen,

soweit es sich um Übungen handelt, mit denen das Ziel des Rehabilitationssports erreicht werden kann.

Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter und von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen stellen eine besondere Form des Rehabilitationssports dar, die als eigenständige Übungsveranstaltung angeboten werden.

Geeignete Übungsinhalte anderer Sportarten können in die Übungsveranstaltungen eingebunden werden (z. B. Elemente aus Judo, Karate, Taekwon-Do, Jiu-Jitsu, Entspannungsübungen).

5.2 Die Rehabilitationsträger können weitere Rehabilitationssportarten anerkennen, wenn das Ziel des Rehabilitationssports durch die in Ziffer 5.1 genannten Rehabilitationssportarten nicht erreicht werden kann (z. B. Bogenschießen für Menschen im Rollstuhl, Sportkegeln für blinde Menschen).

5.3 Für eine Anerkennung als Rehabilitationssport kommen nicht in Betracht:

- Kampfsportarten und Sportarten der Selbstverteidigung (z. B. Boxen, Kickboxen, Ringen, Judo, Karate, Taekwon-Do, Jiu-Jitsu),
- Sportarten, bei denen eine erhöhte Verletzungsgefahr oder ein anderes gesundheitliches Risiko besteht,
- Sportarten, die gemessen an den Kosten für den Rehabilitationssport im Sinne der Ziffer 5.1 einen unverhältnismäßig hohen finanziellen Aufwand erfordern.

6 Funktionstrainingsarten

Funktionstrainingsarten sind insbesondere:

- Trockengymnastik
- Wassergymnastik

7 Durchführung des Rehabilitationssports / Funktionstrainings

7.1 Die Durchführung des Rehabilitationssports obliegt in der Regel den örtlichen Rehabilitationssportgruppen, die über die Landesbehinderten-Sportverbände dem Deutschen Behinderten-Sportverband (DBS) angehören. Auch andere Organisationen (z. B. die Mitgliedsvereine der Landessportbünde bzw. deren Fachverbände, die Mitglieder der Landesorganisationen der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen – DGPR) können den Rehabilitationssport durchführen.

- 7.2 Die Durchführung des Funktionstrainings obliegt in der Regel den örtlichen Arbeitsgemeinschaften, die über die Landesverbände der Deutschen Rheuma-Liga angehören. Auch andere Selbsthilfegruppen (z. B. Selbsthilfegruppen des Bundes-selbsthilfeverbandes für Osteoporose, Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew) können das Funktionstraining durchführen.

8 Anerkennung und Überprüfung der Rehabilitationssportgruppen

- 8.1 Rehabilitationssportgruppen bedürfen der Anerkennung. Die Anerkennung erfolgt nach einheitlichen Kriterien (vgl. Anlage).
- 8.2 Die Anerkennung dieser Gruppen erfolgt grundsätzlich durch die Landesverbände des DBS. Bei Herzgruppen wird die Anerkennung auch durch die Landesorganisationen der DGPR ausgesprochen.
- 8.3 Die Anerkennung kann auch durch Arbeitsgemeinschaften auf Landesebene aller am Rehabilitationssport beteiligten Rehabilitationsträger, Verbände und Institutionen erfolgen.
- 8.4 Die Anerkennung von Rehabilitationssportgruppen, die nicht Mitglied in einem/r Landesverband/-organisation des DBS bzw. der DGPR sind, erfolgt durch die Rehabilitationsträger bzw. Arbeitsgemeinschaften auf Landesebene.
- 8.5 Die Anerkennung kann durch vertragliche Regelungen auf Dritte übertragen werden.
- 8.6 Die Ziffern 8.2 bis 8.4 gelten, sofern nicht ein Rehabilitationsträger sich die Anerkennung vorbehält.
- 8.7 Die fortlaufende Überprüfung der ordnungsgemäßen Durchführung des Rehabilitationssports erfolgt durch die Stellen, die für die Anerkennung der Rehabilitationssportgruppen verantwortlich sind. Ziffer 19.1 ist zu beachten. Darüber

hinaus sind die Rehabilitationsträger berechtigt, die ordnungsgemäße Durchführung des Rehabilitationssports im Einzelfall zu prüfen.

- 8.8 Die anerkannten Gruppen sind den Rehabilitationsträgern regelmäßig, mindestens einmal jährlich, zu melden.

9 Anerkennung und Überprüfung von Funktionstrainingsgruppen

- 9.1 Funktionstrainingsgruppen bedürfen der Anerkennung. Die Anerkennung erfolgt nach einheitlichen Kriterien (vgl. Anlage).
- 9.2 Bei Rheuma-Funktionstrainingsgruppen wird die Anerkennung grundsätzlich durch die Landesverbände der Deutschen Rheuma-Liga ausgesprochen.
- 9.3 Die Anerkennung kann auch durch Arbeitsgemeinschaften auf Landesebene aller am Funktionstraining beteiligten Rehabilitationsträger, Verbände und Institutionen erfolgen.
- 9.4 Die Anerkennung von Funktionstrainingsgruppen, die nicht einem Mitgliedsverband der Deutschen Rheuma-Liga angehören, erfolgt durch die Rehabilitationsträger bzw. durch Arbeitsgemeinschaften auf Landesebene.
- 9.5 Die Anerkennung kann durch vertragliche Regelungen auf Dritte übertragen werden.
- 9.6 Die Ziffern 9.2 bis 9.4 gelten, sofern nicht ein Rehabilitationsträger sich die Anerkennung vorbehält.
- 9.7 Die fortlaufende Überprüfung der ordnungsgemäßen Durchführung des Funktionstrainings erfolgt durch die Stellen, die für die Anerkennung der Funktionstrainingsgruppen verantwortlich sind. Ziffer 19.1 ist zu beachten. Darüber hinaus sind die Rehabilitationsträger berechtigt, die ordnungsgemäße Durchführung des Funktionstrainings im Einzelfall zu prüfen.

- 9.8 Die anerkannten Gruppen sind den Rehabilitationsträgern regelmäßig, mindestens einmal jährlich, zu melden.

10 Übungsgruppen für Rehabilitationssport, Dauer der Übungseinheiten

- 10.1 Beim Rehabilitationssport beträgt die maximale Teilnehmerzahl einer Übungsveranstaltung grundsätzlich 15 Teilnehmer/-innen je Übungsleiter/-in. Bei Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins ist die Zahl der Teilnehmerinnen einer Übungsveranstaltung auf 12 begrenzt. Geringfügige Überschreitungen sind in Ausnahmefällen zulässig und gegenüber den Rehabilitationsträgern zu begründen.

Bei der Durchführung von Rehabilitationssport in Herzgruppen bestimmt der/die betreuende Arzt/Ärztin die Teilnehmerzahl, die nicht größer als 20 sein darf.

Sofern Menschen mit Blindheit, Doppelamputation, Hirnverletzung, behinderte Menschen mit schweren Lähmungen oder andere schwerstbehinderte Menschen Rehabilitationssport in spezifischen Übungsgruppen durchführen, sollen diesen nicht mehr als 7 Teilnehmer/-innen angehören.

- 10.2 Für Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr und für Jugendliche sind möglichst altersgerechte Übungsgruppen zu bilden. Die Zahl der Teilnehmer/-innen einer Übungsgruppe für Kinder soll 10, bei schwerstbehinderten Kindern 5 nicht übersteigen. Für Jugendliche gilt hinsichtlich der Gruppengröße Ziffer 10.1 entsprechend.
- 10.3 Die Dauer einer Übungsveranstaltung soll grundsätzlich mindestens 45 Minuten, beim Rehabilitationssport in Herzgruppen mindestens 60 Minuten betragen. Die Anzahl der Übungsveranstaltungen beträgt bis zu zwei, mit besonderer Begründung höchstens drei Übungsveranstaltungen je Woche.

Bei der Durchführung von Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins können auch Übungsveranstaltungen zusammengefasst werden.

11 Übungsgruppen für Funktionstraining, Dauer der Übungseinheiten

- 11.1 Beim Funktionstraining beträgt die maximale Teilnehmerzahl einer Übungsveranstaltung grundsätzlich 15 Teilnehmer/-innen je Therapeut/-in/Übungsleiter/-in. Geringfügige Überschreitungen sind in Ausnahmefällen zulässig und gegenüber den Rehabilitationsträgern zu begründen. In Abhängigkeit von Erkrankung und Therapieziel sollen erforderlichenfalls spezielle Übungsgruppen gebildet werden.
- 11.2 Ziffer 10.2 gilt entsprechend.
- 11.3 Trocken- und Wassergymnastik können sich ergänzen; sofern beide Formen medizinisch erforderlich sind, sollen sie an jeweils verschiedenen Wochentagen stattfinden.
- 11.4 Die Dauer einer Übungsveranstaltung soll grundsätzlich mindestens 30 Minuten bei Trockengymnastik bzw. grundsätzlich mindestens 15 Minuten bei Wassergymnastik betragen. Die Anzahl der Übungsveranstaltungen beträgt bis zu zwei, mit besonderer Begründung höchstens drei Übungsveranstaltungen je Woche.

12 Ärztliche Betreuung / Überwachung des Rehabilitationssports

- 12.1 Grundsätzlich erfolgen die ärztliche Betreuung und Überwachung des einzelnen behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen auch im Hinblick auf den Rehabilitationssport durch den behandelnden/verordnenden Arzt/die behandelnde/verordnende Ärztin.

Die Betreuung der Rehabilitationssportgruppen erfolgt durch einen Arzt/eine Ärztin, der/die die Teilnehmer/-innen und die/den Übungsleiter/-in bei Bedarf während der Übungsveranstaltung berät. Dieser Arzt/diese Ärztin informiert die/den behandelnde/n/verordnende/n Arzt/Ärztin über wichtige Aspekte der Durchführung des Rehabilitationssports, sofern dies für die Verordnung/Behandlung von Bedeutung ist.

12.2 Beim Rehabilitationssport in Herzgruppen ist die ständige, persönliche Anwesenheit eines/einer betreuenden Arztes/Ärztin während der Übungsveranstaltungen erforderlich.

Mit der ärztlichen Betreuung und Überwachung des Rehabilitationssports in Herzgruppen sind auf dem Gebiet des Rehabilitationssports erfahrene Ärzte/Ärztinnen zu beauftragen. Ihre Aufgabe ist es,

- auf der Grundlage aktueller Untersuchungsbefunde die auf die Einschränkungen sowie auf den Allgemeinzustand des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen abgestimmten Übungen festzulegen,
- zu Beginn jeder Übungsveranstaltung die Belastbarkeit durch Befragung festzustellen und in der Trainingsgestaltung zu berücksichtigen; ggf. sind dem/der Übungsleiter/-in entsprechende Anweisungen zu erteilen,
- während der Übungen die Teilnehmer/-innen zu überwachen,
- den behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen zu beraten.

Die Belastungsvorgaben einschließlich der Befunde sowie besondere Hinweise wie Einschränkungen usw. sind schriftlich zu dokumentieren.

Beim Rehabilitationssport in Herzgruppen gelten zusätzlich die mit den Spitzenverbänden der Rehabilitationsträger abgestimmten Leitlinien der DGPR.

13 Leitung des Rehabilitationssports

13.1 Beim Rehabilitationssport müssen die Übungen von Übungsleitern/-innen geleitet werden, die aufgrund eines besonderen Qualifikationsnachweises - z. B. Übungsleiter/-in „Rehabilitationssport“ nach den Ausbildungsrichtlinien des DBS bzw. nach den Rahmen-Richtlinien für die Ausbildung im Bereich des Deutschen Olympischen Sportbundes (DOSB), für die Leitung von Herzgruppen der zwischen DBS, DOSB und der der DGPR abgestimmte Qualifikationsnachweis - die Gewähr für eine fachkundige Anleitung und Überwachung der Gruppen bieten. Die Inhalte der Quali-

fikationsnachweise sind mit den Rehabilitationsträgern auf Ebene der BAR abzustimmen.

- 13.2 Die für den Rehabilitationssport mit Kindern und Jugendlichen eingesetzten Übungsleiter/-innen müssen darüber hinaus die dafür erforderlichen psychologisch-pädagogischen Fähigkeiten besitzen.
- 13.3 Eigenständige Übungsveranstaltungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen werden grundsätzlich von zwei Übungsleiterinnen geleitet, wobei eine Übungsleiterin die notwendige Handlungs-, Fach-, Methoden-, Personal- und Sozialkompetenz für deren Durchführung durch entsprechende Fort-/Zusatzausbildung (z. B. Ausbildungsmodul "Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter und von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen" des DBS) nachzuweisen hat. Abweichungen von der Zahl der Übungsleiterinnen sind gegenüber den Rehabilitationsträgern anzuzeigen und zu begründen.

14 Leitung des Funktionstrainings

- 14.1 Beim Funktionstraining kommen für die Leitung der Trainingsgruppen vor allem Physiotherapeuten/-innen/Krankengymnasten/-innen und/oder Ergotherapeuten/-innen mit speziellen Erfahrungen und spezieller Fortbildung für den Bereich der rheumatischen Erkrankungen/Osteoporose einschließlich Wassergymnastik und Atemgymnastik und mit Kenntnissen und Erfahrungen in der psychischen und pädagogischen Führung in Betracht. Sie müssen in der Lage sein, die Leistungsfähigkeit und die darauf abzustimmenden Übungen für den/die einzelnen Patienten/-in einzuschätzen.
- 14.2 Die Leitung der Funktionstrainingsgruppen kann auch von anderen qualifizierten Therapeuten/-innen wahrgenommen werden, die über eine nach 14.1 vergleichbare therapeutische Ausbildung verfügen und an einer von den Rehabilitationsträgern anerkannten Fort-/Zusatzausbildung für das Funktionstraining teilgenommen haben.

- 14.3 Die erforderliche ergotherapeutische Betreuung soll, insbesondere auch im Hinblick auf die Beratung über Ausstattung und Einübung im Gebrauch von Gebrauchsgegenständen des täglichen Lebens, gewährleistet sein. Zu beachten ist Ziffer 3.4.
- 14.4 Die für Funktionstraining mit Kindern und Jugendlichen eingesetzten Therapeuten/-innen müssen darüber hinaus die dafür erforderlichen psychologisch-pädagogischen Fähigkeiten besitzen.

15 Verordnung von Rehabilitationssport und Funktionstraining

- 15.1 Rehabilitationssport und Funktionstraining werden indikationsgerecht von dem behandelnden Arzt/der Ärztin verordnet. Für die gesetzliche Rentenversicherung und die Alterssicherung der Landwirte kann Rehabilitationssport und Funktionstraining auch durch den Arzt/die Ärztin der Rehabilitationseinrichtung verordnet werden. Ziffer 1.2 ist zu beachten.
- 15.2 Die Verordnung muss enthalten:
1. die Diagnose nach ICD 10, ggf. die Nebendiagnosen, soweit sie Berücksichtigung finden müssen oder Einfluss auf die Verordnungsnotwendigkeit haben,
 2. die Gründe und Ziele, weshalb Rehabilitationssport/Funktionstraining (weiterhin) erforderlich ist; dazu sind auch Angaben über die vorliegenden Funktionseinschränkungen und zur psychischen und physischen Belastbarkeit zu machen,
 3. die Dauer des Rehabilitationssports bzw. des Funktionstrainings,
 4. eine Empfehlung für die Auswahl der für die Behinderung geeigneten Rehabilitationssportart bzw. Funktionstrainingsart, bei Herzgruppen die Empfehlung zur Übungs- oder Trainingsgruppe sowie bei Bedarf die Empfehlung zur Durchführung von Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen und für besondere Inhalte des Rehabilitationssports,

5. bei weiteren Verordnungen ergänzend die Gründe, warum der Versicherte nicht oder noch nicht in der Lage ist, die erlernten Übungen selbstständig und eigenverantwortlich durchzuführen.
- 15.3 Die einzelne Verordnung erstreckt sich im Allgemeinen auf bis zu zwei, mit besonderer Begründung höchstens drei Übungsveranstaltungen je Woche; sie gilt nur für den vom verordnenden Arzt/von der verordnenden Ärztin für notwendig erachteten Zeitraum, für die gesetzliche Krankenversicherung für den in Ziffer 4.4.1 bis 4.4.4 genannten Zeitraum, für die gesetzliche Rentenversicherung und die Alterssicherung der Landwirte längstens für den in Ziffer 4.2 genannten Zeitraum.
- 15.4 Im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung ist die Verordnung von Rehabilitationssport und Funktionstraining jeweils für ein halbes Jahr auszustellen. In Ausnahmefällen kann dieser Zeitraum bis zu einem Jahr betragen.
- 16 Bewilligung, Übertragung, Auswahl der Rehabilitationssportgruppe / Funktionstrainingsgruppe**
- 16.1 Rehabilitationssport und Funktionstraining sind vor dem Beginn durch den Rehabilitationsträger zu bewilligen. Dies gilt auch für weitere Verordnungen.
- 16.2 Nimmt ein behinderter oder von Behinderung bedrohter Mensch an den ihm für einen bestimmten Zeitraum bewilligten Übungsveranstaltungen nicht teil, ist eine Übertragung auf einen späteren Zeitraum grundsätzlich nicht zulässig.
- 16.3 Rehabilitationssport und Funktionstraining sind in der Regel in der Rehabilitationssportgruppe/Funktionstrainingsgruppe durchzuführen, die dem Wohn- oder Arbeitsort des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen am nächsten gelegen ist, es sei denn, dass bei dieser Rehabilitationssportgruppe/Funktionstrainingsgruppe die ärztlich verordneten Übungen nicht durchgeführt werden oder der behinderte oder von Behinderung bedrohte Mensch aus sonstigen Gründen diese Rehabilitationssportgruppe/Funktionstrainingsgruppe nicht in Anspruch nehmen kann. Seinen berechtigten Wünschen ist zu entsprechen. Hierbei sind die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu beachten.

17 Kostenregelung

- 17.1 Die Vergütung für die Teilnahme am Rehabilitationssport bzw. Funktionstraining wird in der Regel zwischen den Bundes-/Landesorganisationen der Träger von Rehabilitationssportgruppen/Funktionstrainingsgruppen und den Rehabilitationsträgern vertraglich geregelt. Die Vergütungen können pauschaliert werden.
- 17.2 Die Träger der Rehabilitationssportgruppen bzw. Funktionstrainingsgruppen haben eine pauschale Unfallversicherung für die Teilnehmer/-innen an den Übungsveranstaltungen abzuschließen, sofern nicht bereits eine Sportversicherung besteht.
- 17.3 Die Rehabilitationsträger übernehmen für die persönliche Sportbekleidung und -ausrüstung (z. B. Trainingsanzug, Sporthemd, Sporthose, Sportschuhe, Badebekleidung, Schläger) keine Kosten. Die für die Durchführung im Einzelfall erforderlichen Hilfsmittel sowie deren für die Ausübung des Rehabilitationssports/des Funktionstrainings notwendige Anpassung werden nach den geltenden gesetzlichen Bestimmungen erbracht. Die für den Rehabilitationssport und das Funktionstraining notwendigen Sport-/Trainingsgeräte sind von der Rehabilitationssportgruppe/der Funktionstrainingsgruppe zu stellen. Die Kosten ihrer Anschaffung oder Benutzung werden durch die für die Übungsveranstaltungen zu zahlende Vergütung nach Ziffer 17.1 abgegolten.
- 17.4 Die Rehabilitationsträger begrüßen eine Mitgliedschaft in den Rehabilitationssportgruppen bzw. Funktionstrainingsgruppen auf freiwilliger Basis, um die eigenverantwortliche Durchführung des Bewegungstrainings zu fördern und nachhaltig zu sichern. Eine Mitgliedschaft in der Gruppe, Selbsthilfegruppe oder im Verein ist jedoch für die Teilnahme am Rehabilitationssport bzw. Funktionstraining für die Dauer der Verordnung zu Lasten eines Rehabilitationsträgers nicht verpflichtend.
- 17.5 Nach § 31 SGB I ist es nicht zulässig, neben der Vergütung des Rehabilitationsträgers für die Teilnahme am Rehabilitationssport bzw. Funktionstraining Zahlungen, Eigenbeteiligungen etc. oder Vorauszahlungen von den Teilnehmer/-

innen zu fordern. Nach § 32 SGB I ist es unzulässig, davon abweichende Vereinbarungen zu treffen.

Mitgliedsbeiträge bei freiwilliger Mitgliedschaft sind möglich.

18 Abrechnungsverfahren

18.1 Die Abrechnung für die Teilnahme an den Übungsveranstaltungen erfolgt grundsätzlich zwischen dem Rehabilitationsträger und dem Träger der Rehabilitationssportgruppe/Funktionstrainingsgruppe. Die Abrechnung durch von den Leistungserbringern beauftragte Dritte ist möglich (z. B. im Rahmen des maschinellen Abrechnungsverfahrens nach § 302 SGB V).

18.2 Der Teilnahmenachweis hat durch Unterschrift des/der Teilnehmers/-in für jede Übungsveranstaltung zu erfolgen. Abweichungen hiervon können vertraglich geregelt oder im Einzelfall mit dem Rehabilitationsträger abgesprochen werden.

19 Qualitätssicherung

19.1 Die Rehabilitationssportgruppen/Funktionstrainingsgruppen sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistung verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.

19.2 Für die Rehabilitationssportgruppen/Funktionstrainingsgruppen besteht die Verpflichtung, an einem Qualitätssicherungsprogramm der Rehabilitationsträger teilzunehmen. Näheres wird in den Verträgen nach Ziffer 17.1 zwischen den Beteiligten geregelt.

20 In-Kraft-Treten

- 20.1 Diese Rahmenvereinbarung tritt am 01. Januar 2011 in Kraft. Mit In-Kraft-Treten wird die „Rahmenvereinbarung Rehabilitationssport und Funktionstraining vom 01. Oktober 2003 in der Fassung vom 01. Januar 2007“ außer Kraft gesetzt.
- 20.2 Alle vor dem 01. Januar 2011 ausgestellten ärztlichen Verordnungen für Rehabilitationssport und Funktionstraining behalten ihre Gültigkeit.
- 20.3 Für alle ab 01. Januar 2011 ausgestellten ärztlichen Verordnungen für Rehabilitationssport und Funktionstraining gilt die vorliegende Rahmenvereinbarung.
- 20.4 Die Partner der Rahmenvereinbarung werden auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation in angemessenen Zeitabständen prüfen, ob die Rahmenvereinbarung aufgrund zwischenzeitlich gewonnener Erfahrungen, insbesondere im Rahmen der Anwendung der ICF, verbessert oder wesentlich veränderten Verhältnissen angepasst werden muss.
- 20.5 Die Rahmenvereinbarung kann von jedem Vereinbarungspartner zum Schluss eines Kalenderjahres mit einer Frist von einem Jahr, frühestens zum 31. Dezember 2011, schriftlich gegenüber den Vereinbarungspartnern gekündigt werden.
- 20.6 Bei Kündigung eines Vereinbarungspartners bleibt die Rahmenvereinbarung für die anderen Vereinbarungspartner unverändert bestehen.
- 20.7 Sollten einzelne Regelungen dieser Vereinbarung ganz oder teilweise unwirksam werden, so berührt dies die Gültigkeit der übrigen Regelungen nicht. Die Vertragspartner verpflichten sich, die unwirksame(n) Regelung(en) durch (eine) rechtlich zulässige Regelung(en) zu ersetzen, die dem Sinn und Zweck der ursprünglich vereinbarten Regelung(en) möglichst nahe kommen.

Anlage zur Rahmenvereinbarung Rehabilitationssport / Funktionstraining

Anerkennung von Rehabilitationssportgruppen / Funktionstrainingsgruppen

1. Allgemeine Angaben

- Name, Anschrift des Trägers der Gruppe
- Ansprechpartner/-in der Gruppe (Name, Anschrift, Telefon)
- Institutionskennzeichen
- In welchem übergeordneten Verband/Organisation ist der Träger der Gruppe Mitglied?
- Anerkennung der Gruppe beantragt am ab
- Angabe der Rehabilitationssportart/Funktionstrainingsart - anerkannt? Ab wann?
- Ort, Zeit und Dauer der Übungsveranstaltung
- Werden Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen angeboten/durchgeführt? Wenn ja, in welcher Form? (Vorlage eines Konzeptes)

2. Angaben zu personellen Voraussetzungen

- Name, Anschrift der/s Übungsleiters/-in/Therapeuten/-in
- Nachweis der Qualifikation, Fort- bzw. Zusatzausbildung, gültige Übungsleiterlizenz
- Gültig bis; ausgestellt am/ durch
- Ist Zusatzausbildung anerkannt? (Curriculum?) Durch wen?

3. Angaben zu räumlichen Voraussetzungen / Ausstattung der Übungsstätten

- Größe der Übungsstätte
- Bei Warmwassertraining: Größe des Therapiebeckens und Wasserwärme
- Geräteausstattung, ggf. Sonderausstattung, spezielle Geräte oder Hilfsmittel
- Barrierefreiheit?

4. Gruppengröße / Zusammensetzung der Gruppen

- Gruppengröße? (maximal 15 Teilnehmer/-innen je Übungsleiter/-in/Therapeut/-in, bei Rehabilitationssport in Herzgruppen maximal 20 Teilnehmer/-innen, bei Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter und von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen maximal 12 Teilnehmerinnen)
- Gruppengröße bei Kindergruppen? (maximal 10 Kinder, bei schwerstbehinderten Kindern maximal 5 Kinder je Übungsleiter/-in)
- Gruppengröße bei schwerstbehinderten Menschen? (maximal 7 Personen je Übungsleiter/-in)
- Feste Gruppe? (Definiert durch festgelegten zeitlichen Beginn, festgelegte Dauer, festgelegten Ort und durch die über die gesamte Zeitdauer gegebene Anleitung und Betreuung durch eine/n Übungsleiter/in bzw. bei Herzgruppen zusätzlich die ständige, persönliche Anwesenheit des/der betreuende/n Arztes/Ärztin)
- ggf. besondere Voraussetzungen

5. Angaben zum Unfallversicherungsschutz

- Ist eine Unfallversicherung abgeschlossen? (Die Vorlage des Versicherungsscheins bzw. der Nachweis einer Sportversicherung ist notwendig)

6. Angaben zur ärztlichen Betreuung / Überwachung in Herzgruppen

- Welche/r Arzt/Ärztin hat sich verpflichtet, während der Übungsveranstaltungen ständig anwesend zu sein (Name, Anschrift - schriftliche Erklärung vorlegen)? Vertretung bei Urlaub/Krankheit?
- Wird zu Beginn der Übungsveranstaltung eine Kurzanamnese (Medikamentenveränderung, Befindlichkeitsveränderung, ungewöhnliche Belastungen in Familie oder Beruf, Erkrankungen, insbesondere Infektionen) durchgeführt und Besonderheiten dokumentiert?
- Werden Ergebnisse der ärztlichen Untersuchung abgefragt?

- Ist ein netzunabhängiger, tragbarer Defibrillator vorhanden? Letzte Kontrolle?
- Ist ein Notfallkoffer vorhanden?

7. Angaben zur ärztlichen Betreuung / Überwachung in Rehabilitationssportgruppen

- Welche/r Arzt/Ärztin hat sich verpflichtet, während der Übungsveranstaltungen bei Bedarf für Beratungen der Teilnehmer/-innen und der Übungsleiter/-innen zur Verfügung zu stehen (Name, Anschrift - schriftliche Erklärung vorlegen)? Vertretung bei Urlaub/Krankheit?

8. Angaben zur Notfallversorgung

- Bestehen bei Notfällen Möglichkeiten, den vertragsärztlichen Notdienst bzw. den notärztlichen Rettungsdienst (Notarzt/Notärztin) telefonisch zu erreichen (Telefon, Handy)?
- Nächst erreichbare/r Arzt/Ärztin?
- Nächstes Krankenhaus?

9. Dokumentation

- Wird eine Teilnehmerliste geführt? Wo kann diese eingesehen werden?
- Dokumentation der Übungsveranstaltungen (z. B. besondere Vorkommnisse)

10.9 Formulare Anerkennungsverfahren

Antrag auf Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport nach § 44 SGB IX

AN

Angaben zu dem anzuerkennenden Rehabilitationssportangebot (je Angebot ein Blatt ausfüllen)

1. Vereinsname: _____ 2. Vereinskennziffer: _____ 3. Anerkennung ab: _____

4. Name /Bezeichnung des Angebotes (z.B. Wirbelsäulengymnastik): _____

5. Ansprechpartner/in für dieses Angebot (Name, Vorname, Telefon, Email): _____

6. Übungsleiter/in (Name, Vorname, Telefon, Email): _____

a. (nur bei Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins): Übungsleiterin II (Name, Vorname, Telefon, Email): _____

b. Zusatzqualifikation vorhanden: Übungsleiterin: ja / nein Übungsleiterin II: ja / nein

7. Betreuende/r /überwachende/r Ärztin/Arzt (Name, Vorname, Telefon, Email): _____

8. Übungsstätte (Name, Straße, PLZ, Ort): _____

9. Trainingsfläche/Wasserfläche der Übungsstätte (in qm): _____ bei Angeboten im Wasser: _____ C Wassertemperatur

10. Wochentag: _____ von: _____ Uhr bis: _____ Uhr Wochentag: _____ von: _____ Uhr bis: _____ Uhr Wochentag: _____ von: _____ Uhr bis: _____ Uhr

11. Teilnehmerkreis:

weiblich	männlich	Kinder	Jugendliche	Erwachsene
Bis 15 Erwachsene	Bis 20 Erwachsene bei Herzsport	Bis 7 schwerstbehinderte Erwachsene	Bis 10 Kinder vor Vollendung des 14. Lebensjahres	Bis 12 Mädchen/Frauen bei Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins
Mehr als 15 Erwachsene	Mehr als 20 Erwachsene bei Herzsport	Bis 5 schwerstbehinderte Kinder	Bis 10 Kinder in Kinderherzsportgruppe	

12. Rehabilitationssportart:

Gymnastik	Schwimmen	Leichtathletik	Bewegungsspiele in Gruppen	Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins	Sonstige:
------------------	------------------	-----------------------	-----------------------------------	--	------------------

13. Zielgruppe (Ordnen Sie Ihr Angebot bitte einer Zielgruppe, wie z.B. Innere Organe, zu. Sie können innerhalb dieser Zielgruppe eine oder mehrere Bereiche ankreuzen):

Erkrankungen Orthopädie	Erkrankungen Neurologie	Erkrankungen Sensorik	Erkrankungen Innere Medizin
Wirbelsäulen-/Haltungsschäden	Cerebrale Bewegungsstörungen	Sehbehinderungen/Blindheit	Herz-/Kreislauferkrankungen
Osteoporose	Parkinson	Hörschädigungen/Gehörlosigkeit	Atemwegserkrankungen
Morbus Bechterew	Schlaganfall	Sonstige	Periphere arterielle Verschlusskrankheiten
Gelenkschäden	Poliomyelitis		Asthma/Allergien
Amputationen/Gliedmaßenschäden	Multiple Sklerose		Diabetes mellitus
Endoprothesen	Spina bifida		Nierenerkrankungen
Sonstige	Epilepsie		Sonstige
	Querschnittlähmung		
	Sonstige		

Erkrankungen Psychiatrie	Krebserkrankungen	Geistige Behinderungen	Sonstige
Verhaltensstörungen	Brustkrebserkrankungen	Geistige Behinderungen	Mehrfachbehinderungen
Psychische Erkrankungen	Prostata-/Blasenkrebskrankungen	Sonstige	ADS (Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom)
Abhängigkeitserkrankungen	Sonstige		Selbstbehauptung/Selbstbewusstsein
Sonstige			Sonstige

14. Nur für Herzsportgruppen:

Eine funktionsfähige und einsatzbereite Notfallausrüstung (Defibrillator/Notfallkoffer) steht zur Verfügung.	Ja	Nein	Datum der letzten Kontrolle der Notfallausrüstung:
--	----	------	--

Antrag auf Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport nach § 44 SGB IX

AN II

Angaben zu dem anzuerkennenden Rehabilitationssportangebot (je Angebot ein Blatt ausfüllen)

Angaben zu den sonstigen Rahmenbedingungen

1. Räumliche und sachliche Voraussetzungen

Die Räumlichkeiten, Materialien und Geräte sind hinsichtlich der Zielsetzung für den Rehabilitationssport zweckmäßig und angemessen.

Ja Nein

Sanitäre Anlagen sind vorhanden.

Ja Nein

Eine einsatzfähige und vollständige Erste-Hilfe-Ausstattung ist vorhanden.

Ja Nein

Der Zugang zur Sportstätte und zu den sanitären Einrichtungen ist für die Zielgruppe des Angebots hinreichend gegeben.

Ja mit Einschränkung

Funktional einsetzbare Sportgeräte stehen zur Verfügung.

Ja mit Einschränkung

2. Nachhaltigkeit

Nach Ablauf der ärztlichen Verordnung ist gewährleistet, dass die Teilnehmenden auch ohne Verordnung dieses oder ein gleichwertiges Angebot besuchen können.

DBS-GEPRÜFT

Ja Nein In Vorbereitung

3. Aspekte der Durchführung und Auswertung

3.1 Dem Angebot liegt eine Planung zugrunde.

Ja Nein

3.2 Die Übungseinheiten enthalten Informations- und Beratungselemente.

Ja Nein

3.3 Die Übungseinheiten werden dokumentiert.

Ja Nein

3.4 Eine Anwesenheitsliste der Teilnehmer/innen wird geführt.

Ja Nein

3.5 Eine aktuelle Liste der Notfallnummern liegt vor.

Ja Nein

3.6 Eine aktuelle Liste der Krankenhäuser in der näheren Umgebung liegt vor.

Ja Nein

3.7 Das standardisierte Beratungsprotokoll bzw. der standardisierte Beratungsleitfaden (Formblatt B) des DBS werden verwendet.

Ja Nein

Antrag auf Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport nach § 44 SGB IX

DE

Angaben zur Datenschutzerklärung (pro Person jeweils ein Blatt ausfüllen)

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

(Vorstand, Ansprechpartner, Übungsleiter, betreuende Ärzte)

Hiermit willige ich, **(bitte ankreuzen)** Vorstand [] Ansprechpartner [] Übungsleiter [] Arzt []

Vorname, Nachname: _____ wohnhaft in: _____

PLZ / Ort: _____ Geburtsdatum: _____ Vereins-/Gruppenkennziffer: _____

ein, dass der Deutsche Behindertensportverband e.V. und seine Landesverbände alle für die Entscheidung über die Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport des _____ (Name des Trägers/Vereinsname)

von mir erforderlichen personenbezogenen Daten erheben, speichern und nutzen können. Dies umfasst auch besondere Arten personenbezogener Daten.

Es handelt sich hierbei insbesondere um folgende Daten: Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Telefon, Emailadresse, Informationen über meine Übungsleiterlizenz (z.B. Lizenznummer) sowie Informationen zu meiner Qualifikation. Die Daten werden verwendet um zu ermitteln, ob die Voraussetzungen für die Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport des Trägers des Sportangebotes erfüllt sind. Die personenbezogenen Daten werden auch für Zwecke der Statistik erhoben. Die Weitergabe an den Bundesverband und die Landesvertretungen des Verbandes der Ersatzkassen e.V. (vdek), die Primärkrankenkassen und andere Kostenträger (z.B. Deutsche Rentenversicherung) erfolgt zum Zweck der Prüfung der Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport sowie zur Mitgliederbetreuung, beispielsweise der Vermittlung von örtlichen Rehabilitationssportgruppen sowie zu Abrechnungszwecken. Auch in eine solche Weitergabe willige ich hiermit ein. Des Weiteren willige ich in die Veröffentlichung der Daten zur Rehabilitationssportgruppe, Name und ggfls. Anschrift, auch im Internet und in sonstigen Medien ein.

WIDERRUFSMÖGLICHKEIT

Diese Einwilligungen können jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Soweit die Daten jedoch zur Durchführung und Abrechnung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport notwendig sind, kann dies zur Aberkennung führen.

Ort, Datum

Unterschrift

Antrag auf Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport nach § 44 SGB IX

M

Angaben zu der betreuenden/überwachenden Ärztin/dem betreuenden/überwachenden Arzt

Betreuende/überwachende Ärztin bzw. betreuender/überwachender Arzt

1. Name, Vorname: _____

Anschrift (Straße, PLZ, Ort): _____

Telefon/Email: _____ Fachrichtung: _____

2. Betreuter Verein: _____ ggfls. betreute Gruppe(n): _____

3. Erklärung:

Hiermit versichere ich, die Rehabilitationssportgruppe(n) des o.g. Vereins im Sinne der Nr.12 der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 01.Januar 2011 zu betreuen und zu überwachen. Hierzu gehören:

a. Allgemein:

- Die Teilnehmer/innen und die Übungsleiter/innen bei Bedarf zu beraten.
- Die/den behandelnde/verordnende Ärztin/Arzt über wichtige Aspekte der Durchführung des Rehabilitationssports zu informieren, sofern dies für die Verordnung/ Behandlung von Bedeutung ist.

b. Für Herzsport gilt zusätzlich:

- Die ständige, persönliche Anwesenheit beim Übungsbetrieb sicherzustellen.
- Die Übungen, die auf der Grundlage aktueller Untersuchungsbefunde auf die Einschränkungen sowie auf den Allgemeinzustand des Teilnehmers/der Teilnehmerin abgestimmt wurden, sind festzulegen.

Empfehlung:

- Die Zuordnung der Teilnehmer/innen zur Gruppe auf Grund der Indikation ggfls. anhand der Unterlagen des behandelnden Arztes zu prüfen und Vorgaben für die Durchführung des Sportes zu machen.

Ort, Datum: _____

Stempel/Unterschrift Ärztin/Arzt : _____

Hinweis: Diese Tätigkeit sollte bei der Berufshaftpflichtversicherung angezeigt werden!

Antrag auf Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport nach § 44 SGB IX

Begründung für die Überschreitung der Zahl der Teilnehmer/innen

TN

Titel des Angebots: _____

Übungsleiter/in: _____

Betreuende Ärztin/ betreuender Arzt: _____

Gemäß Nr. 10.1 der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 01.Januar 2011 beträgt die maximale Zahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer einer Übungsveranstaltung grundsätzlich 15 Personen je Übungsleiter/in. Für spezielle Indikationen (z.B. Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins) sowie Kinder und Jugendliche sind unter Nr. 10ff. davon abweichende Höchstgrenzen festgelegt. Überschreitungen der Zahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sind in Ausnahmefällen zulässig und gegenüber den Rehabilitationsträgern zu begründen. Für die o.g. Rehabilitationssportgruppe (bei Herzsportgruppen nicht möglich!) beantragen wir die Anerkennung bei höherer Zahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Wir begründen die Überschreitung mit folgenden Fakten:

Die Altersgruppe des Angebots:

£ Erwachsene

£ Kinder vor Vollendung des 14. Lebensjahrs

£ schwerstbehinderte Kinder

Die Überschreitung der Höchstzahl ist notwendig, weil:

Die Qualität des Rehabilitationssports ist auch bei der höheren Zahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer gewährleistet durch:

Die Gruppe hat die durchschnittliche Teilnehmer/innenzahl von ____ Personen.

Ort, Datum: _____

Unterschrift/ggf. Vereinsstempel: _____

(Vorstand vertretungsberechtigt nach § 26 BGB)

Antrag auf Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport nach § 44 SGB IX

Angaben zur Übungsleiterin/zum Übungsleiter

ÜL

Die Anerkennung von Rehabilitationssportgruppen kann u.a. nur ausgesprochen werden, wenn die eingesetzte Übungsgruppenleitung über eine für den beantragten Bereich (Zielgruppe) gültige Übungsleiterlizenz nach den Richtlinien für die Ausbildung im Deutschen Behindertensportverband e.V. verfügt. Vergleichbare Qualifikationen können im Einzelfall anerkannt werden (In diesem Fall bitte die Qualifikationsnachweise in Kopie zur Prüfung beifügen).

Name, Vorname, Geburtsdatum: _____ Verein (für welchen Verein tätig?): _____

Anschrift (Straße, PLZ, Ort): _____

Telefon/Email: _____

Erklärung:

Ich verpflichte mich, die Qualifikationsanforderungen des Deutschen Behindertensportverbandes (DBS) für den Rehabilitationssport einzuhalten, Rehabilitationssportgruppen nur mit gültiger Übungsleiterlizenz zu leiten und auf Anforderung des anerkennenden Verbandes einen Fragebogen über die Durchführung des Angebots auszufüllen und zurückzuschicken. Bei Erstberatung verpflichte ich mich das standardisierte Beratungsprotokoll bzw. den standardisierten Beratungsleitfaden (Formblatt B) des DBS einzusetzen.

Ort, Datum: _____

Unterschrift (ÜL): _____

1. Lizenznummer: _____

Indikationsbereich/Profil: _____

Ausgestellt am: _____ gültig bis: _____

2. Lizenznummer: _____

Indikationsbereich/Profil: _____

Ausgestellt am: _____ gültig bis: _____

3. Lizenznummer: _____

Indikationsbereich/Profil: _____

Ausgestellt am: _____ gültig bis: _____

4. nur Zusatzqualifikation Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins:

Ausgestellt am: _____

Ausgestellt von: _____

Antrag auf Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport nach § 44 SGB IX

V

Angaben zum Träger des Rehabilitationssportangebots

1. Name des Trägers: _____

Internetseite/Website: _____

Anschrift (Straße, PLZ, Ort): _____

2. Ansprechpartner/in des Trägers (Name, Vorname, Telefon, Email): _____

3. Institutionskennzeichen (IK): _____ Vereinskennziffer: _____

4. Abrechnung über Abrechnungsstelle/Trägerverband: £ nein wenn ja, Beginn/Ende der Beauftragung: _____ / _____

wenn ja, Name: _____ und IK Nr: _____

5. Unfallversicherungsschutz/Beratungsprotokoll:

5.1 Eine Unfallversicherung für Mitglieder ist abgeschlossen:

£ Ja £ Nein

5.2 Eine Unfallversicherung für Nichtmitglieder

£ ist abgeschlossen. £ ist nicht abgeschlossen.

£ wird abgeschlossen, sobald Nichtmitglieder am Rehabilitationssport teilnehmen.

5.3 Das standardisierte Beratungsprotokoll bzw. der standardisierte Beratungsleitfaden (Formblatt B) des DBS wird bei der Erstberatung verwendet:

£ Ja £ Nein

6. Erklärungen des Antragstellers

Wir beantragen die Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport nach § 44 SGB IX und bestätigen die Einhaltung der Regelungen zur Durchführung des Rehabilitationssports gemäß der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 01. Januar 2011. Die Rahmenvereinbarung und die Verträge zur Durchführung des Rehabilitationssports wurden von uns zur Kenntnis genommen und werden in vollem Umfang anerkannt. Wir erkennen an, dass ein Verstoß gegen diese einschlägigen Regelungen zum Widerruf der Anerkennung als Leistungserbringer führt. Wir verpflichten uns, während der Gültigkeit der Anerkennung zeitnah alle Änderungen der anerkennenden Stelle mitzuteilen. Wir erkennen an, dass Rehabilitationssport bei Vorlage einer Verordnung zu Lasten eines Rehabilitationsträgers auch ohne Mitgliedschaft im Verein möglich ist und keine Zuzahlungen, Vorauszahlungen oder Eigenbeteiligungen von den Versicherten gefordert werden dürfen. Wir bestätigen dass unsere Infomaterialien (Flyer, Homepage, etc.) zum Rehabilitationssport der einschlägigen Regelungen der Rahmenvereinbarung entsprechen.

Ort, Datum: _____

Unterschrift/ ggfls. Vereinsstempel: _____

(Vorstand vertretungsberechtigt nach § 26 BGB)

Antrag auf Verlängerung der Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport nach § 44 SGB IX VL

Angaben zum Träger des Rehabilitationssportangebots

1. Name des Trägers: _____

Anschrift (Straße, PLZ, Ort): _____

2. Ansprechpartner/in des Trägers (Name, Vorname, Telefon, Email): _____

3. Institutionskennzeichen (IK): _____ Vereinskennziffer: _____

4. Abrechnung über Abrechnungsstelle/Trägerverband: nein wenn ja, Beginn/Ende der Beauftragung: _____ / _____

wenn ja, Name: _____ und IK Nr: _____

5. Die vorgelegten Angaben zu den bereits bestehenden Anerkennungen

wurden ergänzt bzw. korrigiert (bitte als Anlage beifügen). bleiben unverändert.

6. Erklärungen des Antragstellers

Wir beantragen die Verlängerung der Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport nach § 44 SGB IX und bestätigen die Einhaltung der Regelungen zur Durchführung des Rehabilitationssports gemäß der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 01. Januar 2011. Die Rahmenvereinbarung und die Verträge zur Durchführung des Rehabilitationssports wurden von uns zur Kenntnis genommen und werden in vollem Umfang anerkannt. Wir erkennen an, dass ein Verstoß gegen diese einschlägigen Regelungen zum Widerruf der Anerkennung als Leistungserbringer führt. Wir verpflichten uns, während der Gültigkeit der Anerkennung zeitnah alle Änderungen der anerkennenden Stelle mitzuteilen. Wir sind damit einverstanden, dass die erhobenen Daten (nur zu Angebot und Ansprechpartner/in) zur Öffentlichkeitsarbeit (z.B. im Internet) und die erhobenen Daten (in vollem Umfang) für statistische Auswertungen, Beratungs- und Abrechnungszwecke der Rehabilitationsträger (z.B. Krankenkassen) weitergegeben werden. Wir erkennen an, dass Rehabilitationssport bei Vorlage einer Verordnung zu Lasten eines Rehabilitationsträgers auch ohne Mitgliedschaft im Verein möglich ist und keine Zuzahlungen, Vorauszahlungen oder Eigenbeteiligungen von den Versicherten gefordert werden dürfen.

Ort, Datum: _____

Unterschrift/ ggfls. Vereinsstempel: _____

(Vorstand vertretungsberechtigt nach § 26 BGB)

Beratungsprotokoll/Beratungsfaden

Am _____ legte _____ (Name, Vorname) eine Verordnung über Rehabilitationssport vor.

Es erfolgte eine Information zum Angebot des Vereins als Leistungserbringer im Rehabilitationssport. Dabei wurden folgende Punkte angesprochen:

- Tag, Zeit und Ort der Angebote bzw. des ausgewählten Angebotes.
- Dauer einer Übungsveranstaltung (Rehabilitationssport: mindestens 45 Minuten bzw. 60 Minuten im Herzsport).
- Größe der Gruppe (maximal 15 TN, im Herzsport maximal 20 TN, bei Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins maximal 12 TN).
- Inhalt des Sportangebotes: Gymnastik, Bewegungsspiele, Schwimmen, Leichtathletik (Gehen/Laufen), Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins, geeignete Inhalte anderer Sportarten (z.B. Entspannung, o.ä.).
- Organisatorischer Rahmen (Übungsleiter Rehabilitationssport und ärztliche Betreuung bzw. Überwachung im Herzsport).
- Eine Unfallversicherung ist vom Verein abgeschlossen.
- Absicherung durch Defibrillator/Notfallkoffer im Herzsport.

Zur Mitgliedschaft und Zuzahlung wurden folgende Informationen weitergegeben:

- Es gibt keine Verpflichtung, Mitglied im Verein zu werden oder Zuzahlungen zu entrichten, um am Rehabilitationssport teilzunehmen.
- Im Interesse der Nachhaltigkeit der Rehabilitationsmaßnahme wird jedoch auch von den Kostenträgern eine Mitgliedschaft auf freiwilliger Basis befürwortet.
- Wenn die Mitgliedschaft **freiwillig** eingegangen wird, können folgende zusätzliche Leistungen des Vereins in Anspruch genommen werden:

- Der Mitgliedsbeitrag beträgt in diesem Fall monatlich _____ €
- Wird die Mitgliedschaft über den Zeitraum der Verordnung fortgesetzt, so richtet sich die Mitgliedschaft nach den im Verein allgemein gültigen Regelungen.
- Die Möglichkeit der Teilnahme endet für Nicht-Mitglieder nach Ablauf der Verordnungsdauer bzw. nach Absolvierung der verordneten Einheiten ohne Kündigungsfrist.

Von diesem Protokoll wurde dem Versicherten eine Kopie ausgehändigt.

Versicherte/r (Ort, Datum, Unterschrift) _____ Vereinsvertreter/in (Ort, Datum, Unterschrift) _____

10.10 Anerkennungsverfahren Rehabilitationssport

Quelle: www.bsnw.de

Die Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 01.01.2011 regelt die Zusammenarbeit desorganisierten Sports mit den Sozialversicherungsträgern, d.h. den gesetzlichen Krankenkassen sowie den Unfall- und Rentenversicherungen. Damit Sportvereine als Leistungserbringer mit den Sozialversicherungsträgern abrechnen können, müssen sie von den Landesbehindertensportverbänden die Anerkennung als Leistungserbringer im Rehabilitationssport erhalten.

Zu den mit der Rahmenvereinbarung verbundenen Veränderungen gehört die Verpflichtung der Sportvereine zur Qualitätssicherung. Im §19 heißt es dazu: „ Die Rehabilitationssportgruppen ... sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistung verpflichtet ...“Dazu haben sie an „einem Qualitätssicherungsprogramm der Rehabilitationsträger“ teilzunehmen.

Damit werden die Anforderungen, der sich alle Institutionen im Sozial- und Gesundheitswesen heutzutage stellen müssen, auch an den Rehabilitationssport herangetragen. Ein systematische und kontinuierliche Qualitätsüberprüfung und -entwicklung ist für viele Partner der Sportvereine bereits zur Regelaufgabe geworden. Auch für den Rehabilitationssport ist die Auswertung und Verbesserung des erreichten Qualitätsniveaus selbstverständlich kein Neuland. Hierin besteht traditionell eine Kernaufgabe der Verbandsarbeit. Mit dem Schwerpunkt einer systematischen Qualitätspolitik werden aus der Vielfalt moderner Ansätze zum Qualitätsmanagement die Verfahren und Methoden gezielt ausgewählt und auf die spezifische Struktur und die Belange der Sportvereine mit Rehabilitationssportangeboten angepasst. Nur praktikable und realisierbare Verfahren können eine kontinuierliche Verbesserung einleiten und fortschreiben. Vor diesem Hintergrund haben der DBS und seine Landesverbände von den Vertragspartnern der Rahmenvereinbarung die Aufgabe übernommen, ein systematisches Qualitätsmanagement einzuführen - unter aktiver Beteiligung der Sportvereine.

Einer der einleitenden Schritte in der Qualitätsoffensive im Rehabilitationssport ist die Harmonisierung der Anforderungen des Anerkennungsverfahrens mit denen der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining. Dies geschieht unter Berücksichtigung des Ziels, in den nächsten Jahren behutsam die Bedingungen für eine kontinuierliche Qualitätsentwicklung in und mit den Sportvereinen zu schaffen. Dieser Schritt erfolgt unter Beachtung der Vorgaben des Deutschen Behindertensportverbandes.

Qualitätsmanagement

Es ist schon immer ein Ziel im Rehabilitationssport gewesen, den Teilnehmerinnen und Teilnehmern eine hohe Qualität in der Betreuung und Sicherheit in der Sportpraxis zu gewährleisten. Neu ist das Bestreben, Qualität zu „managen“, d.h. das bereits erreichte Niveau im Sportverein zu erfassen und die Ansatzpunkte für eine Weiterentwicklung zu ermitteln. Und das möglichst systematisch und behutsam.

Die Teilnahme an einer systematischen Qualitätsentwicklung ist sowohl für die Teilnehmer/innen in den Gruppen als auch für die Sozialversicherungsträger und Partnerorganisationen im Gesundheitswesen die Bestätigung, dass der Sportverein als Leistungserbringer von Rehabilitationssport seine Angebote unter Qualitätsanforderungen auswertet und die Ergebnisse zukünftig berücksichtigt. Dies soll zu einer selbstverständlichen Regelaufgabe werden.

Die Sportvereine sind also aufgefordert, intern eine Bestandsaufnahme über das erreichte Qualitätsniveau vorzunehmen und geeignete Maßnahmen zur Weiterentwicklung systematisch zu planen und zu ergreifen. Die Unterstützung des DBS und der Landesverbände ist gewährleistet. Es empfiehlt sich eine frühzeitige Beschäftigung mit dem Thema, da im Folgeantrag die eingeleiteten und vorbereiteten Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung dokumentiert werden müssen. (siehe auch Anmerkungen zur Gültigkeitsdauer).

Gültigkeitsdauer

Das neue Anerkennungsverfahren mit der Verpflichtung zur Teilnahme an einer verbandsinternen Qualitätsentwicklung hat Konsequenzen. Die Anerkennung als Rehabilitationssportgruppe wird nicht mehr unbefristet ausgesprochen, sondern auf zwei Jahre befristet. Erfüllt die Beantragung alle geforderten Kriterien, erhält der Sportverein für jede ausgewiesene Rehabilitationssportgruppe die Anerkennung.

Unterstützende Leistungen der Dachverbände

Das erreichte Qualitätsniveau des Rehabilitationssportangebots ist die Ausgangsbasis der Qualitätsentwicklung. Die Qualitätskriterien stecken also auch eine Entwicklungsperspektive ab, die im Rehabilitationssport als ergänzende Leistung im Rehabilitationsprozess vom Leistungserbringer Sportverein angestrebt werden soll. Dies wird besonders deutlich an den Qualitätskriterien „Förderung von Nachhaltigkeit“ und „Qualitätssicherung und Evaluation“.

Ein solcher Prozess braucht Zeit und evtl. begleitende Unterstützung und Beratung. Dazu werden den Sportvereinen verschiedene Instrumente angeboten, die von den Landesverbänden des DBS unterschiedlich eingesetzt werden:

- Qualitätszirkeltage in Verbindung mit Fortbildungsmodulen, die für eine Lizenzverlängerung anerkannt werden
- Einbindung des Gedankenguts der Qualitätsentwicklung in die Aus- und Fortbildungen
- Teilnehmerbefragung zur Zufriedenheit in regelmäßigen Abständen
- Direkte Vereinsberatung auf Anfrage
- Coaching von Übungsleiter/innen sowie von Vereinsmanager/innen
- Audits bei Bedarf

Informationen zum Ausfüllen der Formulare

Die Ihnen vorliegenden Formulare sind so vorbereitet, dass Sie möglichst wenig Zeit und Mühen aufwenden müssen:

Fast alle Angaben können durch ein einfaches Ankreuzverfahren geleistet werden.

Zu den einzureichenden Unterlagen gehören der eigentliche Antrag (Formular V) und die Anlagen zum Antrag (Formulare ÜL, AN, und M). Das Formular TN ist bei Bedarf als weitere Anlage bei Bedarf hinzuzufügen.

Antrag (Formular V)

Der Antrag auf Anerkennung als Rehabilitationssportgruppe wird vom Sportverein gestellt. Dazu füllt der Vorstand das Formular V aus. Der Antrag ist nur ein Mal auszufüllen und ist gültig für alle Rehabilitationssportgruppen, für die die Anlage AN eingereicht wird.

Der Antrag muss vom Vereinsvorstand oder der Geschäftsführung unterzeichnet werden. Sofern es im Verein für den "Reha-Sport" besondere Zuständigkeiten gibt, sollte die Abwicklung des Verfahrens an die zuständigen Mitarbeiter/innen übergeben werden.

Anlage zur Übungsleiterin bzw. zum Übungsleiter (Formular ÜL)

Mit der Betreuung von Rehabilitationssportgruppen darf nur speziell ausgebildetes Personal beauftragt werden. Die notwendigen Angaben zur Person erfasst das Formular ÜL.

Auch das Formular ÜL ist von jeder Übungsleiterin und jedem Übungsleiter nur in einfacher Ausfertigung als Anlage beizufügen, unabhängig davon, wie viele Rehabilitationssportgruppeneiner Indikation die Person betreut. Übungsleiter/innen mit mehreren Lizenzen für unterschiedliche Indikationen (z.B. Herzsport und Sport in der Krebsnachsorge) füllen für jede Lizenz ein eigenes Formular ÜL aus.

Das Formular ÜL ist nur mit der Unterschrift der Übungsleiterin bzw. des Übungsleiters gültig.

Anlage zum Rehabilitationssportangebot (Formular AN)

Die Anerkennung wird für jede Rehabilitationssportgruppe einzeln vergeben und ist nicht übertragbar. Deshalb muss das Formular AN für jede Gruppe gesondert ausgefüllt werden.

Wenn Sie eine Rehabilitationssportgruppe neu gründen wollen, verwenden Sie bitte ein Blanco-Formular AN.

Indikation

Eine Rehabilitationssportgruppe kann nur einem Bereich zugeordnet werden z.B. Stütz- und Bewegungsapparat. Dies schließt nicht aus, dass Personen verschiedener Indikationen (z.B. Gelenkschäden, Osteoporose, Endoprothesen) daran teilnehmen. Kreuzen Sie den zutreffenden Bereich an und alle Indikationen, die in der Gruppe „vertreten“ sind.

Organisation des beantragten Angebotes

Die Angaben beziehen sich auf die Übungsstätte, Übungszeiten und Häufigkeit des Angebotes.

Nach Ablauf der Verordnung

Die Rahmenvereinbarung schreibt vor, dass die Sportvereine sich dazu verpflichten, behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen sowie chronisch Kranken auch nach Auslaufen ihrer Verordnungen eine Möglichkeit zum Rehabilitationssport zu bieten (Stichwort: Nachhaltigkeit). Für die Erstbeantragung ist diese Angabe eine wichtige Informationsquelle für den Landesbehindertensportverband zur Planung ihrer Unterstützungsleistungen für die Sportvereine. Im Folgeantrag muss jeder Sportverein dann seine Bemühung zur Sicherung von Nachhaltigkeit belegen.

Angaben zum Teilnehmerkreis

Die Rahmenvereinbarung lässt in begründeten Ausnahmefällen eine Überschreitung der Teilnehmerzahl zu. Wenn Sie diese Ausnahmeregelung für ihre Gruppe in

Anspruch nehmen wollen, müssen sie das Formular TN ausfüllen und als Beleg dem Antrag hinzufügen.

Nur für Herzsportgruppen

Gemäß der Rahmenvereinbarung ist für die Ausübung von Herzsport eine funktions- und einsatzfähige Notfallausrüstung Voraussetzung. Kreuzen Sie die zutreffende Angabe an.

Durchführung

Die aufgeführten Aspekte zur Durchführung von Rehabilitationssportangeboten betreffen zum einen die Planung und Vorbereitung der Praxiseinheiten und zum anderen die Beratung der Teilnehmer/innen. Teilnehmende sollen u.a. in ihrer Eigenverantwortlichkeit gestärkt und bei dem Alltagstransfer unterstützt werden. Diese Aspekte sind zentrale Themen im Hinblick auf die Weiterentwicklung des Rehabilitationssports. Sie werden zukünftig an Bedeutung gewinnen und in den begleitenden Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung (z.B. Qualitätszirkeltage) aufgegriffen (siehe Unterstützungsleistungen der Dachverbände).

Rahmenbedingungen

Der Zustand der Sportstätte und ihrer sanitären Einrichtungen, der Sportgeräte und Materialien usw. sind Qualitätsaspekte für Rehabilitationssport. Darauf hat ein Sportverein nur selten Einfluss. In der Verbesserung dieser Rahmenbedingungen sehen die Landesbehindertensportverbände eine ihrer Sport- und kommunalpolitischen Aufgaben. Ihre Angaben zu den Rahmenbedingungen sind dafür eine wichtige Informationsquelle.

Anlage zur ärztlichen Betreuung (Formular M)

Im Rehabilitationssport muss eine ärztliche Betreuung bzw. Beratung der Übungsstunden gewährleistet sein. Auf dem Formular M „Erklärung des Arztes bzw. der Ärztin“ wird unterschieden zwischen den Anforderungen und Verpflichtungen im Herzsport und denen, die für alle Indikationen Gültigkeit haben. Der Arzt bzw. die Ärztin soll nur die Verpflichtungen bestätigen, die mit der von ihm bzw. ihr betreuten Rehabilitationssportgruppe verbunden sind. Das Formular ist von jedem Arzt bzw. jeder Ärztin auszufüllen und zu unterschreiben, unabhängig davon, wie viele Übungsstunden oder Rehabilitationssportgruppen sie bzw. er berät oder betreut. Das Formular M ist dem Antrag als Anlage beizufügen.

Anlage zur Teilnehmerzahl (Formular TN)

Die prinzipiell begrenzte Teilnehmerzahl kann in begründeten Ausnahmefällen überschritten werden. Die Überschreitung der Höchstgrenze muss für jede Rehabilitationssportgruppe gesondert begründet werden. Sie kann nicht für mehrere Rehabilitationssportgruppen gemeinsam eingereicht werden. Das Formular TN muss von der bzw. dem Übungsleiter/in unterschrieben werden. Es ist dem Antrag beizufügen.

10.11 Ausbildungskonzeption DBS

Ab 2009 traten beim Deutschen Behindertensportverband neue Richtlinien zur Ausbildung in Kraft, da die bisherigen Richtlinien an die neuen Rahmenrichtlinien des DOSB angepasst werden mussten. Somit wurden die Richtlinien zur Ausbildung im DBS vom Hauptvorstand des Deutschen Behindertensportverbandes bundesweit beschlossen und sind vom Deutschen Olympischen Sportbund genehmigt und verbindlich anzuwenden. Hauptänderung ist die Anhebung der Ausbildungen zum Übungsleiter Rehabilitationssport von der ersten auf die zweite Lizenzstufe, was einen größeren zeitlichen und inhaltlichen Umfang der Ausbildung zur Folge hat. Der kommende Text gibt Ihnen einen kurzen Überblick über die Ausbildungsgänge und Lizenzen im DBS.

Ausbildungsgänge:

Folgende Ausbildungsgänge werden vom DBS, seinen Landes- und Fachverbänden und der DBS-Akademie angeboten:

Rehabilitationssport

- Übungsleiter Rehabilitationssport – Profil Orthopädie (2. Lizenzstufe)
(Amputationen, Gliedmaßenmißbildungen, Gelenkschäden, Gelenkersatz, Morbus Bechterew, Osteoporose, Wirbelsäulenerkrankungen, Krebserkrankungen)
- Übungsleiter Rehabilitationssport – Profil Innere Medizin (2. Lizenzstufe)
(Asthma/Allergien, Diabetes mellitus, Herz-/Kreislauferkrankungen, Nierenerkrankungen, partielle arterielle Verschlusskrankheiten)
- Übungsleiter Rehabilitationssport – Profil Sensorik (2. Lizenzstufe)
(Sehschäden, Hörschäden)
- **Übungsleiter Rehabilitationssport – Profil Neurologie (2. Lizenzstufe)**
(cerebrale Bewegungsstörungen, Epilepsie, Multiple Sklerose, Morbus Parkinson, Poliomyelitis, Querschnittlähmungen, Spina bifida, **Schlaganfall**)
- Übungsleiter Rehabilitationssport – Profil Geistige Behinderung (2. Lizenzstufe)
(Lernbehinderung, Geistige Behinderung, Aufmerksamkeit-Defizit-Syndrom, Teilleistungsstörungen, Entwicklungsabweichungen)
- Übungsleiter Rehabilitationssport – Profil Psychiatrie (2. Lizenzstufe)
(Neurosen, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen, Psychosomatische Störungen, Suchterkrankungen, Schizophrenie, Anfallsleiden, Autistisches Syndrom)

Präventionssport

- Übungsleiter B – Präventionssport – für Menschen mit Behinderung (2. Lizenzstufe)

Breitensport

- Übungsleiter C – Breitensport – Behindertensport (1. Lizenzstufe)
- Übungsleiter B – Breitensport – Behindertensport (2. Lizenzstufe)

Leistungssport

- Trainer C – Leistungssport – Behindertensport (1. Lizenzstufe)
- Trainer B – Leistungssport – Behindertensport (2. Lizenzstufe)
- Trainer A – Leistungssport – Behindertensport (3. Lizenzstufe)

Sportorganisation

- Vereinsmanager C

Leitfaden „Sport nach Schlaganfall“

LIZENZ- UND AUSBILDUNGSSYSTEM im DEUTSCHEN BEHINDERTENSORTVERBAND (DBS)									
3. Lizenz- stufe								Abschluss: Trainer „Leistungs- sport“	BLOCK 500
2. Lizenz- stufe	Abschluss: Übungsleiter B „Rehabilitationssport“ Profil:						Abschluss: Übungsleiter „Präventions- sport“	Abschluss: Übungsleiter „Breitensport“	Trainer A (90 LE)
	BLOCK 30 Orthopädie (90 LE)	BLOCK 40 Innere Medizin (120 LE)	BLOCK 50 Sensorik (90 LE)	BLOCK 60 Neurologie (90 LE)	BLOCK 70 Geistige Behinderung (90 LE)	BLOCK 80 Psychiatrie (90 LE)	BLOCK 90 Prävention für Men- schen mit Behinderung (90 LE)	BLOCK 200 Übungs- leiter B (60 LE)	BLOCK 400 Trainer B (60 LE)
1. Lizenz- stufe							BLOCK 100 Übungs- leiter C (30 LE)	BLOCK 300 Trainer C (30 LE)	
Grund- lagen	Allgemeine Informationen über den Rehabilitationssport und allgemeine Grundlagen des Sports (90 LE)								
	BLOCK 10								

Das Ausbildungssystem ist modular aufgebaut und beginnt mit den Grundlagenblock 10 (90 Lerneinheiten) für alle Lizenzen. Erst nach erfolgreicher Teilnahme oder Anerkennung dieses Blockes ist eine Teilnahme an den Profilblöcken der jeweiligen Lizenzen möglich.

Zielgruppe:

Die Ausbildungen richten sich an alle interessierte und sportaktive Vereinsmitglieder, die mindestens 18 Jahre alt sind, und im Verein Sport von Menschen mit Behinderung, chronisch Erkrankten oder von Behinderung Bedrohten anbieten möchten.

Ausbildungsumfang:

Die Ausbildungen in der ersten Lizenzstufe umfassen insgesamt mindestens 120 Lerneinheiten und in der zweiten Lizenzstufe insgesamt mindestens 180 Lerneinheiten. Eine Lerneinheit umfasst 45 Minuten. Einige Lerneinheiten der Ausbildung werden durch Heimstudium, Hospitationen und/oder Lernerfolgskontrollen abgedeckt. Die Ausbildung zu einer Lizenz muss innerhalb von 2 Jahren abgeschlossen sein.

Anerkennung von Vorqualifikationen

Teilelemente der Ausbildung können durch bereits abgeschlossene Berufsausbildungen anerkannt werden (siehe Anerkennungstabelle nächste Seite).

Lizenzantrag:

Nach erfolgreichem Abschluss eines Ausbildungsganges kann die entsprechende Lizenz auf Antrag eines Mitgliedsvereins bei einem Landes- oder Fachverband beantragt werden. Für die Lizenzerteilung ist der Nachweis eines 16-stündigen 1. Hilfe Kurses, der nicht älter als 2 Jahre sein darf, erforderlich, sofern dieser nicht im Rahmen der Ausbildung integriert wurde.

Lizenzverlängerung:

Mit dem Erwerb der Lizenz ist der Lernprozess des Übungsleiters nicht abgeschlossen. Nach 4 Jahren (Übungsleiter Rehabilitationssport – Profil Innere

Medizin nach 2 Jahren) ist eine Fortbildung von 15 Lerneinheiten zur Lizenzverlängerung nachzuweisen. Erfolgt innerhalb des Gültigkeitszeitraums keine ausreichende Fortbildung, verliert die Lizenz ihre Gültigkeit.

Anerkennung anderer Ausbildungsgänge zu den Ausbildungsblöcken im DBS

Teilnehmer an den Ausbildungsgängen können bestimmte Inhalte bei Vorliegen eines jeweils nachgewiesenen abgeschlossenen Ausbildungs- und/oder Studienganges erlassen werden. Die Entscheidung über eine Verkürzung der Ausbildungszeit ist immer als Einzelfallentscheidung auf Antrag zu treffen.

Abschluss¹	10	30	40	50	60	70	80	90	100	300
Dipl.-SportlehrerIn SportlehrerIn (Lehramt) Dipl.-SportwissenschaftlerIn Magister Sportwissenschaft Bachelor/Master (Sport- wissenschaft, Sport- management, Lehramt Sport)	P16 ²	J	J	J	J	J	J	J	J	J
Dipl.-SportlehrerIn (Behinderten-/Rehasport) Bachelor/Master (Sport- wissenschaft – Reha- bilitationssport)	P8 ³	N	N	N	N	N	N	N	J	J
MotopädagogeIn o. ä.	P8 ³	J	J	N	N	N	J	J	J	J
SonderpädagogeIn (Fach Sport, Bewegungs- erziehung)	P8 ³	N	J	N	N	N	N	J	J	J
PhysiotherapeutIn ⁴ Med. BademeisterIn ^{4,5}	J	N	J	J	N	J	J	J	J	J
GymnastiklehrerIn	P16 ²	J	J	J	J	J	J	J	J	J
FÜL-Lizenz eines anderen Fachverbandes C-Lizenz Übungsleiter des LSB (früher: A-Lizenz) Trainerlizenz Spitzenverband	P16 ²	J	J	J	J	J	J	J	J	J

Erklärung:

N nein, Teilnahme ist für die angegebene Personengruppe nicht erforderlich

J ja, Teilnahme ist für die angegebene Personengruppe erforderlich

¹ es werden nur abgeschlossene Ausbildungsgänge anerkannt

² es erfolgt eine Teilanerkennung der Inhalte von Block 10, es muss ein Pflichtteil mit 16 Lerneinheiten absolviert werden, der die Schwerpunkte Sportorganisation, Recht, Verwaltung, Umgang mit Behinderungen und Grundlagen der Behinderungen beinhaltet

³ es erfolgt eine Teilanerkennung der Inhalte von Block 10, es muss ein Pflichtteil mit 8 Lerneinheiten absolviert werden, der die Schwerpunkte Sportorganisation, Recht, Verwaltung und Umgang mit Behinderungen beinhaltet

⁴ Nach Absprache der Landeslehrwartetagung werden im Rahmen von Pilotprojekten spezielle Kompaktkurse für PhysiotherapeutenInnen und med. BademeisterInnen⁵ durchgeführt. Hierbei werden in 50 Lerneinheiten (Profil 30 und 60) und 96 Lerneinheiten (Profil 40) die Schwerpunkte auf die pädagogische und methodische Kompetenz und weniger auf das medizinische Fachwissen gelegt.

⁵ Anerkannt werden Abschlüsse, die nach der aktuellen „Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Masseure und medizinische Bademeister“ vom 6.12.1994 absolviert wurden. Frühere Abschlüsse werden nicht anerkannt.

10.12 Muster-Handzettel

<p>Sind Sie vom Schlaganfall betroffen?</p> <p>Betreuen Sie einen Menschen nach erlittenem Schlaganfall?</p> <p>Wir helfen Ihnen:</p> <p>Sport nach Schlaganfall</p> <p>In unserem Sportprogramm bieten wir Ihnen:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Spaß an der (möglichen) Bewegung▪ Festigung der in der Krankengymnastik (wieder) erlernten Bewegungen▪ Neuentdecken von Lebensqualität <p>Rufen Sie mich an:</p> <hr/> <p>Name / Tel. des Sportgruppenleiters</p>	<p>Sind Sie vom Schlaganfall betroffen?</p> <p>Betreuen Sie einen Menschen nach erlittenem Schlaganfall?</p> <p>Wir helfen Ihnen:</p> <p>Sport nach Schlaganfall</p> <p>In unserem Sportprogramm bieten wir Ihnen:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Spaß an der (möglichen) Bewegung▪ Festigung der in der Krankengymnastik (wieder) erlernten Bewegungen▪ Neuentdecken von Lebensqualität <p>Rufen Sie mich an:</p> <hr/> <p>Name / Tel. des Sportgruppenleiters</p>
--	--

10.13Muster Presseartikel

Musterpresseartikel

Schlaganfall-Sportgruppe in Musterhausen

Sport ist die wichtigste Nebensache der Welt, sagen viele. Doch das stimmt nicht! Denn Sport ist für Menschen mit Behinderung Lebenselixier. Die Schlaganfall-Selbsthilfegruppe (**Name der Gruppe**) lädt Menschen, die einen Schlaganfall erlitten haben, zu Sport und Bewegung ein. Unter Anleitung eines qualifizierten Übungsleiters trifft sich die Gruppe regelmäßig (**Wochentag, Uhrzeit**) in (**Ort, Straße**), um gemeinsam sportlich aktiv zu sein. Dabei geht es nicht um Leistung und Wettbewerb, sondern um Freude an der körperlichen Bewegung und am gemeinschaftlichen Tun. Interessierte können sich weiter informieren bei (**Ansprechpartner der Gruppe mit Tel.-Nr. oder Anschrift des Übungsleiters**)

10.14 Adressenliste Sport nach Schlaganfall

Bundesebene

<p>Deutscher Behindertensportverband e.V. - Im Hause der Goldkrämer Stiftung – Tulpenweg 2-4 50226 Frechen Tel: 02234-6000-0 Fax: 02234-6000-150 Mail: info@dbs-npc.de Internet: www.dbs-npc.de</p>	<p>Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe Carl-Miele-Str. 210 33311 Gütersloh Tel: 01805-093093 (0,14 €/min, Mobilfunk max. 0,42 €/min) Fax: 01805-094094 Mail: info@schlaganfall-hilfe.de Internet: www.schlaganfall-hilfe.de</p>
<p>Deutscher Rollstuhl-Sportverband e.V. Friedrich-Alfred-Str. 10 47055 Duisburg Tel: 0203-7174180 Fax: 0203-7174181 Mail: info@rollstuhlsport.de Internet: www.rollstuhlsport.de</p>	<p>Deutscher Schwerhörigen-Sportverband e.V. Spandauer Str. 100 e 13591 Berlin Tel: 030-3630603 Fax: 030-3648093 Mail: gefiz@web.de Internet: www.d-s-s-v.de</p>
<p>DBS-Akademie Vormannstraße 7 48565 Steinfurt Tel: 02552-2872 Fax: 02552-98377 Mail: lelling@dbs-akademie.de Internet: www.dbs-akademie.de</p>	

Landesebene

<p>Badischer Behinderten- u. Rehabilitations-Sportverband e.V. Mühlstr. 68 76532 Baden-Baden Tel: 07221-39618-0 Fax: 07221-39618-18 Mail: bbs@bbsbaden.de Internet: www.bbsbaden.de</p>	<p>Behinderten- u. Versehrten-Sportverband Bayern e.V. Haus des Sports Georg-Brauchle-Ring 93 80992 München Tel: 089-544189-0 Fax: 089-544189-99 Mail: heger@bvs-bayern.com Internet: www.bvs-bayern.com</p>
--	---

<p>Behinderten-Sportverband Berlin e.V. Hanns-Braun-Str./Kursistenflügel 14053 Berlin Tel: 030-30099675 Fax: 030-30099674 Mail: info@bsberlin.de Internet: www.bsberlin.de</p>	<p>Behinderten-Sportverband Brandenburg e.V. Prenzlauer Allee 62 17268 Templin Tel: 03987-200886 Fax: 03987-200944 Mail: marinabaumann@bsbrandenburg.de Internet: www.bsbrandenburg.de</p>
<p>Behinderten-Sportverband Bremen e.V. Heinstr. 25-27 28213 Bremen Tel: 0421-2778445 Fax: 0421-9606090 Mail: ausbildung@rehasport-bremen.de Internet: www.rehasport-bremen.de</p>	<p>Behinderten- u. Rehabilitations-Sportverband Hamburg e.V. Schäferkampsallee 1 20357 Hamburg Tel: 040-859933 Fax: 040-8512124 Mail: mail@brs-hamburg.de Internet: www.brs-hamburg.de</p>
<p>Hessischer Behinderten- und Rehabilitations-Sportverband e.V. Postfach 2452 36014 Fulda Tel: 0661-869769-0 Fax: 0661-869769-29 Mail: Geschaeftsstelle@hbrs.de Internet: www.hbrs.de</p>	<p>Verband für Behinderten- u. Rehabilitationssport Mecklenburg-Vorpommern e.V. Henrik-Ibsen-Str. 20 18106 Rostock Tel: 0381-721751 Fax: 0381-721753 Mail: kontakt@vbrs-mv.de Internet: www.vbrs-mv.de</p>
<p>Behinderten-Sportverband Niedersachsen e.V. Ferdinand-Wilhelm-Fricke-Weg 10 30169 Hannover Tel: 0511-1268-5100 Fax: 0511-1268-45100 Mail: info@bsn-ev.de Internet: www.bsn-ev.de</p>	<p>Behinderten-Sportverband Nordrhein-Westfalen e.V. Friedrich-Alfred-Str. 10 47055 Duisburg Tel: 0203-7174-153 Fax: 0203-7174-163 Mail: bsnw@bsnw.de Internet: www.bsnw.de</p>
<p>Behinderten- und Rehabilitations-Sportverband Rheinland-Pfalz e.V. Parkstr. 7 56075 Koblenz Tel: 0261-973878-0 Fax: 0261-973878-59 Mail: info@bsvrlp.de Internet: www.bsvrlp.de</p>	<p>Behinderten- und Rehabilitationssportverband Saarland e.V. Hermann Neuberger Sportschule Gebäude 54 Im Stadtwald 66123 Saarbrücken Tel: 0681-3879225 Fax: 0681-3879220 Mail: info@brs-saarland.de Internet: www.brs-saarland.de</p>
<p>Sächsischer Behinderten- und</p>	<p>Behinderten- u. Rehabilitations-</p>

<p>Rehabilitationssportverband e.V. Am Sportforum 10, Haus 2 04105 Leipzig Tel: 0341-2113865 Fax: 0341-2113893 Mail: sbv@behindertensport-sachsen.de Internet: www.behindertensport-sachsen.de</p>	<p>Sportverband Sachsen-Anhalt e.V. Am Steintor 14 06120 Halle/Saale Tel: 0345-5170824 Fax: 0345-5170825 Mail: info@bssa.de Internet: www.bssa.de</p>
<p>Rehabilitations- u. Behinderten-Sportverband Schleswig-Holstein e.V. Schubbystr. 89 c 24837 Schleswig Tel: 04621-27689 Fax: 04621-27667 Mail: rbsv-sh@foni.net Internet: www.rbsv-sh.de</p>	<p>Thüringer Behinderten- u. Rehabilitations-Sportverband e.V. August-Röbling-Str. 11 99091 Erfurt Tel: 0361-3460539 Fax: 0361-3453802 tbrsv@t-online.de www.tbrsv.de</p>
<p>Württembergischer Versehrtensportverband e.V. Fritz-Walter-Str. 19 70372 Stuttgart Tel: 0711-28077620 Fax: 0711-28077621 Mail: info@wbrs-online.net Internet: www.wbrs-online.net</p>	

11 Link-Sammlung

11.1 Thema: Schlaganfall

Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe www.schlaganfall-hilfe.de

Hinweis: Auf der Seite der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe finden Sie Kontaktdaten zu den Selbsthilfegruppen und bestehenden Landesverbänden der Selbsthilfegruppen

11.2 Thema: Sportorganisation

11.2.1 Bundesebene

Deutscher Behindertensportverband e.V. www.dbs-npc.de

Deutscher Rollstuhl-Sportverband e.V. www.rollstuhlsport.de

Deutscher Schwerhörigen-Sportverband e.V. www.d-s-s-v.de

11.2.2 Landesebene

Badischer Behinderten- und Rehabilitationssportverband e.V. www.bbsbaden.de

Behinderten- und Rehabilitations-Sportverband Bayern e.V. www.bvs-bayern.com

Behinderten-Sportverband Berlin e.V. www.bsberlin.de

Behindertensportverband Brandenburg e.V. www.bsbrandenburg.de

Behindertensportverband Bremen e.V. www.behindertensport-bremen.de

Behinderten- und Rehabilitations-Sportverband Hamburg e.V. www.behindertensport.de/brshamburg

Hessischer Behinderten- und Rehabilitations-Sportverband e.V. www.hbrs.de

Verband für Behinderten- und Rehabilitationssport Mecklenburg-Vorpommern e.V. www.vbrs-mv.de

Behinderten-Sportverband Niedersachsen e.V. www.bsn-ev.de

Behinderten-Sportverband Nordrhein-Westfalen e.V. www.bsnw.de

Behinderten- und Rehabilitationssport- Verband Rheinland-Pfalz e.V.	www.bsv-rlp.de
Behinderten- und Rehabilitations- Sportverband Saarland e.V.	www.brs-saarland.de
Sächsischer Behinderten- und Versehrten Sportverband e.V.	www.behindertensport-sachsen.de
Behinderten- und Rehabilitations- Sportverband Sachsen-Anhalt e.V.	www.bssa.de
Rehabilitations- und Behinderten- Sportverband Schleswig-Holstein e.V.	www.rbsv-sh.de
Thüringer Behinderten- und Rehabilitations- Sportverband e.V.	www.tbrsv.de
Württembergischer Behinderten- und Rehabilitationssportverband e.V.	www.wbrs-online.net

11.3 Sonstiges

DBS-Akademie gGmbH	www.dbs-akademie.de
Spomedial	http://vmrz0100.vm.ruhr-uni-bochum.de/spomedial/content/index_ger.html

12 Literaturliste

Über das Krankheitsbild:

Conrad B, Cerebellos-Baumann. *Bewegungsstörungen in der Neurologie*. Stuttgart [u.a.]:

Thieme Verlag. 1996

Delank H, Gelen, W. *Neurologie*. Stuttgart [u.a.]: Enke Verlag. 1994

Hüter-Becker A. *Physiotherapie Band 9. Traumatologie, Querschnittslähmung*. Stuttgart

[u.a.]: Thieme Verlag. 1997

Masuhr K, Neumann M. *Neurologie*. Duale Reihe. Stuttgart [u.a.]: Hippokrates. 1998

Mumenthaler M, Mattle H. *Neurologie*. Stuttgart [u.a.]: Thieme. 1997

Peters C, Raabe-Oetker A. *Neurologie und Sport – Möglichkeiten und Grenzen der Sporttherapie zentralnervöser Schadensbilder*. Köln: Sport & Buch Strauß. 1997

Prosiegel M. *Neuropsychologische Störungen und ihre Rehabilitation*. München: Pflaum

Verlag. 1998

Bundesinnenministerium für Bildung und Forschung. *Kosmos Gehirn*. Kontakt: books@bmbf.bund.de

Bobath, B. *Die Hemiplegie Erwachsener*. Stuttgart [u.a.]: Thieme. 1998

Buck M, Beckers D, Pons C. *Querschnittslähmung. Ein Ratgeber für Betroffene und ihre*

Angehörigen. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag. 1996

Davies P. *Hemiplegie: Ein umfassendes Behandlungskonzept nach Schlaganfall und anderen Hirnschädigungen*. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag. 2002

Davies P. *Hemiplegie. Rehabilitation und Prävention Band 18*. Berlin, Heidelberg: Springer

Verlag. 1996

Freivogel S. *Motorische Rehabilitation nach Schädelhirntrauma*. Bad Kissingen, Berlin,

Düsseldorf, Heidelberg: Pflaum Verlag. 1997

Mäurer H-J. *Schlaganfall. Rehabilitation statt Resignation*. Stuttgart [u.a.]: Thieme. 1989

Döbler E. *Kleine Spiele*. Berlin: Sportverlag. 1998

Für die Praxis in der Halle:

Fediuk, F. *Spiele in heterogenen Gruppen. Band 15 der Schriftenreihe des BSNW.* Meyer&Meyer. 2007

Meißner S. *Tanzen im Sitzen.* Kiel. 1997

Müller B. *Das unendliche Spiel mit dem Gleichgewicht- Last und Lust.* Grasleben: Sport-Thieme. 1998

Rammler H. *Kleine Spiele - wozu?* Wiesbaden : Limpert. 2000.

Sowa M. *Mannschaftsspiele in heterogenen Gruppen.* Eine Chance des Sports für alle. Dortmund: Verlag Modernes Leben. 1995

Ziganek-Soehlke F. *So geht's weiter. Neurorehabilitation mit Bewegungsspielen in der Gruppe.* München: Pflaum Verlag. 2002

Für die Praxis im Wasser:

Daniel K., Wilke K. *Bewegung im Wasser.* Köln: Sport und Buch Strauß. 2000

Dargatz T, Koch A. *Aqua-Fitness : Aqua-Aerobic, Aqua-Power, Aqua-Jogging, Wassergymnastik.* München: Copress Sport. 2002

Graumann D. *Wassergymnastik : Ein Fachbuch für Übungsleiter, Trainer, Schwimmlehrer und interessierte Wassersportler.* Klausdorf : Sportbuch-Verl. 2002.

Innenmoser J. *Aktive Wassertherapie für Behinderte und Chronisch Kranke.* Aachen: Meyer & Meyer. 2001

Innenmoser J. *Schwimmspaß für Behinderte.* Bockenem: Sport Fahnemann Verlag. 1988

Schrecker G. *Aqua-Trim. Übungen, Tipps und Ideen im praktischen Übungsbetrieb.* Stuttgart [u.a.]: Hippokrates Verlag. 1996

Weber-Witt H. *Erlebnis Wasser: Therapeutische Übungen und Schwimmen.* Berlin Heidelberg: Springer Verlag. 1994

Wilke K, Fessler J. *Aquajogging.* Wiebelsheim: Limpert Verlag. 1999

Sonstige Literatur:

Beckers D, Deckers J. *Ganganalyse und Gangschulung – Therapeutische Strategien für die Praxis*. Berlin: Springer. 1997

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung. Forschungsbericht. *Bewegung, Spiel und Sport mit Behinderten und von Behinderung Bedrohten*. Indikationskatalog und Methodenmanual. Band 1 und 2. Institut für Rehabilitation und Behindertensport, Deutsche Sporthochschule Köln

Froböse I, Nellesen G. *Training in der Therapie*. Wiesbaden: Ullstein. 1996

Kosel H, Froböse I. *Rehabilitations- und Behindertensport: Körper- und Sinnesbehinderte*. München: Pflaum Verlag. 1999

Pschyrembel. *Klinisches Wörterbuch*. Berlin: De Gruyter 1998

Schüle K, Huber G. *Grundlagen der Sporttherapie*. München: Urban & Fischer. 2000

13 Bilder

a) Christoph Püschner – SHG Halle



b) Christoph Püschner – Sportgruppe Esslingen 2004



c) Oliver Numrich – SHG Detmold 2007 – Boule



d) Oliver Numrich – SHG Detmold 2007 – Darts



e) Oliver Numrich – Schlaganfallgruppe Berlin 2008 – Luftballons



14 Stichwortverzeichnis

Anamnesebogen	54	Lebensqualität.....	13
Angehörige	12, 56, 59	Medikation.....	18
Angst.....	13, 40	medizinischen Rehabilitation	11
Arzt	13, 16, 17, 20, 54, 55	Mitgliedschaft	14, 45, 55
Ärzteflyer.....	17	Mobilisierung.....	13
Ausdauer	16	Neglect.....	25
Ausdauertraining	12	Netzwerk	8, 21, 42, 44
Bewegung, Spiel und Sport.....	8	Persönlichkeit.....	54
Bewegungsangebot.....	54	Physiotherapeuten	37, 43, 57
Bewegungsspiele in Gruppen.....	54	Pressemitteilung	22
Bewegungsübungen	24	Rahmenvereinbarung	14, 16
Checkliste	61	Rehabilitationsstraße	37
DBS-Akademie	8, 9, 23, 58	Rollstuhlfahrer.....	12
Deutscher Behindertensportverband.....	8, 9, 11, 15, 19, 20	Schlaganfall-Magazin	8
Diagnose- und Anamnesebogen.....	14, 17	Schwimmen	54
Durchführungs- und Finanzierungsvereinbarung.....	14	Selbstbewusstsein	11
Flyer.....	22	Selbsthilfegruppe	8, 21, 22, 38, 40, 57
Formular	14, 17	Selbstvertrauen.....	13
Gangbild	27	Spaß	11, 13
Gangschulung	23	Spielesammlung	30
Gedächtnis.....	23, 24	Spielformen.....	12, 24
Gleichgewicht	12, 27, 28, 29	Sportstätte.....	20
Gymnastik.....	54	Sportverein.....	8, 19, 40, 45
Hilfe zur Selbsthilfe.....	16	Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe .	8, 11, 15, 21, 39, 56
Hockergymnastik	12, 54	Sturzprophylaxe	13
Kleidung.....	58	Symposien	8
Koordination	16	Teilhabe	9
koordinative Fähigkeiten.....	12, 27	Therapie.....	37
Kosten.....	56	Übungsleiter.....	8, 9, 11, 18, 20, 21, 23, 37, 40, 42, 44, 54, 57
Krankenkasse	13, 14, 19, 55, 56	Verein.....	12, 14, 19, 37, 57
Landes- und Fachverbände... ..	9, 15, 19, 21, 23, 56, 58	Verordnung	14, 17, 54, 55, 56, 57
		Wassergymnastik.....	12