
Abschlussbericht zum Vorhaben
„M.i.T. - Mobilität ist Teilhabe“ (FR193)
**Entwicklung und Überprüfung eines einheitlichen mobilitäts- und
bewegungsorientierten Nachsorgekonzepts bei Querschnittlähmung**

Laufzeit

01.01.2012 – 30.06.2015
(nach kostenneutraler Verlängerung)

Bericht vom 30.09.2015

Dr. Volker Anneken, Tanja Bungter

Forschungsinstitut für Inklusion durch Bewegung und Sport
an der Deutschen Sporthochschule Köln
und der Lebenshilfe NRW gGmbH
(FIBS gGmbH)

Dr. Roland Thietje

Berufsgenossenschaftliches Unfallkrankenhaus
Hamburg (BUK)

Peter Richarz

Deutscher Rollstuhl-Sportverband (DRS e.V.)

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	4
Tabellenverzeichnis	6
Kurzfassung deutsch	7
Kurzfassung englisch.....	8
1. Problemstellung	9
2. Forschungszweck/-ziel	12
3. Methodik	14
3.1 Ursprüngliches Projektkonzept und Darstellung der geplanten Arbeits- und Zeitabläufe	14
Zielgruppe	14
Vorgehensweise	15
Erhebungsinstrumente.....	17
Arbeits- und Zeitplan.....	17
3.2 Anpassungen des Projektkonzepts und Darstellung der tatsächlichen Arbeits- und Zeitabläufe	18
Anpassung der Zielgruppe.....	18
Anpassung der Vorgehensweise	18
Anpassung der Erhebungsinstrumente	24
Tatsächlicher Arbeits- und Zeitplan	27
Schematische Darstellung der Projektanpassungen.....	29
4. Ergebnisse des Gesamtvorhabens.....	30
4.1 AMR®-Ergebnisse	34
4.2 Ergebnisse Kurzfragebogen „Mobilität und sportliche Aktivität“	39
Mobilität.....	39
Sport vor Eintritt der Querschnittlähmung.....	42
Sport nach Eintritt der Querschnittlähmung.....	43
Handlungs- und Beratungsbedarf.....	49
4.3 Beratungen durch die Mobilitätslotsen	50
4.4 Bewertung der Beratungen durch die Versicherten.....	53
4.5 Einfluss von Bewegung und Sport auf weitere teilhaberelevante Faktoren	57
Sportliche Aktivität außerhalb des Projekts	58
Freizeitgestaltung.....	59
Schulbildung und berufliche Situation.....	60
Subjektiv gesundheitsbezogene Lebensqualität	62
Auswirkungen von Mobilität und Sport auf die teilhaberelevanten Faktoren Freizeit, Beruf und Lebensqualität.....	63
4.6 Konzept Einbindung Berufshelfer, Rehamanager, beauftragte Sachbearbeiter der UV-Träger	67
4.7 Leitlinien zur standardisierten Anwendung des AMR® sowie einer Lotsenfunktion zur mobilitäts- und bewegungsorientierten Nachsorge bei Querschnittlähmung.....	70

Konzeptbeschreibung	70
Empfohlene Rahmenbedingungen	71
Zusammenfassung	73
5. Auflistung der im Rahmen des Vorhabens erstellten und zukünftig geplanten Veröffentlichungen.....	74
6. Bewertung der Ergebnisse hinsichtlich des Forschungszwecks/-ziels, Schlussfolgerungen.....	75
6.1 Bewertung der Ergebnisse hinsichtlich der Forschungsfragen	75
6.2 Schlussfolgerungen aus den Projektergebnissen für das Konzept „Mobilität ist Teilhabe“	79
6.3 Relevanz der Ergebnisse und des Konzepts für die gesetzliche Unfallversicherung	80
7. Aktueller Umsetzungs- und Verwertungsplan	82
8. Literatur.....	83
9. Anhang/Anhänge	86

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Untersuchte Kernfaktoren zur Teilhabe durch Mobilität.	9
Abbildung 2: Ursprüngliches Projektkonzept.....	15
Abbildung 3: Ursprünglicher allgemeiner Arbeits- und Zeitplan.	17
Abbildung 4: Schematische Darstellung der Projektanpassungen und Durchführung des Projekts während der Projektlaufzeit.	29
Abbildung 5: Zuordnung zu Kliniken in Prozent (N=308).	31
Abbildung 6: Entlassungsstatus aus der Klinik in Prozent (N=308).	31
Abbildung 7: Eintritt der Querschnittlähmung in Prozent (N=308).	32
Abbildung 8: Verteilung der Lähmungshöhen (N=308).	32
Abbildung 9: Rollstuhlnutzung im Alltag (N=308).	33
Abbildung 10: Einstufung ASIA-Scale (N=308).	33
Abbildung 11: Zuordnung der teilnehmenden Versicherten zu den Unfallversicherungsträgern.	34
Abbildung 12: Transfertechniken in Prozent (N=308).	35
Abbildung 13: Durchschnittliche AMR@Para-Ergebnisse (n=240).	35
Abbildung 14: Durchschnittliche AMR@Tetra Ergebnisse (n=68).	36
Abbildung 15: Handlungsbedarf zur Mobilitätsförderung laut AMR@-Test.....	37
Abbildung 16: Vergleich AMR@Para Ergebnisse nach Erstentlassung und Wiederaufnahme.	37
Abbildung 17: Vergleich AMR@Tetra Ergebnisse nach Erstentlassung und Wiederaufnahme.	38
Abbildung 18: Sicherheit im Rollstuhlgang.	39
Abbildung 19: Veränderung der Mobilität nach Erstentlassung in Prozent (n=254).	40
Abbildung 20: Selbsteinschätzung Kraft- und Ausdauerleistungsfähigkeit.	41
Abbildung 21: Teilnahme Mobilitätstraining in der Klinik.	41
Abbildung 22: Handlungs-/Beratungsbedarf Mobilitätstraining nach Klinikentlassung.	42
Abbildung 23: Sport vor Eintritt der Querschnittlähmung.	42
Abbildung 24: Sportort/-einrichtung in Prozent (n=179).	44
Abbildung 25: Motive für sportliche Aktivität auf einer Skala von 0 bis 4 (n=164).....	45
Abbildung 26: Motive für sportliche Inaktivität auf einer Skala von 0 bis 4 (n=144).	45
Abbildung 27: Geplante sportliche Aktivität nach Erstentlassung und Wiederaufnahme.....	46
Abbildung 28: Interessante Sportformen für Frischverletzte.	46
Abbildung 29: Akzeptable Entfernungen zu Bewegungs- und Sportangeboten.	47
Abbildung 30: Informationsstand/ Engagement der Wiederaufnahmefälle im Sport.....	48
Abbildung 31: Handlungs-/Beratungsbedarf Bewegungs- und Sportangebot nach Klinikentlassung.....	48
Abbildung 32: Handlungs-/Beratungsbedarf zu den Themen Mobilität und Sport.	49
Abbildung 33: Einverständnis der Versicherten zur Datenweitergabe.	49
Abbildung 34: Beratungsstand zum Projektende in Prozent (N=308).	50
Abbildung 35: Verteilung der Beratungen auf die Mobilitätslotsen (N=308).....	50
Abbildung 36: Maßnahmen der Mobilitätslotsen (N=161).	51
Abbildung 37: Kommunikationsweg Beratungen (N=161).....	51
Abbildung 38: Argumente, die trotz Beratung gegen eine (zusätzliche) sportliche Aktivität sprechen.	52
Abbildung 39: Zuordnung der Abschlussbefragungsteilnehmenden zu den Kliniken (N=147).	53
Abbildung 40: Stellungnahme zur Frage „Ist das Konzept Mobilitätslotse sinnvoll?“ (N=147).....	53
Abbildung 41: Teilnahme an Beratung (N=147).	54
Abbildung 42: Teilnahme an den beratenen Angeboten (n=76).....	55
Abbildung 43: Sportartenzuordnung der nach Beratung besuchten Angebote.....	55
Abbildung 44: Eintritt in Verein nach Beratung (n=76).	56
Abbildung 45: Zufriedenheit mit Beratung und Angeboten (n=76).	56
Abbildung 46: Mobilitätsveränderung durch Projektteilnahme (n=76).....	57
Abbildung 47: Aufmerksam auf Angebote außerhalb Projekt (N=81).	58

Abbildung 48: Aktivität in der Freizeit (N=147).	59
Abbildung 49: Formen der Freizeitgestaltung N=147.....	59
Abbildung 50: Beeinträchtigung in Freizeit durch QL (N=147).	60
Abbildung 51: Höchster Schulabschluss (N=147).	60
Abbildung 52: Höchster Ausbildungsabschluss (N=147).	61
Abbildung 53: Erwerbstätigkeit aktuell und vor Eintritt der Querschnittlähmung (QL) (N=147).	61
Abbildung 54: Zufriedenheit aktuelle berufliche Situation (N=147).	62
Abbildung 55: Durchschnittliche Einschätzung der physischen, psychischen, sozialen und kontext- bezogenen Lebensqualität.	62
Abbildung 56: Förderbedarf in der Rollstuhlmobilität nach sportlicher Aktivität.	63
Abbildung 57: AMR® Ergebnisse nach sportlicher Aktivität.	63
Abbildung 58: Förderbedarf in der Rollstuhlmobilität nach Freizeitaktivität.	64
Abbildung 59: AMR® Ergebnisse nach Freizeitaktivität.	64
Abbildung 60: Förderbedarf in der Rollstuhlmobilität nach Erwerbstätigkeit.	65
Abbildung 61: AMR® Ergebnisse nach Erwerbstätigkeit.	65
Abbildung 62: Einschätzung der Lebensqualität nach Förderbedarf in der Rollstuhlmobilität.	66
Abbildung 63: Einschätzung der Lebensqualität nach sportlicher Aktivität.	66
Abbildung 64: Kontakt zum Berufshelfer, Rehamanager oder sonstigen Sachbearbeiter (N=147).	67
Abbildung 65: Wichtigkeit der Information des UV-Trägers über Mobilität der Versicherten (N=147).	67
Abbildung 66: Dateneingang, Bekanntheitsgrad Projekt, Umsetzung Konzept.	68
Abbildung 67: Informationsquellen zum Projekt Mobilität ist Teilhabe (in Prozent).	69
Abbildung 68: Zuständigkeit der Beauftragung des Mobilitätslotse aus der Rehamanager (n=60).	69
Abbildung 69: Schematische Darstellung des mobilitäts- und bewegungsorientierten Nachsorgekonzepts "Mobilität ist Teilhabe".	73

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Stand der Fallzahlen am 18.06.2013 und Schätzung der Fallzahlen für das Projektjahr 2013 durch die beteiligten Kliniken.	18
Tabelle 2: Präsentation des Konzepts auf Veranstaltungen der DGUV.	21
Tabelle 3: Übersicht der Items des AMR® Para und AMR® Tetra.	25
Tabelle 4: Beschreibung der Fähigkeitslevel im AMR®-Test.	25
Tabelle 5: Tatsächlicher Arbeits- und Zeitplan.	28
Tabelle 6: Allgemeine Daten der Studienteilnehmer (N=308).	30
Tabelle 7: Durchschnittliche Ergebnisse der Items zur Fortbewegung und des Gesamtscores im AMR®.	36
Tabelle 8: Vergleich der durchschnittlichen Ergebnisse der Items zur Fortbewegung und des Gesamtscores im AMR® nach Erstentlassung und Wiederaufnahme.	38
Tabelle 9: Herausforderungen im Alltag nach Häufigkeit der Angabe.	39
Tabelle 10: Häufigkeit der ausgeübten Sportarten vor Eintritt der Querschnittlähmung absolut und relativ nach Anzahl der Nennungen.	43
Tabelle 11: Häufigkeit der ausgeübten Sportarten nach Eintritt der Querschnittlähmung absolut und relativ nach Anzahl der Nennungen.	44
Tabelle 12: Häufigkeit der zukünftig interessanten Sportarten absolut und relativ nach Anzahl der Nennungen.	47
Tabelle 13: Zeitliche Einordnung der Kontaktaufnahmen.	52
Tabelle 14: Thematisierte Sportarten in den Beratungsgesprächen, Mehrfachnennung möglich (n=76).	54
Tabelle 15: Betriebene Sportarten der Teilnehmer der Abschlussbefragung außerhalb des Projekts, Mehrfachnennung möglich (n=81).	58

Kurzfassung deutsch

Im Forschungsprojekt „Mobilität ist Teilhabe“ stand die Entwicklung eines einheitlichen mobilitäts- und bewegungsorientierten Nachsorgekonzepts zur Verbesserung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben für Menschen mit erworbener Querschnittlähmung im Mittelpunkt. Schwerpunkte des Konzepts bildeten der Einsatz des Aktivitätstest zur Mobilität im Rollstuhl (AMR®) als Routinediagnostik in den beteiligten Kliniken sowie der Ausbau eines Netzwerks zwischen der Klinik, den Unfallversicherungsträgern und den sog. Mobilitätslotsen. Die fünf bundesweit eingesetzten Mobilitätslotsen, ebenfalls Rollstuhlfahrer mit einem großen Erfahrungsschatz im Bereich Bewegung und Sport, übernahmen bei erfasstem Förder- und Informationsbedarf der Versicherten eine Beratung unter Berücksichtigung persönlicher Faktoren, Neigungen und bestehender Beeinträchtigungen (im Bereich Rollstuhlmobilität und Selbstständigkeit).

Nach Überprüfung und Optimierung wird für die zukünftige praktische Umsetzung folgendes mobilitäts- und bewegungsorientierte Nachsorgekonzept empfohlen:

- In der Klinik wird mittels AMR®-Test und Kurzfragebogen der Förder- und Beratungsbedarf des Versicherten bzgl. Mobilität, Bewegung und Sport in der Sporttherapie ermittelt.
- An jede Klinik wird ein Mobilitätslotse (idealerweise ebenfalls Rollstuhlfahrer, Peer-Konzept) gekoppelt, der die Beratung möglichst frühzeitig übernimmt (ggf. bereits in der Klinik).
- Die Informationen zum Mobilitätsstand und Beratungsbedarf werden bei Einwilligung des Versicherten an den Versicherungsträger weitergeleitet. Dies geschieht in erster Linie zur Information und als Grundlage für das Gespräch mit dem Versicherten.

Zur Evaluation des Konzepts wurde im Zeitraum 01.03.2013 bis 30.06.2015 ein Datensatz von 308 Versicherten mit erworbener Querschnittlähmung (ø Alter: 46,49 Jahre; 92% männlich; 85% Wiederaufnahmen; 76% Paraplegie) erhoben. Er lieferte anhand des AMR®-Tests und eingesetzter Fragebögen folgende Kernergebnisse:

- 40,3% der Gesamtstichprobe wiesen einen mittleren bis hohen Förderbedarf in der Rollstuhlmobilität auf. 65,6% hielten ein Mobilitätstraining nach Klinikentlassung für sinnvoll. Die meisten Schwierigkeiten im Alltag bereiteten das Fahren auf den Hinterrädern und das Überwinden von Hindernissen, Steigungen und Treppen.
- Über 60% der Befragten, vor allem Frischverletzte, wünschten sich eine Beratung zu Mobilitäts- und Bewegungsangeboten in Wohnortnähe durch einen Mobilitätslotsen. Neben allgemeinem Mobilitätstraining waren Tischtennis, Fitness/Gymnastik, Bogenschießen, Handbike, Schwimmen und Basketball die gefragtesten Angebote.
- Die Kontaktaufnahme der Mobilitätslotsen zu den Versicherten mit Beratungswunsch war in 87,5% der Fälle erfolgreich (Dauer: ø 58 Tage, Umfang: ø 3 Kontaktaufnahmen).
- 94,5% der Teilnehmenden der Abschlussbefragung bewerteten das Konzept des Mobilitätslotsen als sinnvoll. 93,3% waren mit den empfohlenen Angeboten zufrieden.
- 27,4% der Versicherten nahmen in Folge der Beratung regelmäßig, 13,7% der Befragten unregelmäßig an den vorgeschlagenen Angeboten teil und 28,8% möchten zukünftig im Rahmen der beratenen Angebote aktiv werden.
- Versicherte, die aktiv in Beruf, Freizeit und Sport waren, hatten eine höhere Rollstuhlmobilität und beurteilten ihre physische und psychische Lebensqualität besser.

Kurzfassung englisch

The research project „mobility is participation“ intended to develop a unitary mobility and exercise-oriented aftercare concept, which contributes to an improvement of social participation of people with acquired spinal cord injury. Focal point of the concept was the use of the Activity-Test for wheelchair mobility (AMR®) as routine diagnostics and also the expansion of a network of hospitals, insurants and mobility-guides. After data-record and evaluation of individual need for support by the hospital, the 5 federal-wide deployed mobility-guides, also wheelchair users with a wealth experience in physical activity and sport, conducted conversations with the insurants, in consideration of personal factors and preferences as existing impairments (in the range of wheelchair-mobility and independence in everyday-life).

After verification an improvement of the concept for practical implementation, the following mobility and exercise-oriented aftercare concept is recommended:

- By use of AMR®-Test and a short questionnaire, the hospital therapists can identify a person's need of support- and consolation concerning mobility, physical activity and sports.
- A mobility-guide is linked to every hospital (ideally wheelchair users, peer-concept), who takes over the consolation at an early stage of treatment (possibly in the hospital already).
- Information about state of mobility and need of consolation were transferred to the insurance company if the insurant agrees. This transfer happens basically for general information and to provide a basis for a dialog with the insurant.

For the evaluation of the concept a dataset of 308 insured persons with acquired spinal cord injury (ø age: 46,49 years; 92% male; 85% readmissions; 76% paraplegia) was raised in the period 01.03.2013 to 30.06.2015. On the basis of AMR® tests and questionnaires following key results can be reported:

- 40,3% of the total sample showed a medium to high need of support in wheelchair-mobility. 65,6% considered a mobility training after discharge from hospital as useful. The most difficulties in daily life cause doing a wheelie, crossing obstacles, ramps and stairs.
- More than 60% of the questioned insurants, especially recently injured people, wished for advice by a mobility-guide regarding to mobility- and exercise offerings located nearby. Beside of general mobility-training were table tennis, fitness/gymnastics, archery, hand bike, swimming and basketball the most questioned offers.
- Contacting insurants with a consulting request by the mobility-guides was in 87,5% successful (duration: ø 58 days, scope: ø 3 contacting establishments).
- 94,5% of the final surveys' participants rated the concept of mobility-guides as useful. 93,3% of the participants were satisfied with the offered activities.
- As a result of the individual consolation, 27,4% of the insurants who participated regularly in the exercise-offerings, 13,7% participated irregularly in the offerings and 28,8% want to become active members in the consulted offerings in the future.
- People who were active in job, leisure and sport, had a higher mobility and rated their physical and psychic quality of life higher.

1. Problemstellung

In der Rehabilitation nach Querschnittlähmung ist die möglichst schnelle Rückkehr in das soziale Umfeld und die Wiedereingliederung in für die Person wichtige Lebensbereiche das zentrale Merkmal für eine erfolgreiche Rehabilitation im Sinne des Neunten Sozialgesetzbuches und der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).

Je nach Ausprägung der körperlichen Einschränkungen ist die alltägliche Mobilität der limitierende Faktor bei der selbstständigen und zeitnahen Rückkehr in das gewohnte soziale und berufliche Umfeld. Die Ergebnisse des von der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) geförderten Forschungsprojekts „Teilhabe durch Mobilität bei Querschnittlähmung“ (2006-2010) unterstützen die Aussage, dass sportlich aktive Menschen mit einer erworbenen Querschnittlähmung häufiger erwerbstätig sind, eine bessere Rollstuhlmobilität aufweisen und über bessere Werte im Bereich der körperlichen und psychischen Lebensqualität berichten. Auch die Angaben zur sozialen und kontextbezogenen Lebensqualität sind bei sportlich aktiven Menschen mit Querschnittlähmung im Vergleich zu Nichtsportlern signifikant höher (Anneken et al. 2010). Die im Rahmen des Projektes durchgeführten Erhebungen zur objektiven Messung der Rollstuhlmobilität mittels AMR®-Test (Aktivitätstest zur Mobilität im Rollstuhl) zeigen eine höhere Rollstuhlmobilität bei Personen mit einer Querschnittlähmung, die ihren Alltag aktiv gestalten und regelmäßig einer Beschäftigung nachgehen. Die Ergebnisse im Bereich Erwerbstätigkeit unterstützen zudem die positiven Wirkungen des Sporttreibens auf das Berufsleben. Die positiven Effekte einer Erwerbstätigkeit auf die Lebensqualität können durch den Sport verstärkt werden, in dem die körperliche Belastbarkeit verbessert sowie das Selbstbewusstsein gesteigert werden (Sörensen et al. 2008, Hess et al. 2004, Evans et al. 1993) (s. Abb.1).

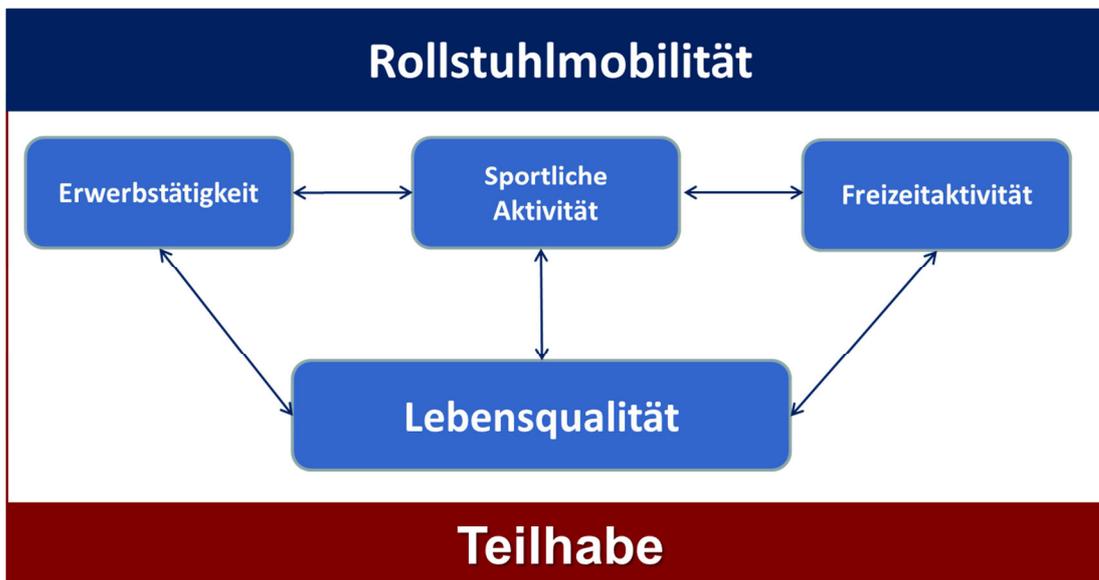


Abbildung 1: Untersuchte Kernfaktoren zur Teilhabe durch Mobilität.

In der Literatur konnten in diversen Reviews und Metaanalysen die vielfältigen Wirkungen von sportlicher Aktivität bei Fußgängern bereits belegt werden: Neben den funktionellen Wirkungen wie Steigerung der Ausdauerleistungsfähigkeit, der Beweglichkeit, der Koordination etc. konnten auch soziale und psychische Effekte aufgezeigt werden, wie die Steigerung des

Selbstbewusstseins, des Selbstkonzeptes oder der Befindlichkeit (Knoll et al. 2006, Schlicht & Kanning 2003, Rittner & Breuer 2000). Diese Erkenntnisse werden durch die Ergebnisse des Projektes „Teilhabe durch Mobilität“ auch für Menschen mit erworbener Querschnittlähmung bestätigt.

Der internationale Forschungsstand liefert vor allem Ergebnisse darüber, dass die Rückkehr in das gesellschaftliche Leben und die Erwerbstätigkeit nach Eintritt einer Querschnittlähmung erschwert ist und u.a. zu rückläufigen Beschäftigungsquoten führt (u. a. Krause et al. 2009; Young & Murphy 2009; Lidal et al. 2009, 2007). Als Gründe hierfür werden u. a. die Höhe der Läsion und die damit einhergehenden körperlichen Einschränkungen, gesundheitliche Komplikationen, das Alter, bauliche Barrieren sowie Mobilitäts- und Transportprobleme genannt.

Wenig Forschungsinteresse wurde dagegen bisher dem Zusammenhang von körperlicher und sportlicher Aktivität, Rollstuhlmobilität, Selbstständigkeit und der Teilhabe an gesellschaftlichen Bereichen wie Freizeitgestaltung und Erwerbstätigkeit gewidmet. HETZ et al. (2009) beobachten ein höheres Fitnesslevel und eine verstärkte Teilhabe an verschiedenen Freizeitaktivitäten bei Personen, die einen sicheren Umgang mit ihren ADL (activities of daily living) zeigen (N=48).

JANG et al. (2005) stellen in einer Stichprobe von 169 Personen mit einer traumatisch verursachten Querschnittlähmung eine wesentliche Abhängigkeit der Rückkehr ins Erwerbsleben von den Faktoren „Ausbildung“ und „Funktionelle Selbstständigkeit“ heraus. Dies ermittelten bereits NOREAU & SHEPARD (1992), die einen positiven Zusammenhang zwischen der körperlichen Fitness (Körperaufbau, aerobe Energie, muskuläre Ausdauer) und der Erwerbstätigkeit in einer Stichprobe von 60 Personen feststellten. Berufstätige zeigten demnach einen geringeren BMI (Body Mass Index) und eine höhere aerobe Ausdauerleistungsfähigkeit als nicht erwerbstätige Betroffene.

Die Bedeutung von Mobilität und Selbstständigkeit für die Teilhabe an verschiedensten gesellschaftlichen Bereichen und die damit einhergehenden positiven Effekte des Sports zeigen auf, dass eine frühzeitig im Netzwerk organisierte bewegungsorientierte Nachsorge für Menschen mit Querschnittlähmung einen wichtigen Baustein zur Rehabilitation und Teilhabe darstellt. Telefoninterviews im Rahmen des Projekts „Teilhabe durch Mobilität“ zeigten auf, dass durch die Prioritätensetzung auf Therapie, Hausumbau, Umschulung etc. nach der Klinikentlassung die Themen Mobilität, Bewegung und Sport zunächst nachrangig behandelt werden. Zu dem Zeitpunkt, der eine Konzentration auf die eigene Mobilität und das Sporttreiben erlaubt, sind keine ausreichenden Kontakte zum Fachpersonal der Kliniken mehr gegeben. Es entsteht eine Informationslücke bzgl. adäquater Mobilitäts- und Sportangebote in Wohnortnähe durch fehlende Ansprechpartner. Die Beseitigung dieser Schnittstellenproblematik könnte einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Rollstuhlmobilität von Menschen mit erworbener Querschnittlähmung leisten. Insbesondere ist anzunehmen, dass eine verbesserte Rollstuhlmobilität und körperliche Belastbarkeit positive Auswirkungen auf die funktionelle Selbstständigkeit und subjektive Lebensqualität hat.

Verschiedene internationale Forschungsgruppen widmen sich in den letzten Jahren dem Thema Rollstuhlmobilität (z.B. niederländische Gruppe um van der Woude und Kilkens; kanadische Gruppe um Kirby). Dabei werden sowohl die funktionellen Fähigkeiten und die körperliche

Aktivität von Menschen mit einer Querschnittlähmung beleuchtet als auch Assessmentverfahren zur objektiven Messung der Rollstuhlmobilität angesprochen. Das umfassende Review von Fliess-Douer et al. (2010) zeigt jedoch eindeutig auf, dass trotz aller Bemühungen um ein objektives Testverfahren zur Erfassung der Fähigkeiten im Umgang mit dem Rollstuhl bisher kein standardisiertes Instrument existiert, welches flächendeckende Anerkennung und Anwendung findet. Mittlerweile konnten 858 Querschnittgelähmte in Deutschland, Schweiz und Österreich den AMR®-Test absolvieren. Parallel zum Verlauf des Projekts „Mobilität ist Teilhabe“ konnten weitere Kliniken mit dem AMR®-Test ausgestattet und geschult werden (Bad Berka, Bad Wildungen, SPZ Nottwil, AUVA Tobelbad; Anfrage: Rehaklinik Luxemburg, AUVA Wien, Bad Häring), so dass die Instrumentetablierung als Routinediagnostik für die Sporttherapie weiter voranschreitet (aktueller Fallzahlstand: N=858). Sobald eine vierstellige Fallzahl erreicht wird, wird es eine weitere Auswertung der Daten stattfinden sowie alters- und läsionsabhängige Normwerte identifiziert. Bestätigt wird damit das Ziel, den AMR® in allen Querschnittzentren bundesweit zu etablieren und als standardisiertes Verfahren zur Erfassung der Rollstuhlmobilität in der Rehabilitation bei Querschnittlähmung einzusetzen. Dadurch erhalten Therapeuten, Ärzte, Berufshelfer und Rehamanager¹ eine objektive Möglichkeit, den Förderbedarf einer Person im Bereich Rollstuhlmobilität zu erfassen und entsprechend zu intervenieren. Nicht zuletzt erhält auch der Mensch mit Querschnittlähmung ein direktes und objektives Feedback über seine Fähigkeiten im Umgang mit dem Rollstuhl. Langfristig erscheint eine permanente Einbindung in ein System der CPW's (Clinical Pathways) für die vergleichbare, Qualität sichernde und patientenorientierte Arbeit in den Kliniken und der Rehabilitation bei Querschnittlähmung erforderlich und mit dem AMR®-Test möglich.

¹ Im Folgenden wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit ausschließlich die männliche Form benutzt. Es können dabei aber sowohl männliche als auch weibliche Personen gemeint sein.

2. Forschungszweck/-ziel

Die positiven Effekte einer aktiven Lebensweise werden durch Literatur und vorgenannten Studienergebnisse belegt. Nach wie vor stellt allerdings die Phase nach Entlassung aus der erstversorgenden Klinik ein hohes Risiko für das Gelingen der Rehabilitation dar, da eine Vermittlung in entsprechende Bewegungs- und Sportangebote meist gar nicht oder zumindest nicht unmittelbar im Anschluss an die Erstrehabilitation geschieht. Auf Seiten der Patienten besteht die Gefahr der Resignation gegenüber den zu bewältigenden Herausforderungen und der Isolation. Viele im Internet aufgeführte Angebote und Kontakte sind veraltet, so dass in vielen Fällen schnell eine Frustrationsgrenze überschritten wird, die die ursprüngliche Bewegungsmotivation überlagert. Eine damit einhergehende verschlechterte Mobilität im Rollstuhl kann jedoch zu negativen Auswirkungen in der Teilhabe an den alltäglichen oder erwerbsbezogenen Bereichen führen. Nicht zuletzt verringert eine nicht ausreichend ausgeprägte Rollstuhlmobilität in Form eines Teufelskreises auch wiederum die Motivation zu Bewegung und Sport. Negative Folgen für Gesundheit und Lebensqualität der Menschen sind die logische Konsequenz. Bewegung und Sport sollten demnach gefördert werden, um über die Stärkung der physischen und psychischen Ressourcen einer Person zu einer ausgeprägten Alltagsmobilität zu gelangen.

Die Forschungsaktivitäten des vorliegenden Projekts sollen demnach von der Fragestellung geleitet sein, in welcher Form sich ein einheitliches mobilitäts- und bewegungsorientiertes Nachsorgekonzept zur Verbesserung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben für Menschen mit erworbener Querschnittlähmung realisieren lässt. Schwerpunkte sollen hierbei auf die Installation des Aktivitätstest zur Mobilität im Rollstuhl (AMR®) als Routinediagnostik in den beteiligten Kliniken sowie auf den Ausbau eines Netzwerks zwischen Klinik, Unfallversicherungsträgern und den sog. Mobilitätslotsen gelegt werden.

Als ursprüngliches Konzept wurde folgendes Vorgehen angenommen: Der Förderbedarf in der Rollstuhlmobilität sowie der Beratungsbedarf bzgl. wohnortnaher Mobilitäts- und Bewegungsangeboten eines Versicherten werden in der Klinik im Rahmen der Physio- oder Sporttherapie erhoben (AMR®-Test, Kurzfragebogen) und bei Einverständnis der Versicherten an die Unfallversicherungsträger übermittelt. Die Berufshelfer, Rehamanager und beauftragten Sachbearbeiter der Unfallversicherungen sichten den Förder- und Beratungsbedarf und informieren ggf. den regional zuständigen Mobilitätslotsen. Die eingesetzten Mobilitätslotsen sind ebenfalls Rollstuhlfahrer mit einem großen Erfahrungsschatz im Bereich Bewegung und Sport und übernehmen die Beratung der Versicherten unter Berücksichtigung persönlicher Faktoren, Neigungen und bestehender Beeinträchtigungen (im Bereich Rollstuhlmobilität und Selbstständigkeit).

Die Evaluation und Auswertung des Projektkonzepts „Mobilität ist Teilhabe“ sorgte Schritt für Schritt für eine Anpassung und Optimierung des Konzepts. Darüber hinaus sollten die Ergebnisse im Wesentlichen Antwort auf folgende **Forschungsfragen** geben:

- 1. Besteht ein Förderbedarf bzgl. der Rollstuhlmobilität bei Klinikentlassung?**
- 2. Besteht ein Beratungsbedarf zu Mobilitäts- und Bewegungsangeboten in Wohnortnähe bei Klinikentlassung?**
- 3. Kann eine reibungslose Übermittlung der erhobenen Daten in der Klinik an den UV-Träger und die Mobilitätslotsen gewährleistet werden?**

-
- 4. Funktioniert die Kontaktaufnahme zum Mobilitätlotsen durch den Berufshelfer, Rehamanager oder beauftragten Sachbearbeiter der UV-Träger?**
 - 5. Funktioniert die Kontaktaufnahme zum Versicherten durch den Mobilitätlotsen?**
 - 6. Werden Konzept und Beratungen von den Versicherten zufriedenstellend aufgenommen?**
 - 7. Werden die Versicherten im Laufe der Projektzeit erfolgreich in Mobilitäts-, Bewegungs- und Sportangebote vermittelt?**
 - 8. Welche Zusammenhänge ergeben sich für die teilhaberelevanten Faktoren Mobilität, Freizeitaktivität, sportliche Aktivität, Erwerbstätigkeit, subjektive gesundheitsbezogene Lebensqualität?**
 - 9. Welche erforderlichen Kompetenzen ergeben sich für die Auswahl von geeigneten Mobilitätlotsen?**
 - 10. Welche Optimierungen und Rahmenbedingungen können zu einem nachhaltigen Einsatz des mobilitäts- und bewegungsorientiertes Nachsorgekonzepts „Mobilität ist Teilhabe“ beitragen?**

Die Beantwortung der Fragen vor dem Hintergrund der in Kapitel 4 dargestellten Ergebnisse wird in Kapitel 6.1 dargestellt.

3. Methodik

Im Folgenden werden zunächst das ursprüngliche Projektkonzept und die damit verbundenen geplanten Arbeits- und Zeitabläufe beschrieben (s. Kap. 3.1) bevor anschließend in Kapitel 3.2 die erforderlichen Anpassungen des Konzepts und die daraus resultierenden Änderungen im Arbeits- und Zeitplan erläutert werden.

3.1 Ursprüngliches Projektkonzept und Darstellung der geplanten Arbeits- und Zeitabläufe

Das System der berufsgenossenschaftlichen Unfallkliniken stellt für Menschen mit Querschnittlähmung grundsätzlich herausragende Bedingungen für die erfolgreiche Rehabilitation dar. Nichtsdestotrotz gibt es im Bereich der Nachsorge durch Bewegung und Sport weiterhin Handlungsbedarf, um die Betroffenen auch nach der Entlassung in Angebote zur Mobilitäts- und Bewegungsförderung zu bringen. Das hierzu bereits z.B. durch den Deutschen Rollstuhl-Sportverband aufgebaute Netz von Ansprechpartnern in den BG-Kliniken in Deutschland, der Schweiz und Österreich stellt eine gute Ausgangslage dar, die nun vorliegenden Erkenntnisse zur Mobilitäts- und Bewegungsförderung bei Querschnittlähmung weiter auszubauen und mit dem System der Berufshelfer in den jeweiligen BG Kliniken zu verbinden. Des Weiteren gilt es, die im DRS organisierten Sportvereine in die Pflicht zu nehmen, Menschen mit Querschnittlähmung bereits frühzeitig mit einem adäquaten Angebot zu versorgen. Ziel soll sein, je nach regionaler Struktur bereits bestehende Angebote zu nutzen und realistische Netzwerkstrukturen aufzubauen. Dabei werden Personen und Institutionen verschiedener Handlungsfelder einbezogen (z.B. Organisationen der Selbsthilfe, Sportverbände etc.).

Die bestehenden Rahmenbedingungen führen dazu, dass alle beteiligten Netzwerkpartner systematisch mit Informationen und Wissen über die einzuleitenden Schritte versorgt werden müssen. Denn nur bei ausreichender Qualifizierung aller Beteiligten besteht die Möglichkeit das bestehende Netzwerk zwischen Klinik und mobilitäts- und bewegungsbezogenem Nachsorgesystem auszubauen, damit jeder Entlasspatient einer BG-Klinik auch ein zeitnah vermitteltes Bewegungs- und Trainingsangebot erhält. Entsprechende Schulungsmodule und Leitfäden müssen zielgruppenspezifisch als erweitertes Nachsorgekonzept entwickelt werden.

Zielgruppe

Hinsichtlich der Zielgruppe werden alle erstentlassenen Patienten mit Querschnittlähmung von vier beteiligten BG-Kliniken (Bochum, Halle, Hamburg und eine weitere noch zu bestimmende Klinik) sowie dem Klinikum Hohe Warte Bayreuth in die Studie aufgenommen, die folgende Einschlusskriterien erfüllen:

- traumatisch bedingte Querschnittlähmung in Folge eines Arbeitsunfalls;
- zwischen 16 und 65 Jahre alt;
- im Alltag auf einen Rollstuhl angewiesen;
- keine psychischen oder psychosomatischen Symptome mit medikamentösem Behandlungsbedarf.

Vorgehensweise

In der **Klinik** (Projektteil I) werden möglichst im letzten Monat vor der Erstentlassung aus der Klinik die aktuelle Rollstuhlmobilität und der entsprechende Förderbedarf der Versicherten mit erworbener Querschnittlähmung ermittelt. Die Erfassung der Rollstuhlmobilität geschieht durch die Therapeuten der Klinik, die gemeinsam mit dem Versicherten den Aktivitätstest zur Mobilität im Rollstuhl (AMR®) durchführen. Der AMR®-Test bildet die wesentlichen Fähigkeiten ab, die ein Rollstuhlfahrer in seinem Alltag benötigt (z.B. unebenen Untergrund überwinden, Stufen und Rampen unterschiedlicher Höhe und Steigung fahren). Das Ergebnis des Tests vereinfacht im Klinikalltag und bei den Kostenträgern die Entscheidung, ob eine ausreichende Fähigkeit im Umgang mit dem Rollstuhl bei Entlassung aus der Klinik vorliegt oder eine Teilnahme an Mobilitätstrainings, Bewegungs- oder Sportangeboten über die Klinik hinaus zu empfehlen ist.

Neben dem einseitigen AMR®-Ergebnis wird dem Versicherten ein Kurzfragebogen zur Rollstuhlmobilität und sportlichen Aktivität ausgehändigt. Durch die Beantwortung der Fragen, kann die Person eine Selbsteinschätzung ihrer Fähigkeiten abgeben und zudem angeben, ob sie eine Beratung zum Thema Mobilitätstraining, Bewegungs- oder Sportangebote in Wohnortnähe wünscht.

Die Unterlagen gelangen anschließend über den Entlassungsbericht an die zuständigen Mitarbeiter der **Unfallversicherungsträger** (Projektteil II), die den Förder- und Beratungsbedarf ihrer Versicherten sichten und ggf. den Kontakt zum jeweiligen **Mobilitätslotsen** (Projektteil III) herstellen. Die Mobilitätslotsen sind Experten im Bewegungs- und Sportbereich im regionalen Einzugsgebiet der Klinik und beraten die Patienten in ihrem Mobilitäts- und Sportverhalten. Sie zeigen konkrete Ziele auf und motivieren zum lebenslangen Sporttreiben. Dazu geben sie individuelle Auskunft über geeignete wohnortnahe Bewegungs- und Sportangebote (s. Abb. 2).

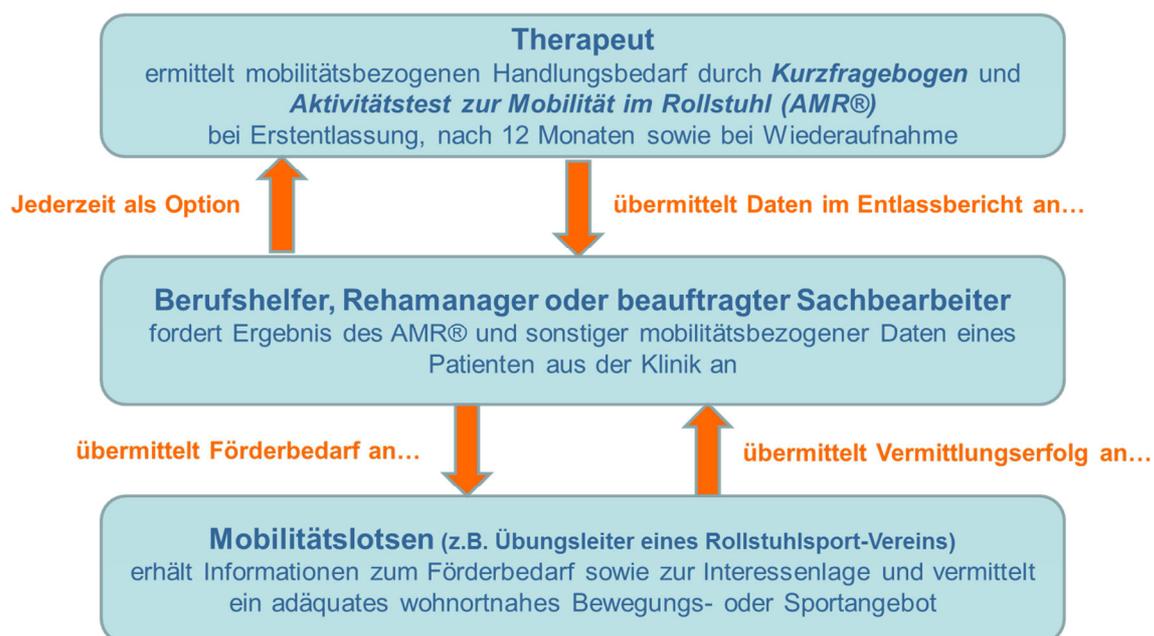


Abbildung 2: Ursprüngliches Projektkonzept.

Das Projektvorhaben gliedert sich inhaltlich folglich in drei Projektteile, deren Inhalte methodisch aufeinander aufbauen.

Projektteil I: Ausgangspunkt Klinik

Ausgangspunkt der ersten Projektphase der Nachsorgeplanung stellen die beteiligten vier Kliniken dar, in dem dort die aktuelle Rollstuhlmobilität mittels des im DGUV geförderten Projekt „Teilhabe durch Mobilität“ entwickelten AMR®-Test (Aktivitätstest zur Mobilität im Rollstuhl) erhoben wird. Darüber hinaus werden anhand eines Kurzfragebogens soziodemographische Daten zur Person, eine subjektive Einschätzung zur eigenen Rollstuhlmobilität sowie die Sporthistorie dokumentiert.

- Schritt 1: Entwicklung, Einführung und Anwendung der Messinstrumente (Kurzfragebogen soziodemographische Daten zur Person, subjektive Einschätzung zur eigenen Rollstuhlmobilität, Sporthistorie)
- Schritt 2: Schaffung standardisierter Testbedingungen für den AMR®; Schulung der klinikeigenen Sporttherapeuten zur Durchführung des AMR®-Tests
- Schritt 3: Vorbereitung der Datensätze zum reibungslosen Export aus der Klinik in das Dokumentationssystem des Berufshelfers, Rehamanagers oder beauftragten Sachbearbeiters der UV-Träger

Projektteil II: Einbindung Berufshelfer, Rehamanager und beauftragter Sachbearbeiter

In der zweiten Projektphase werden die erhobenen Daten aus der Klinik an die zuständigen Berufshelfer, Rehamanager und beauftragte Sachbearbeiter der UV-Träger weitergeleitet. Sie sollen damit als Bindeglied zwischen erstbehandelnder Klinik und beratendem Mobilitätslotsen fungieren und damit eine mobilitäts- und bewegungsbezogene Nachsorge sicherstellen.

Pro BG-Klinik werden 10-15 Berufshelfer, Rehamanager oder beauftragte Sachbearbeiter je nach Einzugsgebiet einbezogen, die sich bereits in Zusammenarbeit mit den entsprechenden Kliniken befinden. Dies geschieht zunächst unabhängig von der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Berufsgenossenschaft. Der/Die Berufshelfer/in erhält einen Überblick zur aktuellen Rollstuhlmobilität des Patienten/ der Patientin in Verbindung mit den personenbezogenen Daten und sportlichen Vorerfahrungen der Person.

- Schritt 1: Schulung der Berufshelfer, Rehamanager und beauftragten Sachbearbeiter: Aufklärung über Integration und Interpretation der übermittelten Daten
- Schritt 2: Interpretation und Auswertung der Datensätze durch die Berufshelfer, Rehamanager und beauftragten Sachbearbeiter der Klinik; Kontaktaufnahme zum zuständigen Mobilitätslotsen

Projektteil III: Vermittlungsinitiative

Nach der Entlassung des Versicherten nimmt der Berufshelfer, Rehamanager oder beauftragte Sachbearbeiter der UV-Träger in der dritten Projektphase Kontakt mit dem Versicherten auf und vermittelt einen in seiner Region ansässigen Mobilitätslotsen, der für den Bereich Mobilität, Bewegung und Sport bei Querschnittlähmung ausreichend ausgebildet ist. Es werden je nach Einzugsgebiet 10-15 Mobilitätslotsen pro BG-Klinik nach dem Curriculum des Deutschen Rollstuhlsportverbandes ausgebildet.

- Schritt 1: Rekrutierung und Qualifizierung möglicher Mobilitätslotsen

Schritt 2: Dokumentation der Mobilitätslotsen-Kontaktdaten in einer klinikinternen Datenbank, die den Berufshelfern, Rehamanagern und beauftragten Sachbearbeitern zur Verfügung gestellt wird

Schritt 3: Evaluation des Vermittlungserfolges durch Nachverfolgung der Aktivität, beruflichen Reintegration und Lebensqualität der Versicherten (mittels Fragebogen)

In den verschiedenen Phasen des Projektes ist die Entwicklung dreier Module geplant:

Modul 1: Schulungsmodul für die Therapeuten/Ärzte der Kliniken (Einführung in die Datenerhebung mittels Fragebogen und AMR®)

Modul 2: Schulungsmodul für die Berufshelfer, Rehamanager und beauftragten Sachbearbeiter der UV-Träger (System zur Integration der soziodemographischen, sportbezogenen Daten und AMR®-Ergebnisse; Interpretation der Daten; Kontaktaufnahme zum Mobilitätslotsen)

Modul 3: Schulungsmodul für den Mobilitätslotsen vor Ort (Recherchestrategien, Aufklärungsarbeit und Motivationsfähigkeit)

Erhebungsinstrumente

Folgende Erhebungsinstrumente und standardisierte Tests werden im Projektverlauf eingesetzt:

- Projektbezogene Fragebogenmodule orientiert an den Fragebögen aus dem Projekt FR114 (Teilhabe durch Mobilität bei Querschnittlähmung)
- Aktivitätstest zur Mobilität im Rollstuhl (AMR®)
- Fragebogen „Lebensqualitätsfeedback“ von Hanssen-Doose & Schüle

Arbeits- und Zeitplan

Die beschriebenen Projektphasen sollen innerhalb eines 3-Jahres-Planes umgesetzt werden (s. Abb. 3).

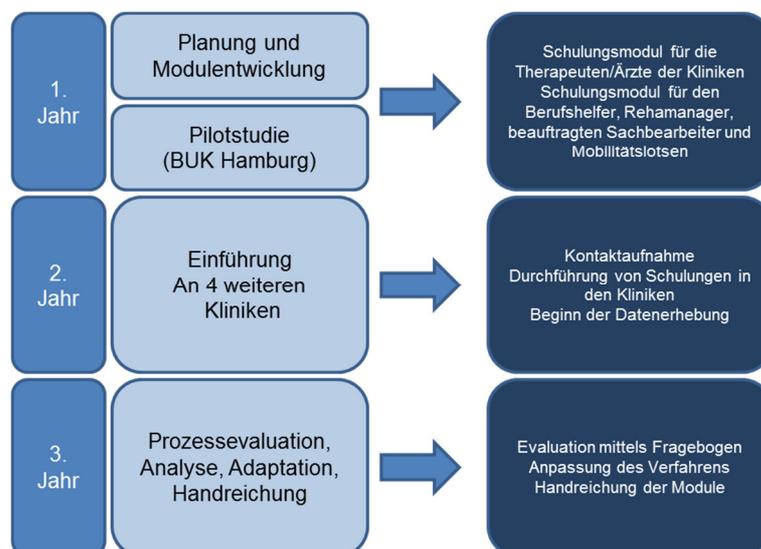


Abbildung 3: Ursprünglicher allgemeiner Arbeits- und Zeitplan.

3.2 Anpassungen des Projektkonzepts und Darstellung der tatsächlichen Arbeits- und Zeitabläufe

Aufgrund von sehr heterogenen Rahmenbedingungen in den beteiligten Kliniken, einer deutlich unter den zuvor eingeholten Schätzungen liegenden Fallzahl sowie der geringen Anzahl von Kontaktaufnahmen zwischen den Berufshelfern, Rehamanagern und beauftragten Sachbearbeitern der UV-Träger und den Mobilitätslotsen, mussten im Projektverlauf Anpassungen in der Zielgruppe, Vorgehensweise sowie im Arbeits- und Zeitplan vorgenommen werden. Diese werden im Folgenden dargestellt.

Anpassung der Zielgruppe

Zur Erhöhung der Fallzahlen wurde die Einschränkung der Zielgruppe auf erstentlassene Patienten aufgehoben, so dass eine Aufnahme in die Studie bei Erstentlassung, Wiederaufnahme, aber auch bei ambulanter Einbestellung durch den Unfallversicherungsträger erfolgen konnte.

Anpassung der Vorgehensweise

Klinik

Für den Handlungsbereich Klinik wurden bereits im ersten Projektjahr die erforderlichen Erhebungsinstrumente (AMR®-Test und Selbstauskunft zur Rollstuhlmobilität und sportlichen Aktivität) entwickelt und erprobt. Aufgrund sehr unterschiedlicher Rahmenbedingungen in den Kliniken (z. B. Anzahl und Krankheitsausfälle von Sporttherapeuten, Baumaßnahmen im Klinikum Bayreuth) verzögerten sich einzelne Schulungsmaßnahmen. Der Eingang der Daten in den Entlassungsbericht der Versicherten der DGUV wurde in allen Kliniken individuell abgestimmt, da sich die Berichtslegung in den Häusern in Form und Verantwortlichkeit unterscheidet (z.B. teilweise digitale Patientenakten).

Der Erhebungsstart in den benannten fünf Kliniken wurde von Januar 2013 auf März 2013 verlegt, um einen gemeinsamen Start aller teilnehmenden Kliniken und einen einheitlichen Informationsstand auf Seiten der Unfallversicherungsträger zu ermöglichen. Alle Kliniken erhielten für die Durchführung eines AMR® (Aktivitätstest zur Mobilität im Rollstuhl) einschließlich der entsprechenden Berichterstattung 20,70 Euro durch den UV-Träger erstattet.

Die beteiligten fünf Kliniken schätzten die zu erwartende Fallzahl bis zum Jahresende 2013 insgesamt auf 130 Patienten (s. Tab. 1). Die tatsächliche Fallzahl zum Jahreswechsel 2013/2014 lag bei 43 Studienteilnehmern.

Tabelle 1: Stand der Fallzahlen am 18.06.2013 und Schätzung der Fallzahlen für das Projektjahr 2013 durch die beteiligten Kliniken.

Klinik	Start/Verzögerungen	Aktuelle BG-Fälle	Zu erwartende BG-Fälle im Jahr 2013
Bayreuth	wegen Hallenumbau und fehlender Entlassungen erste Testung 07.05.2013	N=3	N=15
Bochum	Start 15. März 2013	N=3	N=30-40
Hamburg	Bisher keine Entlassungen	N=0	N=20-40
Halle	Wegen Ausfall beider Sporttherapeuten und kaum Entlassungen erste Testung Ende Mai 2013	N=1	N=20-30
Murnau	Start 15. März 2013	N=3	N=20-30

Mögliche Ursachen für die geringen Fallzahlen wurden zu diesem Zeitpunkt von den Therapeuten der jeweiligen Kliniken per Fragebogen erfasst (s. Anhang 1):

Bayreuth: Viele wiederaufgenommene Patienten konnten aufgrund massiver Komplikationen (z.B. Dekubitus, urologische Komplikationen) nicht an der Testung teilnehmen. Es gab weniger rollstuhlpflichtige Entlasspatienten, die in die Studie passten, als erwartet. Checkuntersuchungen, die über das MVZ (Medizinische Versorgungszentrum) der Klinik einbestellt wurden, liefen sehr sporadisch. Durch den Neubau der Sporthalle musste der Test während des 2. Projektjahres improvisiert aufgebaut werden. Mit Fertigstellung der Halle im März 2014 sollte der AMR® einen festen Platz erhalten, so dass zukünftig Auf- und Abbaueiten danach entfielen. Die erste Testung konnte im Mai 2013 erfolgen.

Bochum: Die Therapie wurde nicht immer rechtzeitig über Entlassungstermine und Einbestellungen zu Check-Untersuchungen informiert. Viele wiederaufgenommene Patienten konnten aufgrund massiver Komplikationen (z.B. Dekubitus, urologische Komplikationen) nicht an der Testung teilnehmen. Da nur ein Sporttherapeut für das Rollstuhltraining zuständig war, konnten Krankheits- und Urlaubszeiten personell nicht immer kompensiert werden. Der Aufbau des Tests nahm zudem mehr Zeit in Anspruch.

Hamburg: Aufgrund räumlicher und personeller Gegebenheiten konnten nur zwei feste Testtermine pro Monat angeboten werden. Stationäre Patienten konnten hier problemlos eingeplant werden. Bei ambulanten Patienten konnten nur solche getestet werden, die an geeigneten Terminen einbestellt wurden. Zudem wurden weniger Unfallversicherte stationär aufgenommen als erwartet.

Halle: Wegen krankheitsbedingtem Ausfall beider Sporttherapeuten verzögerte sich der Start in der Klinik (erste Testung im Mai 2013). Ab November 2013 wurde das Programm des AMR® in das klinikinterne System Orbis eingepflegt. Mit Beginn des Jahres 2014 konnten demzufolge alle Ärzte auf die Ergebnisse des Tests zugreifen und den AMR®-Test in der Sporttherapie als Routinediagnostik beauftragen. Ziel war es, die Entlassung eines Patienten ohne absolvierten AMR®-Test zu vermeiden. Seither erhöhten sich die Fallzahlen stetig. Die Durchführung des Tests war jedoch räumlich dahingehend nicht optimal, dass die Sporthalle durch ein neues Konzept an Trainingsgeräten auf die Hälfte ihrer Fläche reduziert wurde. Dadurch musste der Test komplett auf- und abgebaut werden.

Murnau: Die Testungen wurden personell durch eine Physiotherapeutin in Elternzeit und einen Sporttherapeuten außerhalb seiner regulären Arbeitszeit auf Honorarbasis realisiert. Das Abrechnungsverfahren war insofern zeitaufwändig, dass beide Honorarkräfte die durchgeführten Testungen gesammelt der FIBS gGmbH in Rechnung stellten und das Projektteam anschließend Erstattungsfordernungen an alle einzelnen UV-Träger richten musste. Räumlich waren die Testungen unabhängig von der Belegung der Sporthalle, da der Testaufbau auf einer überdachten Terrasse dauerhaft stehen konnte. Viele wiederaufgenommene Patienten konnten aufgrund massiver Komplikationen (z.B. Dekubitus, urologische Komplikationen) nicht an der Testung teilnehmen. Die Entlassungstermine wurden aus unterschiedlichen Gründen häufig nicht frühzeitig fixiert. Bei der Einbestellung für Checkuntersuchungen für einen Tag war der Test nicht durchführbar, da der Terminplan der Patienten bereits sehr gefüllt war.

Um die Fallzahlen im Projektverlauf weiter zu erhöhen, wurden verschiedene Maßnahmen ergriffen. In den beteiligten Kliniken wurden zentrale Testtage eingerichtet, zu denen über die entsprechenden Landesverbände der Unfallversicherungsträger eingeladen wurde:

- Bochum, Halle, Hamburg im Februar 2014
- Bayreuth und Murnau im April/Mai 2014

Im vierten Quartal des Projektjahres 2013 wurde auf Wunsch verschiedener Landesverbandsforen im Sinne einer bundesweiten Vereinheitlichung des Verfahrens und zur Erhöhung der Fallzahlen eine Einbindung möglichst aller BG-Kliniken im ersten Quartal des letzten Projektjahres 2014 beschlossen. Die bis dato fehlenden fünf Häuser wurden im Anschluss über die Projektleiter telefonisch und per Email kontaktiert. Zudem war das Projekt Thema der KUV-Sitzung der Chefarzte aller Querschnittgelähmtenzentren am 11.11.2013 in Hamburg. Die BG-Kliniken in Tübingen, Frankfurt und Duisburg konnten daraufhin im Februar/März 2014 mit den Erhebungsinstrumenten versorgt und geschult werden. In den BG Kliniken Berlin und Ludwigshafen konnte die Beteiligung bis zum jetzigen Zeitpunkt nicht realisiert werden. Die in Kapitel 4 dargestellten Ergebnisse der Studie konnten somit in acht verschiedenen Kliniken erfasst werden.

Unfallversicherungsträger

Zur geeigneten Positionierung der Projektvorstellungen und Präsentationen sowie zur detaillierteren Information über die Abläufe und Strukturen in der Landschaft der gesetzlichen Unfallversicherungen konnte das Projektteam während der gesamten Laufzeit auf die Beratung des Forschungsbegleitkreises zurückgreifen. Der Begleitkreis setzte sich aus Andrea im Sande (Geschäftsführerin BG Holz und Metall Bezirksverwaltung Hamburg-Bremen), Gaby Koczy-Rensing (Geschäftsführerin BG Holz und Metall Bezirksverwaltung Hannover-Bielefeld) und Martin Kunze (Stellvertretender Geschäftsführer und Leiter der Abteilung Rehabilitation und Leistungen UK Nord Hamburg/Kiel) zusammen. Die Vertreterin der DGUV war Marion Wittwer (Referat Heilbehandlung / Gesundheitswesen). Die gemeinsamen Treffen fanden an folgenden Terminen statt:

- 06.07.2012 in Bremen
- 22.02.2013 in Hamburg
- 20.06.2013 in Dresden
- 20.03.2014 in Hannover
- 27.08.2015 in Hannover

Die Gesprächstermine dienten vor allem dem Austausch über den aktuellen Projektstand sowie der fortlaufenden Anpassung des Projektkonzepts. Die wesentlichen Maßnahmen werden im Folgenden zusammengefasst.

Die Verbreitung des Projektkonzepts startete ab Oktober 2012 mit einer Präsentation auf verschiedenen Landesverbandsforen, die die Unterstützung des Projekts zusagten. Da bei Beginn der Testungen ab März 2013 deutlich wurde, dass die Studienteilnehmer von vielen verschiedenen Berufshelfern, Rehamanagern und beauftragten Sachbearbeitern unterschiedlicher UV-Träger betreut wurden, waren Anpassungen des ursprünglichen

Projektplans notwendig. **Anstatt pro BG-Klinik 10-15 Berufshelfer, Rehamanager oder beauftragte Sachbearbeiter zu schulen, wurde das Projektkonzept auf verschiedenen Veranstaltungen der DGUV präsentiert, um möglichst viele Berufshelfer, Rehamanager und beauftragte Sachbearbeiter der UV-Träger zu erreichen** (s. Tab. 2).

Der Projektleitung war wichtig, dass durch das Projekt für die Mitarbeiter der UV-Träger kein großer Mehraufwand entsteht. Zur weiteren Information der Berufshelfer, Rehamanager und beauftragten Sachbearbeiter bezüglich der neuen mobilitäts- und bewegungsbezogenen Daten, die sie ab März 2013 aus den beteiligten Kliniken erhielten, wurde deshalb eine detaillierte Information zu den eingesetzten Erhebungsinstrumenten erstellt und mit wichtigen Interpretationshilfen versehen. Die Dokumente wurden mit dem Rundschreiben „Reha-Forschungsprojekt "Mobilität ist Teilhabe bei Querschnittlähmung" (FR 193) hier: Start der Praxisanwendung“ (0102/2013 vom 13.03.2013) nach Abstimmung mit dem Forschungsbegleitkreis an alle Unfallversicherungsträger verschickt. Zudem standen die Dokumente ab Interventionsstart als pdf im BIS (Berufskrankheiten-Informationssystem der DGUV) zum Download bereit und wurden als zusätzliche Benachrichtigung über den BIS-Newsletter am 14.3.2013 verschickt.

Das Projektteam stand jederzeit für darüber hinausgehende Schulungsbedarfe zu Verfügung. Anfragen kamen vom Stammtisch der VBG in Duisburg, der Info-Runde Berufshelfer und Rehamanager in Hannover, einer Fortbildungsveranstaltung der BG ETEM in Bochum, dem Treffen der Berufshelferinnen und Berufshelfer des „Köln-Bonner-Kreises“ sowie einer Dienstbesprechung der Reha-Berater/innen der BGHW in Heidelberg (s. Tab. 2). Durch eine Präsentation wurde das Projekt vorgestellt und das Konzept aus praktischer Sicht erläutert.

Tabelle 2: Präsentation des Konzepts auf Veranstaltungen der DGUV.

Datum	Veranstaltung	Ort
10.10.2012	Landesverbandsforum Nordwest	Timmendorfer Strand
02.11.2012	Landesverbandsforum Nordost	Berlin
13.11.2012	Landesverbandsforum Südwest	Heidenheim
14.11.2012	Landesverbandsforum West	Dortmund
15.11.2012	Berufshelfertagung Nordwest	Lüneburg
19.11.2012	Landesverbandsforum Südost	Landshut
08.05.2013	Berufshelfertagung Südost	Bad Endorf
23.05.2013	Stammtisch VBG Duisburg	Duisburg
17.09.2013	Berufshelfertagung West	Hamm
19.09.2013	Berufshelfertagung Nordost	Hamburg-Wittenburg

Datum	Veranstaltung	Ort
26.09.2013	Berufshelfertagung Südwest	Weiskirchen
02.10.2013	Berufshelfertagung Mitte	Teistungen
02.10.2013	Info-Runde Berufshelfer und Rehamanager	Hannover
24.10.2013	AK Rehamanagement	Maikammer
06.11.2013	Fortbildungsveranstaltung BG ETEM	Bochum
09.04.2014	Treffen der Berufshelferinnen und Berufshelfer des „Köln-Bonner-Kreises“	Köln
14.05.2014	Dienstbesprechung der Reha-Berater/innen der BGHW	Heidelberg

Im weiteren Projektverlauf stellte sich heraus, dass der Einsatz von Berufshelfern, Rehamanagern und beauftragten Sachbearbeitern als Bindeglied zwischen erstbehandelnder Klinik und beratendem Mobilitätslotsen zu erheblichen Verzögerungen führte. Grund hierfür waren zum Teil sehr lange Wartezeiten auf den Entlassungsbericht aus der Klinik, fehlende Dokumente im Entlassungsbericht, fehlende Informationen zum Projektkonzept, aber auch die Priorisierung anderer Themen wie Hausumbau, Rückkehr ins Berufsleben etc. im Beratungsgespräch. Dies wurde anhand einer zusätzlich durchgeführten Umfrage zur ausbleibenden Kontaktaufnahme zwischen den beteiligten UV-Trägern und den Mobilitätslotsen im Juni/Juli 2014 ermittelt. Häufig wurden Kosten erstattet, obwohl kein Bericht vorlag.

Als Konsequenz wurden die in der Klinik erhobenen Daten von den Therapeuten bei Einverständnis der Versicherten zusätzlich an das Forschungsinstitut für Inklusion durch Bewegung und Sport (FIBS gGmbH) geschickt. Dort wurde neben der Datenerfassung eine Sichtung des Beratungsbedarfs durchgeführt. Sofern von den Versicherten eine Beratung durch einen Mobilitätslotsen gewünscht wurde, erfolgte eine regionale Zuordnung durch die FIBS gGmbH und eine Weiterleitung der Daten an den zuständigen Mobilitätslotsen per Email. Um eine ausbleibende Kontaktaufnahme von Berufshelfer, Rehamanager oder beauftragtem Sachbearbeiter zum Mobilitätslotsen aufgrund fehlender oder unvollständiger Berichte zu vermeiden, schickte die Projektleitung ab Juli 2014 zudem eine Kopie der erhaltenen Daten aus der Klinik an den zuständigen UV-Träger (s. Abb. 4).

Mobilitätslotse

Im ersten Projektjahr wurde versucht, deutschlandweit alle Vereine aufzulisten, die ein Bewegungs- und Sportangebot für Menschen mit einer Querschnittlähmung anbieten. Zudem sollten in dem Zuge sogenannte „Mobilitätslotsen“ (ML) gefunden werden, die sich besonders gut über das Sport- und Bewegungsangebot in ihrer Region auskennen und so an Betroffene vermitteln können. Die Vorabrecherchen zu den geeigneten Angeboten sollten in die Schulung der einzusetzenden Mobilitätslotsen einfließen.

Zur Abfrage der Bewegungs- und Sportangebote wurde mit den Rollstuhlfachwarten der einzelnen Bundesländer sowie den Fachwarten der einzelnen Rollstuhlsportarten Kontakt aufgenommen. Die Listen der Ansprechpartner wurden vom Deutschen-Rollstuhl-Sportverband (DRS) zur Verfügung gestellt.

Die Kontaktaufnahme wurde zunächst über die zur Verfügung stehenden Telefonnummern versucht. Aufgrund der häufigen Ehrenamtlichkeit waren viele Zuständige nur am Abend erreichbar (Berlin, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein, Thüringen, Württemberg). Hinzu kam, dass sich acht Telefonnummern als nicht mehr aktuell erwiesen. Mit diesen Personen wurde per Mail Kontakt aufgenommen. Leider kamen von sieben Bundesländern keine Rückmeldung (Berlin, Brandenburg, Hessen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Thüringen). Bei einigen Bundesländern wurde auf die Internetseite des jeweiligen Behindertensportverbandes verwiesen (NRW, Bayern, Mecklenburg-Vorpommern). Dort findet man im Bereich des Rehabilitations- und Präventionssports viele Angebote sortiert nach PLZ oder Sportangeboten. Jedoch müssen Mobilitäts- und Sportgruppen für Rollstuhlfahrer nicht zwangsläufig dem Rehabilitations- oder Präventionssport zugeordnet sein und in den vorliegenden Datenbanken aufgeführt werden. Eine gezielte Suche nach Vereinen und Angeboten war zu diesem Zeitpunkt nur in den Sportverbänden Baden, Hamburg, Saarland, Württemberg und Bremen zufriedenstellend möglich.

Auch beim Zugang über die Fachbereiche des DRS e. V. fiel die Rückmeldung sehr unterschiedlich aus. In den Sportarten Segeln, Gewichtheben, Rugby, E-Rollstuhlsport, Boccia, Golf, Sledge-Eishockey, Wasserski, Sportschießen, Kegeln, Kinder- und Jugendbereich und Fechten konnten Listen zur Verfügung gestellt werden, so dass ein Überblick über die Verbreitung der Sportart möglich war. Einige Fachbereichszuständige konnten in der Erhebungsphase weder telefonisch noch per Email erreicht werden (Badminton, Bogenschießen, Curling, Handbike, Leichtathletik, Roll-Hockey, Schwimmen, Tanzen, Tauchen, Kampfkünste, Wintersport, Tennis).

Die Ergebnisse der Recherche zeigten demnach große regionale Unterschiede und Informationslücken auf. Um diese Schritt für Schritt überarbeiten, schließen sowie ein adäquates Schulungskonzept für weitere Mobilitätslotsen in Deutschland entwickeln zu können, wurde der **erste Mobilitätslotse zunächst in der FIBS gGmbH installiert**, der bis 07/2013 die Koordinierung aller Versicherten der beteiligten Kliniken übernahm. Dies ermöglichte zunächst einen besseren Prozessüberblick und vor allem einen parallelen Strukturaufbau. Die gesammelten Erfahrungen und Kontakte sollten ab 11/2013 in die Schulung weiterer regionaler und lokaler Mobilitätslotsen eingehen.

Die Anzahl der ursprünglich geplanten 10-15 Mobilitätslotsen pro BG-Klinik wurde auf eine Zahl von 5 Lotsen bundesweit reduziert, um die sehr individuelle Beratungsarbeit besser dokumentieren und in jeder Klinik einen konkreten Ansprechpartner zu Mobilitäts- und Sportangeboten in Wohnortnähe vorhalten zu können.

Bei der Rekrutierung dieser möglichen Mobilitätslotsen über Kontaktlisten des DRS e.V. und bei Interessenbekundung im Rahmen der Angebotsrecherche zeigte sich, dass sich viele aktive Rollstuhlfahrer sportartspezifisch und weniger regional und sportartenübergreifend auskennen. Eine optimale Schulung sollte demzufolge vor allem die Vermittlung eines funktionierenden Netzwerks beinhalten.

Die im Rahmen der Recherchen und als Mobilitätslotse in der FIBS gGmbH gesammelten Erfahrungen und Kontakte wurden in Form von Schulungsmaterial zusammengestellt und in Schulungen in Hamburg, Berlin, Bayreuth und Frankfurt a.M. an vier regionale Mobilitätslotsen (Nord, Ost, Süd, West) vermittelt (s. Anhang 2). Diese wurden vom DRS e.V. ausgewählt, vom Projektteam kontaktiert und geschult und übernahmen von August 2013 bis Juni 2015 die Beratungs- und Koordinierungsarbeit gegen ein monatliches Honorar von 300 Euro. Die anfallenden Kosten refinanzierten sich durch die bereits bewilligten Personalkosten für den DRS e.V..

Bei den ausgewählten Mobilitätslotsen handelte es sich im Sinne einer Peer-Beratung um erfahrene Rollstuhlfahrer, die ihren Alltag selbstbestimmt und aktiv gestalten sowie eine ausgeprägte Bewegungs- und Sportaffinität haben. Die Liste mit den aktuellen Kontaktdaten der Mobilitätslotsen wurde im Anhang des Kurzfragebogens aus der Klinik und als separate Datei im BIS zur Verfügung gestellt. Alle Lotsen erhielten für ihre Beratungen Emailadressen über den DRS e.V., die sie eindeutig als Mobilitätslotse identifizierte (z.B. mobilotseost@rollstuhlsport.de). Diese wurden auf die privaten Emailadressen der Lotsen weitergeleitet, so dass eine regelmäßige und zeitnahe Zustellung gewährleistet war. Die Mobilitätslotsen dokumentierten ihre Beratungsarbeit während des gesamten Projektverlaufs anhand einer Checkliste (s. Anhang 3). Bevor das erste Beratungsgespräch, startete wurde von jedem Mobilitätslotsen eine Erklärung zum Datenschutz eingeholt (s. Anhang 4).

Im Februar 2014 fand ein gemeinsames Treffen aller Mobilitätslotsen in Frankfurt am Main statt, um Erfahrungen auszutauschen und das weitere Vorgehen zu systematisieren. Während der Projektlaufzeit musste der Mobilitätslotse Ost aus gesundheitlichen und beruflichen Gründen zweimal umbesetzt werden. Zudem fielen durch ein überaus großes Engagement der BG-Klinik Murnau insbesondere im Süden viele Beratungsfälle an. Aus diesem Grund wurde ab August 2014 ein zweiter Mobilitätslotse im Süden eingesetzt.

Anpassung der Erhebungsinstrumente

Die ab März 2013 eingesetzten Instrumente umfassten:

AMR®-Test

Der im Rahmen eines mehrjährigen, durch die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) geförderten Projekts „Teilhabe durch Mobilität“ entwickelte AMR® (Aktivitätstest zur Mobilität im Rollstuhl) ist ein ICF-basiertes Verfahren zur Beurteilung der aktivitätsorientierten Leistungsfähigkeit im Umgang mit dem Rollstuhl. Er ist in der Klassifikation der Aktivitäten und Partizipation in der ICF dem Kapitel 4 „Mobilität“ und explizit der Subkategorie „Gehen und sich fortbewegen“ und dem Kode d465 „Sich unter Verwendung von Geräten/Ausrüstung fortbewegen“ zuzuordnen.

Aufgrund der unterschiedlichen funktionellen Voraussetzungen wurde eine AMR®-Version für Paraplegiker mit 16 zu beurteilenden Items und einer Zeitfahraufgabe (AMR® Para) sowie eine AMR®-Version für Tetraplegiker mit 14 Items und zwei Zeitfahraufgaben (AMR® Tetra) entwickelt. Tabelle 3 zeigt eine Übersicht der Items.

Tabelle 3: Übersicht der Items des AMR® Para und AMR® Tetra.

Items AMR® Para	Items AMR® Tetra
1. Rückwärtsfahren	1. Schnelles Fahren auf 108 Meter
2. Überwinden unebenes Profil	2. Rückwärtsfahren
3. Eine Rampe (ca. 6% - Steigung) hochfahren	3. Drehen auf kleinstmöglichem Raum
4. Eine Rampe (ca. 6% - Steigung) runterfahren	4. Überwinden unebenes Bodenprofil
5. Eine Rampe (ca. 20% - Steigung) hochfahren	5. Eine Rampe (ca. 6% - Steigung) hochfahren
6. Eine Rampe (ca. 20% - Steigung) runterfahren	6. Eine Rampe (ca. 6% - Steigung) runterfahren
7. In Bus oder Bahn einsteigen	7. Nach Runterfahrt 6% Rampe nach 1,5m zum Stehen kommen
8. Aus Bus oder Bahn aussteigen	8. In Bus oder Bahn einsteigen
9. Vorwärts Stufen (6cm) hochfahren	9. Aus Bus oder Bahn aussteigen
10. Vorwärts Stufen (6cm) runterfahren	10. Vorwärts Stufen (6cm) hochfahren
11. Rückwärts Stufen (6cm) runterfahren	11. Vorwärts Stufen (6cm) runterfahren
12. Vorwärts Stufen (10 cm) hochfahren	12. Rückwärts Stufen (6cm) runterfahren
13. Vorwärts Stufen (10 cm) runterfahren	13. Vorwärts Stufen (10 cm) hochfahren
14. Rückwärts Stufen (10 cm) runterfahren	14. Vorwärts Stufen (10 cm) runterfahren
15. Vorwärts Stufen (15 cm) runterfahren	15. Rückwärts Stufen (10 cm) runterfahren
16. Rückwärts Stufen (15 cm) runterfahren	16. Schnelles Starten (Zeit auf 15m)
17. Schnelles Starten (Zeit auf 15m)	

Die überprüften Aktivitäten simulieren typische und alltagsspezifische Anforderungssituationen wie z.B. das Überwinden von Stufen und Rampen oder von unebenen Bodenprofilen. Jedes Item wird auf einer 5er-Fähigkeitsskala unter standardisierten Testbedingungen von geschulten Therapeuten eingeschätzt (s. Tab. 4).

Tabelle 4: Beschreibung der Fähigkeitslevel im AMR®-Test.

Level	Beschreibung
1	Die Aufgabe kann nur durch ausgeprägte Hilfestellung einer anderen Person bewältigt werden und / oder in keinerlei Hinsicht als bewältigt bezeichnet werden.
2	Die Aufgabe kann nur unsicher bewältigt werden und / oder es wird deutlich mehr Zeit als angemessen benötigt. Dabei besteht die Notwendigkeit, Hilfestellung durch überwiegenden direkten Körperkontakt einer Hilfsperson zu erhalten.

Level	Beschreibung
3	Die Aufgabe kann nur unsicher bewältigt werden und / oder es wird mehr Zeit als angemessen benötigt. Dabei besteht die Notwendigkeit, im Ausnahmefall auf eine Hilfsperson bei der Durchführung zurückgreifen zu können (Sicherheitsstellung).
4	Die Aufgabe kann ohne Hilfen oder Sicherheitsstellung mit kleinen Unsicherheiten bewältigt werden und / oder es wird geringfügig mehr Zeit zur Durchführung benötigt.
5	Die Aufgabe kann ohne Hilfen oder Sicherheitsstellungen sicher in angemessener Zeit bewältigt werden.

Der Test wird nach standardisiertem Bauplan aus stabilen Multiplexplatten gefertigt. Die Elemente können jederzeit auf- und abgebaut und flexibel angeordnet werden.

Der Zeitaufwand beläuft sich auf ca. 15-20 Minuten reine Testzeit zuzüglich Auf- und Abbauezeit, die in Abhängigkeit von den räumlichen Rahmenbedingungen der Kliniken differiert.

Die Beurteilung erfolgt während der Beobachtung des Tests. Die Eingabe, Auswertung und Archivierung der AMR®-Daten kann manuell als Papierversion oder elektronisch anhand des Programms AMR® erfolgen.

Die Auswertungen des Tests können itemweise oder als Gesamtscore (Summe der Einzelitems) ermittelt werden. Die Bewertung erfolgt anhand ermittelter Normwerte auf der Basis von drei Kategorien: hoch, mittel, gering.

Die Ergebnisse des Tests können im Rehabilitationsprozess bei Querschnittlähmung insbesondere genutzt werden

- zur Verlaufsdokumentation des Fähigkeitsfortschritts eines Patienten im Umgang mit seinem Rollstuhl innerhalb einer Institutionen (Klinik, Rehabilitationseinrichtung)
- zur Planung des Rollstuhltrainings
- zur Argumentation der Effektivität des Rollstuhltrainings institutsintern und gegenüber externen Institutionen (z.B. Kostenträgern)
- als objektive Rückmeldung gegenüber dem Patienten zu seinen Fähigkeiten im Umgang mit dem Rollstuhl.

Der AMR®-Test wurde im Rahmen des Konzepts „Mobilität ist Teilhabe“ mit seinen 16 bzw. 17 Aufgaben in der Physiotherapie oder Sporttherapie durchgeführt und zunächst auf Papierbögen dokumentiert bzw. direkt mit Hilfe des Programms AMR_v1.2 digital eingepflegt. Das Ergebnisprotokoll ließ sich als einseitiges Dokument aus dem Programm heraus ausdrucken, direkt an die digitale Patientenakte anhängen oder in Papierform in den Entlassungsbericht einbringen (s. Anhang 5).

Kurzfragebogen zum Thema „Mobilität und sportliche Aktivität“

Neben dem AMR®-Test erhielt jeder Versicherte einen Kurzfragebogen zum Thema Mobilität und sportliche Aktivität. Dieser umfasste in seiner Endversion 12 Fragen für Patienten, die kurz vor Beendigung der Erstrehabilitation stehen (3 Seiten) und 19 Fragen für Patienten bei

ambulanter oder stationärer Wiederaufnahme (5 Seiten). Die Fragen wurden in Absprache mit den Therapeuten sowie aktuellen Patienten der kooperierenden Kliniken in Anlehnung an die eingesetzten Fragebögen im Projekt „Teilhabe durch Mobilität (FR 114)“ entwickelt. Auf der letzten Seite des Bogens wurde die aktuelle Kontaktliste der Mobilitätslotsen angehängt, damit bei Zustellung der Daten an den zuständigen Berufshelfer, Rehamanager oder beauftragten Sachbearbeiter eine sofortige Kontaktaufnahme möglich war. Der Bogen konnte sowohl auf Papier als auch digital als Formular ausgefüllt werden (s. Anhang 6).

Evaluationsbögen des Konzepts

Im Projektverlauf und zu Projektende wurden Evaluationen unter den beteiligten Institutionen durchgeführt. Eine Befragung der Therapeuten erfolgte insbesondere zur Akzeptanz des Konzepts, zur praktikablen Umsetzung aber auch zu den unter der Erwartung liegenden Fallzahlen (s. Anhang 1). Eine telefonische Befragung der Berufshelfer, Rehamanager und beauftragten Sachbearbeiter der UV-Träger im Juni/Juli 2014 sollte vor allem Aufschluss über die ausbleibenden Kontaktaufnahmen der UV-Träger zu den Mobilitätslotsen geben (s. Anhang 7). Zum Projektende im Juni 2015 erfolgte darüber hinaus eine schriftliche Befragung der Mobilitätslotsen, um neben den geführten Checklisten ein Bild über die Form und den Umfang der Beratungstätigkeiten zu erhalten (s. Anhang 8).

Zur Abschlussevaluation der teilnehmenden Versicherten wurde ein umfangreicher 15-seitiger Fragebogen erstellt, der folgende Aspekte erfasste:

- Beurteilung des Konzepts
- Beurteilung der Beratung (falls erfolgt)
- Vermittlungserfolg in Bewegungs- und Sportangebote (falls gewünscht)
- Einschätzung des aktuellen Mobilitätsstands
- Erfassung der aktuellen körperlichen Aktivität (Freizeit, Sport)
- Berufliche Situation
- Subjektive gesundheitsbezogene Lebensqualität („Lebensqualitätsfeedback“ von Hanssen-Doose & Schüle)

Der Fragebogen wurde postalisch verschickt (Papierversion) oder konnte online ausgefüllt werden. In letzterem Fall wurde bei Übermittlung der Emailadresse ein entsprechender personalisierter Link verschickt. Da die Teilnahme an der Abschlussbefragung ab März 2014 zunächst gering ausfiel, wurden zehn Wertgutscheine in Höhe von 50 Euro als Motivationshilfe für den sehr umfangreichen Fragebogen eingesetzt (s. Anhang 9).

Tatsächlicher Arbeits- und Zeitplan

Aus den zuvor beschriebenen Anpassungen im Projektkonzept resultierte eine Verschiebung von Arbeitspaketen, die in der nachfolgenden Tabelle 5 in einer Übersicht dargestellt werden. Aufgrund der Fallzahlproblematik der ersten beiden Projektjahre wurde das Projekt bis zum 30.06.2015 kostenneutral verlängert, um eine möglichst große Anzahl an Abschlussbefragungen erzielen zu können. Durch die Verlängerung konnten zudem 63 zusätzliche Versicherte in das Konzept und den Beratungsprozess aufgenommen werden.

Tabelle 5: Tatsächlicher Arbeits- und Zeitplan.

Arbeitspaket	I/2012	II/2012	I/2013	II/2013	I/2014	II/2014	I/2015
Start Netzwerkbildung (Recherche bestehende Sportangebote, Zuständige, Kontakte)							
Entwicklung Messinstrumente (Fragebogen, AMR® Beurteilung)							
Ausstattung aller Kliniken mit AMR®							
Information aller Kliniken							
Schulung Therapeuten (Modul 1)							
Recherche Integrationsmöglichkeiten Fragebogendaten und AMR®-Ergebnis in Entlassbericht der Kliniken							
Vorstellung der Projektidee auf verschiedenen DGUV-Ebenen (Landesverbandsforen, Berufshelfertagungen)							
Recherche Integrationsmöglichkeiten in das Dokumentationssystem der BH/RM							
Schulung BH/RM (Modul 2) wird zunächst durch Vorstellung auf Berufshelfertagungen und umfangreiche Anleitung (pdf) ersetzt, ist jedoch bei Bedarf in den Institutionen der DGUV möglich							
Start der Erhebungen in allen Kliniken ab März 2013							
Rekrutierung und Schulung Mobilitätslotsen (Modul 3)							
Ausbildung Netzwerk durch Mobilitätslotsen, Dokumentation per Checkliste							
Entwicklung Evaluationsfragebogen (Therapeuten, BH/RM, Versicherte, Mobilitätslotsen)							
Ausstattung weiterer BG-Kliniken mit AMR®							

Arbeitspaket	I/2012	II/2012	I/2013	II/2013	I/2014	II/2014	I/2015
Recherche Integrationsmöglichkeiten Fragebogendaten und AMR®- Ergebnis in Entlassbericht der neu hinzugenommenen Kliniken							
Schulung Therapeuten der neu hinzugenommenen Kliniken							
Zentrale „Testtage“ in den beteiligten Kliniken; Einladung der Versicherten über UV-Träger							
Austausch und Systematisierung der Arbeit der Mobilitätslotsen (gemeinsames Treffen)							
Evaluation Vermittlungserfolg (Therapeuten, BH/RM, Versicherte, Mobilitätslotsen)							

Schematische Darstellung der Projektanpassungen

Die zuvor geschilderten Anpassungen des methodischen Vorgehens auf den Ebenen Klinik, Unfallversicherungsträger und Mobilitätslotse werden in Abbildung 4 schematisch dargestellt.

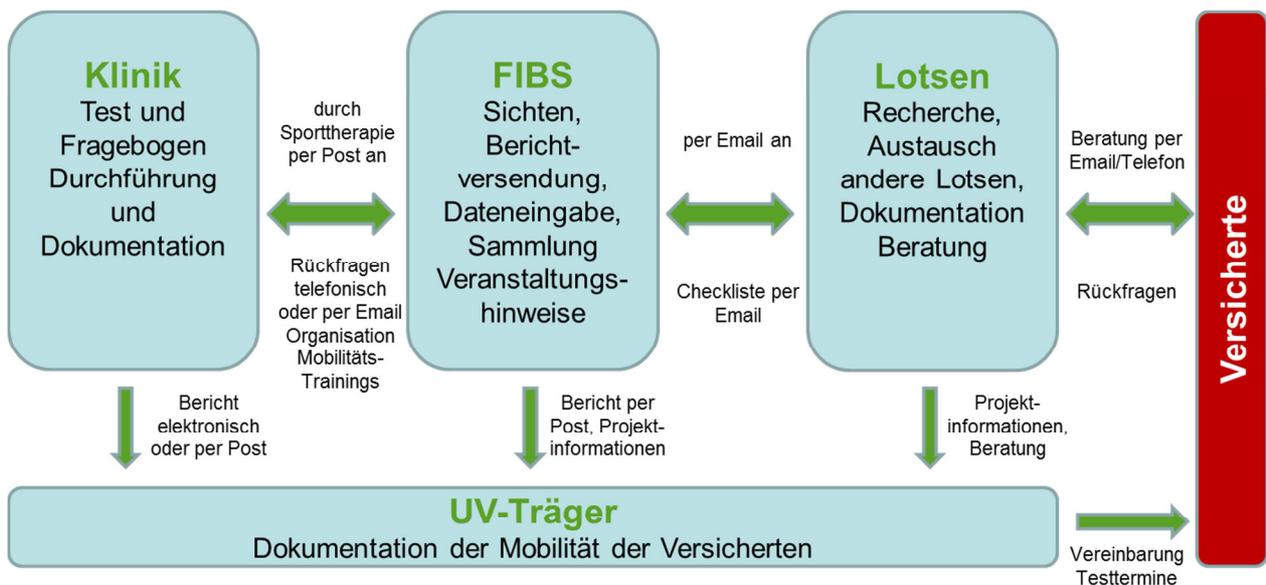


Abbildung 4: Schematische Darstellung der Projektanpassungen und Durchführung des Projekts während der Projektlaufzeit.

4. Ergebnisse des Gesamtvorhabens

Im Zeitraum 01.03.2013 bis 30.06.2015 konnten insgesamt 325 Versicherte in das Projekt aufgenommen werden. Da nicht alle Versicherten die Einschlusskriterien erfüllten (s. Kap. 3.1), wurden 17 Versicherte zwar im Rahmen des Konzepts beraten, aber in der Abschlussauswertung nicht berücksichtigt. Darunter befanden sich 6 Personen, die älter als 65 Jahre waren, 6 Fußgänger ohne Interesse am Rollstuhlsport, 4 Versicherte aus dem Ausland sowie eine Person, die während der Projektlaufzeit verstarb.

Die im Folgenden berichteten Ergebnisse beziehen sich demzufolge auf eine Stichprobe von N=308 Studienteilnehmern. In allen Fällen handelt es sich um Versicherte der gesetzlichen Unfallversicherung, die ihre Querschnittlähmung durch Arbeits- oder Wegeunfälle erwarben.

Die am Projekt beteiligten Versicherten waren durchschnittlich 46,49 Jahre alt, 177,75 cm groß und 80,49kg schwer (s. Tab. 6). Mit einem durchschnittlichen BMI von 25,47 kg/m² liegt die Stichprobe angesichts der Normwerte der Gesamtbevölkerung etwas über dem durchschnittlichen Normalgewicht. Da aufgrund der Querschnittlähmung von einer reduzierten Muskelmasse und damit geringerem Körpergewicht sowie BMI bei der Zielgruppe im Vergleich zur Gesamtbevölkerung auszugehen ist, ist die Stichprobe durchschnittlich als übergewichtig einzustufen.

Tabelle 6: Allgemeine Daten der Studienteilnehmer (N=308).

	N	Min	Max	MW	SD
Alter	308	17	65	46,49	10,87
Größe in cm	307	156	198	177,75	8,29
Gewicht in kg	305	40	155	80,49	16,62
BMI kg/m ²	304	13,11	42,94	25,47	4,76

91,9% der aufgenommenen Studienteilnehmer sind Männer. Obwohl Männer auch in der Gesamtbevölkerung häufiger von einer Querschnittlähmung betroffen sind (etwa 3:1), kam im Rahmen der freiwilligen Studie hinzu, dass sich Frauen in der Therapie meist weniger zutrauten und andere Aspekte wie Familie, Beruf und Umbaumaßnahmen gegenüber dem Thema Bewegung und Sport zunächst mehr Bedeutung zusprachen.

Die Studienteilnehmer wurden ab März 2013 in den Kliniken Bayreuth, Bochum, Halle, Hamburg und Murnau, ab März 2014 zusätzlich in den Kliniken Frankfurt, Duisburg und Tübingen in die Studie aufgenommen. Über die Hälfte der Versicherten wurden aus der BG-Klinik Murnau entlassen, ein weitere Viertel aus der BG-Klinik in Halle/Saale (s. Abb. 5).

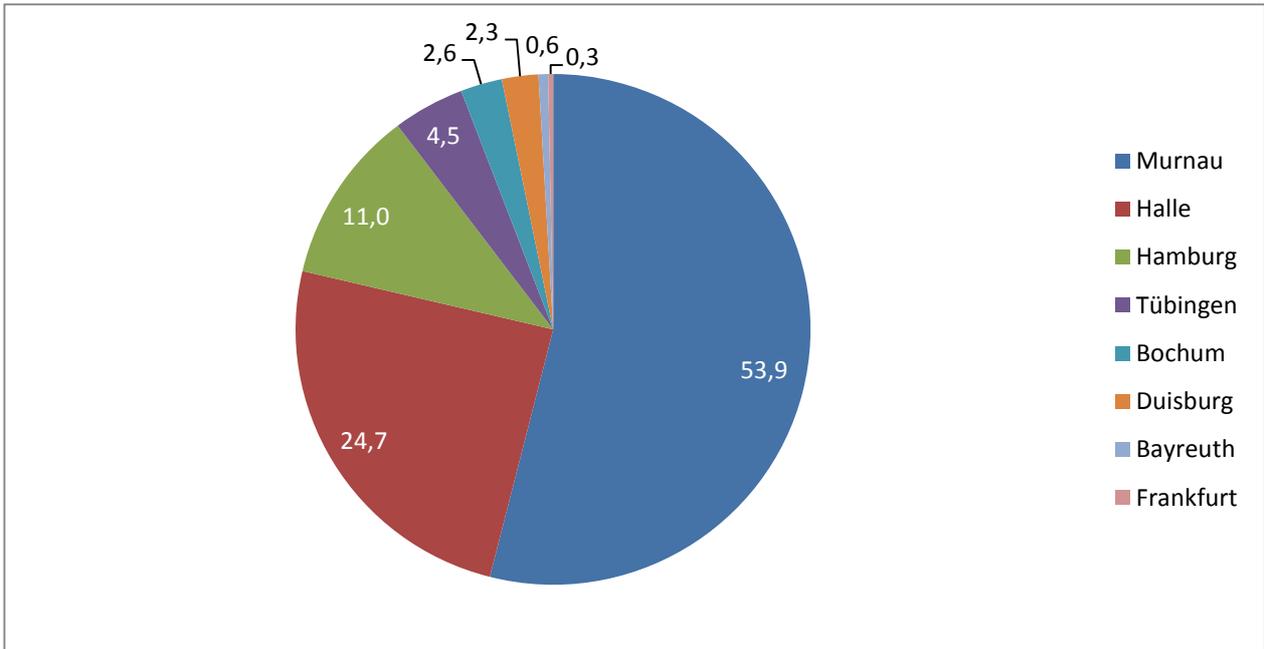


Abbildung 5: Zuordnung zu Kliniken in Prozent (N=308).

In 47 Fällen handelte es sich um Frischverletzte, d.h. die Versicherten nahmen unmittelbar zum Ende ihrer Erstentlassung am Projekt teil. 261 Personen waren demgegenüber Wiederaufnahmefälle, die zu Checkuntersuchungen, Hilfsmittelanpassungen oder in Folge von Komplikationen in die Kliniken aufgenommen wurden. Unter den Wiederaufnahmefällen konnten einige Versicherte durch die Einrichtung zentraler Testtage zur Fallzahlerhöhung gewonnen werden. Abbildung 6 zeigt die prozentuale Aufteilung nach dem Status zum Studieneintritt.

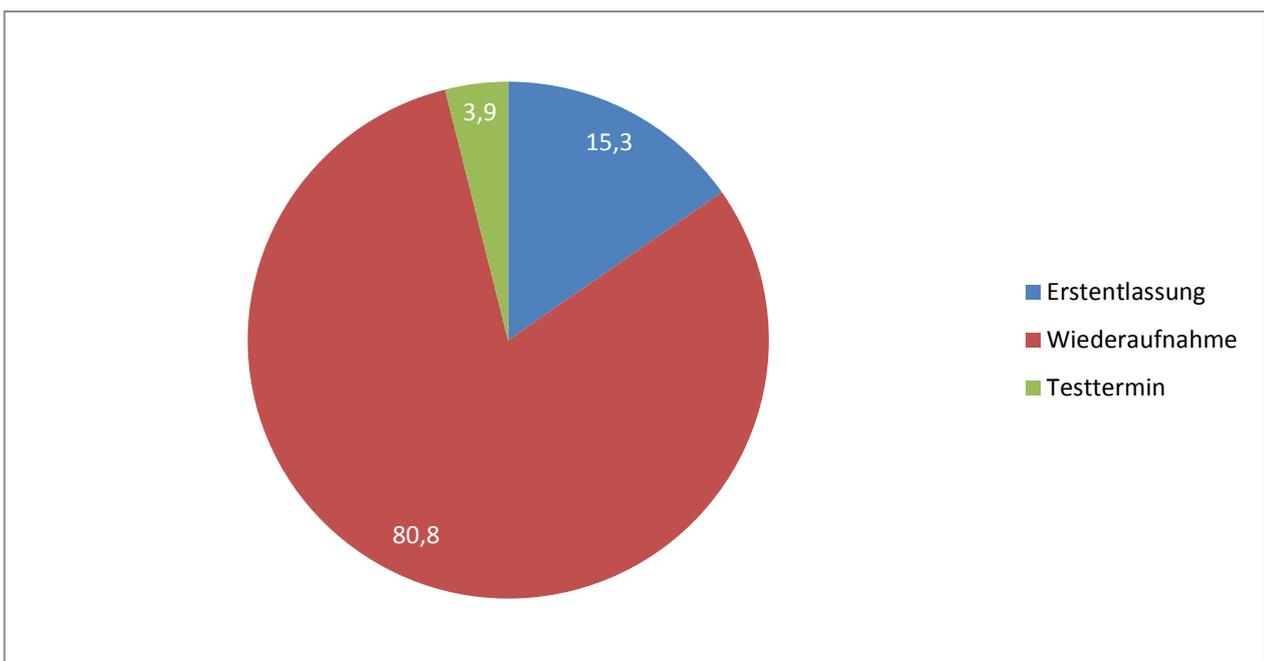


Abbildung 6: Entlassungsstatus aus der Klinik in Prozent (N=308).

Bei 72,4% der wiederaufgenommenen Versicherten lag der Eintrittszeitpunkt der Querschnittlähmung über 5 Jahre zurück (s. Abb. 7).

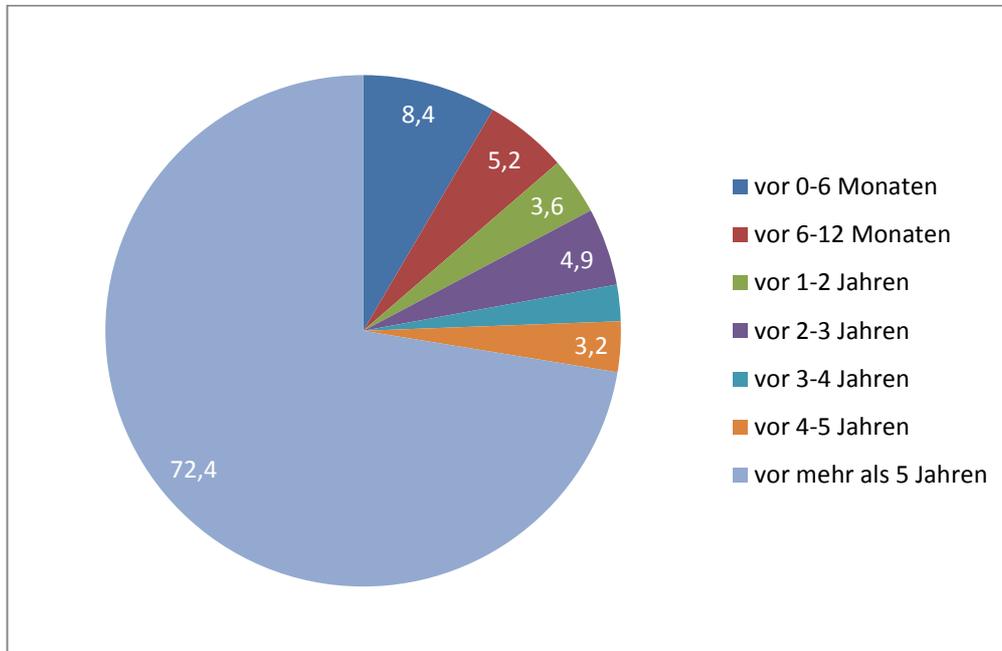


Abbildung 7: Eintritt der Querschnittlähmung in Prozent (N=308).

Die Mehrzahl der Lähmungen der in das Projekt einbezogenen Versicherten wurden im thorakolumbalen Übergang lokalisiert (Th12, L1) (s. Abb. 8).

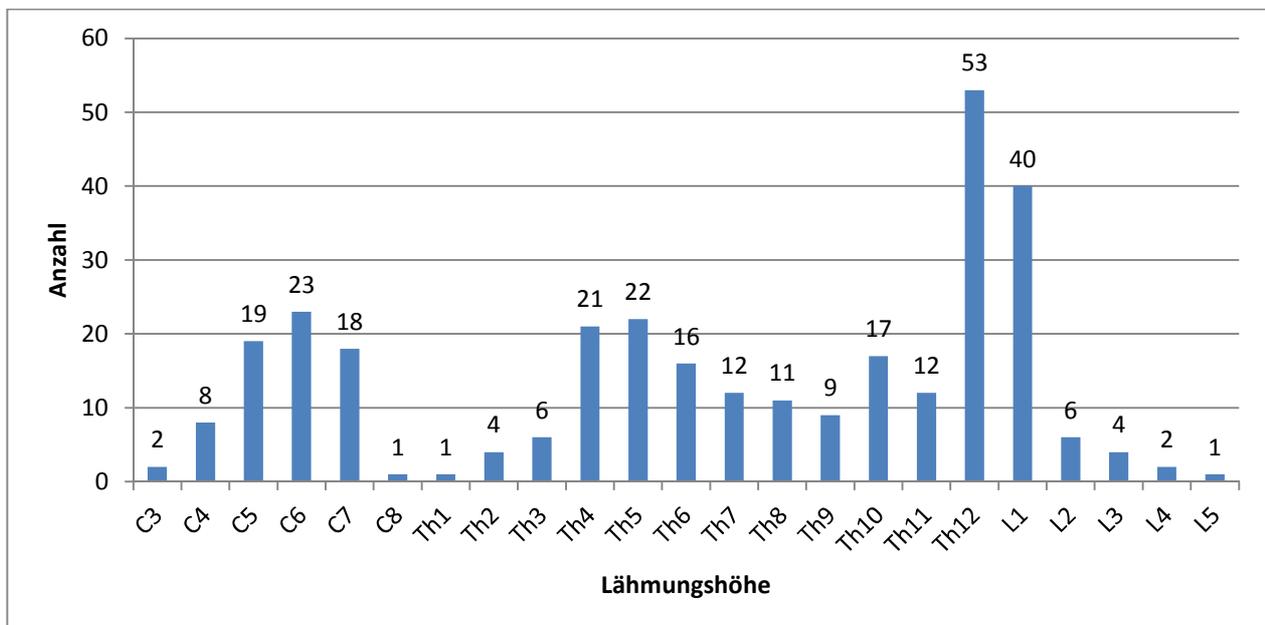


Abbildung 8: Verteilung der Lähmungshöhen (N=308).

In 76,3% der Fälle lag ein paraplegisches, in 23,7% der Fälle ein tetraplegisches Lähmungsbild vor. 54,2% der Lähmungen waren komplett. Im Vergleich zur in der Gesamtpopulation erfassten Verteilung von 60% inkompletten Lähmungen, kann der höhere Anteil der kompletten

Lähmungen in der Studienstichprobe dadurch erklärt werden, dass als Einschlusskriterium eine vollständige, zumindest teilweise Rollstuhlabhängigkeit im Alltag vorausgesetzt wurde. 90,2% der teilnehmenden Versicherten waren im Alltag vollständig auf einen Rollstuhl angewiesen (s. Abb. 9).

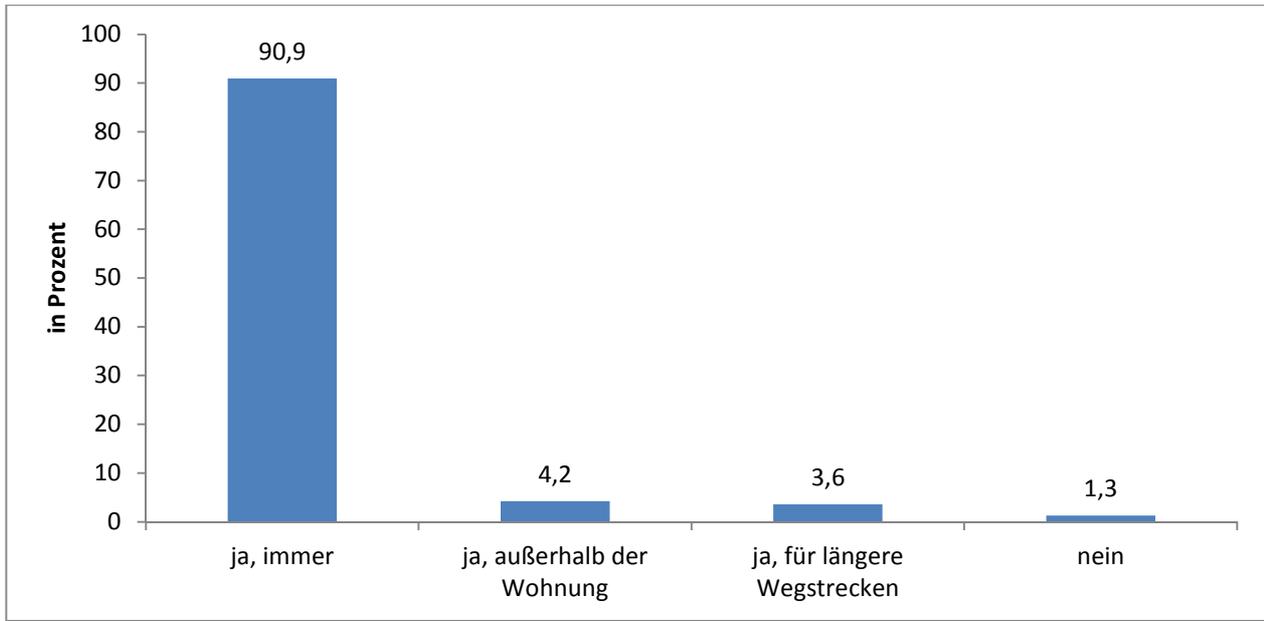


Abbildung 9: Rollstuhlnutzung im Alltag (N=308).

Die zugehörige Klassifikation anhand der ASIA-Scale konnte in 66,2% der Fälle nicht benannt werden (s. Abb. 10).

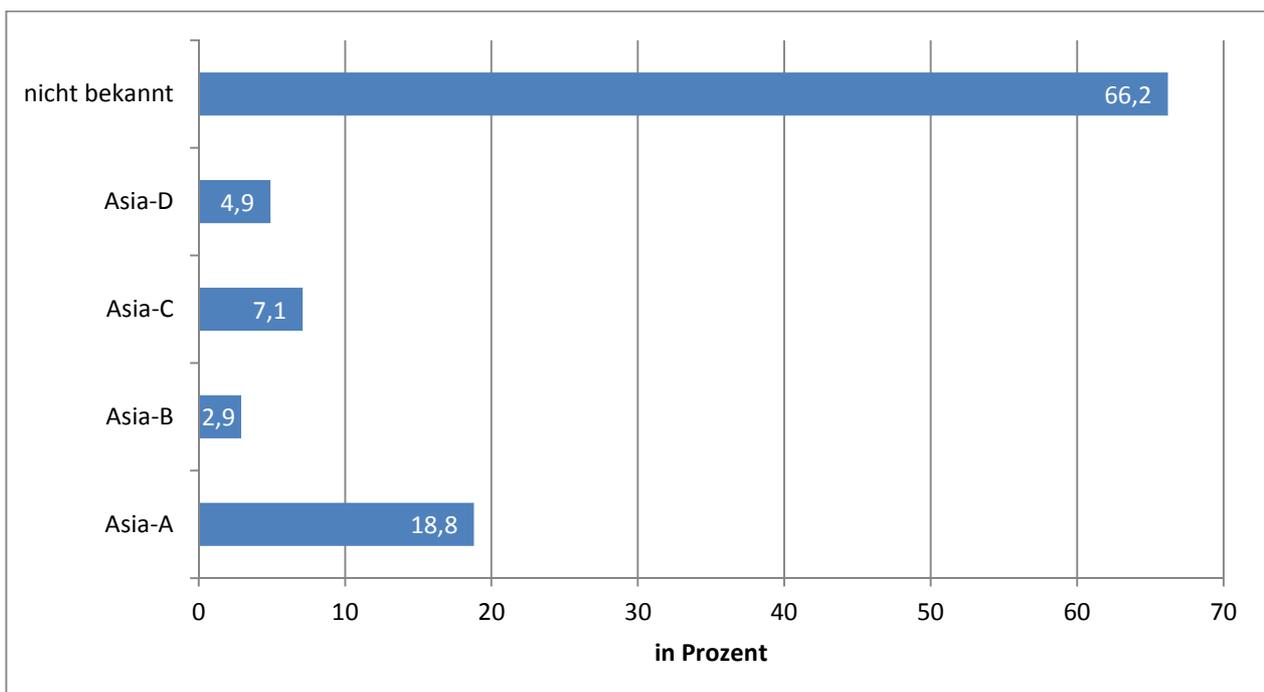


Abbildung 10: Einstufung ASIA-Scale (N=308).

Die Studienteilnehmer konnten 23 verschiedenen Berufsgenossenschaften und Unfallkassen zugeordnet werden. Die meisten Versicherten, die am Projekt teilnahmen, waren bei der BG Bau, der BG Holz und Metall oder der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau versichert (s. Abb. 11).

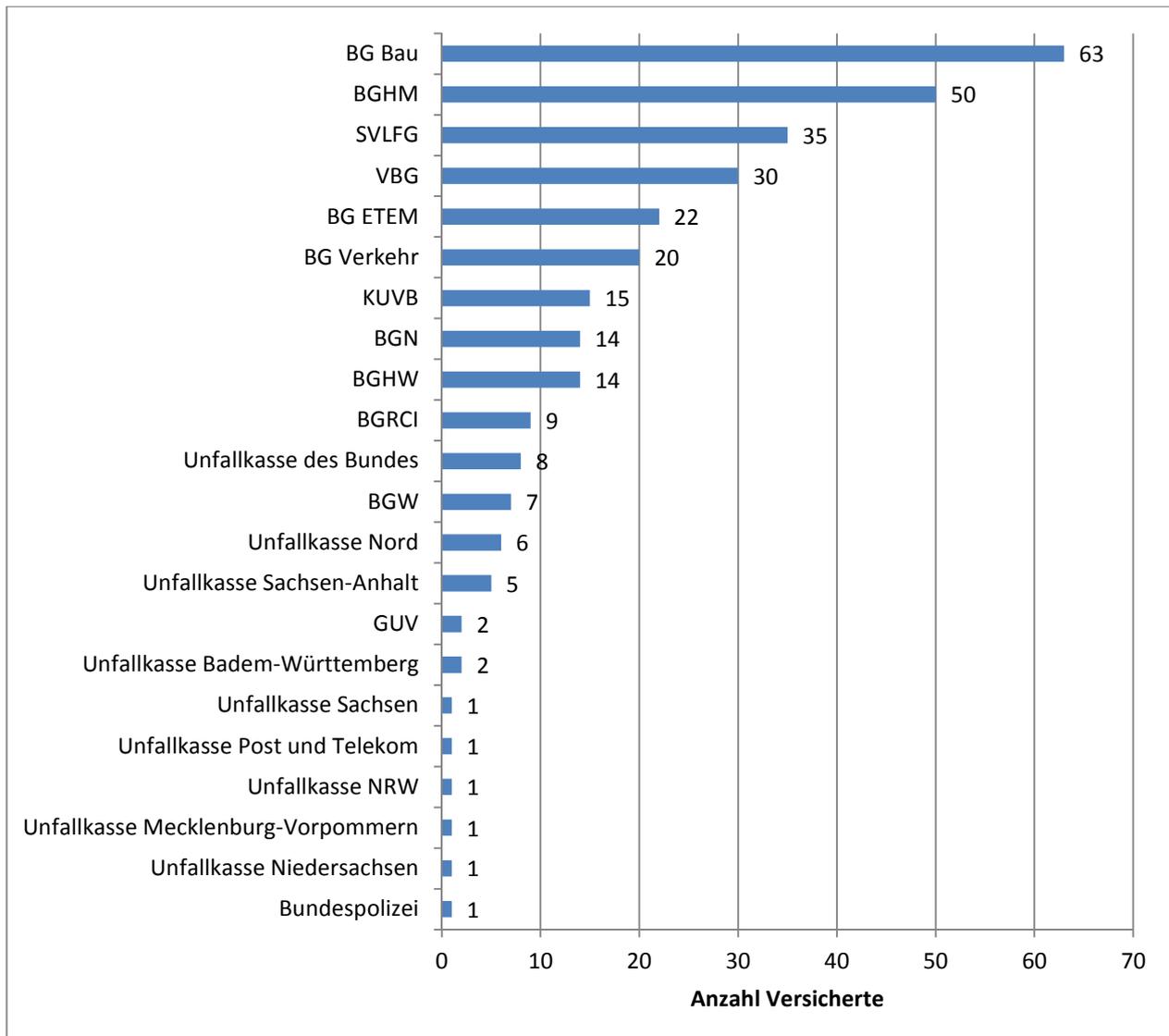


Abbildung 11: Zuordnung der teilnehmenden Versicherten zu den Unfallversicherungsträgern.

4.1 AMR®-Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse des in der Klinik durchgeführten AMR®-Test dargestellt.

93,8% der Studienteilnehmer absolvierten den AMR®-Test in einem angepassten Rollstuhl. Alle getesteten Versicherten konnten zum Testzeitpunkt selbstständig die Feststellbremse betätigen und 96,7% beherrschten die Entlastungstechnik. 70,8% der Getesteten besaßen die Fähigkeit zum Transfer Rollstuhl – Rohlstuhl. Die meisten Schwierigkeiten bereitete der Transfer Boden –

Rollstuhl, der im Alltag besonders nach Stürzen eine wichtige Rolle für die Selbstständigkeit spielt (s. Abb. 12).

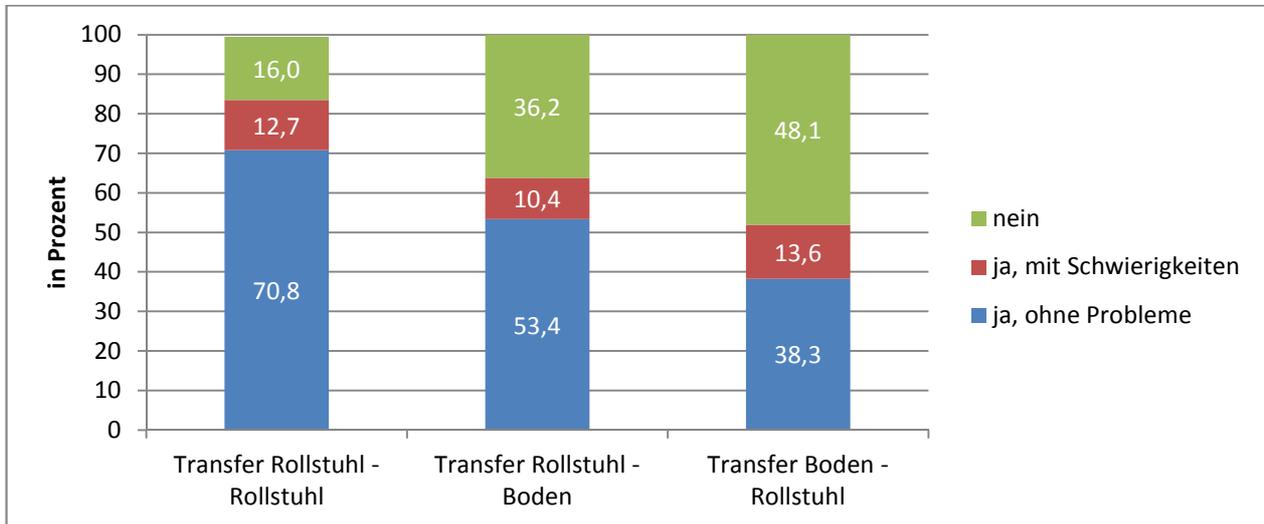


Abbildung 12: Transfertechniken in Prozent (N=308).

Aufgrund einer hohen funktionellen Fähigkeit absolvierten drei Tetraplegiker zum Abschluss ihres Klinikaufenthalts den AMR®-Test für Paraplegiker. In Abbildung 13 und 14 werden die durchschnittlichen Fähigkeiten der Versicherten in den einzelnen Aufgaben des AMR®Para und AMR®Tetra dargestellt.

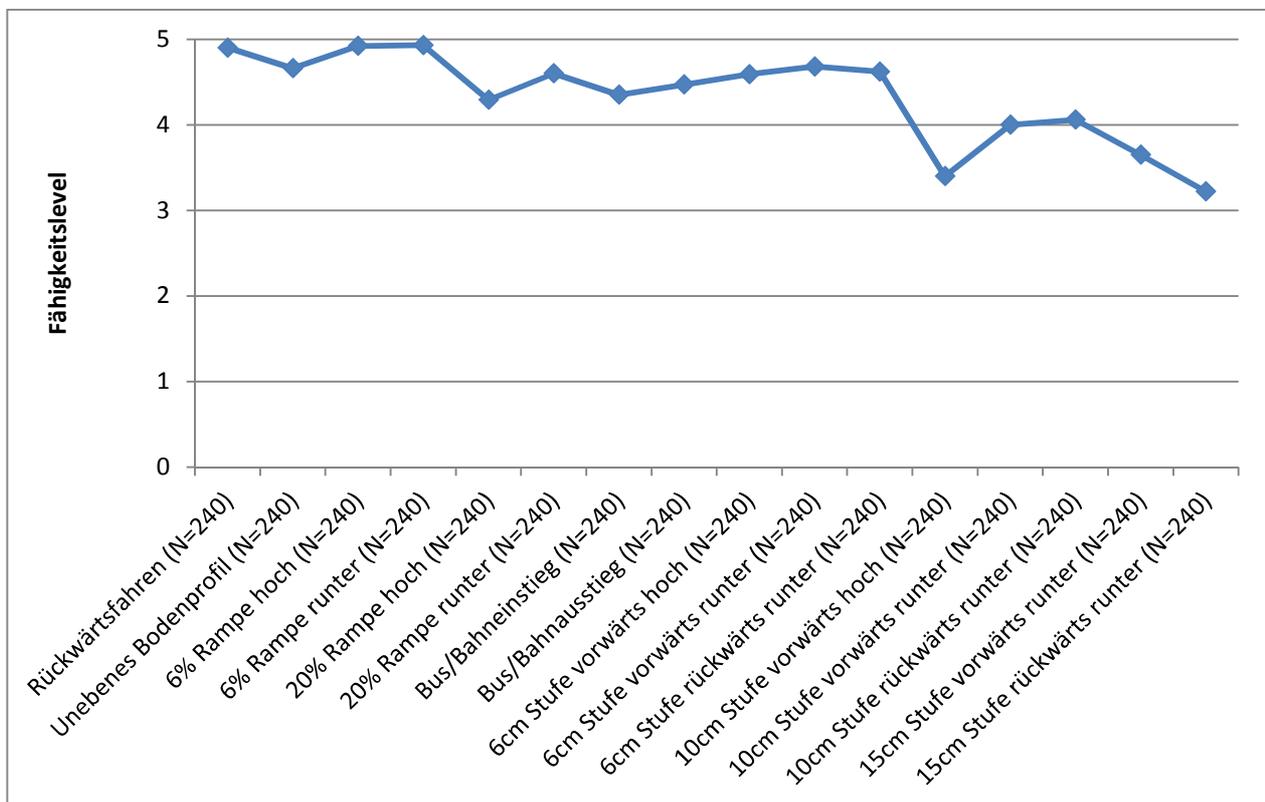


Abbildung 13: Durchschnittliche AMR®Para-Ergebnisse (n=240).

Als schwierigste Aufgabe konnte sowohl für Versicherte mit Paraplegie als auch für Studienteilnehmer mit Tetraplegie das „10cm Stufe vorwärts hochfahren“ identifiziert werden (s. Abb. 13 und 14). Für Tetraplegiker erwies sich zudem das Item „Bus – und Bahneinstieg“ als große Herausforderung (s. Abb. 14).

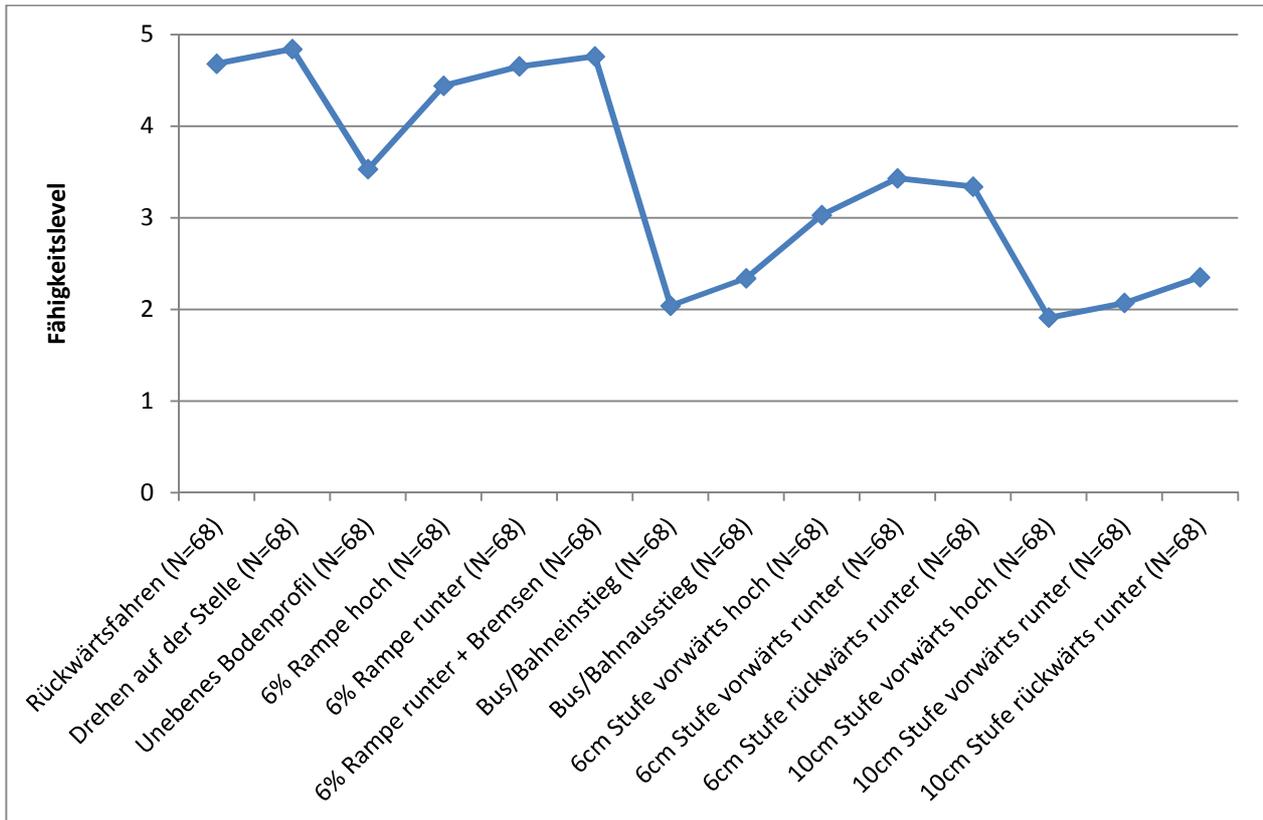


Abbildung 14: Durchschnittliche AMR@Tetra Ergebnisse (n=68).

Der durchschnittliche Gesamtscore des AMR® Para lag bei 69,3 (SD 12,6; Min: 28, Max: 80) von 80 Maximalpunkten (s. Tab. 7). Dies entspricht in 19,2% der Fälle einem großen, in 15,4% der Fälle einem mittleren und in 65,4% der Fälle einem geringen Förderbedarf (s. Abb. 15). Der durchschnittliche AMR® Tetra lag bei 47,4 (SD 12,9; Min: 21, Max: 69) von 70 Maximalpunkten (s. Tab. 7). Dies entspricht in 29% der Fälle einem großen, in 30,4% der Fälle einem mittleren und in 40,6% der Fälle einem geringen Förderbedarf (s. Abb. 15). **In der Gesamtstichprobe besteht nach den Ergebnissen des AMR®-Tests in 40,3% der Fälle ein mittlerer bis großer Handlungsbedarf.**

Tabelle 7: Durchschnittliche Ergebnisse der Items zur Fortbewegung und des Gesamtscores im AMR®.

	n	Min	Max	MW	SD
AMR® Tetra: 108m fahren in Sek	57	46,3	310	99,7	58,7
AMR® Para: Schnelles Starten (15m) in Sek	221	3,9	15,2	6,9	1,4
AMR® Tetra: Schnelles Starten (15m) in Sek	65	5,7	22,5	10,8	3,9
AMR® Para: Gesamtscore	240	28	80	69,3	12,6
AMR® Tetra: Gesamtscore	68	21	69	47,4	12,9

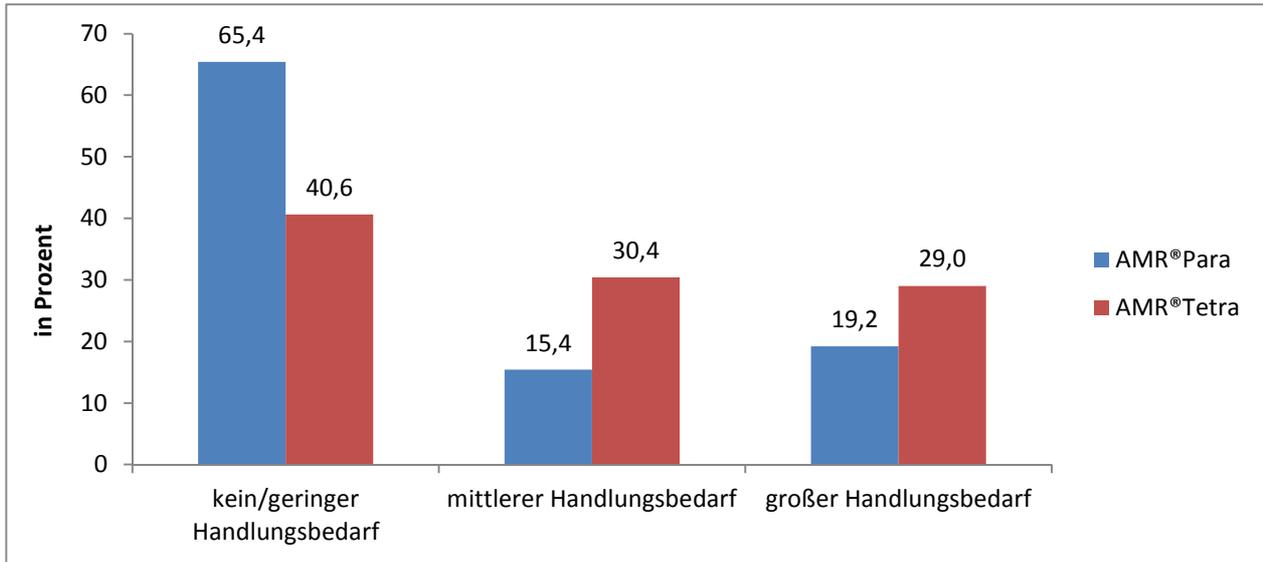


Abbildung 15: Handlungsbedarf zur Mobilitätsförderung laut AMR®-Test.

Als relevante Einflüsse auf die Testergebnisse wurden von den Therapeuten Schmerzen in Rücken, Schulter und oberer Extremität, zusätzliche Amputationen, urologische Komplikationen, Dekubitus, Hüft-Gelenkersatz, starke Spastiken und Frakturen angegeben.

Bei separater Betrachtung der Frischverletzten und der Wiederaufnahmefälle zeigten sich im AMR®Para keine signifikanten Unterschiede in den unterschiedlichen Aufgaben (s. Abb. 16).

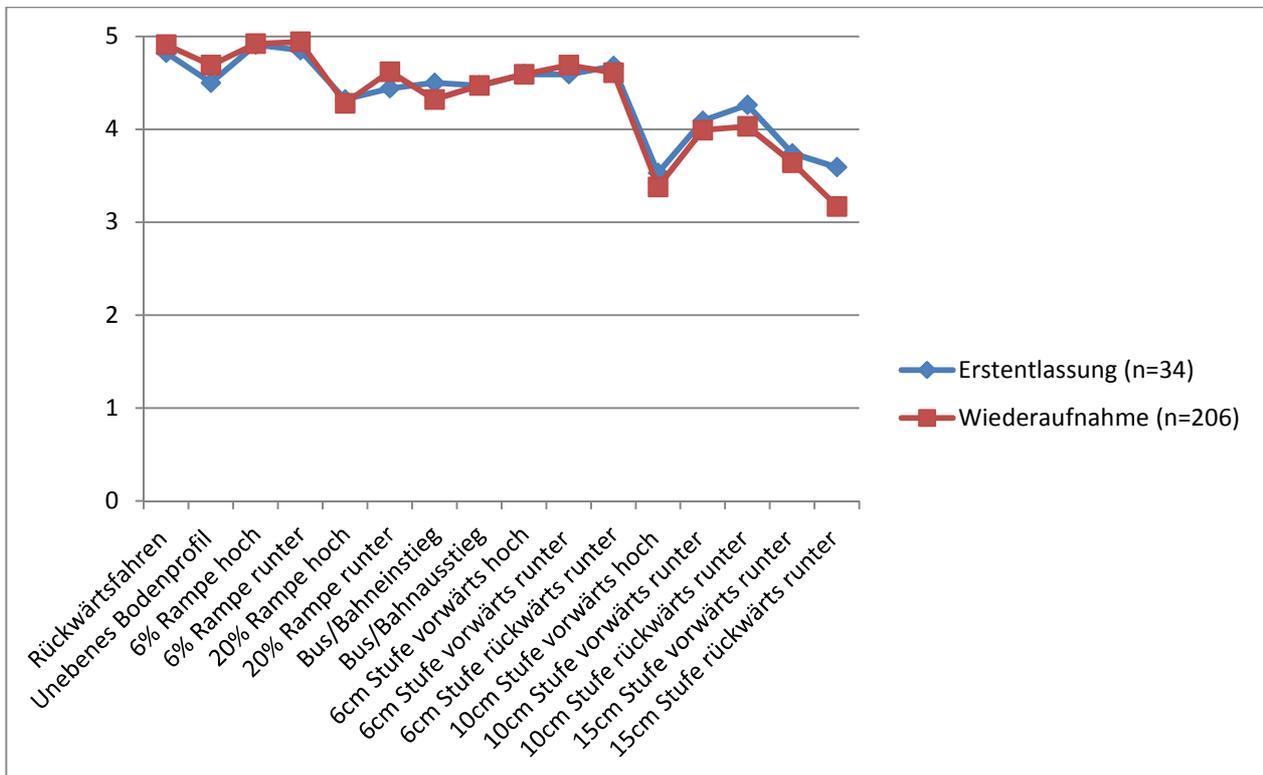


Abbildung 16: Vergleich AMR®Para Ergebnisse nach Erstentlassung und Wiederaufnahme.

Im AMR@Tetra wurden die getesteten Fähigkeiten der Wiederaufnahmefälle in allen Aufgaben höher eingestuft als bei den Frischverletzten bei Erstentlassung. Beim Item Bus-/Bahneinstieg ist der Unterschied signifikant ($p=.019$) (s. Abb. 17).

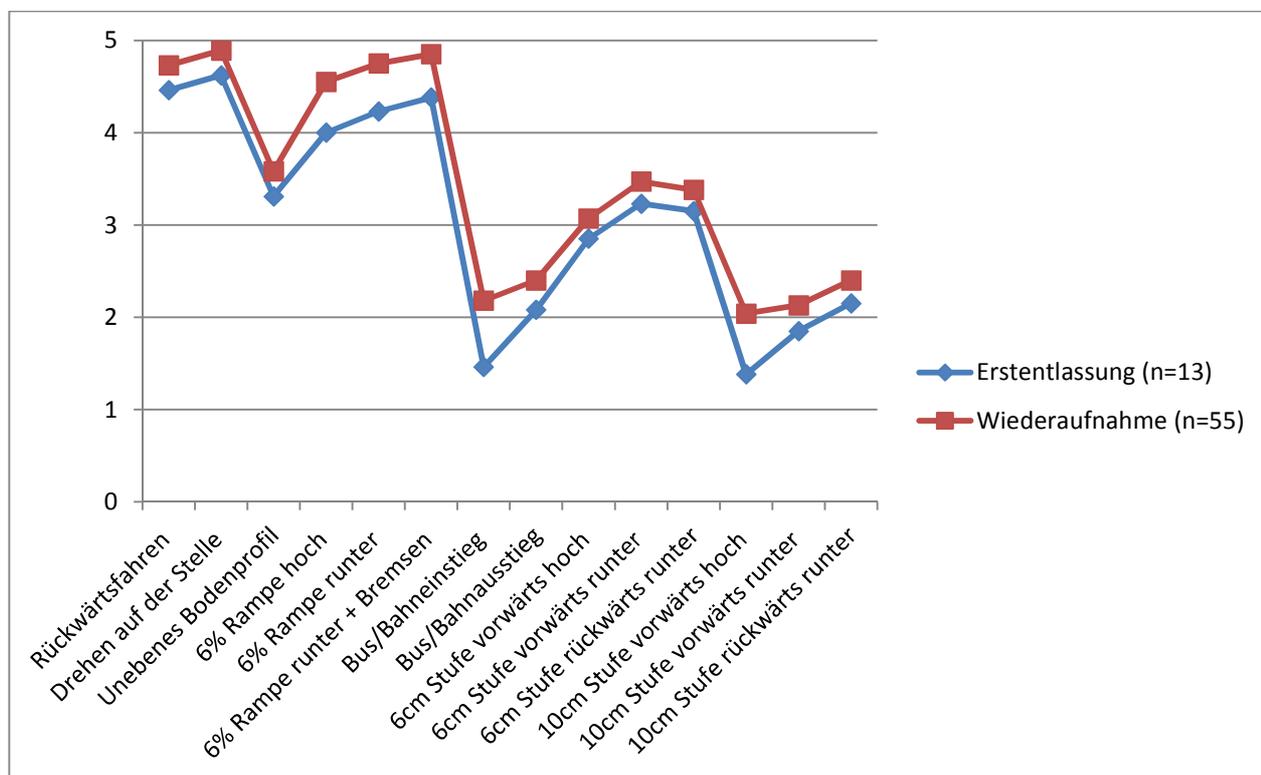


Abbildung 17: Vergleich AMR@Tetra Ergebnisse nach Erstentlassung und Wiederaufnahme.

Die aufgenommenen Tetraplegiker unterschieden sich auch tendenziell hinsichtlich der Fortbewegungsaufgaben und dem Gesamtscore des AMR@Tetra, wobei die Wiederaufnahmefälle schnellere Zeiten und einen höheren Gesamtscore aufwiesen (s. Tab. 8).

Tabelle 8: Vergleich der durchschnittlichen Ergebnisse der Items zur Fortbewegung und des Gesamtscores im AMR@ nach Erstentlassung und Wiederaufnahme.

	Erstentlassung					Wiederaufnahme				
	n	Min	Max	MW	SD	n	Min	Max	MW	SD
AMR@ Tetra: 108m fahren in Sek	12	57,0	174,0	109,5	44,9	43	46,3	310	97,1	62
AMR@ Para: Schnelles Starten in Sek	32	3,9	1,1	7,0	1,5	189	4,5	15,2	6,9	1,4
AMR@ Tetra: Schnelles Starten in Sek	13	6,5	22,3	12,4	5,2	52	5,7	22,5	10,3	3,4
AMR@ Para: Gesamtscore	34	44	88	69,9	11,6	206	28	80	69,2	12,8
AMR@ Tetra: Gesamtscore	13	21	66	43,2	14,2	55	27	69	48,4	12,5

4.2 Ergebnisse Kurzfragebogen „Mobilität und sportliche Aktivität“

Der Kurzfragebogen der begleitend zum AMR®-Test von den Therapeuten an die Versicherten ausgehändigt wurde, erfasst die wesentlichen subjektiven Aussagen zur Einschätzung der eigenen Mobilität sowie zur aktuellen und zukünftigen Motivation zur sportlichen Aktivität (s. Anhang 6). Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse zur Mobilität aufgeführt bevor die sportliche Aktivität vor und nach Eintritt der Querschnittlähmung dargestellt wird. Abschließend wird der Handlungs- und Förderbedarf festgehalten, der sich nach Auswertung der Kurzfragebögen ergibt.

Mobilität

In der Befragung geben 47,7% aller Befragten an, unsicher im Rollstuhlgang zu sein (s. Abb. 18). **Die meisten Schwierigkeiten im Alltag bereiten die 2-Punkt-Technik, das Überwinden von Hindernissen und Steigungen sowie das Fahren von Treppen** (s. Tab. 9).

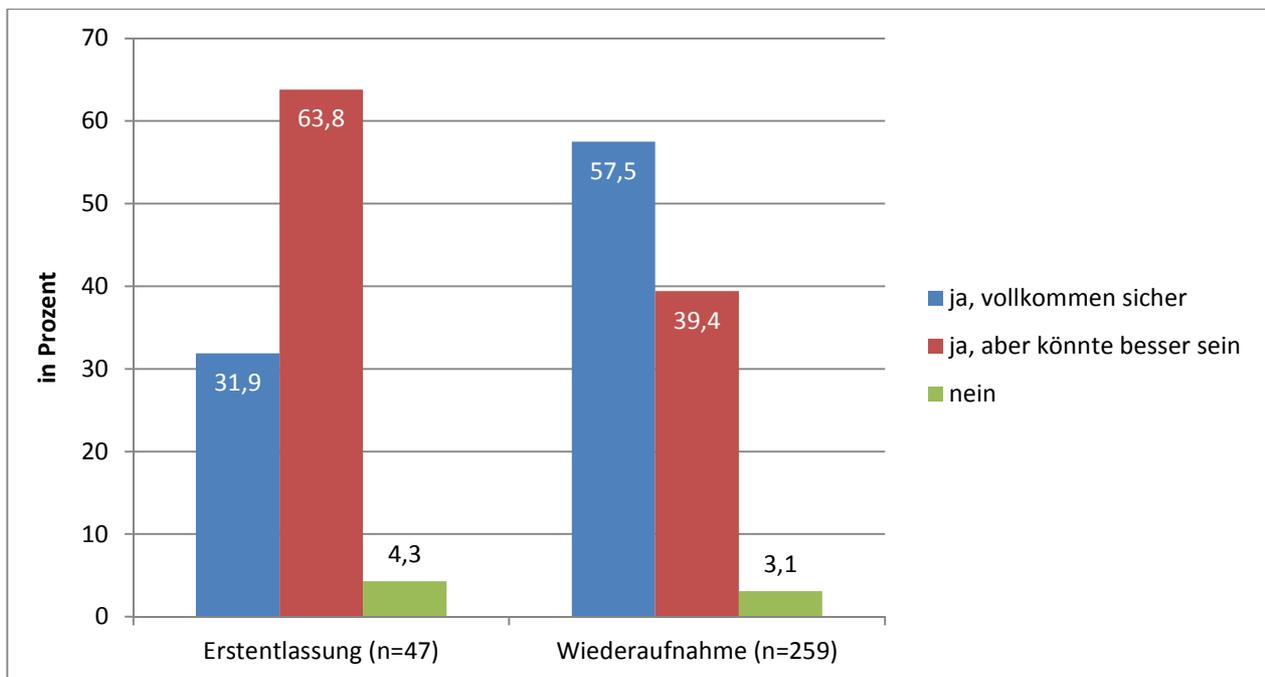


Abbildung 18: Sicherheit im Rollstuhlgang.

Tabelle 9: Herausforderungen im Alltag nach Häufigkeit der Angabe.

Alltagsanforderung	Erstentlassung		Wiederaufnahme		Gesamt	
2-Punkt-Technik	10	17,2%	16	9,9%	26	11,9%
Bordsteine/Stufen/Schwellen	22	38,0%	54	33,6%	76	34,7%
Steigungen/ Rampen	10	17,2%	26	16,2%	36	16,4%
Unebenes Bodenprofil/Kopfsteinpflaster	7	12,1%	13	8,1%	20	9,1%
Treppen	7	12,1%	20	12,4%	27	12,3%

Alltagsanforderung	Erstentlassung		Wiederaufnahme		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Große Strecken/Ausdauer	1	1,7%	6	3,7%	7	3,2%
Autotransfer	1	1,7%	2	1,2%	3	1,4%
Transfer allgemein	0	0	14	8,7%	14	6,4%
Rolltreppe	0	0	4	2,5%	4	1,8%
Öffentliche Verkehrsmittel	0	0	3	1,9%	3	1,4%
Falltechniken	0	0	1	0,6%	1	0,5%
Fahren mit seitlicher Neigung	0	0	2	1,2%	2	0,9%
Gesamt	58	100%	161	100%	219	100%

Die wiederaufgenommenen Versicherten berichteten in 65,4% der Fälle, dass sich ihre Mobilität nach Erstentlassung aus der Klinik durch die Alltagserfahrung weiter verbessert hat, in 24% der Fälle blieb sie gleich, in 10,6% der Fälle verschlechterte sich die Mobilität durch zunehmendes Alter, Komplikationen oder Inaktivität (s. Abb. 19).

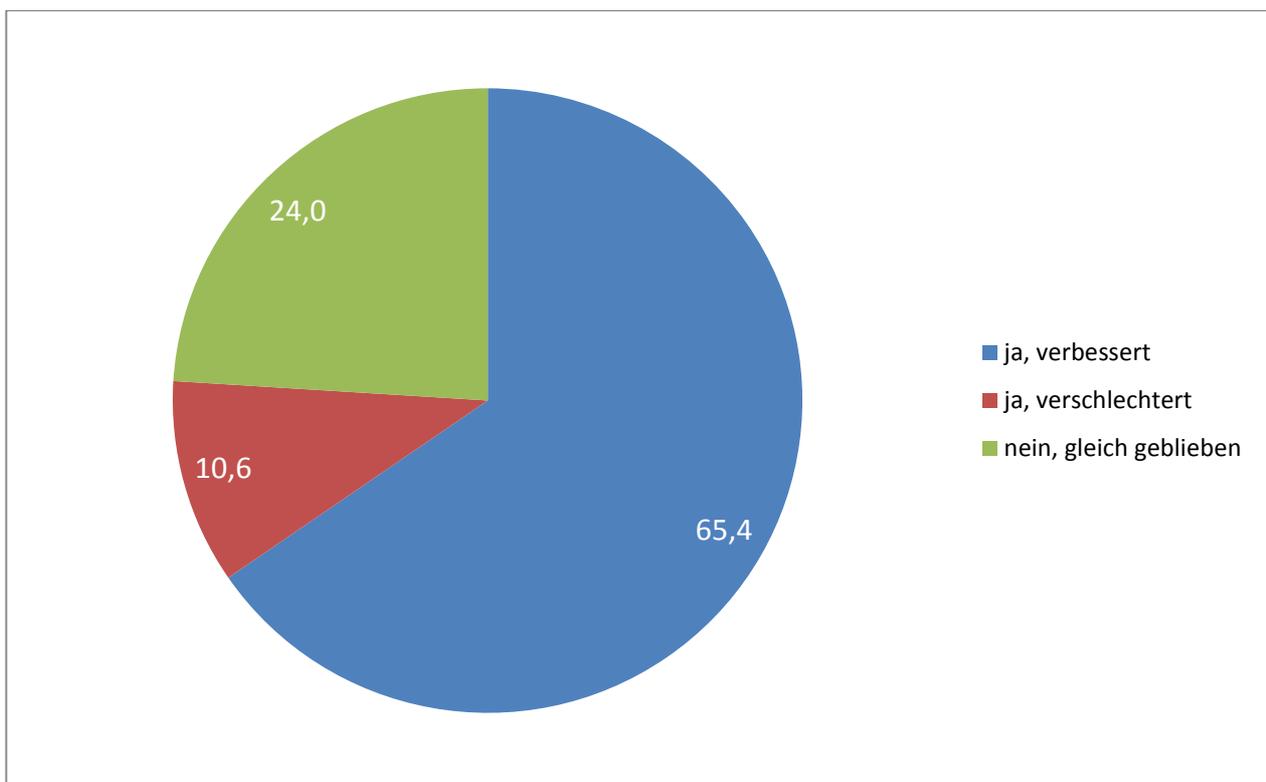


Abbildung 19: Veränderung der Mobilität nach Erstentlassung in Prozent (n=254).

Die Einschätzung der eigenen Kraft und Ausdauer wurde darüber hinaus auch von den Wiederaufnahmefällen häufiger als sehr gut und gut gegeben als unter den Frischverletzten (s. Abb. 20).

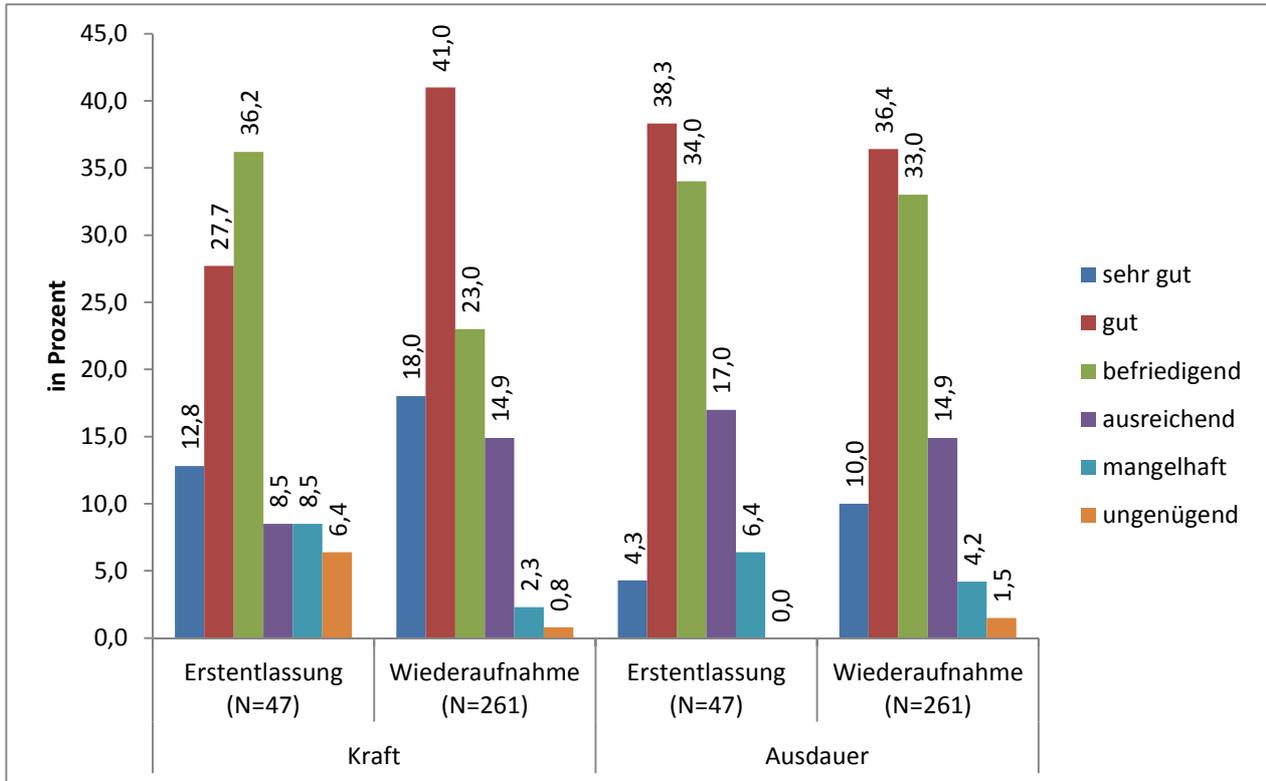


Abbildung 20: Selbsteinschätzung Kraft- und Ausdauerleistungsfähigkeit.

Die Teilnahme am Mobilitätstraining in der Klinik nimmt bei den wiederaufgenommenen Patienten ab, da sie sich entweder mobil genug fühlen, der Zeitplan zwischen den Checkuntersuchungen keine Teilnahme erlaubt oder die Komplikationen eine Teilnahme unmöglich gemacht haben (s. Abb. 21).

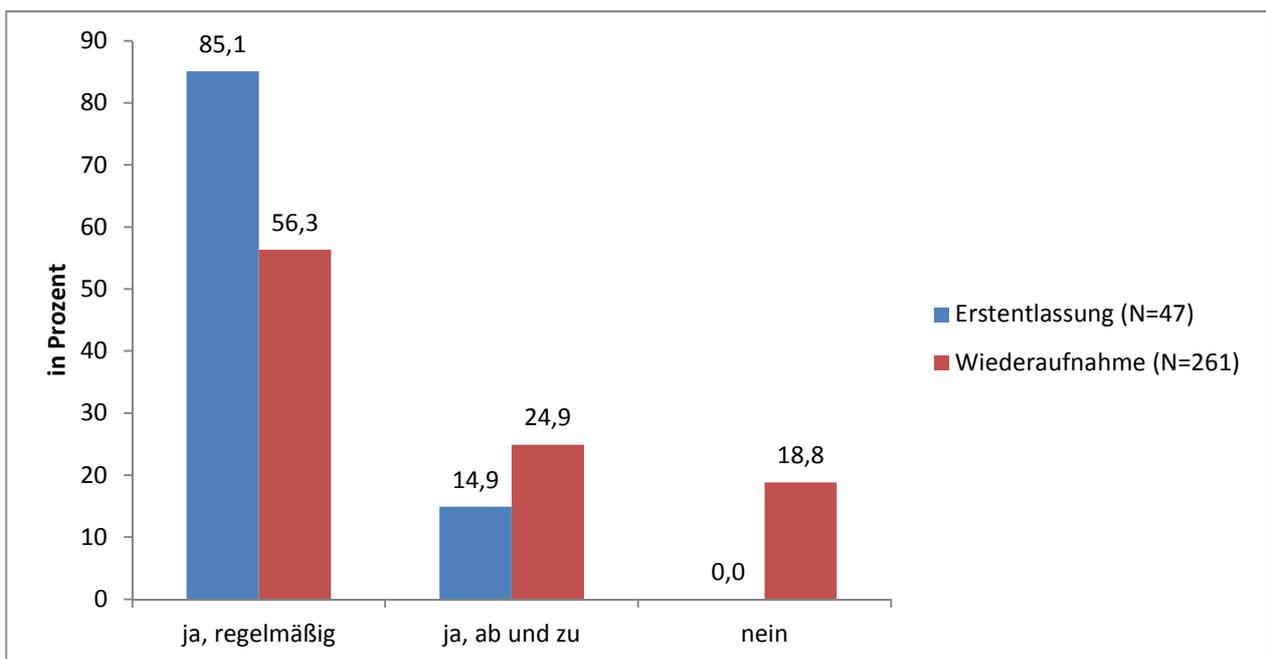


Abbildung 21: Teilnahme Mobilitätstraining in der Klinik.

Vor allem Frischverletzte wünschen sich nach der Klinikentlassung Informationen und eine weitere Teilnahme an einem Mobilitätstraining, um die zuvor beschriebenen Unsicherheiten zu trainieren (s. Abb. 22). Diejenigen, die ein zukünftiges Rollstuhlmobilitätstraining nicht für sinnvoll halten, sind in den meisten Fällen mit allen Techniken vertraut, sicher im Alltag, trainieren bereits im Sportverein, haben keine Zeit, sehen keine Verbesserungsmöglichkeiten oder keine Notwendigkeit.

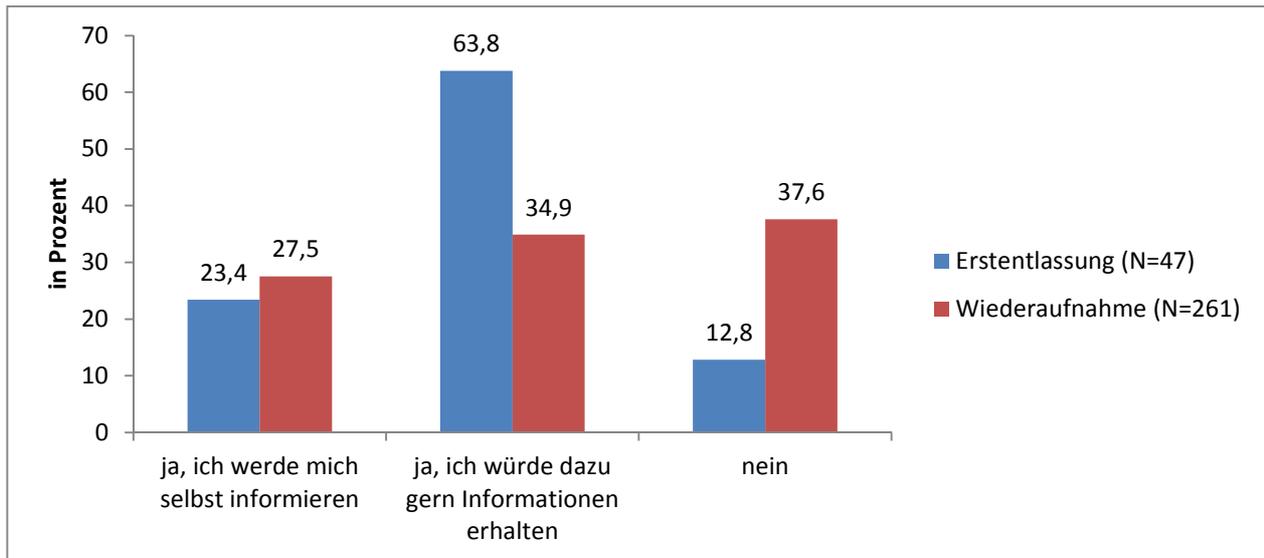


Abbildung 22: Handlungs-/Beratungsbedarf Mobilitätstraining nach Klinikentlassung.

Sport vor Eintritt der Querschnittlähmung

64% der Versicherten waren bereits vor Eintritt der Querschnittlähmung sportlich aktiv (s. Abb. 23). Dies deckt sich mit dem Angaben zur Gesundheitsberichterstattung des Robert-Koch-Instituts aus dem Jahr 2009, nach denen 64% der deutschen Bevölkerung sportlich aktiv sind.

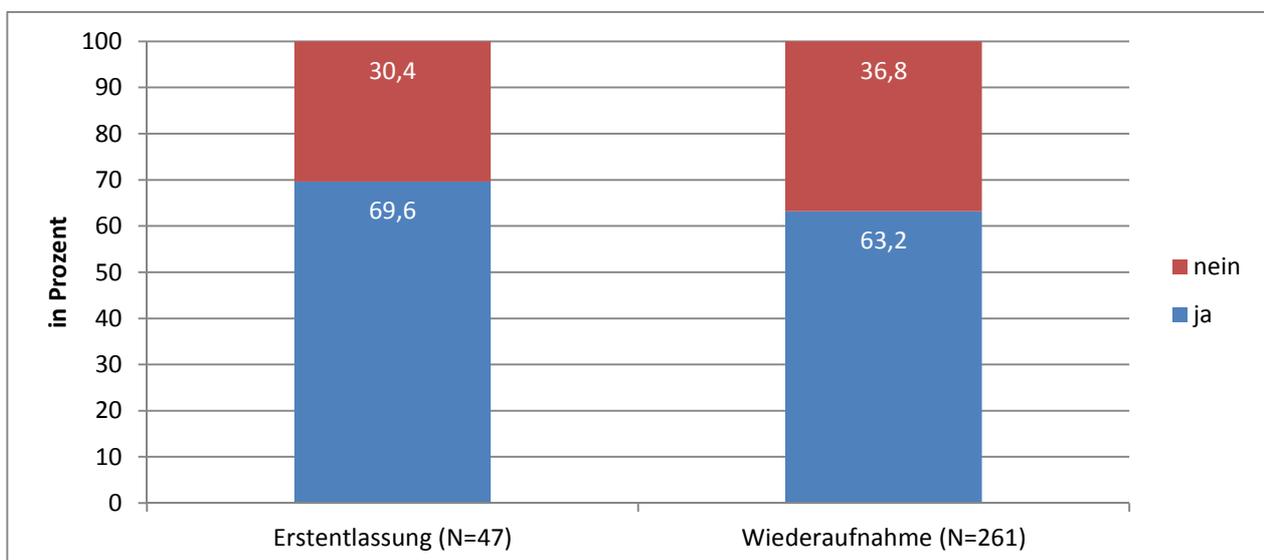


Abbildung 23: Sport vor Eintritt der Querschnittlähmung.

Zu den meistbetriebenen Sportarten vor Eintritt der Querschnittlähmung zählten Fußball, Radsport, Wintersport, Joggen, Schwimmen und Fitness/Gymnastik (s. Tab. 10).

Tabelle 10: Häufigkeit der ausgeübten Sportarten vor Eintritt der Querschnittlähmung absolut und relativ nach Anzahl der Nennungen.

Sportart	Absolut	Relativ
Fußball	66	20,6%
Radsport	41	12,8%
Wintersport (Ski)	28	8,7%
Joggen	26	8,1%
Schwimmen	25	7,8%
Fitness/Gymnastik	16	5,0%
Tischtennis	11	3,4%
Tennis	9	2,8%
Kampfsport	8	2,5%
Wandern/Bergsteigen	8	2,5%
Handball	8	2,5%
Motorsport	7	2,2%
Basketball	6	1,9%
Reiten	6	1,9%
Eishockey	5	1,6%
Volleyball	5	1,6%
Badminton	4	1,3%
Schießsport	4	1,3%
Leichtathletik	4	1,3%
Bouldern/Klettern	3	0,9%
Squash	3	0,9%
Hundesport	3	0,9%
Kegeln	3	0,9%
Skating	3	0,9%
Segeln	3	0,9%
Kanu/Kajak	3	0,9%
Windsurfen	2	0,6%
Turnen	2	0,6%
Tauchen	2	0,6%
Golf	1	0,3%
Yoga	1	0,3%
Hockey	1	0,3%
Ringern	1	0,3%
Baseball	1	0,3%
Schach	1	0,3%
Paragliding	1	0,3%
Gesamt	321	100,0%

Sport nach Eintritt der Querschnittlähmung

63,6% der Wiederaufnahmefälle waren nach Eintritt der Querschnittlähmung bereits **sportlich** aktiv mit einer durchschnittlichen Trainingszeit von 6,6 Stunden/Woche Umfang (n=145; Min: 0,75; Max: 30; SD: 5,0). Am häufigsten wurden die Sportarten Handbike, Fitness/Gymnastik, Rollstuhlbasketball, Schwimmen und Tischtennis betrieben (s. Tab. 11). Es gab keine statistisch signifikanten Unterschiede nach Eintrittszeitpunkt der Querschnittlähmung.

Tabelle 11: Häufigkeit der ausgeübten Sportarten nach Eintritt der Querschnittlähmung absolut und relativ nach Anzahl der Nennungen.

Sportart	Absolut	Relativ
Handbike	83	31,0%
Fitness/Gymnastik	46	17,2%
Basketball	32	11,9%
Schwimmen	30	11,2%
Tischtennis	16	6,0%
Rollstuhlsport	8	3,0%
Schießsport	7	2,5%
Bogenschießen	6	2,2%
Badminton	5	1,9%
Wintersport (Ski)	5	1,9%
Tauchen	4	1,5%
Reiten	3	1,1%
Rugby	3	1,1%
Angeln	2	0,7%
Radsport	2	0,7%
Tanzen	2	0,7%
Motorsport	2	0,7%
Tennis	2	0,7%
Rudern	1	0,4%
Gesundheitssport	1	0,4%
Gewichtheben	1	0,4%
Schach	1	0,4%
Leichtathletik	1	0,4%
Kegeln	1	0,4%
Ultraleichtfliegen	1	0,4%
Wasserski	1	0,4%
Qigong	1	0,4%
Sledgehockey	1	0,4%
Gesamt	268	100,0%

Der überwiegende Teil übte die genannten Sportarten im Verein (43,6%) oder selbstorganisiert draußen im eigenen Landkreis (24%) aus (s. Abb. 24).

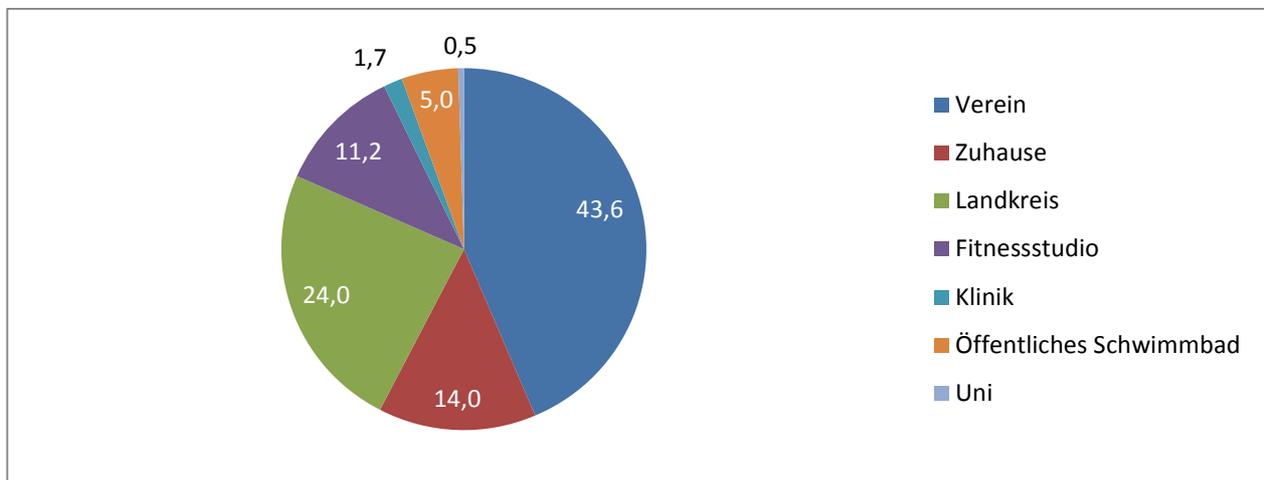


Abbildung 24: Sportort/-einrichtung in Prozent (n=179).

Die wesentlichen Motive für die sportliche Aktivität waren die Mobilitätsverbesserung, der Erhalt und die Steigerung körperlicher Fitness sowie Spaß und Freude (s. Abb. 25).

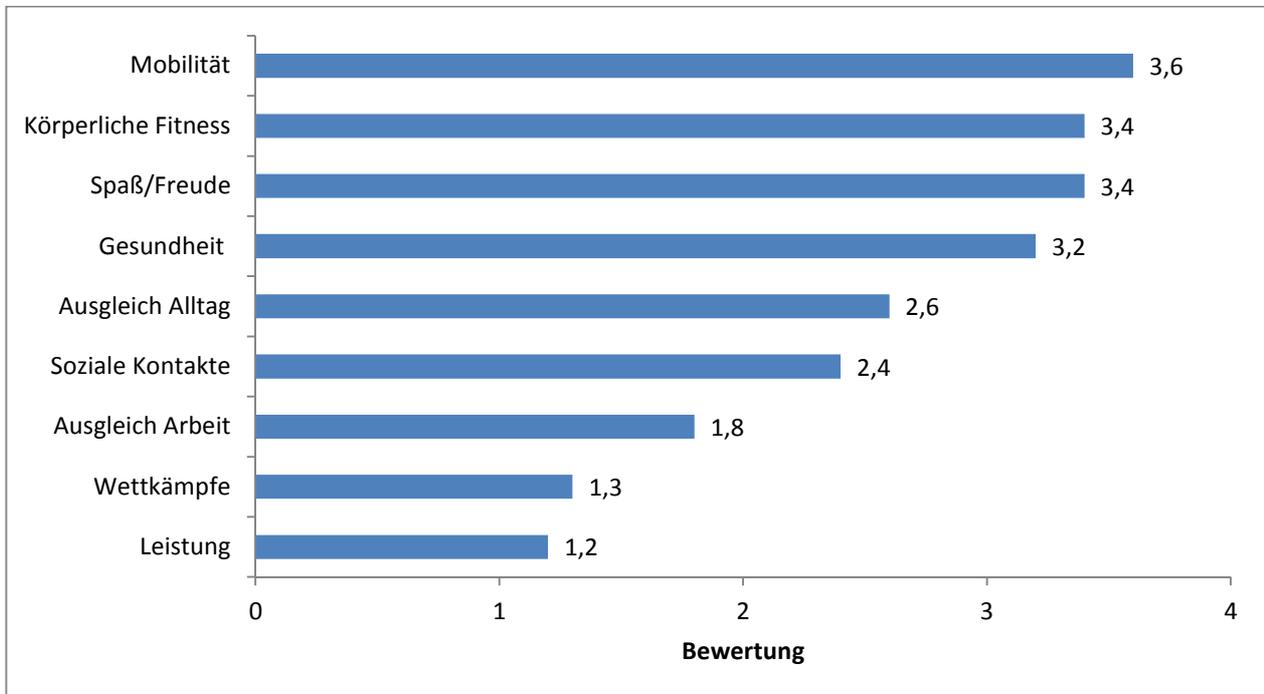


Abbildung 25: Motive für sportliche Aktivität auf einer Skala von 0 bis 4 (n=164).

Bei den sportlich Inaktiven gehörten zu den meistgenannten Gründen die zu große Entfernungen der Angebote, kein Interesse und zu wenig Informationen zu adäquaten Angeboten (s. Abb. 26).

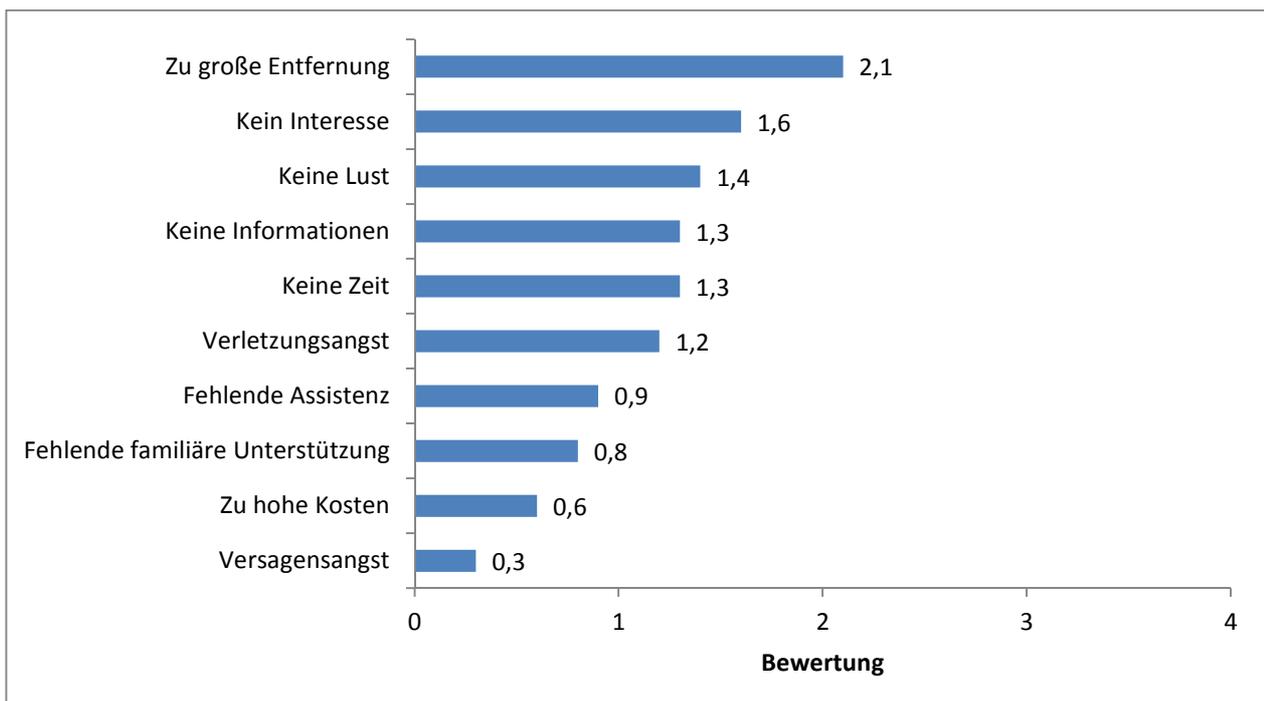


Abbildung 26: Motive für sportliche Inaktivität auf einer Skala von 0 bis 4 (n=144).

Vor allem die Frischverletzten zeigten eine große Motivation hinsichtlich zukünftiger sportlicher Aktivität. Unter den Wiederaufnahmefällen konnten sich sowohl unter den noch sportlich Inaktiven als auch unter den bereits sportlich Aktiven über 70% vorstellen, zukünftig (zusätzlich) sportlich aktiv zu werden (s. Abb. 27).

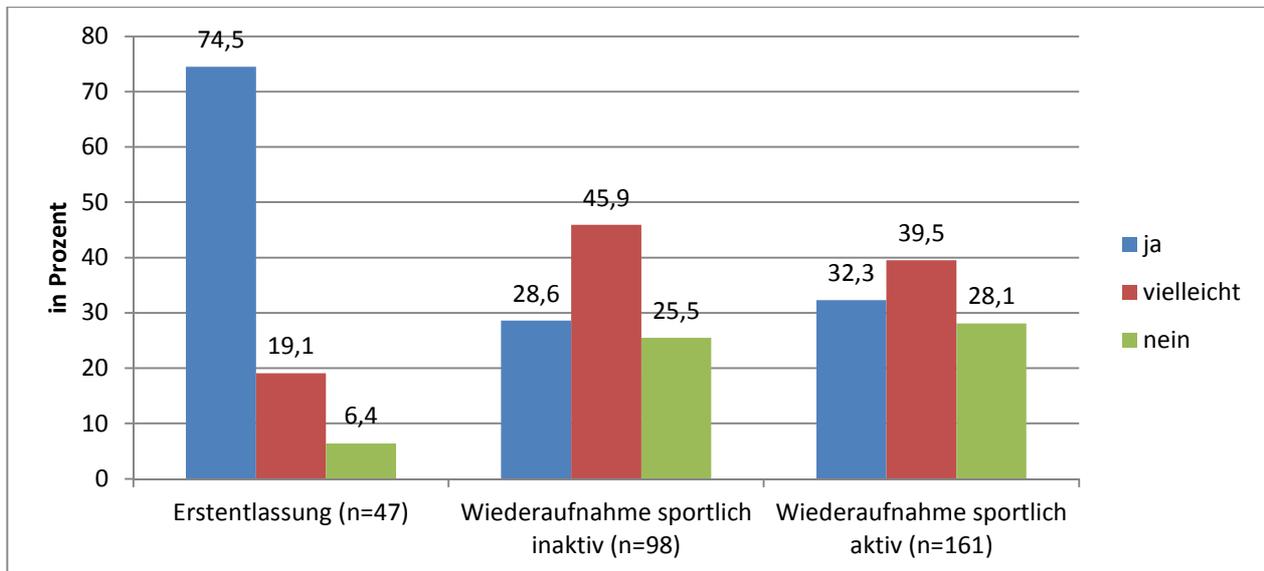


Abbildung 27: Geplante sportliche Aktivität nach Erstentlassung und Wiederaufnahme.

Die Frischverletzten interessierten sich vor allem für Gesundheitssport und Fitnessstraining sowie Rollstuhlmobilitätstraining (s. Abb. 28).

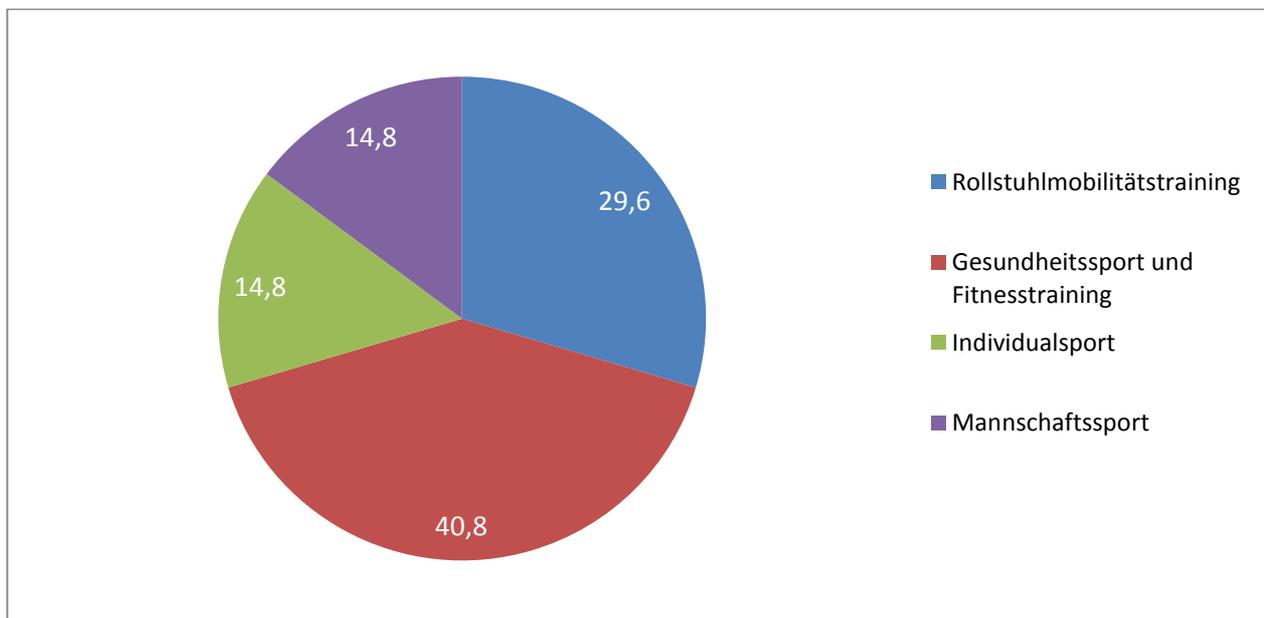


Abbildung 28: Interessante Sportformen für Frischverletzte.

Zukünftig Sportmotivierte interessierten sich hauptsächlich für die Sportarten Tischtennis, Fitness/Gymnastik, Bogenschießen, Handbike, Schwimmen und Basketball (s. Tab. 12).

Tabelle 12: Häufigkeit der zukünftig interessanten Sportarten absolut und relativ nach Anzahl der Nennungen.

Sportart	Erstentlassung		Wiederaufnahme	
	Absolut	Relativ	Absolut	Relativ
Tischtennis	2	3,4%	31	14,6%
Fitness/ Gymnastik	10	17,0%	20	9,4%
Bogenschießen	3	5,1%	26	12,3%
Handbike	9	15,3%	18	8,5%
Schwimmen	4	6,8%	22	10,4%
Basketball	8	13,6%	13	6,1%
Ski	4	6,8%	10	4,7%
Rollstuhlsport/ Mobilitätstraining	3	5,0%	9	4,3%
Badminton	3	5,0%	6	2,8%
Wassersport	0	0,0%	8	3,7%
Rugby	1	1,7%	6	2,8%
Tanzen	0	0,0%	7	3,3%
Tennis	0	0,0%	7	3,3%
Schießsport	1	1,7%	5	2,4%
Reiten	1	1,7%	5	2,4%
Radsport	2	3,4%	3	1,4%
Motorsport	1	1,7%	4	1,9%
Sledgehockey	3	5,0%	1	0,5%
Kegeln	0	0,0%	4	1,9%
Fechten	0	0,0%	2	0,9%
Blasrohrschießen	0	0,0%	2	0,9%
Kampfsport	1	1,7%	0	0,0%
Gesundheitssport	1	1,7%	0	0,0%
Yoga	1	1,7%	0	0,0%
Rolliskaten	1	1,7%	0	0,0%
Triathlon	0	0,0%	1	0,5%
Fallschirmspringen	0	0,0%	1	0,5%
Klettern	0	0,0%	1	0,5%
Gesamt	59	100,0%	212	100,0%

Die Hälfte der Befragten gab eine Entfernung von bis zu 30 km als akzeptabel an, ein Viertel der Versicherten würde eine Entfernung von bis zu 50 km in Kauf nehmen (s. Abb. 29).

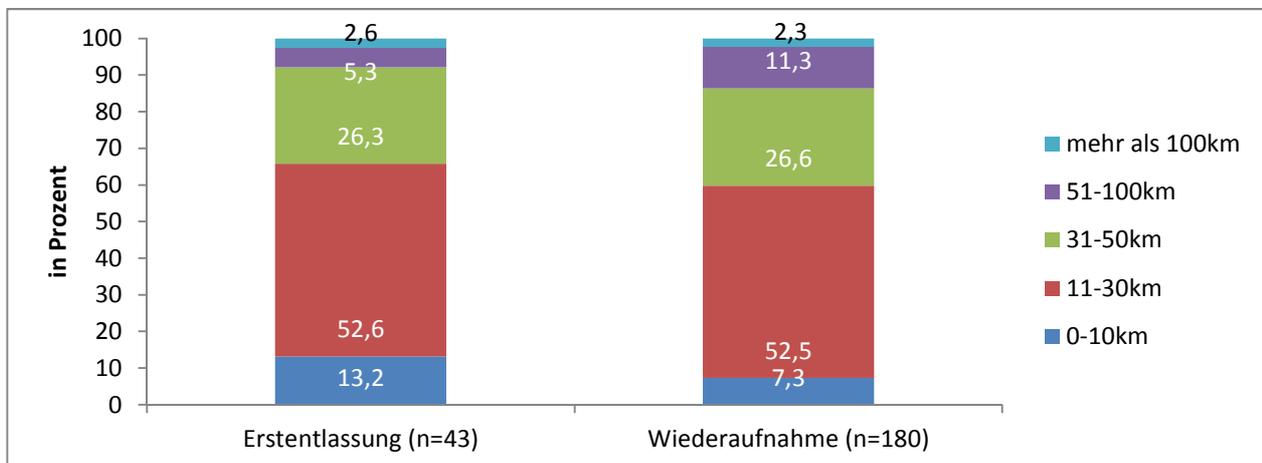


Abbildung 29: Akzeptable Entfernungen zu Bewegungs- und Sportangeboten.

Unter den Wiederaufnahmefällen fühlten sich 28,6% ausreichend informiert über die Bewegungs- und Sportangebote in Wohnortnähe. 15,1% der wiederaufgenommenen Versicherten engagierte sich bereits stark in einem Verein, 18,9% ein wenig und 65,9% garnicht (s. Abb. 30).

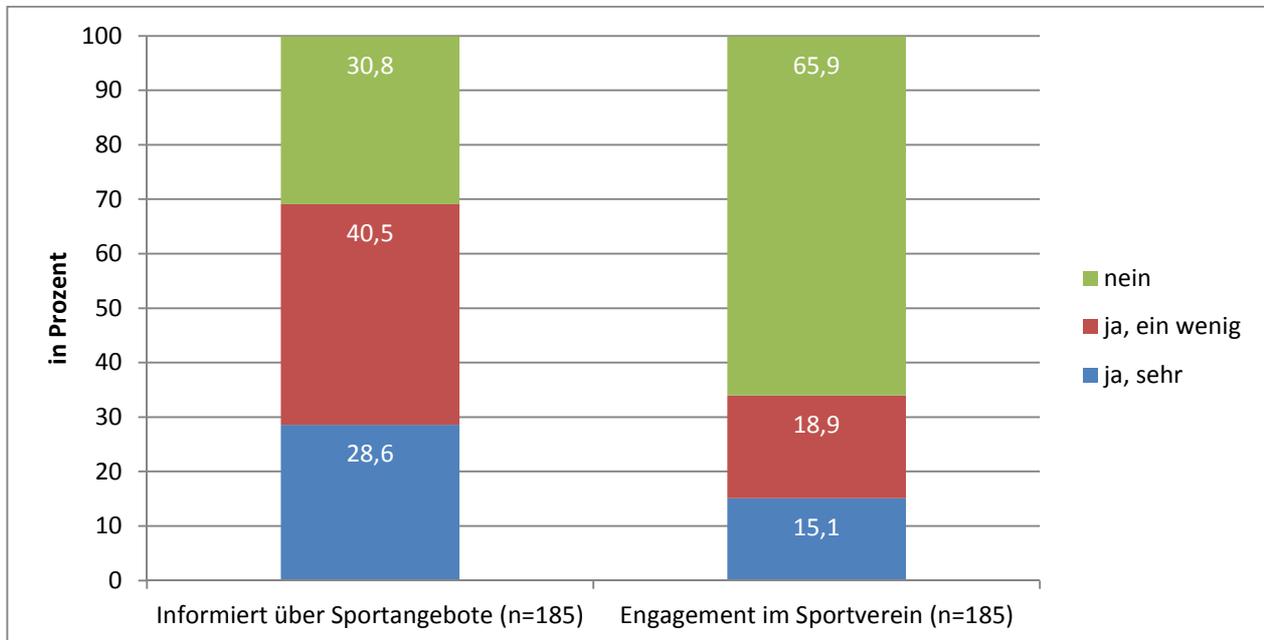


Abbildung 30: Informationsstand/ Engagement der Wiederaufnahmefälle im Sport.

Insbesondere die frischverletzten Sportinteressierten wünschten sich eine Beratung zu geeigneten Bewegungs- und Sportangeboten in Wohnortnähe (74,4%). Auch über die Hälfte der (zusätzlich) sportinteressierten Wiederaufnahmefälle wollten eine Beratung in Anspruch nehmen (59,6%) (s. Abb. 31).

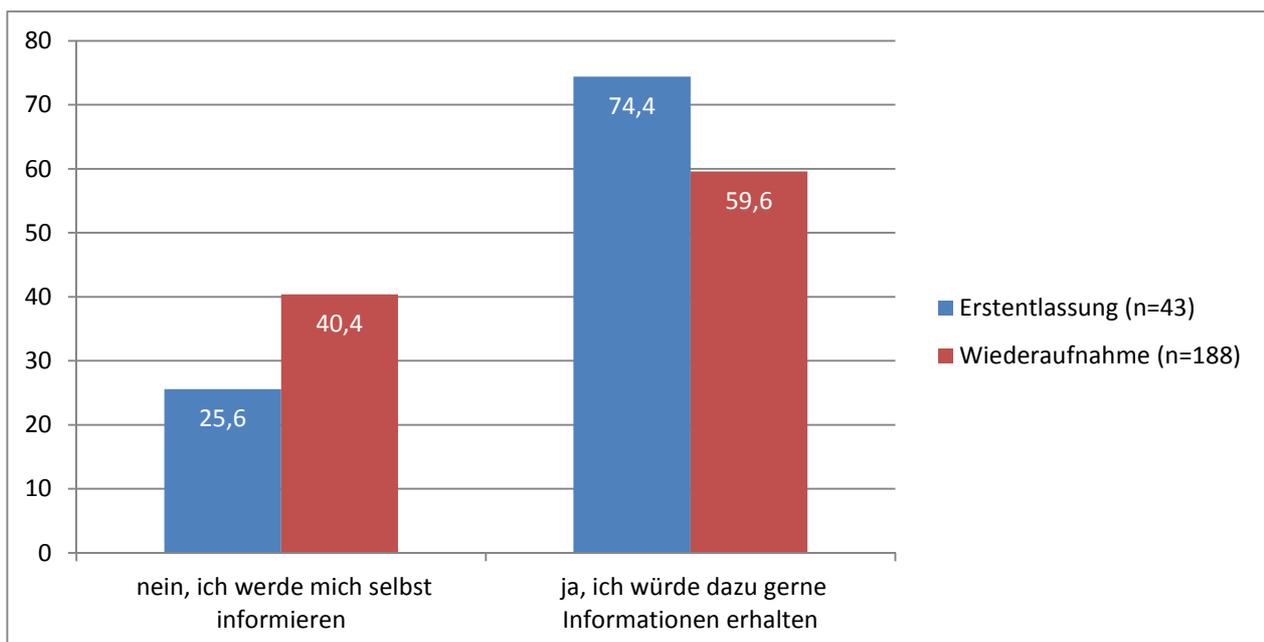


Abbildung 31: Handlungs-/Beratungsbedarf Bewegungs- und Sportangebot nach Klinikentlassung.

Handlungs- und Beratungsbedarf

Bei Betrachtung des generellen Handlungs- und Beratungsbedarf zum Thema **Mobilität und Sport**, wünschten **78,7%** der Frischverletzten und **56,5%** der Wiederaufnahmefälle eine **Beratung durch einen Mobilitätslotsen** (s. Abb. 32).

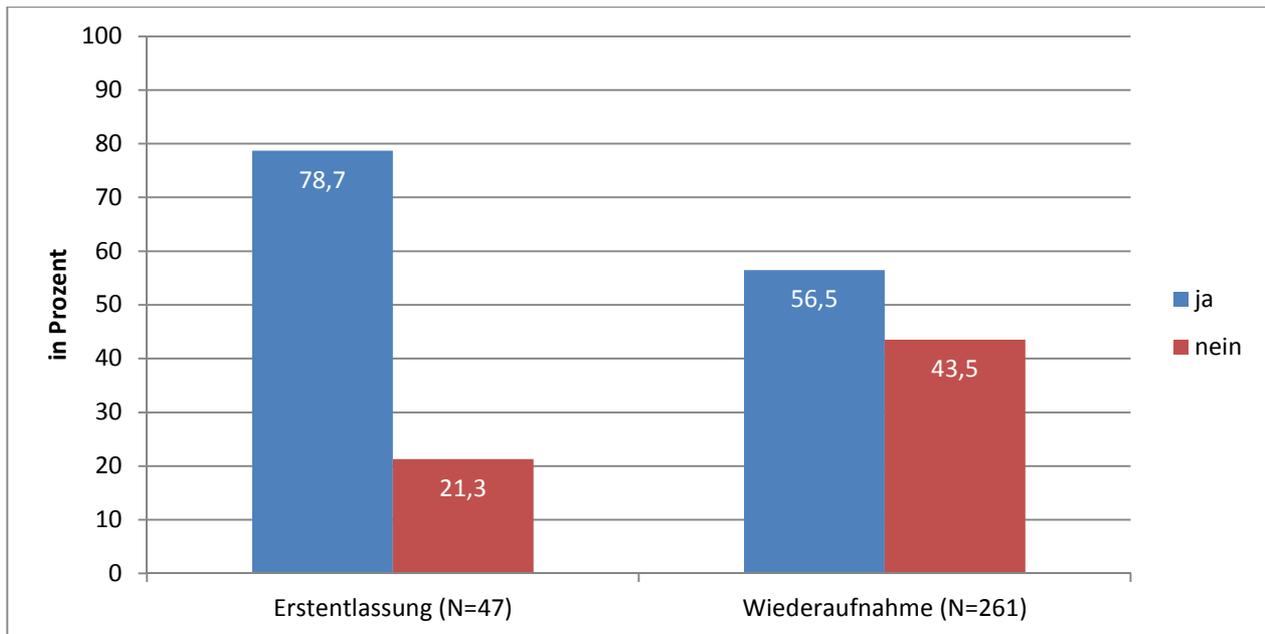


Abbildung 32: Handlungs-/Beratungsbedarf zu den Themen Mobilität und Sport.

Wenige Versicherte widersprachen der Weitergabe der erhobenen Daten (s. Abb. 33). Die Widersprüche richteten sich häufiger gegen die Weiterleitung an die UV-Träger und von dort an die Mobilitätslotsen als an die FIBS gGmbH.

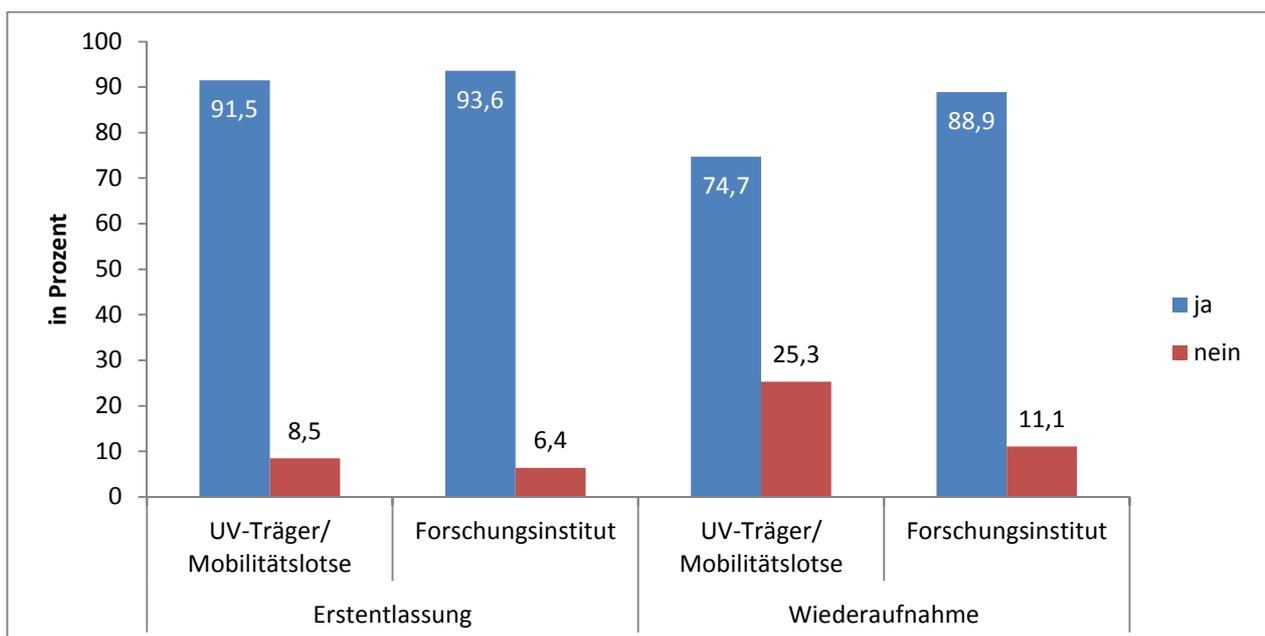


Abbildung 33: Einverständnis der Versicherten zur Datenweitergabe.

4.3 Beratungen durch die Mobilitätslotsen

184 Versicherte gaben bei Studienaufnahme einen Beratungsbedarf zu Mobilitäts- und Sportangeboten an. Zum Projektende konnten **161 Personen von 5 Mobilitätslotsen beraten werden, 23 Personen wurden nicht erreicht** (s. Abb. 34).

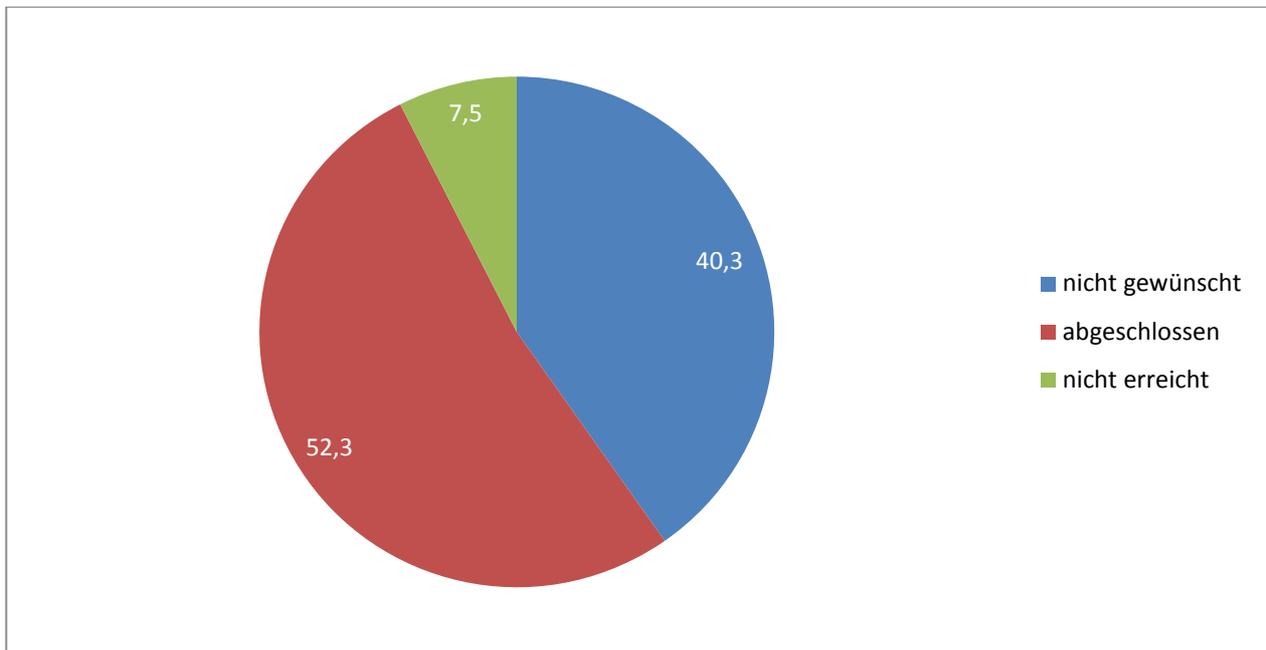


Abbildung 34: Beratungsstand zum Projektende in Prozent (N=308).

Die meisten Beratungen wurden durch die große Studienteilnehmerzahl der BG-Klinik Murnau von den beiden Mobilitätslotsen Süd durchgeführt. Es handelte sich pro Mobilitätslotse um 24 bis 61 Beratungen (s. Abb. 35).

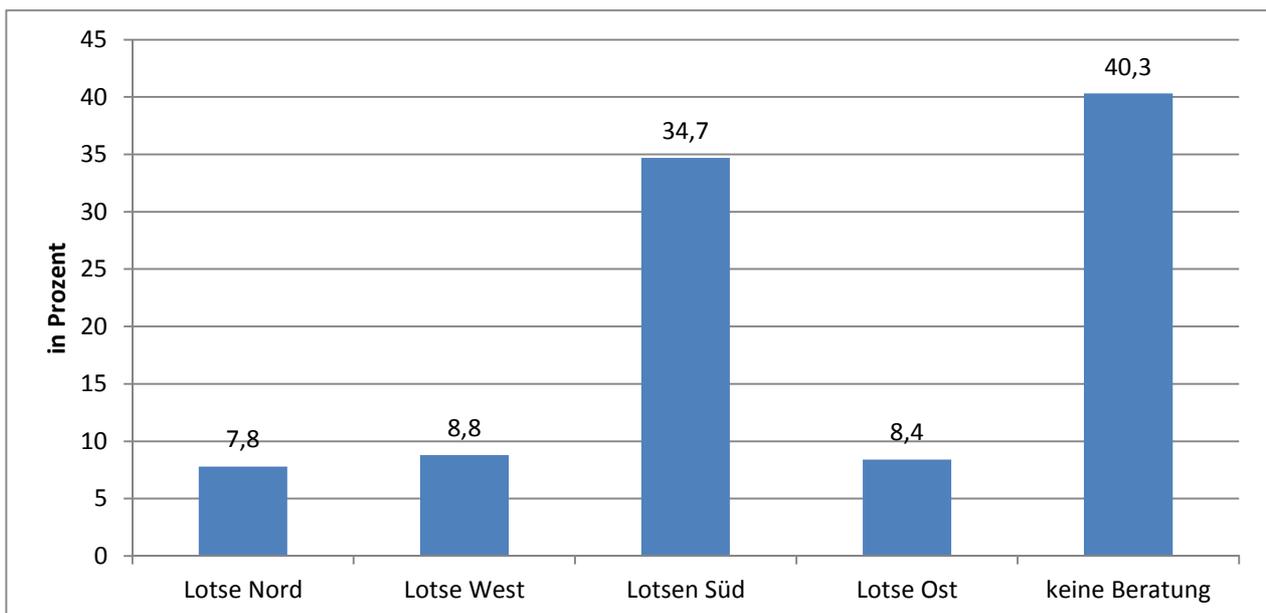


Abbildung 35: Verteilung der Beratungen auf die Mobilitätslotsen (N=308).

In den meisten Fällen wurde der Lotsenkontakt für Rückfragen hinterlassen, eine Recherche zu geeigneten, wohnortnahen Angeboten durchgeführt, Ansprechpartner sowie Ausschreibungen zu Mobilitätstrainings, Schnupperangeboten und Camps übermittelt (s. Abb. 36).

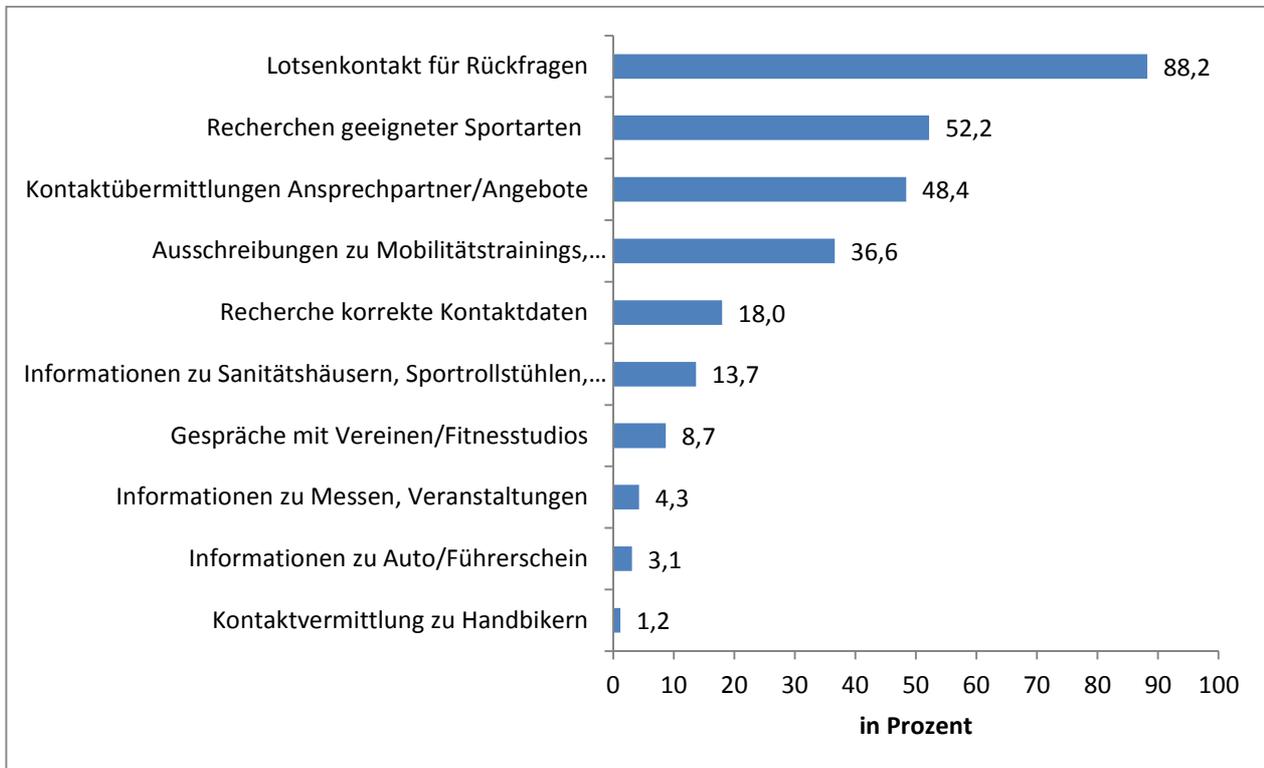


Abbildung 36: Maßnahmen der Mobilitätslotsen (N=161).

42% der Beratungen wurden ausschließlich telefonisch, 37,9% telefonisch und per Email und 17,8% ausschließlich per Email geführt (s. Abb. 37).

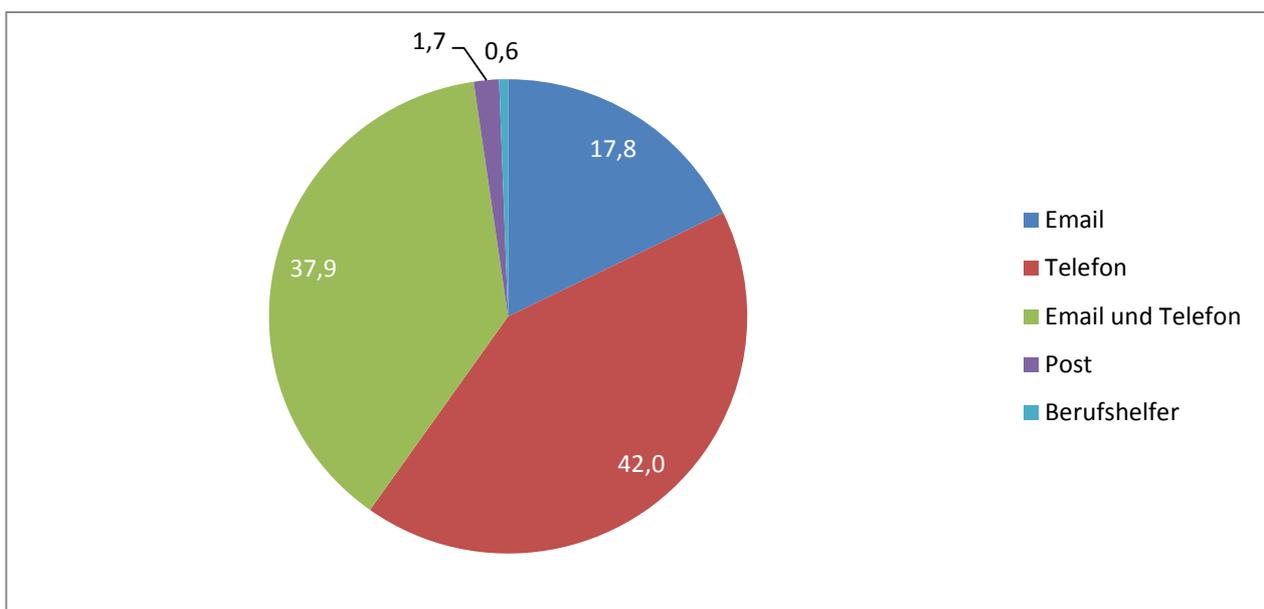


Abbildung 37: Kommunikationsweg Beratungen (N=161).

Im Durchschnitt waren pro Beratung 3 Kontaktaufnahmen durch den Mobilitätslotsen notwendig. Die Unterlagen erreichten den Mobilitätslotsen durchschnittlich nach 22 Tagen. Der Erstkontakt nach Erhalt der Unterlagen erfolgte durchschnittlich nach 36 Tagen. Zwischen der Durchführung des AMR®-Tests in der Klinik und dem Erstkontakt durch den Mobilitätslotsen vergingen durchschnittlich 58 Tage (s. Tab. 13).

Tabelle 13: Zeitliche Einordnung der Kontaktaufnahmen.

	n	Min	Max	MW	SD
Anzahl Kontakte Mobilitätslotse – zu beratende Versicherte	161	1	10	2,88	1,44
Abstand Mobilitätstest in Klinik – Unterlagenerhalt Mobilitätslotse (in Tagen)	161	0	257	22,46	29,31
Abstand Unterlagenerhalt Mobilitätslotse – Erstkontakt zu beratende Versicherte (in Tagen)	161	0	255	35,99	48,36
Abstand Mobilitätstest in Klinik – Erstkontakt TN (in Tagen)	161	0	261	58,44	53,76
Abstand Mobilitätstest in Klinik – Anruf BH beim ML (in Tagen)	3	24	167	91,33	71,86

Bei den Beratungen wurden verschiedene Gründe angebracht, die ein zukünftiges Sporttreiben bzw. vermehrtes Sporttreiben erschweren (s. Abb. 38).

Zu den wesentlichen Komplikationen, die das Sporttreiben erschweren zählen Osteoporose und Frakturen, Beschwerden der oberen Extremität, innere Erkrankungen (Diabetes, Herzerkrankungen, Lebererkrankungen, urologische Komplikationen), Übergewicht, starke Spastik sowie Schmerzsyndrome.

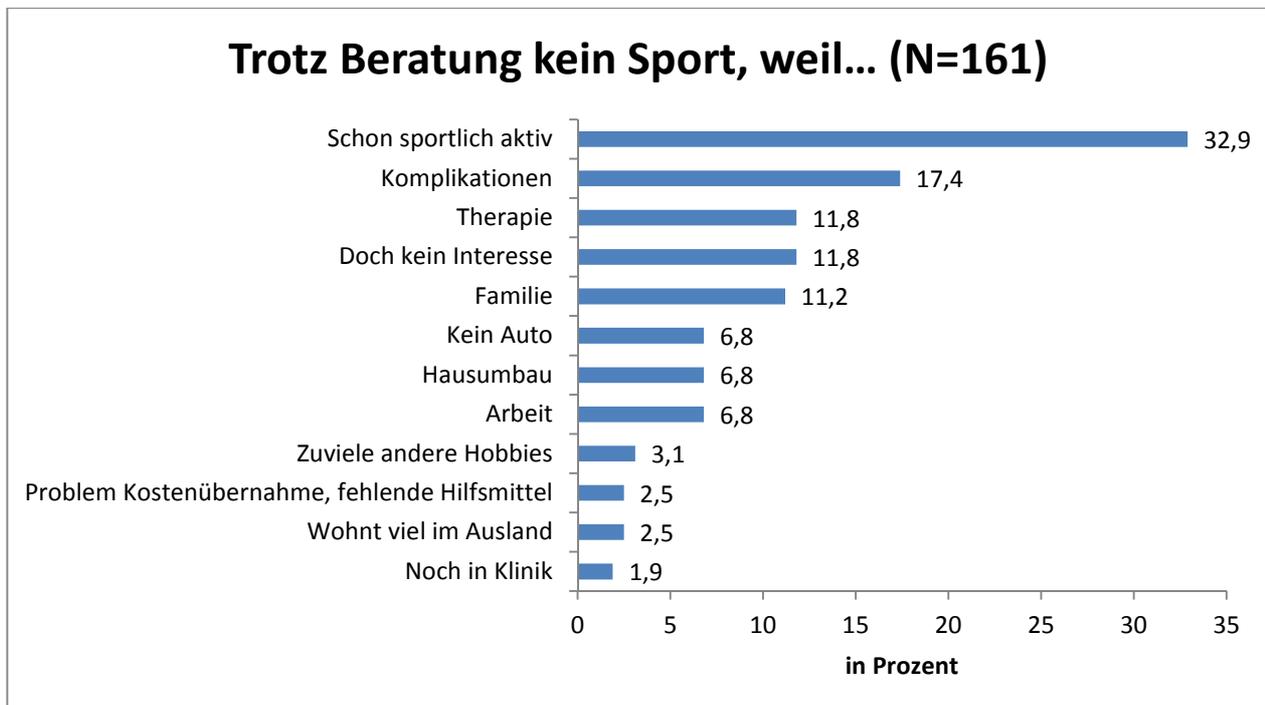


Abbildung 38: Argumente, die trotz Beratung gegen eine (zusätzliche) sportliche Aktivität sprechen.

4.4 Bewertung der Beratungen durch die Versicherten

147 Studienteilnehmer beteiligten sich bis zum Projektende an der Abschlussbefragung. 59,7% beantworteten den Fragebogen online. Die übrigen Versicherten erhielten postalisch einen Papierfragebogen mit frankiertem Rückumschlag.

Hinsichtlich der Klinikzuordnung ergab sich eine ähnliche Verteilung wie in der Gesamtstichprobe (vgl. Abb. 5), wobei ehemalige Patienten aus Murnau, Halle und Hamburg den größten Anteil einnahmen (s. Abb. 39).

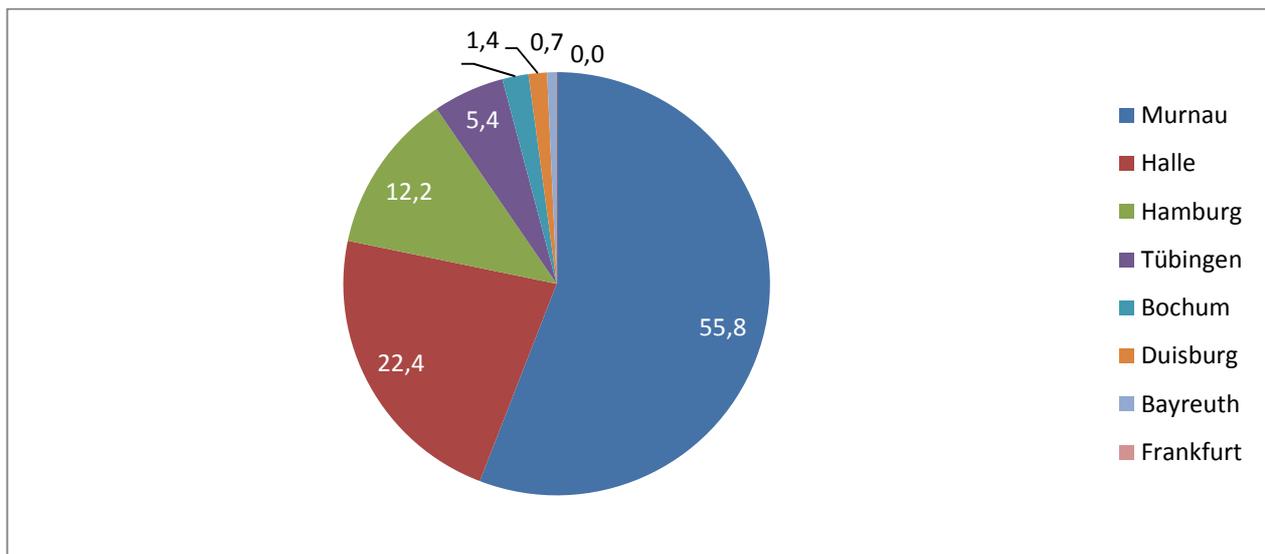


Abbildung 39: Zuordnung der Abschlussbefragungsteilnehmenden zu den Kliniken (N=147).

97,9% der Befragten gaben an bei der Datenerhebung in der Klinik ausreichend über das Projekt informiert worden zu sein. 94,5% erachteten das Konzept des Mobilitätslotsen als sinnvoll (s. Abb. 40). 52,4% hatten eine Beratung erhalten, 38,6% hatten keine gewünscht, 9,0% wurden nicht erreicht (s. Abb. 41).

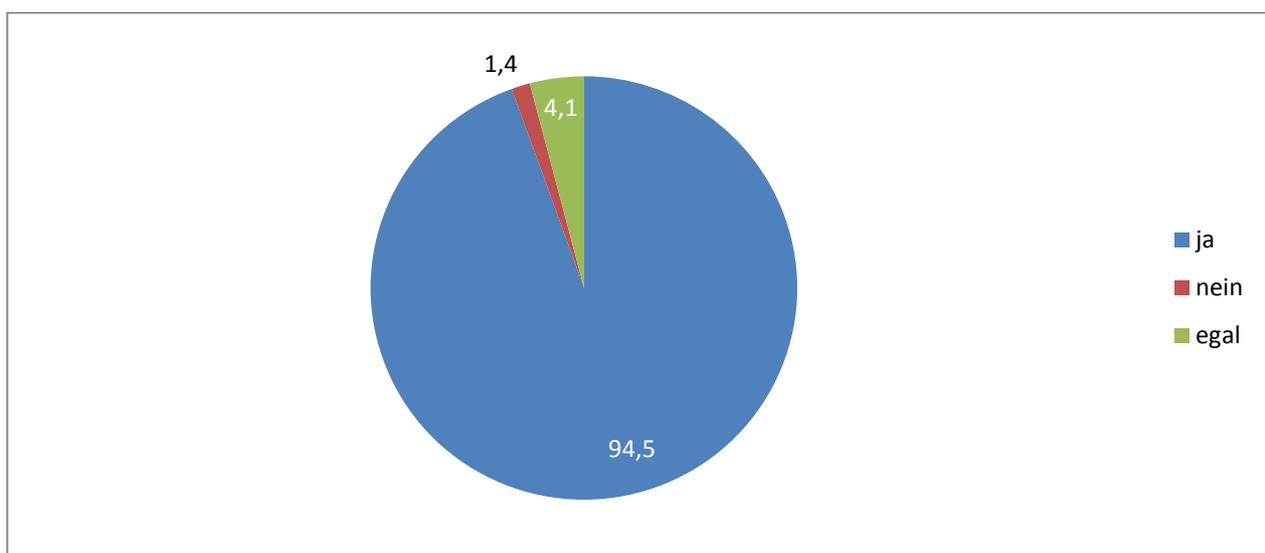


Abbildung 40: Stellungnahme zur Frage „Ist das Konzept Mobilitätslotse sinnvoll?“ (N=147).

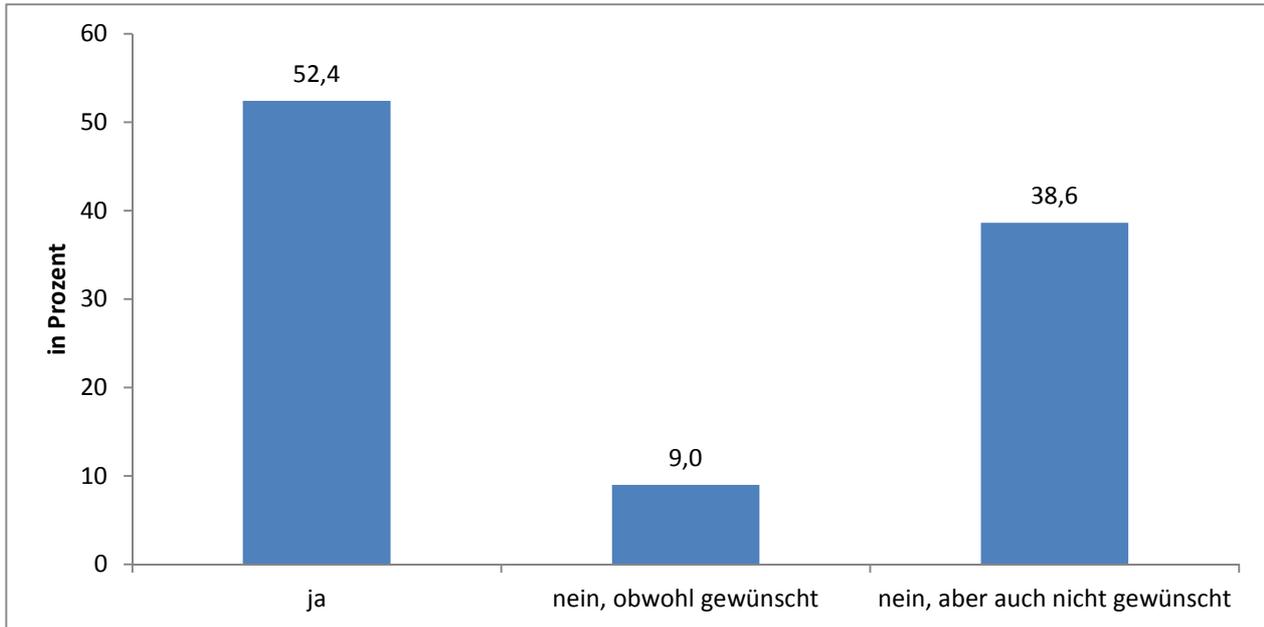


Abbildung 41: Teilnahme an Beratung (N=147).

Die Beratungen fanden zu vielfältigen Themengebieten und Angebotsmöglichkeiten statt. Die am häufigsten thematisierten Sportarten waren Basketball, Wintersport, Handbike, Bogenschießen und Tischtennis (s. Tab. 14).

Tabelle 14: Thematisierte Sportarten in den Beratungsgesprächen, Mehrfachnennung möglich (n=76).

Sportart	Absolut	Relativ
Basketball	20	23,3%
Wintersport	10	11,6%
Handbike	9	10,5%
Bogenschießen	8	9,3%
Tischtennis	8	9,3%
Rollstuhlsport, Mobilitätstraining	7	8,1%
Fitness, Gymnastik	5	5,7%
Wassersport	5	5,7%
Rugby	3	3,5%
Schwimmen	3	3,5%
Tennis	2	2,3%
Badminton	1	1,2%
Gewichtheben	1	1,2%
Boccia	1	1,2%
Motorsport	1	1,2%
Tanzen	1	1,2%
Hockey	1	1,2%
Gesamt	86	100,0%

Die Teilnahme an beratenen Angeboten wird in Abbildung 42 dargestellt. **27,4% der 76 beratenen Versicherten nahmen regelmäßig, 13,7% der Befragten unregelmäßig an den vorgeschlagenen Angeboten teil und 28,8% möchten zukünftig im Rahmen der beratenen Angebote aktiv werden.**

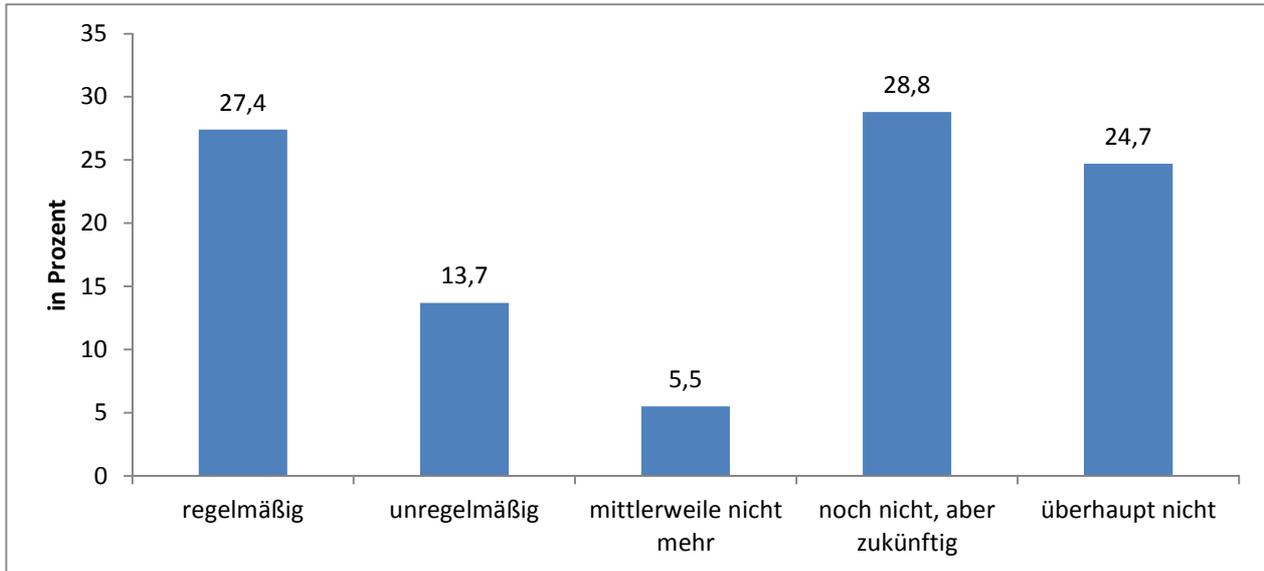


Abbildung 42: Teilnahme an den beratenen Angeboten (n=76).

Die Personen, die nach Beratung regelmäßig oder unregelmäßig an Angeboten teilnahmen, waren mehrheitlich den Sportarten Basketball, Handbike, Wintersport und dem allgemeinen Rollstuhlsport zuzuordnen (s. Abb. 43). Die Sportarten wurden in 22 verschiedenen Vereinen betrieben.

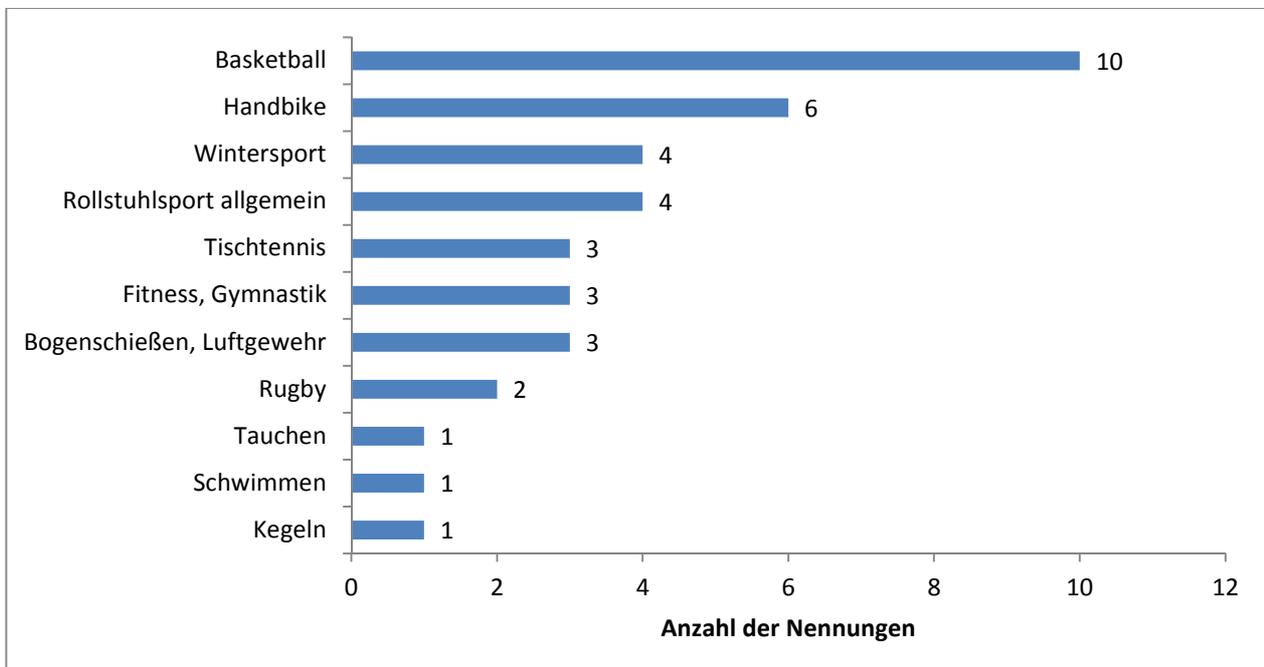


Abbildung 43: Sportartenzuordnung der nach Beratung besuchten Angebote.

Als Hinderungsgründe wurden von Befragten, die mittlerweile nicht mehr oder überhaupt nicht an den Angeboten teilnahmen folgende Gründe genannt: fehlende Zeit, sonstige Verpflichtungen, gesundheitliche Gründe, noch nicht abgeschlossene Hilfsmittelausstattung, fehlende Mobilität (Auto), zu große Entfernungen und zu viel Therapie.

18,6% der beratenen Versicherten sind in Folge der Beratungen in einen Verein eingetreten, 20% haben es zukünftig vor (s. Abb. 44).

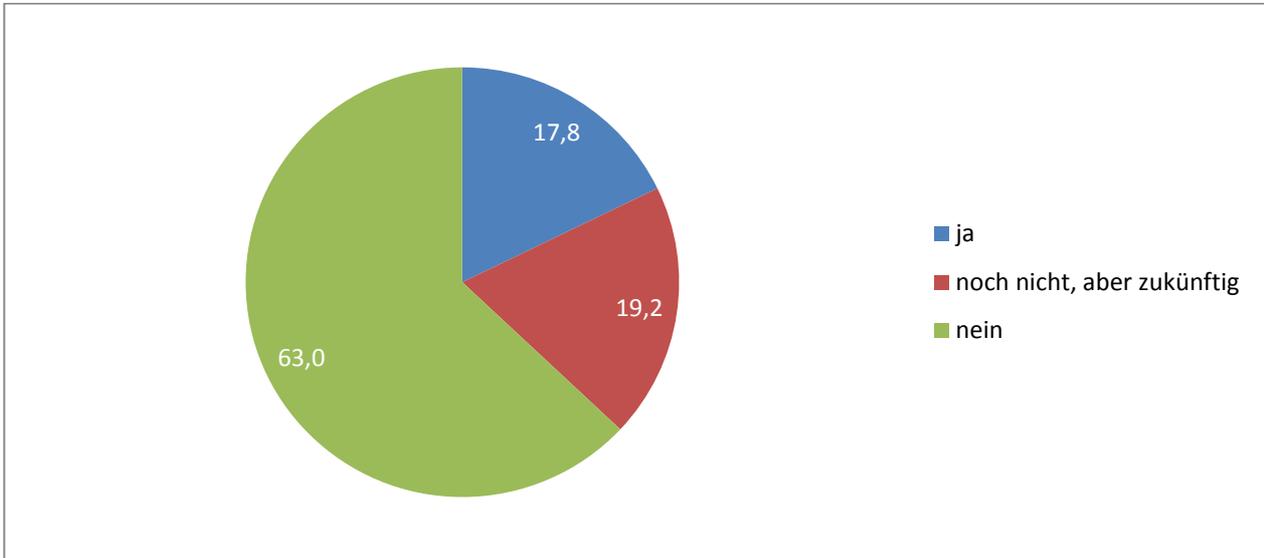


Abbildung 44: Eintritt in Verein nach Beratung (n=76).

93,3% der Befragten waren mit dem empfohlenen Angebot zufrieden, die übrigen klagen über zu große Entfernungen (s. Abb. 45).

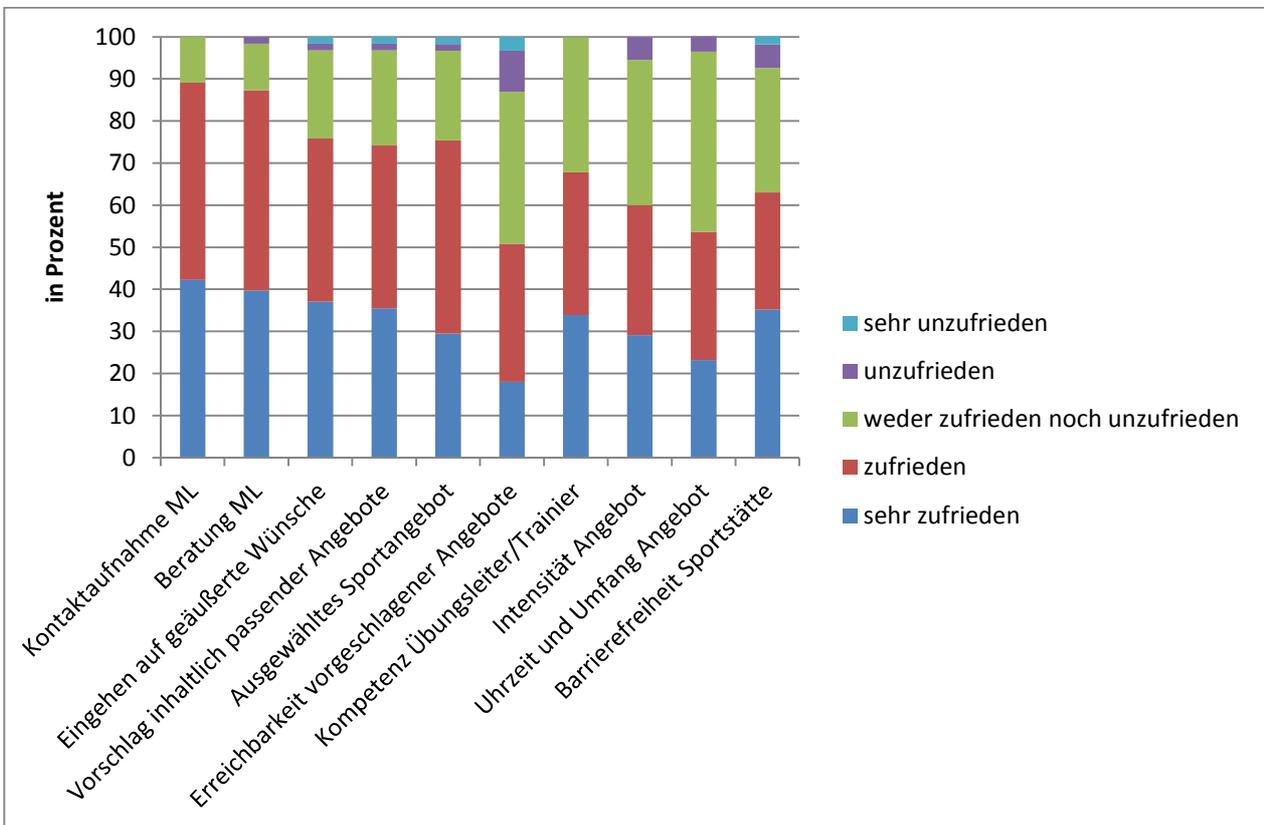


Abbildung 45: Zufriedenheit mit Beratung und Angeboten (n=76).

Folgende Äußerungen wurden beispielsweise in einem Freitextfeld zur Beurteilung der Beratungen eingefügt:

„Das Telefongespräch war sehr angenehm, zugewandt und vollkommen unaufdringlich. Der Mobilitätslotse erkannte sehr schnell, dass ich keinen Vereinssport betreiben möchte und zufrieden bzw. gut ausgestattet bin.“

„Die Arbeit des Mobilitätslotsen ist super nur leider liegen die Angebote meist über 300 Kilometer von mir entfernt und sind somit von mir nicht nutzbar. Desweiteren würde ich mich über mehr Auswahl freuen.“

„Mobilitätslotse ist zu weit entfernt. Sportangebote im südlichsten Teil Deutschlands sehr wenige.“

„Sehr kompetent und hilfsbereit, jederzeit erreichbar.“

„Sehr nette und kompetente Beratung; großes Engagement.“

29,9% der Versicherten, die eine Beratung in Anspruch genommen haben, geben an, dass sich ihre Mobilität durch die Projektteilnahme subjektiv verbessert hat (s. Abb. 46). Als Gründe werden das regelmäßige Training, der Aufbau von Kraft/Ausdauer/Geschicklichkeit, mehr Bewegung, mehr Selbstvertrauen und das Lernen von anderen Rollstuhlfahrern angeführt.

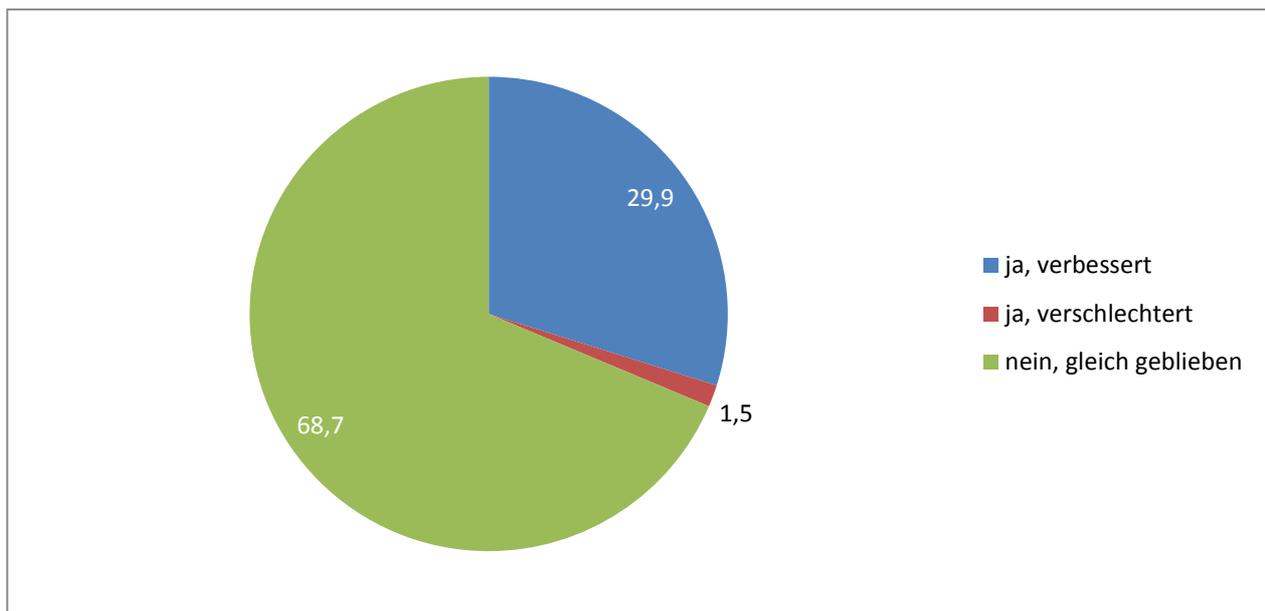


Abbildung 46: Mobilitätsveränderung durch Projektteilnahme (n=76).

39% der Befragten (N=147) geben an unsicher im Rollstuhlgang im Alltag zu sein. Wie auch in der Erstbefragung erhoben, wurden die größten Schwierigkeiten der 2-Punkt-Technik, dem Überwinden von Hindernissen und Steigungen sowie dem Fahren von Treppen zugeordnet (s. Kap. 4.2).

4.5 Einfluss von Bewegung und Sport auf weitere teilhaberelevante Faktoren

In den folgenden Kapiteln werden die durch die Abschlussbefragung (N=147) ermittelten Ergebnisse zur sportlichen Aktivität außerhalb des Projekts, zur Freizeitgestaltung, zur beruflichen Situation sowie zur subjektiv beurteilten Lebensqualität berichtet und abschließend in Beziehung gesetzt.

Sportliche Aktivität außerhalb des Projekts

Von den Teilnehmenden der Abschlussbefragung waren bereits 55,5% außerhalb des Projekts sportlich aktiv. Die beliebtesten Sportarten waren Krafttraining/ Fitness, Handbike, Basketball und Schwimmen (s. Tab. 15).

Tabelle 15: Betriebene Sportarten der Teilnehmer der Abschlussbefragung außerhalb des Projekts, Mehrfachnennung möglich (n=81).

Sportart	Absolut	Relativ
Krafttraining, Fitness	27	25,6%
Handbike	24	22,8%
Basketball	14	13,2%
Schwimmen	9	8,5%
Tischtennis	6	5,7%
Rollstuhlsport allgemein	4	3,7%
Reiten	3	2,9%
Bogenschießen	3	2,9%
Sportschießen	3	2,9%
Rehasport	2	1,9%
Tauchen	2	1,9%
Ultraleichtfliegen	1	1,0%
Badminton	1	1,0%
Gewichtheben	1	1,0%
Rugby	1	1,0%
Angeln	1	1,0%
Tanzen	1	1,0%
Wintersport	1	1,0%
Kegeln	1	1,0%
Gesamt	105	100,0%

Der Großteil der außerhalb des Projekts sporttreibenden Versicherten fanden ihre Angebote auf Empfehlung von Ärzten und Therapeuten oder durch Freunde und Verwandte (s. Abb. 47).

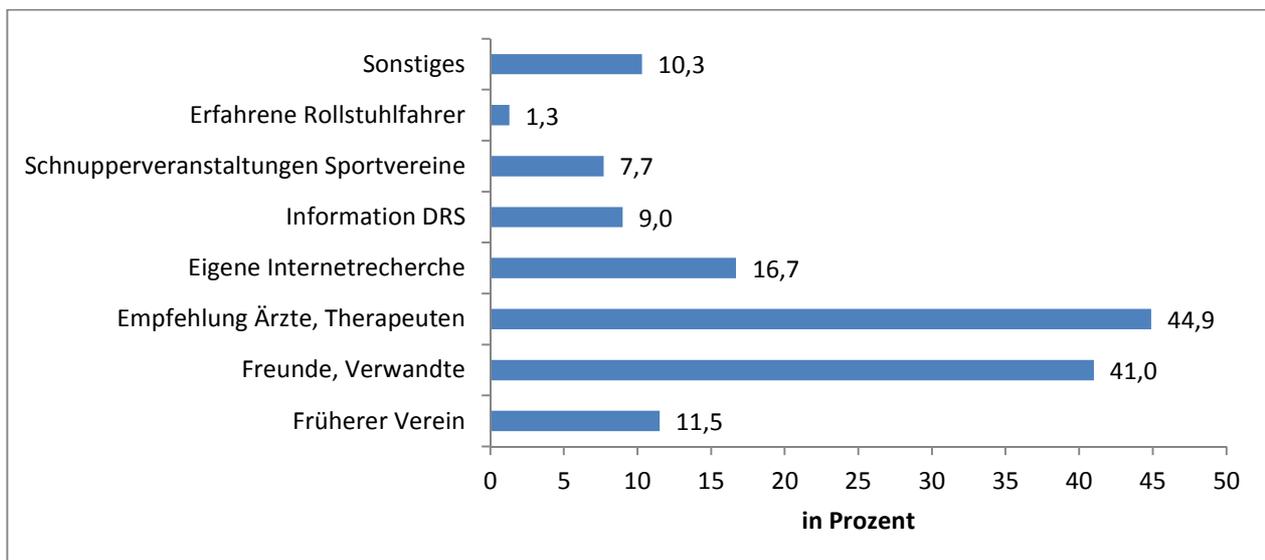


Abbildung 47: Aufmerksam auf Angebote außerhalb Projekt (N=81).

Freizeitgestaltung

80,4% der Teilnehmer der Abschlussbefragung (N=147) schätzten ihre Freizeitgestaltung als aktiv bis sehr aktiv ein (s. Abb. 48).

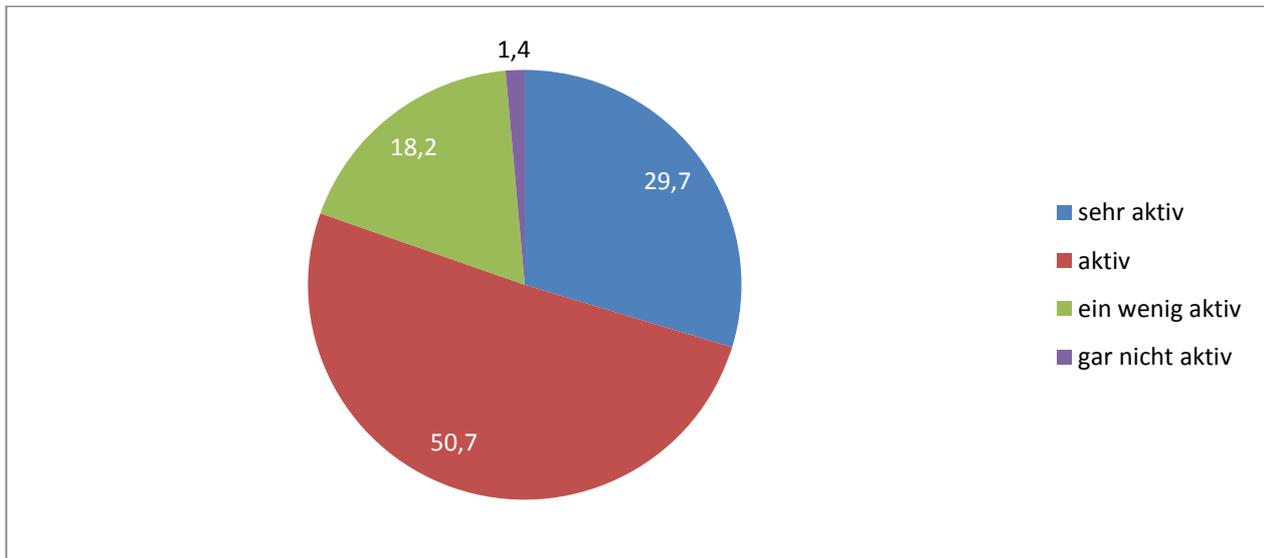


Abbildung 48: Aktivität in der Freizeit (N=147).

Die beliebtesten Formen der Freizeitgestaltung waren Unternehmungen mit Familie und Freunden, Bewegung und Sport, Entspannung sowie öffentliche Veranstaltungen und Feierlichkeiten (s. Abb. 49).

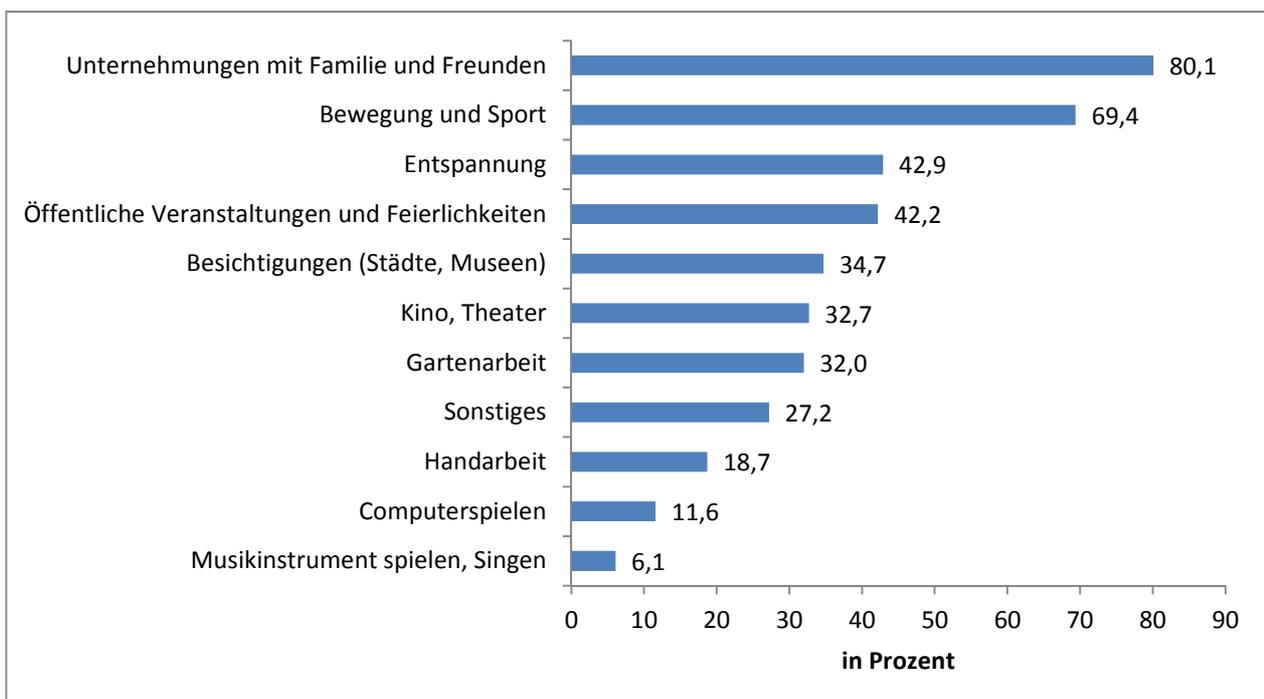


Abbildung 49: Formen der Freizeitgestaltung N=147.

Unter Sonstiges wurden Backen, Kochen, Fotografie, Politik, Lesen, Malen, Modellbau, Modelleisenbahn und Autoschrauben aufgezählt. **Fast 50% der Befragten fühlen sich in ihrer Freizeitgestaltung stark oder sehr stark durch ihre Behinderung beeinträchtigt** (s. Abb. 50).

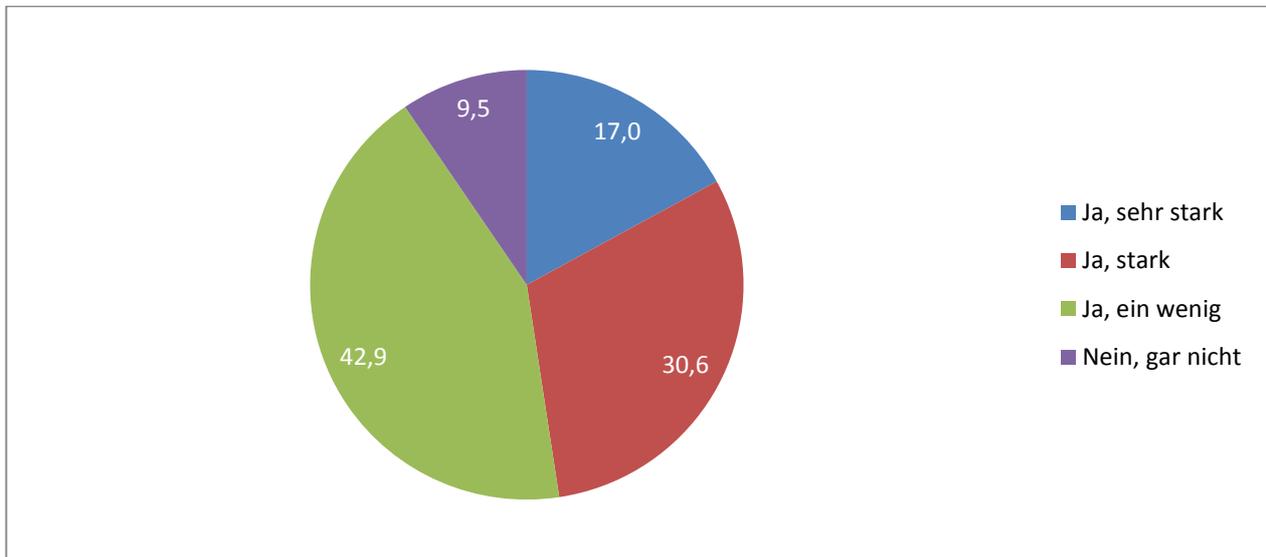


Abbildung 50: Beeinträchtigung in Freizeit durch QL (N=147).

Schulbildung und berufliche Situation

Der Großteil der Teilnehmer der Abschlussbefragung (N=147) hatte einen Real- oder Hauptschulabschluss (s. Abb. 51).

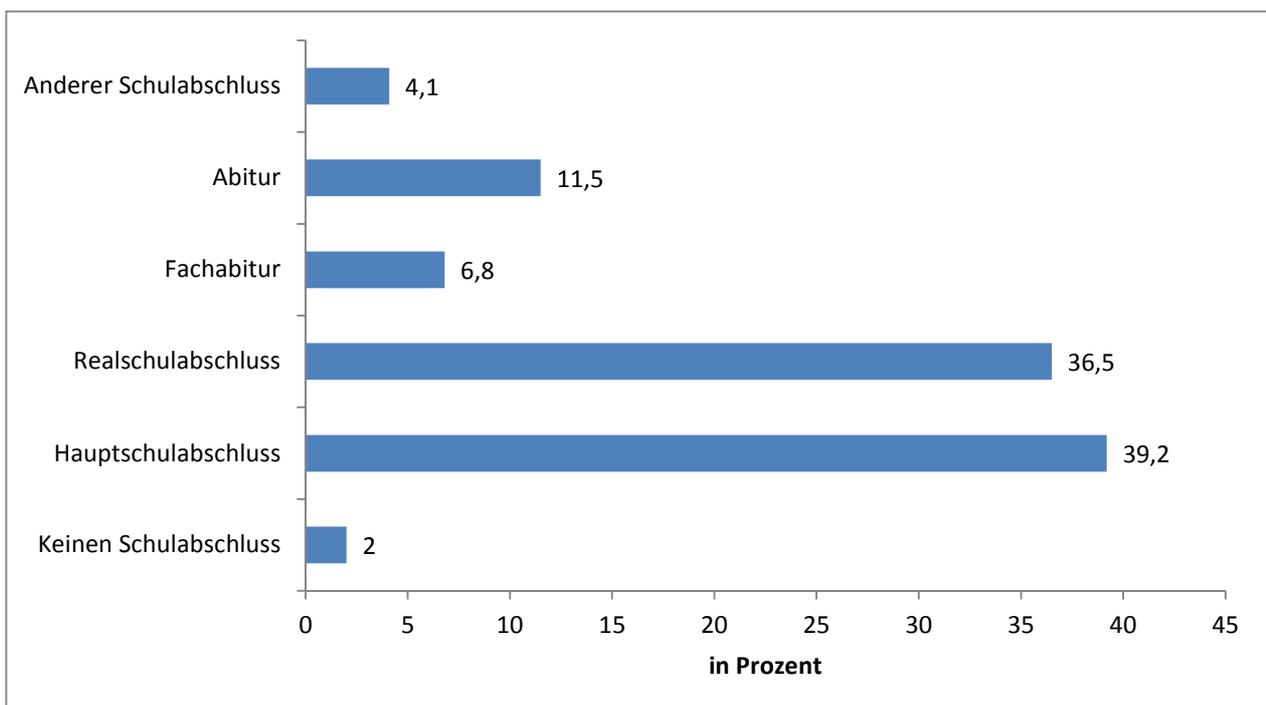


Abbildung 51: Höchster Schulabschluss (N=147).

Als höchsten Ausbildungsabschluss gaben die meisten Befragten eine abgeschlossene beruflich-betriebliche Ausbildung an (s. Abb. 52).

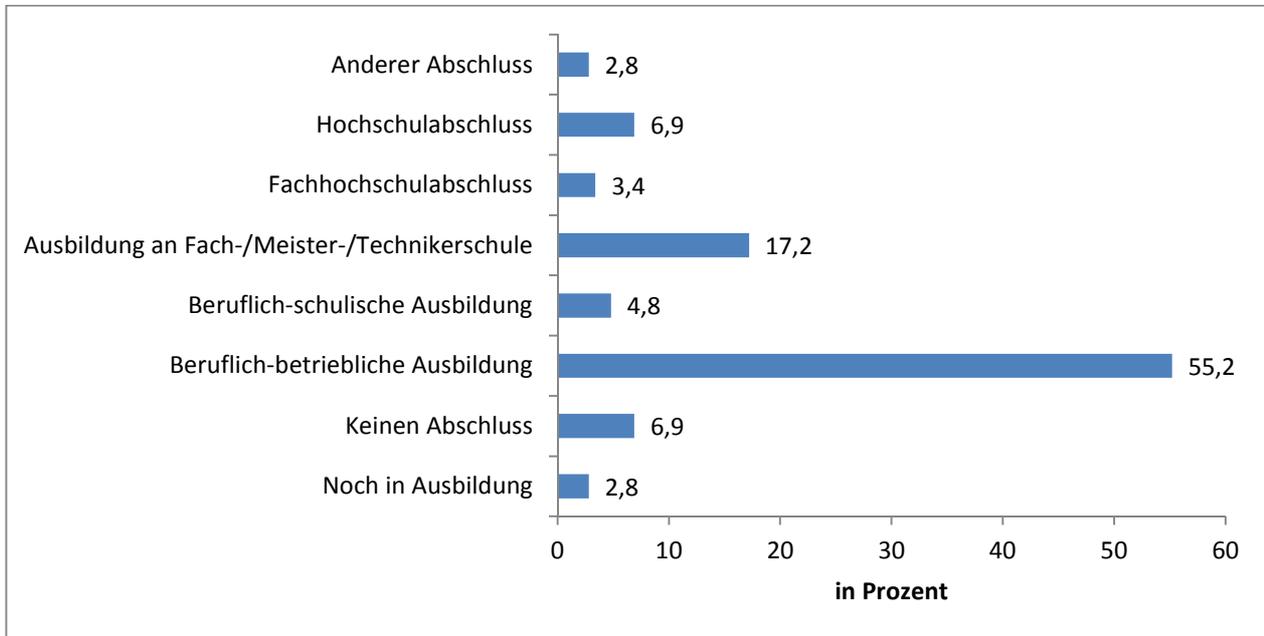


Abbildung 52: Höchster Ausbildungsabschluss (N=147).

Vor Eintritt der Querschnittlähmung waren die meisten Befragten in Vollzeit erwerbstätig (87,1%) und die Nichterwerbstätigen zu 84,2% noch in Ausbildung. Zum Befragungszeitpunkt waren die meisten Versicherten nicht erwerbstätig (59,2%), 91,8% davon berentet (s. Abb. 53).

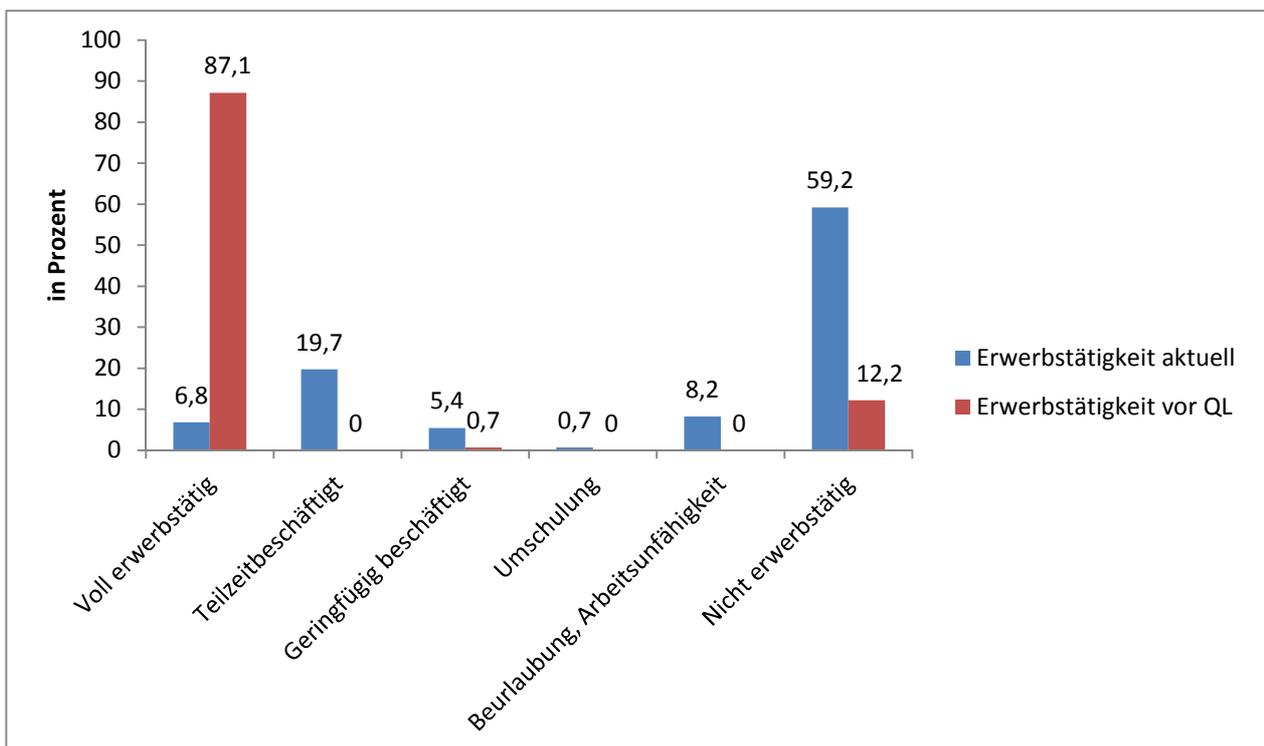


Abbildung 53: Erwerbstätigkeit aktuell und vor Eintritt der Querschnittlähmung (QL) (N=147).

Nahezu 70% der Befragten gaben an mit ihrer der derzeitigen beruflichen Situation zufrieden zu sein (s. Abb. 54).

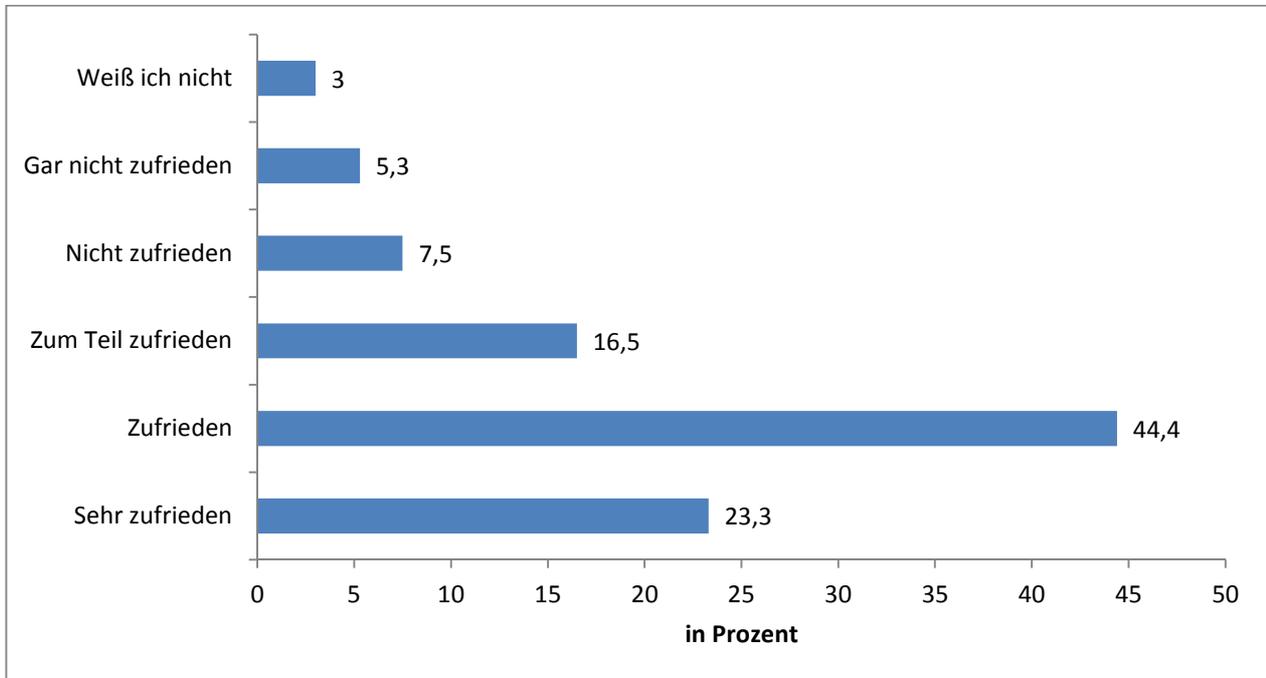


Abbildung 54: Zufriedenheit aktuelle berufliche Situation (N=147).

Subjektiv gesundheitsbezogene Lebensqualität

Die anhand des „Lebensqualitätsfeedback“ von Hanssen-Doose & Schüle erfasste subjektive gesundheitsbezogene Lebensqualität fiel in der physischen und psychischen Dimension im Vergleich zur sozialen und kontextbezogenen Dimension sowie im Vergleich zur Normalbevölkerung geringer aus (s. Abb. 55).

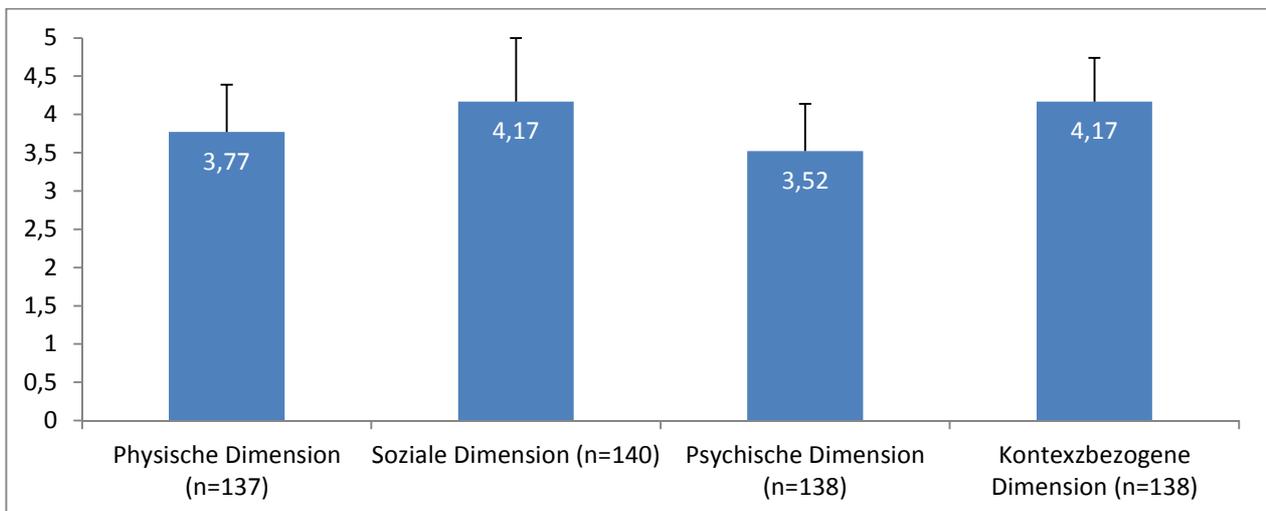


Abbildung 55: Durchschnittliche Einschätzung der physischen, psychischen, sozialen und kontextbezogenen Lebensqualität.

Auswirkungen von Mobilität und Sport auf die teilhaberelevanten Faktoren Freizeit, Beruf und Lebensqualität

Zusammenhang Mobilität und Sport

Sportlich aktive Versicherte haben einen höchstsignifikant geringeren Förderbedarf in der Rollstuhlmobilität ($p \leq .001$, s. Abb. 56).

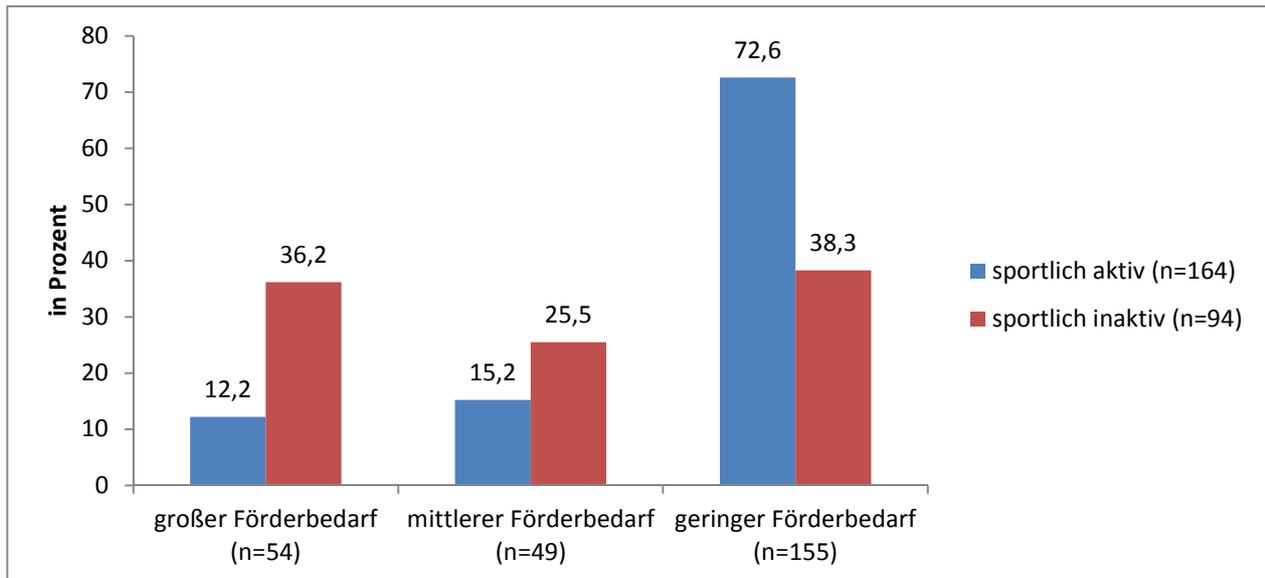


Abbildung 56: Förderbedarf in der Rollstuhlmobilität nach sportlicher Aktivität.

Bei genauerer Betrachtung unterscheiden sich vor allem sportlich aktive Paraplegiker höchstsignifikant von sportlich inaktiven in ihrer Rollstuhlmobilität ($p \leq .001$; s. Abb. 57).

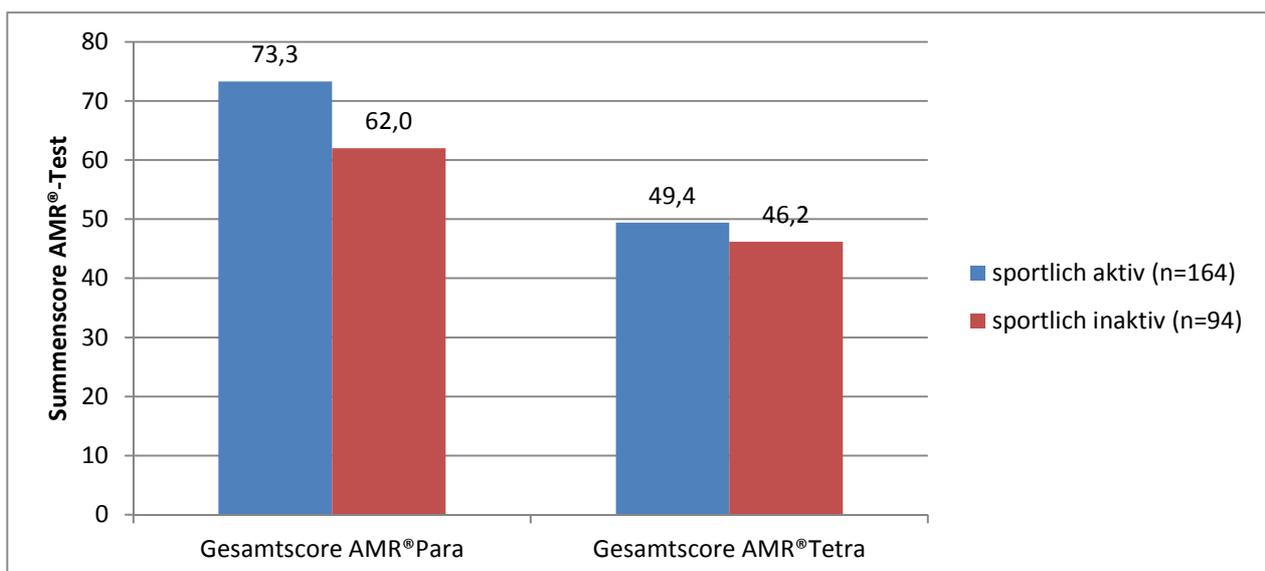


Abbildung 57: AMR® Ergebnisse nach sportlicher Aktivität.

Freizeitgestaltung

Versicherte, die ihre Freizeit aktiv gestalten haben einen signifikant geringeren Förderbedarf in der Rollstuhlmobilität ($p=.050$, s. Abb. 58).

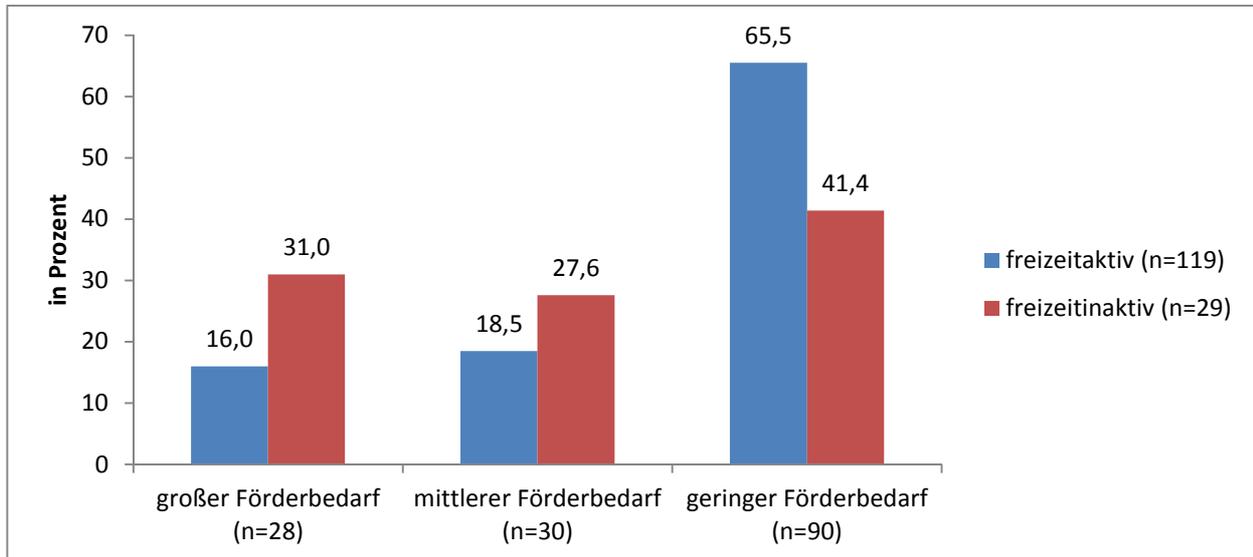


Abbildung 58: Förderbedarf in der Rollstuhlmobilität nach Freizeitaktivität.

Insbesondere Versicherte mit einer paraplegischen Querschnittlähmung, die ihre Aktivität in der Freizeit hoch einschätzen, erreichen tendenziell höhere Werte im Gesamtscore des AMR® (s. Abb. 59).

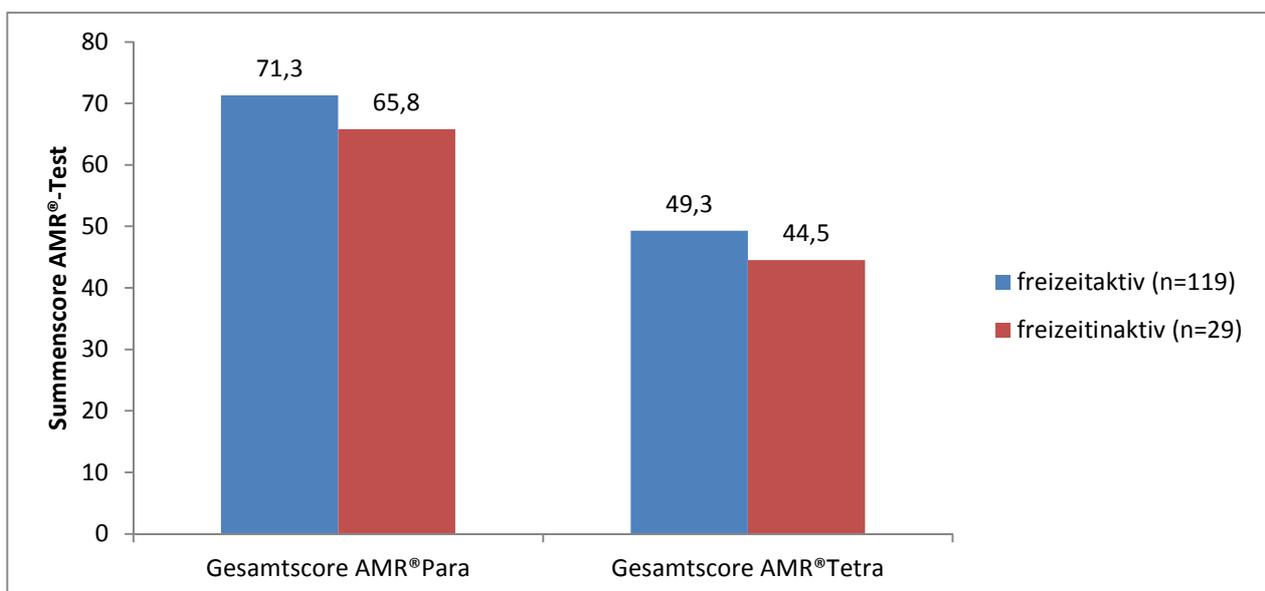


Abbildung 59: AMR® Ergebnisse nach Freizeitaktivität.

Versicherte, die sportlich aktiv sind, gestalten auch ihre sonstige Freizeit signifikant aktiver, als sportlich inaktive Studienteilnehmer ($p=.010$).

Erwerbstätigkeit

Erwerbstätige Versicherte haben einen hochsignifikant geringeren Förderbedarf in ihrer Rollstuhlmobilität ($p=.005$, s. Abb. 60).

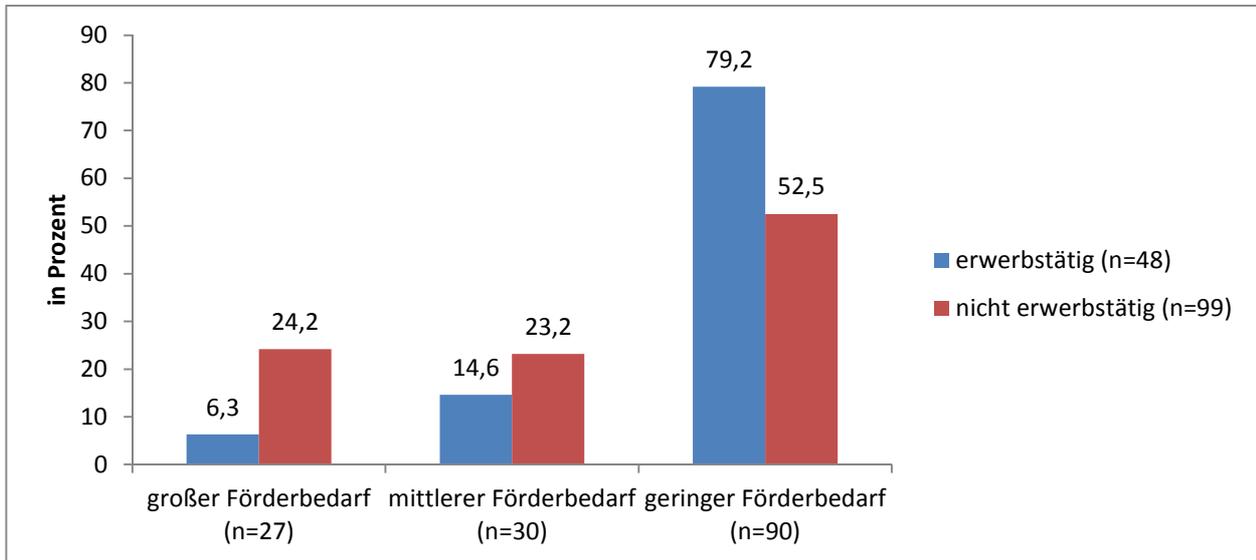


Abbildung 60: Förderbedarf in der Rollstuhlmobilität nach Erwerbstätigkeit.

Insbesondere Versicherte mit einer paraplegischen Querschnittlähmung, die erwerbstätig sind, erreichen höchstsignifikant höhere Werte im Gesamtscore des AMR® ($p\leq.001$, s. Abb. 61).

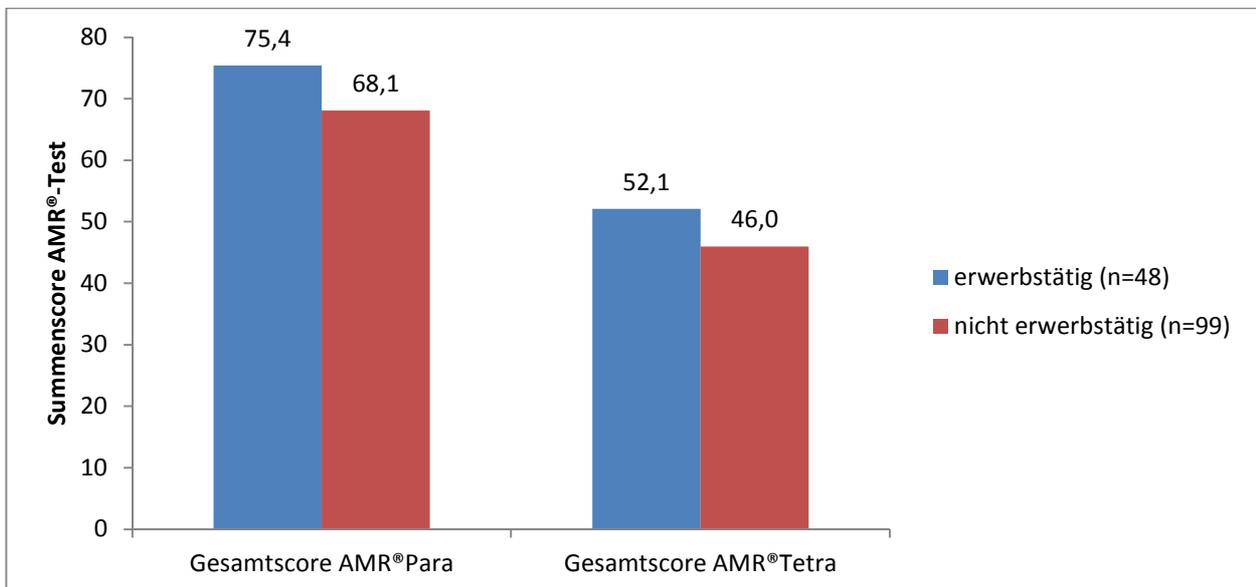


Abbildung 61: AMR® Ergebnisse nach Erwerbstätigkeit.

Versicherte, die sportlich aktiv sind, sind nicht häufiger erwerbstätig als sportlich Inaktive. Erwerbstätige berichten häufiger über zu geringe Zeitefenster zum Sporttreiben neben der Therapie.

Lebensqualität

Versicherte mit einem geringen Förderbedarf, also einer guten Rollstuhlmobilität, beurteilten ihre körperliche Lebensqualität signifikant höher als Personen mit einem großen Förderbedarf ($p=.046$, s. Abb. 62).

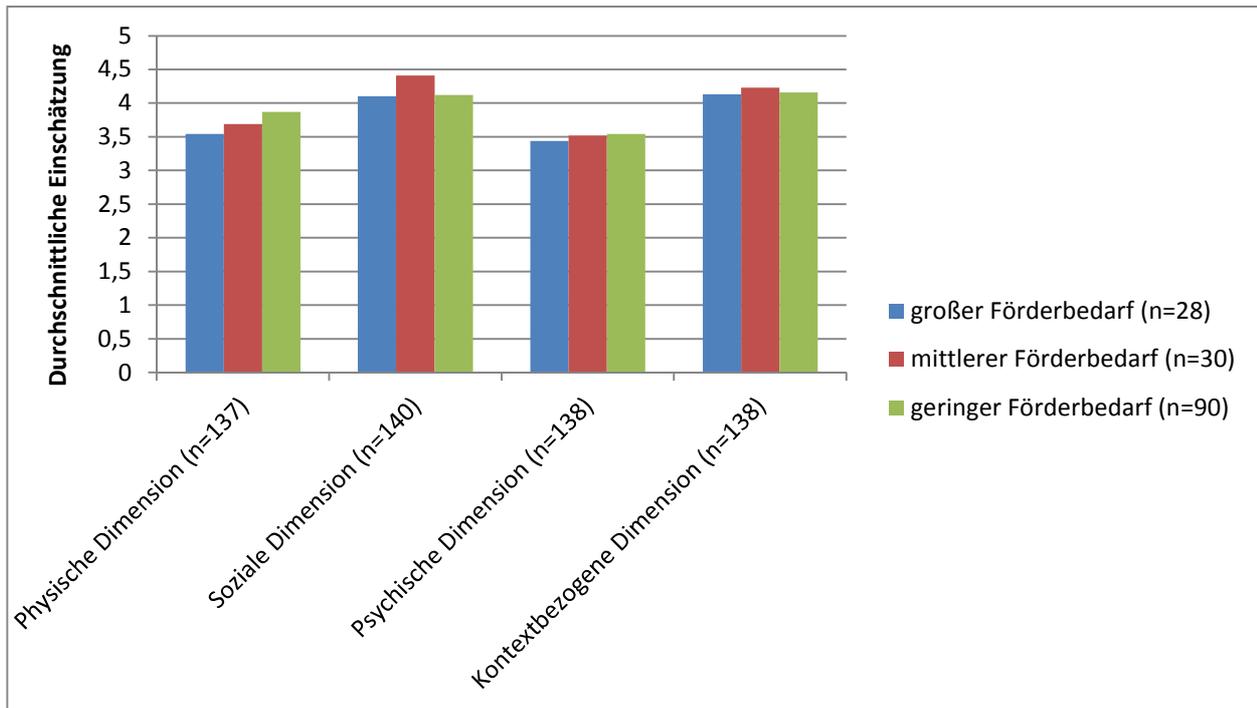


Abbildung 62: Einschätzung der Lebensqualität nach Förderbedarf in der Rollstuhlmobilität.

Die Höhe der eingeschätzten physischen Lebensqualität korreliert signifikant positiv mit dem Gesamtscore des AMR@Para ($p=.039$, $r=.201$).

Sportlich Aktive haben eine höchstsignifikant höhere physische ($p\leq.001$) und eine signifikant höhere psychische Lebensqualität ($p=.032$, s. Abb. 63).

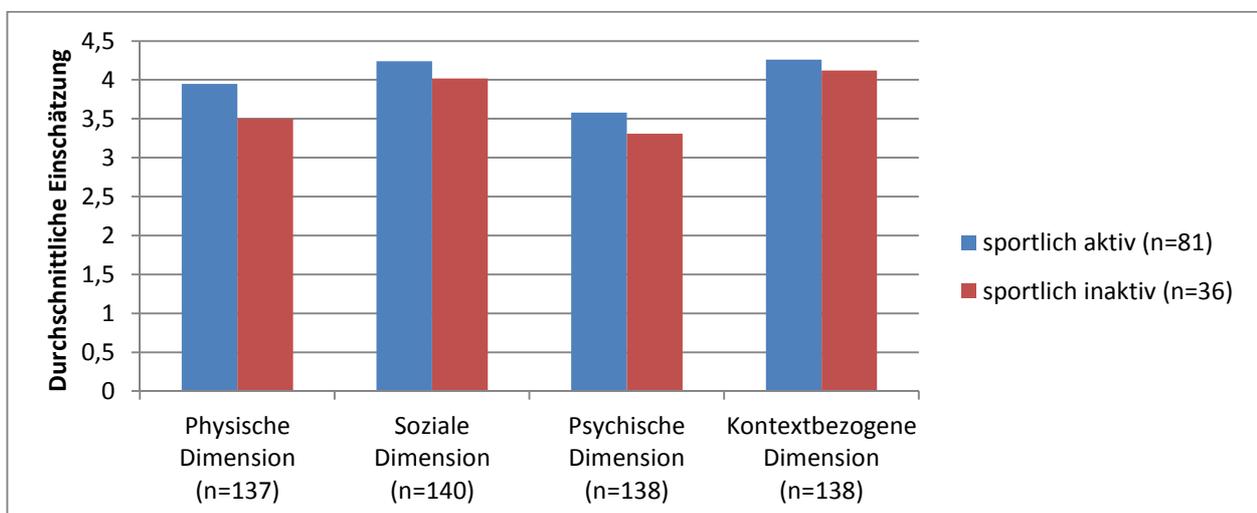


Abbildung 63: Einschätzung der Lebensqualität nach sportlicher Aktivität.

4.6 Konzept Einbindung Berufshelfer, Rehamanager, beauftragte Sachbearbeiter der UV-Träger

54% der vom Mobilitätslotsen beratenen Versicherten (N=184) konnten keine Angaben zum Namen und Kontakt ihres Berufshelfers, Rehamanagers oder beauftragten Sachbearbeiters der UV-Träger machen. 52,4% der Teilnehmer der Abschlussbefragung (N=147) geben an einen unregelmäßigen, seltenen oder gar keinen Kontakt zu ihrem Berufshelfer, Rehamanager oder sonstigen Sachbearbeiter der UV-Träger zu haben (s. Abb. 64). Zu berücksichtigen gilt allerdings hierbei, dass durch den hohen Anteil an Wiederaufnahmefälle im Projekt, eine geringere Kontakthäufigkeit zum Unfallversicherungsträger zu erwarten war.

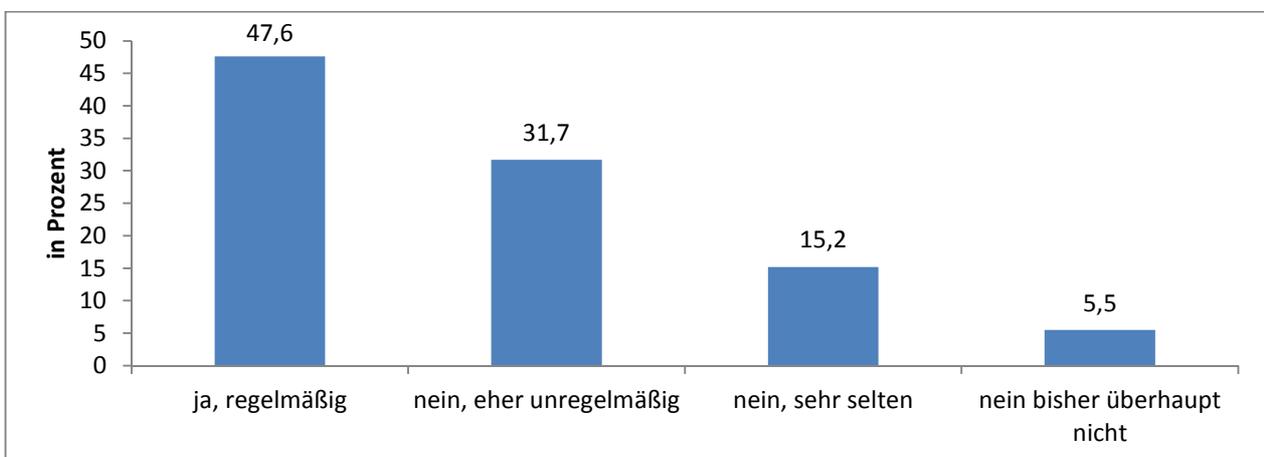


Abbildung 64: Kontakt zum Berufshelfer, Rehamanager oder sonstigen Sachbearbeiter (N=147).

47% erachten die Weitergabe von Informationen zur Mobilität der Versicherten an die UV-Träger als wichtig. 14,9% gehen davon aus, dass ihr Berufshelfer, Rehamanager oder sonstiger Sachbearbeiter keine Zeit für das Thema Mobilität hat, mit den Informationen nicht umzugehen weiß bzw. Konsequenzen für die sonstigen Versicherungsleistungen folgen könnten (s. Abb. 65).

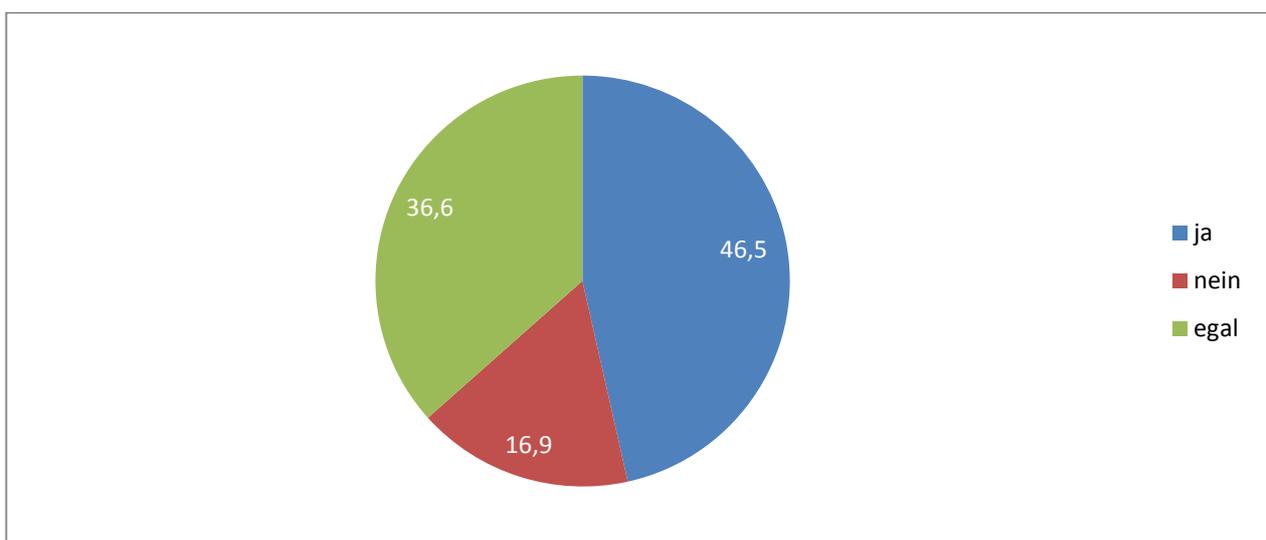


Abbildung 65: Wichtigkeit der Information des UV-Trägers über Mobilität der Versicherten (N=147).

42% halten die direkte Kontaktaufnahme des Mobilitätslotsen nach Klinikentlassung für sinnvoll, da sie schneller und unkomplizierter erfolgen kann, wenn keine dritte Person involviert ist.

Im Projekt kam es insgesamt zu 19 Kontaktaufnahmen von Berufshelfern, Rehamanagern und sonstigen Sachbearbeitern der UV-Träger mit der Projektleitung bzw. den Mobilitätslotsen. Diese dienten der Vereinbarung von Testterminen in den Kliniken (Ziel: Fallzahlerhöhung) oder der Information zum Umgang mit den erhaltenen Daten. Die Kontaktaufnahme zum Mobilitätslotsen (n=3) dauerte durchschnittlich 91 Tage (Min 24, Max 167, s. Tab. 13).

Eine Befragung von 60 Berufshelfern, Rehamanagern und sonstigen Sachbearbeitern aus 16 Unfallversicherungsträgern, die 86 Versicherte mit einer Querschnittlähmung betreuten, mittels standardisierter Telefoninterviews im Juni/Juli 2014 ergab, dass trotz Schulungen der Kliniken und Informationsweitergabe zum Projekt durch Vorträge (Berufshelfertagungen, Landesverbandforen, Tagungen), Flyer und Rundscheiben weder die Datenübermittlung gesichert, noch die Inhalte und die Umsetzung des Konzepts klar waren. Abbildung 66 zeigt drei verschiedene Aspekte: Zunächst ist zu erkennen, dass über 60 % der Daten zwischen BG-Klinik und zuständigem UV-Träger nicht übermittelt werden konnten, d.h. von insgesamt 89 durchgeführten AMR®-Tests sind lediglich 33 Datensätze bei den zuständigen Berufshelfern, Rehamanagern oder beauftragten Sachbearbeitern der UV-Träger angekommen. Zudem zeigte die Befragung, dass das Konzept „Mobilität ist Teilhabe“ (MIT) bei 68,3% der Befragten zwar bekannt war, jedoch nur 11,7 % wussten, wie sie mit den Testdaten weiter vorgehen sollten.

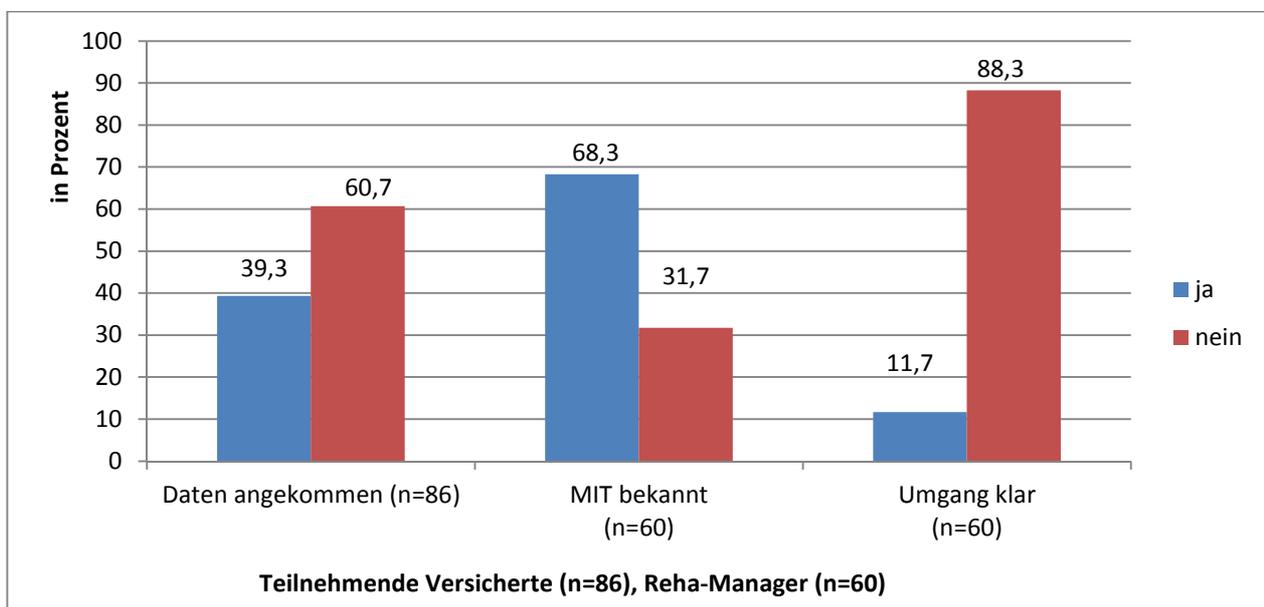


Abbildung 66: Dateneingang, Bekanntheitsgrad Projekt, Umsetzung Konzept.

In der Folge wurden bis zum Projektende alle Daten der Studienteilnehmer durch die Projektleitung an die Unfallversicherungsträger geschickt, um den Berichteingang zu garantieren. Zudem wurden die Daten bei Beratungsbedarf unmittelbar an die zuständigen Mobilitätslotsen geschickt, um eine zeitnahe Beratung nach Entlassung zu ermöglichen.

Berufshelfer, Rehamanager und beauftragte Sachbearbeiter der UV-Träger, denen das Projekt „Mobilität ist Teilhabe“ bekannt war (n=41), wurden in den meisten Fällen durch Seminare und

Berufshelfertagungen sowie über das Rundschreiben und den Newsletter per Email informiert (s. Abb. 67).

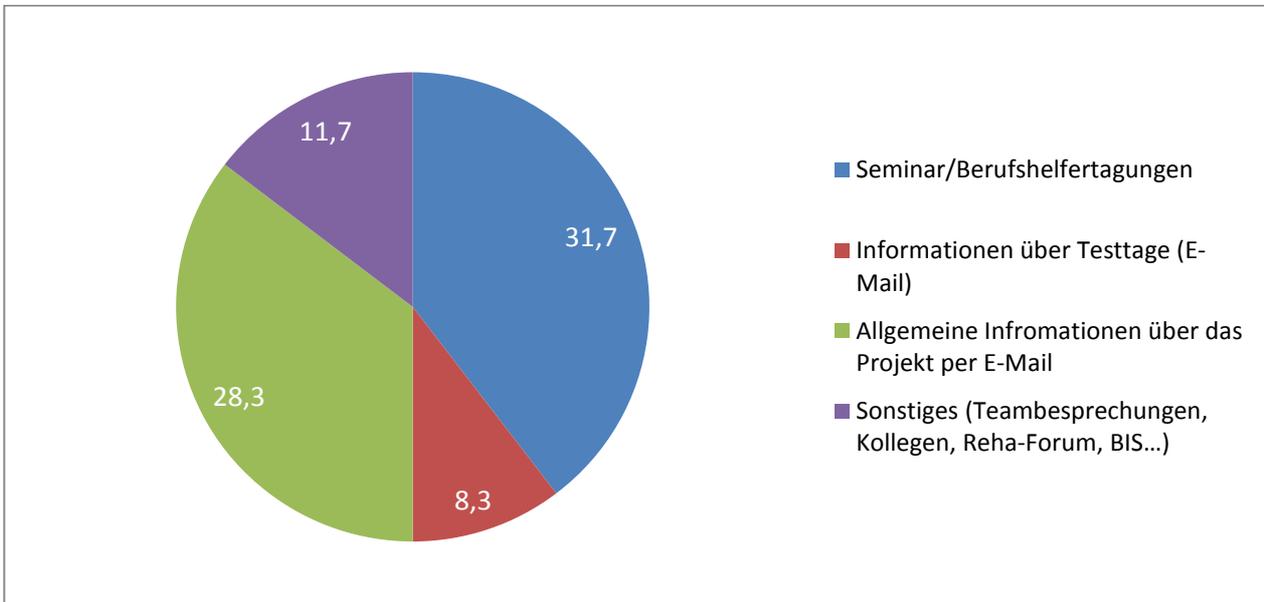


Abbildung 67: Informationsquellen zum Projekt Mobilität ist Teilhabe (in Prozent).

43,3% der befragten Berufshelfer, Rehamanager und sonstiger Sachbearbeiter der UV-Träger sehen die Beauftragung eines Mobilitätslotsen in ihrem Verantwortungsbereich, 28,3% bevorzugen eine Kooperation zwischen Klinik und UV-Träger und 26,7% sehen die Verantwortung in den Kliniken selbst (s. Abb. 68).

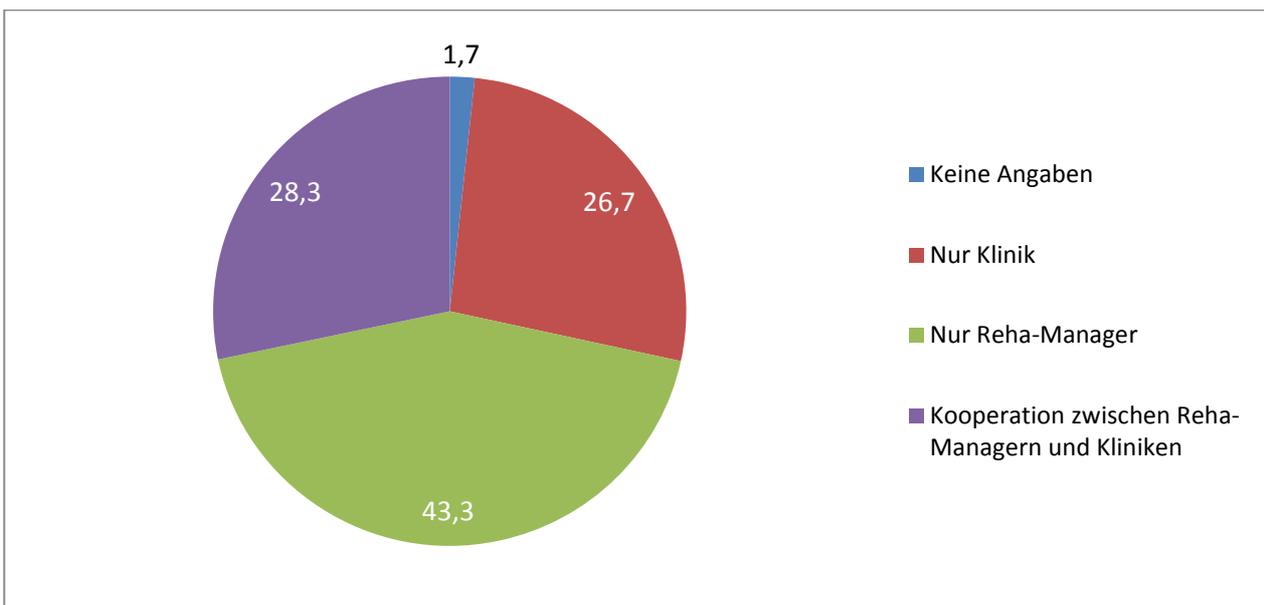


Abbildung 68: Zuständigkeit der Beauftragung des Mobilitätslotse aus der Rehamanager (n=60).

Im Rahmen der Interviews konnte auch festgestellt werden, dass zu diesem Zeitpunkt noch kein Berufshelfer, Rehamanager oder beauftragter Sachbearbeiter der UV-Träger Kontakt zu einem Mobilitätslotsen aufgenommen hatte.

Die offene Frage, zu welchem Zeitpunkt die Berufshelfer, Rehamanager oder beauftragten Sachbearbeiter der UV-Träger das Thema Mobilität ansprechen, ergab für Frischverletzte und Wiederaufnahmefälle zwei gesonderte Vorgehen:

Bei Frischverletzten steht zunächst die medizinische Rehabilitation im Vordergrund. Das Thema Mobilität wird nach der Akutbehandlung von Relevanz. Schon im Rahmen der therapeutischen Betreuung in der BG-Klinik wird sie im Rahmen des Rollstuhltrainings thematisiert. Nach der Entlassung aus der BG-Klinik werden die zunächst die häuslichen Umstände geklärt. Je nach Verarbeitungsphase des Unfalls wird im Anschluss das Thema Mobilität angesprochen.

Bei Wiederaufnahmefällen, die meist schon viele Jahre im Alltag auf einen Rollstuhl angewiesen sind, wird das Thema der Mobilität im Rahmen der nachgehenden, häuslichen Betreuung oder im Rahmen von Kontrolluntersuchungen in den BG-Kliniken angesprochen.

46,7% der befragten Berufshelfer, Rehamanager oder beauftragten Sachbearbeiter wünschen sich hinsichtlich der Motivation zum Thema Mobilitätstraining und sportlicher Aktivität ein Netzwerk zwischen den Therapeuten der BG-Kliniken, den Versicherten selbst und dem Unfallversicherungsträger.

4.7 Leitlinien zur standardisierten Anwendung des AMR® sowie einer Lotsenfunktion zur mobilitäts- und bewegungsorientierten Nachsorge bei Querschnittlähmung

Nachfolgend werden die Leitlinien dargestellt, die am Projektende aus den zuvor geschilderten Erkenntnissen abgeleitet wurden. Sie werden zusätzlich als separates Dokument dem Anhang beigefügt (s. Anhang 10).

Konzeptbeschreibung

Am Konzept beteiligt sind neben den Versicherten drei wesentliche Institutionen: die Klinik (Ärzeschaft, therapeutisches Personal), der Mobilitätslotse (erfahrener und bewegungsbegeisterter Rollstuhlfahrer) und der Unfallversicherungsträger (zuständige Berufshelfer, Rehamanager und sonstige beauftragte Sachbearbeiter) (s. Abb. 69).

Klinik (Physiotherapie/Sporttherapie)

In der **Klinik** werden möglichst kurz vor der Entlassung die aktuelle Rollstuhlmobilität und der entsprechende Förderbedarf der Versicherten ermittelt. Dies kann bei Erstentlassung, Wiederaufnahme, aber auch bei ambulanter Einbestellung durch den Unfallversicherungsträger erfolgen. Die Erfassung der Rollstuhlmobilität geschieht durch die Physio- oder Sporttherapeuten der Klinik, die gemeinsam mit dem Patienten den Aktivitätstest zur Mobilität im Rollstuhl (AMR®) durchführen. Der AMR®-Test bildet die wesentlichen Fähigkeiten ab, die ein Rollstuhlfahrer in seinem Alltag benötigt (z.B. unebenen Untergrund überwinden, Stufen und Rampen unterschiedlicher Höhe und Steigung fahren). Das Ergebnis des Tests vereinfacht die Entscheidung, ob eine ausreichende Fähigkeit im Umgang mit dem Rollstuhl bei Entlassung aus

der Klinik vorliegt oder eine Teilnahme an Mobilitätstrainings, Bewegungs- oder Sportangeboten über die Klinik hinaus zu empfehlen ist.

Begleitend zum Mobilitätstest wird dem Versicherten ein Kurzfragebogen zur Rollstuhlmobilität und sportlichen Aktivität ausgehändigt. Verknüpft wird dies mit dem Info-Check des DRS e.V.. Durch die Beantwortung der Fragen, kann der Versicherte eine Selbsteinschätzung seiner Fähigkeiten abgeben und einen Beratungswunsch zum Thema Mobilitätstraining, Bewegungs- oder Sportangebote in Wohnortnähe äußern.

Sofern ein Beratungswunsch vorliegt stellt die Physio- bzw. Sporttherapie einen direkten Kontakt zum **Mobilitätslotsen** der jeweiligen Klinik her und übermittelt bei Einwilligung des Versicherten die dokumentierten Test- und Fragebogenergebnisse per Email, Post oder Fax (s. Abb. 69).

Mobilitätslotse

Jede Klinik verfügt idealerweise über einen eigenen Mobilitätslotsen. Hierbei handelt es sich um erfahrene und bewegungsbegeisterte Rollstuhlfahrer, die Versicherte (insbesondere Frischverletzte) zu ihrem Mobilitäts-, Bewegungs- und Sportverhalten beraten. Dazu geben die Mobilitätslotsen individuelle Auskunft zu geeigneten Bewegungs- und Sportangeboten in Wohnortnähe der Versicherten. Sie motivieren in persönlichen Gesprächen während des Klinikaufenthalts oder Telefonaten mit den Versicherten zu einem lebenslangen aktiven Lebensstil und vermitteln Lösungsstrategien zu den alltäglichen Herausforderungen eines Rollstuhlfahrers (s. Abb. 69).

Unfallversicherungsträger

Die zuständigen Berufshelfer, Rehamanager und Sachbearbeiter der Unfallversicherungsträger werden bei vorliegendem Einverständnis über den Mobilitätsstand ihrer Versicherten informiert (z.B. als Anlage zum Entlassungsbericht). Darüber hinaus ist es für alle Unfallversicherungsträger möglich, Testtermine zur Erfassung der Mobilität in der zuständigen Klinik zu vereinbaren und ihre Versicherten einzubestellen (s. Abb. 69).

Empfohlene Rahmenbedingungen

Zur Realisierung des beschriebenen mobilitäts- und bewegungsorientierten Nachsorgekonzepts „Mobilität ist Teilhabe“ ergeben sich für die genannten Institutionen folgende zu empfehlende Rahmenbedingungen:

Rahmenbedingung Klinik

Es ist anzustreben, dass der Aktivitätstest zur Mobilität im Rollstuhl (AMR®) in Kombination mit dem Kurzfragebogen zum Thema Mobilität, Bewegung und Sport als Instrument zur Routinediagnostik und Verlaufsdokumentation in der Physiotherapie/ Sporttherapie aller BG-Kliniken Anwendung findet. Die Kliniken Bochum, Duisburg, Frankfurt, Halle, Hamburg, Murnau und Tübingen sind bereits mit dem AMR®-Test ausgestattet. Die Anschaffungskosten eines kompletten Testaufbaus belaufen sich auf ca. 2.000,00 Euro (inkl. Einführung und Schulung).

Eine vollständige Erfassung aller insbesondere frischverletzten Versicherten kann nur dann erfolgen, wenn die Entlassungstermine insbesondere für das Therapeutenpersonal transparent und frühzeitig angekündigt werden. Die Arbeitszeit, die Physio- bzw. Sporttherapeuten für die Durchführung der Tests und Befragungen benötigen (ca. 15-30 Minuten pro Testung), sollte in der Personalplanung Berücksichtigung finden. Die Therapeuten sollten darüber hinaus in engem Kontakt zum zuständigen Mobilitätslotsen der Klinik stehen, um Beratungen möglichst kurzfristig anzubahnen.

Rahmenbedingung Mobilitätslotse

Zur Sicherstellung einer regionalen Beratung und einer angemessenen Fallzahl pro Lotse sollte im Umfeld jeder BG-Klinik je ein Mobilitätslotse in engem Kontakt zur Physio- und Sporttherapie der jeweiligen Klinik installiert werden. Um eine Weiterleitung von Beratungsfällen mit größerem Einzugsgebiet zu ermöglichen sowie einen umfangreichen Informations- und Kontaktaustausch der Mobilitätslotsen untereinander zu sichern, sollte eine Vernetzung aller Mobilitätslotsen über unterschiedliche mediale Wege (z. B. Email, Dropbox, Facebook) gewährleistet sein. Die sozialen Medien sollten nur zum Austausch von Angebotsmöglichkeiten, nicht aber zur Übermittlung sensibler Daten dienen.

Da eine qualitativ hochwertige und nachhaltige Beratungstätigkeit von klarer Zuständigkeit und Verlässlichkeit abhängig ist, kann sie im beschriebenen Umfang ehrenamtlich nicht geleistet werden. Die Finanzierung der Beratung durch einen Mobilitätslotsen sollte deshalb projektunabhängig gesichert sein. Im Rahmen des Projekts „Mobilität ist Teilhabe“ hat sich eine monatliche Aufwandsentschädigung von 300,00 Euro pro Mobilitätslotse bewährt. Aufgrund der großen Unterschiede in der Anzahl der Beratungsfälle und dem schwer vorhersehbaren Aufwand, der mit jeder einzelnen individuellen Beratung verbunden ist, sollte eine flexible Abstimmung der Höhe der Aufwandsentschädigung erfolgen.

Die Auswahl der Mobilitätslotsen sollte sich an den im Projekt ermittelten Kompetenzen orientieren:

- Ausreichende Alltagserfahrungen (mindestens 3 Jahre Erfahrungen als Rollstuhlfahrer)
- Möglichst vielfältige Bewegungs- und Sportenerfahrungen
- Ausgeprägte Kommunikationsfähigkeit
- Empathisches Gesprächsverhalten
- Motivationsfähigkeit
- Strukturiertes und gewissenhaftes Arbeiten
- Zuverlässigkeit
- Angemessene Frustrationstoleranz

Rahmenbedingung Unfallversicherungsträger

Um die erhobenen Daten zum Mobilitätsstand der Versicherten aus der Klinik einordnen zu können, ist eine flächendeckende Aufklärung und Information zum Thema „Mobilität und Bewegung“ in allen Bezirksverwaltungen der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen anzustreben. Zudem sollte das Thema „Mobilität und Bewegung“ einen Platz im Beratungskatalog der Berufshelfer, Rehamanager und Sachbearbeiter der UV-Träger für das Gespräch mit den Versicherten erhalten. Zur Unterstützung der Arbeit der Mobilitätslotsen sollte

darüber hinaus eine verstärkte Motivation der Versicherten zur Teilnahme an Mobilitätstrainings stattfinden und die damit verbundene Kostenübernahme einheitlich geklärt werden.

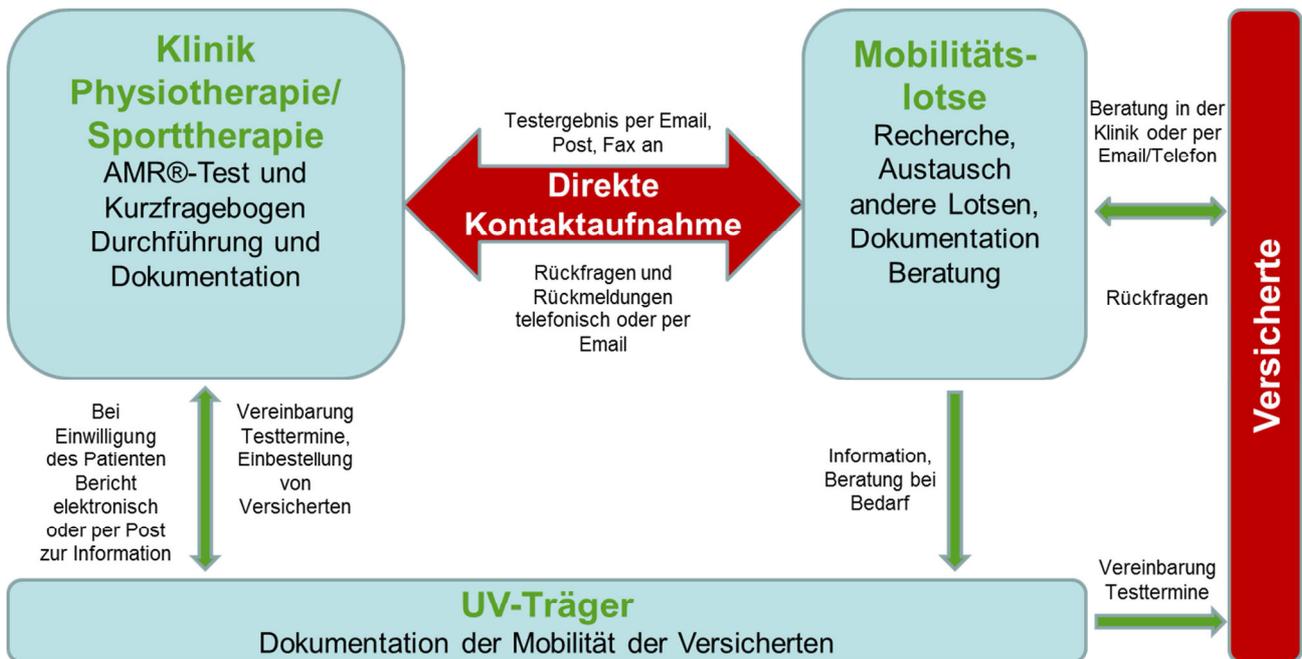


Abbildung 69: Schematische Darstellung des mobilitäts- und bewegungsorientierten Nachsorgekonzepts "Mobilität ist Teilhabe".

Zusammenfassung

Empfehlungen für die zukünftige Umsetzung des Konzepts auf einen Blick

- Klinik:** Einsatz des Aktivitätstest zur Mobilität im Rollstuhl (AMR®) in Kombination mit dem Kurzfragebogen zum Thema Mobilität, Bewegung und Sport als Instrument zur Routinediagnostik und Verlaufsdokumentation
- Mobilitätslotse:** Installation eines Rollstuhlfahrers mit großer Bewegungs- und Sportaffinität als Mobilitätslotse im Umfeld jeder BG-Klinik
- UV-Träger:** Aufklärung und Information zum Thema „Mobilität und Bewegung“ aller Mitarbeiter der UV-Träger, die Versicherte mit erworbener Querschnittlähmung beraten; einheitliche Klärung möglicher Kostenübernahmen

5. Auflistung der im Rahmen des Vorhabens erstellten und zukünftig geplanten Veröffentlichungen

Vorträge:

- Präsentation auf den Berufshelfertagungen und sonstigen Veranstaltungen der Landesverbände der DGUV 2012/2013
- Präsentation auf den Landesverbandsforen der DGUV 2012/2013
- Posterpräsentation und praktische Durchführung auf den Dresdener Rehatagen 20./21.06.2013
- Wissenschaftlicher Vortrag der Zwischenergebnisse und Workshop zum Konzept auf der 27. Jahrestagung der Deutschsprachigen Medizinischen Gesellschaft für Paraplegie (DMGP) 2014 am Klinikum Hohe Warte in Bayreuth
- Wissenschaftlicher Vortrag der Endergebnisse und Workshop zum Konzept auf der 29. Jahrestagung der Deutschsprachigen Medizinischen Gesellschaft für Paraplegie (DMGP) 2016 am BUK Hamburg (in Planung)

Artikel:

- Scheuer, T. (2012). Aktivitätstest zur Mobilität im Rollstuhl (AMR). Informationsschrift des Deutschen Rollstuhlsportverbandes e. V. Sport + Mobilität im Rollstuhl, 31(3), S. 28.
- Scheuer, T., Richarz, P. (2014). Das MIT-Projekt – Mobilität ist Teilhabe. Umsetzung in ausgewählten Querschnittgelähmtenzentren. Informationsschrift des Deutschen Rollstuhlsportverbandes e. V. Sport + Mobilität im Rollstuhl, 7, S. 31.
- Nationaler Artikel mit der Zusammenfassung der Endergebnisse in der Informationsschrift des Deutschen Rollstuhlsportverbandes e. V. Sport + Mobilität im Rollstuhl (in Planung)
- Nationaler Artikel in der Zeitschrift „Die Rehabilitation“ (in Planung)
- Ggf. nationaler Artikel mit der Zusammenfassung der Endergebnisse in der „DGUVforum“
- Internationale Publikation der wissenschaftlichen Ergebnisse im Journal „Disability and Rehabilitation“ (in Planung)

6. Bewertung der Ergebnisse hinsichtlich des Forschungszwecks/-ziels, Schlussfolgerungen

In den folgenden Kapiteln werden zunächst die Kernergebnisse zu den wesentlichen Forschungsfragen zusammen getragen (s. Kap. 6.1), Schlussfolgerungen abgeleitet und die Konsequenzen für das mobilitäts- und bewegungsorientierte Nachsorgekonzept „Mobilität ist Teilhabe“ erläutert (s. Kap. 6.2). Anschließend wird die Relevanz für die gesetzliche Unfallversicherung erläutert (s. Kap. 6.3).

6.1 Bewertung der Ergebnisse hinsichtlich der Forschungsfragen

Die Stichprobe, die den dargelegten Ergebnissen zugrunde liegt, erweist sich in vielen Aspekten als repräsentativ für Menschen mit erworbener Querschnittlähmung in Deutschland (z.B. Alter, Lähmungshöhe). Auffällig ist jedoch, dass trotz einer statistisch gängigen Verteilung des Geschlechts von 3:1 (Männer : Frauen), mehr Männer als Frauen mit Querschnittlähmung am Projekt teilnahmen (über 90%). Deutlich wurde auch, dass die große Anzahl an Wiederaufnahmefällen durch eine leichtere Terminlogistik (insbesondere in der BG-Klinik Murnau) verursacht wurde, obwohl Frischverletzte laut der Ergebnisse mehr vom mobilitäts- und bewegungsorientierten Nachsorgekonzept profitieren und einen größeren Förderbedarf haben. Es zeigte sich darüber hinaus, dass ein vergleichsweise großer Anteil der Studienteilnehmer zum Aufnahmezeitpunkt in das Projekt bereits sportlich aktiv war (über 70%). Die dargestellten Ergebnisse müssen demnach vor dem Hintergrund betrachtet werden, dass es sich aufgrund der Freiwilligkeit wahrscheinlich um eine Positivauswahl von Menschen mit erworbener Querschnittlähmung handelt, d.h. dass vor allem solche Versicherte aufgenommen wurden, die sich bereits mit dem Thema Mobilität und Sport beschäftigten bzw. eine große Motivation hatten, dies zukünftig zu tun. Für den nachhaltigen Einsatz des Konzepts sollten auch Versicherte in den Blick genommen werden, die der eigenen Mobilität keine oder wenig Beachtung schenken, dadurch häufig isoliert leben und nicht selbstbewusst genug sind, um freiwillig an einem Konzept mit Testsituationen teilzunehmen.

In Bezug auf die forschungsleitenden Fragestellungen (s. Kap. 2) lassen sich aus den in Kapitel 4 dargestellten Ergebnissen folgende Erkenntnisse und Schlussfolgerungen ableiten:

1. Besteht ein Förderbedarf bzgl. der Rollstuhlmobilität bei Klinikentlassung?

40,3% der Gesamtstichprobe wiesen einen mittleren bis hohen Förderbedarf in der Rollstuhlmobilität nach Auswertung des AMR®-Tests auf. Zudem hielten 65,6% der 308 Befragten ein Mobilitätstraining nach Klinikentlassung auch subjektiv für sinnvoll. Die meisten Schwierigkeiten im Alltag bereiten die 2-Punkt-Technik, das Überwinden von Hindernissen und Steigungen sowie das Fahren von Treppen.

Es gilt demnach zukünftig das Angebot an Rollstuhlmobilitätstrainings unterschiedlicher Anbieter (z. B. DRS e.V., Manfred-Sauer-Stiftung, RehaBility) insbesondere in klinikfernen und in ländlichen Regionen zu erweitern, aber auch weiter zu systematisieren. Viele bereits existierende Angebote kommen trotz intensiver Verbreitungsbemühungen der Anbieter und des DRS e.V. über digitale und Printmedien nicht beim Rollstuhlfahrer mit Mobilitätsförderbedarf an. Dies betrifft vor allem diejenigen, die eine geringe intrinsische Motivation zur Mobilitätsverbesserung haben und sich mit ihrer isolierten Situation abfinden. Ein systematischer

Informationsaustausch zwischen Anbietern, Mobilitätslotsen, Kliniken und Unfallversicherungsträgern könnte hier Abhilfe schaffen.

2. Besteht ein Beratungsbedarf zu Mobilitäts- und Bewegungsangeboten in Wohnortnähe bei Klinikentlassung?

Über 60% der am Projekt teilnehmenden Versicherten wünschte sich eine Beratung zu Mobilitäts- und Bewegungsangeboten in Wohnortnähe durch einen Mobilitätslotsen. Vor allem Frischverletzte (fast 80%) waren an Informationen interessiert. Neben allgemeinem Mobilitätstraining waren Tischtennis, Fitness/Gymnastik, Bogenschießen, Handbike, Schwimmen und Basketball die gefragtesten Angebote.

Diese Ergebnisse zeigen zum einen, dass das Thema Mobilität, Bewegung und Sport für Menschen mit erworbener Querschnittlähmung nach Klinikentlassung von großer Bedeutung ist, bestätigen aber auch eine Informationslücke zu bestehenden Angeboten, die es durch ein systematisches Nachsorgekonzept zu beheben gilt. Die Individualität der im Projekt erfolgten Beratungen, die an den Checklisten und Rückmeldungen der Mobilitätslotsen deutlich erkennbar war, lässt weiterhin den Schluss zu, dass das Informationsdefizit durch internetbasierte Datenbanken aktuell und auch zukünftig nicht auszugleichen ist. Der ständige Wandel der Angebots- und Ansprechpartnerlandschaft sowie die Komplexität der Gesprächsthemen macht eine individuelle Beratung durch einen Mobilitätslotsen, der idealerweise ebenfalls Rollstuhlfahrer ist, unerlässlich.

3. Kann eine reibungslose Übermittlung der erhobenen Daten in der Klinik an den UV-Träger und die Mobilitätslotsen gewährleistet werden?

Bis zur Zwischenevaluation im Juli 2014 kamen lediglich 40% der ermittelten Daten der Klinik bei den zuständigen Berufshelfern, Rehamanagern und beauftragten Sachbearbeitern der Unfallversicherungsträger an. Die Daten kamen bei Einverständnis der Versicherten in allen Fällen innerhalb einer Woche bei der Projektleitung zur Auswertung und Weiterleitung an.

Als Ursachen für den langen und zum großen Teil gescheiterten Übermittlungsweg an die zuständigen Unfallversicherungsträger können Verzögerungen in der Berichtslegung und das Fehlen der relevanten Dokumente im Entlassungsbericht angenommen werden. Letzteres könnte dadurch verhindert werden, dass die Daten als fester Bestandteil eines Entlassungsberichts eines Patienten mit erworbener Querschnittlähmung festgelegt und dem gesamten beteiligten Klinikpersonal kommuniziert werden. Der reibungslose Versand der Unterlagen durch die testdurchführenden Therapeuten an die FIBS gGmbH zeigt auf, dass bei Einverständnis der Versicherten eine direkte Weitergabe der Daten an den Mobilitätslotsen durch die Physio-/Sporttherapie der Klinik eine zeitnahe Beratung der Versicherten begünstigt und Übermittlungsfehler minimiert. Hierbei ist jedoch nicht zu vernachlässigen, dass für die Berichtslegung und Verschiebung der Daten an die Mobilitätslotsen und Unfallversicherungsträger ggf. zusätzliche Ressourcen der Kliniken (Therapie, Verwaltung) eingesetzt werden müssen.

4. Funktioniert die Kontaktaufnahme zum Mobilitätslotsen durch den Berufshelfer, Rehamanager oder beauftragten Sachbearbeiter der UV-Träger?

Die Kontaktaufnahme von zuständigen Berufshelfer, Rehamanager oder beauftragten Sachbearbeiter der UV-Träger zum Mobilitätslotsen erfolgte in drei Fällen durchschnittlich 91 Tage nach der Testung in der Klinik.

Neben der verspäteten oder ausbleibenden Übermittlung der Daten durch die teilnehmenden Kliniken kann die geringe Anzahl der Kontaktaufnahmen der zuständigen Berufshelfer, Rehamanager oder beauftragten Sachbearbeiter der UV-Träger durch ein Informationsdefizit im Datenumgang erklärt werden. 88,3% der befragten Mitarbeiter der UV-Träger waren ihre Aufgaben trotz Vorstellung des Konzepts auf verschiedenen Veranstaltungen der DGUV und Verbreitung der notwendigen Informationen per Rundschreiben und Einstellung ins BIS unklar. Eine umfassende Aufklärung der relevanten Mitarbeiter der UV-Träger zu Thema und Konzept erfordert demnach weitere Kanäle.

5. Funktioniert die Kontaktaufnahme zum Versicherten durch den Mobilitätslotsen?

Die Kontaktaufnahme der Mobilitätslotsen zu den Versicherten mit Beratungswunsch war in 87,5% der Fälle erfolgreich. Sie erfolgte durchschnittlich 58 Tage nach der Testung in der Klinik. Eine Beratung hatte einen durchschnittlichen Umfang von drei Kontaktaufnahmen.

Eine weitere Steigerung der erfolgreichen Kontaktaufnahmen könnte dadurch erzielt werden, dass Klinik, Unfallversicherungsträger und Mobilitätslotse auch bezüglich der aktuellen Kontaktdaten der Versicherten kooperieren. Die meisten scheiternden Kontaktaufnahmen konnten im Projekt auf fehlende aktuelle Postadressen, Festnetz- oder Handynummern zurückgeführt werden. Aus datenschutzrechtlichen Gründen wäre hierbei natürlich das Einverständnis des Versicherten zur Kontaktweitergabe unerlässlich. Bei der Auswahl der Mobilitätslotsen trägt auch ein flexibles Zeitfenster zur Beratung positiv zur Erfolgsquote bei.

6. Werden Konzept und Beratungen von den Versicherten zufriedenstellend aufgenommen?

94,5% der Teilnehmenden der Abschlussbefragung bewerteten das Konzept des Mobilitätslotsen als sinnvoll. 93,3% waren mit den empfohlenen Angeboten zufrieden.

Vor allem Frischverletzte profitieren laut eigener Aussage und nach Rückmeldung der beratenden Mobilitätslotsen vom mobilitäts- und bewegungsorientierten Nachsorgekonzept. Während der Erstrehabilitation stehen vor allem die medizinische Versorgung, die psychische Verarbeitung und die soziökonomischen Folgen des Unfalls im Vordergrund. Der Wunsch nach Beratung zur Mobilität und Sport kommt bei vielen Betroffenen erst nach der Entlassung aus der Klinik. Hier sollte das Konzept auch nach Abschluss der Projektphase weiterhin ansetzen.

7. Werden die Versicherten im Laufe der Projektzeit erfolgreich in Mobilitäts-, Bewegungs- und Sportangebote vermittelt?

27,4% der Versicherten nahmen in Folge der Beratung regelmäßig, 13,7% der Befragten unregelmäßig an den vorgeschlagenen Angeboten teil und 28,8% möchten zukünftig im Rahmen der beratenen Angebote aktiv werden. Als Hinderungsgründe wurden von Befragten, die mittlerweile nicht mehr oder überhaupt nicht an den Angeboten teilnahmen folgende Gründe genannt: fehlende Zeit, sonstige Verpflichtungen, gesundheitliche Gründe, noch nicht abgeschlossene Hilfsmittelausstattung, fehlende Mobilität (Auto), zu große Entfernungen und zu viel Therapie. 18,6% der beratenen Versicherten sind in Folge der Beratungen in einen Verein eingetreten, 20% haben es zukünftig vor.

Die Ergebnisse zeigen deutlich, dass eine erfolgreiche Vermittlung nicht allein durch ein qualifiziertes Beratungsgespräch durch einen Mobilitätslotsen garantiert wird. Auch die Rahmenbedingungen für die Teilnahme an Mobilitäts- und Bewegungsangeboten müssen gewährleistet werden. Dazu zählen im Wesentlichen das Vorhalten barrierefreier Angebote

selbst, aber auch ihre Erreichbarkeit durch öffentliche Verkehrsmittel, eigenen PKW oder Fahrdienste sowie die notwendige Hilfsmittelausstattung für unterschiedliche Angebote (z.B. Sportrollstühle). Hier gilt es insbesondere die Kostenübernahme möglichst einheitlich für alle Unfallversicherungsträger zu regeln. Nicht alle adäquaten Angebote sind dem Bereich Funktionstraining und Rehabilitationssport zuzuordnen sind, deren Kostenübernahme bereits hinreichend geklärt ist.

Zudem erwies sich in einigen Fällen ein Beratungs- und Beobachtungszeitraum von 12 Monaten als zu kurz, da Komplikationen, Kuraufenthalte und sonstige Vorhaben wie Hausumbau, Familienplanung, Urlaub etc. die Teilnahme an den beratenen Angeboten verzögerten.

8. Welche Zusammenhänge ergeben sich für die teilhaberelevanten Faktoren Mobilität, Freizeitaktivität, sportliche Aktivität, Erwerbstätigkeit, subjektive gesundheitsbezogene Lebensqualität?

Bei Versicherten mit einer paraplegischen Querschnittlähmung liegt eine signifikant höhere Rollstuhlmobilität unter den Aktiven in Beruf, Freizeit und Sport vor. Sportlich Aktive erreichen höchstsignifikant höhere Werte im AMR®-Test als sportlich Inaktive und weisen eine höchstsignifikant höhere physische und eine signifikant höhere psychische Lebensqualität auf.

Die Auswirkungen von Mobilität und Sport auf die teilhaberelevanten Faktoren Freizeit, Beruf und Lebensqualität müssen demzufolge als Wechselbeziehungen verstanden werden. Eine gute Rollstuhlmobilität schafft die wesentlichen Voraussetzungen für eine Teilhabe am Berufsleben sowie an unterschiedlichen Freizeit- und Sportangeboten. Gleichzeitig beeinflusst eine regelmäßige Teilhabe in Beruf, Freizeit und Sport die individuelle Mobilität der Betroffenen positiv. Beide Aspekte wirken sich insbesondere positiv auf die physische und psychische Lebensqualität der Menschen mit erworbener Querschnittlähmung aus. Um diese Auswirkungen langfristig für die Zielgruppe zu sichern, sollte der Wirkungskomplex von zwei Seiten positiv beeinflusst werden. Zum einen sollten regelmäßige Mobilitätstrainings dazu führen, dass die Voraussetzungen für eine Teilhabe an Beruf, Freizeit und Sport geschaffen und aufrechterhalten werden können. Zum anderen sollten die Rahmenbedingungen geschaffen werden, die eine Teilhabe von Menschen mit erworbener Querschnittlähmung am Berufsleben sowie an Freizeit- und Sportangeboten ermöglicht und damit zur Förderung der individuellen Alltagsmobilität beiträgt.

Die Beantwortung der Fragen 9 und 10

9. Welche erforderlichen Kompetenzen ergeben sich für die Auswahl von geeigneten Mobilitätslotsen?

10. Welche Optimierungen und Rahmenbedingungen können zu einem nachhaltigen Einsatz des mobilitäts- und bewegungsorientiertes Nachsorgekonzepts „Mobilität ist Teilhabe“ beitragen?

fand Eingang in die nachfolgend beschriebenen Schlussfolgerungen (s. Kap. 6.2) und die erstellten Leitlinien als Endergebnis des Projekts (s. Kap. 4.7).

6.2 Schlussfolgerungen aus den Projektergebnissen für das Konzept „Mobilität ist Teilhabe“

Im vorliegenden Kapitel werden die wesentlichen Schlussfolgerungen und Konsequenzen für das mobilitäts- und bewegungsorientierte Nachsorgekonzept „Mobilität ist Teilhabe“ für Menschen mit erworbener Querschnittlähmung auf zusammengefasst. Die Schlussfolgerungen dienen der Erstellung der Leitlinien, die als Endergebnis des Projekts in Kapitel 4.7 vorgestellt wurden.

Klinik

Die Einbindung des AMR®-Tests in den Klinikalltag hat sich als umsetzbar erwiesen. Parallel zum Projektverlauf konnten weitere Kliniken mit dem AMR®-Test ausgestattet und geschult werden (Bad Berka, Bad Wildungen, SPZ Nottwil, AUVA Tobelbad; Anfrage: Rehaklinik Luxemburg, AUVA Wien, Bad Häring), so dass die Instrumentetablierung als Routinediagnostik für die Sporttherapie weiter voranschreitet (aktueller Fallzahlstand: N=858). Aufgrund der Terminlogistik in den Kliniken konnten mehr Wiederaufnahmefälle in die Studie „Mobilität ist Teilhabe“ aufgenommen werden. Da sich die Beratungsstruktur insbesondere für erstentlassene Patienten als wertvoll erwiesen hat, sollte in den Kliniken zukünftig insbesondere bei Frischverletzten schnellstmöglich der Kontakt zum Mobilitätslotsen hergestellt werden. Der AMR®-Test soll demnach als Instrument zur Erfassung des Förderbedarfs dienen, im Fokus des Konzepts steht aber vor allem die anschließende Beratung und Vermittlung in adäquate und wohnortnahe Bewegungs- und Sportangebote.

Mobilitätslotse

Im Rahmen des Projekts hat sich der Einsatz von fünf Lotsen (Nord, West, Ost, 2x Süd) bundesweit für die Erprobung des Konzepts als ausreichend und sinnvoll erwiesen. Die Anzahl der ursprünglich geplanten 10-15 Mobilitätslotsen pro BG-Klinik wurde auf eine Zahl von fünf Lotsen bundesweit reduziert, da bereits die ersten Beratungen durch den Lotsen der FIBS gGmbH aufzeigten, dass eine sehr individuelle Beratung wohnortnah gewünscht war und vor allem ein konkreter Ansprechpartner als Bindeglied zwischen Klinik, Versicherten und Unfallversicherungsträgern fehlte.

Die Beratungen konnten von den eingesetzten Lotsen in zufriedenstellendem Umfang geleistet werden und ein ständiger Kontakt und Austausch zwischen Lotse und Projektleitung war gewährleistet.

Die in der Schulung vermittelten Suchstrategien zur Recherche adäquater Angebote konnten von allen Mobilitätslotsen umgesetzt und genutzt werden. Viele Kontaktübermittlungen wurden allerdings auch durch die persönlichen Netzwerke und Erfahrungen der Mobilitätslotsen gewährleistet. Die ursprünglich geplante Erstellung einer expliziten Datenbank und einer separaten Homepage zur Erfassung von Angeboten zeigte sich im Projektverlauf als unrealistisch und unnötig. Einerseits bieten immer mehr allgemeine und Behindertensportverbände entsprechende Suchmaschinen an und stoßen dabei besonders auf das Problem der ständigen Aktualisierung. Andererseits müssen insbesondere in ländlichen Regionen häufig sehr individuelle Lösungen gefunden werden, denen eine Datenbank nicht gerecht werden kann (z.B. Vermittlung von Handbike- Trainingspartnern). Zur Verbreitung wohnortnaher Angebote und zum Austausch der Mobilitätslotsen wurden daher die bereits existierenden Homepagestrukturen des DRS e.V. genutzt und aktualisiert. Dem Abschlussbericht

sind deshalb keine Ergebnisse zur permanenten Betreuung von Netzwerkstruktur, Datenbank und Homepagekommunikation zu entnehmen.

Nach Rückmeldung der Studienteilnehmer und Mobilitätslotsen sollte vielmehr ein Fokus auf den Ausbau des Mobilitätslotsenkonzepts gelegt werden. Dabei wäre es wünschenswert, dass die Anzahl der Lotsen so erweitert wird, dass jede Klinik einen direkten Lotsen als Ansprechpartner hat. Mehr Lotsen könnten gewährleisten, dass eine erste Kontaktaufnahme schon vor Klinikentlassung möglich wäre, einzelne Angebote vom Lotsen vor Ort auf Tauglichkeit überprüft und Frischverletzte ggf. sogar vom Lotsen zu den ersten Trainingseinheiten begleitet werden könnten.

Unfallversicherungsträger

Die Befragung der Berufshelfer, Rehamanager und sonstiger Sachbearbeiter und die dokumentierten Kontaktaufnahmen während der Projektlaufzeit deckten ein deutliches Informationsdefizit auf. Bei Festhalten am ursprünglichen Projektkonzept, das die Datenerhebung in der Klinik, die Weiterleitung an den UV-Träger und in der Folge eine Beauftragung des Mobilitätslotsen durch den zuständigen Berufshelfer, Rehamanager und sonstigen Sachbearbeiter vorsah, müssten neue und alternative Wege zur Information aller Unfallversicherungsträger und ihrer Bezirksverwaltungen gefunden werden. Die Rückmeldungen der Studienteilnehmer und der beteiligten Therapeuten in den Kliniken führen jedoch zu dem Schluss, dass eine schnelle Beratung dann erfolgt, wenn der Beratungsbedarf unmittelbar aus der Klinik an den Mobilitätslotsen weitergegeben wird. In dem Fall sollte der Mobilitätsstand und der Beratungsdarf dennoch zur Information an den UV-Träger übermittelt werden. Die vermittelnde Aufgabe entfällt in dem Fall weitestgehend für den Berufshelfer, Rehamanager und sonstigen Sachbearbeiter.

6.3 Relevanz der Ergebnisse und des Konzepts für die gesetzliche Unfallversicherung

Wesentliches Ziel des Projekts „Mobilität ist Teilhabe“ war es, für die Berufsgenossenschaften und Unfallkassen im Sinne des SGB VII „Helfen und Heilen mit allen geeigneten Mitteln“ und insbesondere der Unterabschnitte 3 („Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“) und 4 („Leistungen zur Teilhabe in der Gemeinschaft und ergänzende Leistungen“) ein mobilitäts- und bewegungsorientiertes Nachsorgekonzept zu entwickeln, das zukünftig zu einer erfolgreicherer Wiedereingliederung von Menschen mit einer erworbenen Querschnittlähmung in verschiedene Bereiche des gesellschaftlichen Lebens (Sport- und Freizeitgestaltung, Beruf etc.) beitragen kann. Das Projekt „Mobilität ist Teilhabe“ liefert in Form von Leitlinien praktische Handlungsempfehlungen zur Wiederherstellung und zum Erhalt der körperlichen Leistungsfähigkeit von Personen mit einer erworbenen Querschnittlähmung und zielt auf eine nachhaltige Umsetzung des Konzepts in den BG-Kliniken und darüber hinaus (s. Anhang 10). Angesichts der Fusion der BG-Kliniken zum 01.01.2016 könnte eine frühzeitige Empfehlung des AMR® und des Konzepts der Mobilitätslotsen zur einheitlichen Handhabung und Nachhaltigkeit beitragen.

Darüber hinaus wurde angesichts der beschriebenen überschaubaren Datenlage (vgl. Kap. 1) der Einfluss der Rollstuhlmobilität auf die Faktoren berufliche Situation, Freizeitgestaltung und

sportliche Aktivität als wesentliche Aspekte der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft weitergehend bestätigt.

Die gesammelten Erkenntnisse könnten möglicherweise inhaltlich und strukturell in unterschiedliche Arbeitsbereiche und -gruppen der DGUV einfließen und Anwendung finden. Darüber hinaus bietet sich ggf. eine Anknüpfung des Lotsenansatzes der mobilitäts- und bewegungsorientierten Nachsorge an das Konzept „Peer-Counseling“ in der gesetzlichen Unfallversicherung (z.B. Projekt „Unterstützung durch Peer-Counseling für Amputationsverletzte“) an. Beide Konzepte verbindet die Idee, dass Menschen mit Behinderungen von Menschen mit Behinderung beraten werden. Ermöglicht werden Gespräche „auf gleicher Augenhöhe“, die eine völlig andere Sicht auf die Themen des Alltags liefern und die auch die qualifiziertesten Beratungen durch Therapeuten und Ärzte nicht bieten können.

Das Thema Inklusion stellt ein großes Projekt für die Gesellschaft und die gesetzliche Unfallversicherung dar. Das Peer- und Lotsenkonzept kann für Berufsgenossenschaften und Unfallkassen ein wichtiger Eckpfeiler zur Gewährleistung von Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am Leben in der Gesellschaft sein. Der Erfolg der Konzepte ist jedoch maßgeblich auf ein engmaschiges Netzwerk und eine gute Zusammenarbeit von Versicherten, Unfallversicherungsträgern, Kliniken, Lotsen und den Anbietern vor Ort angewiesen.

7. Aktueller Umsetzungs- und Verwertungsplan

Zur Verwertung der in den vorherigen Kapiteln dargestellten Erkenntnisse werden mit dem vorliegenden Abschlussbericht Leitlinien, Handlungsempfehlungen und Schulungsmaterial zum Konzept „Mobilität ist Teilhabe“ dokumentiert. Zu einer nachhaltigen Umsetzung können zum jetzigen Zeitpunkt keine konkreten Zeithorizonte benannt, jedoch praktische Empfehlungen ausgesprochen werden (s. Kap. 6.3 und 6.4). Das langfristige Ziel ist der bundesweite Einsatz des Konzepts „Mobilität ist Teilhabe“ als gemeinsamer Standard der BG-Kliniken zur flächendeckenden Verbesserung der mobilitäts- und bewegungsorientierten Nachsorge für Menschen mit einer Querschnittlähmung. Zentrale Bedingung für den Erfolg des Vorhabens bildet ein lückenloses Netzwerk, das den Ausgangspunkt Klinik in allen Teilen Deutschlands mit regionalen Mobilitätslotsen für die Bereiche „Rollstuhlmobilität, Bewegung und Sport“ verbindet.

Deutlich wurde im dargestellten Projekt vor allem die Bedeutung der Rollstuhlmobilität für die Zielgruppe der Menschen mit einer erworbenen Querschnittlähmung für die Aspekte Sport, Freizeit, Beruf sowie Lebensqualität und damit für die uneingeschränkte Teilhabe an der Gesellschaft. Der zentrale Stellenwert der persönlichen Mobilität von Menschen mit eingeschränkter Mobilität oder Behinderung ist in der Forschungslandschaft unbestritten². Hier besteht auch u. a. im Sinne der Artikel 9 (persönliche Mobilität) und Artikel 26 (Habilitation und Rehabilitation) der UN-Behindertenrechtskonvention die Verpflichtung, Menschen mit eingeschränkter Mobilität zu mehr Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu befähigen und entsprechende Zugangsmöglichkeiten zu Maßnahmen der Mobilitätsförderung zu schaffen bzw. flächendeckend zu ermöglichen. Der Partizipationsgedanke findet an verschiedenen Stellen der UN-Behindertenrechtskonvention Erwähnung: Im Zusammenhang mit dem Recht auf unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft (Art. 19), im Bildungsbereich (Art. 24), beim Erhalt der Gesundheit (Art. 25), in der Habilitation und Rehabilitation (Art. 26), als Teilhabe am politischen und öffentlichen Leben (Art. 29) sowie am kulturellen Leben (Art. 30). Diese Bereiche stehen auch im Fokus der Handlungsfelder 3 (Partizipation) und 5 (Lebensräume und Inklusion) im Aktionsplan der gesetzlichen Unfallversicherung zur Umsetzung der UN-BRK (2012-2014) mit dem Ziel, einen Beitrag zur selbstbestimmten Teilhabe von Menschen mit Behinderung an verschiedenen Lebensbereichen leisten möchte.

Die Forschungsaktivitäten der FIBS gGmbH gemeinsam mit dem DRS e.V. sollen sich in den nächsten Jahren deshalb insbesondere dem Ausbau der Lotsenfunktion und der Übertragung des Konzepts „Mobilität ist Teilhabe“ auf weitere Zielgruppen (weitere Indikationen und GKV-Patienten) widmen. Zur langfristigen und umfangreichen Mobilitätsförderung von Menschen, die im Alltag auf einen Rollstuhl angewiesen sind, ist die bundesweite Implementierung und Überprüfung der Wirksamkeit von systematischen und standardisierten Mobilitätstrainingskursen für mobilitätseingeschränkte Rollstuhlnutzer notwendig. Insbesondere die Effekte auf die körperliche Aktivität, die soziale und die berufliche Teilhabe sollen für alle Menschen mit sensomotorischen Beeinträchtigungen erfasst werden, die nach einem Unfall in ihrer persönlichen Mobilität eingeschränkt und auf die Nutzung eines Aktivrollstuhls angewiesen sind.

² vgl. u. a. Anneken et al. 2010, Riggins et al. 2011, van der Woude et al. 2005

8. Literatur

- Anneken, V. (2009). Behindertensport ist Teilhabe. *B&G Bewegungstherapie und Gesundheitssport –Prävention, Sporttherapie und Rehabilitation in Wissenschaft und Praxis*, 25, 195-200.
- Anneken V, Hanssen-Doose A, Hirschfeld S, Scheuer T, Thietje R. Influence of physical exercise on quality of life in individuals with spinal cord injury. *Spinal Cord* 2010; 48: 393-399.
- Bricout JC. Using telework to enhance return to work outcomes for individuals with spinal cord injuries. *NeuroRehabilitation*. 2004;19(2):147-59.
- Evans RL, Hendricks RD, Connis RT, Haselkorn JK, Ries KR, Mennet TE (1993). Quality of Life After Spinal Cord Injury: A Literature Critique and Meta-analysis (1983-1992). *Journal of the American Paraplegia Society*, 17(2), 60-66.
- Fadyl JK, McPherson KM. Understanding decisions about work after spinal cord injury. *J Occup Rehabil*. 2010 Mar;20(1):69-80.
- Fernhall B, Heffernan K, Jae SY, Hedrick B. Health implications of physical activity in individuals with spinal cord injury: a literature review. *J Health Hum Serv Adm*. 2008 Spring;30(4):468-502.
- Hanson CS, Nabavi D, Yuen HK. The effect of sports on level of community integration as reported by persons with spinal cord injury. *Am J Occup Ther*. 2001 May-Jun;55(3):332-8.
- Hess DW, Meade MA, Forchheimer M, Tate DG (2004). Psychological Well-Being and Intensity of Employment in Individuals with a Spinal Cord Injury. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 9(4), 1-10.
- Hess DW, Kolakowsky-Hayner SA, Cifu DX, Huang ME. A comparative study of outcomes and expenses following tetraplegia and paraplegia. *J Spinal Cord Med*. 2000 Winter;23(4):228-33.
- Hetz SP, Latimer AE, Ginis KA. Activities of daily living performed by individuals with SCI: relationships with physical fitness and leisure time physical activity. *Spinal Cord*. 2009 Jul;47(7):550-4.
- Jang Y, Wang YH, Wang JD. Return to work after spinal cord injury in Taiwan: the contribution of functional independence. *Arch Phys Med Rehabil*. 2005 Apr;86(4):681-6.
- Knoll M, Bös K, Banzer W (2006). Sportliche Aktivität und physische Gesundheit. In: Bös K, Brehm W (Hrsg), *Gesundheitssport. Ein Handbuch* (S. 83-102). Hofmann: Schorndorf.
- Krause JS, Terza JV, Dismuke C. Earnings among people with spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil*. 2008 Aug;89(8):1474-81.
- Krause JS, Terza JV, Saunders LL, Dismuke CE. Delayed entry into employment after spinal cord injury: factors related to time to first job. *Spinal Cord*. 2010 Jun;48(6):487-91. Epub 2009 Nov 24.

- Krause JS. Years to employment after spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil.* 2003 Sep;84(9):1282-9.
- Levins SM, Redenbach DM, Dyck I. Individual and societal influences on participation in physical activity following spinal cord injury: a qualitative study. *Phys Ther.* 2004 Jun;84(6):496-509.
- Lidal IB, Hjeltnes N, Røislien J, Stanghelle JK, Biering-Sørensen F. Employment of persons with spinal cord lesions injured more than 20 years ago. *Disabil Rehabil.* 2009;31(26):2174-84.
- Lidal IB, Huynh TK, Biering-Sørensen F. Return to work following spinal cord injury: a review. *Disabil Rehabil.* 2007 Sep 15;29(17):1341-75. Review.
- Murphy G, Middleton J, Quirk R, De Wolf A, Cameron ID. Prediction of employment status one year post-discharge from rehabilitation following traumatic spinal cord injury: an exploratory analysis of participation and environmental variables. *J Rehabil Med.* 2009 Nov;41(13):1074-9.
- Noreau L, Shephard RJ. Return to work after spinal cord injury: the potential contribution of physical fitness. *Paraplegia.* 1992 Aug;30(8):563-72.
- Ottomanelli L, Lind L. Review of critical factors related to employment after spinal cord injury: implications for research and vocational services. *J Spinal Cord Med.* 2009;32(5):503-31. Review.
- Putzke JD, Richards JS, Hicken BL, DeVivo MJ. Predictors of life satisfaction: a spinal cord injury cohort study. *Arch Phys Med Rehabil.* 2002 Apr;83(4):555-61.
- Riggins MS, Kankipati P, Oyster ML, Cooper RA, Boninger ML. The Relationship Between Quality of Life and Change in Mobility 1 Year Postinjury in Individuals With Spinal Cord Injury. *Arch Phys Med Rehabil* 2011; 92: 1027-1033.
- Rittner V, Breuer C (2000). Bewegung. In: Bundesvereinigung für Gesundheit (Hrsg.), *Gesundheit: Strukturen und Handlungsfelder* (Abschnitt III-4). Luchterhand: Neuwied.
- Scheuer, T., Anneken, V., Hirschfeld, S., Richarz, P., Thietje, R. (2009). Sport bei Menschen mit Querschnittlähmung. *B&G Bewegungstherapie und Gesundheitssport –Prävention, Sporttherapie und Rehabilitation in Wissenschaft und Praxis*, 25, 190-194.
- Scheuer, T., Anneken, V., Richarz, P., Hirschfeld, S., Hanssen-Doose, A., Thietje, R. (2010). Rollstuhlsport. Beitrag zu einer höheren Lebensqualität bei Menschen mit Querschnittlähmung. *Trauma und Berufskrankheit*, 12(3), 197-202.
- Schlicht W, Kanning M, Bös K (2003). *Psychosoziale Interventionen zur Beeinflussung des Risikofaktors Bewegungsmangel*. Statuskonferenz Psychokardiologie (Band 10), Vas-Verlag für Akademische Schriften.
- Schönherr MC, Groothoff JW, Mulder GA, Eisma WH. Participation and satisfaction after spinal cord injury: results of a vocational and leisure outcome study. *Spinal Cord.* 2005 Apr;43(4):241-8.

Sekaran P, Vijayakumari F, Hariharan R, Zachariah K, Joseph SE, Senthil Kumar RK. Community reintegration of spinal cord-injured patients in rural south India. *Spinal Cord*. 2010 Aug;48(8):628-32. Epub 2010 Feb 9.

Sörensen LE, Pekkonen MM, Männikkö KH, Smolander J, Alen MJ (2008). Associations between work ability, health related quality of life and fitness among middle-aged men. *Applied Ergonomics* 2008, 39, 786 – 791.

Targett P, Wehman P, Young C. Return to work for persons with spinal cord injury: designing work supports. *NeuroRehabilitation*. 2004;19(2):131-9. Review.

Tasiemski T, Bergström E, Savic G, Gardner BP. Sports, recreation and employment following spinal cord injury--a pilot study. *Spinal Cord*. 2000 Mar;38(3):173-84.

Tasiemski T, Kennedy P, Gardner BP, Taylor N. The association of sports and physical recreation with life satisfaction in a community sample of people with spinal cord injuries. *NeuroRehabilitation*. 2005;20(4):253-65.

Valtonen K, Karlsson AK, Alaranta H, Viikari-Juntura E. Work participation among persons with traumatic spinal cord injury and meningomyelocele. *J Rehabil Med*. 2006 May;38(3):192-200.

Van der Woude, LH, Janssen TW, Veeger DJ (2005). Guest Editorial: Background on the 3rd International Congress „Restoration of (wheeled) mobility in SCI rehabilitation“: State of the art III. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 42: vii-xiv.

Van de Velde D, Bracke P, Van Hove G, Josephsson S, Vanderstraeten G. Perceived participation, experiences from persons with spinal cord injury in their transition period from hospital to home. *Int J Rehabil Res*. 2010 Jul 31. [Epub ahead of print]

Wang RY, Yang YR, Yen LL, Lieu FK. Functional ability, perceived exertion and employment of the individuals with spinal cord lesion in Taiwan. *Spinal Cord*. 2002 Feb;40(2):69-76.

Young AE, Murphy GC. Employment status after spinal cord injury (1992-2005): a review with implications for interpretation, evaluation, further research, and clinical practice. *Int J Rehabil Res*. 2009 Mar;32(1):1-11. Review.

9. Anhang/Anhänge

Anhang 1: Fragebogen Therapeuten

Anhang 2: Schulungsmaterial Mobilitätslotsen

Anhang 3: Checkliste Mobilitätslotse

Anhang 4: Datenschutzerklärung Mobilitätslotse

Anhang 5: Ergebnisprotokoll AMR®-Test

Anhang 6: Kurzfragebogen Mobilität und sportliche Aktivität

Anhang 7: Leitfaden Telefoninterview Berufshelfer/ Rehamanager/ beauftragte Sachbearbeiter

Anhang 8: Fragebogen Mobilitätslotse

Anhang 9: Abschlussfragebogen zum Projekt

Anhang 10: Leitlinien zum abgeschlossenen Projektkonzept Mobilität ist Teilhabe

Anhang 1: Fragebogen Therapeuten

Klinik: _____

1. Findet das Projekt „Mobilität ist Teilhabe“ in Ihrer Klinik ausreichend Akzeptanz...

	Ja	Eher Ja	Eher Nein	Nein
...bei der Klinikleitung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...beim abteilungsleitenden Chefarzt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...in der Verwaltung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...in der Sporttherapie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...in der Physiotherapie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...bei den Patienten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anmerkungen zu Frage 1:

2. Erhalten Sie ausreichend Unterstützung im Projekt „Mobilität ist Teilhabe“ durch...

	Ja	Eher Ja	Eher Nein	Nein
...die Klinikleitung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...den abteilungsleitenden Chefarzt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...die Verwaltung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...die Sporttherapie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...die Physiotherapie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...die Ergotherapie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anmerkungen zu Frage 2:

3. Lassen sich die erforderlichen Testungen (AMR®-Test und Fragbogen) personell realisieren?

- Ja Eher ja Eher nein Nein

Anmerkungen zu Frage 3:

4. Lassen sich die erforderlichen Testungen (AMR®-Test und Fragbogen) zeitlich realisieren?

- Ja Eher ja Eher nein Nein

Anmerkungen zu Frage 4:

5. Hat sich durch das Projekt der Kontakt zum Rehamanagement bzw. zur Berufshilfe verbessert?

- Ja Eher ja Eher nein Nein

Anmerkungen zu Frage 5:

6. Wurden in Ihrer Klinik bereits Patienten durch den jeweiligen UV-Träger zur Testung einbestellt? Wenn Ja, geben Sie bitte auch Patientenzahl und UV-Träger an.

- Ja, und zwar: _____ (Anzahl Patienten) Nein
durch UV-Träger _____

Anmerkungen zu Frage 6:

7. Wie erklären Sie sich, dass die Fallzahlen zum jetzigen Zeitpunkt unter der vorher abgefragten Erwartung liegen? (Mehrfachnennung möglich)

- weniger stationäre Aufnahmen als erwartet
 Wiederaufnahmepatienten bei Komplikationen nicht testbar (z.B. bei Dekubitus)
 fehlende Information zu Entlassungsterminen
 fehlende Information bei Einbestellung von Patienten zu Check-Untersuchungen
 fehlende Information zu Wiederaufnahmen
 Krankheitsausfälle im Team
 aus personellen Gründen keine Testung möglich

Sonstiges:

8. Wie hoch schätzen Sie die Anzahl der Patienten, die für das Projekt „Mobilität ist Teilhabe“ seit März 2013 geeignet gewesen werden, aber aus oben genannten Gründen nicht aufgenommen werden konnten?

_____ (Anzahl)

Anmerkungen zu Frage 8:

Anhang 2: Schulungsmaterial Mobilitätslotsen

„Mobilität ist Teilhabe“

-

Einführung für Mobilitätslotsen

Forschungsinstitut für Inklusion durch Bewegung und Sport (FIBS gGmbH)

www.fi-bs.de

Tanja Bungter

Erkenntnisse und Konsequenzen aus dem Projekt „Teilhabe durch Mobilität“ (2006 – 2010)

- Rollstuhlmobilität zeigt sich in verschiedenen Projektteilen als Grundvoraussetzung für Menschen mit einer Querschnittlähmung, an verschiedenen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens teilzuhaben
- frühzeitig einsetzende und überdauernd durchgeführte Förderung der Rollstuhlmobilität ist damit wesentlicher Erfolgsfaktor zur Teilhabe und Inklusion
- **Konsequenz:**
 - Intensivierung des Mobilitäts- und Selbständigkeitstrainings insbesondere in der **Nachsorge**
 - Verbesserung der Vermittlung von **Anlaufstellen** im Bereich Rehabilitations- oder Vereinssport und **wohntnahe** Sportangebote

Projekthintergrund

- **Folgeprojekt** „Mobilität durch Teilhabe“ und WS 2011
- **Projekt** zur Verbesserung der Mobilität von Menschen mit einer Querschnittlähmung durch Bewegung und Sport
- **Ziel:** bewegungsorientiertes Nachsorgekonzept zur Verbesserung der Teilhabe (Zeitraum 2012 bis 2014)
- **Idee:** Berufshelfer als Bindeglied (erhalten detaillierte Informationen zur Rollstuhlmobilität der Patienten ohne Mehraufwand!)
- AMR[®] als standardisiertes Testergebnis wird u.a. übermittelt

Ein kurzer Einblick...

Haus 3, 2. OG - Tel. +49 40 3250 9661 - Fax +49 40 3250 9679 - www.brandstage.tv

brandstage.tv GmbH - Beinhartstraße 28A - 22765 Hamburg - Germany

DGUV
Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
Spitzenverband

Deutsche Sporthochschule Köln
German Sport University Cologne
Institut für Bewegungstherapie
und bewegungsorientierte Prävention
und Rehabilitation

FiBS
FORSCHUNGSINSTITUT FÜR INKLUSION DURCH BEWEGUNG UND SPORT

DRS
Deutscher Rollstuhl-Sportverband e.V.

© brandstage.tv GmbH 2010. All rights reserved

Aktivitätstest zur Mobilität im Rollstuhl
Para - Version
Tetra - Version

<http://www.fi-bs.de/fibs/projekte/TDM/AMR-Test.php>

Auswertung anhand des Programms AMR®



Aktivitätstest zur Mobilität im Rollstuhl

Datei

Allgemeine Daten | **AMR Para** | AMR Tetra

Name: Max Datum: Mustermann

Geschlecht: männlich weiblich

Alter: 45 (in Jahren)

Größe: 188 (in cm)

Gewicht: 80 (in kg)

Art Querschnittlähmung: komplett inkomplett

Lähmungshöhe: TH5 AMR Para AMR Tetra

ASIA (falls vorliegend): A

Eintritt Querschnittlähmung: vor 0-6 Monaten

Ursache Querschnittlähmung: Verkehrsunfall

Sind Sie im Alltag auf einen Rollstuhl angewiesen?

Ist dieser Rollstuhl ein für Sie angepasster oder noch ein vorläufiger Rollstuhl?

 **DGUV**
Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
Spitzenverband

 **Deutsche Sporthochschule Köln**
German Sport University Cologne
Lehrstuhl für Bewegungstherapie
und Bewegungswissenschaften, Prävention
und Rehabilitation

 **FIBS**
FORSCHUNGSINSTITUT FÜR INKLUSION DURCH BEWEGUNG UND SPORT

 **DRS**
Deutscher Rollstuhl-Sportverband e.V.

Auswertung anhand des Programms AMR®



Aktivitätstest zur Mobilität im Rollstuhl

Datei

Allgemeine Daten AMR Para AMR Tetra

Rückwärtsfahren	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	●
Überwinden unebenes Profil	<input type="radio"/> 1	<input checked="" type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	●
6% Rampe hoch	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input checked="" type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	●
6% Rampe runter	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input checked="" type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	●
20% Rampe hoch	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input checked="" type="radio"/> 5	●
20% Rampe runter	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input checked="" type="radio"/> 5	●
In Bus/Bahn einsteigen	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input checked="" type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	●
Aus Bus/Bahn aussteigen	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input checked="" type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	●
6 cm Stufe vorwärts hoch	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input checked="" type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	●
6 cm Stufe vorwärts runter	<input type="radio"/> 1	<input checked="" type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	●
6 cm Stufe rückwärts runter	<input type="radio"/> 1	<input checked="" type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	●
10 cm Stufe vorwärts hoch	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input checked="" type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	●
10 cm Stufe vorwärts runter	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input checked="" type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	●
10 cm Stufe rückwärts runter	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input checked="" type="radio"/> 5	●
15 cm Stufe vorwärts runter	<input type="radio"/> 1	<input checked="" type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	●
15 cm Stufe rückwärts runter	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	●
Schnelles Starten (Zeit auf 15m)	<input type="text" value="8,5"/>					●

Gesamtscore: 50

DGUV Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung Spitzenverband
Deutsche Sporthochschule Köln German Sport University Cologne Institut für Bewegungstherapie auf bewegungsgerichtete Prävention und Rehabilitation
FIBS FORSCHUNGSINSTITUT FÜR INKLUSION DURCH BEWEGUNG UND SPORT
DRS Deutscher Rollstuhl-Sportverband e.V.

AMR®-Ergebnis im Entlassungsbericht

AMR® - Aktivitätstest zur Mobilität im Rollstuhl

1. Allgemeine Daten

Name: Max Mustermann
Status: Erstentlassung
Geschlecht: männlich
Alter: 45
Größe: 188 cm
Gewicht: 80 kg

Testdatum: 25.12.2012

Art der Querschnittlähmung: komplett
Lähmungshöhe: TH5
ASIA: A
Eintritt Querschnittlähmung: vor 0-6 Monaten
Ursache Querschnittlähmung: Verkehrsunfall

Auf Rollstuhl angewiesen? ja, immer
Angepasster Rollstuhl? angepasster Rollstuhl

Beherrschen Sie den Transfer "Rollstuhl-Rollstuhl"? ja, mit Schwierigkeiten
Beherrschen Sie den Transfer "Rollstuhl-Boden"? nein
Beherrschen Sie den Transfer "Boden-Rollstuhl"? nein

Beherrschen Sie die Entlastungstechnik? ja
Können Sie die Feststellbremse selbstständig betätigen? ja

2. AMR® Para

Rückwärtsfahren: 1 (gering)
Überwinden unebenes Profil: 3 (gering)
6% Rampe hoch: 5 (hoch)
6% Rampe runter: 5 (hoch)
20% Rampe hoch: 3 (mittel)
20% Rampe runter: 4 (hoch)
In Bus/Bahn einsteigen: 3 (mittel)
Aus Bus/Bahn aussteigen: 3 (mittel)
6 cm Stufe vorwärts hoch: 5 (hoch)
6 cm Stufe vorwärts runter: 4 (hoch)
6 cm Stufe rückwärts runter: 4 (mittel)
10 cm Stufe vorwärts hoch: 4 (hoch)
10 cm Stufe vorwärts runter: 3 (mittel)
10 cm Stufe rückwärts runter: 3 (mittel)
15 cm Stufe vorwärts runter: 1 (gering)
15 cm Stufe rückwärts runter: 1 (gering)
Schnelles Starten (Zeit auf 15m): 8.5 (mittel)

Gesamtscore: 52 (gering)

Fähigkeitslevel 1

Die Aufgabe kann nur durch ausgeprägte Hilfestellung einer anderen Person bewältigt werden und / oder in keinerlei Hinsicht als bewältigt bezeichnet werden.

Fähigkeitslevel 2

Die Aufgabe kann nur unsicher bewältigt werden und / oder es wird deutlich mehr Zeit als angemessen benötigt. Dabei besteht die Notwendigkeit, Hilfestellung durch überwiegen den direkten Körperkontakt einer Hilfsperson zu erhalten.

Fähigkeitslevel 3

Die Aufgabe kann nur unsicher bewältigt werden und / oder es wird mehr Zeit als angemessen benötigt. Dabei besteht die Notwendigkeit, im Ausnahmefall auf eine Hilfsperson bei der Durchführung zurückgreifen zu können (Sicherheitsstellung).

Fähigkeitslevel 4

Die Aufgabe kann ohne Hilfen oder Sicherheitsstellung mit kleinen Unsicherheiten bewältigt werden und / oder es wird geringfügig mehr Zeit zur Durchführung benötigt.

Fähigkeitslevel 5

Die Aufgabe kann ohne Hilfen oder Sicherheitsstellungen sicher in angemessener Zeit bewältigt werden.

Ursprüngliches Projektkonzept



Aktuelles Projektkonzept



Teilnehmende Kliniken am MIT-Projekt

- **Seit März 2013:**
 - BG Klinik Murnau
 - BG Klinik Hamburg
 - BG Klinik Bochum
 - BG Klinik Halle/Saale
 - Klinik Hohe Warte Bayreuth

- **Seit März/April 2014:**
 - BG Klinik Frankfurt
 - BG Klinik Duisburg
 - BG Klinik Tübingen

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



Weitere Informationen zum Projekt finden Sie unter www.fi-bs.de
Kontakt: Tanja Bungter, 02234-2052-372, bungter@fi-bs.de

1. **Deutscher Rollstuhl-Sportverband (DRS):** <http://www.drs.org> (unter Sport im Rollstuhl unterschiedliche Sportarten mit Ansprechpartnern der Fachbereiche)

2. **Deutscher Behindertensportverband** <http://www.dbs-npc.de> – zuständige **Landesverbände:**
 - Bayern: **Behinderten- und Rehabilitations- Sportverband Bayern** <http://www.bvs-bayern.com/> (nach Leistungssport, Inklusionssport, Breitensport, Rehasport; unter Service: Vereinssuche über PLZ und Ort möglich)
 - Baden: **Badischer Behinderten- und Rehabilitationssportverband** <http://www.bbsbaden.de/> (nach Rehasport, Breitensport, Leistungssport; unter Mitgliedsvereine/ Rehasportgruppen: Suche nach PLZ und Ort möglich)
 - Württemberg: **Württembergischer Behinderten- und Rehabilitationssportverband** <http://www.wbrs-online.net/> (hps. Rehasportangebote; über Rehasport → Rehasport-Suche: Suche nach PLZ, Kategorie Rollstuhlsport, Radius möglich)

3. **Angebote für Menschen ohne Behinderung, die auch für Rollstuhlnutzer möglich** (z.B. Badminton-Angebot)
 - freie Internetrecherche zur gewünschten Sportart am Wohnort
 - über **DOSB- Landessportbünde:**
 - **Bayrischer Landes-Sportverband** <http://www.blsv.de/> über entsprechende Bezirke (I Oberbayern, II Niederbayern, III Oberpfalz, IV Oberfranken, V Mittelfranken, VI Unterfranken, VII Schwaben) unter Bezirk → Sportverein
 - **Landessportverband Baden-Württemberg** <http://www.lsvbw.de> (unter Service → Vereinssuche Württemberg, Nordbaden, Südbaden)
 - Orientierung am Fragenkatalog zur Barrierefreiheit

Möglichkeiten Angebotssuche Ost

1. **Deutscher Rollstuhl-Sportverband (DRS):** <http://www.drs.org> (unter Sport im Rollstuhl unterschiedliche Sportarten mit Ansprechpartnern der Fachbereiche)
2. **Deutscher Behindertensportverband** <http://www.dbs-npc.de> – zuständige Landesverbände:
 - Berlin: **Behinderten- Sportverband Berlin** <http://bsberlin.de> (unter Sport: Sportarten mit Ansprechpartner und Vereinen; unter Reha-Sport: Datenbank Reha-Sportangebote: Suchmaschine: Suche nach Vereinsname, Sportangebot, Sportart, Ort, Indikation, Wochentag möglich)
 - Brandenburg: **Behinderten- Sportverband Brandenburg** <http://www.bsbrandenburg.de> (unter Übungsstätte oder Vereinsuche: Suchmaschine: Suche nach Sportstätte, Ort, PLZ, Vereinsname; unter Sport: Ansprechpartner zu unterschiedlichen Sportarten)
 - Sachsen: **Sächsischer Behinderten- und Rehabilitationssportverband** <http://www.behindertensport-sachsen.de/> (unter Behindertensport: Sportarten mit Ansprechpartnern; unter Verein Suchmaschine: Suche nach Verein, Ort, PLZ, Indikation, Sportart, Rehasport)
 - Sachsen-Anhalt: **Behinderten- und Rehabilitationssportverband Sachsen-Anhalt** <http://www.bssa.de> (unter sportliche Angebote: Rehabilitationssport: direkt zu den Mitgliedsvereinen mit den Rehabilitationssport-Angeboten: Landkreisauswahl; KEINE Suchmaschine!)
 - Thüringen: **Thüringer Behinderten- und Rehabilitationssportverband** <http://www.tbrsv.info/> (unter sportliche Angebote: Sportarten mit Ansprechpartner; unter Rehasport: zu den Vereinen; unter Vereine: Rehasportvereine regional geordnet und Suchmaschine mit Suche nach Kreis, Thema, Unterthema, Altersgruppe, Geschlecht, Qualitätssiegel)
3. **Angebote für Menschen ohne Behinderung, die auch für Rollstuhlnutzer möglich** (z.B. Badminton-Angebot)
 - freie Internetrecherche zur gewünschten Sportart am Wohnort
 - über **DOSB- Landessportbünde:**

- **Landessportbund Berlin** <http://www.lsb-berlin.net/> (unter Service Suchmaschine mit Suche nach Bezirk, Sportart, Verband; unter Service: Sportangebote nach Bezirk, Sportart, Wochentag/Uhrzeit)
 - **Landessportbund Brandenburg** <http://www.lsb-brandenburg.de/> (keine Vereinssuche auf Homepage; Kontakt: 0331-971980, info@lsb-brandenburg.de)
 - **Landessportbund Sachsen** <http://www.sport-fuer-sachsen.de> (oben auf Seite Suchmaschine nach Sportart, Ort/PLZ)
 - **Landessportverband Sachsen-Anhalt** <http://www.lsb-sachsen-anhalt.de> (am rechten Bildrand Vereinssuche per Suchmaschine nach Vereinsname oder Ort/PLZ)
 - **Landessportbund Thüringen** <http://www.thueringen-sport.de/> (am rechten Bildrand Stichwortsuche; unter Sportangebote Suche nach Altersgruppe)
- Orientierung am Fragenkatalog zur Barrierefreiheit

Möglichkeiten Angebotssuche Nord

1. **Deutscher Rollstuhl-Sportverband (DRS):** <http://www.drs.org> (unter Sport im Rollstuhl unterschiedliche Sportarten mit Ansprechpartnern der Fachbereiche)

2. **Deutscher Behindertensportverband** <http://www.dbs-npc.de> – zuständige Landesverbände:
 - Hamburg: **Behinderten- und Rehabilitations- Sportverband Hamburg** <http://www.brs-hamburg.de/> (unter Rehabilitationssport: Angebote für Interessierte (Liste) oder unter Breiten-/Integrationssport: Angebote der Vereine (Liste); nur Listen von Angeboten, KEINE Suchmaschine)
 - Bremen: **Behinderten- Sportverband Bremen** <http://www.behindertensport-bremen.de/> (unter Rehabilitationssport: Anbieterliste; KEINE Suchmaschine)
 - Niedersachsen: **Behinderten Sportverband Niedersachsen** <http://www.bsn-ev.de/> (unter Breitensport: Ansprechpartner für unterschiedliche Sportarten; unter Rehabilitationssport Ansprechpartner; unter Informationen zu Sportarten Ansprechpartner für unterschiedliche Sportarten; unter Vereinssuche Rehasport Suchmaschine nach freier Suchbegriff/ Behinderung/ Sportart/ Ort/ PLZ/ Umkreis)
 - Schleswig-Holstein: **Rehabilitations- und Behinderten- Sportverband Schleswig-Holstein** <http://www.rbsv-sh.de/> (unter Suche: Vereine/Sportarten Liste zu finden, hier auch Suche nach Fachwarten möglich (unter Kategorie))
 - Mecklenburg-Vorpommern: **Verband für Behinderten- und Rehabilitationssport M-V** <http://www.vbrs-mv.de> (unter Breitensport: Ansprechpartner nach Sportarten; unter Rehasport: Menüpunkte, Rehabilitationssport, Vereine in M-V, Liste unter http://www.vbrs-mv.de/attachments/567_%C3%9Cbersicht%20Anbieter%20Rehasport.pdf; in linker Navigationsleiste unter Vereinssuche: Liste zu Fachbereichsleitern unter <http://www.vbrs-mv.de//download/Adressen%20Fachbereichsleiter%2017042013.pdf>, Liste zu Mitgliedsvereinen unter <http://www.vbrs-mv.de//download/Adressen%20Mitgliedsvereine.pdf>, Liste zu

Rehasportvereinen unter <http://www.vbrs-mv.de//download/%C3%9Cbersicht%20Anbieter%20Rehasport.pdf>)

3. Angebote für Menschen ohne Behinderung, die auch für Rollstuhlnutzer möglich

(z.B. Badminton-Angebot)

- freie Internetrecherche zur gewünschten Sportart am Wohnort
- über **DOSB- Landessportbünde**:
 - **Hamburger Sportbund** <http://www.hamburger-sportbund.de/> (am Seitenende unter Sportsuche Suche nach Sportarten, Vereinsname, PLZ möglich)
 - **Landessportbund Bremen** <http://www.lsb-bremen.de/> (unter Sportangebote: Angebot Bremerhaven/Bremen-Nord/Bremen-Stadt; dort Suchmaschine nach Anfangsbuchstabe Verein, Stadtteil, Sportart)
 - **Landessportbund Niedersachsen** <http://www.lsb-niedersachsen.de/> (unter „Über uns“, „Organisation“, „Mitgliedsvereine“ findet man Vereinsuche im Intranet unter <http://lsbntweb.lsb-niedersachsen.de/extern/vsuche.osp>, hier Suche nach Sportart, Ort, Verein möglich)
 - **Landessportverband Schleswig-Holstein** <http://www.lsv-sh.de/> (Reiter Vereinsuche, Suchmaschine, Suche nach Vereinsname, Sportangebot, PLZ, Umkreis möglich)
 - **Landessportbund Mecklenburg-Vorpommern** <http://www.lsb-mv.de/> (unter Verbände & Vereine: Suchmaschine Vereine nach Region und Volltextsuche; Online-Bestandsmeldung (OBM) und Vereinsverwaltung "Verminet" der Landessportbünde Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen und Thüringen: <http://www.verminet.de/>)
- Orientierung am Fragenkatalog zur Barrierefreiheit

Möglichkeiten Angebotssuche West

1. **Deutscher Rollstuhl-Sportverband (DRS):** <http://www.drs.org> (unter Sport im Rollstuhl unterschiedliche Sportarten mit Ansprechpartnern der Fachbereiche)

2. **Deutscher Behindertensportverband** <http://www.dbs-npc.de> – zuständige Landesverbände:
 - NRW: **Behinderten- Sportverband Nordrhein-Westfalen** <http://www.bsnw.de> (am rechten Bildrand: Rehasport-Suchmaschine: Suche nach Ort, maximaler Entfernung, Indikation/Behinderung möglich; ausschließlich Rehasportangebote)
 - Hessen: **Hessischer Behinderten- und Rehabilitations- Sportverband** <http://www.hbrs.de> (unter Services wird die Vereinssuche zur Zeit neu aufgebaut; aktuell ist die Suche nur über eingestellte Listen möglich: <http://www.hbrs.de/uploads/media/Anerk. Vereine Rehabilitationssport 13.08.13.pdf>)
 - Rheinland-Pfalz: **Behindertensportverband Rheinland-Pfalz** <http://www.behindertensportverband-rheinland-pfalz.de/> (nach Breitensport, Leistungssport, Breitensport: unter Breitensport: Sportarten im Verband mit Ansprechpartner Lisa Reithmann 0261-973878-54/ lisa.reithmann@bsv-rlp.de; unter Rehasport: Rehasportsuche nach Ort, Umkreis, Indikation, Tageszeit möglich)
 - Saarland: **Behinderten- und Rehabilitations- Sportverband Saarland** <http://www.brs-saarland.de/> (unter Sportarten: Ansprechpartner; unter Vereine: Kontakte Bezirkswarte, Liste Vereine, Vereine nach Indikationen (keine Suchmaschine!))

3. **Angebote für Menschen ohne Behinderung, die auch für Rollstuhlnutzer möglich** (z.B. Badminton-Angebot)
 - freie Internetrecherche zur gewünschten Sportart am Wohnort
 - über **DOSB- Landessportbünde:**

Möglichkeiten Angebotssuche West

- **Landessportbund NRW** <http://www.lsb-nrw.de/> (unter „Für Sportinteressierte“ unter „Vereinssuche“ Suche nach Sportart, Stadt/PLZ möglich)
 - **Landessportbund Hessen** <http://www.landessportbund-hessen.de/> (unter „Zu unseren...“ Sportkreise, Sportverbände einzelner Sportarten aufgeführt; keine Vereinssuche!)
 - **Landessportbund Rheinland-Pfalz** <http://www.lsb-rlp.de/> (unter „Fachverbände“ Fachverbände von A-Z aufgelistet; keine Vereinssuche!)
 - **Landessportverband für das Saarland** <http://www.lsvs.de/> (keine Auflistung von Fachverbänden; allgemeiner Kontakt Geschäftsstelle: 0681-3879-0/ info@lsvs.de)
- Orientierung am Fragenkatalog zur Barrierefreiheit

- **Barrierefreiheit:**
 - Ist das Studio über den ÖPNV erreichbar?
 - Verfügt das Studio über Behindertenparkplätze?
 - In welcher Etage liegt das Studio?
 - Müssen auf dem Weg in das Studio Stufen oder Treppen überwunden werden?
 - Gibt es einen Aufzug?
 - Sind die Umkleidekabinen und Duschen geeignet für Rollstuhlfahrer?
 - Gibt es behindertengerechte Toiletten?
 - Sind die vorhandenen Trainingsgeräte geeignet für Rollstuhlfahrer?
 - In welchem Umfang sind Transfers notwendig?
 - Gibt es Kurse, an denen Rollstuhlfahrer teilnehmen können?

- **Qualifikation:**
 - Hat das Studio Erfahrung im Kraft- und Ausdauertraining für Rollstuhlfahrer?
 - Haben die eingesetzten Trainer schon an entsprechenden Fortbildungen teilgenommen?
 - Ist ein Physiotherapeut im Haus?

- **Weiteres Vorgehen:**
 - Terminabsprache für Probetraining möglich?

Anhang 3: Checkliste Mobilitätslotse

Checkliste Mobilitätslotse

I. ALLGEMEINES		
Unfallversicherungsträger:		
Name, Kontakt Berufshelfer:		
Name, Kontakt Versicherter:		
Behandelnde Klinik:	<input type="radio"/> Bayreuth <input type="radio"/> Bochum <input type="radio"/> Halle <input type="radio"/> Hamburg	<input type="radio"/> Murnau <input type="radio"/> Frankfurt <input type="radio"/> Tübingen <input type="radio"/> Duisburg
Entlassungsdatum aus der Klinik:		
Einverständniserklärung zur Datenweiterleitung an Mobilotse/FiBS (unter Fragebogen)	<input type="radio"/> Ja (dann per Fax/Post anfordern!)	<input type="radio"/> Nein (dann Fragen in Block III. durchgehen!)

II. ZUSATZINFORMATIONEN		
Wohnort		
Erwerbstätigkeit	<input type="radio"/> Ja, und zwar: _____ in <input type="radio"/> Vollzeit <input type="radio"/> Teilzeit <input type="radio"/> Stundenweise	<input type="radio"/> Nein
Zusätzliche Behinderungen oder Erkrankungen, die die sportliche Aktivität beeinträchtigen könnten:		

III. ELEMENTARE FRAGEN OHNE EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG		
Handlungsbedarf (AMR, Fragebogen)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Fragebogen Erstentlassung:	2, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12	
Fragebogen Wiederaufnahme:	1, 3, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18	
Sonstige Anmerkungen:		

Anhang 4: Datenschutzerklärung Mobilitätslotse

Datenschutzverpflichtung des Mobilitätslotsen

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift _____

Im Rahmen Ihres Einsatzes als Mobilitätslotse erhalten Sie personenbezogene Daten der Versicherten (sog. Sozialdaten, Bsp.: Name, Anschrift, Gesundheitszustand) sowie weitere Informationen, die vertraulich und nicht zur Weitergabe an Dritte bestimmt sind (z.B. vertrauliche Informationen zu anderen beteiligten Personen oder zum Heilverfahren).

Sie werden hiermit darüber belehrt, dass Sie das Sozialgeheimnis und den Datenschutz in demselben Umfang wahren müssen, wie der zuständige Sozialversicherungsträger. Das bedeutet, dass Sie diese vertraulichen Daten nur zweckgebunden für Ihren Einsatz nutzen dürfen und nur in dem dafür erforderlichen Umfang.

Um die Vertraulichkeit sicherzustellen, bitten wir Sie, die nachfolgende Datenschutzerklärung zu unterschreiben:

1. Mir ist bekannt, dass alle Informationen (unabhängig von der Ihnen vorliegenden Art: mündlich, schriftlich, elektronisch), die ich im Rahmen des Mobilitätslotsen-Verfahrens erhalte, besonders schutzwürdige Daten darstellen und daher streng vertraulich zu behandeln sind. Sie dürfen nur im Rahmen des Mobilitätslotsen-Verfahrens verwendet werden.
2. Ich verpflichte mich, über alle direkt oder indirekt zur Kenntnis gekommenen vertraulichen Informationen Stillschweigen zu bewahren und nicht ohne vorherige schriftliche Zustimmung des/der Versicherten an Dritte weiterzugeben.
3. Ich habe dafür zu sorgen, dass die Informationen nicht unberechtigten Personen zugänglich sind. Das bedeutet, dass ich schriftliche/elektronische Unterlagen vor Zugriff sichere (abschließbarer Schrank, Passwortschutz etc.).
4. Sobald mein Einsatz als Mobilitätslotse (insgesamt oder fallweise) beendet ist, habe ich alle damit im Zusammenhang stehenden Daten dem zuständigen Ansprechpartner bei dem Unfallversicherungsträger zurückzugeben oder auf Anweisung zu löschen bzw. datenschutzgerecht zu vernichten (Aktenvernichter – kein normaler Papiermüll).
5. Meine Pflicht zur absoluten Vertraulichkeit dauert auch nach Beendigung der Zusammenarbeit an.
6. Mir ist bekannt, dass eine Verletzung der Geheimhaltungsverpflichtung zivilrechtliche und strafrechtliche Konsequenzen haben kann (Schadensersatzansprüche etc.).

Ort, Datum, Unterschrift (Mobilitätslotse)

Anhang 5: Ergebnisprotokoll AMR®-Test

AMR® - Aktivitätstest zur Mobilität im Rollstuhl

1. Allgemeine Daten

Name: Max Mustermann
Status: Erstentlassung
Geschlecht: männlich
Alter: 45
Größe: 188 cm
Gewicht: 80 kg

Testdatum: 25.12.2012

Art der Querschnittlähmung: komplett
Lähmungshöhe: TH5
ASIA: A
Eintritt Querschnittlähmung: vor 0-6 Monaten
Ursache Querschnittlähmung: Verkehrsunfall

Auf Rollstuhl angewiesen? ja, immer
Angepasster Rollstuhl? angepasster Rollstuhl

Beherrschen Sie den Transfer "Rollstuhl-Rollstuhl"? ja, mit Schwierigkeiten
Beherrschen Sie den Transfer "Rollstuhl-Boden"? nein
Beherrschen Sie den Transfer "Boden-Rollstuhl"? nein

Beherrschen Sie die Entlastungstechnik? ja
Können Sie die Feststellbremse selbstständig betätigen? ja

2. AMR® Para

Rückwärtsfahren: 1 (gering)
Überwinden unebenes Profil: 3 (gering)
6% Rampe hoch: 5 (hoch)
6% Rampe runter: 5 (hoch)
20% Rampe hoch: 3 (mittel)
20% Rampe runter: 4 (hoch)
In Bus/Bahn einsteigen: 3 (mittel)
Aus Bus/Bahn aussteigen: 3 (mittel)
6 cm Stufe vorwärts hoch: 5 (hoch)
6 cm Stufe vorwärts runter: 4 (hoch)
6 cm Stufe rückwärts runter: 4 (mittel)
10 cm Stufe vorwärts hoch: 4 (hoch)
10 cm Stufe vorwärts runter: 3 (mittel)
10 cm Stufe rückwärts runter: 3 (mittel)
15 cm Stufe vorwärts runter: 1 (gering)
15 cm Stufe rückwärts runter: 1 (gering)
Schnelles Starten (Zeit auf 15m): 8.5 (mittel)

Gesamtscore: 52 (gering)

Bemerkung:

Hier könnten Bemerkungen eingefügt werden....

Fähigkeitslevel 1

Die Aufgabe kann nur durch ausgeprägte Hilfestellung einer anderen Person bewältigt werden und / oder in keinerlei Hinsicht als bewältigt bezeichnet werden.

Fähigkeitslevel 2

Die Aufgabe kann nur unsicher bewältigt werden und / oder es wird deutlich mehr Zeit als angemessen benötigt. Dabei besteht die Notwendigkeit, Hilfestellung durch überwiegen- den direkten Körperkontakt einer Hilfsperson zu erhalten.

Fähigkeitslevel 3

Die Aufgabe kann nur unsicher bewältigt werden und / oder es wird mehr Zeit als angemessen benötigt. Dabei besteht die Notwendigkeit, im Ausnahmefall auf eine Hilfsperson bei der Durchführung zurückgreifen zu können (Sicherheitsstellung).

Fähigkeitslevel 4

Die Aufgabe kann ohne Hilfen oder Sicherheitsstellung mit kleinen Unsicherheiten bewältigt werden und / oder es wird geringfügig mehr Zeit zur Durchführung benötigt.

Fähigkeitslevel 5

Die Aufgabe kann ohne Hilfen oder Sicherheitsstellungen sicher in angemessener Zeit bewältigt werden.

Anhang 6: Kurzfragebogen Mobilität und sportliche Aktivität

Patienten-Information zum Forschungsprojekt FR 193 "Mobilität ist Teilhabe bei Querschnittlähmung"

Sehr geehrte Damen und Herren,

für Menschen mit Querschnittlähmung ist Mobilität eine wichtige Voraussetzung für die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und für die berufliche Wiedereingliederung. Um Ihre Rollstuhlmobilität zu testen, wird in der Sporttherapie Ihrer Klinik der sogenannte **Aktivitätstest zur Mobilität im Rollstuhl (AMR®)** durchgeführt, der verschiedene Alltagssituationen in der Sporthalle nachstellt. Zusätzlich erhalten Sie von Ihrem Sporttherapeuten einen **Kurzfragebogen**, der Ihre sportlichen Vorerfahrungen und Interessen im Bereich Rollstuhlmobilität und Sport ermittelt.

Diese Maßnahme soll auch wissenschaftlich begleitet werden. Seit Beginn des Jahres 2012 läuft das Forschungsprojekt „Mobilität ist Teilhabe“, in dem das Forschungsinstitut für Inklusion durch Bewegung und Sport (FiBS) und der Deutschen Rollstuhl-Sportverband (DRS e.V.) zusammenarbeiten. Das Projekt wird von der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) gefördert.

Ziel des Projektes ist es, Ihre Rollstuhlmobilität auch nach Ihrer Entlassung aus der Klinik weiter zu fördern.

Wir möchten Ihnen die Möglichkeit bieten, nach Ihrer Entlassung aus der Klinik weiterhin an Ihrer Rollstuhlmobilität zu arbeiten. Auf Grundlage der Informationen aus dem AMR® und dem Fragebogen können wir Ihnen geeignete Angebote vermitteln. Ihr Berufshelfer, Reha-Manager oder beauftragter Sachbearbeiter des Unfallversicherungsträgers wird auf Basis Ihrer Angaben den Kontakt zu einem Mobilitätslotsen herstellen, der Sie über die Mobilitätstrainings-, Bewegungs- und Sportangebote in Ihrer Nähe informieren kann. Damit der Mobilitätlotse Sie erreichen und beraten kann, benötigen wir Ihre freiwillige Angabe von Telefonnummer oder E-Mail-Adresse. Sie können jederzeit Ihre Einwilligung zur Beratung durch den Mobilitätslotsen schriftlich, telefonisch (02234-2052372) oder per E-Mail an scheuer@fi-bs.de widerrufen. Es entstehen Ihnen keine Nachteile im Rehabilitationsverfahren, wenn Sie nicht teilnehmen möchten.

Wir würden uns freuen, wenn Sie das Projekt durch Ihre Mitwirkung unterstützen und damit dazu beitragen, die bewegungsorientierte Rehabilitation für Menschen mit Querschnittlähmung zu verbessern.

Sollten Sie Fragen haben, zögern Sie nicht, Kontakt zu Ihrem behandelnden Sporttherapeuten oder zu unserem Projektteam aufzunehmen:

Kontakt Projektteam:

Tanja Scheuer

Forschungsinstitut für Inklusion durch Bewegung und Sport (FIBS gGmbH)

Telefon: 02234-2052-372

E-Mail: scheuer@fi-bs.de

www.fi-bs.de

Selbstauskunft zur Rollstuhlmobilität und sportlichen Aktivität

ERSTENTLASSUNG (Zum Ausfüllen in der Klinik!)

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: ____ . ____ . ____

Derzeitiger Wohnort: _____

UV-Träger: _____ Aktenzeichen: _____

I. Rollstuhlmobilität

<p>1. Fühlen Sie sich sicher im Umgang mit Ihrem Rollstuhl?</p> <p><input type="radio"/> ja, vollkommen (weiter mit Frage 3) <input type="radio"/> ja, aber es könnte besser sein <input type="radio"/> nein</p>
<p>2. Welche Situationen oder Bereiche bereiten Ihnen Schwierigkeiten und sollten Sie noch üben?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>3. Wie schätzen Sie persönlich Ihre körperliche Ausdauer ein (z.B. lange Wegstrecken zurücklegen etc.)? (Schulnoten 1 bis 6)</p> <p><input type="radio"/> ① <input type="radio"/> ② <input type="radio"/> ③ <input type="radio"/> ④ <input type="radio"/> ⑤ <input type="radio"/> ⑥</p> <p>sehr gut gut befriedigend ausreichend mangelhaft ungenügend</p>
<p>4. Wie schätzen Sie persönlich Ihre Kraft ein (z.B. Gegenstände transportieren, schwere Türen aufdrücken etc.)? (Schulnoten 1 bis 6)</p> <p><input type="radio"/> ① <input type="radio"/> ② <input type="radio"/> ③ <input type="radio"/> ④ <input type="radio"/> ⑤ <input type="radio"/> ⑥</p> <p>sehr gut gut befriedigend ausreichend mangelhaft ungenügend</p>
<p>5. Haben Sie in der Klinik am Rollstuhlmobilitätstraining teilgenommen?</p> <p><input type="radio"/> ja, regelmäßig <input type="radio"/> ja, ab und zu <input type="radio"/> nein, weil _____</p> <p>_____</p>
<p>6. Betrachten Sie eine zukünftige Teilnahme an einem Rollstuhlmobilitätstraining für sich selbst als sinnvoll?</p> <p><input type="radio"/> ja, ich werde mich selbst informieren <input type="radio"/> ja, ich würde dazu gern Informationen erhalten <input type="radio"/> nein, weil _____</p> <p>_____</p>

Selbstauskunft zur Rollstuhlmobilität und sportlichen Aktivität

ERSTENTLASSUNG (Zum Ausfüllen in der Klinik!)

II. Sportliche Aktivität

<p>7. Waren Sie vor Eintritt der Querschnittlähmung sportlich aktiv?</p> <p><input type="radio"/> ja und zwar (Sportart): _____ <input type="radio"/> Nein</p>
<p>8. Können Sie sich vorstellen nach Ihrer Klinikentlassung sportlich aktiv zu werden oder etwas für Ihre Mobilität zu tun?</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> vielleicht <input type="radio"/> nein (ENDE des Fragebogens. Bitte lesen Sie noch den Einwilligungstext unter dem Fragebogen und geben Ihren Kontakt an!)</p>
<p>9. Welche Form von Bewegung oder Sport würden Sie bevorzugen?</p> <p><input type="radio"/> Rollstuhl- <input type="radio"/> Gesundheitssport <input type="radio"/> Individualsport <input type="radio"/> Mannschaftssport mobilitätstraining und Fitnesstraining (z.B. Leichtathletik) (z.B. Basketball)</p>
<p>10. Welche Bewegungs- oder Sportangebote würden Sie ganz konkret interessieren?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>11. Wie weit würden Sie für ein Bewegungs- oder Sportangebot fahren? _____ km</p>
<p>12. Möchten Sie Hilfe bei der Auswahl eines geeigneten Angebotes erhalten?</p> <p><input type="radio"/> nein, ich werde mich selbst informieren <input type="radio"/> ja, ich würde dazu gern Informationen erhalten</p>

- Ich willige ein, dass die Angaben in diesem Fragebogen und das AMR®-Ergebnis im Rahmen des Projekts „Mobilität ist Teilhabe bei Querschnittlähmung“ von meinem UV-Träger an einen sog. Mobilitätslotsen nach datenschutzrechtlichen Bestimmungen weitergegeben werden und dieser mich auf dem unten angegebenen Wege kontaktiert.
- Ich willige ein, dass die Angaben in diesem Fragebogen und das AMR®-Ergebnis im Rahmen des Projekts „Mobilität ist Teilhabe bei Querschnittlähmung“ nach datenschutzrechtlichen Bestimmungen an das Forschungsinstitut für Inklusion durch Bewegung und Sport weitergegeben werden und ich von dem Institut auf dem unten angegebenen Wege kontaktiert werde. Das Institut verwendet die Daten nur im Rahmen des Projekts und wertet ohne Rückschluss auf Ihre Person die Daten aus. Nach Projektende werden die Daten gelöscht.

Ort, Datum

Unterschrift

Kontaktaufnahme per Telefon: _____

Kontaktaufnahme per Email: _____

Liste der Mobilitätslotsen

Mobilitätslotsen können die Unfallversicherungsträger bei der Vermittlung ihrer Rollstuhlfahrer in adäquate Bewegungs- und Sportangebote unterstützen.

Bundesland	Mobilitätslotse	Kontaktdaten
Projektkoordination (Ansprechpartner für alle Fragen zum Projekt) Alle Bundesländer	Tanja Bungter sowie Patrick Heydenreich	02234-2052-372 bungter@fi-bs.de 02234-2052-309 heydenreich@fi-bs.de
Bremen, Hamburg, Niedersachsen, Mecklenburg-Vorpommern	Heidi Kirste	04182- 28 86 03 mobilotsenord@rollstuhlsport.de
Berlin, Brandenburg, Sachsen-Anhalt, Sachsen, Thüringen	Mike Reichardt	0172-3613354 mobilotseost@rollstuhlsport.de
Nordrhein-Westfalen, Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland	Nora Schratz	069-77012740 mobilotsewest@rollstuhlsport.de
Baden-Württemberg, Bayern	Markus Vogel Gerda Pamler	09275-1280 mobilotsesuedwest@rollstuhlsport.de 089-6351175 mobilotsesuedost@rollstuhlsport.de

Selbstauskunft zur Rollstuhlmobilität und sportlichen Aktivität

WIEDERAUFNAHME (Zum Ausfüllen in der Klinik!)

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: ____ . ____ . ____

Derzeitiger Wohnort: _____

UV-Träger: _____ Aktenzeichen: _____

I. Rollstuhlmobilität

<p>1. Hat sich Ihr Leistungsstand im Umgang mit Ihrem Rollstuhl seit Ihrer Erstentlassung aus der Klinik verändert?</p> <p><input type="radio"/> ja, verbessert <input type="radio"/> ja, verschlechtert <input type="radio"/> nein, gleich geblieben</p>
<p>2. Fühlen Sie sich sicher im Umgang mit Ihrem Rollstuhl?</p> <p><input type="radio"/> ja, vollkommen (weiter mit Frage 4) <input type="radio"/> ja, aber es könnte besser sein <input type="radio"/> nein</p>
<p>3. Welche Situationen oder Bereiche bereiten Ihnen Schwierigkeiten und sollten Sie noch üben?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>4. Wie schätzen Sie persönlich Ihre körperliche Ausdauer ein (z.B. lange Wegstrecken zurücklegen etc.)? (Schulnoten 1 bis 6)</p> <p><input type="radio"/> ① <input type="radio"/> ② <input type="radio"/> ③ <input type="radio"/> ④ <input type="radio"/> ⑤ <input type="radio"/> ⑥</p> <p>sehr gut gut befriedigend ausreichend mangelhaft ungenügend</p>
<p>5. Wie schätzen Sie persönlich Ihre Kraft ein (z.B. Gegenstände transportieren, schwere Türen aufdrücken etc.)? (Schulnoten 1 bis 6)</p> <p><input type="radio"/> ① <input type="radio"/> ② <input type="radio"/> ③ <input type="radio"/> ④ <input type="radio"/> ⑤ <input type="radio"/> ⑥</p> <p>sehr gut gut befriedigend ausreichend mangelhaft ungenügend</p>
<p>6. Haben Sie während Ihrer Klinikaufenthalte am Rollstuhlmobilitätstraining teilgenommen?</p> <p><input type="radio"/> ja, regelmäßig <input type="radio"/> ja, ab und zu <input type="radio"/> nein, weil _____</p> <p>_____</p>
<p>7. Betrachten Sie eine zukünftige Teilnahme an einem Rollstuhlmobilitätstraining für sich selbst als sinnvoll?</p> <p><input type="radio"/> ja, ich werde mich selbst informieren <input type="radio"/> ja, ich würde dazu gern Informationen erhalten <input type="radio"/> nein, weil _____</p> <p>_____</p>

Selbstauskunft zur Rollstuhlmobilität und sportlichen Aktivität

WIEDERAUFNAHME (Zum Ausfüllen in der Klinik!)

II. Sportliche Aktivität

8. Waren Sie vor Eintritt der Querschnittlähmung sportlich aktiv?

ja und zwar (Sportart): _____ Nein

9. Betätigen Sie sich regelmäßig sportlich?

ja nein (weiter mit Frage 13)

10. Welchen Sport oder welche Bewegungsangebote nutzen Sie? Bitte geben Sie den Ort und die Häufigkeit an.

Sportart	Ort, Institution (z.B. Verein, Studio, VHS etc.)	Stunden pro Woche
1)		
2)		
3)		

11. Aus welchen Gründen treiben Sie derzeit Sport?
Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

	Trifft sehr zu				Trifft nicht zu
Ich treibe aus gesundheitlichen Gründen Sport.	<input type="radio"/>				
Ich treibe Sport, um mobil zu bleiben.	<input type="radio"/>				
Ich treibe Sport, um Spaß und Freude zu haben.	<input type="radio"/>				
Ich treibe Sport als Ausgleich zu Arbeit und Beruf.	<input type="radio"/>				
Ich treibe Sport als Ausgleich zum Alltag.	<input type="radio"/>				
Ich treibe Sport, um soziale Kontakte zu pflegen.	<input type="radio"/>				
Ich treibe Sport, um meine körperliche Fitness zu verbessern.	<input type="radio"/>				
Ich treibe Sport aus Spaß an Wettkämpfen, Turnieren, etc.	<input type="radio"/>				
Ich treibe aus Leistungsgründen Sport.	<input type="radio"/>				
Sonstiges: _____	<input type="radio"/>				

Selbstauskunft zur Rollstuhlmobilität und sportlichen Aktivität

WIEDERAUFNAHME (Zum Ausfüllen in der Klinik!)

<p>12. Können Sie sich vorstellen in Zukunft noch weitere Bewegungs- oder Sportangebote wahrzunehmen?</p> <p> <input type="radio"/> ja (weiter mit Frage 15) <input type="radio"/> vielleicht (weiter mit Frage 15) <input type="radio"/> nein (ENDE des Fragebogens. Bitte lesen Sie noch den Einwilligungstext unter dem Fragebogen und geben Ihren Kontakt an!) </p>					
<p>13. Aus welchen Gründen treiben Sie derzeit keinen Sport? Bitte machen Sie in <u>jeder Zeile</u> ein Kreuz.</p>					
	Trifft sehr zu				Trifft nicht zu
Ich habe keine Lust Sport zu treiben.	<input type="radio"/>				
Ich habe keine Zeit Sport zu treiben.	<input type="radio"/>				
Mir fehlen Informationen über mögliche Sportangebote.	<input type="radio"/>				
Die Sportangebote sind zu weit entfernt.	<input type="radio"/>				
Die möglichen Sportangebote interessieren mich nicht.	<input type="radio"/>				
Sport ist zu teuer (Fahrkosten, Sportgeräte,...).	<input type="radio"/>				
Mir fehlt die familiäre Unterstützung.	<input type="radio"/>				
Mir fehlt Unterstützung zur Durchführung eines Sportangebotes (z.B. Assistent).	<input type="radio"/>				
Ich habe Angst zu versagen.	<input type="radio"/>				
Ich habe Angst vor Verletzungen.	<input type="radio"/>				
Sonstiges: _____	<input type="radio"/>				
<p>14. Können Sie sich vorstellen in Zukunft Bewegungs- oder Sportangebote wahrzunehmen?</p> <p> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> vielleicht <input type="radio"/> nein (ENDE des Fragebogens. Bitte lesen Sie noch den Einwilligungstext unter dem Fragebogen und geben Ihren Kontakt an!) </p>					
<p>15. Welches Angebot würde Sie interessieren?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>					

Selbstauskunft zur Rollstuhlmobilität und sportlichen Aktivität

WIEDERAUFNAHME (Zum Ausfüllen in der Klinik!)

<p>16. Wie weit würden Sie für ein Bewegungs- oder Sportangebot fahren?</p> <p style="text-align: right;">_____ km</p>
<p>17. Fühlen Sie sich informiert über Bewegungs- und Sportangebote in Ihrer Umgebung?</p> <p> <input type="radio"/> ja, vollkommen <input type="radio"/> ja, aber es könnte besser sein <input type="radio"/> nein </p>
<p>18. Möchten Sie Hilfe bei der Auswahl weiterer Bewegungs- und Sportangebote in ihrer Region erhalten?</p> <p> <input type="radio"/> nein, ich werde mich selbst informieren <input type="radio"/> ja, ich würde dazu gern Informationen erhalten </p>
<p>19. Engagieren Sie sich in einem Sportverein (z.B. ehrenamtliche Hilfe bei Sportfesten, Übungsleitertätigkeit etc.)?</p> <p> <input type="radio"/> ja, intensiv <input type="radio"/> ja, ein wenig <input type="radio"/> nein </p>

- Ich willige ein, dass die Angaben in diesem Fragebogen und das AMR®-Ergebnis im Rahmen des Projekts „Mobilität ist Teilhabe bei Querschnittlähmung“ von meinem UV-Träger an einen sog. Mobilitätslotsen nach datenschutzrechtlichen Bestimmungen weitergegeben werden und dieser mich auf dem unten angegebenen Wege kontaktiert.
- Ich willige ein, dass die Angaben in diesem Fragebogen und das AMR®-Ergebnis im Rahmen des Projekts „Mobilität ist Teilhabe bei Querschnittlähmung“ nach datenschutzrechtlichen Bestimmungen an das Forschungsinstitut für Inklusion durch Bewegung und Sport weitergegeben werden und ich von dem Institut auf dem unten angegebenen Wege kontaktiert werde. Das Institut verwendet die Daten nur im Rahmen des Projekts und wertet ohne Rückschluss auf Ihre Person die Daten aus. Nach Projektende werden die Daten gelöscht.

Ort, Datum

Unterschrift

Kontaktaufnahme per Telefon: _____

Kontaktaufnahme per Email: _____

Liste der Mobilitätslotsen

Mobilitätslotsen können die Unfallversicherungsträger bei der Vermittlung ihrer Rollstuhlfahrer in adäquate Bewegungs- und Sportangebote unterstützen.

Bundesland	Mobilitätslotse	Kontaktdaten
Projektkoordination (Ansprechpartner für alle Fragen zum Projekt) Alle Bundesländer	Tanja Bungter sowie Patrick Heydenreich	02234-2052-372 bungter@fi-bs.de 02234-2052-309 heydenreich@fi-bs.de
Bremen, Hamburg, Niedersachsen, Mecklenburg-Vorpommern	Heidi Kirste	04182- 28 86 03 mobilotsenord@rollstuhlsport.de
Berlin, Brandenburg, Sachsen-Anhalt, Sachsen, Thüringen	Mike Reichardt	0172-3613354 mobilotseost@rollstuhlsport.de
Nordrhein-Westfalen, Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland	Nora Schratz	069-77012740 mobilotsewest@rollstuhlsport.de
Baden-Württemberg, Bayern	Markus Vogel Gerda Pamler	09275-1280 mobilotsesuedwest@rollstuhlsport.de 089-6351175 mobilotsesuedost@rollstuhlsport.de

Anhang 7: Leitfaden Telefoninterview Berufshelfer/ Rehamanager/ beauftragte Sachbearbeiter

Telefonfragebogen über da Projekt „Mobilität ist Teilhabe“ mit ausgewählten Reha- Managern aus der gesetzlichen Unfallversicherung

UVT:

Klinik:

Fragen:

1. Ist Ihnen das Projekt „Mobilität ist Teilhabe“ bekannt? ja nein
2. Wenn ja, woher?
 Seminar/Berufshelfertagung Information über Testtage (Mail)
 allgemeine Infos über MIT per Mail Sonstiges (Teambesprechung, Kollegen...,etc.)
3. Sind schon Testdaten bei Ihnen angekommen? ja nein
4. Wenn ja, wüssten Sie, wie Sie damit umgehen sollten? ja nein
5. Hatten Sie schon Kontakt zu einem Mobilitätslotsen bzw. eine kontaktiert?

 ja nein
6. Beauftragung des Mobilitätslotsen durch: Klinik Reha-Berater

Wenn die Beauftragung durch den Reha-Berater/Sie erfolgt, wann werden Sie ungefähr das Thema der Mobilität i.V.m. einem Mobilitätslotsen bei dem Versicherten ansprechen?

7. Bei wem liegt Ihrer Meinung nach die Aufgabe, den Versicherten für Sport zu motivieren?

 Reha-Berater Klinik (Ärzte, Therapeuten) Versicherter

8. Wie beurteilen Sie folgende Aspekte aus Ihren alltäglichen Praxiserfahrungen?
 Schon eine geringe sportliche Betätigung (Mobilitätstraining, Reha-Sport), 1- 2 Mal in der Woche, von Menschen mit Behinderung...

	Trifft nicht zu 1	2	3	4	Trifft sehr zu 5
8.1.erhöht die Chancen auf eine bessere Eingliederung in die Arbeitswelt					
8.2.erhöht die Chancen auf eine bessere Eingliederung in das Leben in der Gemeinschaft					
8.3.lässt den Versicherten mit seinem Leben „zufriedener“ Wirken – im Gegensatz zu Menschen mit gleicher Behinderung die keinen Sport betreiben					
8.4.zeigt eine gewisse Akzeptanz des Versicherten mit seiner Behinderung umzugehen					

Anhang 8: Fragebogen Mobilitätslotse

Liebe Mobilitätslotsen,

bitte gebt uns durch die folgenden Aussagen eine Rückmeldung zu Eurer Beratungsarbeit. Durch Eure Aussagen lassen sich Handlungsempfehlungen zur Weiterentwicklung des Konzepts ableiten.

1. Welcher Kontaktweg wurde zur Beratung hauptsächlich genutzt?
2. Wie viel Zeit verging durchschnittlich bis zur 1. Kontaktaufnahme nach Erhalt der Unterlagen?
3. Sofern die Kontaktaufnahme per Telefon erfolgte: Wann war die günstigste Anrufzeit?
4. Wie viele Kontaktaufnahmen (Emails, Anrufe) waren durchschnittlich pro Beratung nötig?
5. Wie lange dauerte durchschnittlich ein Beratungsgespräch? (pro Telefonat)
6. Konnten sich die Studienteilnehmer sofort an das Projekt erinnern?
7. Zögerten die Studienteilnehmer, die ergänzenden Informationen am Telefon zu geben?
8. Wurde neben der Beratung zum Thema „Mobilität und Bewegung“ zu weiteren Themen beraten?
9. Wie viele zuständige Berufshelfer oder Rehamanger meldeten sich in der Projektlaufzeit?
10. Waren die Berufshelfer oder Rehamanger ausreichend informiert über das Projekt?
11. Bitte bewertet folgende Aussagen:

Das heute absolvierte Rollstuhlmobilitätstraining...

	Trifft sehr zu	Trifft zu	Trifft etwas zu	Trifft nicht zu
...die auszufüllenden Checklisten waren verständlich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...das Ausfüllen der Checklisten .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...würde bei regelmäßiger Teilnahme meine Alltagsmobilität verbessern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...ist auch für erfahrene Rollstuhlfahrer sinnvoll.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...lohnt sich trotz langer Anreise.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...sollte in der Klinik häufiger angeboten werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...sollte näher an meinem Wohnort stattfinden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...sollte weiterhin als Tagesveranstaltung angeboten werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...sollte als Zweitagesveranstaltung am Wochenende stattfinden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...sollte regelmäßig 1x pro Woche für 2 Stunden angeboten werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hier ist Platz für weitere Ideen, Anregungen, Rückmeldungen oder Wünsche:

Anhang 9: Abschlussfragebogen zum Projekt

FIBS gGmbH | Paul-R.-Kraemer-Allee 100 | 50226 Frechen

«Vorname» «Nachname»
«Straße» «HN»
«PLZ» «Ort»

Abschlussfragebogen zum Projekt „Mobilität ist Teilhabe“

«Ansprache» «Nachname»,

Sie haben innerhalb der letzten 12-14 Monate am Projekt "Mobilität ist Teilhabe für Menschen mit einer erworbenen Querschnittslähmung" teilgenommen. Dabei haben Sie in den Kliniken Hamburg, Duisburg, Bochum, Frankfurt, Bayreuth, Tübingen, Murnau oder Halle an der Saale einen Rollstuhlmobilitätstest im Rahmen der Sporttherapie absolviert. Neben dem Test wurde Ihnen ein Fragebogen ausgehändigt, in dem Sie angeben konnten, ob Sie zum Thema Rollstuhlmobilitätstraining oder zu Bewegungs- und Sportangeboten beraten werden möchten. Nur im Falle eines Beratungsbedarfs hat sich einer unserer Mobilitätslotsen bei Ihnen gemeldet.

Heute schicken wir Ihnen einen **zweiten Fragebogen**, mit dem wir festhalten wollen, ob Sie das verfolgte Konzept als sinnvoll erachten. Wir möchten Sie also bitten, die folgenden Fragen so vollständig wie möglich zu beantworten! **Dabei ist es völlig egal, ob Sie derzeit im Mobilitätstraining oder Sport aktiv sind oder nicht und ob Sie Beratung in Anspruch genommen haben!**

Die Befragung wird nach strengen datenschutzrechtlichen Bestimmungen durchgeführt. Wir garantieren Anonymität und Vertraulichkeit im Umgang mit den erhobenen Daten. Ihre Angaben werden so ausgewertet, dass in den Ergebnissen keine Rückschlüsse auf Ihre Person möglich sind. Alle Angaben, die Sie machen, sind freiwillig. Trotzdem bitten wir Sie möglichst alle Fragen zu beantworten. Erschrecken Sie bitte nicht bei der Seitenanzahl des Fragebogens – nicht alle Fragen sind für Sie relevant. Falls zwischendurch der Eindruck entsteht, dass sich Fragen doppeln, ist dies so beabsichtigt. Jede Frage ist für die abschließende Auswertung bedeutsam.

Unter allen Teilnehmenden verlosen wir 10 Gutscheine (Amazon, Kaufhof, iTunes etc.) im Wert von 50 Euro!

Sollten Sie Fragen haben, wenden Sie sich gern direkt an:

Tanja Bungter, FIBS gGmbH: Tel.: 02234-2052-372, Email: bungter@fi-bs.de

**Bitte helfen Sie uns, einen Beitrag zu einer besseren Nachsorge
für Menschen mit Querschnittslähmung zu leisten!
Dies gelingt durch Ihre Aussagen!**

Mit freundlichen Grüßen
Das Projektteam des FIBS gGmbH



FORSCHUNGSINSTITUT
FÜR INKLUSION DURCH
BEWEGUNG UND SPORT

An-Institut der Deutschen
Sporthochschule Köln

FIBS gGmbH
Paul-R.-Kraemer-Allee 100
50226 Frechen

Tel +49 (0)2234. 2052 307
Fax +49 (0)2234. 2052 390
Email info@fi-bs.de
Web www.fi-bs.de

Geschäftsführer Dr. Volker Anneken

Bank für Sozialwirtschaft
IBAN DE54370205000001106900
BIC 37020500 | BFSWDE33XXX

Steuernummer 224 | 5790 | 7615
Amtsgericht Köln HRB 78730

FIBS ist eine Gesellschaft der Gold-Kraemer-Stiftung, der Deutschen Sporthochschule Köln und der Lebenshilfe NRW



Abschlussfragebogen zum Projekt „Mobilität ist Teilhabe“



In Zusammenarbeit mit den Projektpartnerkliniken:

Berufsgenossenschaftliche Unfallkliniken Bochum, Duisburg, Frankfurt, Halle, Hamburg, Murnau, Tübingen und dem Klinikum Hohe Warte Bayreuth

Ausfüllhinweise zum Fragebogen:

- Bearbeitungsdauer: ca. 20 Minuten.
- Wenn eine Mehrfachnennung möglich ist, steht dies unter dem jeweiligen Fragetext.
- Sollte eine Frage oder mehrere Fragen in Ihrem Fall unwichtig sein, werden Sie über den Hinweis „(weiter mit Frage XY)“ zur nächsten Frage weitergeleitet.

Abschlussfragebogen zum Projekt „Mobilität ist Teilhabe“

<p>1. In welcher Klinik wurden Sie zur Teilnahme am Projekt eingeladen?</p> <p><input type="radio"/> Bayreuth</p> <p><input type="radio"/> Bochum</p> <p><input type="radio"/> Duisburg</p> <p><input type="radio"/> Frankfurt</p> <p><input type="radio"/> Halle</p> <p><input type="radio"/> Hamburg</p> <p><input type="radio"/> Murnau</p> <p><input type="radio"/> Tübingen</p>
<p>2. Wurden Sie beim Absolvieren des AMR®-Tests und Ausfüllen des Fragebogens in der Sporttherapie Ihrer Klinik ausreichend über das Projekt informiert?</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein, es fehlte: _____</p>
<p>3. Wie viele Wochen vergingen ungefähr zwischen Ihrer Entlassung aus der Klinik und der ersten Kontaktaufnahme zum Thema Mobilität und Bewegung durch Ihren Berufshelfer, Rehaberater oder Rehamanager Ihrer Berufsgenossenschaft?</p> <p>_____ Wochen</p>
<p>4. Erachten Sie es als sinnvoll, dass es Mobilitätslotsen gibt, die als Rollstuhlfahrer über geeignete Bewegungs- und Sportangebote beraten?</p> <p><input type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein, weil: _____</p> <p><input type="radio"/> egal</p>
<p>5. Wurden Ihnen ein oder mehrere Mobilitäts-, Bewegungs- oder Sportangebote von Ihrem Mobilitätslotsen vorgeschlagen?</p> <p><input type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein, ich hatte mir eine Beratung gewünscht, aber keine erhalten (weiter mit Frage 18)</p> <p><input type="radio"/> nein, aber ich hatte mir auch keine Beratung gewünscht (weiter mit Frage 18)</p>
<p>6. Wie viele Wochen vergingen ungefähr zwischen Ihrer Entlassung aus der Klinik und der ersten Kontaktaufnahme durch den Mobilitätslotsen?</p> <p>_____ Wochen</p>

Abschlussfragebogen zum Projekt „Mobilität ist Teilhabe“

7. Welche Angebote wurden Ihnen von Ihrem Mobilitätslotsen vorgeschlagen?

8. Wie häufig nehmen Sie an den vorgeschlagenen Angeboten teil?

- regelmäßig (weiter mit Frage 9)
- unregelmäßig (weiter mit Frage 9)
- mittlerweile nicht mehr (weiter mit Frage 11)
- noch nicht, aber zukünftig (weiter mit Frage 12)
- überhaupt nicht (weiter mit Frage 13)

9. Welche der Ihnen vorgeschlagenen Angebote nehmen Sie aktuell in welchem Umfang wahr?

	Art des Angebots	Institution/Verein	Umfang in Std. pro Woche	Seit wann? (Monat/Jahr)
Angebot 1:				
Angebot 2:				
Angebot 3:				
Angebot 4:				
Angebot 5:				

10. Sind Sie zufrieden mit dem Angebot? Wenn nicht, aus welchem Grund?

- ja (weiter mit Frage 14)
 - nein, weil _____
- _____

(weiter mit Frage 14)

11. Sie nehmen MITTLERWEILE NICHT MEHR an den vorgeschlagenen teil? Aus welchem Grund?

(weiter mit Frage 14)

Abschlussfragebogen zum Projekt „Mobilität ist Teilhabe“

12. Sie haben NOCH NICHT an den vorgeschlagenen Angeboten teilgenommen? Aus welchem Grund?

(weiter mit Frage 14)

13. Sie möchten ÜBERHAUPT NICHT an den vorgeschlagenen Angeboten teilnehmen? Aus welchem Grund?

14. Wie zufrieden sind Sie mit der Beratung durch Ihren Mobilitätslotsen und mit den vorgeschlagenen Angeboten?

	Sehr zufrieden	Zufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Unzufrieden	Sehr unzufrieden
Kontaktaufnahme durch den Mobilitätslotsen	①	②	③	④	⑤
Beratung durch den Mobilitätslotsen	①	②	③	④	⑤
Eingehen auf geäußerte Wünsche	①	②	③	④	⑤
Vorschlag inhaltlich passender Angebote	①	②	③	④	⑤
Ausgewähltes Sportangebot	①	②	③	④	⑤
Erreichbarkeit der vorgeschlagenen Angebote	①	②	③	④	⑤
Kompetenz des Übungsleiters bzw. Trainers im Angebot	①	②	③	④	⑤

Abschlussfragebogen zum Projekt „Mobilität ist Teilhabe“

	Sehr zufrieden	Zufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Unzufrieden	Sehr unzufrieden
Intensität des Angebots	①	②	③	④	⑤
Uhrzeit und Umfang des Angebots	①	②	③	④	⑤
Barrierefreiheit der Sportstätte	①	②	③	④	⑤

Sonstige Bemerkungen zum Mobilitätslotsen oder vorgeschlagenen Angebot:

15. Sind Sie nach Beratung durch den Mobilitätslotsen in einen Verein eingetreten?

ja, und zwar in folgenden Verein: _____

noch nicht, aber ich habe es zukünftig vor.

nein

16. Hat sich Ihr Leistungsstand im Umgang mit Ihrem Rollstuhl seit Teilnahme am Projekt „Mobilität ist Teilhabe“ verändert?

ja, verbessert ja, verschlechtert nein, gleich geblieben
 (weiter mit Frage 18)

17. Worauf führen Sie diese Veränderung zurück?

18. Fühlen Sie sich sicher im Umgang mit Ihrem Rollstuhl?

ja, vollkommen (weiter mit Frage 20) ja, aber es könnte besser sein nein

19. Welche Situationen oder Bereiche bereiten Ihnen Schwierigkeiten und sollten Sie noch üben?

Abschlussfragebogen zum Projekt „Mobilität ist Teilhabe“

<p>20. Wie schätzen Sie persönlich Ihre körperliche Ausdauer ein (z.B. lange Wegstrecken zurücklegen etc.)? (Schulnoten 1 bis 6)</p> <p style="text-align: center;"> <input type="radio"/> ① <input type="radio"/> ② <input type="radio"/> ③ <input type="radio"/> ④ <input type="radio"/> ⑤ <input type="radio"/> ⑥ sehr gut gut befriedigend ausreichend mangelhaft ungenügend </p>
<p>21. Wie schätzen Sie persönlich Ihre Kraft ein (z.B. Gegenstände transportieren, schwere Türen aufdrücken etc.)? (Schulnoten 1 bis 6)</p> <p style="text-align: center;"> <input type="radio"/> ① <input type="radio"/> ② <input type="radio"/> ③ <input type="radio"/> ④ <input type="radio"/> ⑤ <input type="radio"/> ⑥ sehr gut gut befriedigend ausreichend mangelhaft ungenügend </p>
<p>22. Haben Sie einen regelmäßigen Kontakt zu Ihrem Berufshelfer, Rehaberater oder Rehamanager Ihrer Berufsgenossenschaft?</p> <p> <input type="radio"/> Ja, regelmäßig. <input type="radio"/> Nein, eher unregelmäßig. <input type="radio"/> Nein, sehr selten. <input type="radio"/> Nein, bisher überhaupt nicht. </p>
<p>23. Finden Sie es wichtig, dass Ihr zuständiger Berufshelfer, Rehaberater bzw. Rehamanager Ihrer Berufsgenossenschaft über den Stand Ihrer Rollstuhlmobilität und Ihrer sportlichen Aktivität aus der Klinik informiert wird?</p> <p> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein, weil _____ <input type="radio"/> Egal </p>
<p>24. Erachten Sie es als sinnvoll, dass Ihr Berufshelfer, Rehaberater oder Rehamanager der Berufsgenossenschaft den Mobilitätslotsen informieren soll, sofern Sie gern beraten werden möchten?</p> <p> <input type="radio"/> Ja, mein Berufshelfer, Rehaberater oder Rehamanager soll den Erstkontakt herstellen. (weiter mit Frage 26) <input type="radio"/> Nein, der Kontakt des Mobilitätslotsen sollte mir direkt bei Klinikentlassung mitgegeben werden. </p>
<p>25. Warum halten Sie eine Weiterleitung Ihres Beratungswunsches durch Ihren Berufshelfer, Rehaberater oder Rehamanager Ihrer Berufsgenossenschaft NICHT als sinnvoll?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

Abschlussfragebogen zum Projekt „Mobilität ist Teilhabe“

26. Betätigen Sie sich regelmäßig sportlich in einem Angebot, das Ihnen **NICHT** über das Projekt „Mobilität ist Teilhabe“ vermittelt wurde?

- ja nein (weiter mit Frage 32)

27. Um welche Bewegungsangebote handelt es sich? Bitte geben Sie den Ort und die Häufigkeit an.

Sportart	Institution/Verein	Std./Woche	seit Monat/Jahr
1)			
2)			
3)			

28. Wie sind Sie auf diese Angebote aufmerksam geworden?

Mehrfachnennung möglich

- früherer Verein
- Freunde, Verwandte
- Empfehlung von Ärzten und Therapeuten aus der Klinik
- eigene Internetrecherche
- Information durch den Deutschen Rollstuhl-Sportverband (DRS) (z.B. Homepage, Flyer, Messestände)
- Schnupperveranstaltungen von Sportvereinen
- Sonstiges: _____

29. In welcher Form treiben Sie am häufigsten Sport?

Mehrfachnennung möglich

- Ich bin in einem Verein sportlich aktiv. (weiter mit Frage 30)
- Ich mache mit Freunden außerhalb eines Vereins Sport (z.B. im Fitnessstudio, im Wald oder auf öffentlichen Plätzen). (weiter mit Frage 32)
- Ich bewege mich alleine außerhalb eines Vereins (z.B. im Fitnessstudio, im Wald oder auf öffentlichen Plätzen). (weiter mit Frage 32)

30. Wie zufrieden sind Sie grundsätzlich mit Ihrer Situation Sport zu treiben in Ihrem Verein?

- Ich bin **überwiegend zufrieden** mit der Gesamtsituation in meinem Verein.
- Ich bin grundsätzlich **eher unzufrieden** und habe einige Verbesserungswünsche für den Verein, und zwar:

Abschlussfragebogen zum Projekt „Mobilität ist Teilhabe“

31. Inwieweit treffen die folgenden Dinge auf das Sporttreiben in Ihrem Verein zu?					
Bitte setzen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.					
	Trifft sehr zu				Trifft nicht zu
Die Sportstätten meines Vereins sind für mich alle barrierefrei erreichbar.	<input type="radio"/>				
Die Übungsleiter und Trainer in meinem Verein sind alle ausreichend qualifiziert.	<input type="radio"/>				
Ich kann in meinem Verein frei entscheiden, ob ich ausschließlich mit Menschen mit Behinderung oder auch mit Menschen ohne Behinderung trainieren möchte.	<input type="radio"/>				
32. Aus welchen Gründen nehmen Sie derzeit ein Bewegungs- oder Sportangebot wahr?					
Falls kein Bewegungs- oder Sportangebot wahrgenommen wird, weiter mit Frage 33.					
Bitte setzen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.					
	Trifft sehr zu				Trifft nicht zu
Ich finde Sport wichtig.	<input type="radio"/>				
Ich treibe aus gesundheitlichen Gründen Sport.	<input type="radio"/>				
Ich treibe Sport, um mobil zu bleiben.	<input type="radio"/>				
Ich treibe Sport, um Spaß und Freude zu haben.	<input type="radio"/>				
Ich treibe Sport als Ausgleich zu Arbeit und Beruf.	<input type="radio"/>				
Ich treibe Sport als Ausgleich zum Alltag.	<input type="radio"/>				
Ich treibe Sport, um soziale Kontakte zu pflegen.	<input type="radio"/>				
Ich treibe Sport, um meine körperliche Fitness zu verbessern.	<input type="radio"/>				
Ich treibe Sport aus Spaß an Wettkämpfen, Turnieren, etc.	<input type="radio"/>				
Ich treibe aus Leistungsgründen Sport.	<input type="radio"/>				
Sonstiges: _____	<input type="radio"/>				

Abschlussfragebogen zum Projekt „Mobilität ist Teilhabe“

33. Aus welchen Gründen nehmen Sie derzeit KEIN Bewegungs- oder Sportangebot wahr?

Falls ein Bewegungs- oder Sportangebot wahrgenommen wird und Sie Frage 32 schon beantwortet haben, weiter mit Frage 34.

Bitte setzen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

	Trifft sehr zu				Trifft nicht zu
Ich finde Sport nicht wichtig.	<input type="radio"/>				
Ich habe keine Lust Sport zu treiben.	<input type="radio"/>				
Ich habe keine Zeit Sport zu treiben.	<input type="radio"/>				
Mir fehlen Informationen über mögliche Sportangebote.	<input type="radio"/>				
Die Sportangebote sind zu weit entfernt.	<input type="radio"/>				
Die möglichen Sportangebote interessieren mich nicht.	<input type="radio"/>				
Sport ist zu teuer (Fahrkosten, Sportgeräte,...).	<input type="radio"/>				
Mir fehlt die familiäre Unterstützung.	<input type="radio"/>				
Mir fehlt Unterstützung zur Durchführung eines Sportangebotes (z.B. Assistent).	<input type="radio"/>				
Ich habe Angst zu versagen.	<input type="radio"/>				
Ich habe Angst vor Verletzungen.	<input type="radio"/>				
Ich war früher im Verein und habe dort negative Erfahrungen gemacht.	<input type="radio"/>				
Sonstiges: _____	<input type="radio"/>				

34. Wie aktiv sind Sie in Ihrer Freizeit (z.B. Spaziergänge, Einkaufen, Freunde treffen, ins Kino gehen)?

- sehr aktiv
- aktiv
- ein wenig aktiv
- gar nicht aktiv

Abschlussfragebogen zum Projekt „Mobilität ist Teilhabe“

35. Welche Art von Freizeitgestaltung ist Ihnen am liebsten?

Mehrfachnennung möglich

- Unternehmungen mit Familie und Freunden
- Öffentliche Veranstaltungen und Feierlichkeiten
- Gartenarbeit
- Bewegung und Sport
- Kino, Theater
- Entspannung
- Computerspielen
- Besichtigungen (Städte, Museen)
- Musikinstrument spielen, Singen
- Handarbeit
- Sonstiges: _____

36. Fühlen Sie sich durch Ihre Behinderung in Ihrer Freizeit beeinträchtigt?

- Ja, sehr stark
- Ja, stark
- Ja, ein wenig
- Nein, gar nicht

37. Leben Sie alleine?

- ja
- nein, ich lebe zusammen mit:
 - Ehepartner/in, Lebensgefährte
 - ___ Kindern
 - ___ Mitbewohnern
 - ___ sonstigen Angehörigen

38. Welchen höchsten allgemein bildenden Schulabschluss haben Sie?

Mehrfachnennung möglich

- Schüler/in
- keinen Schulabschluss (von der Schule abgegangen ohne Hauptschulabschluss)
- Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss)
- Realschulabschluss (Mittlere Reife)
- Fachabitur (Fachhochschulreife)
- Abitur (Allgemeine Hochschulreife)
- anderer Schulabschluss

Abschlussfragebogen zum Projekt „Mobilität ist Teilhabe“

39. Welchen beruflichen Ausbildungsabschluss haben Sie?

Mehrfachnennung möglich

- noch in beruflicher Ausbildung/Schule
- keinen beruflichen Abschluss und bin nicht in beruflicher Ausbildung
- Beruflich-betriebliche Berufsausbildung (Lehre) abgeschlossen
- Beruflich-schulische Ausbildung (Berufsfachschule, Handelsschule) abgeschlossen
- Ausbildung an einer Fachschule, Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie abgeschlossen
- Fachhochschulabschluss
- Hochschulabschluss
- anderer beruflicher Abschluss

40. Sind Sie zurzeit erwerbstätig?

Unter Erwerbstätigkeit wird jede bezahlte bzw. mit einem Einkommen verbundene Tätigkeit verstanden, egal welchen zeitlichen Umfang sie hat.

Mehrfachnennung möglich

- Voll erwerbstätig
- Teilzeitbeschäftigt mit ____ Stunden Wochenarbeitszeit
- geringfügig beschäftigt oder unregelmäßig erwerbstätig
- Umschulung
- Beurlaubung, Arbeitsunfähigkeit
- nicht erwerbstätig:
 - Hausfrau/-mann
 - in Ausbildung/ Schule/ Studium
 - Rentner/in
 - arbeitssuchend

41. Sind Sie zufrieden mit Ihrer derzeitigen beruflichen Situation?

Bitte beantworten Sie die Frage auch, wenn Sie derzeit nicht erwerbstätig sind.

- sehr zufrieden
- zufrieden
- zum Teil zufrieden
- nicht zufrieden
- gar nicht zufrieden
- weiß ich nicht

Abschlussfragebogen zum Projekt „Mobilität ist Teilhabe“

42. Wie war Ihre berufliche Situation VOR EINTRITT der Querschnittlähmung?

Mehrfachnennung möglich

- Voll erwerbstätig
- Teilzeitbeschäftigt mit ____ Stunden Wochenarbeitszeit
- geringfügig beschäftigt oder unregelmäßig erwerbstätig
- Umschulung
- Beurlaubung, Arbeitsunfähigkeit
- nicht erwerbstätig:
 - Hausfrau/-mann
 - in Ausbildung/ Schule/ Studium
 - Rentner/in
 - arbeitssuchend

Auf den folgenden Seiten des Fragebogens finden Sie nun abschließend Aussagen, die sich auf Ihre eigene Lebensqualität beziehen. Wenn Sie sich zwischen mehreren Antwortmöglichkeiten unsicher sind, kreuzen Sie die Antwort an, die Sie am ehesten zutreffend finden. **Es gibt keine falschen oder richtigen Antworten**, nur ihre persönliche Sichtweise ist von Wichtigkeit.

43. Wie gut ist es Ihnen in den letzten 4 Wochen gelungen, ..

	sehr schlecht	eher schlecht	einigermaßen	eher gut	sehr gut	bin körperlich vollkommen belastbar
.. körperlich alle Anforderungen im Haushalt zu erfüllen (z.B. Abwaschen, Auto waschen, Wäsche bearbeiten)?	<input type="radio"/>					
.. körperlich alle Tätigkeiten zu leisten, die im Alltag anfallen (z.B. Taschen transportieren, leichte Steigungen bewältigen)?	<input type="radio"/>					

Abschlussfragebogen zum Projekt „Mobilität ist Teilhabe“

44. Wie oft hatten Sie in den letzten 4 Wochen die Situation, ..

	nie	selten	gelegentlich	oft	immer	bin körperlich vollkommen beweglich
.. dass Sie nicht beweglich genug waren, um etwas Alltägliches zu erledigen (Auto ein- oder aussteigen, Ankleiden, Staubsaugen)?	<input type="radio"/>					
.. dass Sie fremde Hilfe benötigten, um sich zu bewegen oder sich zu versorgen?	<input type="radio"/>					

45. Insgesamt betrachtet, wie zufrieden waren Sie in den letzten 4 Wochen ..

	sehr unzufrieden	unzufrieden	eher unzufrieden	weder/nach	eher zufrieden	zufrieden	sehr zufrieden
.. mit Ihrer körperlichen Belastbarkeit?	<input type="radio"/>						

46. Wie oft hatten Sie in den letzten 4 Wochen die Situation ..

	nie	selten	gelegentlich	oft	immer
.. dass Sie nicht einschlafen konnten oder länger als 2 Stunden in der Nacht wach lagen?	<input type="radio"/>				
.. dass Sie morgens schlapp und erschöpft aufgewacht sind, obwohl Sie genug geschlafen haben?	<input type="radio"/>				

47. Was trifft für Sie zum Thema Ernährung bezüglich der letzten 4 Wochen zu?

	Trifft nie zu	Trifft selten zu	Trifft gelegentlich zu	Trifft oft zu	Trifft immer zu
Meine Ernährung war gesund und ausgewogen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Ernährung war unregelmäßig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Abschlussfragebogen zum Projekt „Mobilität ist Teilhabe“

48. Wie oft passierte in den letzten 4 Wochen ...

	nie	selten	gelegentlich	oft	immer	überhaupt keine Schmerzen
.. dass Sie solche Schmerzen hatten, die Sie von Ihrem Alltag ablenkten?	<input type="radio"/>					
.. dass Sie sich aufgrund von Schmerzen zurückgezogen haben?	<input type="radio"/>					

49. Wie gut waren Sie in den letzten 4 Wochen in der Lage, bei der Arbeit (Studium, Schule,.)

	sehr schlecht	eher schlecht	einigermaßen	eher gut	sehr gut	nicht gearbeitet
.. den Anforderungen, die man an Sie stellt, gerecht zu werden?	<input type="radio"/>					
.. Erfolg zu haben?	<input type="radio"/>					

50. Wie gut waren Sie in den letzten 4 Wochen in der Lage..

	sehr schlecht	eher schlecht	einigermaßen	eher gut	sehr gut	keine Freizeit gehabt
.. Ihre Freizeit zu genießen?	<input type="radio"/>					

51. Was trifft für Sie zum Thema Familie zu?

	Trifft nie zu	Trifft selten zu	Trifft gelegentlich zu	Trifft oft zu	Trifft immer zu	keinen Kontakt zur Familie
Ich fühle mich durch meine Familie verstanden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich wohl im Kreise der Familie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Abschlussfragebogen zum Projekt „Mobilität ist Teilhabe“

52. Wie oft passierte in den letzten 4 Wochen ...

	nie	selten	gelegentlich	oft	immer	keine Geldknappheit
.. dass Sie sich etwas kaufen wollten, aber aufgrund Ihrer finanziellen Lage darauf verzichtet haben?	<input type="radio"/>					

53. Insgesamt betrachtet, wie zufrieden waren Sie in den letzten 4 Wochen..

	sehr unzufrieden	unzufrieden	eher unzufrieden	weder/nach	eher zufrieden	zufrieden	sehr zufrieden
..mit Ihrer finanziellen Lage?	<input type="radio"/>						

54. Was trifft für Sie zum Thema Freunde und Bekannte zu?

	Trifft nie zu	Trifft selten zu	Trifft gelegentlich zu	Trifft oft zu	Trifft immer zu	habe keine Freunde
Im Notfall gibt es Menschen im meinem Freundeskreis, auf die ich mich verlassen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann meinen Freunden sagen, was mich bewegt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

55. Was trifft für Sie zum Thema Partnerschaft zu?

	Trifft nie zu	Trifft selten zu	Trifft gelegentlich zu	Trifft oft zu	Trifft immer zu	habe keinen Partner
In wichtigen Dingen unterstützt mich mein Partner.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

56. Insgesamt betrachtet, wie zufrieden waren Sie in den letzten 4 Wochen

	sehr unzufrieden	unzufrieden	eher unzufrieden	Weder/nach	eher zufrieden	zufrieden	sehr zufrieden	habe keinen Partner
.. mit Ihrer Partnerschaft?	<input type="radio"/>							

Abschlussfragebogen zum Projekt „Mobilität ist Teilhabe“

57. Wie gut ist es Ihnen in den letzten 4 Wochen gelungen,

	sehr schlecht	eher schlecht	einiger- maßen	eher gut	sehr gut	war überhaupt nicht nötig
.. selbst etwas zur Verbesserung Ihrer Gesundheit beizutragen?	<input type="radio"/>					

58. Wie oft hatten Sie in den letzten 4 Wochen die Situation ...

	nie	selten	gelegent- lich	oft	immer
.. dass Sie sich schlapp und kraftlos fühlten?	<input type="radio"/>				
.. dass Sie vital und energiegeladen waren?	<input type="radio"/>				
.. mehr Energie und Tatendrang als die meisten in Ihrem Umfeld zu haben, wenn Ihnen etwas wichtig ist?	<input type="radio"/>				

59. Wie gut waren Sie in den letzten 4 Wochen in der Lage ...

	sehr schlecht	eher schlecht	einiger- maßen	eher gut	sehr gut	war nicht nötig
.. abzuschalten und sich zu entspannen?	<input type="radio"/>					
.. sich von Sorgen und Problemen ablenken zu können?	<input type="radio"/>					

60. Wie gut waren Sie in den letzten 4 Wochen in der Lage ...

	sehr schlecht	eher schlecht	einiger- maßen	eher gut	sehr gut	es gab keinen Grund
.. etwas zu genießen und sich über etwas zu freuen?	<input type="radio"/>					
.. Ihre Wünsche durchzusetzen?	<input type="radio"/>					
.. anderen Ihr Können oder Wissen zu zeigen?	<input type="radio"/>					

Abschlussfragebogen zum Projekt „Mobilität ist Teilhabe“

61. Was trifft für Sie persönlich zum Thema Gesundheitsversorgung zu?

	Trifft nie zu	Trifft selten zu	Trifft gelegent- lich zu	Trifft oft zu	Trifft immer zu	in letzter Zeit nicht krank gewesen
Im Krankheitsfall konnte ich mich bisher auf eine zufriedenstellende Versorgung verlassen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich hatte schon mal das Gefühl, dass eine Krankheit aus Kostengründen nicht optimal behandelt wurde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

62. Wie oft passierte es in den letzten 4 Wochen ...

	nie	selten	gelegent- lich	oft	immer	nicht beim Arzt oder Therapeuten gewesen
.. dass Ihr Arzt bzw. Ihr Therapeut sich nicht genug Zeit für Sie nahm?	<input type="radio"/>					
.. dass Sie sich von Ihrem Arzt bzw. Ihrem Therapeuten gut beraten und behandelt fühlten?	<input type="radio"/>					

63. Wie oft passierte in den letzten 4 Wochen ...

	nie	selten	gelegent- lich	oft	immer	War nicht im Freien
.. dass Sie die Natur (Landschaften oder Gärten) genießen konnten?	<input type="radio"/>					

64. Wie oft hatten Sie in den letzten 4 Wochen die Situation

	nie	selten	gelegentlich	oft	immer
.. dass Sie sich in Ihrer Wohnung nicht wohlfühlten?	<input type="radio"/>				

65. Insgesamt betrachtet, wie zufrieden waren Sie in den letzten 4 Wochen

	sehr un- zufrieden	un- zufrieden	eher un- zufrieden	weder/ noch	eher zufrieden	zufrieden	sehr zufrieden
.. mit Ihrer Wohnung?	<input type="radio"/>						

Abschlussfragebogen zum Projekt „Mobilität ist Teilhabe“

66. Was trifft für Sie in letzter Zeit zum Thema Bewegung und Sport zu?

	Trifft nie zu	Trifft selten zu	Trifft gelegent- lich zu	Trifft oft zu	Trifft immer zu	Bin körperlich nicht aktiv
Bewegung und Sport tun meinem Körper gut.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mein körperliches Wohlbefinden ist besser, wenn ich mich bewege oder Sport treibe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

67. Wie oft hatten Sie in letzter Zeit die Situation

	nie	selten	Gelegent- lich	oft	immer	bin körperlich nicht aktiv
..dass Bewegung eine entspannende und ausgleichende Wirkung hatte?	<input type="radio"/>					
.. dass Ihnen Bewegung geholfen hat, Stress zu verarbeiten?	<input type="radio"/>					

Ende des Fragebogens!

Wir bedanken uns herzlichst für Ihre Bereitschaft, diesen Fragebogen auszufüllen.

Falls Sie noch Kommentare, Anregungen oder Hinweise zum Fragebogen geben möchten, haben Sie dazu an dieser Stelle die Möglichkeit:

Bitte senden Sie den Fragebogen im beigelegten Rückumschlag an uns zurück!

Vielen Dank!

Anhang 10: Leitlinien zum abgeschlossenen Projektkonzept Mobilität ist Teilhabe

Leitlinien zur standardisierten Anwendung des AMR® sowie einer Lotsenfunktion zur mobilitäts- und bewegungsorientierten Nachsorge bei Querschnittlähmung

Im Rahmen des kürzlich abgeschlossenen Forschungsprojekts „Mobilität ist Teilhabe“ wurde ein mobilitäts- und bewegungsorientiertes Nachsorgekonzept entwickelt, das eine Verbesserung und vor allem den lebenslangen Erhalt der Rollstuhlmobilität zum Ziel hat.

Am Konzept beteiligt sind neben den Versicherten drei wesentliche Institutionen: die Klinik (Ärzeschaft, therapeutisches Personal), der Mobilitätslotse¹ (erfahrener und bewegungsbegeisterter Rollstuhlfahrer) und der Unfallversicherungsträger (zuständige Berufshelfer, Rehamanager und sonstige beauftragte Sachbearbeiter) (s. Abb. 1).

Klinik (Physiotherapie/Sporttherapie)

In der **Klinik** werden möglichst kurz vor der Entlassung die aktuelle Rollstuhlmobilität und der entsprechende Förderbedarf der Versicherten ermittelt. Dies kann bei Erstentlassung, Wiederaufnahme, aber auch bei ambulanter Einbestellung durch den Unfallversicherungsträger erfolgen. Die Erfassung der Rollstuhlmobilität geschieht durch die Physio- oder Sporttherapeuten der Klinik, die gemeinsam mit dem Patienten den Aktivitätstest zur Mobilität im Rollstuhl (AMR®) durchführen. Der AMR®-Test bildet die wesentlichen Fähigkeiten ab, die ein Rollstuhlfahrer in seinem Alltag benötigt (z.B. unebenen Untergrund überwinden, Stufen und Rampen unterschiedlicher Höhe und Steigung fahren). Das Ergebnis des Tests vereinfacht die Entscheidung, ob eine ausreichende Fähigkeit im Umgang mit dem Rollstuhl bei Entlassung aus der Klinik vorliegt oder eine Teilnahme an Mobilitätstrainings, Bewegungs- oder Sportangeboten über die Klinik hinaus zu empfehlen ist.

Begleitend zum Mobilitätstest wird dem Versicherten ein Kurzfragebogen zur Rollstuhlmobilität und sportlichen Aktivität ausgehändigt. Verknüpft wird dies mit dem Info-Check des DRS e.V.. Durch die Beantwortung der Fragen, kann der Versicherte eine Selbsteinschätzung seiner Fähigkeiten abgeben und einen Beratungswunsch zum Thema Mobilitätstraining, Bewegungs- oder Sportangebote in Wohnortnähe äußern.

Sofern ein Beratungswunsch vorliegt stellt die Physio- bzw. Sporttherapie einen direkten Kontakt zum **Mobilitätslotsen** der jeweiligen Klinik her und übermittelt bei Einwilligung des Versicherten die dokumentierten Test- und Fragebogenergebnisse per Email, Post oder Fax (s. Abb. 1).

¹ Im Folgenden wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit ausschließlich die männliche Form benutzt. Es können dabei aber sowohl männliche als auch weibliche Personen gemeint sein.

Mobilitätslotse

Jede Klinik verfügt idealerweise über einen eigenen Mobilitätslotsen. Hierbei handelt es sich um erfahrene und bewegungsbegeisterte Rollstuhlfahrer, die Versicherte (insbesondere Frischverletzte) zu ihrem Mobilitäts-, Bewegungs- und Sportverhalten beraten. Dazu geben die Mobilitätslotsen individuelle Auskunft zu geeigneten Bewegungs- und Sportangeboten in Wohnortnähe der Versicherten. Sie motivieren in persönlichen Gesprächen während des Klinikaufenthalts oder Telefonaten mit den Versicherten zu einem lebenslangen aktiven Lebensstil und vermitteln Lösungsstrategien zu den alltäglichen Herausforderungen eines Rollstuhlfahrers (s. Abb. 1).

Unfallversicherungsträger

Die zuständigen Berufshelfer, Rehamanager und Sachbearbeiter der Unfallversicherungsträger werden bei vorliegendem Einverständnis über den Mobilitätsstand ihrer Versicherten informiert (z.B. als Anlage zum Entlassungsbericht). Darüber hinaus ist es für alle Unfallversicherungsträger möglich, Testtermine zur Erfassung der Mobilität in der zuständigen Klinik zu vereinbaren und ihre Versicherten einzubestellen (s. Abb. 1).

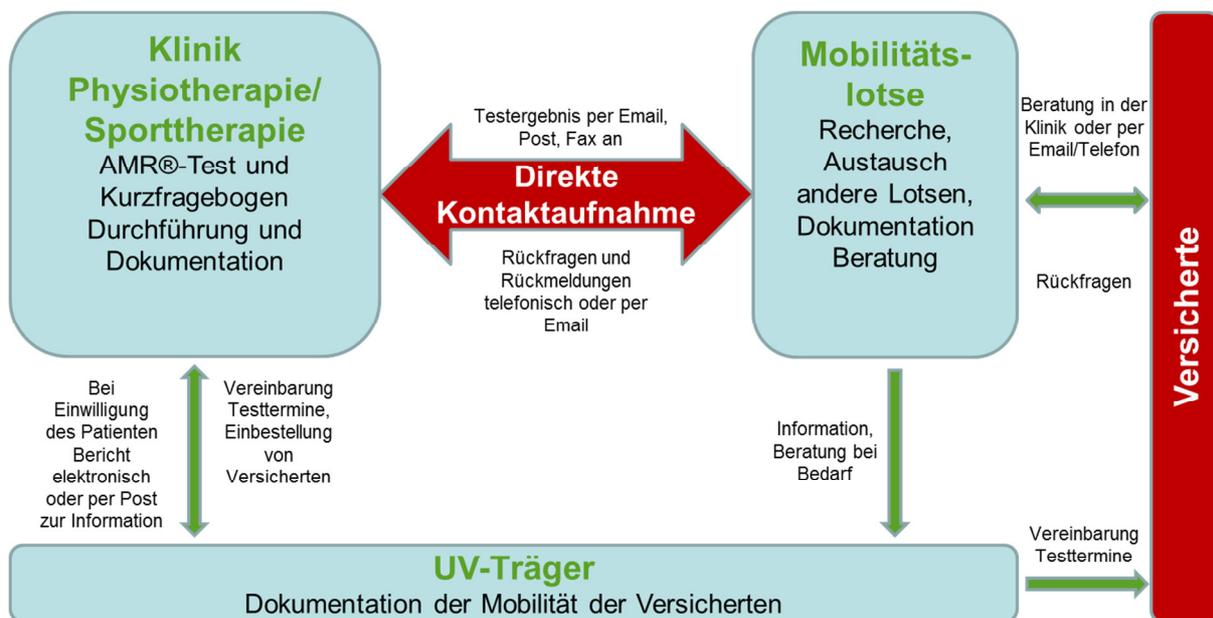


Abbildung 1: Schematische Darstellung des mobilitäts- und bewegungsorientierten Nachsorgekonzepts "Mobilität ist Teilhabe".

Empfohlene Rahmenbedingungen

Zur Realisierung des beschriebenen mobilitäts- und bewegungsorientierten Nachsorgekonzepts „Mobilität ist Teilhabe“ ergeben sich für die genannten Institutionen folgende zu empfehlende Rahmenbedingungen:

Rahmenbedingung Klinik

Es ist anzustreben, dass der Aktivitätstest zur Mobilität im Rollstuhl (AMR®) in Kombination mit dem Kurzfragebogen zum Thema Mobilität, Bewegung und Sport als Instrument zur Routinediagnostik und Verlaufsdokumentation in der Physiotherapie/ Sporttherapie aller BG-Kliniken Anwendung findet. Die Kliniken Bochum, Duisburg, Frankfurt, Halle, Hamburg, Murnau und Tübingen sind bereits mit dem AMR®-Test ausgestattet. Die Anschaffungskosten eines kompletten Testaufbaus belaufen sich auf ca. 2.000,00 Euro (inkl. Einführung und Schulung).

Eine vollständige Erfassung aller insbesondere frischverletzten Versicherten kann nur dann erfolgen, wenn die Entlassungstermine insbesondere für das Therapeutenpersonal transparent und frühzeitig angekündigt werden. Die Arbeitszeit, die Physio- bzw. Sporttherapeuten für die Durchführung der Tests und Befragungen benötigen (ca. 15-30 Minuten pro Testung), sollte in der Personalplanung Berücksichtigung finden. Die Therapeuten sollten darüber hinaus in engem Kontakt zum zuständigen Mobilitätslotsen der Klinik stehen, um Beratungen möglichst kurzfristig anzubahnen.

Rahmenbedingung Mobilitätslotse

Zur Sicherstellung einer regionalen Beratung und einer angemessenen Fallzahl pro Lotse sollte im Umfeld jeder BG-Klinik je ein Mobilitätslotse in engem Kontakt zur Physio- und Sporttherapie der jeweiligen Klinik installiert werden. Um eine Weiterleitung von Beratungsfällen mit größerem Einzugsgebiet zu ermöglichen sowie einen umfangreichen Informations- und Kontaktaustausch der Mobilitätslotsen untereinander zu sichern, sollte eine Vernetzung aller Mobilitätslotsen über unterschiedliche mediale Wege (z. B. Email, Dropbox, Facebook) gewährleistet sein. Die sozialen Medien sollten nur zum Austausch von Angebotsmöglichkeiten, nicht aber zur Übermittlung sensibler Daten dienen.

Da eine qualitativ hochwertige und nachhaltige Beratungstätigkeit von klarer Zuständigkeit und Verlässlichkeit abhängig ist, kann sie im beschriebenen Umfang ehrenamtlich nicht geleistet werden. Die Finanzierung der Beratung durch einen Mobilitätslotsen sollte deshalb projektunabhängig gesichert sein. Im Rahmen des Projekts „Mobilität ist Teilhabe“ hat sich eine monatliche Aufwandsentschädigung von 300,00 Euro pro Mobilitätslotse bewährt. Aufgrund der großen Unterschiede in der Anzahl der Beratungsfälle und dem schwer vorhersehbaren Aufwand, der mit jeder einzelnen individuellen Beratung verbunden ist, sollte eine flexible Abstimmung der Höhe der Aufwandsentschädigung erfolgen.

Die Auswahl der Mobilitätslotsen sollte sich an den im Projekt ermittelten Kompetenzen orientieren:

- Ausreichende Alltagserfahrungen (mindestens 3 Jahre Erfahrungen als Rollstuhlfahrer)
- Möglichst vielfältige Bewegungs- und Sporterfahrungen
- Ausgeprägte Kommunikationsfähigkeit
- Empathisches Gesprächsverhalten
- Motivationsfähigkeit
- Strukturiertes und gewissenhaftes Arbeiten
- Zuverlässigkeit
- Angemessene Frustrationstoleranz

Rahmenbedingung Unfallversicherungsträger

Um die erhobenen Daten zum Mobilitätsstand der Versicherten aus der Klinik einordnen zu können, ist eine flächendeckende Aufklärung und Information zum Thema „Mobilität und Bewegung“ in allen Bezirksverwaltungen der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen anzustreben. Zudem sollte das Thema „Mobilität und Bewegung“ einen Platz im Beratungskatalog der Berufshelfer, Rehamanager und Sachbearbeiter der UV-Träger für das Gespräch mit den Versicherten erhalten. Zur Unterstützung der Arbeit der Mobilitätslotsen sollte darüber hinaus eine verstärkte Motivation der Versicherten zur Teilnahme an Mobilitätstrainings stattfinden und die damit verbundene Kostenübernahme einheitlich geklärt werden.

Zusammenfassung

Empfehlungen für die zukünftige Umsetzung des Konzepts auf einen Blick

Klinik:	Einsatz des Aktivitätstest zur Mobilität im Rollstuhl (AMR®) in Kombination mit dem Kurzfragebogen zum Thema Mobilität, Bewegung und Sport als Instrument zur Routinediagnostik und Verlaufsdokumentation
Mobilitätslotse:	Installation eines Rollstuhlfahrers mit großer Bewegungs- und Sportaffinität als Mobilitätslotse im Umfeld jeder BG-Klinik
UV-Träger:	Aufklärung und Information zum Thema „Mobilität und Bewegung“ aller Mitarbeiter der UV-Träger, die Versicherte mit erworbener Querschnittlähmung beraten; einheitliche Klärung möglicher Kostenübernahmen