



U. Birkmann, Ch. Kley

Die funktionelle Schluckuntersuchung in der Neurologie (FEES) – ein Videolehrgang

Ein Videolehrgang

Hippocampus Verlag,
Bad Honnef 2015
broschiert, 56 S., zahlr. Abb.
€ 34,90; ISBN 978-3-955441-13-5

Die Fiberendoskopische Evaluation des Schluckens (FEES) mit einem flexiblen Laryngoskop hat sich seit der Erstbeschreibung durch Susan Langmore zu einer Standarduntersuchung für Patienten mit Schluckstörungen entwickelt. Die Autoren stellen in einem ersten Kapitel zunächst die Technik der FEES mit den wichtigsten Informationen zum Untersuchungsgang vor. Sie zeigen Normalbefunde und die durch therapeutische Manöver erzielbaren Effekte auf. Anschließend erläutern sie an einzelnen Erkrankungen mit jeweiligen Fallbeispielen die typischen FEES-Befunde bei Schlaganfall, Morbus Parkinson und Amyotropher Lateralsklerose (ALS) und wiederum die Einflussmöglichkeiten, die dem Schlucktherapeuten zur Verfügung stehen.

Die zugehörige DVD enthält knapp 50 kommentierte Filmbeispiele mit typischen FEES-Befunden bei diesen Erkrankungen.

Inkl. DVD mit zahlreichen Videobeispielen!

SCHWERPUNKTTHEMA: UMSETZUNG DER BAR-EMPFEHLUNGEN FÜR DIE PHASE E DER NEUROLOGISCHEN REHABILITATION

- 235 Editorial: Umsetzung der BAR-Empfehlungen Phase E der neurologischen Rehabilitation**
W. Fries, J. Pichler, P. Reuther, M. Schmidt-Ohlemann
- 236 Grußwort zur Fachtagung »Umsetzung der BAR-Empfehlungen Phase E der neurologischen Rehabilitation«**
H. Seel
- 237 Phase E der Neuro-Rehabilitation als Brücke zur Inklusion**
M. Schmidt-Ohlemann
- 245 Bedeutung von Kontextfaktoren in der Sozialmedizin für die Zuordnung von Leistungsbedarfen in der Phase E**
A. Loevenich, S. Grotkamp
- 246 Erfahrungen und Ergebnisse aus einer Einrichtung zur Phase E-Rehabilitation**
S. Seiler
- 254 Die neurologische Reha-Phase E: Nachgehende Leistungen zur medizinischen und sozialen (Re-)Integration und Teilhabe bei neurologischen Erkrankungen – ein Kontinuum?!**
P. Reuther
- 263 Reine Kopfsache? Konzepte der Nachsorge für hirnverletzte Kinder**
G. Wietholt
- 269 Phase E im SGB IX: Wie können Überlegungen dazu in das Leistungsrecht einfließen?**
Th. Stähler
- 275 Ergebnisse der Phase-C-Rehabilitation im ambulanten Setting – Erfahrungen eines multidisziplinären RehaTeams mit 200 Patienten in 6 Jahren**
P. Reuther, U. Bergermann
- 282 Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in der Phase E der Neurologischen Rehabilitation**
M. Moldenhauer
- 285 Podiumsdiskussion**
P. Reuther (Redaktion der Transkription)

RUBRIKEN

- A4 Impressum**
- 293 Pharmazie & Technik**
- 294 Termine, Fortbildung**
- 296 Vorschau**

NEUROLOGIE & REHABILITATION

Neuroprotektion | Neuroplastizität | Neurologische Langzeittherapie

Organ der

DGNER | Deutschen Gesellschaft für Neurorehabilitation

DGNKN | Deutschen Gesellschaft für Neurotraumatologie und Klinische Neurorehabilitation

OEGNR | Österreichischen Gesellschaft für Neurorehabilitation

SGNR | Schweizerischen Gesellschaft für Neurorehabilitation

Herausgeber

Ch. Dettmers, Konstanz

P. W. Schönle, Bad Oeynhausen

C. Weiller, Freiburg

Gastherausgeber

W. Fries, München

J. Pichler, München

P. Reuther, Bad Neuenahr-Ahrweiler

M. Schmidt-Ohlemann, Bad Kreuznach

Herausgeber ex officio

C. Wallesch (DGNER), Elzach

M. Jöbges (DGNKN), Bernau

W. Oder (OEGNR), Wien

Ch. Kaetterer (SNRG), Basel

Rubrikherausgeber

Interdisziplinäre Neurorehabilitation: **P. Frommelt**, Berlin

Bildgebung: **F. Hamzei**, Bad Klosterlausnitz

Internationale Kontakte: **V. Hömberg**, Bad Wimpfen

Neuropsychologie: **H. Hildebrandt**, Oldenburg

Klinische Studien: **T. Platz**, Greifswald

Pathophysiologie und Restaurative Neurologie:

K. M. Stephan, Meerbusch

Rehamanagement, Nachsorge, Langzeitrehabilitation:

W. Schupp, Herzogenaurach

Gründungsherausgeber

P. Bülow †, Waldbreitbach

Wissenschaftlicher Beirat

H. Ackermann, Bad Urach

E. Altenmüller, Hannover

S. Beer, Valens

T. Brandt, Heidelberg

R. Buschmann-Steinhage, Berlin

O. Busse, Minden

D. von Cramon, Leipzig

R. Dengler, Hannover

M. Dieterich, München

V. Dietz, Zürich

G. Ebersbach, Beelitz

K. M. Einhäupl, Berlin

C. E. Elger, Bonn

T. Ettl, Rheinfelden

P. Flachenecker, Bad Wildbad

S. Freyvogel, Neuhausen

G. Goldenberg, München

H. Grötzbach, Schaufing

W. Hacke, Heidelberg

St. Hesse, Berlin

W. Huber, Aachen

H. Hummelsheim, Leipzig

G. Ickenstein, Aue

W. Jost, Wolfach

S. Kasper, Wien

G. Kerkhoff, Saarbrücken

J. Kesselring, Valens

E. Koenig, Bad Aibling

G. Krämer, Zürich

J. Liepert, Allensbach

J.-P. Malin, Bochum

H. Masur, Bad Bergzabern

K.-H. Mauritz, Berlin

Th. Mokrusch, Lingen

H. Niemann, Bennewitz

M. A. Nitsche, Göttingen

K. Pfeifer, Erlangen

D. Pöhlau, Asbach

M. Pohl, Kreischa

M. Prosiel, Bad Heilbrunn

M. Rijntjes, Freiburg

E. Ringelstein, Münster

Th. Rommel, Köln

K. Scheidtmann, Gailingen

R. Schmidt, Konstanz

W. Tackmann, Wünnenberg

A. Tallner, Erlangen

M. Thaut, Fort Collins, USA

F. L. Welter, Zwesten

K. von Wild, Münster

J. Wissel, Berlin

NEUROLOGIE & REHABILITATION

ISSN 0947-2177, 21. Jahrgang, November 2015

ISSN der Online-Version: 1869-7003

Redaktion

Dr. med. Brigitte Bülow (verantwortlich),

Dr. med. Klaus Gehring, Dr. med. Michael Kutzner

Verlag

Hippocampus Verlag e.K.

Postfach 13 68, D-53583 Bad Honnef

Tel.: 022 24-91 94 80, Fax: 022 24-91 94 82

E-Mail: verlag@hippocampus.de

Internet: <http://www.hippocampus.de>

Druck: TZ Verlag & Print GmbH, Roßdorf

Anzeigen und Sonderproduktionen

Dagmar Fernholz, Tel.: 022 24-91 94 80

Erscheinungsweise

6-mal jährlich, Preis (zzgl. 7,50 € Versand jährlich)

€ 133,- jährlich im Abonnement (Print + Online)

€ 118,- jährlich Online-Abonnement

€ 82,- ermäßigtes Abonnement

€ 290,- institutionelles Abonnement

€ 28,- Einzelheft

Das Abonnement der Zeitschrift verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr, wenn es nicht bis zum 30.9. des Vorjahres abbestellt wird.

Gender-Hinweise

Im Sinne einer besseren Lesbarkeit der Texte wird von uns in der Regel die männliche Form von personenbezogenen Substantiven und Pronomina gewählt. Dies impliziert keinesfalls eine Benachteiligung des jeweils anderen Geschlechts.

Allgemeine Hinweise

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird Mit der Annahme eines Beitrags zur Veröffentlichung erwirbt der Verlag vom Autor alle Rechte, insbesondere das Recht der weiteren Vervielfältigung zu gewerblichen Zwecken mit Hilfe fotomechanischer oder anderer Verfahren. Die Zeitschrift sowie alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelas-

sen ist, bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Verlages. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in dieser Zeitschrift berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

This journal is regularly listed in Excerpta Medica (EMBASE), PSYINDEX, PEDRO

© 2015 HIPPOCAMPUS VERLAG

Umsetzung der BAR-Empfehlungen

Phase E der neurologischen Rehabilitation

Im Phasenmodell der Neurorehabilitation ist die Phase E als Behandlungs- und Rehabilitationsphase nach Abschluss einer medizinischen Rehabilitation definiert. Sie beinhaltet Leistungen zur Sicherung des Erfolges der medizinisch-therapeutischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben beziehungsweise zur Teilhabe an Erziehung und Bildung sowie am Leben in der Gemeinschaft. Sie leitet über von der stationären Versorgung in die ambulante Nachsorge und hat damit eine Schlüsselrolle auf dem Weg zu Selbstständigkeit und Teilhabe.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) hat im Dezember 2013 Empfehlungen zur Phase E der neurologischen Rehabilitation veröffentlicht. Darin werden die Konzepte für eine Nachsorge nach Abschluss der klassischen neurologischen Rehabilitation der Phasen B bis D beschrieben. Der Anhang in diesen Empfehlungen listet einen umfangreichen Katalog von Leistungen auf, die allesamt die Sicherung des Rehabilitationserfolges und die Re-Integration des Rehabilitanden in das häusliche, soziale und berufliche oder schulische Leben zum Ziel haben. Dazu werden die Zuständigkeiten der verschiedenen Leistungsträger und ihre leistungsrechtliche Zuordnung aufgeführt. Auch die DVfR hat 2014 zur Gestaltung der Phase E detaillierte Vorschläge vorgelegt.

Jedoch sind viele Fragen zur Zuständigkeit, vor allem im Bereich der GKV, noch offen. Inhaltlich könnten eine Vielzahl der Nachsorgeleistungen in der Phase E in dem unspezifizierten »Sammeltopf« von Leistungen des § 43 SGB V untergebracht werden, allerdings ist die leistungsrechtliche Zuordnung nicht erfolgt. Es besteht also noch erheblicher Klärungs- und Regelungsbedarf, so auch für wichtige Elemente eines »Teilhabemanagements«, d. h. einer vorausschauenden Beratung und Planung zu Nachhaltigkeit und Teilhabezielen einschließlich einer sektorenübergreifend gültigen Festlegung von entsprechenden Leistungen und die Möglichkeiten einer Fallbegleitung, die sämtlich im System der GKV und GRV bisher nicht vorgesehen sind. Nicht zuletzt sind auch die neuerdings durch das GKV-VSG im SGB V (§ 119 c neu) gesetzlich verankerten medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schwerer Mehrfachbehinderung (zu dieser Personengruppe gehö-

ren auch Menschen mit erworbener Hirnschädigung) analog zu den sozialpädiatrischen Zentren (§ 119 SGB V i. V. m. § 43 a SGB V und § 30 SGB IX) und die zu erwartende Neuregelung des Rechts auf Soziale Teilhabe sowie die Umsetzung der Vorgaben der UN-BRK für diesen Bereich – vorgesehen ist hier die Weiterentwicklung von Teil I des SGB IX und die Ergänzung des SGB IX um ein gleichrangiges Kapitel zur Sozialen Teilhabe – mit in die Diskussion einzubeziehen.

Für eine Standortbestimmung, was an Phase-E-Leistungen bereits umgesetzt wird, was umgesetzt werden könnte und wo noch Nachbesserungsbedarf besteht, haben der Bundesverband ambulant-teilstationäre Rehabilitation (BV ANR e. V.) und die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) im November 2014 eine Tagung veranstaltet. Hier wurden die Möglichkeiten der Umsetzung der Empfehlungen der BAR beleuchtet, aber auch bestehende Defizite in diesem Versorgungssegment, für die dringender Regelungsbedarf besteht, deutlich gemacht.

Hierzu referierten und diskutierten Vertreter der Leistungserbringer, der Kostenträger, des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen, der Gesundheitspolitik und der Betroffenen. Die allermeisten Beiträge der Fachtagung liegen nun in diesem Sonderheft von NEUROLOGIE & REHABILITATION gebündelt als Texte vor, ebenso wie die redaktionell überarbeitete Transkription der Schlussdiskussion aller Referenten und der Tagungsteilnehmer. Damit ist eine erste Grundlage geschaffen für die weitere konkrete Umsetzung der Phase E in der Versorgungslandschaft, d. h. in der Lebenswirklichkeit der betroffenen Menschen mit erworbener Hirnschädigung – und deren Angehörigen – wie auch für die weiteren notwendigen Diskussionen mit den Leistungsträgern und der Gesundheits- und Sozialpolitik.

München, Ahrweiler und Bad Kreuznach,
im November 2015

Prof. Dr. med. Wolfgang Fries
Dr. med. Johannes Pichler
Dr. med. habil. Paul Reuther
Dr. med. Matthias Schmidt-Ohlemann

Grußwort zur Fachtagung »Umsetzung der BAR-Empfehlungen Phase E der neurologischen Rehabilitation«

Die UN-Behindertenrechtskonvention formuliert als Ziel die volle Teilhabe behinderter Menschen an allen Aspekten des Lebens. Damit verpflichtet sie die verantwortlichen Akteure, ihre Möglichkeiten der Unterstützung voll umfänglich einzusetzen, um dieses Teilhabeziel zu erreichen.

Diese Verpflichtung kann nur eingehalten werden, wenn die individuelle Bedarfssituation eines Menschen zutreffend erkannt wird: Personenzentrierung, Ganzheitlichkeit, Individualisierung, Flexibilisierung sind dafür unverzichtbare Grundlagen, zu denen sich die Träger nach ihren eigenen Worten verpflichten.

Gerade wegen der Vielschichtigkeit von Schädelhirnverletzungen, ihren Auswirkungen und ihren Verläufen ist es so entscheidend, dass deren Besonderheiten schon bei der Bedarfserkennung und Bedarfsfeststellung und dann über alle Phasen des Leistungsgeschehens hinweg die erforderliche Berücksichtigung finden. Nur so kann dem Teilhabegedanken für den Personenkreis von Menschen mit erworbener Schädelhirnverletzung Rechnung getragen werden.

Diese Vielschichtigkeit fordert auch ein professionelles Zusammenwirken der Akteure auf der Leistungsträgerseite und der Leistungserbringerseite und, sofern möglich, der Mitwirkung der betroffenen Menschen selbst oder ihrer Angehörigen, sofern sie dazu nicht oder noch nicht in der Lage sind. Immer noch sehr gut in Erinnerung ist der Ausspruch einer Patientin von Prof. Fries, die nach einem Schlaganfall und anschließenden Reha-Maßnahmen zu ihrer Rückkehr ins Arbeitsleben sagte: »Ich wollte es schaffen, und keiner wollte mich scheitern lassen.«

Das löst die Frage aus:

Was wäre geschehen,

- wenn die Beteiligten nicht kooperiert hätten?
- wenn die erforderlichen Leistungen nicht bewilligt worden wären?
- wenn die Akteure ihre Leistungen nicht koordiniert hätten?
- wenn die betrieblichen Rahmenbedingungen nicht gepasst hätten bzw. hätten angepasst werden können?
- wenn die Betroffene nicht die Motivation und Kraft gehabt hätte, es schaffen zu wollen und zu können?

Darin zeigt sich die hohe Verantwortung, die diejenigen haben, die im Hilfesystem gefordert sind, zum einen ihre

eigenen Möglichkeiten zu nutzen und zum anderen sich mit den weiteren Akteuren zu vernetzen.

Kooperation und Koordination sind nun auch die Stichworte, die abgeleitet aus dem 9. Buch des Sozialgesetzbuches den Kernauftrag der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation bilden. Für die Phase E im Phasenmodell der neurologischen Rehabilitation sind Kooperation der Träger und Koordination der Leistungen von besonderer Bedeutung, denn diese Phase leitet über von der stationären Versorgung in die sog. nachgehenden Leistungen und hat damit eine Schlüsselrolle auf dem Weg zur Teilhabe.

Ein Blick in den Katalog der Leistungen unseres gegliederten Sozialleistungssystems zeigt ein umfassendes, breit aufgestelltes Netz an Unterstützungsmöglichkeiten der medizinischen Rehabilitation und der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wie auch Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft im Anschluss an die Akutversorgung. Auch gibt es ausreichend Handlungsspielräume, die Leistungen zielgerichtet und angepasst an die individuellen Bedürfnisse des einzelnen Menschen anzuwenden.

Die Empfehlungen der BAR, um die es bei der heutigen Fachtagung geht, stellen ein in einem relativ langwierigen Prozess unter den beteiligten Reha-Trägern abgestimmtes Ergebnis dar, ohne dass mit der Veröffentlichung schon alle Fragen geklärt sein können.

Die BAR sieht ihre Aufgabe mit der Veröffentlichung von Empfehlungen auch nicht als erledigt oder gar als erfüllt an: Auch für uns bei der BAR ist entscheidend, wie diese in der Praxis wirken und bei den Menschen, denen sie helfen sollen, tatsächlich ankommen. Und hier ist ein ehrlicher Blick auf das Erreichte, erst recht aber auf die Schwachstellen notwendig. Wenn Zuständigkeiten nach wie vor an verschiedenen Stellen unklar sind, wenn Menschen, die Hilfe brauchen durch unklare Zuständigkeiten belastet oder ihre Teilhabe leidet, dann müssen wir uns diesen Fragen stellen.

Deshalb sind Veranstaltungen wie die heutige Fachtagung so wichtig. Wir werden Ihre Rückmeldungen, Einschätzungen, Anregungen mit unseren Möglichkeiten weiterverfolgen und die Umsetzungspraxis der Empfehlungen mit unseren Mitgliedern reflektieren.

Dr. Helga Seel

Geschäftsführerin BAR Frankfurt

Phase E der Neuro-Rehabilitation als Brücke zur Inklusion

Neurol Rehabil 2015; 21(5): 237–244

© Hippocampus Verlag 2015

M. Schmidt-Ohlemann

Zusammenfassung

Die Phase E der neurologischen Rehabilitation kann nach allen Rehaphasen (B, C, D und F) erforderlich werden. Sie hat stets alle Teilhabebereiche umfassend zu berücksichtigen und zielt auf die Schaffung der Bedingungen für Inklusion. Dazu bedarf es einer durchgängigen, auch langfristigen neurokompetenten Begleitung und Versorgung sowohl im Hinblick auf die Therapie als auch auf die Teilhabe. Die dazu notwendigen Angebote werden skizziert. Deren Inanspruchnahme sollte auf der Grundlage eines trägerübergreifenden Bedarfsfeststellungsverfahrens für schwerer Betroffene besonders ermittelt werden. Besonderes Gewicht werden in Zukunft Mobile Rehabilitation, Übergangswohnenrichtungen, Medizinische Behandlungszentren für erwachsene Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung sowie ein durchgängiges Case-Management erlangen. Dabei ist der vorhandene leistungsrechtliche Spielraum auch im Hinblick auf die Eingliederungshilfe zu nutzen und ein regionales umfassendes Netzwerk an neurokompetenten Angeboten vorzuhalten. Damit kann die Phase E ihrer Aufgabe als Brücke zur Inklusion gerecht werden.

Rehabilitationszentrum Bethesda
kreuznacher diakonie, Bad Kreuznach

Schlüsselwörter: Phase E als Brücke zur Inklusion, Mobile Rehabilitation, Teilhabeorientierung, Neurokompetenz, Übergangswohnen, Case-Management

Einleitung: Das Phasenmodell in der neurologischen Rehabilitation

Bereits 1995 legte der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) ein phasenorientiertes Konzept zur neurologischen Rehabilitation vor¹. In der Folge wurden auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) Empfehlungen zur neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C (1999)² sowie zur stationären Langzeitpflege und zur Behandlung von Menschen mit schweren und schwersten Schädigungen des Nervensystems in der Phase F (2003)³ erarbeitet. 2011 folgten Empfehlungen der BAR zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation in der Neurologie⁴ und 2013 Empfehlungen zur Phase E der neurologischen Rehabilitation⁵. Auch die DVfR hat sich mit der Ausgestaltung der Phase E als Brücke zur Inklusion befasst und dazu ein Positionspapier herausgegeben⁶.

Die Phaseneinteilung der neurologischen Akut- und Rehabilitationsbehandlung hat sich dem Grunde nach bewährt, wenngleich sie auch definitorische und praktische Probleme birgt und oftmals entgegen der Intention als feste chronologische Abfolge interpretiert wird. Bis-

lang wurden die Phasen folgendermaßen beschrieben:

- A Akutbehandlungsphase
- B Behandlungs-/Rehabilitationsphase, in der noch intensivmedizinische Behandlungsmöglichkeiten vorgehalten werden müssen
- C Behandlungs-/Rehabilitationsphase, in der die Patienten bereits in der Therapie mitarbeiten können, sie aber noch kurativmedizinisch und mit hohem pflegerischen Aufwand betreut werden müssen
- D Rehabilitationsphase nach Abschluss der Frühmobilisation (Medizinische Rehabilitation im bisherigen Sinne)
- E Behandlungs-/Rehabilitationsphase nach Abschluss einer intensiven medizinischen Rehabilitation – nachgehende Rehabilitationsleistungen und berufliche Rehabilitation
- F Behandlungs-/Rehabilitationsphase, in der dauerhaft unterstützende, betreuende und/oder zustandserhaltende Leistungen erforderlich sind.⁷

Die aktuellen Definitionen wurden insbesondere im Hinblick auf die Phase E modifiziert⁸ (Änderungen nach BAR 2013 **fett**, Ergänzungen des Autors: *kursiv*)

- A Akutbehandlungsphase **mit ersten rehabilitativen Ansätzen (im Akutkrankenhaus)**
- B Behandlungsphase, in der noch intensivmedizinische Behandlungsmöglichkeiten vorgehalten wer-

1 BAR 2013 Empfehlungen Phase E S.

2 BAR 1999

3 BAR 2003

4 BAR 2011

5 s. Anmerkung 1

6 DVfR 2014

7 BAR 1999 Phase B und C S. 5.

8 s. BAR 2013

den müssen, *noch Krankenhausbehandlung notwendig ist und bereits rehabilitative Maßnahmen erfolgen, Patienten können etwas eigenständig mitwirken*

- C Behandlungs- und Rehabilitationsphase, in der die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bereits in der Therapie mitarbeiten können, aber noch kurativ-medizinisch und mit hohem pflegerischen Aufwand betreut werden müssen
- D Rehabilitationsphase nach Abschluss der Frühmobilisation (medizinische Rehabilitation im bisherigen Sinne – stationär oder ambulant), *Patient ist teilweise selbstständig, wenig Pflege*
- E Behandlungs- und Rehabilitationsphase nach Abschluss einer medizinischen Rehabilitation; **Leistungen zur Sicherung des Erfolges der medizinisch-therapeutischen Rehabilitation und Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben beziehungsweise zur Teilhabe an Erziehung und Bildung sowie am Leben in der Gemeinschaft**
- F Behandlungsphase, in der dauerhaft unterstützende, betreuende und/ oder zustandserhaltende Leistungen erforderlich sind (**Langzeitpflege**)

Damit werden die Leistungen der Phase E nicht mehr wie bislang überwiegend als medizinisch-berufliche, sog. Phase-II-Leistungen beschrieben, sondern die Phase E umfasst nun auch ausdrücklich Leistungen zur Teilhabe an Erziehung und Bildung sowie am Leben in der Gemeinschaft. Diese neue Beschreibung umfasst also eine umfassende Behandlungs- und Rehabilitationsphase unter Einbezug der gesamten Lebenswelt.

Im Folgenden soll untersucht werden, wie die Phase E der neurologischen Rehabilitation konzipiert und konkret gestaltet werden kann.

Die Phase E als Übergangsphase

Das Phasenmodell der neurologischen Rehabilitation impliziert keine eindeutige chronologische Reihenfolge⁹, denn grundsätzlich können Patienten mit einer erworbenen Hirnschädigung so geschädigt bzw. beeinträchtigt bleiben, dass sie unter funktionellen Gesichtspunkten in der Phase A, der Phase B, der Phase C oder der Phase D verbleiben, ohne dass dies impliziert, dass sie dann auch in der entsprechenden Einrichtung bleiben können. Vielmehr ist die Aufenthaltsdauer in den Einrichtungen der Phasen B-D auf die Zeit begrenzt, in der noch relevante Fortschritte zu erwarten sind und diese nur mit den Mitteln dieser Rehabilitationseinrichtungen erreicht werden können. Es stellt sich dann jeweils die Frage, wie es für diese Patienten weitergeht, wenn am Ende eines Rehabilitationsprozesses schwerste Krankheitsbilder mit weiterhin notwendiger Intensivbehandlung, zum Beispiel einer Dauerbeatmung, vorliegen oder Krankheitsbilder mit zunächst gering erscheinenden funktionellen

Auswirkungen bestehen, die sich aber unter den Bedingungen der Arbeitswelt als so gravierend herausstellen, dass eine Integration an den vorhandenen Arbeitsplatz nicht ohne Weiteres möglich ist. Bleiben funktionelle Beeinträchtigungen zurück, die die Aktivitäten und Teilhabechancen relevant beeinträchtigen, stellt sich also grundsätzlich die Frage, wie der Übergang aus der jeweiligen Rehabilitationsphase in die Lebenswelt gestaltet werden soll.

In der neuen Definition stellt nun die Phase E die Phase der Erarbeitung und Umsetzung der definitiven Teilhabeoptionen unabhängig vom Schweregrad der Beeinträchtigung dar unter Einschluss gegebenenfalls notwendiger Behandlungsmaßnahmen. In diesem Verständnis sollte auch die Phase F das Ergebnis einer abgeschlossenen Phase E nach den Phasen B und C sein. So kann man die Phase E als umfassende Behandlungs- und Rehabilitationsphase nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation als Brücke zur Inklusion bezeichnen: das heißt, hier erfolgt die Behandlung, Förderung und Begleitung bis hin zur Verwirklichung der individuell jeweils möglichen Teilhabe an Lernen, Bildung, Erziehung, am Arbeitsleben und der gesamten Lebenswelt.

Inwieweit diese Teilhabe gelingt, hängt, im Verständnis der UN-BRK (Art 1) und nach dem Modell der ICF, nicht nur vom Ausmaß der Schädigungen und der funktionellen Beeinträchtigungen ab, sondern ganz wesentlich von den Kontextfaktoren. Insofern kann man die Phase E nur beschreiben und gestalten, wenn die Orte berücksichtigt werden, an denen der Betroffene nach der medizinischen Rehabilitation leben möchte bzw. leben kann bzw. an denen er in relevantem Umfang Lebenszeit verbringt. Dies sind die Orte, an denen die Phase E realisiert werden muss.

Orte des Wohnens, die in der Regel den Lebensmittelpunkt darstellen, können zum Beispiel sein:

- Das eigene bisherige Zuhause mit oder ohne Familie bzw. Bezugspersonen im gleichen Haushalt
- Der Haushalt der Herkunftsfamilie oder anderer Verwandter oder naher Bezugspersonen
- Der eigene Haushalt in eigener Wohnung ggf. mit Pflege und persönlicher Assistenz nach dem Arbeitgebermodell
- Der eigenen Haushalt in Form einer Wohngemeinschaft/ambulanten Wohngruppe, ggf. mit Pflege und persönlicher Assistenz
- Einrichtungen der Eingliederungshilfe
 - Das Wohnheim als Übergangseinrichtung mit umfassendem Rehabilitationsangebot
 - Das Wohnheim im Sinne des Dauerwohnens oder auch vorübergehend zur Kurzzeitversorgung einschl. Wohngemeinschaften
 - Das Internat (im Zusammenhang mit anderen Teilhabeleistungen (s. u.)
 - Betreutes Wohnen (ambulant)
- Pflegeeinrichtungen

⁹ Vergleiche BAR 2013, Seite 10

- Phase F-Einrichtungen (ggf. mit Anteil an Eingliederungshilfe, Teilhabeleistungen oder spezieller Behandlungspflege, z. B. in sog. Intensiv-medizinischen Wohngemeinschaften)
- Pflegeheim (Kurzzeitpflege, Langzeitpflege)
- Einrichtungen der Medizinisch-beruflichen Rehabilitation mit Wohnmöglichkeit

Die ambulanten Wohnmöglichkeiten können ggf. mit häuslicher Pflege (einschl. Behandlungspflege), mit persönlicher Assistenz im Arbeitgebermodell oder mit anderen Betreuungsleistungen, z. B. fachlich-pädagogischer Betreuung, verbunden werden. In den meisten Fällen treten außerdem kurative Leistungen hinzu (s. u.). In all diesen Lebensorten sollten die Unterstützungsleistungen neurokompetent¹⁰ erbracht werden können.

Als weitere relevante Lebensorte für Menschen mit erworbenen Schädigungen des ZNS, an denen teilstationär bzw. ambulant Leistungen bezogen werden können, kommen in Betracht:

- Kindergärten und Kindertagesstätten
 - ggf. als Förderkitas oder integrative Kindergärten
- Schulen
 - ggf. als Förderschule (in der Regel mit motorischem Schwerpunkt, früher Schulen für Körperbehinderte), ggf. mit Internatsunterbringung
 - ggf. als integrative/inklusive Schule mit verschiedenen Bildungsgängen
- Einrichtungen der beruflichen Bildung / Teilhabe am Arbeitsleben
 - Berufsschulen (ggf. auch vorbereitende Einrichtungen)
 - Berufsbildungswerke (ggf. mit Internat)
 - Berufsförderungswerke (ggf. mit Internat)
 - Überbetriebliche Ausbildungsstätten
 - Förder- und Weiterbildungseinrichtungen verschiedener Art
- Einrichtungen der weiterführenden Bildung
 - Fachschulen und Akademien
 - Hochschulen
- Arbeitswelt (1. Arbeitsmarkt)
 - Betriebe/Unternehmen/Einrichtungen
 - berufliche Selbstständigkeit
- Arbeitswelt (2. Arbeitsmarkt)
 - Werkstätten für behinderte Menschen (einschl. Phase beruflicher Bildung, Außenarbeitsplätzen)
 - Förderbereiche der WfbM (»unter dem Dach der WfbM«)
 - Beschäftigung mit Budget für Arbeit
- Tagesstrukturierende Angebote
 - Tagesförderung/Tagesstruktur
 - Tagesförderstätten
 - Tagesstrukturierende Angebote
 - Tagespflege

Die integrative Nutzung all dieser verschiedenen

Lebens-, Bildungs-, Arbeits- und Betätigungsmöglichkeiten gelingt MmEH jedoch häufig nicht bzw. nicht ohne Schwierigkeiten, und zwar sowohl in den nicht spezialisierten als auch den besonderen Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen oder Pflegebedarf: Denn oft erschweren räumliche und technische Barrieren für Menschen mit motorischen oder Sinnesbeeinträchtigungen eine Integration oder Inanspruchnahme, insbesondere sind es jedoch die neuropsychologischen Beeinträchtigungen, die eine Integration behindern. Gerade neuropsychologische Beeinträchtigungen sind oft nicht sofort sichtbar, bleiben den anderen Menschen (einschließlich den Fachkräften der Einrichtungen und Dienste) unverständlich, es sei denn, es ist spezifische Neurokompetenz vorhanden, und entziehen sich dem herkömmlichen Verständnis von Behinderung bzw. den dem »gesunden Menschenverstand« folgenden Bemühungen Dritter.

Nicht selten scheitert so die Integration in vorhandene Lebenswelten oder Einrichtungen. Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen bleiben dann oft nur als Frührentner zu Hause oder werden als Notlösung in einer Pflegeeinrichtung untergebracht. Wenn sie überhaupt in den 1. Arbeitsmarkt zurückkehren, können sie nicht selten an ihre vorherigen Tätigkeiten nicht anknüpfen und müssen sich mit geringwertigen Tätigkeiten begnügen.

Bisweilen liegt das auch daran, dass in der Phase nach der medizinischen Rehabilitation noch umfassend Behandlungsmaßnahmen erforderlich sind, die Zeit und Energie kosten und zeitlich so extensiv erforderlich sind, dass für eine berufliche oder schulische Integration zu wenig Zeit bleibt. Auch wird mit intensiven Behandlungsmaßnahmen oft die Hoffnung auf wesentliche Besserungen verknüpft, so dass die praktische Integration, z. B. an den Arbeitsplatz, noch hinausgezögert wird.

Zu den oftmals notwendigen Behandlungen gehören insbesondere:

- Ärztliche Behandlung (Neurologie, Orthopädie, Neurourologie etc.)
 - Ggf. Epileptologie
 - Ggf. Behandlung der Spastik (Medikamente, intrathekale Baclofenpumpe, Behandlung mit Botulinumtoxin)
 - Ggf. multimodale Schmerztherapie
 - Ggf. operative Therapien
- Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie
- Ambulante Neuropsychologie
- Psychotherapie
- Hilfsmittelversorgung
- Unterstützte Kommunikation

In der Phase E muss unter der Voraussetzung mehr oder weniger bleibender alltagsrelevanter Beeinträchtigungen ein neuartiges Lebensführungskonzept entwi-

10 Zum Begriff der Neurokompetenz vgl. DVfR 2014 S. 50 ff

ckelt werden, das sowohl die sozialen Beziehungen, die Wohnsituation (damit verbunden die möglichst selbstbestimmte Alltagsbewältigung einschl. der Aktivitäten des täglichen Lebens), die jeweilige Bildungs- oder Arbeitssituation und die Therapien umfasst. Das Lebensführungskonzept soll sowohl den Wieder- oder Neuerwerb von Kompetenzen des Betroffenen beinhalten als auch eine Anpassung der Kontextfaktoren. Dabei ist zu berücksichtigen, dass oft dem Betroffenen die dazu notwendige Selbsteinschätzung und Beurteilung des Unterstützungsbedarfes und damit dessen selbstbestimmte Inanspruchnahme nicht möglich sind, so dass er bei der Bedarfsfeststellung im Hinblick auf notwendige Rehabilitationsleistungen der Unterstützung bedarf, ohne dass er deren Erfordernis immer schon selbst einschätzen kann.

Deshalb benötigen Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen insbesondere im Hinblick auf die neuropsychologische Beeinträchtigung Unterstützungsleistungen mit Neurokompetenz, d. h. solche, bei denen die handelnden Personen über neuropsychologische und funktionelle Kenntnisse und Erfahrungen im Umgang mit Beeinträchtigungen bei erworbenen ZNS-Schädigungen und im Hinblick auf produktive Rehabilitationsstrategien verfügen müssen¹¹. Leider stehen neurokompetente Dienste und Einrichtungen nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung¹².

Es wird deutlich, dass der Prozess der Neuorientierung und der Neugestaltung des eigenen Lebens in Abhängigkeit von Art und Schwere der funktionellen Beeinträchtigungen und den Kontaktfaktoren ein sehr komplexer Prozess sein kann.

Bei diesem Anpassungs- und Orientierungsprozess kann es sich durchaus um einen Prozess handeln, der ein Leben lang andauert. Es erscheint aber sinnvoll, einen Zeitraum zu bestimmen, in dem koordiniert intensivierte Anstrengungen unternommen werden, um zumindest vorläufig eine stabile und möglichst selbstbestimmte Teilhabe in den relevanten Lebensbereichen zu erreichen. Dies soll die Verwendung des Begriffes »Phase« E zum Ausdruck bringen. Allerdings ist es schwierig, einen für alle Einzelfälle gültigen Zeitraum zu definieren, innerhalb dessen eine vorläufige möglichst selbstbestimmte Teilhabe stabil erreicht ist bzw. die zur Erreichung dieses Ziels notwendigen Weichenstellungen erfolgt und die notwendigen Maßnahmen erfolversprechend auf den Weg gebracht sind.

Die Dauer ist deshalb individuell zu bestimmen und davon abhängig zu machen, inwieweit noch neue Teilhabechancen eröffnet werden können. Dabei kann durchaus, rein definitorisch, die Phase E vorübergehend auch beendet werden und kann jederzeit, wenn neue Teilhabeziele zu verfolgen sind, wieder aufgenommen werden.

11 s. DVfR zur Phase E 2014
12 s. DVfR 2014

Art und Schwere funktioneller Beeinträchtigungen korrelieren nicht streng mit den Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe und insbesondere auch nicht mit der Lebensqualität¹³. Entscheidend dafür sind die Kontextfaktoren, wie sich aus der Anwendung der ICF ergibt, die kein Krankheitsfolgemodell, wie noch die ICIDH¹⁴ sondern ein interaktives Modell der Wechselwirkung von Schädigung und Umwelt darstellt.

Dieses lässt sich am Beispiel der folgenden Darstellung gut erkennen:

Herr M. hat nach einem Schlaganfall mit Hemiparese bei erhaltenen kognitiven Funktionen eine mittlere funktionelle Beeinträchtigung: Er kann nur mühsam gehen und nicht regelmäßig den Mund schließen. Seine Aktivitäten können stärker und die Teilhabe sehr stark beeinträchtigt sein, wenn er in einem bergigen Dorf wohnt, so dass er nur mit personeller Hilfe laufen kann und auch eine Rollstuhlversorgung nicht zu eigenständiger Mobilität führt. Da ihm und seiner Familie die Lähmung und das gelegentliche Speicheln peinlich ist, bleibt er in der Wohnung, wird zu Veranstaltungen, Feiern etc. nicht mitgenommen und gerät zunehmend in soziale Isolation. Dies kann man graphisch so darstellen, dass die drei verschiedenen Ebenen der ICF getrennt betrachtet werden:

Funktion	0/.....X...../10
Aktivitäten	0/.....X...../10
Teilhabe	0/.....X../10

(Grad der Beeinträchtigung (x) in einer Skala von 0–10)

Bei gleicher Beeinträchtigung der Funktionen können die Aktivitäten weniger stark beeinträchtigt und die Teilhabe in sehr hohem Umfang möglich sein, wenn er in einer weitgehend barrierefreien Stadt wohnt, in der Rollstuhlmobilität üblich ist, und er eine Familie hat, die die Beeinträchtigungen des Gehens und des Schluckens akzeptiert und ihn mitnimmt. Dies kann dadurch erleichtert werden, wenn in dieser Stadt häufiger behinderte Menschen im Stadtbild zu finden sind¹⁵. Graphisch könnte dies dann folgendermaßen dargestellt werden:

Funktion	0/.....X...../10
Aktivitäten	0/.....X...../10
Teilhabe	0/.....X...../10

(Grad der Beeinträchtigung (x) in einer Skala von 0–10)

Diese Darstellung soll verdeutlichen, dass auch bei Vorliegen ausgeprägter Schädigungen in der Phase E durchaus Verbesserungen der Teilhabe möglich sein

13 Birbaumer Dt. Ärzteblatt 2015
14 Schuntermann
15 Zudem kann die Fähigkeit zur Teilhabe von der praktizierten Teilhabe abweichen. Die ICF kennt dafür den Unterschied zwischen Capacity und Performance und zur Beschreibung und Erklärung der Unterschiede in der Beeinträchtigung der Teilhabe die Methode der systematischen Variation der Kontextfaktoren

können, ohne dass die Schädigungen und funktionellen Beeinträchtigungen vermindert werden, und zwar allein durch die Veränderung der Kontextfaktoren. Oft geht es um die Akzeptanz der Behinderung durch die primären und sekundären sozialen Netzwerke, d. h. die Familie, die nahen Bezugspersonen sowie Arbeitgeber und KollegInnen. So wäre bei dem genannten Klienten mit ungestörter Kognition eine weitere berufliche Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt möglich, wenn er dort auf einen barrierefreien Arbeitsplatz und Akzeptanz der KollegInnen treffen würde.

In der Phase E sollen also Ziele in den verschiedenen Dimensionen der ICF verfolgt und erreicht werden, die die Basis für die künftige langfristige Lebensgestaltung darstellen. Dabei sollte sowohl von den Betroffenen als auch den Experten die Zeit der Phase E bewusst als Phase der Rehabilitation im Sinne eines prozesshaften Überganges gestaltet werden. Sie sollte in der Regel auch ein definiertes Ende haben. Am Ende dieser Phase sollte ein tragfähiges Konzept erarbeitet sein, das auch einen Plan für die therapeutischen und teilhabefördernden Leistungen für das folgende Leben in der gewählten Lebenswelt enthält und das deren konkrete Organisation und Einleitung beinhaltet. Ändert sich der Zustand im weiteren Verlauf relevant und sind neue Teilhabechancen erkennbar, sollte jederzeit erneut eine Phase der neurologischen Rehabilitation, so auch eine neue Phase E möglich sein.

Wenn erhebliche funktionelle Beeinträchtigungen fortbestehen und trotz intensiver Bemühungen der Phase E wesentliche Beeinträchtigungen der Teilhabe vorliegen und weitere intensive rehabilitationsmedizinische Leistungen (z. B. bei ausgeprägter Spastik, bei Beatmung), Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (z. B. Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen) oder auch Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (z. B. Wohnen in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe) notwendig sind, fällt eine strenge Abgrenzung der Phase E schwer und die Übergänge zur Phase F bzw. in die allgemeine Lebenswelt sind im Grunde fließend. In der Regel dürfte aber zumindest die Zeit der beruflichen Bildung in der WfbM und ein sog. Übergangswohnen, also eine nur zeitweilige Unterbringung in einer Wohneinrichtung zum Erlernen und Stabilisieren von Kompetenzen bis zu ca. zwei Jahren der Phase E zuzurechnen sein. Da aber z. Zt. mit der Definition der Phase E kein definierter oder gar begrenzter Leistungskatalog fest vereinbart ist, bleibt die mangelnde zeitliche Fixierung der Phasendauer leistungsrechtlich irrelevant. Dies kann sich dann ändern, wenn für die Phase E eigene Leistungsansprüche definiert werden. Z. Zt. bestehen die Leistungsansprüche während der Phase E unabhängig von dieser Phasenzuordnung. Dennoch sollte die Zuordnung von Bedarfen und bedarfsgerechter Leistung zur Phase E im Hinblick auf das vorzuhaltende Angebot, für die Bedarfsfeststellung als auch für die Leistungsgewährung beachtet werden.

Gestaltung der Phase E

Die neue Konzeption der Phase E erfordert eine individualisierte und personenbezogene Gestaltung in der Lebenswelt in den jeweiligen Lebenssituationen. Merkmal dieser Phase ist es, dass mehrere Teilhabeleistungen ggf. mit Leistungen zur Pflege und der Krankenbehandlung zusammengeführt werden und damit gegebenenfalls verschiedene Sozialleistungs- und Rehabilitations-träger zuständig sind, zum Beispiel für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (zum Beispiel auch in einer Werkstatt für behinderte Menschen) oder auch zur Teilhabe an der Gesellschaft (Leistung der Eingliederungshilfe). Dabei erweist es sich von Vorteil, wenn möglichst viele dieser Leistungen von einem Leistungserbringer oder zumindest unter einheitlicher Koordination im Sinne eines Case-Managements erbracht werden können.

Damit die Phase E bedarfsgerecht gestaltet werden kann, wird ein regional verfügbares Netz an Leistungserbringern, also von Diensten und Einrichtungen benötigt, in dem alle in der Phase E notwendigen neurokompetenten Leistungsangebote vorhanden, erreichbar und miteinander kombinierbar und nach Möglichkeit optimal abgestimmt und verknüpft sind. Dies ist nicht selbstverständlich.

Die Errichtung eines solchen Netzwerkes hat nämlich mehrere Voraussetzungen:

1. Die Bereitschaft der Dienste und Einrichtungen, spezielle neurokompetente Angebote für diese Personengruppe mit ihren besonderen Bedarfen zu entwickeln
2. Die bedarfsgerechte und leistungsrechtlich korrekte qualitätsgesicherte Ausgestaltung der Angebote einschließlich einer auskömmlichen Finanzierung
3. Die Bereitschaft der Sozialleistungsträger zur Bewilligung der Leistungen ggf. auch in komplexen Settings ggf. auch in neuartiger Form

Die folgende Übersicht listet auf, welche Angebote für die Phase E in einem Bundesland (hier am Beispiel von Rheinland-Pfalz (RLP) vorhanden sein sollten. Dabei müssen einige Angebote wohnortnah vorgehalten werden (w), andere können auch weiter entfernt sein. Neuartige Angebote sind kursiv gekennzeichnet. Mangelnde Verfügbarkeit in der Fläche oder qualitativer/quantitativer Verbesserungsbedarf wird mit einem mV bzw. mit mQ gekennzeichnet.

1. Umfassende neurokompetente Bedarfsfeststellung und Entlassungsplanung im Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung (sog. Phase E) in allen (neurologischen) Krankenhäusern und (Früh-)Rehaeinrichtungen in RLP (mQ)
2. Neurokompetente Teilhabepflege im Rahmen der Eingliederungshilfe in RLP, auch wiederholt als Prozess (w, mV)

3. Flächendeckend Mobile Rehabilitation einschließlich betriebsnaher Angebote (w, mV)
4. Flächendeckend ambulante neurologische Rehabilitation (w, mV)
5. Flächendeckend ambulante Neuropsychologie und neuropsychologische Kompetenz im Bereich der Vertragspsychotherapeuten und ergänzend dazu in den spezialisierten Einrichtungen der Eingliederungshilfe (w, mV)
6. *Medizinische Behandlungszentren für erwachsene Menschen mit Behinderung¹⁶ mit Schwerpunkt Neurologie/Neuropsychologie/erworbene Hirnschädigungen ggf. mit spezialisierter Beratung und Behandlung und zugleich Fachdienstfunktion für die Eingliederungshilfe. Mögliche Schwerpunkte:*
 - a. Epileptologie
 - b. Neuropsychologie einschl. Begleitung des primären sozialen Netzwerkes
 - c. Ggf. Krisenintervention
 - d. Ggf. Integration der Funktion eines Landesarztes für Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen
 - e. Konsile mit Neurochirurgie, Orthopädie etc.
 - f. Neurokompetente Rehapflege
 - g. Sozialarbeiterische Beratung und Begleitung
7. Spezialisierte Heilmittel, insbesondere Logopädie/Neurolinguistik, Ergotherapie sowie Physiotherapie (w, mQ)
8. Spezialisierte Hilfsmittelversorgung sowie Assistive Technologien und AAL (mV, mQ)
9. Beratungsstellen für Unterstützte Kommunikation mit Schwerpunkt erworbene Hirnschädigungen (mV)
10. Neurokompetentes Fallmanagement¹⁷ für schwierige Fälle im Hinblick auf
 - a. Familienunterstützung
 - b. Wohnen
 - c. Arbeit
 - i. Erster Arbeitsmarkt und langfristige, individuell gestaltbare Übergänge mit individueller Begleitung und Förderung (auch mobil)
 - ii. WfbM (Achtung: Berufliche Bildung nicht immer in Vollzeit möglich!)
 - iii. Tagesstruktur
 - iv. Andere individuelle Förderung/Assistenz
 - d. Weitere Förderung/Therapie
11. Phase-F-Einrichtungen
12. Angebote im Bereich Arbeit
 - i. Erster Arbeitsmarkt und Übergänge: Förderung durch individuelles neuro-kompetentes Fallmanagement und Eingliederungshilfen (Praktika etc.) (w, mQ)
 - ii. Neurokompetente, spezialisierte Angebote in einigen WfbM, insbesondere auch auf ausgelagerten Arbeitsplätzen sowie Budget für Arbeit (mV)
 - iii. Neurokompetente Tagesstruktur. Z. B. in spezialisierten Tagesförderstätten (mV)
 - iv. Neurokompetente individuelle Förderung/Assistenz bei der Alltagsbewältigung (mQ)
13. Angebote im Bereich Familie (w, mV, mQ)
 - a. Neurokompetentes Fallmanagement und Beratung sowie Begleitung z. B. im Rahmen der sozialpsychiatrischen Versorgung, aber mit Spezialisierung!
 - b. Persönliche Assistenz unter neurokompetenter Anleitung
 - c. Erschließung spezieller individueller Hilfen im Rahmen der Eingliederungshilfe
 - d. Neurokompetente Pflege
14. Wohnangebote in der Eingliederungshilfe
 - a. Sozialraumorientierte Wohnraumberatung (mV)
 - b. *Übergangseinrichtungen im Rahmen der Eingliederungshilfe mit einem integrativen und interdisziplinären Ansatz (Fachdienste). Umfassende Rehabilitation für einen begrenzten Zeitraum im Rahmen eines stationären Wohnangebotes, sodass im Verlauf eine Rückkehr in das häusliche Umfeld oder ein ambulantes Wohnen möglich wird.*
 - c. Neurokompetente Wohnangebote für verschiedene Personengruppen (mV, mQ)
 - i. Schwerstbetroffene
 - ii. Menschen mit neuropsychologischen Beeinträchtigungen
 - iii. Menschen mit schweren Behinderungen und Pflegebedarf
 - d. Neurokompetentes betreutes Wohnen/ambulante Wohnformen (mV)
 - e. Anzeigepflicht bei der Heimaufsicht bei Aufnahme jüngerer Menschen mit ZNS-Schäden (unter 60 Jahren) in Pflegeheimen

Dabei zeigt sich, dass es in einem Bundesland wie RLP zahlreiche Angebote für Menschen mit erworbenen Schädigungen des ZNS gibt, diese je doch nicht flächendeckend und nicht immer qualitativ ausreichend für die Personengruppe zur Verfügung stehen.

Für die Zukunft werden wahrscheinlich folgende Elemente besonders wichtig werden: Die neurokompetente Bedarfsfeststellung beim Entlassmanagement und in der Eingliederungshilfe, das neurokompetente Case-Management, die Mobile Rehabilitation, das stationäre Übergangswohnen und neurokompetente persönliche Assistenz im Rahmen der Eingliederungshilfe.

Dabei zeigt sich am Beispiel der Mobilien Rehabilitation, dass diese sowohl als medizinische Rehabilitation (derzeit im Rahmen des § 40 SGB V fast ausschließlich durch die gesetzliche Krankenversicherung und die gesetzliche Unfallversicherung realisiert) organisiert ist, insofern der medizinischen Rehabilitation vor der Phase E zugeordnet werden kann, dass aber im Rahmen der mobilen Rehabilitation bei schwerwiegenden funktio-

¹⁶ § 119 c SGB V, Angebot in RLP z. B. Diakonie Bad Kreuznach

¹⁷ Angebote überwiegend im Bereich der Unfallversicherung

nellen Beeinträchtigungen die eigentliche soziale Eingliederung erreicht wird und sogar in manchen Fällen auch eine Re-Integration an den Arbeitsplatz gelingen kann, wobei medizinische Maßnahmen und begleitende Maßnahmen am Arbeitsplatz, wie Arbeitsplatzgestaltung, die psychosoziale Begleitung etc. durch Mobile Rehabilitation stattfinden können. Insofern muss es sich bei der mobilen Rehabilitation nicht zwangsläufig um eine rein medizinische Rehabilitationsmaßnahme handeln. Die Mobile Rehabilitation reicht sozusagen in die Phase E hinein und kann darin einen wichtigen Anteil einnehmen. Die Ziele der mobilen Rehabilitation können wie die der medizinischen Rehabilitation definiert werden, jedoch auch verstärkt als teilhabebezogene Ziele, nämlich Aktivitäten in der konkreten Lebenssituation zu Hause ausführen zu können.

Ziele sind insbesondere:

- Eigenständige Mobilität im Haus (Treppe) und in der Gemeinde
- Selbstständigkeit im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens im eigenen Lebensumfeld
- Verbesserung und Erhaltung der Kommunikationsfähigkeit sowie des Sprachverständnisses im familiären Kontext
- Verbesserung der Hirnleistung in den konkreten Alltagsvollzügen
- Re-Integration in die sozialen Netzwerke im Sinne der Inklusion, d.h. Familie, Freundeskreis, Nachbarschaft, Kirchengemeinde, politisches Leben
- Auch: Aufstellung eines die vorhandenen Kompetenzen der Familie und die regionalen Behandlungsmöglichkeiten berücksichtigenden realistischen Behandlungsplanes
- Auch: Erstellung eines Teilhabeplanes mit langfristiger Perspektive und Darstellung aller notwendigen Leistungen und Unterstützungen unabhängig von einer bestimmten Kostenträgerschaft
- Beratung zur Alltagsgestaltung in der Familie: Was ist möglich an Fahrten, Reisen, Beteiligung, Vermeidung von Überforderung, Bewältigung von Verhaltensauffälligkeiten?
- Wohnraumgestaltung (gegebenenfalls in verschiedener Trägerzuständigkeit)
- Anbahnung und Unterstützung der Aufnahme von Beschäftigung/Teilhabe am Arbeitsleben (Rentenversicherung, Bundesagentur), auch durch zugehende Hilfen am Arbeitsplatz, gegebenenfalls in Verbindung mit den Integrationsfachdiensten, Unterstützung bei betrieblichen Eingliederungsmanagement, ggf. Aufnahme in die WfbM etc.
- Erarbeitung eines Konzepts zur Prävention und Bewältigung von Komplikationen

In Zukunft wird die Arbeit der mobilen Rehabilitation, die es aktuell nur an 13 Standorten in Deutschland gibt – dabei handelt es sich überwiegend um geriatrische und

nur wenige neurologisch/neurokompetent ausgerichtete Einrichtungen –, durch die MZeB unterstützt und nachhaltig fortgeführt. Dazu ist es wichtig, dass die MZeB für diese Personengruppe Zuständigkeit und Kompetenzen entwickeln¹⁸.

Auch die Eingliederungshilfe hat für die Phase E eine besondere Bedeutung, da immer dann, wenn gravierende strukturelle Schädigungen und funktionelle Beeinträchtigungen vorliegen, auch die Teilhabe am Leben der Gemeinschaft beeinträchtigt sein kann. Deshalb ist es für die Gestaltung der Phase E und des Lebens danach von entscheidender Bedeutung, dass die Bedarfe von Menschen mit erworbenen ZNS-Schädigungen nicht auf Behandlung und Pflege reduziert werden, sondern ihre Teilhabe im Zentrum der Bedarfsfeststellung steht. In der Eingliederungshilfe hat die Personengruppe eine besondere Bedeutung, die aufgrund der Schwere der Behinderung für die Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt zumindest zunächst nicht in Betracht kommt. Hier kann zunächst die Teilhabeförderung im Leben der Gemeinschaft im Vordergrund stehen, auch ggf. eine Integration in eine WfbM, ggf. auch übergangsweise. In jedem dieser Fälle sollte eine umfassende trägerübergreifende Teilhabeplanung mit einem umfassenden Bedarfsfeststellungsverfahren durchgeführt werden.

Hier erweisen sich die oft noch notwendigen umfangreichen Behandlungsmaßnahmen als erschwerend, wenn die notwendigen Behandlungen und spezifischen Förderleistungen nicht zur Verfügung stehen, nicht qualifiziert sind und vom Regelgesundheitsversorgungssystem nicht bereitgestellt werden können. So sollen im medizinischen Bereich Hausarzt und niedergelassener Facharzt alle Maßnahmen konzipieren, verordnen und überwachen, auch solche, die auf die Teilhabe am Arbeitsleben zielen. Damit sind diese aber überfordert und ohnehin in ihren vertragsärztlichen Möglichkeiten begrenzt. Dies gilt insbesondere für die Koordination und Beratung im Hinblick auf betriebliche Integration bzw. auf arbeitsweltbezogene Leistungen der Eingliederungshilfe. Hier können Dienste und Einrichtungen der Eingliederungshilfe oft helfen. Dennoch sind nach wie vor alle Rehabilitationsträger gefordert, die Integration auf dem 1. Arbeitsmarkt neurokompetent zu fördern. Als limitierend erweist bei der Inanspruchnahme von Leistungen der Eingliederungshilfe nach SGB XII, dass meist Einkommen und Vermögen angerechnet werden müssen – hier ist zu hoffen, dass eine solche Anrechnung bei Fachleistungen in Zukunft nach dem neuen Bundesteilhabegesetz nicht mehr erforderlich ist.

Zusammenfassend kann man die Ziele in der Phase E für alle Rehabilitationsträger und nicht zuletzt für die Betroffenen mit ihre Familien so beschreiben: Ziel ist die Inklusion, d. h. Menschen mit eH sollen sich tatsächlich zugehörig fühlen können in dem sozialen Raum, in dem sie gerne leben möchten.

18 Schmidt-Ohlemann RPR 2 2014

VERSORGUNG

Kurt-Alphons-Jochheim-Medaille geht an das Zentrum für Post-Akute Neurorehabilitation

Für seine besonderen Leistungen im Bereich der Rehabilitation nach Hirnschädigungen wurde das Zentrum für Post-Akute Neurorehabilitation (P.A.N.) mit der Kurt-Alphons-Jochheim-Medaille der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) ausgezeichnet. Die Preisverleihung fand am 1. Oktober im Rahmen der DVfR-Mitgliederversammlung in Frankfurt am Main statt.



Das vor acht Jahren von der Fürst Donnersmarck-Stiftung entwickelte P.A.N. Zentrum bietet Menschen mit erworbenen Schädel-Hirn-Verletzungen nach dem Aufenthalt in einer Klinik eine umfassende lebensweltbezogene Rehabilitation, damit diese wieder selbstbestimmt am Alltag teilhaben können.

Dr. Matthias Schmidt-Ohlemann, Vorsitzender der DVfR, überreichte die Kurt-Alphons-Jochheim-Medaille Wolfgang Schrödter, dem Geschäftsführer der Fürst Donnersmarck-Stiftung. »Das P.A.N. Zentrum schließt eine Lücke im bestehenden Versorgungssystem für Menschen mit erworbenen schweren Beeinträchtigungen«, betonte Schmidt-Ohlemann bei der Übergabe der Urkunde. Er hoffe, dass dieses Leuchtturmprojekt viele Nachahmer findet, damit viele neurologische Patienten entsprechend versorgt werden.

Leuchtendes Beispiel

Schrödter nahm die Auszeichnung dankend entgegen. »Damit zeichnen Sie ganz konkret Menschen aus, die trotz harter Schicksalsschläge den Mut nicht sinken lassen und an die durchschlagende Wirkung von Rehabilitation glauben.« In seiner Dankesrede unterstrich er: »Die Verleihung der Kurt-Alphons-Jochheim-Medaille motiviert uns jetzt, mit dem neuen Gebäude und den neuen Konzepten den eingeschlagenen Weg mit Mut und Dynamik weiter zu beschreiten.«

»Das P.A.N.-Zentrum ist ein leuchtendes Beispiel dafür, wie visionäre Ideen durch tatkräftige und planvolle Aktivitäten einer Gruppe von engagierten Fachleuten im Rahmen einer Stiftung bürgerlichen Rechts und damit letztlich von bürgerschaftlichem Engagement zum Erfolg geführt werden können«, betonte der Neurologe Prof. Dr. Dr. Paul-Walter Schönle in seiner Laudatio. Er sei überzeugt davon, dass diese innovative neurologische Rehabilitation mit all ihren Facetten Schule machen und ganz im Sinne von Professor Jochheim zu weiteren Fortschritten in der Teilhabeförderung von neurologisch schwerst betroffenen Menschen führen werde.

Mit der Kurt-Alphons-Jochheim-Medaille ehrt die DVfR seit 2011 Initiativen, die in herausragender Weise die individuelle und umfassende Rehabilitation behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen fördern und zu deren Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft beitragen. Namensgeber der Medaille ist der 2013 verstorbene Pionier der Neurorehabilitation in Deutschland: Prof. Dr. Kurt-Alphons Jochheim.

Um dies zu erreichen, sind folgende strategische Ziele von besonderer Bedeutung:

1. Vermeidung beziehungsweise Verminderung von Pflege- und Behandlungsbedarf.
2. Vermeidung einer Fehlallokation, vor allem jüngerer Menschen im erwerbsfähigen Alter mit erworbenen Hirnschädigungen im Pflegeheim. Denn Pflegeheime haben keine inklusive und teilhabefördernde Funktion, sondern sind auf das Paradigma der Pflege konzentriert. Ihnen stehen auch keine entsprechenden Mittel zur Verfügung. (Auf die besondere Situation der Phase-F-Einrichtungen wird hier nicht weiter eingegangen.)
3. Möglichst Verbleib in häuslicher Umgebung, insbesondere der eigenen Umgebung, gegebenenfalls aber auch der Herkunftsfamilie oder anderer Verwandter.
4. Verbleib im regulären Bildungssystem, nach Möglichkeit in der vorher vorhandenen Bildungseinrichtung.
5. Sicherung von Arbeit, Beschäftigung, Tagesstruktur statt reiner Frühberentung oder Entlassung in die Arbeitslosigkeit.
6. Integration in eine soziale Gemeinschaft (eigene Familie, Verwandtschaft, Freundeskreis) oder auch bestehende soziale Gemeinschaften, wie sie Wohngemeinschaften, betreutes Wohnen oder im Einzelfalle auch Wohnheime darstellen können. Dabei kommt der Erhaltung primärer sozialer Netzwerke eine besondere Bedeutung zu.

Nur wenn diese Ziele nachdrücklich verfolgt werden, kann die Phase E die Brücke zur Inklusion sein.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Matthias Schmidt-Ohlemann
 Ltd. Arzt des Rehabilitationszentrums Bethesda kreuznacher
 diakonie
 Landesarzt für Körperbehinderte
 Waldemarstr. 24
 55543 Bad Kreuznach
 Matthias.Schmidt.Ohlemann@googlemail.com

Bedeutung von Kontextfaktoren in der Sozialmedizin für die Zuordnung von Leistungsbedarfen in der Phase E

Neurol Rehabil 2015; 21(5): 245

© Hippocampus Verlag 2015

A. Loevenich, S. Grotkamp

Die Autoren haben außer ihrer Präsentation keinen ausformulierten Textbeitrag geliefert. Die Herausgeber dieses Sonderheftes haben deshalb hier eine – von den Autoren genehmigte – Zusammenfassung der wichtigsten Statements vorgenommen.

Als Ausgangslage wurde das sogenannte Reha-»Loch« im Übergang aus der strukturierten Rehabilitationsmaßnahme – entweder stationär oder ambulant – in den vertragsärztlichen Versorgungsbereich skizziert. In den bestehenden Versorgungsangeboten gibt es eine unzureichende Lebenswelt- und Sozialraum-Orientierung. Zusätzlich sind spezielle Neuroreha-relevante Schlüsselqualifikationen ambulant nicht ausreichend verfügbar. Um diese Versorgungslücke zu schließen, haben im Dezember 2013 die in der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) zusammengeschlossenen Leistungsträger die »Empfehlungen zur Phase E der neurologischen Rehabilitation« verabschiedet.

Auf der Grundlage des in der ICF verankerten biopsychosozialen Modells der Funktionalen Gesundheit wird deutlich, dass Kontextfaktoren über den Grad der Funktionsfähigkeit oder Behinderung, d.h. über das

Ausmaß der Teilhabe, wesentlich mitentscheiden. Eine adäquate Erfassung und Berücksichtigung relevanter Kontextfaktoren ist daher unumgänglich notwendig in den nachgehenden Leistungen zur Sicherung des Reha-Erfolges. Eine Arbeitserleichterung dazu bietet die Broschüre »ICF-Arbeitshilfe« der MDK-Gemeinschaft von September 2014.

Die umfassende Berücksichtigung der im Einzelfall relevanten Kontextfaktoren (Umwelt- wie personbezogenen Faktoren) hilft den Betroffenen auch, ihre Ansprüche justiziabel zu untermauern.

Kritisch sind dabei in der Verwendung und Weitergabe der Informationen die Belange des Datenschutzes zu beachten – dies ist eine Büchse der Pandora! Der mögliche Missbrauch im Umgang mit sensiblen Daten, z.B. auch Kontextfaktoren, muss frühzeitig identifiziert und vermieden werden, aber der bestimmungsgemäße Gebrauch darf nicht wegen der Möglichkeit eines eventuellen Missbrauchs diskreditiert werden. Daher schlug Herr Loevenich vor, Kontextfaktoren in Form einer freiwilligen Selbstauskunft des Antragstellers/der Antragstellerin zu erheben.

Erfahrungen und Ergebnisse aus einer Einrichtung zur Phase E-Rehabilitation

Neurol Rehabil 2015; 21(5): 246–253
© Hippocampus Verlag 2015

S. Seiler

Zusammenfassung

Die Phase E der neurologischen Rehabilitation ist definiert als die Behandlungs- und Rehabilitationsphase nach Abschluss einer medizinischen Rehabilitation; sie hat zum Ziel, den Erfolg der medizinisch-therapeutischen Rehabilitation zu sichern und die Teilhabe am Arbeitsleben beziehungsweise an Erziehung und Bildung sowie am Leben in der Gemeinschaft zu unterstützen. Hierfür hat die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e. V. im Dezember 2013 »Empfehlungen« veröffentlicht [2]. Der nachfolgende Beitrag beschreibt das konzeptionelle Gerüst und die Struktur einer ambulanten Versorgungseinrichtung in München, in der diese Empfehlungen bereits weitgehend umgesetzt werden. Hier stehen als Ziel für ein selbstbestimmtes Leben die Bewältigung des Alltags und die soziale und berufliche Teilhabe von Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen im Fokus der interdisziplinären therapeutischen Arbeit. Dies wird an zwei konkreten Beispielen illustriert. Die Versorgungsmöglichkeiten dieser Einrichtung werden mit der Darstellung der Zahlen und Ergebnisse im ersten Halbjahr 2014 umrissen.

Neuro Reha Team Pasing, München

Schlüsselwörter: Teilhabe, wohnortnahe Rehabilitation, interdisziplinäres Team, Phase E

Rahmenbedingungen und Konzept der Einrichtung

Das Neuro Reha Team als Einrichtung der Phase E bietet ambulante neurologische Komplexbehandlung und Nachsorge in München für Patienten mit erworbener Hirnschädigung. Die konzeptionellen Eckpfeiler der interdisziplinären Arbeit bestehen in der Orientierung an der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) [1] und damit in einer umfassenden Teilhabeorientierung aller therapeutischen Interventionen zur Weiterentwicklung und Sicherung eines selbständigen häuslichen und/oder beruflichen Lebens. Wesentlich hierfür sind die Wohnortnähe und Arbeitsplatznähe der Einrichtung und damit die Möglichkeit, therapeutische Leistungen im persönlichen sozialen Umfeld des Patienten zu erbringen. Grundlage dafür ist der im Rahmen einer Ermächtigung von Dr. Johannes Pichler mit den gesetzlichen Krankenversicherungen geschlossene Vertrag nach §43, SGB V »Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation«.

In dem Vertrag ist vereinbart, dass durch das Neuro Reha Team Patienten mit multimodalen Fähigkeitsstörungen bei folgenden Indikationen behandelt werden können:

- Zustand nach Schädel-Hirn-Trauma
- Schlaganfall
- Hirntumor-Operation
- abgeschlossener Enzephalitis und zerebraler Hypoxie

Weitere **medizinische Voraussetzungen** sind ein medizinisch stabiler Zustand, keine Infektion mit resistenten Keimen sowie eine eigenständige basale Selbstversorgung. Im therapeutischen Kontext muss sprachlich und sozial eine Gruppenfähigkeit bestehen und eine ausreichende Motivation für die Teilnahme erkenntlich sein.

Für die **Behandlungsdauer** der in der Regel 10-wöchigen Komplexbehandlung wird für jeden Patienten entsprechend den vereinbarten Zielen ein individueller Stundenplan erstellt, der sowohl Funktionstraining, Teilhabetraining und immer Therapien zur Krankheitsbewältigung enthält. Jeder Patient wird durch eine **Primärtherapeutin** betreut, bei der die Informationen des Patienten und Entscheidungen des Teams zusammenlaufen und die in der Folge bei den Besprechungen diskutiert, dokumentiert sowie in den Therapieplan integriert werden. Die konkrete **individuelle Zielfindung** gemeinsam mit den Therapeutinnen bezieht sich dabei auf die ICF-basierten Ziele in der Phase E, wie sie in der Empfehlung [2] formuliert werden. Übergeordnete Ziele sind daher immer, eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu fördern, eine Teilhabe am Arbeitsleben, soweit die Einschränkungen es zulassen, zu fördern oder Einschränkungen

Tab.1: Rahmenbedingungen des Neuro Reha Teams

Neuro Reha Team Pasing
■ Interdisziplinäre Komplexbehandlung und Nachsorge
■ Ambulante, wohnort- und arbeitsplatznahe Versorgung
■ Therapeutische Leistung zur Re-integration in das selbständige-häusliche, soziale und berufliche Leben
■ Orientierung an ICF in der Befunderhebung, Therapieplanung und Dokumentation
■ Teilhabeorientierung in allen Therapiekonzepten
■ Eigene Verträge nach § 43, SGB V, Abs. 1, Nr. 1 »Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation«

in der beruflichen wie sozialen Teilhabe zu verhindern und den bisherigen Rehabilitationserfolg nachhaltig zu sichern. Um dies zu gewährleisten, werden die **Angehörigen** von der Primärtherapeutin kontaktiert und zu einem gemeinsamen Gespräch eingeladen. Neben Gesprächen mit den Angehörigen finden regelmäßig im Abstand von sechs Wochen sogenannte Infotage für Angehörige statt, wozu diese eingeladen werden, um das Therapiejumfeld und die Therapeuten einerseits kennenzulernen, aber auch um durch Vorträge und Diskussionen informiert zu werden und andere Betroffenen und deren Angehörige kennenzulernen. Besteht die Möglichkeit einer beruflichen Wiedereingliederung an einen bestehenden **Arbeitsplatz**, kontaktieren die Primär- und Sozialtherapeutin den Arbeitgeber, um gemeinsam mit dem Patienten die stufenweise Rückkehr ins berufliche Umfeld unter den individuellen Voraussetzungen zu planen.

Im Falle einer stufenweisen **beruflichen Wiedereingliederung** nehmen die Patienten alle zwei Wochen an einer Gruppe zur beruflichen Integration teil. Ist dagegen eine Rückkehr in das Erwerbsleben nicht möglich, kann ein Modul zur Unterstützung der **sozialen Wiedereingliederung** angeboten werden, auch oft bis eine ambulante Weiterbehandlung gesichert ist.

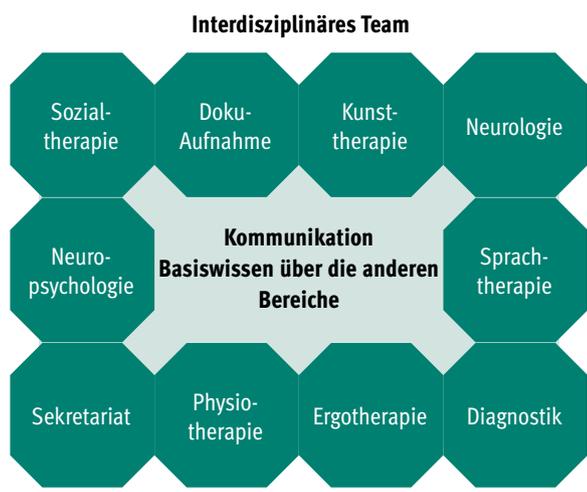


Abb. 1: Interdisziplinäres Team

Getragen wird dieses Konzept von einem **interdisziplinären Team (Abb. 1)**. Für ein konzertiertes therapeutisches Arbeiten stellen eine hohe Eigenverantwortlichkeit einerseits und eine hohe Bereitschaft, sich mit allen Kollegen hinsichtlich Information, Zielsetzung und Therapieplanung auseinanderzusetzen, zentrale Voraussetzungen dar. Jedes Teammitglied hat ein Basiswissen aller anderen Fachbereiche, dies trifft für das Sekretariat und die Aufnahmeabteilung ebenso zu wie für die Therapeuten und den Arzt zu.

Um die Erstellung eines integrierten Behandlungsplans mit individueller Zielformulierung, Prüfung und Veränderung im Behandlungsverlauf als Team leisten

zu können, findet täglich eine einstündige Frühbesprechung statt. ICF-basiert werden dabei die Ergebnisse und Planungen in einer Ziel-, einer Verlaufs- sowie einer Entlassungsbesprechung für jeden Patienten von allen am Rehaprozess eines Patienten Beteiligten besprochen und in einer speziell konzipierten ICF-Verlaufsdokumentation festgehalten. Neben den ICF-Domänen spielen dabei auch die personen- und umweltbezogenen Kontextfaktoren für die Therapieplanung eine wichtige Rolle. Sie werden im positiven Fall als Ressourcen genutzt oder bei hemmendem Einfluss auf den Therapieverlauf wird versucht, therapeutisch Veränderungen zu initiieren oder externe Unterstützung zu organisieren.

Neben den patientenbezogenen Besprechungen finden noch **Organisationsnachmittage** alle sechs Wochen und zur Weiterentwicklung des Konzeptes ein oder zwei **Klausurtage** im Jahr statt. Insgesamt stehen den Teammitgliedern ungefähr 25% der Regelarbeitszeit für Teambesprechungen, zur Vor- und Nachbereitung sowie zur Erstellung der Abschlussberichte zur Verfügung. Die innere Stabilität des Teams wird gefördert durch eine einmal im Monat stattfindende zweistündige **Teamsupervision** mit einem externen Supervisor.

Ein wichtiges Ziel in der letzten Behandlungsphase im Neuro Reha Team ist ein **Entlassungsmanagement**, das den Patienten befähigt sich therapeutische Hilfe nach seinen Erfordernissen zu suchen. Die Patienten und die Angehörigen werden gezielt unterstützt, dabei ist von zentraler Bedeutung, gemeinsam eine sinnvolle Nachsorge zu besprechen. Nach Kontaktaufnahme durch die Patienten finden mit deren Erlaubnis auch Übergabegespräche mit ambulanten Therapeuten statt. Hohe Priorität hat hier die Unterstützung der selbstständigen Entscheidung des Patienten. Mit Ende der Komplexbehandlung wird vom Team ein ausführlicher Bericht über den Verlauf und das Ergebnis der Behandlung erstellt. Der Abschlussbericht enthält neben den Diagnosen und der Medikation eine Verlaufsdokumentation sowie die in der Entlassungsbesprechung diskutierten Ziel- und Ergebnissbewertungen für die relevanten Teilhabedomänen (ICF).

Illustration von Phase-E-Rehabilitation anhand zweier Fallgeschichten

Kasuistik – Frau Weber

Der individuelle Rehabilitationsverlauf von Frau Weber (Name geändert) im Neuro Reha Team Pasing zeigt die Notwendigkeit einer ambulanten ganzheitlichen und interdisziplinären Maßnahme für die häusliche und berufliche Inklusion. Nur eine enge Zusammenarbeit und kontinuierliche sowie problemfokussierte Abstimmung der Ziele und Therapien ermöglichte eine Rückkehr in das Berufsleben vor dem Hintergrund einer abgestimmten therapeutischen Förderung der individuellen



2a: »Traurig«



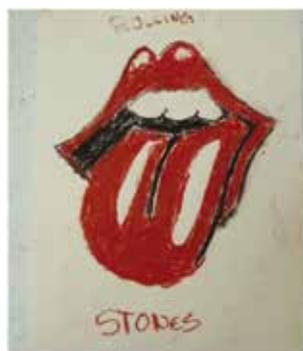
2b: »Zuhause«



2c: »Freiheit«



2d: »Reizbildcollage«



2e: »Vorfreude aufs Konzert«



2f: »Therapieverlauf«

Abb.2: Bilder von Frau Weber

Teilhabe, funktionellen Verbesserung und der Krankheitsbewältigung von Patientin und Angehörigen. Eine vom realen Umfeld losgelöste Maßnahme ohne Bezug zu den konkreten Erfahrungen als Person mit einer erworbenen Hirnschädigung im Zusammensein mit Familie, Freunden und Kollegen kann eine kontinuierliche individuelle Veränderung und Anpassung nicht leisten.

Frau Weber, 48 Jahre, erlitt nach der Ruptur eines intrazerebralen MCA-Aneurysmas eine Subarachnoidalblutung rechtstemporal und eine intrazerebrale Blutung rechts fronto-parietal. Das rupturierte Aneurysma und ein weiteres, nicht rupturiertes Aneurysma der MCA rechts wurden geclippt, dabei kam es intraoperativ zu einem Mediateilinfarkt rechts. Im Anschluss an eine stationäre Reha-Maßnahme wurde Frau Weber über einen Zeitraum von neun Monaten therapeutisch durch das Neuro Reha Team begleitet. Bilder, die Frau Weber während der Kunsttherapie gestaltete, illustrieren ihre Befindlichkeiten im Verlauf der Therapie (Abb. 2a–f).

Einschränkungen

Bei Beginn der neurologischen Komplexbehandlung war Frau Weber in ihrer Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gesellschaft noch deutlich beeinträchtigt. Betroffen waren vor allem die Domänen Lernen und Wissensanwendung, Häusliches Leben sowie Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen. Eine Teilnahme am beruflichen Leben war zum Zeitpunkt der Aufnahme ausgeschlossen. Der Überblick über ihre veränderte finanzielle Situation fehlte ihr. Sie berichtet über ihre Angst, nicht mehr arbeiten zu können, und

über massive Existenzängste. Konkret berichtete Frau Weber, dass sie Dinge nicht zu Ende bringen könne. Mit ihrem Sohn und ihrer Schwester kam es sehr häufig zu Missverständnissen und im Kontakt mit anderen Patienten und den Therapeuten fiel ein Mangel an Distanz auf. Durch zugrundeliegende Einschränkungen in der Planungsfähigkeit und der fokussierten sowie geteilten Aufmerksamkeit gelang es ihr nicht, die häusliche Organisation in ausreichendem Maße zu leisten und ihre Rolle als Mutter eines 17-Jährigen zu übernehmen. Subjektiv klagte Frau Weber: »Ich würde gerne wieder kochen, aber ich krieg es zeitlich nicht hin, ich koche entweder zu viel oder zu wenig. Es fällt mir auch schwer mich aufzuraffen.« Administrative Aufgaben und die Organisation von Terminen mussten von ihrer Schwester übernommen werden.

Testdiagnostisch wurden für die mentalen Funktionen deutliche Beeinträchtigungen in allen Aufmerksamkeitsleistungen sowie den exekutiven Funktionen wie Planen, Problemlösen und dem schlussfolgernden Denken objektiviert. Die Anamnesegespräche ergaben, dass Frau Weber unter einem gestörten Schlaf-Wach-Rhythmus litt. Die zugrundeliegenden Einschränkungen in den sozialen Kontakten sind Folge eines Nähe-Distanz-Problems, einer reduzierten Impulskontrolle und einer emotionalen Labilität mit euphorischer, aber auch deutlich depressiver Ausprägung. Für die bewegungsbezogenen Funktionen ergab sich zu Beginn noch eine brachio-fazial betonte Hemiparese links, die auch mit Scham besetzt war. Eine allgemeine motorische Verlangsamung führte kombiniert mit der reduzierten Impulsko-

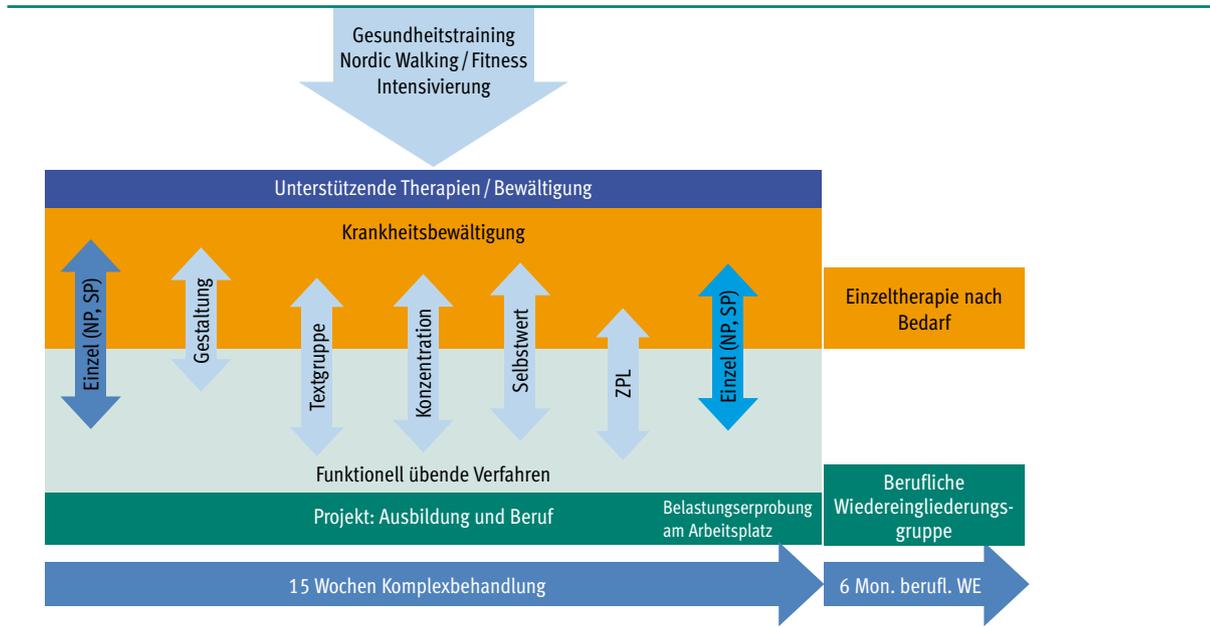


Abb. 3: Frau Weber: Interventionen und Therapieverlauf

trolle zu gefährlichen motorischen Handlungen. Insgesamt bestand zu Beginn der Behandlung eine deutliche Reduzierung der körperlichen Ausdauer.

Kontextfaktoren

Frau Weber war ledig und alleinerziehende Mutter eines 17-jährigen Sohnes. Sie war seit acht Jahren als Personalsachbearbeiterin bei einer Versicherungsgesellschaft in Vollzeit tätig. Als schwieriger externer Kontextfaktor gestaltete sich die Beziehung ihres Sohnes zu ihr. Er distanzierte sich und zeigte deutliche Rückzugstendenzen. Ursächlich waren seine massiven Schuldgefühle, da sich die SAB seiner Mutter kurz nach einem heftigen Streit zwischen den beiden ereignete. Unterstützend waren ein stabiler Freundeskreis und eine gute Eingebundenheit in die gemeinschaftlichen Aktivitäten.

Therapieziele

Gemeinsam mit den Therapeutinnen formulierte Frau Weber folgende Ziele:

- Selbstständige Lebensführung
- Berufliche Wiedereingliederung
- Krankheitsbewältigung

Die Konkretisierung der Ziele bedeutete für Frau Weber immer wieder, sich schmerzhaft mit den Folgen im Alltag auseinanderzusetzen. Die Erarbeitung der mittelfristigen Ziele und die Möglichkeiten der Veränderung war damit auch immer Teil der Krankheitsverarbeitung, Verbesserung der Selbstwahrnehmung und der Akzeptanz als Grundlage für eine stabile und langfristige Veränderung der Teilhabe. Die mittelfristigen Ziele waren Verbesserung der Verhaltensregulation und der Problemlösefähigkeit speziell im häuslichen Umfeld, eine verbesserten

Strukturierung der Hausarbeit sowie eine Steigerung der kognitiven und körperlichen Belastbarkeit, wobei die Tagesstrukturierung im Vordergrund stand.

Therapeutische Interventionen und Verlauf

Aus der **Abbildung 3** wird ersichtlich, dass ein komplexes Zusammenwirken sehr unterschiedlicher Therapien in Einzelsitzungen und Gruppensettings mit einer gemeinsamen Zielperspektive zusammenwirken.

Die Schwierigkeiten in der Eigenorganisation und der eingeschränkten Impulskontrolle erforderten anfänglich eine hohe Verlässlichkeit des Therapeutenteams und eine Absprache der externen Strukturhilfen für Frau Weber. Zentraler Kommunikationspartner war für Frau Weber dabei die Primärtherapeutin, nur so konnte eine für die Patientin klare Kommunikationsstruktur gestaltet werden. Im Verlauf verbesserte sich die Selbst- und Fremdwahrnehmung wie die Impulskontrolle im therapeutischen Umfeld. Die externen Strukturierungshilfen wurden kontinuierlich reduziert. Die für sie wahrnehmbaren Erfolge und die Reduzierung der Misserfolge in der Interaktion förderten das Vertrauen und stabilisierten ihr verändertes Verhalten. Durch die Einbeziehung der Angehörigen gelang es Frau Weber das Haushaltsmanagement zu verbessern und wieder selbstständig soziale Aktivitäten zu initiieren. Sie gewann eine Tagesstrukturierung mit einer Verantwortlichkeit für bestimmte Tätigkeiten zurück. Die dadurch gewonnene Sicherheit unterstützte die Planung der beruflichen Wiedereingliederung. Auch für alle anderen Zielaspekte wurden die Vorgehensweise schrittweise angepasst und wenn notwendig die Angehörigen miteinbezogen.

Zielevaluation

Nach insgesamt 15 Wochen neurologischer Komplexbehandlung und sechs Monaten niederfrequenter therapeutischer Begleitung während der stufenweisen beruflichen Wiedereingliederung hat Frau Weber viele Ziele erreicht, wenn auch nicht in dem Ausmaß, wie sie es sich sicherlich zu Beginn gewünscht hatte. So benötigte sie in neuen komplexen Situationen noch externe Unterstützung, um Arbeitsabläufe zu strukturieren. Ohne Unterstützung gelang es ihr nicht, komplexe Probleme selbstständig zu lösen. Insgesamt hatte sich ihre Selbstwahrnehmung sehr verbessert und sie hatte gelernt, sich in schwierigen Situationen Hilfe zu suchen.

Während der beruflichen Wiedereingliederungsphase realisierte Frau Weber selbst, dass eine Tätigkeit in Vollzeit mittel- und wahrscheinlich langfristig nicht möglich sein wird. Sie nahm die Tätigkeit bei der Versicherungsgesellschaft wieder auf, arbeitet jedoch nur 28 Stunden pro Woche und stellte einen Antrag auf Teilerwerbsminderungsrente, der befristet genehmigt wurde. Der Verlauf zeigte, dass sie die komplexen Arbeitsinhalte überforderten. Nach Gesprächen der Patientin und der Therapeuten mit dem Arbeitgeber ermöglichte ihr dieser, in einem kleineren Team mit überwiegend Routinetätigkeiten zu arbeiten. Ein Jahr nach Abschluss der beruflichen Wiedereingliederung bestand das Arbeitsverhältnis weiterhin. Sie lebte jetzt mit Ihrem Sohn in einer kleineren Mietwohnung und bewältigte die Haushaltsaufgaben gut, wie früher wurde sie dabei bei bestimmten Tätigkeiten durch ihre Mutter entlastet. Bei administrativen Anforderungen hatte sie sich ein gutes Helfernetz innerhalb ihres Freundeskreises aufgebaut.

Frau Weber nimmt nach ihrer Hirnblutung wieder am Leben teil, trotzdem hat sich ihr Leben verändert. Im Verlauf wird sie immer wieder mit Situationen konfrontiert sein, die aufgrund der weiterhin bestehenden Einschränkungen nicht ohne therapeutische Hilfe lösbar sein werden. Die ambulante interdisziplinäre Therapie im sozialen und beruflichen Umfeld von Frau Weber ermöglichten eine individuelle Therapie und eine Anpassung der sozialen wie beruflichen Rahmenbedingungen.

Katamnese-Interview – Herr Martin

Das Hauptaugenmerk im nachfolgenden Kapitel liegt auf der subjektiven Krankheitsverarbeitung des Patienten und deren Auswirkungen auf die aktive Teilhabe. Herr Martin beurteilte retrospektiv sein subjektiv emotionales Erleben im Verlauf seiner mehrjährigen Rehabilitation ein Jahr nach Abschluss der ambulanten Therapie- maßnahme im Neuro Reha Team. Dabei wird deutlich, dass erst durch die Teilhabeorientierung im alltäglichen Umfeld und der Erarbeitung einer gemeinsamen Zielsetzung mit dem Patienten unter Berücksichtigung seiner momentanen emotionalen Bewältigung, eine Realisierung der selbstbestimmten Teilhabe möglich machte.

Herr Martin erlitt im Alter von 21 Jahren bei einem Verkehrsunfall ohne Fremdverschulden ein schweres Schädelhirntrauma. Zum Zeitpunkt des Unfalls besuchte er das Berufskolleg, um das Abitur auf dem zweiten Bildungsweg zu erreichen. Er lebte mit seinem Bruder noch im Haus der Mutter. Sein Traum war es Gymnasiallehrer für Griechisch und Latein zu werden.

Rehabilitationsverlauf bis Aufnahme

Zwei Jahre nach dem Unfall stellte er sich beim Neuro Reha Team vor. Vorausgegangen waren sechs Wochen auf der neurochirurgischen Intensivstation, sieben Wochen auf der neurologischen Normalstation mit Früh-REHA. Direkt daran schloss sich eine stationäre neurologische Rehabilitation von fünf Monaten an. Von dort aus wurde eine weitere stationäre Rehabilitationsmaßnahme eingeleitet mit dem Ziel der selbständigen Lebensführung und der Entwicklung beruflicher Perspektiven. Die Dauer betrug 12 Monate. Insgesamt hatte Herr Martin seit dem Unfall nur einige Tage und am Ende einige Wochenenden zu Hause verbracht.

Herr Martin: »In dieser ganzen Zeit wollte ich mich nur mit Physiotherapie beschäftigen, ich wollte mich wieder bewegen können. Daran habe ich in beiden Rehas hart gearbeitet. Noch heute habe ich zu den Physiotherapeuten einen guten Kontakt. Mit der Person der beruflichen Erprobung hatte ich ziemlich Stress.«

Da eine berufliche Perspektive während der einjährigen stationären Maßnahme mit Herrn Martin nicht erarbeitet werden konnte, wurde die Berentung eingeleitet und die Möglichkeit, in einer beschützenden Werkstätte in der Nähe seines Wohnortes zu arbeiten, organisiert. Dort arbeitete Herr Martin bis zur Aufnahme im Neuro Reha Team.

Herr Martin: »Ich hatte das Gefühl, man hatte mich aufgegeben, ich wurde abgestellt, dabei bin ich jung und habe mein Leben noch vor mir. Über mich wurde geurteilt. Meine Träume über die Zukunft wollten nur wenige hören.«

Herr Martin stellte sich im Neuro Reha Team mit einer massiven Teilhabebeeinschränkung, komplexen kognitiven, motorischen und sensiblen Einschränkungen sowie einem deutlich reduzierten Antrieb vor (**Tab. 2**).

Zielfindung

Als einziges Ziel formulierte er, wieder in die Schule zu gehen.

Herr Martin: »Ich möchte nur eine echte Chance bekommen.«

Die Therapeuten gingen davon aus, dass es das Ziel im Neuro Reha Team ist, eine verbesserte Awareness und Akzeptanz seiner Teilhabesituation zu erreichen. Als gemeinsames Ziel wurde mit Herrn Martin vereinbart, über einen Zeitraum von drei Wochen an schulrelevanten Kompetenzen zu arbeiten und ihm im Anschluss Rückmeldung über die Chancen zu geben. In der Teambesprechung nach drei Wochen zeigte sich, dass er trotz der großen Einschränkungen auch kognitive Ressourcen und Verbesserungspotential hat, die zu Zweifeln führten, ob er es nicht doch vielleicht mit Unterstützung in der Schule schaffen könnte.

Herr Martin: »Ich konnte sie doch alle überraschen!«

Therapie und Verlauf

Herr Martin nahm 13 Wochen lang an fünf Tagen in der Woche am Komplexprogramm teil. Der Kostenträger stimmte einer Verlängerung zu, danach wurde die Therapie niederfrequent an zwei Tagen in der Woche weitergeführt und an weiteren zwei Tagen ermöglichte ihm seine alte Schule probeweise am Unterricht teilzunehmen. Das anschließende Inklusionsgespräch mit der Schule offenbarte die Schwierigkeit der Integration. Es bedeutete für jeden Lehrer ein Mehraufwand, es bestanden eine große Unsicherheit im Umgang mit Herrn Martin und eine große Angst, wie Herr Martin mit einem Scheitern umgehen würde. Hier konnte Herr Martin für sich sprechen.

Herr Martin: »Wenn ich die Schule nicht schaffe, weil ich nicht gut genug bin, gebe ich das Ziel auf – und es ist in Ordnung. Ich möchte wegen meiner Behinderung nicht anders in der Schule beurteilt werden.«

Herr Martin konnte ein Probejahr an der Schule machen mit folgender Einschränkung: Wenn die schulischen Leistungen bis November in drei Fächern mit der Note fünf oder schlechter benotet sind, wird die Probezeit als nicht bestanden betrachtet und Herr Martin muss die Schule verlassen. Eine Begleitung durch Therapeuten in der schulischen Eingliederung lehnte der verantwortliche Kostenträger ab.

Weiterer Werdegang von Herrn Martin

Herr Martin bestand die Probezeit und konnte das Schuljahr zu Ende bringen. Jedoch bestand er das Jahr wegen Mathematik nicht.

Herr Martin im November: »Probezeit bestanden. Ich bin so glücklich, dass ich es nicht beschreiben kann!«

Im Juli: »Ich habe versagt!«

Obwohl er hinsichtlich seines großen Ziels, das Abitur zu erlangen, gescheitert ist, hat Herr Martin seine sozi-

Tabelle 2:

Teilhabeeinschränkungen ICF	
Lernen und Wissensanwendung (d1):	Schwierigkeiten beim Fokussieren der Aufmerksamkeit, beim Entwickeln von Ideen, beim Problemlösen ...
Allgemeine Aufgabe und Anforderungen (d2):	Aufgaben zu Hause, wie z.B. den Rucksack für die Therapie am nächsten Tag zu packen, gelang nicht ... Täglich Routine gelingt nicht eigenverantwortlich ...
Kommunikation (d3):	E-mails sind oft unverständlich formuliert. In der Kommunikation ermüdet er schnell, verliert den Faden. Lesen ist erschwert.
Mobilität (d4):	Geht nicht alleine außer Haus, die Familie oder Freunde müssen ihn fahren. In die Therapie kommt er mit dem Taxi (Verschlechterung im Verlauf); Handhabung von Gegenständen ist deutlich erschwert; Gehstrecke beträgt außer Haus weniger als 1 km.
Häusliches Leben (d6):	Mutter kümmert sich um alles (Verschlechterung).
Interpersonelle Interaktion (d7):	Außer der Familie sieht er sehr unregelmäßig (höchstens monatlich) einen Freund.
Bedeutende Lebensbereiche (d8):	Beschützende Werkstätte wurde durch die letzte stationäre Reha eingeleitet
Funktionseinschränkungen	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Fazialisparese ■ Dysarthrie ■ Armbetonte spastische Hemiparese und Hemihypästhesie links ■ Ausgeprägter linksseitiger Neglect ■ Visuell-räumliche/räumlich-konstruktive Defizite ■ Affektlabilität ■ Antrieb: Handlungsinitiierung deutlich beeinträchtigt ■ Aufmerksamkeitsleistungen sind schwer beeinträchtigt ■ Deutliche Gedächtniseinschränkungen ■ Exekutive Leistungen (Antrieb und Initiative, schlussfolgerndes und vorausschauendes Denken, Planen) unterdurchschnittlich 	
Medizinische Diagnosen (ICD 10)	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Z.n. SHT (So6.9) mit <ul style="list-style-type: none"> – traumatischer Subarachnoidalblutung (I 60.o) – bds. Subduralhämatomen, – kleinen Kontusionen cerebro-basal – mehrere Impressionsfrakturen der Kalotte rechts mit Querspaltung – querverlaufende Schädelbasisfraktur – Orbitafraktur re, Orbitaboden- und Orbitadachfraktur li, – Felsenbeinfrakturen bds., – mehrfache Jochbogenfraktur, – Kieferhöhlenfrakturen ■ Z.n. osteoklasischer Trepanation und Reimplantation ■ V. a. Hypoxie 	

ale wie berufliche Teilhabe trotz weiterhin bestehender funktioneller Einschränkungen deutlich verbessern können. Er hat wieder Kontakt zu anderen seines Alters, und nimmt soziale Aktivitäten aus eigenem Antrieb wahr, dazu benützt er jetzt eigenständig öffentliche Verkehrsmittel. Noch am vorletzten Schultag an seiner alten Schule hat er sich in einer privaten Schule für eine kaufmännische Ausbildung beworben. Er fährt dort eigenständig mit dem Zug hin. Die ersten Schulaufgaben dort hat er mit gutem Ergebnis gemeistert.

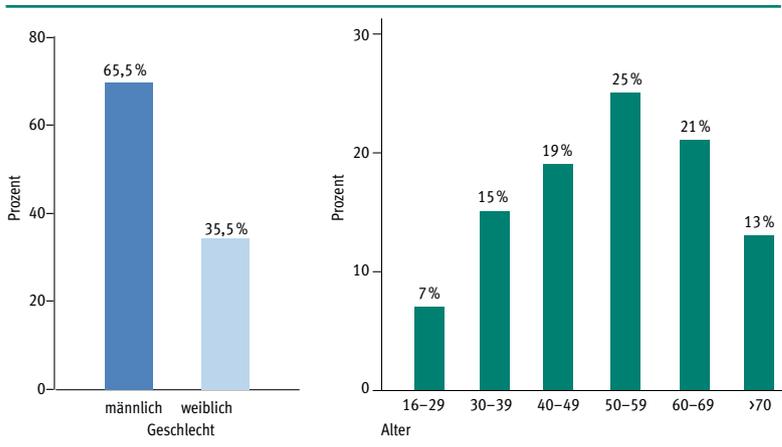


Abb. 4 (links): Geschlechtsverteilung der Patienten im 1. Halbjahr 2014 (n=87)
 Abb. 5 (rechts): Altersverteilung der Patienten im 1. Halbjahr 2014 (n=87)

Entscheidend für die Fortschritte nach zwei Jahren war das Erleben von Selbstwirksamkeit, als entscheidenden Faktor für langfristige Erfolge in der Rehabilitation. Eine zeitliche Limitierung der Nachsorgeleistungen und das plötzliche Ende der Rehabilitation führten bei Herrn Martin zu einer plötzlichen Zerstörung der Hoffnungen, ohne dass für ihn die Möglichkeit bestand, Einfluss zu nehmen. Die Folge war eine erlernte Hilflosigkeit, die die Erfolge der vorausgehenden intensivmedizinischen und rehabilitativen Versorgung gefährdeten. Das Erleben von selbstbestimmter Teilhabe, wie sie in der Phase E als Ziel formuliert ist, stellte das eigentliche Ziel in diesem Therapieverlauf dar, auch mit dem Risiko des therapeutisch begleiteten Scheiterns.

**Leistungsspektrum einer Phase-E-Einrichtung:
 Versorgung durch das Neuro Reha Team: Zahlen und Ergebnisse**

Zur Darstellung der Versorgungsmöglichkeiten im Neuro Reha Team Pasing mögen die Zahlen des 1. Halbjahres 2014 dienen. Insgesamt konnten in dieser Zeit 87 Pati-

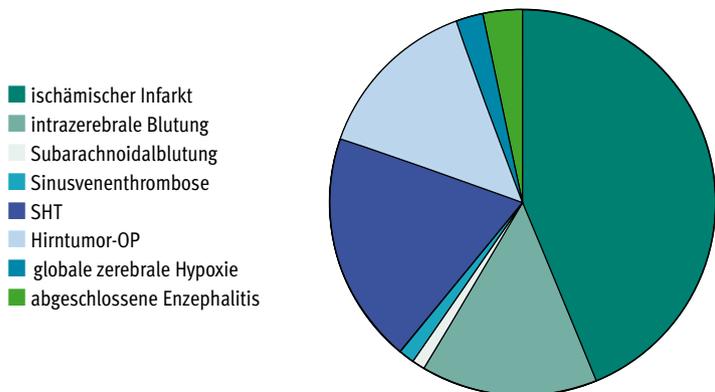


Abb. 6: Primärdiagnosen der Patienten im 1. Halbjahr 2014 (n=87)

enten für eine ambulante interdisziplinäre Komplexbehandlung aufgenommen werden. Wie aus Abbildung 4 hervorgeht, waren ca. zwei Drittel der aufgenommenen Patienten Männer (63,5%) und ein Drittel Frauen (36,5%), dies entspricht den Erfahrungswerten aus den vergangenen Jahren. Die Altersverteilung (siehe Abb. 5) zeigt, dass ein Viertel der Patienten zwischen 50 und 60 Jahren waren. Insgesamt sind 80% der Patienten zwischen 30 und 70 Jahren und damit meist noch im arbeitsfähigen Alter (Abb. 5).

Die häufigste Indikation, in deren Folge die Patienten die ambulante Nachsorge aufsuchen, ist der Schlaganfall (ischämischer Infarkt, intrazerebrale Blutung, Subarachnoidalblutung, Sinusvenenthrombose) mit zusammengefasst 60%. 20% der Patienten im ersten Halbjahr 2014 hatten ein Schädelhirntrauma erlitten, 14% suchten uns nach einem neurochirurgischen Eingriff aufgrund eines Hirntumors auf. Patienten nach einer globalen zerebralen Hypoxie oder einer abgeschlossenen Enzephalitis machten nur insgesamt 6% der Klientel aus (siehe Abb. 6).

Aufgrund der Vertragslage sind in der Regel die gesetzlichen Krankenkassen Kostenträger der Komplexbehandlung. Die Ersatz-, Primär- und Betriebskrankenkassen waren in mehr als 75% der Fälle die verantwortlichen Kostenträger. 11% der Patienten im Neuro Reha Team waren in den ersten beiden Quartalen 2014 privat krankenversichert oder Beamte mit einer Kombination von privater Krankenversicherung und Beihilferechtigung. Ein kleiner Anteil (6%) der Patienten kam über die Berufsgenossenschaften (siehe Abb. 7).

2014 betrug die durchschnittlich Dauer der Komplexbehandlung im ersten Halbjahr 43 Tage (19 Tage bis 60 Tage). Diese Kosten sind in Relation zu den Ausgaben, die bis zu diesem Zeitpunkt für die Patienten für die intensivmedizinische Versorgung und stationäre Versorgung geleistet wurde, sehr gering.

Von den 87 aufgenommenen konnten im ersten Halbjahr 63 Patienten die Komplexbehandlung abschließen, von diesen waren vor dem Ereignis 40 Personen berufstätig. Drei Patienten gingen in die berufliche Wiedereingliederung ohne therapeutische Unterstützung, weitere drei mussten sich aufgrund der Einschränkungen beruflich neuorientieren. In diesen Fällen ist eine Begleitung durch das Neuro Reha Team nicht möglich, da ein Kostenträgerwechsel stattfinden muss. Sechs, meist jüngere Patienten nahmen eine Ausbildung (wieder) auf. Mit 12 Patienten konnte entweder aufgrund der Schwere der Einschränkungen oder keinen Möglichkeiten am Arbeitsplatz keine berufliche Wiedereingliederung initiiert werden. 24 Patienten wurden durch die Einrichtung therapeutisch bei der stufenweisen beruflichen Wiedereingliederung an einen bestehenden Arbeitsplatz begleitet werden (siehe Tab. 3).

11 Patienten von den 24 konnten hinsichtlich der Stundenzahl ihre volle Arbeitsfähigkeit im Vergleich zu vor dem Ereignis erreichen. Allerdings wurde bei zwei Patienten ein Antrag auf Minderleistungsausgleich

gestellt, da die Quantität der Arbeitsleistung reduziert war. Drei Patienten vereinbarten abschließend mit ihren Arbeitgebern, dass ein Teil der meist hohen Zahl der Urlaubstage geplant für ein Belastungsmanagement mit dem Ziel, Überlastung zu vermeiden, eingesetzt werden kann. Fünf Patienten konnten an den alten Arbeitsplatz zurückkehren, aber nicht mehr mit der vertraglichen Stundenzahl vor dem Ereignis, es wurde eine (Teil-)Erwerbsminderungsrente beantragt. In drei Fällen ergab die berufliche Wiedereingliederung, dass die Beeinträchtigungen nicht kompensierbar waren oder der Arbeitgeber der Wiedereingliederung ablehnend gegenüberstand. Die therapeutische Begleitung in der beruflichen Wiedereingliederungsgruppe im Neuro Reha Team, die durch die Sozialtherapeutin geleitet wird, können zahlreiche Schwierigkeiten und Probleme zeitnah erfasst werden und Unsicherheiten auf Seiten des Arbeitnehmers wie Arbeitgebers durch Information verändert werden.

Fazit

Herr Martin: »... zur guten Nachsorge fällt mir ein, dass man die Angehörigen besser über verschiedene Möglichkeiten informieren sollte.«

»Kontakt zu Therapeuten oder Institutionen, die wichtig für einen wurden, sollte auch noch Jahre nach dem Ereignis möglich sein, ... nicht täglich, nicht monatlich, sondern wenn Unterstützung notwendig ist.«

Zwei konkrete Beispiele zeigen, dass durch eine Teilhabeorientierung in der Konzeption und durch ein interdisziplinäres Team, das an einer gemeinsamen Zielsetzung mit dem Patienten arbeitet, sehr effektiv die Zielsetzungen der Phase E realisiert wird. Wie es in den BAR Rahmenempfehlungen »Phase E der neurologischen Rehabilitation« [2] ausgeführt wird, ist ein methodisch vielgestaltiger und flexibler Behandlungsansatz mit Einbeziehung der sozialen, familiären und beruflichen Lebensrealitäten ein entscheidender Faktor in der ambulanten Nachsorge im Übergang und Anschluss an die stationäre medizinische Rehabilitation.

Das therapeutische Wirken im familiären, sozialen und beruflichen Kontext der Patienten ermöglicht, konkrete Veränderungen zu initiieren, zu etablieren und zu überprüfen. In dieser ersten Nachsorgephase wird dem Patienten erstmals die Bedeutung der Erkrankung für sein Leben bewusst. Aus diesem Grund ist ein konzeptionell konzertiertes therapeutisches Wirken an einem Ort entscheidend, da auf Seiten der Therapeuten und Ärzte ein Informationsaustausch und damit ein Informationsgewinn stattfindet und somit ein Gesamtbild des Menschen mit den persönlichen und externen Kontextfaktoren entsteht, das für eine erfolgreiche Inklusion Voraussetzung ist.

Aus diesem Grund wäre die Möglichkeit einer niederfrequenten ambulanten Weiterbehandlung oder Betreu-

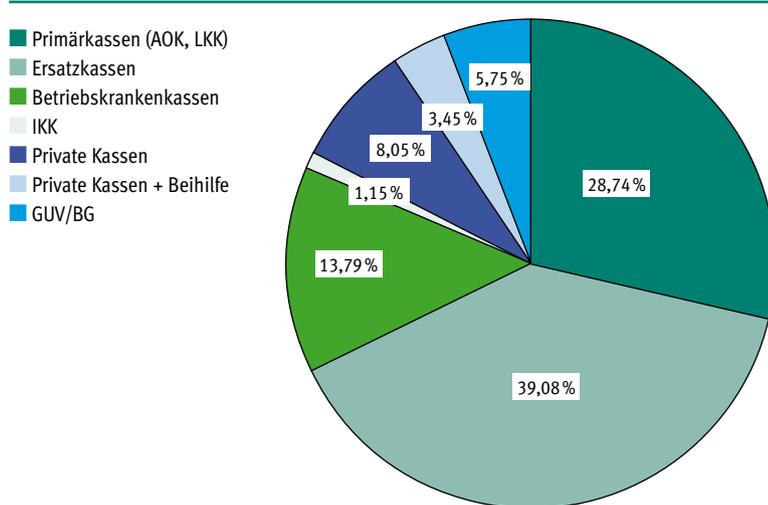


Abb. 7: Kostenträger der Patienten im 1. Halbjahr 2014 (n=87)

Tab. 3: Erfolg der beruflichen Wiedereingliederung

Berufliche WE n=24	Anzahl	Kommentar
100% arbeitsfähig	11	2 x Minderleistungsausgleich, 3 x Vereinbarung
Teil-EMR	4	50%, 65%
Volle EMR	1	450 € beim alten Arbeitgeber
Abbruch	3	Beeinträchtigungen nicht kompensierbar, Arbeitgeber nicht kooperativ
Noch nicht beendet	5	

ung oder Koordination im Sinne eines Casemanagements durch Einrichtungen wie das Neuro Reha Team in Zusammenarbeit mit anderen ambulanten Leistungserbringern langfristig wünschenswert, da es den Erfolg sichert und eine stabile Teilhabesituation fördert.

Literatur

1. World Health Organisation. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit 2005.
2. BAR: Empfehlungen für die Phase E der neurologischen Rehabilitation. Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V. Frankfurt/Main. 2013

Korrespondenzadresse:

Dr. Dipl. Psych. Sigrid Seiler
Neuro Reha Team Pasing
Gottfried-Keller-Str. 37
81245 München
s.seiler@nrt-pasing.de

Die neurologische Reha-Phase E: Nachgehende Leistungen zur medizinischen und sozialen (Re-)Integration und Teilhabe bei neurologischen Erkrankungen – ein Kontinuum?!

Neurol Rehabil 2015; 21(5): 254–262

© Hippocampus Verlag 2015

P. Reuther

Zusammenfassung

Es wird dargestellt, warum ein Kontinuum in der nachgehenden Rehabilitation und Nachsorge, eine Verbesserung der Rehabilitationsprozesses und eine sektorenübergreifenden Versorgung von neurologischen Patienten mit besonderen Problemlagen notwendig sind.

Es geht um zwei wesentliche Herausforderungen:

- (1) Die Definition (und Finanzierung) einiger neuer Versorgungsleistungen: Bedarfserkennung und Beratung, trägerübergreifend gültige Bedarfsermittlung und Fallbegleitung neben der systematischen Supervision des Verlaufes.

Dies dürfte im Zusammenhang mit der aktuellen Gesetzesentwicklung im Bereich des Bundesteilhabegesetzes und der Überarbeitung des Rehabilitationsrechtes und der Eingliederungshilfe und den Leistungsgesetzen relativ schnell umsetzbar sein.

- (2) Die Gestaltung einer (vorausdenkenden) rehabilitativen Versorgungskette bis in den Wohn- und Arbeitsraum des Betroffenen – zumindest bei denen mit Problemlagen. Dazu ist Etablierung einiger neuer und die Vernetzung, Qualifizierung und Neubeauftragung vorhandener Versorgungsstrukturen erforderlich (Versorgungsnetz und Neuro-Lotsen an jedem Stroke-Unit-Standort würde eine flächendeckender Verfügbarkeit und Erreichbarkeit sichern).

Dies dürfte zeitaufwendiger sein. Die zügige Überarbeitung der Rahmenempfehlungen zur ambulanten neurologischen Rehabilitation im Kontext des SGB IX und der UN-Behindertenrechtskonvention und eine Änderung der desolaten Unterfinanzierung der ambulanten neurologischen Komplextherapie (und der neurologisch begründeten Mobilitätsbehinderungen) dürften diesbezüglich wichtige Schritte der BAR und Ihrer Träger sein.

Die Träger der Selbstverwaltung – KBV, GKV-Spitzenverband und G-BA – sind gefordert, etliche Verfahren und Ausführungsbestimmungen der ambulanten Versorgung weiterzuentwickeln. Die Sozialverbände und die Verbände der Patientenvertretungen sind mit ihren »Kümmerer-Konzepten« auf dem Weg.

Mit der Etablierung dieser Kernmaßnahmen lässt sich die Phase-E-Versorgung und damit die Teilhabe-Auftrag der Rehabilitation und deren nachhaltige Wirksamkeit und die gesamtwirtschaftliche Situation verbessern.

Dies ist dringend und schnell notwendig, weil die demographische Entwicklung und die positiven Auswirkungen der modernen medizinischen Versorgung – schon jetzt deutlich erkennbar – nicht zu einer Verminderung, sondern zu einer Zunahme der neurologischen Morbidität und den neurologisch-begründeten Problemlagen führen.

Schlüsselwörter: Phasenmodell (neu), nachgehende Rehabilitation, Nachsorge, sektorenübergreifende Versorgungskonzepte, Teilhabe von Neuropatienten, Fallmanagement, Fallbegleitung

*Neurologische Therapie RheinAhr,
Zentrum für Rehabilitation,
Eingliederung und Nachsorge in
Ahrweiler (heute NTRA, früher ANR)*

Einleitung

Bei Rückkehr in die häusliche und berufliche Umgebung nach einer klassischen neurologischen Rehabilitationsmaßnahme nach Schlaganfall, Schädelhirntrauma, Hypoxieschädigung oder anderen neurologischen Erkrankungen setzt bei vielen Patienten, Angehörigen und auch Arbeitgebern der »Praxisschock« der in vielen Bereichen veränderten Situation ein. Oft wird dem Betroffenen erst im »wirklichen Leben«, nach den

Wochen im Schutzraum der »Klinik« klar, welche körperlichen und geistigen Fähigkeiten sich durch die Hirnschädigung verändert haben und was möglicherweise verloren gegangen ist. Viele Patienten beginnen erst zu diesem Zeitpunkt, sich mit den Bedingungen ihres »zweiten Lebens« und der Teilhabe am Leben unter veränderten Gegebenheiten auseinanderzusetzen und Kompensation und Anpassung zu suchen. Um diesen Prozess zu unterstützen, die Nachhaltigkeit und Wirksamkeit der medizinischen Reha sowie Teilhabe und Inklusion

zu fördern, haben ALLE Reha-Träger die Phase E der Neuro-Reha neu definiert und mit verschiedenen Leistungen spezifiziert (BAR Frankfurt 2013). Nach einem mehrjährigen Konsentierungsverfahren hat man damit den Anforderungen des Sozialgesetzbuches und der UN-Behindertenrechtskonvention Genüge getan. Der vorliegende Beitrag will zeigen, dass die Phase-E-Versorgung als regionales Angebot machbar ist, allerdings sind einige Veränderungen in Reha-Prozessen und Strukturen erforderlich, damit diese Teilhabeleistung auch in der Versorgungswirklichkeit der neurologischen Patienten ankommt¹.

Die neue Definition der neurologische Reha-Phase E

Die neue Definition beschreibt die Phase E als Behandlungs- und Rehabilitationsphase nach Abschluss einer medizinischen Rehabilitation; Leistungen zur Sicherung des Erfolges der medizinisch-therapeutischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben beziehungsweise zur Teilhabe an Erziehung und Bildung sowie am Leben in der Gemeinschaft (nicht mehr nur die Leistungen zur beruflichen Teilhabe wie in der früheren Definition von 1995 [45]. Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) hat zur neuen Phase E als trägerübergreifend gültige Norm eine detaillierte Empfehlung und einen umfangreichen Leistungskatalog veröffentlicht (BAR Frankfurt 2013 [2]. Die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) und eine von ihr berufene Expertenkommission haben eine ergänzende Stellungnahme und ein Expertenpapier zur Phase E als »Brücke zur Inklusion« neurologischer Patienten publiziert [8] (Kasten 1).

Reha-Phase E zur Lösung einiger besonderer Probleme bei Rückkehr in die reale Lebenswelt

Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, die Integration und Inklusion von Menschen mit Hirnschädigung und chronischer neurologischer Behinderung in ein selbstbestimmtes Leben, in Wohnen und Tagesstruktur und in Ausbildung, Arbeit und Beruf geht oft mit besonderen Problemlagen einher, die bei etlichen Betroffenen besonderer nachgehender Hilfen benötigen. Dabei

¹ Der Autor konnte unter den besonderen Zulassungsbedingungen (SGB V § 43.2) seiner ambulanten neurologischen Reha-Einrichtung als Rehabilitations- und Nachsorgeeinrichtung mit einem multiprofessionellen Team über Jahre Erfahrung mit der nachgehenden Neuro-Reha und mit integrationsorientierten Nachsorgemaßnahmen machen. Phase-E-Arbeit am Ende der Reha-Phasen C und D erwies sich neben der klassischen ambulant-teilstationären Neuro-Reha als sehr effizient. Selbst in einer mittelstädtisch-ländlich strukturierten Region kann ambulante und teils mobil-aufsuchende, flexible Phase-E-Arbeit zeigen, wie Ergebnisse der funktionellen und aktivierenden medizinischen Rehabilitation im Lebensumfeld (outpatient) konkret umgesetzt, für alle Dimensionen der Teilhabe nachhaltig (sowie Fremdhilfebedarf reduzierend) erarbeitet werden können, für Patienten der Phase C und D mit unterschiedlichen Teilhabeebenen.

Kasten 1 Das Phasenmodell der NeuroRehabilitation in Deutschland von VdR/BAR 1995 (1) → Neue Version 2013 (2)	
Phase A:	Akutbehandlungsphase mit ersten rehabilitativen Ansätzen
Phase B:	Behandlungsphase, in der noch intensivmedizinische Behandlungsmöglichkeiten vorgehalten werden müssen
Phase C:	Behandlungs- und Rehabilitationsphase, in der die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bereits in der Therapie mitarbeiten können, aber noch kurativ medizinisch und mit hohem pflegerischen Aufwand betreut werden müssen
Phase D:	Rehabilitationsphase nach Abschluss der Frühmobilisation (medizinische Rehabilitation im bisherigen Sinne – stationär oder ambulant)
Phase E (neu):	Behandlungs- und Rehabilitationsphase nach Abschluss einer medizinischen Rehabilitation; Leistungen zur Sicherung des Erfolges der medizinisch-therapeutischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben beziehungsweise zur Teilhabe an Erziehung und Bildung sowie am Leben in der Gemeinschaft
Phase F:	Behandlungsphase, in der dauerhaft unterstützende, betreuende und/oder zustandserhaltende Leistungen erforderlich sind (Langzeitpflege)

sind es gerade die komplexen – gelegentlich nicht auf Anhieb erkennbaren – Beeinträchtigung der mentalen Funktionen und Fähigkeiten – weniger die körperlichen Residuen –, die den Betroffenen und ihrem sozialen Umfeld hohe Kompensations- und Anpassungsleistungen abverlangen.

Im Langzeitverlauf und im konkreten Lebensumfeld ergeben sich spezifische medizinische, sozialmedizinische und soziale Aufgaben. Der Erfolg der Rehabilitation und die nachhaltige Eingliederung nach Hirnschädigung hängen dabei mehr von psychosozialen Faktoren ab, von Antrieb, Verarbeitung und Akzeptanz verbleibender Behinderungen, Flexibilität und Anpassungsbereitschaft und sozialer Kompetenz als von bestehenden motorischen oder basalen kognitiven Funktionsstörungen [17, 36]. Diese Dinge sind zwar bekannt, spiegelten sich aber in der Versorgung von neurologischen Patienten mit Problemlagen bislang nur unzureichend wider. Prozess und Struktur der NeuroRehabilitation entwickeln sich diesbezüglich nur langsam [11, 21, 33, 41, 42]. Der Blick auf die sozialen Auswirkungen von neurologischer Morbidität und die medizinische und soziale Bewältigung von neurologischen Krankheitsfolgen ist wichtig wegen der Dynamik der neurologischen Morbidität europaweit [34].

Die Zulassung von neuropsychologischer Diagnostik und Therapie zur vertragsärztlichen Versorgung (2012) und die Verabschiedung der Empfehlung der Phase E in der neurologischen Rehabilitation der BAR (2013) sind diesbezüglich sehr wesentliche Meilensteine, die es jetzt im Versorgungsalltag umzusetzen gilt.

»Rehabilitation professionals are not sufficiently attentive to the transition from 'acute' rehabilitation to community integration.« (Medin et al. [22])

Um die Hindernisse bei der Rückkehr ins Leben, in den Familien- und Arbeitsalltag erfolgreich zu meistern, ist es oft notwendig, den Weg zur sozialen und erwerbs-

bezogenen Teilhabe im Rahmen einer Neuro-Reha-Phase-E-Versorgung mit Maßnahmen der nachgehenden Rehabilitation und der spezifischen Nachsorge vor Ort längerfristig zu begleiten. ReIntegration in die Lebensbezüge im »zweiten« Leben nach erworbener Hirnschädigung kommt bei Menschen mit Beeinträchtigungen der Gehirnfunktionen nicht automatisch zustande, sondern erfordert wegen der komplexen Auswirkungen dieser Beeinträchtigung – anders als bei anderen Reha-Indikationen – spezifischer weiterer Interventionen im Lebensumfeld.

Dabei können nachgehende und nachsorgende Leistungen bei Menschen mit chronischen Erkrankungen und Verletzungen des Nervensystems langwierige, gelegentlich lebenslange komplexe Behandlungs- und Förderprozesse sein [34, 42], mit Beratung, Bedarfsermittlung und multimodalen Interventionen und oft einer Prozessbegleitung (Coaching).

Phase-E-Versorgung

Die Förder- und Hilfebedarfe zur Wiedererlangung von Teilhabe am Leben in der Gesellschaft können sich bei den Betroffenen unterscheiden

- je nach Ausmaß und Komplexität der Beeinträchtigung und Behinderung,
- je nach den verschiedenen neun Teilhabebereichen (=Domänen der ICF) (siehe **Kasten 2**)
- und vor allem je nach individuellem und umweltbezogenem Kontext.

Dabei spielt der Kontext »reale Lebens- und Arbeitswelt« eine besondere Rolle, die im medizinischen Reha-Setting bislang oft zu wenig oder zu spät beachtet wird [15].

Kasten 2

Die neun Ebenen der Aktivitäten und Teilhabe (nach der ICF)

Wenn das Team in diesen Kategorien denkt, spricht und handelt, sollte der Patient auch wissen, worum es geht [24].

- Lernen und Wissensanwendung (d1)
- Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z.B. Aufgabe übernehmen, mit Stress umgehen) (d2)
- Kommunikation (d3)
- Mobilität (d4)
- Selbstversorgung (d5)
- Häusliches Leben (d6)
- Interpersonelle Aktivitäten und Beziehungen (d7)
- Besondere Lebensbereich (z. B. Arbeit und Beschäftigung, wirtschaftliches Leben) (d8)
- Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben (d9)

Seel fasste 2013 [43] zusammen, dass »die BAR-Empfehlungen zur Phase E die Vielschichtigkeit der neurologischen Behinderungen abbilden und bei der Zielgruppe zwischen Menschen mit leichten, mit mittelgradigen und solchen mit schweren Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit unterscheiden. Erfasst werden müssen (auch) Menschen, deren Beeinträchtigungen nicht auf Anhieb erkennbar sind und ebenso Menschen mit

Pflegebedürftigkeit. Pflegebedürftigkeit darf kein Ausschlusskriterium für die Phase E darstellen. Für alle Gruppen gilt, dass – im Sinne der Erreichung größtmöglicher Teilhabe – übergreifende Zusammenarbeit und Vernetzung von oftmals entscheidender Bedeutung dafür sind, dass die Durchlässigkeit in alle Teilhabeziele jederzeit gegeben sein und die Notwendigkeiten und Möglichkeiten aber auch erkannt werden müssen. Eine weitere Besonderheit bei Menschen mit neurologischen Erkrankungen ist, dass die Angehörigen und weitere Bezugspersonen als mittelbare Zielgruppe und für den Erfolg von Unterstützungsleistungen oft maßgeblich und im Rahmen der Teilhabeplanung zu beteiligen sind«

Schmidt-Ohlemann [40] und Stähler [44] berichten in diesem Heft zu den Details der Phase-E-Versorgung und zu den trägerspezifischen Aufgaben.

Behandlungs- und Rehabilitationsziele der Phase E

Das SGB IX formuliert als allgemeine und trägerübergreifend gültige Ziele der Rehabilitation, dass mit geeigneten Rehabilitationsmaßnahmen Beeinträchtigungen und Behinderungen der Teilhabe abgewendet, eine Verschlimmerung verhindert, ihre Folgen gemildert oder beseitigt werden sollen. Im Einzelnen geht es auch um den bedarfsgerechten Einsatz von passgenauen Hilfsmitteln und das Erlernen von Ersatzstrategien. Unter dem Eindruck der UN-Behindertenrechtskonvention wird dem Konstrukt der Teilhabe (Partizipation) besonderes Gewicht beigemessen. Das SGB XI fordert zudem den Einsatz der ICF bei der operationalen Planung und Durchführung der Rehabilitation.

Kontinuum! Warum?

Wie bereits ausgeführt, ist der »Arm« der medizinischen Rehabilitation gelegentlich zu kurz, um den Rehabilitationserfolg wirklich und nachhaltig im Leben des Betroffenen wirksam werden zu lassen. Teilhabe am Leben und eine Bewältigung von Behinderung kann in der medizinischen Phase, vor allem im stationären Setting (inpatient), wenig bearbeitet werden. Daraus ergibt sich oft die Notwendigkeit eines kontinuierlichen nachgehenden rehabilitativen Versorgung oder einer spezifischen Nachsorge im ambulanten Setting (outpatient) [14, 34, 39, 42].

Es ist auch bekannt, dass Versorgungsprozesse und Versorgungsverantwortung sich im deutschen Gesundheitssystem gerade an den Sektorengrenzen zwischen stationär-ambulant, kurativ-rehabilitativ-nachsorgend-pflegend sich ändern und oft unterbrochen oder abgebrochen werden (»gap«). Auch die unterschiedlichen Versorgungsbereiche und Zuständigkeiten der verschiedener Reha-Träger und Sozialverwaltungen führen zu Brüchen. Deshalb sind mit Blick auf die Teilhabe-Ziele Kontinuität durch Vernetzung, Koordination und Agieren »wie aus einer Hand« der Reha-Träger und Leistungserbringer

maßgebliche Voraussetzungen für die Erreichung trägerübergreifender und trägerspezifischer Ziele [43, 44].

Probleme einer unzureichenden Neuro- und Teilhabekompetenz in der nachgehenden Reha-Phase und der Nachsorge werden oft nicht wahrgenommen oder geleugnet. Ambulante Nachsorge durch Haus- oder Fachärzte und monotherapeutische Heilmittelerbringung nach den Bedingungen des kurativ orientierten »Heilmittelkataloges« sind nur im Ausnahmefall rehabilitativ effektiv [42]. Die nachsorgenden Strukturen im niedergelassenen ambulanten Versorgungsbereich sind i. d. R. mit spezifischen sozialmedizinischen und sozialen Problemen der ReIntegration überfordert. Aus Langzeituntersuchungen ist bekannt, dass nach der medizinischen (stationären) Reha, sowohl in Deutschland als auch in anderen europäischen Ländern, schon eine Verbesserung der basalen Aktivitäten des täglichen Lebens (gemessen in FIM oder Barthel) kaum mehr erreicht wird [7]. Ein Kontinuum der teilhabeorientierten Versorgung mit Vernetzung von Rehabilitation und ambulanter Nachsorge und einer sektorenübergreifend wirksamen Bedarfs- und Leistungsplanung erscheint erforderlich.

Auch die berufliche ReIntegration scheidet oft, weil sie in und nach der medizinischen Rehabilitation zu spät bedacht, auf später verschoben oder nicht eingeleitet wird (»Verschieben auf eine spätere Reha-Maßnahme, EU-Berentung ohne weiteres Reha-Angebot«) oder weil eine therapeutische Begleitung der (stufenweisen) Wiedereingliederung trotz entsprechend bekannter Versorgungskonzepte fehlt [11, 35].

Etliche Betroffene, vor allem diejenigen mit leichteren oder mittelschweren Hirnschädigungen und erhaltenem Arbeitsplatz, sollten eigentlich direkt nach der medizinischen Rehabilitation kontinuierlich in ein Konzept der beruflich orientierten Belastungserprobung und -steigerung oder Arbeitstherapie (z. B. SGB V §42 und 43.2), Betriebliches Eingliederungsmanagement (§84 SGB IX), in die stufenweise Wiedereingliederung (SGB VI §15 und SGB V §74 in Verbindung mit SGB IX 28,51) und die bei neurologischen Patienten oft notwendige therapeutische Begleitung übergeleitet werden. Ohne eine kontinuierlich angeschlossene Versorgung geht vielfach Integrationspotential verloren (Fehl- und Unterversorgung), und die Chance der Rückkehr ins Arbeitsleben wird verschlechtert (negative Eingliederungsprognose) [11, 35].

Die Entlassung schwer betroffener Phase-B- und C-Patienten (Barthel unter 70 oder FIM unter 90) aus der stationären Rehabilitation erfolgt oft (zu) früh wegen einer angeblichen Plateauphase im stationären Reha-Setting [4, 5, 10, 29, 37]. Die vor Jahren konsentierten Zeitachsen in den BAR-Empfehlungen zur Phase-B- und C-Versorgung [1] werden oft nicht eingehalten. Die kontinuierliche, nachgehende rehabilitative Behandlung dieser Patienten im ambulanten oder mobil-aufsuchenden Setting erschließt neues Reha-Potential und kann die Aktivitäten des täglichen Lebens und die basalen Bedin-

gungen der Lebensführung deutlich verbessern. Bislang blockieren aber die Rahmenempfehlungen der BAR zur ambulanten neurologischen Rehabilitation [32] den Zugang der Phase-C-Patienten zur Reha im ambulanten Setting.

Change we need!

Die Träger der BAR haben im August 2014 eine Empfehlung zum Reha-Prozess konsentiert, in deren Mittelpunkt die Erkennung und Feststellung des Teilhabebedarfs, die Teilhabeplanung und die trägerübergreifenden Anforderungen an die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe (Reha-Prozess) stehen [3]. Es ist also durchaus bekannt, wie sich Rehabilitationsprozesse entwickeln sollten und wohin sie führen sollen. Dabei bedarf es, wie oben bereits ausgeführt, in der Rehabilitation von Menschen mit erworbener Hirnschädigung besonderer Augenmerke.

Was tut sich bei den Trägern?

Die *Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation* der Reha-Träger – über 400 im Land – beschäftigen sich derzeit mit Verfahrensfragen der Rehabilitation, werden aber bislang in der individuellen fallbezogenen Versorgung inhaltlich der Problemerkennung und -lösung nur unzureichend gerecht. Im neuen Bundesteilhabegesetz (BTHG) werden die Aufgaben dieser trägerseitigen regionalen Strukturen in Richtung eines trägerübergreifend wirksamen Fallmanagements für besondere Problemlagen hoffentlich weiterentwickelt werden. Die besonderen Belange der Menschen mit Hirnerkrankungen und Hirnschädigungen, die sich aus der organischen Funktionsstörung des Zentralorgans »Gehirn« ergeben, müssen in der Beratung und Fallsteuerung der Träger beachtet werden (»Neurokompetenz«). Das müsste sich ändern: Die gemeinsamen Servicestellen müssen sich inhaltlich fallbezogen arbeiten und in besonderen Problemlagen, besondere Fallmanagementleistungen verfügbar machen.

Die *Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)* betreibt seit Jahren ein aufsuchendes und anbietendes, dauerhaft fallbegleitendes Konzept der Fall- und Versorgungssteuerung über alle Reha-Phasen hinweg mit Reha-Begleitern und Berufshelfern. Die übrigen Reha-Träger sollten Wege der Fallbegleitung in besonderen Problemlagen vorsehen.

Im Bereich der *Deutschen Rentenversicherung (DRV)* gibt es auch in der Neuro-Rehabilitation erste Ansätze zur medizinisch-beruflichen Orientierung (MBOR) schon in der medizinischen Reha [23], die eine frühe Thematisierung und Vorbereitung beruflicher Integration beinhaltet. Dieses vielversprechende Angebot ist in der Neurologie bislang nur in wenigen Modellverträgen umgesetzt und in Erprobung und Evaluation. Das müsste sich ändern und zur Regel werden.

Die klassischen Nachsorgeangebote der Rentenversicherung nach der medizinischen Reha IRENA, MERENA etc. dienen bisher (nur) der Verstetigung und Nachhaltigkeit motorisch-funktioneller Reha-Ergebnisse und einer weiteren Förderung der Lebensstilanpassung. Sie sind nicht explizit teilhabe- und integrationsfördernd aufgestellt und diesbezüglich in Leistungsumfang und Vergütung für neurologische Indikationen auch nicht konzipiert. Das müsste sich ändern: Nachsorgekonzepte sollten weitere Aufgaben und die Teilhabefelder bedienen und flexibler und individueller möglich werden.

Im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA Leistungen) der DRV können unter anderem Fallberatung und Fallbegleitung beantragt werden. Dies beinhaltet z.B. ein Job-Coaching in besonderen Problemlagen. Diese LTA-Maßnahmen werden in der Neurologie bislang relativ wenig nachgefragt. Das müsste sich ändern: LTA-Leistungen sollten statt EU-Berentung die Regel werden.

Die *Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)* und *Gesetzliche Pflegeversicherung (GPV)* sehen in ihren Sektoren nachgehende und nachsorgende Versorgungspflichten nach der Reha oft auf den ATL-Bereich begrenzt, ergänzt um ein Überleitungsmanagement in den niedergelassenen ambulanten Bereich der Arzt-, Heilmittel- und Hilfsmittelversorgung und ein Pflegemanagement. Die im SGB V verfügbaren Instrumente der Soziotherapie (neue Definition 2015), der Arbeitstherapie und Belastungserprobung, der stufenweisen Wiedereingliederung mit therapeutischer Begleitung und das Kapitel der Ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation (SGBG V § 43) wurden bisher nur eingeschränkt entwickelt. Das müsste sich ändern: auch GKV und GPV haben der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu dienen und Fremdhilfe (Pflege) zu reduzieren/vermeiden.

Was tut sich ansonsten in Sachen Fallbegleitung?

In der Schlaganfall-Versorgung gibt es gute Ansätze zur nachgehenden regionalen Fallberatung und -begleitung an Stroke-Unit-Standorten, genannt seien hier

- das Lotsenprojekt Schlaganfall der Stiftung Deutsche Schlaganfallhilfe
- das Projekt Schlaganfallnachsorge durch Pflege (Pflgewissenschaft der Universität Halle-Wittenberg).

Regionale Angebote zur Fallberatung und ggfs. -begleitung sollten z.B. an *allen* Stroke-Unit-Standorten in Deutschland verfügbar werden.

In der Schädelhirntrauma-Versorgung (und darüber hinaus) sind unter dem Dach der ZNS – Hannelore Kohl Stiftung Beratungsangebote und regionale und altersspezifische Selbsthilfegruppen verfügbar. Aus der Universität Oldenburg hat sich eine Netzwerk der SHV-Fallberatung im *Bundesweiten Netzwerk- Beratung für Menschen mit erworbener Hirnschädigung (BNB)* entwickelt.

Bei 270.000 SHV-Patienten pro Jahr, davon 30.000 Schwerbetroffene, sollten diese Aktivitäten zügig in die Fläche expandieren und auch von den Reha-Trägern gefördert werden.

Auch andere Selbsthilfeorganisationen bieten Fallberatung und Begleitung (Lotsenfunktion, Kümmerer) im Verlauf chronischer neurologischer Krankheiten und Krankheitsfolgenzustände an (DMSG, dPV, EpilepsieLiga und andere). Neben den ehrenamtlichen Aktivitäten sollten auch die Träger der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen für die besonderen Bedarfe der Menschen mit erworbener Hirnschädigung regional erreichbare, barrierearme und anbietende Beratung gewährleisten.

Der Blick über den Tellerrand

Schaut man in andere entwickelte Gesundheitssysteme und in das internationale Schrifttum für »chronic neurological conditions« wie Schädelhirntrauma, Schlaganfall, Enzephalopathie, so stößt man auf verschiedene Konzepte, denen drei Dinge gemeinsam sind:

- schnelle Verlagerung der rehabilitativen Versorgung in den Lebens- und Arbeitsraum,
- frühzeitige Rehabilitation an den konkreten Aufgaben des individuellen Lebensraumes und
- Beachtung (und ggfs. Modifikation) der Rahmenbedingungen, der personindividuellen Stärken und Hemmnisse und des sozialen Umfeldes (d.h. rehabilitative Arbeit in und an den Kontextfaktoren).²

Dabei werden in den letzten Jahren gerade wegen der Teilhabeaspekte lebensraumnahe Reha-Konzepte als besonders wirksam empfohlen und umgesetzt.

Hier können nur Stichworte und entsprechende weiterführende Literatur genannt werden. Wichtige Impulse zur Überleitung (Transition) des Betroffenen in das Lebensumfeld und zu Gestaltung einer (kontinuierlichen) nachgehenden Versorgung und Nachsorge bei neurologischen Patient sind in **Kasten 3** aufgelistet.

Kasten 3

Lebensraumnahe Versorgungskonzepte [13, 15, 16, 18, 19, 30, 46] aus anderen Ländern

- Shared-care-Konzept
- Early-supported-discharge (ESD)
- Community-ambulation (CA)
- Community-based-rehabilitation (CBR)
- Transition in community Living
- Chronic-Care-Model – neurological Conditions (CCM-NC)

² Der Hinweis auf die international empfohlenen Versorgungskonzepte zur frühzeitigen Outpatient-Versorgung (transition in community living) soll nicht gegen das bewährte klinische Setting der deutschen NeuroRehabilitation argumentieren, sondern positiv auf eine möglichst frühzeitige, Kontinuität erhaltende Überführung aus diesem Inpatient-Setting in eine sozialraumnahe und teilhabeorientierte Versorgungsstrecke (outpatient) argumentieren. Dies vor allem dann, wenn sich bei den Betroffenen besondere Probleme der Teilhabe erkennen lassen.

Zusammenfassend werden für neurologische Patienten vor allem

1. die frühe Überleitung und Fallbegleitung in die Lebenswirklichkeit (community living),
2. eine Fall- und Prozesssteuerung (-management) sowie
3. regionale Unterstützungsangebote (Support Services) propagiert.

Wie wird Teilhabe gemessen?

Ergebnismessungen zum Konstrukt »Teilhabe« und zur »Lebensqualität«, die zur Sicherung der Qualität in der Rehabilitation notwendig wären, sind in der deutschen Rehabilitation bislang kaum in Gebrauch. Üblicherweise werden neben Messungen auf Funktionsebene bislang vielfach Skalen zu den Aktivitäten des täglichen Lebens wie Barthel, FIM und zuletzt SINGER angewandt [20, 25].

Das internationale Schrifttum führt eine umfangreiche Diskussion über die Ergebnismessung der Rehabilitation und der Versorgung auf den Ebenen der Partizipation und der Lebensqualität.

Im Bereich der Arbeitswelt wird das einfache Konstrukt »return-to-work (RTW)« angewandt. Für die übrigen Domänen der Partizipation gibt es unterschiedliche Messinstrumente, die aber meist für den deutschen Sprachraum nicht evaluiert sind (Übersicht bei Reslik und Plow [31]. Zur Lebensqualität gibt es erste Forschung (QOLIBRI-OS) [38].

Deck et al. haben in Deutschland den Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe (IMET) eingeführt [6]. Im Bundesverband ambulant-teilstationäre Neurorehabilitation e.V. (BV ANR, Krefeld) wurde dieses Selbstbewertungsinstrument evaluiert und in die Versorgung eingeführt. Derzeit befindet sich eine multizentrische Katamnesestudie zu den mittelfristigen Teilhabeergebnissen von fast 500 Schlaganfall- und SHV-Patienten in der Auswertung [26, 27]. C. Pott hat aktuell eine Übersicht über die Assessments zur Erfassung der Teilhabe in der neurologischen Rehabilitation vorgestellt [28].

Wie viele und welche Patienten?

Die Expertengruppe zur Phase-E-Versorgung der DVfR [9] geht davon aus, das jährlich etwa 50.000 bis 70.000 neurologische Patienten einer nachgehenden Versorgung entsprechend den Phase-E-Empfehlungen der Reha-Träger benötigen: dies entspricht in einem Sozialraum mit 4 Mio Einwohnern (z. B. Land Rheinland-Pfalz) etwa 3.500 Bürgern. In einer Stadt mit 800.000 Einwohnern betrifft dies etwa 700 und einen Landkreis mit 200.000 Einwohnern 150 Bürger.

Diese Zahlen sind einerseits überschaubar, andererseits deuten sie aber auch darauf hin, dass regional und sozialräumig nachgehend und nachsorgend relevante Eingliederungsarbeit geleistet werden muss. Dies ist nicht nur erforderlich, um Autonomie und Lebensqua-

lität des Einzelschicksals zu fördern, sondern auch um die regionalen Hilfeangebote, Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen und die kommunale Eingliederungshilfe zu entlasten. Es erscheint wichtig, dass der Gesetzgeber in der Entwicklung des neuen Bundesteilhabegesetzes (BTHG) und der Reform des SGB IX dies beachtet. Die betroffenen Reha-Träger (und die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen) müssen dies in der Entwicklung von Versorgungsstrukturen und in der Überarbeitung der Rahmenempfehlungen trotz der Sorge vor einer neuen Kostenschwemme beachten³. An dieser Stelle muss die Frage gestellt werden, ob die Verantwortlichen der Reha-Träger und Bundes-, Landes- und Kommunalverwaltungen, aber auch die kurativ und rehabilitativ Handelnden sich der Qualität und Quantität dieser Problemlagen und der gesellschaftlichen Relevanz der Menschen mit erworbenem Hirnschaden (MeH) bewusst sind?

Wie kann man die als notwendig erkannte Kontinuität im Rehabilitationsprozess umsetzen?

Die Empfehlungen der BAR zur Phase E beinhalten einen umfangreichen Katalog von Leistungen zur Umsetzung der Phase E und beschreiben deren sozialrechtliche Verankerung im System [2]. Der Beitrag von Thomas Stähler in diesem Heft [44] beleuchtet dies.

Der Hauptausschuss der DVfR und die DVfR-Expertengruppe [8, 9] haben für die Umsetzung der Phase-E-Versorgung wichtige Anregungen gegeben. Matthias Schmidt-Ohlemann [40] arbeitet in seinem Beitrag heraus, was verfügbar ist und welche wesentlichen Elemente im Versorgungssystem bislang noch unzureichend geregelt sind.

Erforderlich sind – und deswegen wird dies auch unter dem Aspekt des Kontinuums an dieser Stelle betont (s. a. Kasten 4):

- Ein **frühzeitiges Denken an die potentiellen Problemlagen der späteren Teilhabe am Leben in der Gesellschaft** mit deren Teilaspekten schon im Verlauf der medizinischen Rehabilitation. Dazu gehört das Herausarbeiten und Benennen zu erwartender besonderen Problemlagen (»red flag« für alle neun Teilhabedomänen der ICF, siehe Kasten 2). Die **Finanzierung dieses vorausschauenden, ggfs. interdisziplinären »clinical reasonings«** als Leistung und damit auch Verpflichtung der Leistungserbringer der medizinischen Rehabilitation zu dieser Aufgabe (Überprüfung im Rahmen der Qualitätssicherung) muss geregelt werden.
- Wichtig sind ferner eine **barrierefreie (anbietende) Information und Edukation** des Betroffenen und seiner

3 Nach der Gesundheitsberichtserstattung des Bundes (Destatis 2009) und dem nationalen Aktionsplanung zur UN-Behindertenrechtskonvention (BMAS 2011) leiden in Deutschland ca. 800.000 Menschen an den Folgen einer schweren und schwersten Behinderung durch erworbene Hirnschädigung oder chronische neurologische Krankheit (GDB >50). Viele davon sind Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene.

<p>Kasten 4 Versorgungsplan für die Phase E = Behandlungsplan UND Teilhabeplan (ggfs. mit Fallsteuerung) bei Abschluss der Phase A, B, C, D und auch in Phase F bei Veränderung (modifiziert aus der Anlage 3 des DVfR Papiers (3,4))</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frühzeitige Information aller Beteiligten 2. Frühzeitige Bedarfserkennung (Vorausschauendes Erkennen medizinischer, beruflicher und anderer sozialer Problemlagen) 3. Beratung (kontinuierlich, wiederholt und bedarfsgerecht im Verlauf) 4. Bedarfsermittlung bzgl. Förderung der Teilhabe einschl. komplementärer Bedarfe (medizinisch und sozial) für die nachgehende Phase E 5. Reha-Diagnostik (ICF basiert alle Domänen), Assessment im Sozialraum, ggf. Erproben im Sozialraum 6. Konsensfindung über Behandlungs- und Teilhabeplanung 7. Sozialmedizinische und andere fachliche Beurteilung und Begutachtung 8. Umsetzung des umfassenden Versorgungsplanes (Medizinische Versorgung, Leben und Wohnen, Arbeit, Beschäftigung und Tagesstruktur, Ausbildung und Qualifikation) 9. Reha-Assessment und Fortschreibung [Zielüberprüfung/Änderung von Zielvereinbarung(en)] 10. Beendigung/Überleitung
--

<p>Kasten 5 Reha-Prozess: Gemeinsame Empfehlung der BAR (August 2014): Trägergemeinsame Empfehlung zur Erkennung und Feststellung des Teilhabebedarfes, zur Teilhabeplanung und zu Anforderungen an die Durchführung von Leistungen zu Teilhabe (Reha-Prozess)</p>										
<p>Kapitel 1: Allgemeiner Teil</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leistungen zur Teilhabe - Ablauf des Rehabilitationsprozesses - Akteure - Grundsätze zur Gestaltung des Rehabilitationsprozesses - Anforderungen an die Zusammenarbeit - Auskunft, Beratung und Unterstützung - Zugänglichkeit/Barrierefreiheit - Datenschutz 										
<p>Kapitel 2: Ausgestaltung des Rehabilitationsprozesses</p> <table border="1"> <tr> <td>Abschnitt 1:</td> <td>Bedarfserkennung und Einleitung von Leistungen zur Teilhabe</td> </tr> <tr> <td>Abschnitt 2:</td> <td>Bedarfsfeststellung von Leistungen zur Teilhabe und zu Anforderungen an die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe</td> </tr> <tr> <td>Abschnitt 3:</td> <td>Teilhabeplanung</td> </tr> <tr> <td>Abschnitt 4:</td> <td>Anforderungen an die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe</td> </tr> <tr> <td>Abschnitt 5:</td> <td>Aktivitäten zum bzw. nach Ende einer Leistung zur Teilhabe</td> </tr> </table>	Abschnitt 1:	Bedarfserkennung und Einleitung von Leistungen zur Teilhabe	Abschnitt 2:	Bedarfsfeststellung von Leistungen zur Teilhabe und zu Anforderungen an die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe	Abschnitt 3:	Teilhabeplanung	Abschnitt 4:	Anforderungen an die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe	Abschnitt 5:	Aktivitäten zum bzw. nach Ende einer Leistung zur Teilhabe
Abschnitt 1:	Bedarfserkennung und Einleitung von Leistungen zur Teilhabe									
Abschnitt 2:	Bedarfsfeststellung von Leistungen zur Teilhabe und zu Anforderungen an die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe									
Abschnitt 3:	Teilhabeplanung									
Abschnitt 4:	Anforderungen an die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe									
Abschnitt 5:	Aktivitäten zum bzw. nach Ende einer Leistung zur Teilhabe									
<p>Kapitel 3: Schlussvorschriften Berichterstattung</p>										

Bezugspersonen sowie die **konkrete individuelle Teilhabeplanung** für (mit) den Betroffenen in *allen* Reha-Phasen (A, B, C, D, F), trägerübergreifend gültige personenindividuelle Bedarfsermittlung und Feststellung der Leistungsbedarfe unter Beachtung der Lebenswirklichkeit (Feststellungsverfahren mit dem

Betroffenen). Auch das Erstellen des Teilhabeplanes, die Bedarfs- und Leistungsfeststellung müssen als abrufbare Leistungen niederschwellig verfügbar werden (sozialrechtliche Grundlagen im SGB und Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess der BAR [3] (**Kasten 5**).

- Etablierung eines **Fallmanagements** für besondere Problemlagen (nicht nur als Versorgungsmanagement im Sinne des Verwaltungsverfahrens, sondern als fallbezogenes Teilhabemanagement und ggfs. Fallbegleitung und Erfolgskontrolle im Verlauf der Leistungserbringung), ebenfalls als abrufbare (finanzierte) Leistung für komplexe Problemlagen und Bedarfe in der nachgehenden Rehabilitation und Nachsorge.
- Teilhabe von Neuro-Patienten in besonderen Problemlagen wird erst durch die **Einrichtung, Verfügbarkeit und Erreichbarkeit regionaler Versorgungsstrukturen (-netze)** für eine nachgehende Rehabilitation und teilhabeorientierte Nachsorge möglich: Die Verfügbarkeit ausreichend finanzierter und dezidiert mit Phase-E-Auftrag versehener Ambulanter Neurologischer Reha-Strukturen (Zulassung nach § 26.1 SGB IX für alle Kostenträger) oder von Shared-care-Konzepten zum Beispiel an jedem klinischen Stroke-Unit-Standort (stationär-ambulanter IV-Vertrag).
- Die **Weiterentwicklung und Vernetzung der ambulanten neurologisch-psychiatrischen-nervenärztlichen Versorgung** mit rehabilitativer, teilhabeorientierter (sozialmedizinischer und sozialer) Kompetenz plus inhaltliche **Weiterentwicklung der ambulanten Heilmittelversorgung** von kurativer (funktions-orientierter) zu rehabilitativer (teilhabe-orientierter) Leistung.
- **Konzeptionelle Zusammenführung** von ambulanter/mobiler Rehabilitation und Pflege (Kurzzeitpflege und Rehabilitation)
- Neue Verträge der integrierten Versorgung § 140 SGB V, Weiterentwicklung der MBOR Konzepte und der Nachsorgekonzepte (IRENA) der Rentenversicherung (SGB VI), Entwicklung einer spezialärztlichen Versorgung, Neuer Bundesmanteltarif NPV der KBV, Bearbeitung des Heilmittelkataloges nach SGB V durch den G-BA sind mögliche Ansätze.

Mit der aktuellen Reform des SGB V, dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (2015) soll es in Zukunft Medizinische Zentren für erwachsene Menschen mit Behinderung analog den sozialpädiatrischen Zentren geben (§119 c neu SGB V). Gerade diese neuen Einrichtungen sollen barrierearm für Menschen mit relevanter Behinderung – also natürlich auch Menschen mit erworbener Hirnschädigung (MeH) – tätig werden. Sie werden an den Schnittstellen Kuration-Rehabilitation, Komplex- und Monotherapie, ambulant-stationär arbeiten: Eine klassische Phase-E-Aufgabe.

Kasten 6		
Fallbeispiel – wie es lief und wie es hätte laufen können: SL, 43j Arzthelferin mit fester ganztägiger Anstellung, in Partnerschaft lebend ohne Kinder		
Zeitachse	Realer Verlauf – diskontinuierlich mit den üblichen Brüchen an den Schnittstellen	So hätte es laufen können unter Beachtung der Bedarfe, Wünsche und der regionalen Versorgungsmöglichkeiten
09.12.2013	Ischämischer Hirnstamminfarkt (PICA), Akutbehandlung StrokeUnit mit Hirnstammsyndrom	
12.02.2014 bis 03.03.2014	AHB in neurologischer Rehaklinik (Träger DRV), Entlassung mit inkompletter Okulomotoriusparese, leichtgradiger Dysphagie ohne Verschlucken, Feinmotorikstörung li Extremitäten, SensiStörungen rechts, kognitive Minderbelastbarkeit und Verlust an Sprachwissen: Empfehlung Heilmittelbehandlung und später Klärung der beruflichen Situation.	
6 Wochen	Ambulante Heilmittelversorgung KG, ET, LO verordnet durch internistischen Kollegen.	
14.04.2014	Antrag auf ambulante medizinische Reha im Intervall in ortsansässigem Therapiezentrum an DRV zur intensivierten Funktionstherapie und zur Vorbereitung der beruflichen Wiedereingliederung auf vorhandenen Arbeitsplatz (Phase D und E).	
25.06.2014	Ablehnung der Reha-Antrages und Gewährung einer EU-Rente auf Zeit mit sozialmedizinischer Begründung, dass Erwerbsfähigkeit nicht wesentlich gebessert werden könne > 4 Seiten Rechtsbelehrung und tröstendem Hinweis auf »EU-Rente-das Netz für alle Fälle« – LTA werden nicht angeboten.	
10.07.2014	Widerspruch der Patientin mit medizinischer und sozialmedizinischer Begründung, dass kontinuierliche Besserung bestehe und dass Patientin, ihre Ärzte und der Arbeitgeber (Arztpraxis) die baldige Eingliederung für auf den bisherigen, ggf. angepassten Arbeitsplatz für möglich hielten.	Juni/Juli 2014 hätte eine ambulante rehabilitative Komplextherapie der Phase D mit medizinisch-beruflicher Orientierung oder alternativ ein LTA-Prozess erfolgen und direkt in eine Phase E Versorgung übergehen können.
21.07.2014	DRV lehnt Widerspruch zunächst ab, bietet aber weiteres Gutachten an. Patientin erhält weiterhin Heilmittelversorgung und Krankengeld.	
Oktober 2014 November 2014	Externes Gutachten bestätigt Reha-Potential und positive Prognose, daraufhin 6 Monate nach dem Reha-Antrag Bewilligung einer stationären Intervall-Reha.	Patientin hätte ab August (aus der der Intervallreha heraus) bereits ein therapeutisch begleitetes, stufenweises Wiedereingliederungskonzept absolvieren können.
30.11.2014 bis 23.12.2014	4 Wochen Reha-Phase-D im stationären Setting in Trägerschaft der DRV: Zitat Patientin »da habe ich zu Hause mehr gemacht als in der Klinik«, Entlassung.	
Januar und Februar 2015	Patientin hat von der Klinik keine Empfehlung zur direkt anschließenden stufenweisen beruflichen Wiedereingliederung (WE) erhalten, sondern erst die Hausärztin hat dieses Vorgehen nachgehend angeregt und eingeleitet (Muster 56).	Patientin hätte Zeit gehabt, ihre Belastungssteigerung langsamer und kontrollierter auszubauen
01.03.2015	Beginn der stufenweisen WE nach einem mit Patientin, Hausarzt, GKV-Kasse und Arbeitgeber abgestimmten Eingliederungsplan mit dem Ziel Vollzeit-Beschäftigung, der auf Anregung der GKV bis Mitte Mai (Forderung GKV) abgeschlossen sein muss (!).	
09.06.2015	Ende der gesetzlichen »78-Wochen-Frist«	

In diesem Fall wurde vom Reha-Träger DRV das medizinische und sozialmedizinische Potential nach Aktenlage zunächst falsch eingeschätzt: Ein kontinuierlicher sozialraumnaher Reha-Prozess der Phase D und E wäre regional möglich gewesen und hätte dem Wunsch der mittlerweile 44-jährigen und deren eigenen Einschätzung gedient, ein zeitraubendes Verwaltungsverfahren vermieden und wahrscheinlich Sozialleistungen gespart – Kontinuum? Wird das System mit den zeitaufwendigen Verschiebeparkplätzen den Problemen der Patienten gerecht? Change we need!

Phase E Kontinuum – konkrete Umsetzung

Das Zentrum für Rehabilitation, Eingliederung und Nachsorge, Neurologischen Therapie RheinAhr in Ahrweiler, einer Einrichtung zur Versorgung des Landkreises Ahrweiler mit einem Einzugsgebiet von circa 200.000 Menschen in einer kleinstädtisch-ländlich-strukturierten Region mit relativ schwacher ÖPNV-Struktur leistet seit 17 Jahren ambulante Neuro-Rehabilitation mit einem multidisziplinären Team unter fachärztlicher Gesamtverantwortung.

Die medizinischen Reha-Prozesse der Phase D und C werden, sofern erforderlich, systematisch mit Phase-E-Elementen kombiniert, welche flexibel und bedarfsgerecht die Teilhabeziele, personbezogene und umweltbezogene Kontextarbeit und die Überleitung in die Nachsorge beinhalten.

Es bestehen Versorgungsverträge mit den Primärkassen in Rheinland-Pfalz und eine modulare Vergütungsvereinbarung für Intensiv-, Standard- und Nachsorgemodule und für mobil-aufsuchende Leistungserbringung, die für *alle* Kostenträger Anwendung findet. Die Reha-Leistungen werden bei den Kostenträgern als Anschluss-Heilbehandlung (AHB), Anschluss-Reha (AR)- oder Intervall-Reha (IR)-Maßnahmen beantragt und erst nach Bewilligung begonnen. Die Fremdfahrtkosten werden nach § SGB IX 53 und SGB V §60.5 und SGB IX §§ 44 und 53 separat erstattet, sofern sie medizinisch begründet sind.

Das multidisziplinäre Team arbeitet systematisch nach einem ICF-orientierten Konzept für die Therapieziel- und die Bedarfsermittlung und für die rehabilitativen Leistungen [24]. Patienten und Angehörige werden gezielt in das Konstrukt der ICF mit seinen Arbeitsebenen eingewiesen und »mitgenommen«. Wenn das Team ICF

denkt, sollte auch der Patient diese verschiedenen Ebenen kennen (Erläuterung der im Einzelfall betroffenen ICF-Ebenen als Teil eines »shared-decision-making«).

Das ambulante neurologische Rehabilitationszentrum Ahrweiler ist regional vernetzt mit den regionalen Krankenhäusern (akute Schlaganfall-Versorgung, Reha-Konsiliardienst für neurologische und neurogeriatrische Patienten) und bemüht sich um Zusammenarbeit mit den benachbarten neurologischen und geriatrischen

Reha-Kliniken. Kooperation erfolgt zudem mit den niedergelassenen Haus- und Fachärzten, den regionalen Heilmittelerbringern und den Hilfsmittellieferanten schon während des Reha-Prozesses. Fremdanamnestiche Informationen zum Patienten und seinem Umfeld werden vom Haus- und Facharzt eingeholt, Änderungen in Pharmakonzepthen und die Nachsorgeüberlegungen werden mit den niedergelassenen Ärzten aktiv abgestimmt.

Literatur

1. BAR. Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschäden in den Phasen B und C. Frankfurt: BAR 1999.
2. BAR. Phase E der neurologischen Rehabilitation – Empfehlungen. Frankfurt: BAR 2013 Zugriff 20.05.14 <http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/downloads/BAR-EmpfPhaseE.web.pdf>
3. BAR: Reha-Prozess: Gemeinsame Empfehlung zur Erkennung und Feststellung des Teilhabedarfs, zur Teilhabepanung und zu Anforderungen an die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe (Reha-Prozess) gemäß §§ 12 Abs. 1 Nr. 1 bis 3, 13 Abs. 2 Nr. 2, 3, 5, 8 und 9 SGB IX vom 1. August 2014 <http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/gemeinsame-empfehlungen/downloads/Broschue4G.web.pdf>
4. Bertram M, Brandt T: Neurologische-neurochirurgische Frührehabilitation: eine Bestandsaufnahme Nervenarzt 2007; 78, 1160-1174
5. Blumenröther C. Einflussfaktoren auf den Rehabilitationserfolg beim ischämischen Schlaganfall in der neurologischen Rehabilitationsphase C. Inauguraldissertation aus dem Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik der Universität Mainz, 2011.
6. Deck, R. Mittag, O., Hüppe, A., Muche-Borowski, C., Raspe, H. (2007): Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe (IMET) - Erste Ergebnisse eines ICF-orientierten Assessmentinstruments. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 76, S. 113-120.
7. De Wit L, Putman K, Devos H et al.: Long-term prediction of functional outcome after stroke using single items of the Barthel Index at discharge from rehabilitation centre: Disability and Rehabilitation 2014;36: 353-358
8. DVfR 2013 Stellungnahme des HV
9. DVfR 2014: Phase E der Neuro-Rehabilitation als Brücke zur Inklusion Zugriff 20.05.2014 http://www.dvfr.de/fileadmin/download/Stellungnahmen/Neuro-Reha_Phase_E_ausführliches_Diskussionspapier_DVfR.pdf
10. Freidel F, Linck-Eleftheriadi S. Stationäre Neurologische Rehabilitation: TK-EVA-Reha. Jahresbericht 2010/2011. Alzey: MDK Rheinland-Pfalz 2011.
11. Fries W, Lössl H, Wagenhäuser S (Hrsg) Teilhaben! Neue Konzepte der NeuroRehabilitation für eine erfolgreiche Rückkehr in Arbeit und Beruf. Stuttgart: Thieme 2007, ISBN 978-3-13-142621-5.
12. Fries W, Wendel C. Teilhabe am sozialen und beruflichen Leben nach Hirnschädigung: Neue Beiträge zur Prognose und Therapie. In Dettmers C, Weiller C (Hrsg): Update Neurologische Rehabilitation. Bad Honnef: Hippocampus 2005; 101-112.
13. Gustafsson L, Fleming J: Transition to Community living after acquired brain Infury: Brain Impairment 2012; 13: 1-2.
14. Hoefß U, Schupp W, Schmidt R, Gräfel E. Versorgung mit Schlaganfallpatienten mit ambulanten Heil- und Hilfsmitteln im Langzeitverlauf nach stationärer neurologischer Rehabilitation. Phys Rehab Kur Med 2008; 18(3): 115-121.
15. Hoyle M, Gustafsson L, Meredith P, Ownsworth T: Participation after Stroke: Do we understand all the components an relationships as categorised in the ICF? Brain Impairment 2012; 13 4-15.
16. Jaglal SB, Guilcher SJT, Bereket T, Kwan M, Munce S, Conklin J, Versnel J, Packer T, Verrier M, Marras C, Pitzul KB and Riopelle R: Development of a Chronic Care Model for Neurological Conditions (CCM-NC) BMC Health Services Research 2014, 14: 409.
17. Konrad C, Geburek AJ, Rist F et al.: Longterm cognitive and emotional consequences of mild traumatic brain injury: Psychological Medicine 2010, 1-15.
18. Langhorne P, Widen-Holmqvist L for the Early Supported Discharge trialists Early supported discharge after stroke; J Rehabil Med 2007; 39: 103-108.
19. Lord SE, Rochester L: Measurement of Community Ambulation After Stroke: Current Status and Future Developments Stroke. 2005; 36: 1457-1461.
20. Lüthi, Hansjörg, Blanco J, Mäder M. Dokumentation, Messung und Qualitätsmanagement in: Frommelt PP Lösslein H. NeuroRehabilitation. Berlin, Heidelberg: Springer 2010: 771-790.
21. Masur H, Fries W, Hömberg V, Reuther P: Perspektiven Neurorehabilitation und restaurative Neurologie. Akt Neurol 2007; 34: 577-581.
22. Medin J, Barajs J, Ekbert K: Stroke patients' experiences of return to work: Disabil Rehabil 2006; 28: 105-118.
23. Menzel-Bergmann A: Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) nach neurologischen Erkrankungen Akt Neurol 2011; 40: 507-512.
24. Netz J: Konstruktion und Praxiserprobung einer ICF-orientierten Therapiezielliste und Outcomemessung in der ambulanten Neurorehabilitation. Neurol Rehabil 2005; 11: 227-245.
25. Nosper M: Lässt sich die Zugehörigkeit zur neurologischen rehabilitation in den Phasen B, C und D durch FIM(TM)-Werte bestimmen? Rehabilitation 2002; 41:31-39.
26. Pöppel D: Evaluation der Ergebnisqualität in der wohnortnahen ambulanten Neuro-Rehabilitation unter besonderer Berücksichtigung des sozialgesetzlich verankerten Rehabilitationsauftrages zu Teilhabe und selbstbestimmter Lebensführung: Eine multizentrische Beobachtungsstudie mit einjähriger Katamnese: Studienprotokoll <http://www.bv-anr.de/120829-Studie-EvaluationderErgebnisqualitaet.pdf> Zugriff 10.03.2015
27. Pöppel D, Deck R, Fries W, Reuther P: Measurement of participation in outpatient neurorehabilitation—a pilot study. Fortschr Neurol Psychiatr. 2013; 81(10): 570-578.
28. Pott C Assessments zur Erfassung der Teilhabe in der neurologischen Rehabilitation vorgestellt (48). Neurol & Rehab 2015; 21(3): 117-132.
29. Rehabilitationsstatistik der QS Schlaganfall Hessen 2011 www.gqhnet.de/auswertungen_-_strukturiert_dialog/auswertungen-2011/2011_sa_reha_gesamt (Zugriff 10.03.15) .
30. Rentsch HP: Das »Shared Care Modell« als effizientes und qualitativ hoch stehendes Versorgungsprinzip in der Rehabilitation: Beispiel der Neurorehabilitation des Kantonsspitals Luzern. Neurol Rehabil 2004; 10 (5): 253-260.
31. Resnik L, Plow MA: Measuring participation as defined by the international classification of functioning, disability and health: an evaluation of existing measures. Arch Phys Med Rehabil. 2009; 90(5): 856-866.
32. Reuther P, Bergermann U: Rehabilitation von Phase C-Patienten im ambulanten Setting: Ergebnisse von über 200 Patienten der Jahre 2008-2013. Neurol Rehabil 2015; 21(5): 275-281
33. Reuther P, Wallech CW, Hendrich A, Kringler W. Die neurologische Rehabilitations-Phase E: Nachgehende Leistungen zur sozialen Re-Integration und Teilhabe – ein Kontinuum?; Rehabilitation 2012; 51: 424-430.
34. Reuther P, Wallech CW: Teilhabesicherung nach Schlaganfall. Das Gesundheitswesen 2015; 77: 513-523
35. Risse G, Börkel B, Reuther P. Ambulant/mobile berufliche Wiedereingliederung in der Neurologie. Neurol Rehabil 2012; 18: 321-341.
36. Rohling ML, Faust ME, Beverly B, Demakis. Effectiveness of cognitive Rehabilitation following traumatic brain-injury: A metaanalytic re-examination of Cicerone et al's (2000, 2005) systematic reviews. Neuropsychologie 2009; 23: 30-39.
37. Rollnik JD. Der Barthel-Index als Verweildauer-Prädiktor in der neurologischen Rehabilitation. Rehabilitation 2009; 48: 91-94.
38. Sasse N, Gibbons H, Wilson L et al. Self-awareness and health-related quality of life after traumatic brain injury. J Head Trauma Rehabil 2013; 28: 464-472.
39. Schlote A, Poppendieck U, Möller C et al. Kenntnis von Unterstützungsangeboten nach erstem Schlaganfall. Rehabilitation 2008; 47: 31-38.
40. Schmidt-Ohlemann M: Phase E der Neuro-Rehabilitation als Brücke zur Inklusion Neurol Rehabil 2015; 21(5): 237-245.
41. Schönle PW, Stemmer B. Neurologische Rehabilitation in den Phasen B, C, D und E. Praxis und Prognose Hippocampus Bad Honnef 2001 ISBN 3-9806107-3-X.
42. Schupp W. (Anschluss)Rehabilitation und Nachsorgebetreuung von Schlaganfallpatienten. Wiederherstellung und Erhalt von Funktionen, Aktivitäten und Teilhabe. Rehabilitation 2014; 53: 408-421.
43. Seel H. Phase E der neurologischen Rehabilitation in Ebert A, Ludwig L, Reuther P (Hrsg): Rehabilitation und Nachsorge nach Schädelhirnverletzung Teilhabe im zweiten Leben nach Schädelhirnverletzung Teil 1: Schule, Ausbildung, Arbeit, Tagesstruktur Bad Honnef: Hippocampus 2013, 11-19.
44. Stähler T. Phase E im SGB IX: Wie können Überlegungen dazu in das Leistungsrecht einfließen? Neurol Rehabil 2015; 21(5): 269-274
45. VdR: Phaseneinteilung der neurologischen Rehabilitation: Rehabilitation 1995; 34, 119-127.
46. WHO: Community-based-rehabilitation (CBR) Empfehlung der WHO 2013) <http://www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/en/> (Zugriff 10.03.2015).
47. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010 Europ Neuropsychopharmacology 2011; 21: 655-679.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. habil Paul Reuther
Neurologische Therapie RheinAhr (NTRA)
Schülzchenstr. 10
53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
reuther@neuro-therapie.de

Reine Kopfsache? Konzepte der Nachsorge für hirnverletzte Kinder

Neurol Rehabil 2015; 21 (5): 263–268

© Hippocampus Verlag 2015

G. Wietholt

Zusammenfassung

Dieser Beitrag befasst sich mit der langfristig unbefriedigenden Lebenssituation schädelhirnverletzter Kinder und Jugendlicher und zeigt Wege auf, mit der Umsetzung der Empfehlungen der BAR für die Phase E auf die speziellen Bedürfnisse dieser Zielgruppe einzugehen.

In jedem Jahr erleiden Kinder und Jugendliche Hirnverletzungen, in deren Folgen sich das Leben der Kinder wie auch der Familien grundlegend verändern kann. Während die Akutmedizin ein hochsensibles System zur Behandlung anbietet, zeigt sich die Versorgungskette im Anschluss an diese Phase als ein zerklüftetes System im Netz verschiedener Fachdisziplinen, Anbieter und Kostenträger.

Gerade bei Kindern und Jugendlichen mit einem mittelschweren oder leichten Schädelirtrauma werden mögliche Folgen dieses Ereignisses häufig verharmlost und im weiteren Verlauf »pädagogisiert«, das heißt, eintretende Veränderungen werden als rein pubertäre Veränderung oder soziale Problematik innerhalb des Umfeldes erklärt und nicht im Zusammenhang mit der hirnor-ganischen Schädigung betrachtet.

Daher ist es ein wichtiges Ziel, das Thema Schädelhirnverletzungen bei Kindern und Jugendlichen in die Öffentlichkeit zu tragen. Um ein qualifiziertes neutrales Beratungsmanagement bzw. Lotsenfunktionen sowie ausreichende Nachsorge- und Teilhabestrukturen flächendeckend anbieten zu können, fehlt jedoch noch die Bereitstellung nachhaltiger Finanzierungsangebote, die als dringende sozialpolitische Aufgabe ansteht.

Der Bundesverband Kinderneurologie-Hilfe e. V. betreut an verschiedenen Standorten deutschlandweit Familien, deren junge Angehörige in Folge einer erworbenen Hirnschädigung nicht den bis dahin geltenden Weg weitergehen können. Das Angebot des Bundesverbandes ist niederschwellig, neutral, kostenlos und individuell und wird derzeit noch durch Spenden finanziert.

Schlüsselwörter: erworbene Hirnschädigungen bei Kindern und Jugendlichen, Nachsorge, Lotsenmanagement

Einleitung

In den letzten Jahren beginnt das Thema »Schädelhirnverletzte Kinder und Jugendliche« immer mehr die Aufmerksamkeit zu erhalten, die es aufgrund seiner sozialen, volkswirtschaftlichen und nicht zuletzt entwicklungspsychologischen Bedeutung verdient. Dennoch zeigt sich der Alltag betroffener Familien häufig noch weit entfernt von den Forderungen und Erkenntnissen der Wissenschaft. Viel zu oft werden mögliche Folgen verharmlost und bagatellisiert. Dabei ist allein die Häufigkeit eines Schädelhirntraumas weitaus größer als allgemein vermutet. Die Kinderneurologie-Hilfe e.V. (KNH) bietet seit 30 Jahren ein Beratungs- und Begleitungsangebot für Eltern, Kinder und Jugendliche an, die in Folge einer erworbenen Hirnschädigung ihr bis dahin gültiges Lebenskonzept noch einmal neu lernen und strukturieren müssen. Die hier gewonnenen Erfahrungen sind Bestandteil dieses Artikels.

Bei Kindern, insbesondere Kindern im Vorschulalter, zeigt sich, dass Spätfolgen der durch einen Unfall erlittenen Schädigung (z. B. Konzentrationsstörungen,

Teilleistungsstörungen) auch nach Jahren noch unvorhersehbar auftreten können. Diese werden häufig nicht mehr ursächlich mit dem Unfall in Verbindung gebracht, sodass es zu Fehlentscheidungen bezüglich der Behandlung/Therapie kommen kann.

Das Schädelhirntrauma im Kindes- und Jugendalter: Zahlen und Fakten

Die Auftretenswahrscheinlichkeit eines Schädelhirntraumas (SHT) liegt bei 332 SHT/100.000 EW (Rickels et al. 2006). Dabei liegt die Inzidenzgröße bei Kindern unter 16 Jahren mit 581 SHT/100.000 EW weitaus höher. Sie bildet somit eine der häufigsten Todesursachen und Gründe für körperliche und seelische Beeinträchtigung im Kindesalter (Peters et al. 2008).

Neuere Untersuchungen hierzu sind den Zahlen des Statistischen Bundesamtes von 2013 zu entnehmen. Demzufolge zeigen sich eine deutliche Zunahme im Verletzungsgeschehen und damit ein erhöhter Bedarf der Sichtung dieser Gruppe (G. Elsässer 2014) (**Abb. 1**).

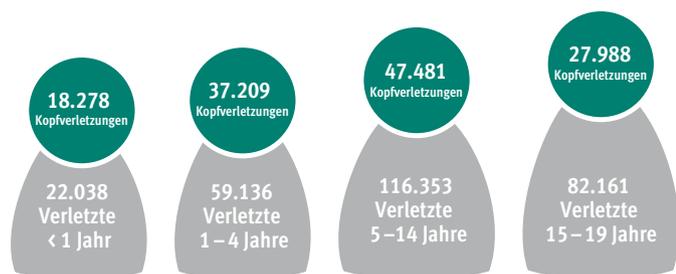


Abb. 1: Anteil kopfverletzte Kinder und Jugendliche nach Altersgruppe (Statistisches Bundesamt 2013)

Jährlich werden in Deutschland 279.688 Kinder und Jugendliche bis zum 19. Lebensjahr wegen einer Verletzung stationär versorgt. Davon sind allein ca. 198.000 Kinder unter 14 Jahren.

Alarmierend ist dabei die Zahl der kopfverletzten Kinder. Mit einer Fallzahl von 130.956 Kindern und Jugendlichen, davon 103.000 Kindern unter 14 Jahren macht diese Gruppe die weitaus größte Gruppe der stationären Versorgung bei den Verletzungen aus (Statistisches Bundesamt 2013).

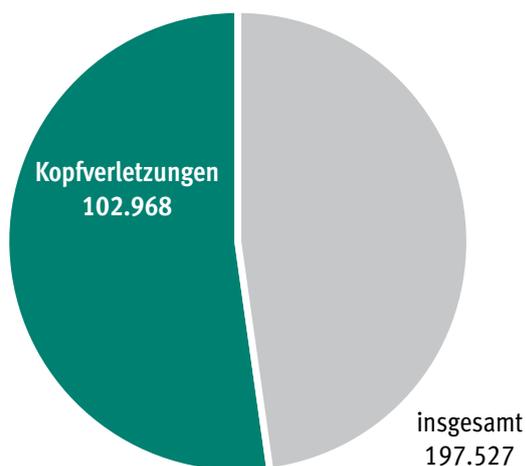


Abb. 2: Anteil Kopfverletzungen bei der stationären Versorgung

So sehen wir uns in der Nachsorge von Kindern einer Zahl von Betroffenen gegenüber, die weitaus höher ist, als bislang vermutet. Einer sehr guten Erst- und Akutversorgung folgend, fühlen sich Familien mit ihren betroffenen Kindern oft in der Folgezeit solch eines Ereignisses alleingelassen. Sie suchen nach Erklärungen und Hilfen, um die eingetretenen Veränderungen in ihr Leben zu integrieren.

In der Versorgung schädelhirnverletzter Kinder und Jugendlicher besteht ein deutlicher Nachsorgebedarf. Dieser betrifft zum einen die Versorgungskette im Anschluss an die bereits erfolgte Akutversorgung. Zum

anderen fehlt es an Strukturnetzen für betroffene Kinder und Jugendliche nach erworbenen Hirnschädigungen. Mit einem gut funktionierenden Nachsorgemanagement könnten die fatalen Spätfolgen vermieden oder zumindest vermindert werden (sekundäre Prävention).

In einer durch die KNH von 2003 bis 2006 durchgeführten bundesweiten Projektstudie wurde bereits mit folgenden Ergebnissen auf diesen Missstand hingewiesen.

- Es besteht ein großes Defizit in der Aufklärung über eventuelle Spätfolgen eines SHT und erworbenen Hirnschäden sowie die Möglichkeit der individuellen Nachbetreuung, aber: Eine frühe Information zu SHT/erworbener Hirnschädigungen und deren Folgen sind notwendig, um prophylaktisch zu wirken und eine zeitgerechte Rehabilitation für diese Kinder/Jugendlichen und jungen Erwachsenen ambulant oder stationär zu erreichen.
- Eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit, wie auch fachspezifische Angebote für Professionelle, welche die Aufmerksamkeit auf die erworbenen Hirnschäden und deren Folgen für die Betroffenen richtet und das Verständnis hierfür verbessert, ist erforderlich und muss fortgeführt werden.
- Es bestehen ausgewiesene Defizite in der einfalladaptierten Nachsorge. Auch wenn strukturelle Ressourcen zur Verfügung stehen, gelingt der Zugriff für die Betroffenen nicht oder nur verzögert. Bedarfe werden hierdurch selten zeitnah erkannt. Interventionen setzen folglich erst verspätet ein und Störungen können sich manifestieren.
- Der Nachsorgebedarf ist höher als vor Projektbeginn angenommen, was als Nachweis für die bestehende Unterversorgung und die fehlende Präsenz des Themas »Schädelhirntrauma/erworbene Hirnschäden« in der Fachwelt, wie auch der allgemeinen Öffentlichkeit, gewertet wird (Fachbegriff: stille Epidemie).
- Es besteht die Notwendigkeit, die Nachsorge nach SHT/erworbene Hirnschädigungen in ein Regelangebot zu überführen. Die Modalitäten sind festzulegen, regionale Gegebenheiten zu berücksichtigen und die finanziellen Rahmenbedingungen zu sichern (Adam/Wietholt 2007).

Die Zahl der Betroffenen ist höher als vermutet, weil leichte und mittelgradige SHT-Folgen oft übersehen oder auch zu spät erkannt werden. Da die Kinder noch in ihrer Entwicklung sind, sind bestimmte Störungen erst mit den Phasen der weiteren Entwicklung erkennbar, werden dann aber nicht mit dem Unfallereignis in Verbindung gebracht. Aufgrund der Besonderheit bei Kindern entwickeln sich die Verletzungsfolgen prozesshaft und werden somit häufig falsch zugeordnet.

Insofern werden Langzeitprobleme als »Entwicklungskrise oder pubertäre Phase« fehlgedeutet und bagatellisiert. Aus diesen Fehlinterpretationen entwi-

ckeln sich dann Fehlplatzierungen und Fehlversorgungen dieser betroffenen Kinder. Daher ist die Akzeptanz der Bedürftigkeit dieser Kinder in ihrer Lebenssituation und für den weiteren Verlauf ihrer Entwicklung von elementarer Bedeutung.

Besonderheiten bei Kindern nach einem SHT und ihre Folgen

Die Rehabilitation und Nachsorge ist sehr viel komplexer als allgemein vermutet. So bedarf es nicht nur der Wiederherstellung der bis zum Unfallgeschehen erworbenen Fähigkeiten, sondern die Nachsorge muss unbedingt vorausschauend die Voraussetzungen für eine regelhafte Entwicklungsdynamik schaffen.

Gerade bei mittelgradigen bis leichten Verletzungen haben Beruhigungen der Eltern, »es ist ja noch einmal alles gut gegangen« oft fatale Folgen. Es besteht die Gefahr des »Growing into deficit«.

Selbst anfänglich diskrete Veränderungen können sich im Laufe der Entwicklung zu immer größeren Defiziten entwickeln. Beobachtungen von Langzeitverläufen machen dieses Phänomen deutlich.

Abbildung 3 macht deutlich, dass anfänglich diskrete Veränderungen beim Kind sich gegenüber einer altersgemäßen Vergleichsgruppe mit der Zeit zu größeren Defiziten auswachsen, als man zunächst vermuten konnte. Demgegenüber zeigt die Wiederherstellung bereits vorhandener Potenziale beim Erwachsenen deutlich bessere Angleichungen an das bereits vorhandene Fähigkeitsniveau.

Die häufigsten Symptome, die sich im Verlauf eines SHT-Ereignisses entwickeln, sind Konzentrationsprobleme, Lernschwierigkeiten, Störungen der Merkfähigkeiten, Störungen der Exekutivfunktionen, Umsetzung komplexer Handlungen etc., um nur einige Beispiele zu nennen. Hieraus ergeben sich in der Folge soziale Schwierigkeiten, Probleme im Umgang mit Anforderungen, Steuerung des Alltagsablaufs. Diese Defizite sind in der Regel nicht gleich nach einem Verletzungsgeschehen sichtbar, sondern sie entwickeln sich, wie bereits erwähnt, prozesshaft, schleichend und wirken sich auf die Entwicklung der Persönlichkeit aus. Im Alltag erfahren die Betroffenen oft Unverständnis für ihr nicht der Regel entsprechendes Verhalten. Die Veränderungen sind häufig, außer bei einer sehr schweren Hirnverletzung, nicht gleich sichtbar. So wird oft der Rückgang in die zuvor besuchte Schulklasse vorgenommen, was augenscheinlich auch gut funktioniert. Hier erleben die Betroffenen zunächst ein großes Wohlwollen und Verständnis für die erlebten Ereignisse z.B. eines vorausgegangenen Unfalls. Bei den Anforderungen des Schulalltags wird Rücksicht genommen. Die Kinder haben häufig die Möglichkeit, weniger Unterrichtsstoff zu Hause zu erarbeiten oder auch, was in manchen Fällen wichtig ist, in den ersten Wochen aufgrund der Belastungen nur

Concepts of long-term aftercare for children after traumatic brain injury

G. Wietholt

Abstract

This paper considers the suboptimal long-term life situation of pediatric patients after acquired traumatic brain injury (ATBI). It presents possible ways to realize the recommendations of the BAR for the long-term aftercare of neurologic patients for this specific population.

Traumatic brain injury each year hits numerous children and adolescents and can lead to fundamental changes in the lives of these patients and their families. Whereas acute care is well organized in a highly effective way, the social system does not provide an integrated concept to coordinate the services of different health disciplines, health care providers and insurances.

Especially in children and youths with moderate or mild ATBI, possible consequences are often trivialized and in the course of time emerging symptoms are attributed to pedagogic, psychosocial or environmental factors, rather than being interpreted in the context of brain injury and development.

This makes the information of the general public about the implications of ATBI for children and adolescents and their families an important issue. The »Bundesverband Kinderneurologie-Hilfe e.V.« is offering case management for families with young members who are forced to find new ways of life due to early ATBI. Established in several locations throughout Germany, this offer is easily accessible, independent, and free of charge and tailored to individual needs. Financing is provided by donations and voluntary contributions.

In order to facilitate a qualified, independent case management with specific counseling functions there is an urgent need for sustainable funding as a politically appropriate measure, which would allow the implementation of adequate aftercare and participation structures.

Keywords: Acquired Traumatic Brain Injury (ATBI) in children and adolescents; aftercare, guide management

Neurol Rehabil 2015; 21(5): 263-268
© Hippocampus Verlag 2015

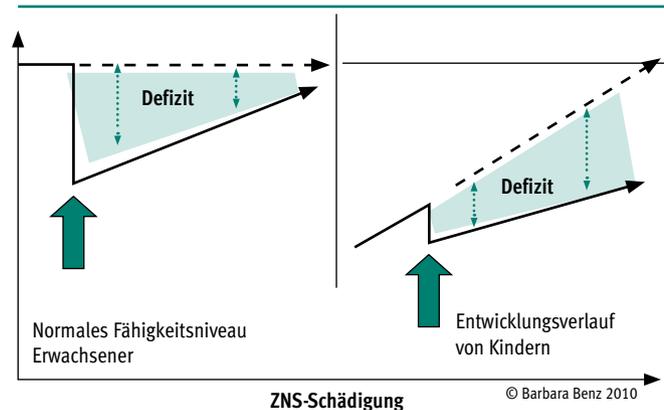


Abb. 3: Defizite werden bei Kindern im Entwicklungsverlauf größer (modifiziert nach Benz und Spranger 2010)

einen Teil der Unterrichtsstunden abzuleisten. Dieses wohlgemeinte Vakuum ist aber nur eine scheinbare Hilfe. Die Ausprägungen der Folgen nach einer Hirnverletzung zeigen sich schleichend. Und so kommt es, dass in vielen Fällen die Kinder nach einer Zeit der Schonung »dann doch bitte so weitermachen sollen wie vor dem

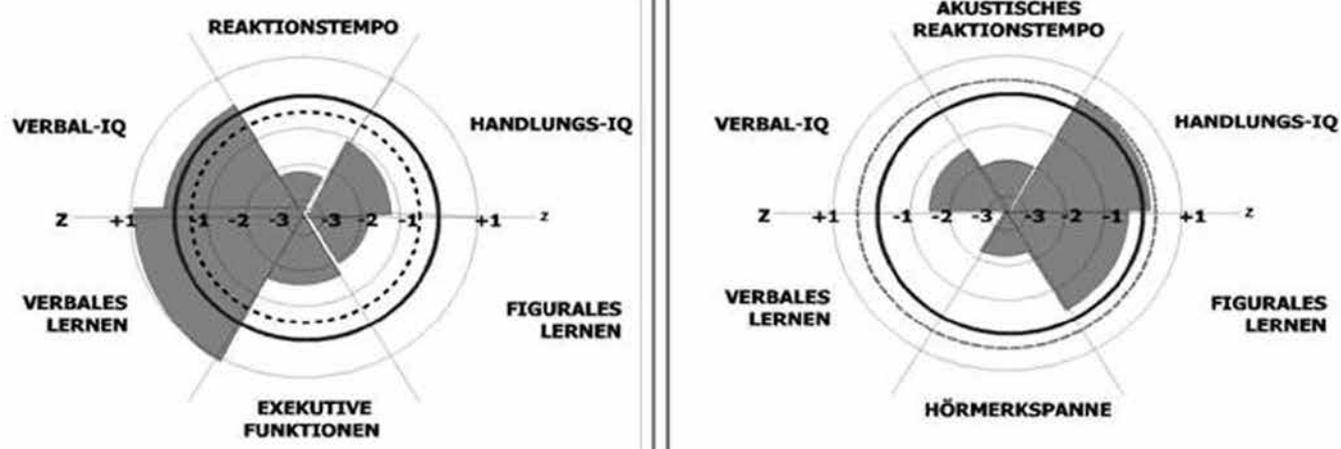


Abb. 4: Typisch inhomogene Leistungsprofile von jungen Patienten mit erworbenen Hirnschädigungen mit völlig unterschiedlich ausgeprägten Leistungsschwerpunkten und Fähigkeitsdefiziten. Die Kreissegmente stellen den Ausprägungsgrad bestimmter Testleistungen auf der z-Skala dar (Standardabweichungen). Der fettgedruckte Kreis markiert den Mittelwert der Altersgruppe (Durchschnittsleistung), die gestrichelte Kreislinie das Niveau in einem sprachfreien Intelligenztest (RAVEN SPM) (modifiziert nach Benz und Wietholt 2013).

Unfall«. Die Geduld des Umfeldes lässt nach, und an diesen Stellen erleben die Betroffenen und die Eltern der Kinder erste Schwierigkeiten. Selbst Kindern mit kaum wahrnehmbaren Veränderungen müssen sich einfach bei den gestellten Anforderungen mehr anstrengen als Kinder ohne eine vergleichbare Verletzung.

Die Ausprägungen der Störungsbilder sind individuell und inhomogen. Sie müssen sich nicht auf alle Leistungsbereiche auswirken, sondern können eben nur Teile betreffen. Dieses macht vor allem die Beurteilung gerade auch im Umfeld des Kindes so schwer und ist ein Grund dafür, dass die Kinder falsch beurteilt werden. **Abbildung 4** verdeutlicht dieses zerklüftete Schädigungsbild.

Die unterschiedlich ausgeprägten Defizite und Kompetenzen erfordern gleichzeitig sehr flexible und individuell angepasste Hilfsangebote.

Familie und soziales Umfeld

Für die Familie der betroffenen Kinder zeigt sich diese Zeit als ein Zustand großer Verunsicherung. Bis dahin geltende Maßstäbe müssen neu überdacht werden. In vielen Fällen muss eine Neuorganisation des Umfeldes stattfinden, wobei in diesen Fällen nicht auf tradierte Vorbilder von Alltagsabläufen zurückgegriffen werden kann. Diese Prozesse sind schmerzhaft und werden erst mit der Zeit sichtbar. Die Mutter eines durch einen Fahrradunfall schwer verletzten Kindes sagte in einem Gespräch, dass sie direkt nach dem Unfall des Kindes nur an eins gedacht hat: »Mein Kind muss überleben. Als ich dann feststellte, dass alles anders wurde, habe ich erkannt, dass ich mein Mädchen verloren habe. Nun lerne ich mein neues Mädchen kennen und lieben, aber es ist sehr viel Fremdes dabei.« Diese Aussage zeigt,

welche Prozesse Eltern durchlaufen. Auch die Geschwister durchleben eine Zeit anfänglicher Entbehrung und Angst, weil die Eltern in der ersten Zeit sich ausschließlich um das verletzte Geschwisterkind kümmern. Oftmals stehen die Familien vor allein organisatorisch schier unlösbaren Aufgaben. Die Bewältigung so eines Ereignisses ist eine große Herausforderung, und nicht selten scheitern Eltern in dieser Situation, das heißt, Familien brechen auseinander. Was fehlt, sind gute niederschwellige Begleitangebote.

Seit zehn Jahren führen die Centers of Disease Control and Prevention (CDC) vom National Center for Injury Prevention and Control (NCIPC), USA, Programme zur Prävention von Kopfverletzungen und Umgang nach solch einem Ereignis durch. Es wurden kostenlose Tools für Jugendliche, Kinder, Eltern, Lehrer und Fachkräfte im Gesundheitswesen erstellt, die wichtige Hinweise zur Erkennung und Hilfen im Umgang mit diesen Verletzten geben, zur Verfügung gestellt. (Homepage: Centers for Disease Control and Prevention)

Wirklichkeit und Lösungsansätze

Das Wissen um die Folgen von Schädelhirnverletzungen muss deutlich in die Öffentlichkeit getragen werden.

Noch immer werden Kinder nach Unfällen in Erwachsenenstationen behandelt, oftmals ohne die Einbeziehung Neuropädiatrischer Fachkompetenzen. Hier gibt es einen dringenden Veränderungs- und Aufklärungsbedarf.

Obwohl inzwischen geeignete Rehabilitationsangebote für Kinder vorhanden sind, gestalten sich die Übergänge zwischen Akutmedizin und Rehabilitationseinrichtungen in manchen Fällen problematisch. Ebenso zeigen sich Schwierigkeiten im weiteren Verlauf von

der stationären Rehabilitation ins ambulante Nachsorgetzetz. Unterschiedliche Kenntnisse und Erwartungen zum Rehabilitationsverlauf führen oft zu einem unbefriedigenden Ergebnis.

Hier fehlen geeignete Rehabilitationsangebote für die ganze Familie. Es reicht nicht aus, wenn ein Elternteil die Mitaufnahme in einer Rehabilitationsklinik, in der das verletzte Kind behandelt wird, zugesichert bekommt und so eine Schlafmöglichkeit in der Nähe des Kindes hat. Dieses ist sicher notwendig und wird in der Regel von den Kostenträgern bei jüngeren Kindern immer übernommen. Was aber passiert in dieser Zeit mit den Geschwistern? Wie lernt die ganze Familie, mit den Veränderungen umzugehen? Wenn ein Mitglied der Familie verletzt wird, dann betrifft es nicht nur diesen, sondern es betrifft alle. Das bis dahin gültige Familiensystem greift nicht mehr oder nur bedingt. Fazit: Durch eine Verletzung ist nicht nur der Verletzte geschädigt, sondern das Familiensystem insgesamt. Was sich in der Folge im Auseinanderbrechen der Familien zeigt.

Ansätze zur Situationsoptimierung der beschriebenen Zielgruppe

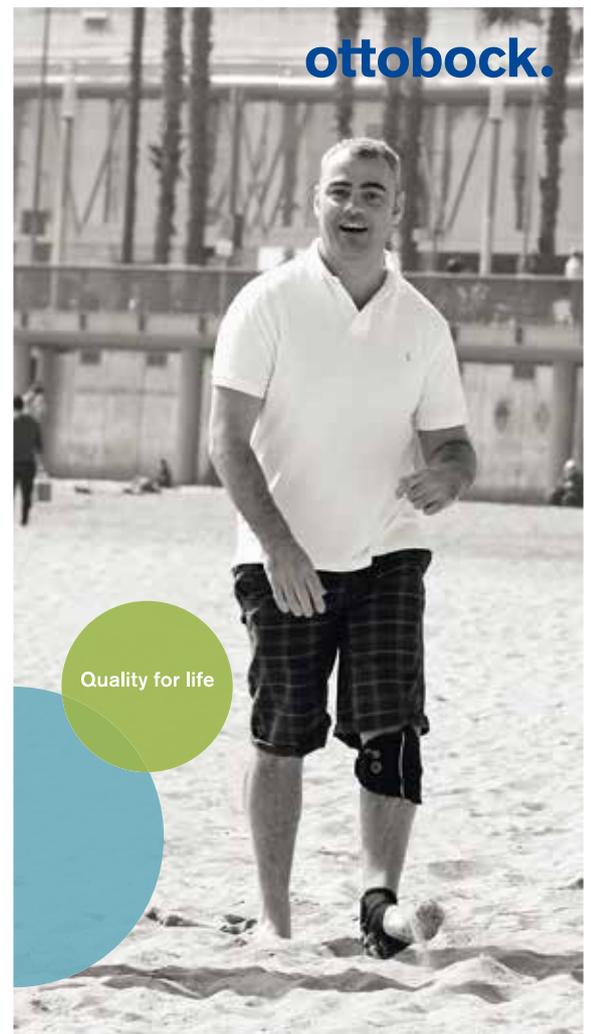
Kinder, Jugendliche und ihre Angehörigen haben nach einer Schädelhirnverletzung einen besonderen Beratungsbedarf, der immer wieder, je nach Entwicklungsstufe des Kindes, in Anspruch genommen werden muss. Diese Beratung setzt besondere Kompetenzen und Fähigkeiten voraus, um die Betroffenen adäquat begleiten zu können. Gleichzeitig sichert die begleitende Nachsorge die Teilhabe der Betroffenen in ihren jetzigen und künftigen Lebenswelten. Medizinisch wieder hergestellte Erfolge müssen dauerhaft adaptiert werden.

Um diese Ziele zu erreichen, sind neurokompetente Lotsenfunktionen notwendig, die trägerübergreifend, neutral und niederschwellig die Betroffenen und ihre Angehörigen in ihrem Umfeld begleiten.

Das setzt voraus, dass die Berater Neurokompetenzen und Kenntnisse sowie fachübergreifende Zugänge zu allen Bereichen des Systems haben.

Bundesverband Kinderneurologie-Hilfe e. V.

Seit 30 Jahren bietet die Kinderneurologie-Hilfe Münster e. V. (2011 Gründung des Bundesverbandes) ein Beratungs- und Begleitungsangebot für Familien von Kindern mit erworbenen Hirnschäden an. Inzwischen werden in den Beratungsstellen der Kinderneurologie-Hilfe e. V. (KNH) bundesweit Familien begleitet. Die Beratung und Begleitung Betroffener ist kostenlos. Eine Nachhaltigkeit dieser Leistungen ist bislang noch nicht erreicht. Daher organisiert die KNH ihre Arbeit derzeit aus Spenden- und Projektgeldern.



Mobilität nach Schlaganfall

Rehabilitation bei Fußheberschwäche

Aktuelle Forschungsergebnisse belegen, dass eine frühe Mobilisation die Gehfähigkeit bei Fußheberschwäche optimiert. Dabei können individuelle Lösungen wie Fußheberorthesen oder Funktionelle Elektrostimulation die Rehabilitation gezielt unterstützen und Patienten zu mehr Mobilität verhelfen.

Therapieoptionen und Forschungsergebnisse:
www.ottobock.de/mobilisation

Welcher Personenkreis wird durch die KNH begleitet?

Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene (bis zum 20. Lebensjahr) und ihre Angehörigen haben jederzeit die Möglichkeit, durch die Mitarbeiter der KNHberatern zu werden. Hierzu kommen vor allem Betroffene mit einer erworbenen Hirnschädigung durch:

- Schädelhirntrauma (1./2./3. Grades)
- Hypoxie
- entzündliche Prozesse
- Tumoren

Das Angebot der KNH ist individuell auf den Bedarf der Ratsuchenden ausgerichtet. Im Wesentlichen haben Betroffene Zugänge zu folgenden Leistungen:

- Aufklärung über mögliche Unfall- und Krankheitsfolgen
- Beratung in enger Zusammenarbeit mit Ärzten, Therapeuten und Pädagogen
- Begleitung betroffener Kinder und Jugendlicher sowie deren Familien
- Vermittlung an unterstützende AnsprechpartnerInnen und Einrichtungen und Vernetzung des vor Ort bestehenden Unterstützungsangebotes
- Besuche in Kliniken, sowie bei Bedarf im häuslichen Bereich
- Diese Form der bedarfsgerechten Zusammenarbeit optimiert die Chancen einer nachhaltig guten Entwicklung des Kindes

Die Mitarbeiter der KNH werden durch ein Schulungsangebot regelmäßig bundesweit durch externe Referenten zu allen Fragenstellungen neurokompetenter Beratungsbedarfe geschult.

Fazit und politische Forderungen

Die Gesellschaft kann und darf es sich nicht länger leisten, wegzusehen, von Bagatelereignissen zu sprechen und zu glauben, es sei alles geregelt.

Sicherlich hat sich gerade in den letzten Jahren das Bewusstsein zur Thematik positiv verändert. Aber es erreicht in den meisten Fällen noch nicht den Alltag der Betroffenen.

Positive Impulse gehen jährlich vom Nachsorgekongress der AG Teilhabe und der ZNS – Hannelore Kohl Stiftung aus. Die breite Plattform dieser Veranstaltung weist unermüdlich auf die nach wie vor unbefriedigende Situation dieser Zielgruppe hin. Kleine Erfolge sind das Resultat. Was die Menschen mit einer erworbenen Hirnschädigung – und hier möchte ich auf die besondere Bedürftigkeit der Kinder und Familien hinweisen – besonders benötigen, ist ein genereller Durchbruch in der Akzeptanz der Besonderheiten dieser Gruppe und die Umsetzung notwendiger Veränderungen. *Das erfordert ein sofortiges politisches Umdenken!*

Mithilfe der Vertreter aus den Bereichen der Gesundheits- und Sozialpolitik brauchen wir eine Öffnung aller Kostenträger, um die tatsächlichen Bedarfe betroffener Kinder, Jugendlicher und Erwachsener durch finanzierte Angebote zu decken.

Der Grundsatz »Rehabilitation vor Pflege« muss auch für Kinder und Jugendliche gelten. Wir brauchen dringend flächendeckende, regionale Angebote mit neurokompetenten Beratern mit für die Betroffenen hürdenfreien Zugängen.

Nicht zuletzt wird eine gesicherte Datenlage benötigt, um Aussagen über die tatsächlichen Langzeitverläufe der hier beschriebenen Zielgruppe zu machen. Diese Aussagen und die Schicksale jedes einzelnen Betroffenen bilden die Grundlage für eine optimale Versorgungskette des Personenkreises.

Literatur

1. Benz B, Wietholt G. Diskussionsforum II: Von der Leerstelle zur Lehrstelle – Wie kann sich ein Kind trotz Schädelhirntrauma entwickeln? In: Ebert A, Ludwig L, Reuther P. (Hrsg.) Reihe Zentrales Nervensystem, Rehabilitation und Nachsorge nach Schädelhirnverletzungen, Bd. 7 Schule, Ausbildung, Arbeit, Tagesstruktur. Bad Honnef: Hippocampus Verlag 2013, 40-44.
2. Ellsäßer G. Unfälle, Gewalt, Selbstverletzung bei Kindern und Jugendlichen 2013. Ergebnisse der amtlichen Statistik zum Verletzungsgeschehen 2011. Fachbericht. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2014.
3. National Center for Injury Prevention and Control (NCIPC) 4770 Buford Hwy, NEMS F-63 Atlanta, GA 30341-3717, http://www.cdc.gov/concussion/pdf/HeadsUp_10YrViewBook-a.pdf
4. Petersen C, Scherwarth A, Fink J, Koch U. Abschlussbericht der Evaluation zum Projekt »Aufbau eines Netzwerkes zur ambulanten neurologischen Rehabilitation und Nachsorge von Kindern und Jugendlichen mit Schädel-Hirn-Traumata«. Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf, 2008.
5. Rickels E, von Wild K, Wenzlaff P, Bock WJ (Hrsg.). Schädel-Hirnverletzung – Epidemiologie und Versorgung, Ergebnisse einer prospektiven Studie. München: Zuckschwerdt 2006.
6. Wietholt G, Adam C. Abschlussbericht zum Modellprojekt »Nachsorge von Kindern und Jugendlichen nach SHT« an den Standorten Dresden, Hamburg, Münster und der Kreis Unna von 2003 – 2006. Kinderneurologiehilfe Münster e. V., Eigenverlag 2007.
7. Wietholt G. Workshop II Passgenaue Eingliederung durch kompetentes Teilhabemanagement (Phase E), Kulke H, Reuther P, Wietholt G, Impulsreferat, in Ebert A., Ludwig L., Reuther P. (Hrsg.) Reihe Zentrales Nervensystem, Rehabilitation und Nachsorge nach Schädelhirnverletzungen, Bd. 5: Teilhabewicherung – Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit verbessern. Hippocampus Verlag 2011, 60-61.

Korrespondenzadresse:

Gertrud Wietholt
 Vorsitzende Bundesverband Kinderneurologie-Hilfe e.V.
 Coerdestraße 60
 48147 Münster
g.wietholt@kinderneurologiehilfe.de
www.kinderneurologiehilfe.de

Phase E im SGB IX: Wie können Überlegungen dazu in das Leistungsrecht einfließen?

Neurol Rehabil 2015; 21(5): 271–276
© Hippocampus Verlag 2015

Th. Stähler

Zusammenfassung

Die folgenden Ausführungen sind der Powerpoint-Präsentation des Vortrags entnommen – mit textlichen Erweiterungen gemäß den mündlichen Ausführungen in der Veranstaltung – und betreffen nachfolgende Themenbereiche:

1. Überblick: Empfehlungen zur neurologischen Rehabilitation inkl. Flussdiagramm »Behandlungs- und Reha-Phasen in der Neurologie«
2. Empfehlungen zu Phasen B und C
3. Empfehlungen zur Phase F
4. Empfehlungen zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation in der Neurologie
5. Empfehlungen zur Phase E der neurologischen Rehabilitation
6. Implementation in das SGB IX – Fakten und Überlegungen
7. Gesetzliche Entwicklungen – erste Einschätzung

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V., Frankfurt am Main

Schlüsselwörter: Phase E als Brücke zur Inklusion, Sozialraumbezug, Teilhabeorientierung, Neurokompetenz, Case-Management

Empfehlungen zur neurologischen Rehabilitation

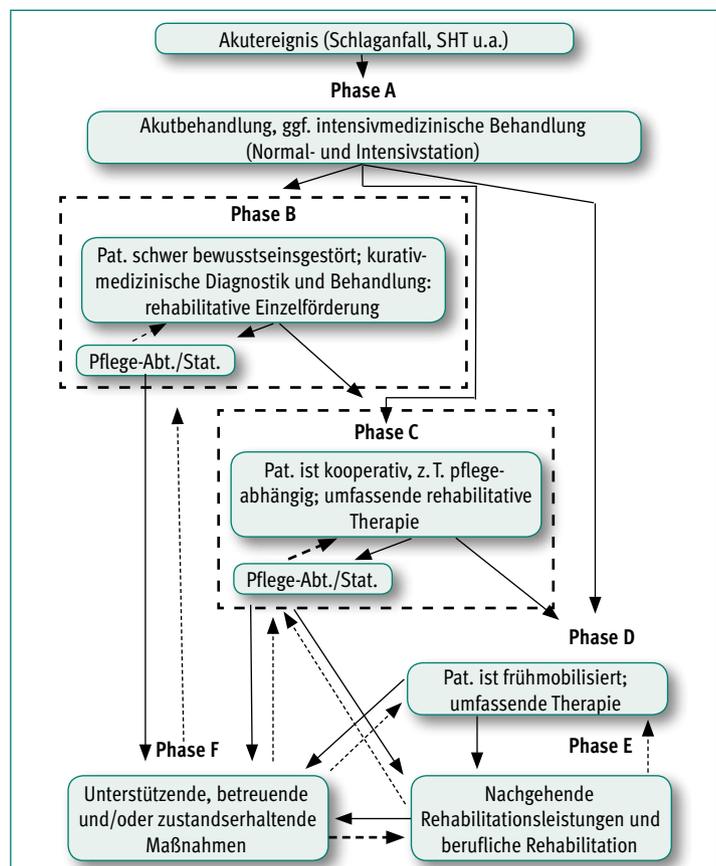
Auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation sind im Verlauf der letzten 20 Jahre die folgenden Empfehlungen zur neurologischen Rehabilitation erarbeitet und beschlossen worden:

- Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C (1995)
- Empfehlungen zur stationären Langzeitpflege und Behandlung von Menschen mit schweren und schwersten Schädigungen des Nervensystems in der Phase F (2004)
- Empfehlungen zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation in der Neurologie (2011)
- Empfehlungen zur Phase E der Neurologischen Rehabilitation (2013)

Darüber hinaus zu erwähnen sind aber auch

- (1) die Rahmenempfehlungen zur ambulanten neurologischen Rehabilitation (Stand: 2005) u. a. mit der Beschreibung von Anforderungen an die ambulante Rehabilitationseinrichtung sowie
- (2) die Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe schädelhirnverletzter Kinder und Jugendlicher (Stand: 2007), in der im Sinne einer Informationsbroschüre Standards einer umfassenden neurologischen Rehabilitation und Teilhabe für diese Zielgruppe vermittelt und die Besonderheiten bei der Behandlung hirnerkrankter Kinder und Jugendlicher, nicht zuletzt auch beim Übergang von der Phase D zur Phase E, herausgestellt werden.

All diese Arbeiten erfolgten auf Grundlage des sogenannten Phasenmodells der neurologischen Rehabilitation, das in nachfolgender graphischer Darstellung nach wie vor gültig ist:



Am vorstehenden Modell wird erkennbar, dass hierdurch nicht etwa ein chronologischer Ablauf vorgegeben wird. Vielmehr können entsprechend dem Krankheitsverlauf zum einen Phasen übersprungen werden, zum anderen ist auch ein entgegengesetzter Verlauf von den Phasen F oder E in Phase B, C oder D möglich. Wesentlich ist eine regelmäßige (Neu-)Ausrichtung der Leistungen auf den individuellen Bedarf des betroffenen Menschen. Dadurch soll, was auch für den leistungsrechtlichen Kontext bedeutsam ist, eine ausreichend lange und intensive sowie zielorientierte Durchführung von Interventionen zur Heilung, Kompensation, Anpassung und Verhütung einer Verschlimmerung gewährleistet werden.

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

Mit diesen Empfehlungen wurde 1995 auf Ebene der BAR damit begonnen, das Phasenkonzept A–F der neurologischen Rehabilitation trägerübergreifend zu definieren. Die in den Empfehlungen vorgenommene Zuordnung der Phase B zur Krankenbehandlung (§ 39 SGB V) und der Phase C zur stationären Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung (§ 40 Abs. 2 SGB V, § 15 SGB VI) bildet die Grundlage für die Bestimmung der Leistungszuständigkeiten und die Zuweisung der Strukturverantwortung der Leistungsträger (vgl. § 19 Abs. 1 SGB IX: »in ausreichender Zahl und Qualität«). Gleichwohl wird man, da der Verlauf bzw. die Krankheitsentwicklung bei neurologischen Patienten nicht in allen relevanten Dimensionen gleichsinnig verläuft, nicht in allen Fällen eine eindeutige Zuordnung treffen können und beträchtliche Überschneidungen akzeptieren müssen, bei denen im Einzelfall im Sinne des betroffenen Menschen entschieden werden sollte.

Inhalt der Empfehlungen ist im Einzelnen:

- Grundlagen für den Aufbau einer bedarfsdeckenden Versorgungsstruktur, Patienten-Charakteristika (Eingangskriterien)
- Behandlungs-/Rehabilitationsziele, -aufgaben und -leistungen
- Aussagen zur Therapiedichte, zum Behandlungs-/Rehabilitationszeitraum
- Empfehlungen zur kriterienbezogenen Dauer der Kostenbewilligung bei stationären neurologischen Rehabilitationsleistungen
- Detaillierte Bestimmungen zum neurologischen Reha-Assessment
- Hinweise zur Prognoseeinschätzung in der Phase C

Empfehlungen zur stationären Langzeitpflege und Behandlung von Menschen mit schweren und schwersten Schädigungen des Nervensystems in der Phase F

Diese wurden erarbeitet durch Vertreter der

- Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen
- Spitzenverbände der gesetzlichen Pflegekassen
- Gesetzlichen Unfallversicherung
- Gesetzlichen Rentenversicherung
- BAG der überörtlichen Träger der Sozialhilfe unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen

Im Interesse der Sicherstellung einer bedarfsgerechten Pflege und Behandlung in der Phase F erfolgen in den Empfehlungen (Inhaltsübersicht):

- Einheitliche Definitionen der Patientengruppen
- Einheitliche Definitionen der Behandlungsziele und -inhalte
- Einheitliche Definitionen der Anforderungen an die stationären Einrichtungen
- Aussagen zur Koordinierung der Leistungen zur Pflege und Behandlung

In Phase-F-Einrichtungen erfolgt die pflegerische Versorgung i.d.R. auf der Grundlage des SGB XI. Insofern gelten die dortigen Vorschriften sowie die auf der Grundlage vor allem von § 75 SGB XI getroffenen Regelungen und Vereinbarungen zur pflegerischen Versorgung sowie zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität. Bezogen auf die Pflegeleistungen ist die Phase F leistungsrechtlich der Pflegeversicherung, der Unfallversicherung und der Sozialhilfe zugeordnet. Die darüber hinausgehenden ärztlich und ärztlich verordneten Leistungen (z. B. Heil- und Hilfsmittel) werden vom jeweils zuständigen Leistungsträger (insbesondere gesetzliche Krankenkasse oder Unfallversicherungsträger) finanziert; dessen Zuständigkeit und der Umfang seiner Leistungspflicht richten sich im Einzelfall sodann nach den für ihn geltenden Vorschriften.

Empfehlungen zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation in der Neurologie

Durch den Erhalt und den Ausbau medizinisch-beruflich ausgerichteter Strukturen, die interdisziplinäre therapeutische und berufsvorbereitende Angebote vorhalten, ist betroffenen Menschen die Möglichkeit zu bieten, die gesundheitlichen und beruflichen Bedingungen zur Erreichung der Teilhabeziele des Einzelnen zu optimieren oder umgekehrt z. B. durch Hilfsmittel, Heilmittel oder Unterstützungsleistungen eine positive Änderung der Kontextfaktoren (= alle Umweltfaktoren und personbezogenen Faktoren, die den Lebenshintergrund einer Person abbilden und mithin für eine umfassende Teilhabe von Bedeutung sein können) zu bewirken. Ziel

der medizinisch-beruflichen Rehabilitation ist dabei die Integration in den ersten Arbeitsmarkt.

Dementsprechend beziehen sich die vorliegenden Empfehlungen auf Erwachsene und berufsnahe Jugendliche mit besonders schweren und komplexen Beeinträchtigungen in stationären neurologischen Einrichtungen der Phase II.

Inhalt der Empfehlungen ist im Einzelnen:

- Trägerspezifische Zuordnung an der Schnittstelle zwischen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Aussagen zu Leistungsdauer und Verfahren
- Kasuistiken mit Fallstrukturierung nach ICF-Komponenten

Empfehlungen zur Phase E der Neurologischen Rehabilitation

Gerade in diesen wird überzeugend die Vielfalt der neurologischen Erkrankungen abgebildet, die individuell sehr unterschiedlich ausgeprägt sein können. Es werden damit auch diejenigen Menschen erfasst, deren Beeinträchtigungen nicht auf Anhub erkennbar sind, z.B. Menschen mit Sprachstörungen oder psychischen Erkrankungen aufgrund einer Hirnschädigung. In den Empfehlungen werden Möglichkeiten aufgezeigt, die dazu beitragen, Menschen mit neurologischen Erkrankungen oder Verletzungen im Sinne von Empowerment in ihrer selbstbestimmten Lebensführung zu stärken. Es werden trägerübergreifend Anforderungen und Umsetzungsvorschläge für Inklusion in der Gemeinschaft, im beruflichen Kontext sowie in

Erziehung und Bildung für die Phase E der neurologischen Rehabilitation beschrieben bzw. vorgenommen.

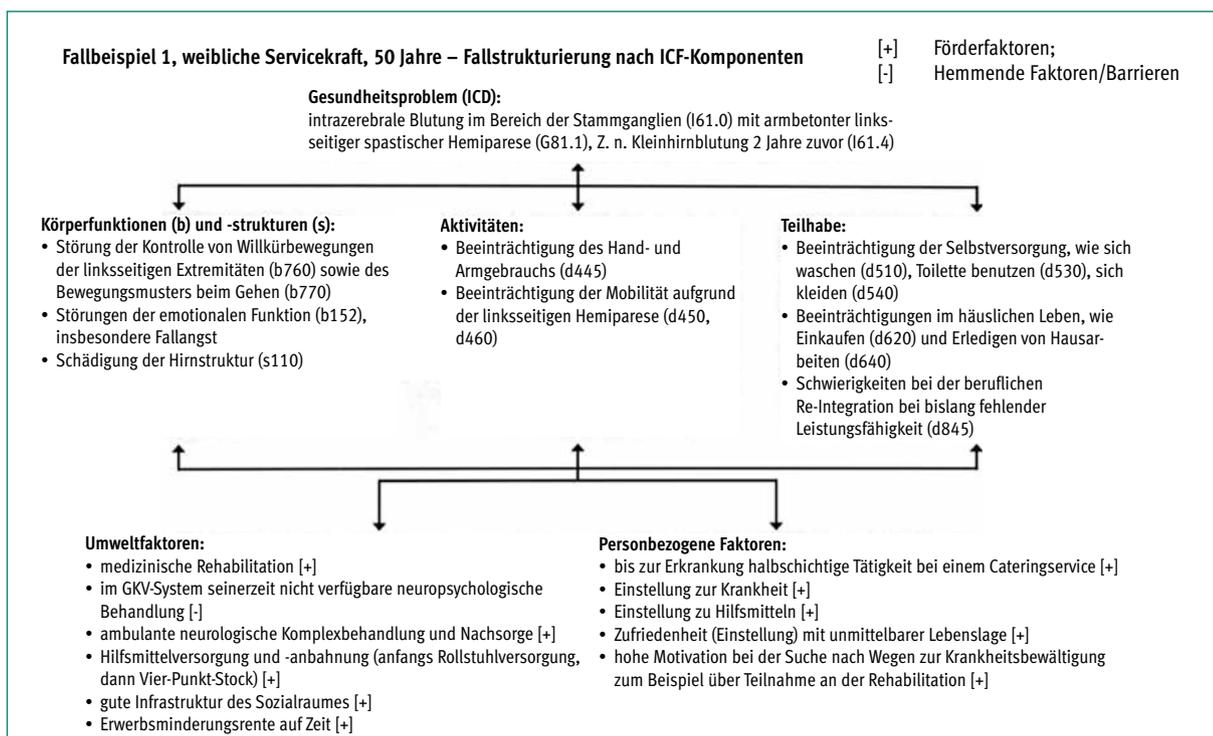
Vor diesem Hintergrund ist Inhalt der Empfehlungen im Einzelnen:

- Trägerübergreifende Anforderungen und Umsetzungsvorschläge für die Teilhabe von Menschen mit erworbener Schädelhirnverletzung
- Beschreibung der Aufgaben und Möglichkeiten einer rehabilitativen Versorgung in der Phase E – zur praktischen Verdeutlichung – in fünf Fallbeispielen
- Detaillierte Übersicht über Bedarfe und Leistungen in der Phase E mit Angaben zu gesetzlichen Grundlagen und möglichen Leistungsträgern (→ hier großer Praxisbezug)

In einem umfangreichen Anhang folgt eine Übersicht über Bedarfe und Leistungen in der Phase E in Form einer Zusammenstellung und Erläuterung von Kategorien zur Einordnung der Bedarfe und Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft:

- o) Sozialrechtliche/-fachliche Beratung/Information, Planung und Einleitung von Maßnahmen sowie trägerübergreifende Zusammenarbeit
- 1) Leistungen zur Sicherung des Erfolges der medizinischen Rehabilitation
- 2) Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft
- 3a) Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- 3b) (Spezifische) Leistungen zur Teilhabe an Erziehung und Bildung
- 4) Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen

Besonderheiten: Soziales Entschädigungsrecht



Implementation in das SGB IX: Fakten und erste allgemeine Überlegungen

Fassung des Behinderungsbegriffs

In Abkehr von der bisherigen Legaldefinition in § 2 SGB IX erscheint eine Neufassung des Behinderungsbegriffs unter Berücksichtigung des Verständnisses nach UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) angebracht. Danach wäre »Behinderung« treffender als Beeinträchtigung bzw. Einschränkung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft durch Barrieren bzw. präziser: aus der Wechselbeziehung zwischen den individuellen Eigenschaften und Fähigkeiten einerseits und umwelt- und einstellungsbedingten Barrieren andererseits zu begreifen.

Mit Blick auf den Indikationsbereich der Neurologie wären hierbei die Besonderheiten von Menschen mit erworbenen Hirnschäden, also vor allem auch Menschen mit weiterbestehenden alltagsrelevanten Beeinträchtigungen insbesondere bei sensomotorischen, neuro-kognitiven, organisch-psychischen und sprachlichen Leistungen sowie mit psycho-physischer Minderbelastbarkeit (Erschöpfbarkeit) einzubeziehen, deren berufliche oder soziale Wiedereingliederung noch nicht erreicht oder anhaltend gefährdet ist.

Wesentlich ist mithin der Gesichtspunkt der **Persoenzentrierung**, hier also mit Berücksichtigung der spezifischen Bedarfe der Menschen mit neurologischer Erkrankung/Behinderung. Dies bedingt zugleich einen erhöhten Bedarf an Beratung und Begleitung.

Komponente: Sozialrechtliche/-fachliche Beratung/ Information

Hierbei geht es um die Aufgabenfelder: Auskunft, Information und Beratung, im vorliegenden Kontext also um umfassende und regelmäßige Aufklärung über die Leistungen der Phase E der neurologischen Rehabilitation sowie um Beratung insbesondere auch über

- technische Assistenzsysteme
- Unterstützte Kommunikation
- Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen (Barrierefreiheit)

oder auch

- Beratung zum (trägerübergreifenden) Persönlichen Budget ebenso wie etwa Beratung über Selbsthilfegruppen und deren Vermittlung.

Entscheidend hierbei ist, dass festgelegt ist, wer bzw. welche Stelle für die Beratung verantwortlich ist, und dass Beratung möglichst nach zu definierenden Standards und unter angemessener Berücksichtigung der Wünsche des/der Betroffenen stattfindet.

Schon in dem Kontext bedeutsam ist damit das Vorhandensein von **Neurokompetenz** der Beratenden/ Handelnden, d.h. von Erfahrung im Umgang mit den

störungsbildspezifischen Besonderheiten der Menschen mit erworbenen Hirnschäden oder chronischen neurologisch-begründeten Behinderungen, die den bewussten Einsatz von neurowissenschaftlichen Kenntnissen und klinischen Erfahrungen im Zusammenhang mit den kognitiven und organisch-psychischen Problemstellungen und Verhaltensweisen im professionellen Umgang mit dieser Betroffenenengruppe umfasst.

Komponente: Bedarfserkennung, -ermittlung/-feststellung

Es geht dabei konkret um Fragen frühzeitiger (trägerübergreifender) Bedarfserkennung, -ermittlung/-feststellung. Die ICF gilt es insoweit in Bezug auf alle Leistungen der Phase »E« der neurologischen Rehabilitation zu berücksichtigen. Optimierungsmöglichkeiten sind mithin in einer stärkeren Berücksichtigung von Kontextfaktoren und von individuellen Ressourcen sowie einer verstärkten Beteiligung der Adressaten von Leistungen zu sehen.

Hilfreich und weiterführend erscheinen insoweit vor allem die in der Gemeinsamen Empfehlung »Reha-Prozess« (Gemeinsame Empfehlung zur Erkennung und Feststellung des Teilhabebedarfs, zur Teilhabeplanung und zu Anforderungen an die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe gem. §§ 12 Abs. 1 Nr. 1 bis 3, 13 Abs. 2 Nr. 2, 3, 5, 8 und 9 SGB IX) auch hierzu getroffenen Aussagen.

Komponente: Teilhabe(»prozess«)management

Nach den Empfehlungen zur Phase E der neurologischen Rehabilitation wird das Teilhabemanagement definiert als Fallsteuerung, auch im Sinne eines Anstoßens und rechtzeitiger Einleitung der Teilhabeleistungen. Es geht um Ressourcen- und Lebensweltorientierung, Förderung der Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Unabhängigkeit des betroffenen Menschen.

Die Aufgaben des Teilhabemanagements werden dementsprechend gesehen in der Unterstützung und Begleitung der betroffenen Menschen durch die Leistungsträger, Einzelfallmanagement, Bedarfsklärung, Auswahl geeigneter Leistungen, Beratung der Versicherten und des Arbeitgebers, Begleitung des Rehabilitations- und Integrationsprozesses sowie Unterstützung bei der Beantragung weiterer notwendiger Sozialleistungen.

»Schlüsselbegriffe« sind Koordination und Kooperation, Zusammenarbeit und Vernetzung, mithin §§ 10, 11, 12 Abs. 1 SGB IX als rechtliche Grundlagen heranzuziehen.

Auch insoweit ist entscheidend, dass es einerseits Festlegungen dazu gibt, wer die Verantwortung für das Teilhabe(»prozess«)management übernimmt, es andererseits aber auch hier Wünsche des/der Betroffenen angemessen zu berücksichtigen gilt.

Komponente: Teilhabepanung

Teilhabepanung ist ein sich im Laufe des Rehabilitationsprozesses ggf. wiederholendes Element, der Teilhabepan bildet dabei die fachliche Grundlage für die Steuerung des Rehabilitationsprozesses (vgl. § 18 GE »Reha-Prozess« vom 1.8.2014).

Für das Vorgehen bei der Teilhabepanung wesentlich sind im Einzelnen, dass

- diese transparent, individuell, lebensweltbezogen und zielorientiert auszurichten und Leistungen ausgehend vom individuellen Bedarf nach Inhalt, Umfang und Dauer abgestimmt werden;
- der Prozess der trägerübergreifenden Teilhabepanung konsensorientiert gestaltet wird;
- der Teilhabepan vom zuständigen Reha-Träger bzw. Integrationsamt allen bei der Planerstellung beteiligten Reha-Trägern, Leistungserbringern, dem Menschen mit (drohender) Behinderung sowie ggf. weiteren beteiligten Akteuren – unter Beachtung des Datenschutzes (insbes. Einwilligungserfordernis) – zur Verfügung gestellt wird;
- die Fortschreibung bzw. Anpassung des Teilhabepans durch den zuständigen Reha-Träger/das zuständige Integrationsamt in Abstimmung mit dem Menschen mit (drohender) Behinderung sowie unter Beteiligung des Leistungserbringers/der Leistungserbringer erfolgt.

Entscheidend auch hierbei ist die Festlegung der Verantwortung für Teilhabepanung unter angemessener Berücksichtigung der Wünsche des/der Betroffenen.

Komponente: Sozialraumbezug

Zu verstehen ist diese im Sinne von

- individuelle Wohn-, Lebens- und Arbeitswelt und
- bezogen auf eine Gruppe von Menschen: örtliche, kommunal-, landes- oder bundesbezogene Lebenswelt

Wesentlich hierbei sind Fragen der

- Erreichbarkeit und Verfügbarkeit durch Vorhalten entsprechender Versorgungsstrukturen;
- Wahrnehmung der Strukturverantwortung durch die Bundesländer, ggf. auch in Form von (durch diese initiierten) regionalen Arbeitsgemeinschaften i. S. d. § 12 Abs. 2 SGB IX (?)

Klientelbezogen besondere Bedeutung von Leistungen zur Erreichung/Sicherung der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

Dabei geht es insbesondere um folgende Leistungen:

- Beratung über und ggf. Einleitung von Unterstützungsleistungen zur Ermöglichung einer selbststän-

digen und selbstbestimmten Lebensführung (z.B. Vermittlung in Betreutes Wohnen, Hilfen zur selbstständigen Haushaltsführung)

- Beratung über und ggf. Einleitung von Unterstützungsleistungen zur Wahrnehmung sozialer Beziehungen und zur Gestaltung des Tages und der Freizeit (z.B. Bereitstellung von Assistenzleistungen)
- Vermittlung von und Ermöglichung der Teilnahme an Selbsthilfegruppen
- Beratung und organisatorische Hilfen bei der Koordination von Pflege- und Betreuungsdiensten, ggf. in Abstimmung mit den Pflegekassen
- Beratung über und ggf. Einleitung von Maßnahmen zum behindertengerechten i. S. v. barrierefreien Umbau bzw. zur behindertengerechten Anpassung der Wohnung
 - Hilfeebringung nach Bedarf im Einzelfall in ambulanter Form, in Tageseinrichtungen für Erwachsene bzw. speziell für Kinder und Jugendliche oder in anderen teilstationären Einrichtungen durch geeignete Pflegepersonen und in Einrichtungen über Tag und Nacht sowie in sonstigen Wohnformen (vgl. § 35a Abs. 2 SGB VIII);
 - ambulantes Wohnen: betreut, mit Hilfe eines persönlichen Budgets, in Familie

Klientel-bezogen besondere Bedeutung von Leistungen zur Erreichung/Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben

Dabei geht es zentral um folgende Leistungen:

- Koordination und Einleitung von Maßnahmen zur Berufsfindung und Arbeitserprobung sowie zur Berufsvorbereitung und beruflichen Anpassung (Integrationsmaßnahmen)
- Koordination und Einleitung von Maßnahmen zur Belastungserprobung und Belastungssteigerung
- Koordination und Einleitung von LTA bzgl. des allgemeinen Arbeitsmarktes (z.B. begleitende Hilfen am Arbeitsplatz)/in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM)
- Planung und Begleitung der stufenweisen Wiedereingliederung
- Begleitung beim betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM)
- Adaptation (Anpassung) des Arbeitsplatzes
- Versorgung mit Hilfsmitteln, ggf. weiteren assistiven Technologien (→ Zugänglichkeit/Barrierefreiheit)
- Unterstützte Beschäftigung: individuelle berufliche Qualifizierung (InbeQ) und Berufsbegleitung (§ 38a SGB IX)
- Koordination und Einleitung von das Arbeitsleben vorbereitenden Maßnahmen zur Tagesstrukturierung und Tagesförderung

Einladung zum 10. Nachsorgekongress

Wege von der medizinischen Rehabilitation in die Teilhabe – Lösungsansätze!

25.02./26.02.2016

Eventpassage Berlin, Kantstraße 8, 10623 Berlin

Sehr geehrte Damen und Herren,

die große Zahl der Betroffenen – immerhin gibt es jährlich 270.000 neu erkrankte Menschen mit Schädelhirntrauma, davon 70.000 Kinder und Jugendliche – bedürfen nicht nur der akutmedizinischen und stationär rehabilitativen Versorgung, sondern auch der postakuten und chronischen ambulanten Behandlung und Nachsorge. Aus Sicht der Betroffenen und der ambulanten Leistungserbringer zeigt sich ein großer Handlungsbedarf. Die medizinische und sozialmedizinische Versorgung der Menschen mit erworbenen Hirnverletzungen bedarf dringend der Weiterentwicklung. Werkzeuge, Konzepte und das Sozialrecht entwickeln sich – doch fehlende Umsetzung (und Finanzierung) führt zu Brüchen in der Versorgung unter denen die betroffenen Menschen leiden.

Unter dem Titel »Wege von der medizinischen Rehabilitation in die Teilhabe – Lösungsansätze!« möchten wir gemeinsam mit Ihnen auf dem 10. Nachsorgekongress vorhandene Ansätze beleuchten, bestehende Lösungen diskutieren und neue Wege entwickeln.

Mit Vertretern der deutschen Sozialversicherungsverbände wollen wir dann am Freitag gemeinsam mit Ihnen im Rahmen der Podiumsdiskussion die Umsetzbarkeit der Ergebnisse zu den erarbeiteten »Lösungsansätzen« diskutieren.

Dieser Kongress richtet sich an Betroffene und Angehörige, PraktikerInnen der ambulanten und stationären Nachsorge, Therapeuten, SozialarbeiterInnen, Betriebs- und WerksärztInnen, NeurowissenschaftlerInnen, VertreterInnen von Sozialverbänden, Sozialeistungsträgern, Kostenträgern und der Gesundheitspolitik.

Wir laden Sie herzlich zur Teilnahme am kommenden Nachsorgekongress ein und freuen uns darauf, Sie im kommenden Februar in der Eventpassage zu begrüßen. Bitte melden Sie sich online an unter: <http://www.nachsorgekongress.de>.

Mit freundlichen Grüßen

Achim Ebert

Sprecher der Arbeitsgemeinschaft Teilhabe
Mitglied im Kuratorium der ZNS - Hannelore Kohl Stiftung

Karl-Otto Mackenbach

stellvertr. Sprecher der AG Teilhabe
SelbstHilfeVerband – FORUM GEHIRN e. V.

Klientel-bezogen besondere Bedeutung von Arbeitsassistenz

Diese bildet eine von mehreren Bestandteilen des umfassenden Ansatzes zur persönlichen Assistenz (ggf. auch im »Arbeitgebermodell«) bei den Verrichtungen des täglichen Lebens, zur Teilhabe am Arbeitsleben und Leben in der Gemeinschaft.

Handlungsfelder von Leistungen der Arbeitsassistenz sind

- Hilfestellung/Unterstützung bei der Arbeitsausführung
- Inklusion auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt iSv Her-
stellung von Chancengleichheit (vgl. Art. 27 UN-BRK)

Gesetzliche Entwicklungen – SGB IX und Eingliederungshilfe reform

Aktuell werden politisch wie fachlich Überlegungen zu einer Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe im Rahmen des SGB IX diskutiert, mithin im Kontext des Rehabilitationsrechts und nicht als Bestandteil des Fürsorgerechts. Zentral hierbei ist der Aspekt personenzentrierter anstelle institutionell ausgerichteter Betrachtung der Eingliederungshilfe und der danach erbrachten Leistungen.

Hier besteht allerdings noch eine Vielzahl miteinander klärungsbedürftiger Einzelfragen. Der Klärungs- und Abstimmungsprozess mit den zahlreichen insoweit einzubindenden Organisationen und Interessensvertretungen läuft derzeit*, das entsprechende Gesetzesvorhaben zum BTHG (Bundesteilhabegesetz) soll nach politischem Willen in 2016 abgeschlossen sein.

* Kenntnisstand: Ende 2014

Korrespondenzadresse

Dr. Thomas Stähler
Justitiar / Projektleiter
Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e. V.
Solmsstraße 18
60486 Frankfurt am Main
E-Mail: thomas.staehler@bar-frankfurt.de

Ergebnisse der Phase-C-Rehabilitation im ambulanten Setting – Erfahrungen eines multidisziplinären RehaTeams mit 200 Patienten in 6 Jahren

Neurol Rehabil 2015; 21: 275–281

© Hippocampus Verlag 2015

P. Reuther, U. Bergemann

Zusammenfassung

Die Daten aus der Phase C-Versorgung eines ambulanten neurologischen Reha-Zentrums bestätigen, dass ambulante und mobil aufsuchende NeuroReha der Phase C möglich und im Hinblick auf die Aktivitäten des täglichen Lebens (FIM) wirksam ist. Die Hauptzielaufgaben betreffen dabei die Selbstständigkeit in den ATLS und in der häuslichen (oder ggfs. einrichtungsbezogenen) Lebensführung und die Suche nach Tagesstruktur und Beschäftigung für Schwerbetroffene. Die Daten zeigen, dass die ambulante Phase-C-Rehabilitation für viele Patienten zweifelsfrei relevanten Zusatznutzen nach der vorherigen stationären Reha, hier dargestellt in der Entwicklung der funktionalen Selbstständigkeitsindizes (FIM), bringt.

Die ambulante Phase-C-Rehabilitation (vor allem die mobile Form) kann durchaus in besonderen Fällen als primäre AHB, vor allem aber als sekundäre AR und IR angewandt werden. Die Domänen sind aber eher die durchgängige Versorgungsform im Sinne einer Anschluss- oder die iterative Form einer Intervall-Reha. Die Daten belegen, dass Phase-C-Reha im ambulanten Setting im häuslichen oder einrichtungsbezogenen Lebensumfeld und selbst bei Patienten im chronischen Verlauf wirksam ist und dabei Reha-Potential erschließen kann, das im stationären Setting nicht erreicht wurde. Phase-C-Reha ist auch und gerade bei pflegebedürftigen Patienten effektiv und kann durch die prozedurale Zusammenarbeit zwischen dem Reha-Team und den pflegenden Personen der aktivierenden Pflege dienen und den nachgehenden Hilfebedarf reduzieren. Nur bei wenigen Patienten mit instabiler medizinischer oder psychosozialer Situation ist Phase C-Rehabilitation im ambulanten Setting nicht durchführbar.

Ambulante Phase-C-Reha stellt nach schwerer und schwerster Hirnschädigung eine wichtige Leistung der nachgehenden Phase E in der postakuten und chronischen Phase nach dem Übergang (Translation) aus der Klinik in das Leben im Sozialraum dar.

Schlüsselwörter: Phase-C-Reha, ambulante Rehabilitation, Schwerbetroffene

Neurologische Therapie RheinAhr, Zentrum für Rehabilitation, Eingliederung und Nachsorge in Ahrweiler (heute NTRA, früher ANR)

Worum geht es?

Zwischen 45 und 60 Prozent (!) der Patienten der Phasen B und C werden – immer noch hilfe- und pflegeabhängig (!) – aus der Reha-Klinik in die ambulante Versorgung nach Hause oder in eine Pflegeeinrichtung entlassen [4, 9, 13]. Untersuchungen zum Langzeitverlauf zeigen, dass in Deutschland – aber auch in anderen europäischen Ländern – die klassische ambulante (Nach-)Versorgung durch Haus- und Fachärzte, durch Heilmittelerbringer und mit Hilfsmitteln, nicht in der Lage ist, die Alltagsfähigkeiten (gemessen in ATL-Indizes Barthel, FIM ...), die Mobilität und die Lebensqualität der Schwerbetroffenen in der Nachsorge im Verlauf von 1, 2,5 oder 5 Jahren zu verbessern [5, 8, 10, 14, 17, 18, 19, 21]. Für die ambulante Weiterbehandlung schwer- und schwerstbetroffener Phase-B- und C-Patienten im Lebensumfeld sind also nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation in Deutschland keine anerkannten und effektiven Konzepte verfügbar. In den bisherigen zwei Auflagen der *BAR Rahmenempfehlungen zur ambulanten neurologischen*

Rehabilitation (letzte Auflage 8. September 2005 [2]) gilt schwerergradige Betroffenheit (= Phase-C-Zustand) des Reha-Patienten dezidiert als Ausschlusskriterium für eine ambulante NeuroRehabilitation. Diese als untergesetzliche Norm interpretierte BAR-Empfehlung verhindert, dass geeignete Konzepte für eine primäre oder sekundäre ambulante Phase-C-Rehabilitation entwickelt wurden. Sie verhindert aber auch, dass schwerer Betroffene im Lebensumfeld und zum Erreichen von Teilhabe angemessen und bedarfsgerecht behandelt werden. Ambulante Strukturen und Prozesse für eine nachgehende Versorgung der Schwerbetroffenen sind bislang nicht oder allenfalls in Insellösungen und Modellprojekten verfügbar. Der vorliegende Beitrag berichtet die Ergebnisse der ambulanten Phase-C-Rehabilitation von über 200 Patienten durch eine Einrichtung, die sich – mit Zustimmung regionalen Kostenträger und des MDK [20] – dieser Aufgabe – der Phase-C-Rehabilitation im ambulanten Setting – widmen konnte und bei zunehmender Nachfrage weiter widmet.

Warum eine ambulante Phase-C-Versorgung?

Die Zahl der Menschen, die die akute, postakute und chronische Phase einer schweren Hirnschädigung oder neurologischen Erkrankung mit erheblichen Beeinträchtigungen und Behinderungen überleben, nimmt zu [12, 15, 16, 19]. Trotz der Entwicklung der medizinischen Akutversorgung und medizinischer Rehabilitation bleiben Schwer- und Schwerstbetroffene im zweiten Leben auf fremde Hilfe angewiesenen und stellen eine besondere Herausforderung für die Gesellschaft dar. Gerade wegen der Verbesserung der medizinischen Versorgung und wegen der demografischen Entwicklung werden die Probleme zunehmen. Um dieser Entwicklung zu begegnen und die bislang unzureichenden ambulanten Versorgungsmöglichkeiten zu verbessern, scheint es wichtig, die bisherigen Konzepte, Strukturen und Prozesse der Versorgung weiter zu entwickeln und dabei *die Reha-Bedarfe und das Reha-Potential Schwerbetroffener im konkreten Lebensumfeld nach der klinischen Behandlungsphase zu erkennen und durch geeignete Leistungen dann auch zu fördern*.

In diesem Zusammenhang erscheint die Entwicklung und regionale Verfügbarkeit von Konzepten für eine ambulante Phase-C-Rehabilitation zwingend erforderlich.

Zur Untermauerung der Forderung werden die Ergebnisdaten aus einer ambulanten neurologischen Reha-Einrichtung vorgestellt. Einer Einrichtung, die mit einem multidisziplinären Team in einem Mittelzentrum, mit eher kleinstädtischer und ländlich-flächiger Umgebung und in einem Einzugsgebiet von 200.000 Bewohnern angesiedelt ist. Die Einrichtung ist regional gut vernetzt und arbeitet mit Versorgungsverträgen (nach SGB V §43,2) einiger (nicht aller!) gesetzlicher Krankenkassen für die Reha-Phasen C, D und E. Die Einrichtung verfügt über verschiedene Konzeptmodule – u. a. auch für mobile neurologische Reha – und eine entsprechende modulare Vergütungsstruktur. Die Einrichtung verfolgt den Anspruch, Rehabilitation, nachgehende Eingliederung und Nachsorge nahe am Lebensumfeld zu bedienen.

Versorgungskette für Phase-C-Patienten bis ins Lebensumfeld?!

Zwei Hypothesen liegen der Versorgung Schwerbetroffener neurologischer Patienten zugrunde (und geben konstruktive Hinweise auf Anpassungsbedarf im Bereich der sozialrechtlichen Grundlagen und der Strukturen und Prozessen der ambulanten rehabilitativen Versorgung in der Neurologie)

■ *Die positive Hypothese lautet:*

Eine durchgängige, stationär-ambulante rehabilitative Versorgungskette mit einer ambulanten Fortsetzung, zumindest einer ambulanten Endstrecke nach der stationären Rehabilitation ist bei schwer-

betroffenen Phase-C-Patienten ambulant erfolgreich durchführbar und unter Ergebnisaspekten dringend notwendig.

- Erst eine nachgehende ambulante Anschlussrehabilitation (AR) oder eine relativ kurzfristig durchgeführte ambulante Intervallrehabilitation können für die Betroffenen die Grundlagen für die basale Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (Umsetzung/ Transition in das Leben), die autonome Alltagskompetenz (ATLs) im Lebensalltag und konkret in vielen Fällen auch den Phasenwechsel von Phase C nach D (als Maß für die Autonomie) erfolgreich (und wirtschaftlich) erarbeiten.
- *Die negative Hypothese lautet:*
Die Ausschlusskriterien der BAR-Frankfurt 2005 zur ambulanten neurologischen Rehabilitation beinhalten in ihrer derzeitigen Fassung Hemmnisse für eine effektive, teilhabeorientierte Rehabilitation und langfristige nachgehende Versorgung Schwer- und Schwerstbetroffener (Ausschlusskriterien).

Ambulante Phase-C-Rehabilitation im NTRA Ahrweiler

Im neurologischen Rehabilitationszentrum in Ahrweiler (www.neuro-therapie.de) werden seit 15 Jahren Phase-C-Patienten erfolgreich ambulant behandelt. Dies geschieht, weil die Gesellschafter des Reha-Zentrums der Unterversorgung von Neuro-Patienten im Umfeld ihrer regionalen Facharzt- und Heilmittelpraxen begegnen wollten. Ärzte und Therapeuten, die mit den Möglichkeiten, aber auch Grenzen ambulanter, niedergelassener Patientenversorgung vertraut waren, wollten dabei die Diskrepanzen

- zwischen den wachsenden Erkenntnissen aus der Wissenschaft, der neuroplastischen Restauration, auch bei Schwerbetroffenen,
- der ambulanten Heilmittelerbringung nach Richtlinien und unter Budget sowie
- dem Defizit an Nachhaltigkeit und Teilhabeorientierung der klassischen Reha begegnen.

Das daraus abgeleitete eigenständige Konzept zur Durchführung von Phase-C-Rehabilitation im ambulanten Setting wurde durch den MDK-Rheinland-Pfalz (2002) im Auftrag der AOK Rheinland-Pfalz schon 2002 geprüft und positiv bestätigt [20]. Auch später wurde bei Prüfung und Bewertung des Konzeptes zur mobilen neurologischen Rehabilitation (2010) durch die gemeinsame Prüfkommision der Kostenträger in RLP festgestellt, »dass es für Schwerbetroffene in der Neurologie durchaus Rehabilitationsaufgaben gibt, die nur oder ganz überwiegend im konkreten Lebensumfeld bearbeitet werden müssen«. Ziele der ambulanten Phase-C-Reha sind neben der weiteren Arbeit an Funktionen regelhaft das Erarbeiten von Teilhabe an einem selbstständigen Leben, mit bestmöglicher

Mobilität, Kommunikation und kognitiv-mentalen und affektiv-psychozialen Skills. Dabei soll das Hilfenetz angeleitet und stabilisiert und der externe Hilfebedarf möglichst reduziert werden.

Eine Phase-C-Maßnahme im ambulanten Setting muss im NTRA – wie jede andere Reha oder AHB auch – beantragt werden; in der Regel ist die gesetzliche oder private Krankenversicherung der zuständige Reha-Träger (gelegentlich die DGUV).

Das Angebot der ambulanten (auch der mobil-aufsuchend erbrachten) Phase-C-Rehabilitation steht in Ahrweiler routinemäßig zur Verfügung. Die Phase-C-Arbeit wird vom gleichen multidisziplinären Rehabilitationsteam unter fachärztlicher Gesamtverantwortung erbracht, wie die Leistungen der Phasen D und E. Tendenziell ist bei den Phase C Patienten viel transdisziplinäre Arbeit und oft auch Co-Therapie mit zwei Therapeuten notwendig. Für die mobil-aufsuchende Form der Reha im Lebensraum sind einige der Teammitglieder speziell geschult. Die Phase-C-Komplexleistungen werden bedarfsabhängig, mehr in Einzel- als in Gruppentherapie erbracht als dies bei der Phase-D-Reha üblich ist.

Die Phaseneinteilung (und Vergütung) der Patienten orientiert sich dabei an den bekannten FIM-, an Barthel oder SINGER-Kriterien.

Die Nachfrage nach ambulanter Phase-C-Rehabilitation steigt in Ahrweiler kontinuierlich, vor allem auch für jüngere Patienten aus einem regional sich ausdehnenden Einzugsgebiet. Seit Herbst 2013 werden im NTRA mehr als die Hälfte (!) der therapeutischen Ressourcen für ambulante und mobil-ambulante Leistungen der Phase C erbracht.

Die Zuweisung zur ambulanten Phase-C-Rehabilitation erfolgt (leider) nur in geringem Umfang durch vorbehandelnde (Reha-)Kliniken, immer wieder durch das Versorgungsmanagement der Kostenträger, erfreulich oft aber auch durch Hausärzte, weniger oft durch Fachärzte. Zunehmend kommt der Zugang zur nachgehenden Komplextherapie auf Empfehlung aus dem patientenbezogenen Bekanntenkreis zustande.

Die ursprünglich geplanten Ansätze zum Aufbau von systematischen stationär-ambulanten rehabilitativen Versorgungsprozessen haben sich nicht nachhaltig etablieren lassen. Sektorale Kommunikationshemmnisse, mangelnde Überleitungskultur zwischen den Sektoren sind denkbare Ursachen. Auch die allgemeine Beschleunigung von Reha-Prozessen, Fallpauschalen-Regelungen und offen oder verdeckt kommunizierte fallabschließende Versorgung in einem Sektor mögen hier bedeutsam sein. Unterschiedliche Sichtweisen auf die Umsetzung des bio-psycho-sozialen Krankheitsfolgen-Modells der ICF (Funktion, Aktivität und Teilhabe, Kontext), auf die Anforderungen des Reha-Rechtes (SGB IX) und die UN-Behindertenrechtskonvention in den Reha-Phasen und im stationären und ambulanten Setting sind ebenfalls denkbar [12, 15, 16, 19]

Die australischen Autoren Hoyle M et al (2012) haben diesbezüglich bemerkenswerte Gedanken reflektiert als sie sich fragten, ob »wir unter Teilhabeaspekten die Rehabilitation mit den Komponenten und Wechselbeziehungen der ICF richtig verstehen«.

Eine Fallvignette

Phase-C-Rehabilitation im ambulanten Setting einer 77-jährigen Schlaganfall-Patientin

Frau L. A. lebt mit Ehemann in einem geräumigen, barrierearmen Haus im Ruhestand nach landwirtschaftlicher Lebenstätigkeit. Frau A. ist bis zum Schlaganfall rüstig, aktiv und zupackend. Sie hat keine Kinder aber tragende Sozialkontakte durch eine Nichte und deren Familie:

Im *Oktober 2011* kardioembolischer Schlaganfall rechte MCA-Region, NIHSS 15 und modifizierter Rankin Index 4 bei Aufnahme in der StrokeUnit, nach der Akutbehandlung 6-wöchige geriatrische AHB und Rehabilitation von Ende Oktober bis Mitte Dezember 2011, Entlassung in häusliche Pflege mit erheblichem Residualsyndrom (brachiofazialbetonte Hemiparese links plus Neglect plus Dysphagie plus Schulter Syndrom, komorbide Gonarthrose im paretischen Bein) → ATL Score bei Entlassung aus der Rehaklinik FIM 65. Pflegestufe 2. Nachsorgend ambulante Heilmittelversorgung im Hausbesuch 2 x KG und 2 x ET pro Woche, keine LO.

Ende Februar 2012 Vorstellung im ambulanten neurologischen Therapiezentrum durch den niedergelassenen Neurologen mit der Frage nach einer kurzfristigen Intervall-Rehabilitation.

Beantragung einer erneuten Reha mit Muster 60/61 unter Verweis auf weiteres Reha-Potential zur Verbesserung der Mobilität und zur Verbesserung der ATL Autonomie, zur Reduktion des Fremdhilfebedarfes mit dem operationalen Ziel des Phasenwechsels von C nach D → Bewilligung durch die GKV nach MDK Beurteilung.

04. April bis 07. Juli 2012 erneute neurologische Komplexbehandlung Phase C im ambulanten Setting mit Einbezug des unterstützenden Ehemannes und der Nichte: 40 Therapietage über einem Zeitraum von 90 Tagen im C-Modul: Physiotherapie, Medizinische Laufbandtherapie, Ergotherapie, Neuropsychologische Behandlung und Dysphagiebehandlung im multidisziplinären Team mit besonderem Augenmerk auf die Neglect-Therapie und Anleitung zu Eigentaining.

Verlauf und Ergebnis der ambulanten Reha-Maßnahme der Phase C:

FIM-Entwicklung vom 05.04. bei Aufnahme 71, nach 3 Wochen 75, nach weiteren knapp 3 Wochen 83 und bei Entlassung nach insgesamt 9 Wochen 92 von 126 Scorepunkten = Phasenwechsel von C nach D erreicht. Bei Abschluss dieser Phase der ambulanten Phase C Reha ist die Patientin ausdauernd sitzfähig und in Haus und auf Terrasse eigenständig rollstuhlmobil, Rollatormobilität ist mit Foot-up-Orthese und familiärer Begleitperson über 10m möglich, Transfers gelingen mit Supervision in die Dusche und in den PKW. Die Paresis ist weiterhin mittelgradig vorhanden und es bestehen noch Aufmerksamkeits- und Wahrnehmungseinbrüche. Das Schlucken und die Nahrungsaufnahme haben sich verbessert. Der Pflege- und Hilfebedarf hat sich auf Pflegestufe 1 reduzieren lassen.

Planmäßige Überleitung in ambulante Heilmittelversorgung mit konkreten Empfehlungen und Abstimmung zwischen den vor- und nachgehenden Therapeuten (telefonisch). Vorschlag einer 2. Intervallrehabilitation nach 6 Monaten, sofern es der Patientin gelingen sollte, den erreichten Zustand zu halten und zu verbessern.

Im *Dezember 2012* erneute neurorehabilitative Katamneseuntersuchung der 78-Jährigen und Beantragung der geplanten 2. Intervallrehabilitation mit dem umschriebenen Ziel, die Gangfähigkeit weiter auszubauen und eine alltagstaugliche Gangausdauer und Ganggeschwindigkeit zu erarbeiten:

Bewilligt werden 18 Therapietage, diesmal im D-Modul und vom 16.01. bis 24.02.2013 mit multimodaler und forciertem Gangtraining mit Handstock, Behandlung der Vernachlässigungsprobleme und flankierendes weiteres ATL- und Haushaltstraining. Planmäßige Entlassung in einem für die Patientin zufriedenstellenden Aktivitäts- und Teilhabezustand mit einer Gehstrecke mit Handstock von über 250 m in 10 min, mit einer Ganggeschwindigkeit von 1,2 im Maximum 1,6 m/sec. Der Berg-Balance-Score als Maß der Sturzgefährdung liegt bei 45 von 56 Scorepunkte.

Katamnese *Anfang 2014*: Die jetzt 79-jährige hat ihren Zustand und ihre Mobilität erhalten können. Keine Sturzkomplikation. Weiterhin 1–2 x sensomotorische Ergotherapie pro Woche und regelmäßiges eigenständiges Gehen mit Handstock. Pflegestufe 1 und mithelfend in der praktischen Haushaltsführung.

Die Ergebnisse der ambulanten Phase-C-Reha im NTRA in der Sechsjahresperiode 2008 bis 2013

In der Zeit von 2008 bis 2013 wurden im NTRA Ahrweiler 191 Phase-C-Patienten im Konzept der ambulanten Neuro-Rehabilitation und weitere 31 Phase-C-Patienten überwiegend in der Sonderform der mobil-aufsuchenden Neuro-Rehabilitation behandelt. Weiteren 15 Phase-C-Patienten wurden einer ambulanten Assessment-Phase unterzogen und nachgehend entweder ambulant mit einem definierten Heilmittelkonzept oder erneut stationär oder nicht weiter behandelt.

Die 191 Patienten der ersten Gruppe verteilen sich 122-mal auf Folgen eines Schlaganfalles (mRankin meist 4 und 5). 17 Patienten litten an den Folgen eines Schädelhirntraumas und 6 an den Folgen einer zerebralen Hypoxie. 16 Patienten litten an fortgeschrittenen Parkinsonsyndromen (Hoehn und Yahr 4 und 5) und 4 an Multipler Sklerose im EDSS-Stadium 5 bis 7. Die übrigen 28 Patienten verteilten sich auf andere neurologische Krankheitsbilder. Der durchschnittliche FIM-Wert der Patientengruppe lag zu Beginn der ambulanten Reha bei 67,7 (von 126) FIM-Scorepunkten mit einer Standardabweichung (SD) von 15,3; geringster FIM-Wert 29, höchster Wert bei Beginn 88 (Tab. 1).

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Verteilung der ambulanten Reha-Maßnahmen in den Perioden 2008 bis 2011 und 2012 bis 2013.

Tabelle 2 beschreibt die Phase-C-Patienten hinsichtlich Alter, durchschnittlicher Therapieleistung und Therapiezeitraum zugeordnet zur Häufigkeit des Phasenwechsels von C nach D in der ambulanten Reha-Phase.

Tabelle 3 beschreibt den Lebensort der Phase-C-Patienten bei Ende der ambulanten Rehabilitationsphase.

Tabelle 4 beschreibt die Ergebnisse 2008 bis 2013 der ambulanten Phase-C-Rehabilitation im NTRA bei Patienten der Indexdiagnose Schlaganfall. Es wird die durchschnittliche Entwicklung des FIM-Index in der ambulanten Reha-Phase beschrieben. Dabei wird zwischen Effekten in der AHB-Phase, der AR-Phase und der IR-Phase differenziert und die Effekte werden gewichtet (Zuwachs an FIM-Scorepunkten und Erreichen des Phasenwechsels).

Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Daten aus der Phase-C-Versorgung eines ambulanten neurologischen Reha-Zentrums bestätigen, dass ambulante und mobil aufsuchende NeuroReha der Phase C möglich und im Hinblick auf die Aktivitäten des täglichen Lebens (FIM) wirksam ist.

Die Hauptzielaufgaben betreffen dabei, die Selbstständigkeit in den ATLS und in der häuslichen (oder ggfs. einrichtungsbezogenen) Lebensführung und die Suche nach Tagesstruktur und Beschäftigung für Schwerbetroffene.

Die Daten zeigen, dass die ambulante Phase-C-Rehabilitation für viele Patienten zweifelsfrei relevanten Zusatznutzen nach der vorherigen stationären Reha, hier dargestellt in der Entwicklung der funktionalen Selbstständigkeitsindizes (FIM), bringt.

Die ambulante Phase-C-Rehabilitation (vor allem die mobile Form) kann durchaus in besonderen Fällen als primäre AHB, vor allem aber als sekundäre AR

Tab. 1: Übersicht über die Anzahl der Phase-C-Maßnahmen

	Gesamtzahl aller im Zeitraum ambulant durchgeführter Reha-Maßnahmen Phase C, D und E	davon Anzahl der Phase-C-Reha (durchgeführt und planmäßig beendet)	zusätzlich Anzahl der Phase-C-Reha ganz oder teilweise im mobil-aufsuchenden Setting	zusätzlich kurze Phase-C-Reha mit weniger als 8 Therapietagen (= nur Assessmentphase)
2008 bis 2011	521	121	3	6
2012 bis 2013	321	70	28	9
6 Jahres-Zeitraum	861	191 = 22% aller ambulanten Reha-Maßnahmen	31	15

Tab. 2: Details der ambulanten Phase-C-Reha-Maßnahmen (ohne mobil-aufsuchende Form)

Zeitraum	Anzahl ambulante Phase-C-Reha durchgeführt und regulär beendet	Alter der Patienten: Durchschnitt min – max	Anzahl der Therapietage der ambulanten Phase-C-Reha	Zeitraum der Phase-C-Reha-Maßnahme in Tagen	Phasenwechsel von C nach D erreicht während der ambulanten Reha**)
2008 bis 2011	121	66,2 Jahre*) min 22 J max 89 J	38,0 TTE SD 22,0 min 22 max 130	89,5 Tage SD 54,3 min 15 Tage max 281 Tage	30 von 121 Patienten = 24,8%
2011 und 2012	70	64,9 Jahre*) min 14 J max 89 J	34,1 TTE SD 19,4 min 15 TTE max 130 TTE	85,2 Tage SD 46,1 min 15 Tage max 250 Tage	26 von 70 Patienten = 37,2%

*) Durchschnittsalter

aller 541 Patienten in 2008 bis 2011 66,9 Jahre, min 14 max 91 Jahre

aller 342 Patienten in 2012 und 2013 66,7 Jahre, min 17 max 90 Jahre

***) Phasenwechsel C nach D erfolgt nach den Kriterien FIM 90, SINGER 73, Barthel 70

Tab. 3: Lebensort bei Ende der ambulanten Phase-C-Reha-Maßnahme

	zu Hause		in Einrichtung	
2008 bis 2011	111/121	92 %	10/121	8 %
2003 und 2013	63/70	90 %	7/70	10 %

2 Patienten Rückkehr in ersten Arbeitsmarkt,
7 Patienten in Berufsbildungsstufe der WfbM,
2 Patienten Rückkehr in Schule und Ausbildung

und IR angewandt werden. Die Domänen sind aber eher die durchgängige Versorgungsform im Sinne einer Anschluss- oder die iterative Form einer Intervall-Reha.

Die Daten belegen, dass Phase-C-Reha im ambulanten Setting im häuslichen oder einrichtungsbezogenen Lebensumfeld und selbst bei Patienten im chronischen Verlauf wirksam ist und dabei Reha-Potential erschließen kann, das im stationären Setting nicht erreicht wurde.

Phase-C-Reha ist auch und gerade bei pflegebedürftigen Patienten effektiv und kann durch die prozedurale Zusammenarbeit zwischen dem Reha-Team und den pflegenden Personen der aktivierenden Pflege dienen und den nachgehenden Hilfebedarf reduzieren.

Nur bei wenigen Patienten mit instabiler medizinischer oder psychosozialer Situation ist Phase-C-Rehabilitation im ambulanten Setting nicht durchführbar.

Ambulante Phase-C-Reha stellt nach schwerer und schwerster Hirnschädigung eine wichtige Leistung der nachgehenden Phase E in der postakuten und chronischen Phase nach dem Übergang (Translation) aus der Klinik in das Leben im Sozialraum dar.

Diskussion

Unter Berücksichtigung der Erfahrung, dass viele schwer- und schwerstbetroffene Patienten in der ambulanten, durch niedergelassene Hausärzte, Fachärzte und Heilmittelerbringer geprägten Nachsorgephase nach erworbener Hirnschädigung und neurologisch-bedingter Beeinträchtigung im ambulanten Langzeitverlauf kaum mehr ATL-wirksame Fortschritte erzielen [5, 8, 10, 14, 17, 18, 19, 21] sind die vorgelegten Ergebnisse bemerkenswert.

Mit einer multiprofessionellen Komplextherapie durch ein ambulantes ggfs. mobil aufsuchendes Reha-Team lassen sich weitere alltagsrelevante Fortschritte erarbeiten und das Ergebnis der vorherigen stationären medizinische Rehabilitation nicht nur halten, sondern weiter verbessern.

Der übergeordnete sozialgesetzliche Auftrag an Rehabilitation, eine selbstbestimmte Lebensführung des behinderten (oder von Behinderung bedrohten) Menschen zu fördern und die Behinderung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, am Leben in der Gemeinschaft und in Arbeit zu bessern, zu vermindern und drohende

Tab. 4: Ambulante Phase -C-Reha bei der Indexdiagnose Schlaganfall**

Art der Ambulanten Phase-C-Reha	Primäre Anschlussheilbehandlung (AHB) nach Krankenhaus akut	Anschluss-Rehabilitation (AR) nach vorheriger medizinischer Reha im stationären Setting postakut	Intervall- Rehabilitation (IR) 6 Monate und länger nach frühere RehaMaßnahme chronisch
Patientenzahl	12	38	30
FIM zu Beginn (Durchschnitt)	69,8 min 33 max 42	68,2 min 45 max 89	68,6 min 29 max 90
Delta-FIM (Scorepunktzuwachs)	Plus 18,3 min 3 max 42	Plus 21,1 min 7 max 40	Plus 18,4 min 9 max 42
FIM-Zuwachs unter 10 10 bis 20 über 20 Scorepunkte	3 von 12 5 von 12 4 von 12	1 von 38 11 von 38 21 von 38	3 von 30 7 von 30 20 von 30
Phasenwechsel C nach D erreicht	6 von 12 (50 %)	20 von 38 (53 %)	9 von 30 (30%)
Anzahl der Therapietage Durchschnitt)	30,16 TTE	42,21 TTE	30,73 TTE
Zeitraum der ambulanten Reha-Maßnahme (Durchschnitt)	63, 4 Tage ca 2 Monate	97,6 Tage mehr als 3 Monate	72,9 Tage ca 2,5 Monate

***) Nur bei 80 von 122 Schlaganfall-Patienten der Phase-C war ein vollständiger FIM-Datensatz von Beginn und Abschluss verfügbar (65 %)

Behinderungen zu vermeiden, kann durch ein ambulantes Setting für die Versorgung von Phase-C-Patienten in vielen Fällen erfolgreich bedient werden.

Die hier vorgestellten Ergebnisse legen nahe

- (1) den Auftrag an die ambulante Neurorehabilitation in den Rahmenempfehlungen zur ambulanten neurologischen Rehabilitation der BAR Frankfurt zu überdenken und weiterzuentwickeln und
- (2) Konzepte der ambulanten, auch mobil aufsuchenden Phase-C-Rehabilitation nicht nur zuzulassen, sondern gezielt zu entwickeln und regional anzuwenden.

Die Weiterentwicklung (Korrektur) der Struktur- und Prozessanforderungen und der Ausschlusskriterien der Rahmenempfehlungen zur ambulanten neurologischen Rehabilitation der BAR wird eine wichtige Quelle von Fehl- und Unterversorgung beheben.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. habil Paul Reuther
Neurologische Therapie RheinAhr (NTRA)
Zentrum für Rehabilitation, Eingliederung und Nachsorge
Schülzchenstr. 10
53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
reuther@neuro-therapie.de

ANHANG

Die bisherigen Ausschlusskriterien in den BAR-Rahmenempfehlungen zur ambulanten neurologischen Rehabilitation [2]:

I. Allgemeiner Teil (Seite 21)

8. Ausschlusskriterien

Bei der ambulanten Rehabilitation im Sinne eines komplexen Therapieprogramms sind eine Reihe allgemeiner Ausschlusskriterien zu berücksichtigen.

Gegen eine ambulante Rehabilitation sprechen folgende Kriterien:

- eine kurative Behandlung einschließlich Heil- und Hilfsmittelversorgung reicht aus
- eine stationäre Behandlung in einer Rehabilitationsklinik ist notwendig wegen
 - der Art oder des Ausmaßes der Schädigungen oder Beeinträchtigungen der Aktivitäten, die durch ambulante Rehabilitation nicht ausreichend behandelt werden können
 - stark ausgeprägter Multimorbidität, die unterschiedliche Indikationen betrifft und durch ambulante Rehabilitation nicht ausreichend behandelt werden kann
 - mangelnder psychischer Belastbarkeit
 - der Notwendigkeit pflegerischer Betreuung und ständiger ärztlicher Überwachung
 - der Notwendigkeit einer zeitweisen Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld.

Darüber hinaus sind ggf. indikationsspezifische Ausschlusskriterien zu beachten.

II Besonderer Teil (Seite 45)

Ausschlusskriterien für die ambulante neurologische Rehabilitation sind

die allgemeinen Ausschlusskriterien (siehe oben)

- der Rehabilitand ist noch der Phase C nach den Empfehlungen zur neurologischen Rehabilitation der BAR zuzuordnen
- ein Barthel-Index < 80
- Inkontinenz kann ein Ausschlusskriterium sein, wenn die Selbstversorgung in diesem Bereich nicht gegeben ist und dadurch ein erhöhter Pflegebedarf besteht (...)

Diese Ausschlusskriterien für die Durchführung ambulanter neurologischer Rehabilitations- und Teilhabeleistungen sind ein Relikt aus den Anfängen der ambulanten NeuroRehabilitation Ende der Neunzigerjahre des vorherigen Jahrhunderts. Damals meinte man offenbar, dass nur vermeintlich leichter Betroffene der Phase D ambulant behandelt werden könnten, Schwerbetroffene

gehörten in die Rehaklinik. Mittlerweile wird immer klarer, dass die Rehabilitation im stationären Setting die individuellen Aktivierungs- und Teilhabeziele vor allem die Ziele des konkreten Alltags- und Berufslebens, die Teilhabe an gemeinschaftlichem und beruflichem Leben nur unzureichend erarbeiten kann [12, 16, 19].

Außerdem ist mittlerweile deutlich geworden, dass man rehabilitative Maßnahmen in das konkrete Lebensumfeld des Betroffenen hineinbringen muss, um dort wo es notwendig ist, ein konkretes Umsetzen der Reha-Erfolge (Translation) und nachhaltige Effekte der Reha zu erzielen (BAR, DVfR).

Die oft als untergesetzliche Normen interpretierten Ausschlusskriterien der Rahmenempfehlungen haben dazu geführt, dass die Strukturen, Prozesse und Konzepte für eine Phase-C-Rehabilitation im ambulanten Setting nicht entwickelt sind und allenfalls ausnahmsweise zur Anwendung kommen.

Die sozialmedizinischen Beurteilung von Anträgen zur Anschlussheilbehandlung (AHB) und vor allem zu einer Anschlussrehabilitation (AR) und Intervall-Rehabilitationen (IR) nach vorheriger Rehabilitation durch den MDK der Reha-Träger führt oft – fast regelhaft – zu der Feststellung, dass »der Phase-C-Zustand eine Kontraindikation für die ambulante Neuro-Reha« sei. Die Kostenträger neigen dann dazu, solche ambulanten, an sich besonders erfolversprechenden Komplexmaßnahmen gerade bei Schwerbetroffenen Phase-C-Patienten abzulehnen.

Der dargestellte Sachverhalt deutet auf einen gravierenden Systemfehler hin, der den spezifischen Reha-Bedarf, das Reha-Potential und die Reha-Prognose missachtet, die sich bei Entlassung aus der stationären neurologischen Reha noch Schwerbetroffenen gerade im regionalen Lebensumfeld noch ergibt.

Die Eingangs – und Ausgangskriterien (Patienten-Charakteristika) der Phase C (BAR-Empfehlungen zur Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C, Frankfurt 1995)

Die Aufgaben für eine Phase-C-Reha liegen zwischen den Eingangs- und Ausgangskriterien für die Phase C (siehe Kasten), also zwischen den individuellen ATL-Fähigkeiten mit den Barthel-Werten von 35–65 (von 100) oder den FIM-Werten von 50–90 (von 126). Dies dürfte eigentlich allen »im System stehenden Professionen«, auch den Sozialverwaltungen vertraut sein. Dennoch wird meist übersehen oder negiert, dass im Umweltkontext, im häusliche Wohnungs- und Familienumfeld oder bei einer vorübergehend oder dauerhaft notwendigen Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung, ganz neue Herausforderungen auf den Patienten warten. Diese erfordern neben weiteren rehabilitativen Funktionstherapien oft konkrete Kompensations- und Anpassungsarbeit für den Betroffenen und Information, Edukation

Kasten 1 3.2.1 Patienten-Charakteristika (Eingangskriterien)*)	3.2.6 Ausgangskriterien (Patienten-Charakteristiken) der Phase C**)
<ul style="list-style-type: none"> – Patient ist überwiegend bewusstseinsklar, kommt einfachen Aufforderungen nach, seine Handlungsfähigkeit reicht aus, um an mehreren Therapiemaßnahmen täglich von je etwa 30 Minuten Dauer aktiv mitzuarbeiten – Patient ist kommunikations- und interaktionsfähig (ggf. unter Verwendung von Hilfsmitteln) – Patient ist teilmobilität (z. B. längere Zeit kontinuierlich zwei bis vier Stunden im Rollstuhl verbringend) – für alltägliche Verrichtungen weitgehend auf pflegerische Hilfe angewiesen – bedarf keiner intensivmedizinischen Überwachung/Therapie, da praktisch keine Gefahr für lebensbedrohliche Komplikationen mehr besteht (vital-vegetative Stabilität) – nicht mehr beatmungspflichtig – bestehende Begleiterkrankungen dürfen eine Mobilisierung nicht verhindern – keine konkrete Selbst- und Fremdgefährdung (z. B. durch Weglauftendenz, aggressive Durchbrüche) und – keine schweren Störungen des Sozialverhaltens. Kleingruppenfähigkeit (drei bis fünf Patienten) muss vorliegen und darf nicht durch schwere Verhaltensstörungen gefährdet werden. Diese sollten nicht nur kurzfristig beeinflussbar sein. 	<ul style="list-style-type: none"> – Selbstständigkeit bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL), insbesondere im Bereich der Selbstversorgung, wie Waschen, Anziehen, Toilettenbenutzung, Essen und Mobilität – spezielle Pflege-Aufgaben noch erforderlich – alltags- und berufsrelevante mentale Störungen (insbesondere kognitive Defizite) stehen oft im Vordergrund – durchgängige Kooperationsfähigkeit und -bereitschaft, Handlungs- und Lernfähigkeit
*) Die Eingangskriterien der Phase C stellen gleichzeitig die Ausgangskriterien der Phase B dar.	**) Die Ausgangskriterien der Phase C stellen gleichzeitig die Eingangskriterien der Phase D dar.

und Training für die oft überforderten und unvorbereiteten Bezugspersonen.

Beim Wechsel aus dem Schutzraum Krankenhaus oder Reha-Klinik in die neue Lebenswirklichkeit ergeben

sich gerade in diesen Zielbereichen viele neue Rehabilitations- und Integrationsaufgaben.

Literatur

1. BAR Frankfurt 1999. Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C: http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/publikationen/publikationen/downloads/Rahmenempfehlung_neurologische_Reha_Phasen_B_und_C.pdf (Zugriff 10.02.2015)
2. BAR Frankfurt 2005. Rahmenempfehlungen zur ambulanten neurologischen Rehabilitation: http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/downloads/Rahmenempfehlung_neurologische_Rehabilitation.pdf (Zugriff 10.02.2015)
3. BAR Frankfurt 2013. Phase E der neurologischen Rehabilitation Empfehlungen 2013: <http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/Startseite/BAREmpfPhaseE7.1.web.pdf> (Zugriff 10.02.2015).
4. Blumenröther C. Einflussfaktoren auf den Rehabilitationserfolg beim ischämischen Schlaganfall in der neurologischen Rehabilitationsphase C. Inauguraldissertation, Universität Mainz 2011.
5. De Wit K, Putman K, Devos H et al. Long-term prediction of functional outcome after stroke using single items of the Barthel-Index at discharge from rehabilitation center: *Disabil Rehabil* 2014; 36(5): 353-358.
6. DVfR Heidelberg 2013. Phase E der Neuro-Rehabilitation als Brücke zur Inklusion. Stellungnahme der DVfR zur Neuorientierung der postakuten Rehabilitation und Nachsorge bei Erwachsenen mit erworbenen Hirnschädigungen: http://www.dvfr.de/fileadmin/download/Stellungnahmen/Neuro-Reha_Phase_E_Stellungnahme_DVfR.pdf (Zugriff am 10.02.2015).
7. DVfR Heidelberg 2014. Phase E der Neuro-Rehabilitation als Brücke zur Inklusion – Positionen von Experten aus der DVfR zur Postakuten Rehabilitation und Nachsorge für Erwachsene mit erworbenen Hirnschädigungen. <http://www.dvfr.de/startseite/single-news-aus-den-spt/phase-e-der-neuro-rehabilitation-als-bruecke-zur-inklusion-positionen-von-experten-aus-der-dvfr/> (Zugriff 10.02.2015).
8. Graf J, Schupp W, De Wit L, Putman K (für die CERISE-Studiengruppe). Gemeinschaftliche Evaluation der Schlaganfallrehabilitation innerhalb von Europa – Klinische Aspekte: *Neurol Rehabil* 2009; 15(5): 275-289.
9. GS Qualitätssicherung Hessen 2011. Statistische Auswertung der Schlaganfallversorgung – Neurologische Rehabilitation – Hessen gesamt (Seite 8/17) http://www.gqhnet.de/auswertungen-strukturierter-dialog/auswertungen/jahresauswertungen-2011/2011_sa_reha_gesamt (Zugriff 10.02.2015)
10. Hoefß U, Schupp W, Schmidt R, Gräßel E. Versorgung von Schlaganfallpatienten mit ambulanten Heil- und Hilfsmitteln im Langzeitverlauf nach stationärer neurologischer Rehabilitation: *Phys Med Rehab Kuror* 2008; 18: 115-121.
11. Hoyle M, Gustafsson L, Meredith P, Ownsworth T. Participation after Stroke: Do We Understand All the Components and Relationships As Categorized in the ICF? *Brain Impairment* 2012; 13, Spezial Issue 01: 4-15.
12. Masur H, Fries W, Hömberg V, Reuther P. Perspektiven: Neurorehabilitation und restaurative Neurologie. *Akt Neurol* 2007; 34(10): 577-581.
13. MDK Rheinland-Pfalz 2011. TK EVA-Reha® Jahresbericht 2010–2011 (Kap 5,6 ff) http://www.dvfr.de/downloads/pdf/tk_eva_reha_stationaere_neurologische_rehabilitation_jahresbericht_2010_2011.pdf (Zugriff 10.02.2015).
14. Nolte CH, Jungehülsing GJ, Rossnagel K, Roll S, Willich SN, Villringer A. Schlaganfallnachsorge wird von Hausärzten erbracht. *Nervenheilkunde* 2009; 28: 135-137.
15. Reuther P, Hendrich A, Kringler W, Vespo E. Die neurologische Rehabilitationsphase E: Nachgehende Leistungen zur sozialen (Re-) Integration und Teilhabe – ein Kontinuum? *Rehabilitation* 2012; 51: 424-430.
16. Reuther P, Wallesch CW. Teilhabesicherung nach Schlaganfall Gesundheitswesen 2015 (in press).
17. Rickels E, von Wild K, Wenzlaff P. Schädel-Hirn-Verletzung – Epidemiologie und Versorgung: Ergebnisse einer Prospektiven Studie. München: Zuckschwerdt 2006.
18. Schneider K, Heise M, Heuschmann P, Berger K. Lebens- und Versorgungssituation von Schlaganfallpatienten: 3-Monats-Follow-up des Qualitätssicherungsprojektes Nordwestdeutschland. *Nervenheilkunde* 2009; 28: 114-118.
19. Schupp W. (Anschluss)Rehabilitation und Langzeitbetreuung von Schlaganfallpatienten. Wiederherstellung und Erhalt von Funktionen, Aktivitäten und Teilhabe. *Die Rehabilitation* 2014; 53: 408-421.
20. Stellungnahme des MDK Rheinland-Pfalz zur Durchführung von Phase C-Rehabilitation im ambulanten Setting: Schreiben an die Direktion der AOK-Rheinland-Pfalz 2002.
21. Unrath M, Kalic M, Berger K. Wer erhält eine Rehabilitation nach ischämischem Schlaganfall? Daten aus dem Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland. *Dtsch Arztebl Int* 2013; 110(7): 101-107.

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in der Phase E der Neurologischen Rehabilitation

Neurol Rehabil 2015; 21(4): 282–284
© Hippocampus Verlag 2015

M. Moldenhauer

GKV Spitzenverband, Berlin

Empfehlungen zur Phase E der neurologischen Rehabilitation

Die Empfehlungen zur Phase E der neurologischen Rehabilitation sind von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation im Dezember 2013 verabschiedet worden.

Die Empfehlungen sind entstanden, weil zwischen allen beteiligten Rehabilitationsträgern ein Grundkonsens bestand, dass bei vielen Menschen, die infolge eines Unfalles mit Schädel-Hirn-Verletzungen oder infolge von Erkrankungen trotz aller rehabilitativen Bemühungen in den Phasen C und D der neurologischen Rehabilitation Schädigungen verbleiben, die weiterhin medizinische Behandlungen sowie Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, an Erziehung und Bildung sowie am Leben in der Gemeinschaft der zuständigen Sozialleistungsträger erfordern.

Die Phase E der neurologischen Rehabilitation ist definiert als Behandlungs- und Rehabilitationsphase »nach Abschluss« einer medizinischen Rehabilitation, in der Leistungen zur Sicherung des Erfolges der medizinisch-therapeutischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bzw. zur Teilhabe an Erziehung und Bildung sowie am Leben in der Gemeinschaft erforderlich werden.

Nach der leistungsrechtlichen Zuordnung fallen die Leistungen der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Krankenversicherung in den Phasen C und D der neurologischen Rehabilitation an. In der dieser nachgehenden Phase E unterstützen die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung die rehabilitativen Zielsetzungen. Im Folgenden soll dargelegt werden, welche leistungsrechtlichen Möglichkeiten die Krankenversicherung hat, die Betroffenen zu unterstützen, damit diese ihre Teilhabeziele erreichen können.

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in der Phase E

Menschen mit neurologischen Erkrankungen in der Phase weisen sehr heterogene Krankheitsbilder auf, von sehr auffälligen Symptomen bis hin zu für die meisten Menschen eher unauffällig bzw. verborgenen kognitiven Störungen des Denkens, Lernens bzw. des Erinnerens.

Daher lässt sich für die Betroffenen kein strukturierter Behandlungspfad definieren, in dem bestimmte Leistungen standardisiert zur Anwendung kommen, sondern es ist in jedem Einzelfall der individuelle Versorgungsbedarf festzustellen und zu realisieren.

Dennoch lassen sich bestimmte Leistungen skizzieren, die von einem großen Teil der Patienten in der Phase E typischerweise in Anspruch genommen werden bzw. in Anspruch genommen werden können.

Auskunft, Beratung und Information

Alle Sozialleistungsträger sind verpflichtet Auskunft über die Sozialleistungen zu geben (§ 13 SGB I), über ihre eigenen Sozialleistungen individuell zu beraten (§ 14 SGB I) und die Krankenkassen sind darüber hinaus verpflichtet, über die Leistungen anderer Sozialleistungsträger zu informieren (§ 15 SGB I). Ferner unterhalten die Krankenkassen die Krankenkassen gemeinsam mit den anderen Rehabilitationsträgern gemeinsame Servicestellen (§ 22 SGB IX).

Inhalte der Beratungs- und Koordinationsleistungen der Krankenkassen können insbesondere sein

- die Leistungen der Krankenkasse
- die Überleitung zu anderen Leistungsträgern der beruflichen Rehabilitation
- die Überleitung zu Leistungsträgern für die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft
- die Unterstützung bei der Antragstellung
- Informationen über Selbsthilfegruppen, unabhängige Patientenberatung und Versorgungsangebote

Eine interessante Neuerung für eine zusätzliche und bessere Verzahnung des bisherigen Leistungsgeschehens ist im Gesetzesentwurf zum Versorgungsstärkungsgesetz vorgesehen. Danach sollen sowohl Krankenhäuser als auch Rehabilitationseinrichtungen verpflichtet werden, ein Entlassmanagement für ihre Patienten durchzuführen. Die nähere Ausgestaltung dazu obliegt den Partnern der gemeinsamen Selbstverwaltung. Das vorgesehene Entlassmanagement hat jedenfalls das Potenzial, auf den vielfach erhobenen Vorwurf, einer mangelnden Verzahnung stationärer und ambulanter Leistungen adäquat zu reagieren.

Krankenbehandlung

Einen Schwerpunkt der Leistungen für Patienten in der Phase E der neurologischen Rehabilitation sind die klassischen Leistungen der ärztlichen und fachärztlichen Versorgung sowie die von den behandelnden Ärzten verordneten Leistungen

- Arzneimittel
- Heilmittel

Bei der Ausgabenentwicklung für Heilmittel der gesetzlichen Krankenkassen zeigt die Entwicklung, dass der Zuwachs an Ausgaben seit Jahren den Anstieg der Grundlohnsumme deutlich überschreitet (**Abb. 1**).

Bei Verordnungen für Heilmittel für den hier betroffenen Personenkreis mit ggf. langfristigem Behandlungsbedarf besteht die Möglichkeit von Verordnungen außerhalb des Regelfalls. Sie bedürfen nach § 8 der Heilmittelrichtlinien der besonderen Begründung und der Genehmigung durch die Krankenkasse.

Nach der Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband über Praxisbesonderheiten bei Heilmitteln vom 12.11.2012 sind 2013 bereits ca. 140.000 Genehmigungen für Langfristverordnungen erteilt worden. Für diese Langfristverordnungen unterliegen die Arztpraxen nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Eine wichtige Unterstützungsleistung für die Wiederermöglichung der Teilhabe am Arbeitsleben ist für stufenweise Wiedereingliederung (§ 74 SGB V) in das Erwerbsleben für arbeitsunfähige Versicherte. Je nachdem wann die Rehabilitationsphase D abgeschlossen worden ist, kann hier unter Umständen auch ein anderer Rehabilitationsträger als die Krankenkasse in Betracht kommen.

Neben den bereits aufgeführten Leistungen kommen für die Betroffenen natürlich auch weitere Leistungen der Krankenbehandlung wie Psychotherapie, Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe in Betracht.

Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (§ 43 SGB V)

Als mögliche Leistungen für Patienten in der Phase E kommen auch ergänzende Leistungen zur Rehabilitation in Betracht Maßnahmen die erforderlich sind, um das Ziel der Rehabilitation zu erreichen oder sichern, die aber nicht zu den Leistungen der allgemeinen sozialen Eingliederung und den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gehören (§ 43 Abs. 1 Nr. 1 SGB V).

Ausdrücklich unter § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V als ergänzende Leistungen zur Rehabilitation aufgeführt sind wirksame und effiziente Patientenschulungsmaßnahmen für chronisch Kranke. Dabei sind deren Angehörigen und ständigen Betreuungspersonen in die Schulungen einzubeziehen, soweit dies aus medizinischen

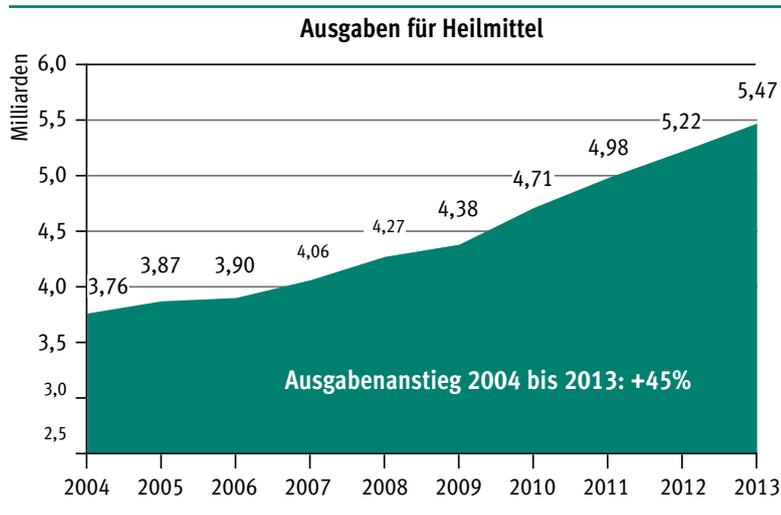


Abb. 1: Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für Heilmittel 2004 – 2013

Gründen erforderlich ist. Allerdings haben der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene bisher für den Personenkreis der neurologisch erkrankten Patienten keine Empfehlungen für Patientenschulungsmaßnahmen abgegeben.

Aus dem SGB IX leiten sich ferner auch als Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen der Rehabilitationssport (§ 44 Abs. 1 Nr.3) und das Funktionstraining (§ 44 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX) ab. Nach der Rahmenvereinbarung der Rehabilitationsträger vom 1. Januar 2011 zum Rehabilitationssport und zum Funktionstraining beträgt das Regelleistungsvolumen 50 Übungseinheiten innerhalb von 24 Monaten. Bei Patienten, die z.B. kognitive Einschränkungen haben, erweitert sich der Leistungsumfang auf 120 Übungseinheiten innerhalb von 36 Kalendermonaten. Der Rehabilitationssport und das Funktionstraining sind im Übrigen eine stark expandierende Leistungsart, in dem Zeitraum von 2008 bis 2013 sind die Ausgaben für diese Leistungsart um 248% gestiegen, von 76 Millionen € auf 189 Millionen €.

Zusammenfassung und Ausblick

Der betroffene Personenkreis der Rehabilitanden in der Phase E der neurologischen Rehabilitation weist sehr heterogene und unterschiedlich stark ausgeprägte Krankheitsbilder auf. Aus der Perspektive der Krankenkasse ist die medizinische Rehabilitation leistungrechtlich zunächst abgeschlossen. Dennoch kommen für die Betroffenen eine Vielzahl von Leistungen der Krankenbehandlung und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation in Betracht. Der Zugang zu diesen Leistungen eröffnet der behandelnde und/oder behandelnde Facharzt. Sie müssen den Versorgungsbedarf ihres Patienten erkennen und ggf. die nichtärztlichen medizinischen Leistungen verordnen bzw. anordnen (vgl. § 73 Abs. 2 Nr. 5 – 8 SGB V). Die ärztliche Verantwortung

schließt sicherlich nicht die Einleitung von Maßnahmen der Teilhabe am Arbeitsleben, Leistungen zu Teilhabe an Schule und Bildung oder von Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ein. Wenn es Anzeichen für mögliche Bedarf der vorgenannten Leistungen gibt, sollte der behandelnde Arzt daher seinen betroffenen Patienten empfehlen, die Beratung und Unterstützung durch eine gemeinsame Servicestelle in Anspruch zu nehmen. Sofern ihm die diesbezüglichen Ansprechpartner nicht bekannt sind, kann er den Patienten auch an die Krankenkasse verweisen. Dort wird ihm die erforderliche Beratung bzw. Vermittlung an eine gemeinsame Servicestelle angeboten. Es gilt, die heute schon bestehenden leistungsrechtlichen Möglichkeiten zum Nutzen der Betroffenen angemessen zur Wirkung zu bringen.

Die Empfehlungen zur Phase E der neurologischen Rehabilitation können bei allen Fachleuten und Multiplikatoren dazu beitragen, dass der betroffene Personenkreis besser und sensibler wahrgenommen wird. Dies gilt auch und insbesondere für die Rehabilitations-träger. Sofern bei den in der Verantwortung Stehenden die Wahrnehmung der besonderen Anforderungen in der Phase noch nicht hinreichend ausgeprägt ist, sollte durch Publikationen, Schulungen und Vorträge sowie andere geeignete Maßnahmen darauf hingewirkt werden, das Bewusstsein für Problematik zu fördern.

Korrespondenzadresse:
Meinolf Moldenhauer
GKV Spitzenverband
Abteilung Gesundheit
Reinhardtstr. 28
10117 Berlin
Meinolf.Moldenhauer@gkv-spitzenverband.de

Podiumsdiskussion

Neurol Rehabil 2015; 21(5): 285–292
© Hippocampus Verlag 2015

P. Reuther (Redaktionelle Bearbeitung der Transkription)

Dr. med. Johannes Pichler, München, für die Organisatoren: Werte Damen und Herren, nach diesem informationsreichen und anstrengenden Tag kommen wir zum Höhepunkt der Tagung der Podiumsdiskussion. Herr Dr. Schmidt-Ohlemann, der Vorsitzende der DVfR, wird jetzt das Mikrofon übernehmen und die Diskussion moderieren.

Dr. med. Matthias Schmidt-Ohlemann, Rehabilitationsdienst der Kreuznacher Diakonie und Vorsitzender der DVfR Heidelberg: Nach diesem dichten und informationsreichen Tag wollen wir die verbleibenden Stunden nutzen, um offene Fragen anzusprechen, Probleme zu diskutieren und Lösungen und Perspektiven zu finden und eine Zusammenfassung zu wagen.

Zunächst aber bitte noch Fragen zu den Vorträgen des Nachmittages:

Heilmittel kurativ – rehabilitativ? Gemeinsame Zielorientierung von Heilmitteln?

Claudia Pott, Physiotherapeutin in München: Ich habe eine Frage zur Heilmittelversorgung von neurologischen Patienten an Herrn Moldenhauer: Sie sprachen von der Langfristig-Verordnung, haben Sie Hinweise zur Evidenzlage und zu deren Wirksamkeit?

Meinolf Moldenhauer, GKV Spitzenverband Berlin: Das ist mir nicht bekannt.

Pott: Sie hatten referiert, dass Heilmittelversorgung ausreichend stattfindet. Es ist aber bekannt, dass monotherapeutische Heilmittelversorgung eigentlich keine Rehabilitationseffekte mehr auf der Aktivitäts- und Teilhabeebene hat: Sehen Sie da nicht Änderungsbedarf?

Moldenhauer: Also, wenn ich mir die Heilmittelrichtlinien ansehe und den betroffenen Personenkreis mit den neurologischen Bedarfen, wird dort ausgewiesen, dass ver-

schiedene Heilmittel möglich sind bei den entsprechenden Bedarfen, da gibt es doch Physiotherapie, Ergotherapie oder Sprachtherapie. Da können ja auch verschiedene Heilmittel kombiniert werden, notwendig sein und angewendet werden.

Pott: Da herrscht wohl bei Ihnen das Missverständnis, dass kurative Heilmittel in der Regel nicht vernetzt und nicht komplextherapeutisch abgestimmt, also rehabilitativ, erbracht werden. Und dann werden immer noch nicht die bekannten evidenzbasierten Therapieverfahren finanziert. Die nachweislich wirksameren Interventionen können nicht angewendet werden. Da besteht doch ein erheblicher Nachbesserungsbedarf in den Heilmittelrichtlinien, wenn heute doch alle eine qualitätsbasierte Versorgung fordern.

Moderator Dr. Schmidt-Ohlemann (SchmO): Diese Frage nach der Evidenzbasierung von Heilmitteln ist zwar im größeren Kontext berechtigt. Das bekommen wir in der jetzigen Diskussion aber nicht geregelt, wir wollen uns auf die Umsetzung der Phase E konzentrieren. Da stellt sich doch eher die Frage, wie wir in der nachgehenden Phase E eine bessere multidisziplinäre Vernetzung, eine gemeinsame teilhabeorientierte Aufgabenstellung und Zielorientierung in der ambulanten Heilmittelversorgung hinbekommen könnten. Dazu liegen Vorschläge zum Beispiel des Sachverständigenrates auf dem Tisch. Die Frage an die Runde: *Wie können wir die notwendige Zusammenarbeit und die gemeinsame Zielbearbeitung in der Nachsorge hinbekommen?* Es ist doch ein zentraler Punkt, den müssen wir lösen. Herr Moldenhauer, gibt es dazu leistungsrechtliche Grundlagen?

Moldenhauer: Es ist immer die undankbare Aufgabe eines Kassenvertreters, darauf hinzuweisen, dass wir eine Realität, einen Leistungsrechtsrahmen haben, der uns vorgegeben ist, der dies meines Erach-

tens so nicht vorsieht. Ich habe ja ausgeführt, dass wir da nun einmal im Zentrum den therapieleitenden Arzt haben, der im Rahmen der Krankenbehandlung erkennt, dass Heilmittel oder andere Maßnahmen notwendig sind, die er dann verordnet. Das wird dann im Leistungsgeschehen in der Regel nicht unter einem Dach, sondern nebeneinander erbracht. Hier kommt dem Arzt die wesentliche koordinierende Rolle zu.

Dr. med. Paul Reuther, Neurologische Therapie RheinAhr Ahrweiler: Im Rahmen der Phase-E-Beratungsarbeiten haben wir vorgeschlagen, dass genau diese Koordinierung und Abstimmungsarbeit zwischen dem Arzt und dem Therapeuten und umgekehrt wirklich im Leistungskatalog und den Gebührenordnungen vorgesehen werden muss. Hier ist eine Zeitleistung für klinisches Abwägen bisher nicht vorgesehen und finanziert, es werden im besten Falle kurze Notizen hin- und hergeschickt, aber das ergibt kein gemeinsames Arbeitskonzept. Weil in den Gebührenordnungen der Ärzte und Heilmittelerbringer überhaupt keine Leistungsziffern verfügbar sind, findet ein Gedankenaustausch zur Therapie in der Regel nicht statt. Ich weiß, welche Zeit notwendig ist, um einen Arzt, einen oder mehrere Therapeuten und die Betroffenen und gegebenenfalls ihre Angehörigen zusammenzuführen, um ein gemeinsames Ziel abzustimmen und festzulegen. Wir müssen gerade für die Phase-E-Versorgung – die ja in der Regel Menschen mit besonderen Problemlagen betrifft – neue Konzepte in den Heilmittelkatalogen und in den Gebührenordnungen vorsehen, damit wirkliche Abstimmungsarbeit geleistet werden kann und auch für die Beteiligten finanziert ist.

Dr. med. Horst Fröhlich, Neurologisches Rehasentrum Würzburg: Genau diese Abstimmungsarbeit zum Definieren der Zielsetzung und zum Vorgehen in einer Intervention ist bei

etlichen unserer Fälle dringend notwendig. Dies wird allenfalls punktuell und nicht systematisch geleistet, aber nur auf freiwilliger Basis. Diese Leistung muss tatsächlich honoriert und gefördert werden für einen Nachsorge- und Eingliederungsprozess, der zwischen Haus- oder Fachärzten und Therapeuten abgeglichen ist.

Moderator SchmO: *Wir halten fest: Die Abstimmungsprozesse der Beteiligten über den Therapieweg und die Behandlungsziele müssen systematisch eingefordert, dann aber auch als Leistung finanziert werden. Eine Interdisziplinarität und Teilhabeorientierung in der Heilmittelerbringung im ambulanten Bereich ist leistungsrechtlich derzeit nicht möglich. Forderung: eine gesetzliche Grundlage (und Finanzierung) dafür schaffen.*

Genug Neuropsychologie verfügbar?

Fröhlich Würzburg: Meine zweite Anmerkung für die Phase-E-Versorgung betrifft die Verfügbarkeit der Neuropsychologie. Die derzeitigen Regelungen (Anm. der Redaktion: Richtlinie Neuropsychologische Therapie 2012, www.gba.de/informationen/beschlusse/1415/) enthalten so hohe Hürden, dass nur wenige approbierte Therapeuten ambulant verfügbar sind. Da müssen auch einfachere Zugangswege zu dieser wichtigen Therapieform gefunden werden, zum Beispiel mit Kooperation zwischen Facharzt und Neuropsychologen ohne separate Kassenzulassung.

Dr. med. Alexander Loevenich MDK Nordrhein Köln: Fakt ist, dass wir (noch) keine flächendeckende Versorgung im neuropsychologischen Bereich haben. Der Gemeinsame Bundesausschuss hatte aber vor zwei Jahren das Problem, dass der GBA nur einen approbierten Neuropsychologen in der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung zulassen und keine neuen Heilberufe schaffen konnte. Da liegen noch Probleme, und da wird gearbeitet werden müssen. Aber mit der Zeit wird man zu einer flächendeckenden neuropsychologischen Versorgung kommen.

Moderator SchmO: *Auch den zweiten Punkt: »Zugang zur neuropsychologischen Therapie« halten wir fest, das scheint besonders*

wichtig in der Phase E, und da laufen die Dinge offenbar nicht rund! Haben wir ausreichend neuropsychologische Leistungen im Angebot bzw. Leistungserbringer verfügbar? Sind die Hürden im bisherigen Zulassungsverfahren mit zwei Qualifikationen als Neuropsychologe und als Psychotherapeut zu hoch?

Fallsteuerung Kinderarzt – Hausarzt – andere Ärzte? Fallmanagement?

Gertrud Wietholt Bundesvorsitzende Kinderneurologie-Hilfe Münster: An diesem Punkt muss ich aus Sicht der Kinderneurologie-Hilfe anmerken, dass der übliche niedergelassene Kinderarzt mit der Fallsteuerung und Lotsenfunktion für kindliche oder jugendliche Schädelhirntraumata in der Regel völlig überfordert ist; da gibt es nicht den notwendigen Hintergrund und nicht das notwendige Fachwissen. Diese Ärzte sehen diese Problemfälle nicht oft genug oder immer wieder in unterschiedlichen Kontexten: Wir haben im Münsterland nachgefragt: Von 42 Kinderarztpraxen sahen sich 42 Praxen den nachgehenden Aufgaben für schädelhirnverletzte Kinder nicht gewachsen. Im benachbarten Landkreis Unna gibt es nicht einmal ein Kinderkrankenhaus, da fühlen sich die zwölf Kinderärzte mit der Nachsorge von SHT-Kindern völlig allein gelassen und hilflos: Wenn ein Arzt, Kinderarzt oder Hausarzt oder Facharzt die Lotsenfunktion für Menschen mit Schädelhirnverletzung übernehmen soll, dann muss er auch über die notwendige Kompetenz verfügen – ärztliche Kompetenz in den Regionen für die nachgehende Behandlung und Nachsorge, da fangen die Versorgungsprobleme an.

Dr. jur. Thomas Stähler BAR Frankfurt: Hinsichtlich der Qualifikation der Ärzteschaft zur Fallsteuerung und zur Bedarfserkennung sei aus der Sicht der Reha-Träger angemerkt und gefordert, dass natürlich in der akademischen Fort- und Weiterbildung der Ärzteschaft dringend etwas getan werden muss. *Reha-Kompetenz muss hergestellt werden.*

Zum Stichwort *Teilhabe-Management* möchte ich anmerken, dass dies der *Dreh- und Angelpunkt nicht nur der Beratung, sondern auch der Behandlung chronisch Kranker und Behinderter* ist. Man muss

wirklich über die Leistungsbeschreibung und wohl auch zu einer Vergütungsposition für diesen zentralen Leistungskomplex kommen. Dies muss vor allem dann geschehen, wenn die Reha-Träger die Fallsteuerung und das Teilhabemanagement ganz oder teilweise oder fakultativ im besonderen Einzelfall an die Leistungserbringer übertragen. Diese Forderungen stehen schon lange im Raum – Teilhabemanagement kann nicht nebenher erledigt werden, sondern ist eine notwendige Versorgungsleistung, die abgebildet werden muss. Und ohne Vergütung wird man diesbezüglich keine Bereitschaft zur Umsetzung bekommen.

Dr. med. Johannes Pichler, NRT München-Pasing: Ergänzend dazu: Selbst Neurologen, die nicht im Reha-Geschäft stehen, sind mit einer Fallsteuerung von schwer betroffenen neurologischen Patienten hoffnungslos überfordert. Man kann von einem niedergelassenen neurologischen Facharzt, der mengenmäßig diese Fälle kaum hat und inhaltlich diesbezüglich nicht ausreichend vernetzt ist, nicht erwarten, dass er Phase-E-Aufgaben zur Teilhabe und Inklusion steuern kann. Wenn man es erreichen könnte, dass wenigstens ein Teil der niedergelassenen Neurologen diese medizinischen und sozialen Aufgaben leisten könnte (und in der Breite der Fachversorgung auch wollte), so hätte man regional schon viel gewonnen. Die Komplexität der Hirnverletzungen und ihrer Folgen sollte immer neurokompetent gesteuert werden. Zweckmäßig wäre es, wenn ambulante neurologische Teilhabekompetenz regional flächendeckender verfügbar wäre, die dann bei der Steuerung komplexer Fälle mitwirken könnte.

Neurokompetenz der Fallsteuerung? Bedarfsfeststellung in der Phase E?

Moderator SchmO: An diesem Punkt muss man vielleicht noch eindeutiger differenzieren: Wir diskutieren hier ja nicht über die allgemeine Bedarfserkennung für medizinisch-rehabilitative Maßnahmen aus der kurativen Medizin heraus, sondern hier geht es um die Phase E der nachgehenden Rehabilitation, den Teilhabebereich und die besonderen Bedarfe für die Reintegration und Inklusion von Menschen mit erworbenem Hirnschaden:

Wir können nicht ohne Weiteres erwarten, dass die »normalen Ärzte« diesen komplexen Versorgungsbereich überblicken. Wir können von Hausärzten, Kinderärzten und niedergelassenen Neurologen nicht erwarten, dass sie die besonderen Bedarfe und Problemlagen in der Phase E Schwerbetroffener und deren besonderen Problemlagen erkennen. Es wurde ja bei den Fallschilderungen am heutigen Tage deutlich, dass sich gerade die neuropsychologische Problematik nicht aufdrängt. Da vermischt sich sehr vieles, und es bedarf einer besonderen Fachkompetenz.

Kompetente Bedarfserkennung ist von zentraler Bedeutung für die Phase E

In Zukunft soll es ja ein Bedarfsfeststellungsverfahren geben. Dafür gibt es Vorschläge bei der BAR. Es stellt sich die Frage, wie das bei der Phase E konkret in der Praxis passieren soll. Das Besondere ist ja, dass Bedarf sowohl für spezialisierte kurative (medizinische) Maßnahmen und auch für (sozialmedizinische und soziale) Teilhabemaßnahmen bestehen können und festgestellt werden; da haben wir dann wieder mehrere Sektoren, die zusammengeführt werden müssen.

Diese medizinische und soziale Koordinierungsleistung müssen wir in der Phase E erbringen, da geht es um Bedarfserkennung und Festlegung besonderer Bedarfe und Festlegung der Leistungserbringung.

Moderator SchmO: *Fallsteuerung und Fallbegleitung können die »normalen Ärzte« kaum leisten – wer soll das dann machen?*

Fröhlich zur Kompetenzfrage: Ich möchte aus eigener Erfahrung als Facharzt für Neurologie/Neuropsychologie und Psychiatrie sagen, dass Rehabilitations- oder gar Teilhabefragen in der ärztlichen Ausbildung nur unter »ferner liefen« abgehandelt werden. In der flächendeckenden Reha-Versorgung wird sich erst etwas tun, wenn jeder Arzt verpflichtet wird, in seiner Weiterbildung ein halbes Jahr lang Reha-Erfahrung zu sammeln. Auch als Facharzt muss man lernen, was hinter der Aneurysma-Chirurgie oder der Stroke-Unitversorgungsinhaltlich folgt oder folgen muss, da geschieht auch heute in der Regel nicht viel in der Weiterbildung.

Reuther: Darf ich an diesem Punkt auf den 9. Nachsorgekongress im Februar 2015 in Berlin hinweisen. Dort werden in fünf verschiedenen Workshops die besonderen Bedarfe und Leistungsvoraussetzungen verschiedener Teilhabebereiche für Menschen mit erworbener Hirnschädigung zusammengetragen. Anschließend wird mit Vertretern aller Reha-Träger diskutiert, wie der erkannte Bedarf dann konkret umgesetzt werden kann. Wir werden mit den Betroffenen, den Angehörigen und den Leistungserbringern Bedarfserkennung und Bedarfsfeststellung »üben und lernen« und dann mit den Reha-Trägern Wege suchen, wie diese Bedarfe dann bedient werden können, alles unter dem Aspekt »Teilhabe am Leben in der Gesellschaft – arbeitsbezogenes und gemeinschaftliches Leben«.

Moldenhauer: Erlauben Sie mir als medizinischem Laien bitte die Nachfrage. Der neurologische Patient steht doch in einem Versorgungsprozess: Da ist zunächst das Akutkrankenhaus, wo wahrscheinlich der Reha-Bedarf erkannt und eingeleitet wird. In der Reha-Klinik wird rehabilitativ behandelt und dann gegen Ende auch der nachgehende Bedarf für die Nachsorgephase erkannt und beschrieben. Dann kommt der Patient zum niedergelassenen Hausarzt oder zum Facharzt, der erkennt aus dem Entlassungsbrief, was nachgehend notwendig zu sein scheint, was erfolgen soll. Der niedergelassene Arzt veranlasst dann das Notwendige unter Berücksichtigung der Situation des Patienten und der regionalen Möglichkeiten. Wenn jetzt hier Fallmanagement und Fallbetreuung gefordert wird, frage ich mich, warum das bisherige arztzentrierte Versorgungskonzept kleingeredet wird. Versorgung passiert doch durch mehrere Beteiligte, oder?

Dr. phil. Sigrid Seiler, Neuropsychologin aus München: Da möchte ich gerne direkt erwidern, dass sich das Spektrum der neurologischen Problemlagen bei den Patienten in den letzten 20 Jahren verändert hat: Früher standen Patienten mit körperlichen Behinderungen und schwer motorischen Beeinträchtigungen im Vordergrund der Versorgung. Heute gibt es diese vielleicht weniger oder sie sind besser versorgt, aber wir sehen (erkennen besser) heute sehr

viele Patienten mit neuropsychologischen Problemen. Das mag an der modernen akutmedizinischen Versorgung, an der Entwicklung der Neuropsychologie zu einem therapeutischen Fach oder auch an den Veränderungen in der Arbeits- und Lebenswelt liegen. Fakt ist, dass gerade die kognitiven Beeinträchtigungen und Anpassungsschwierigkeiten den oder die Betroffenen vor besondere Aufgaben stellen. *Hier haben sich Problemlagen und Bedarfe geändert, und die ambulante neurologische Versorgung ist dafür noch nicht gerüstet.*

Stufenweise berufliche Wiedereingliederung weiterentwickeln?

Nehmen wir das Konzept der *stufenweisen beruflichen Wiedereingliederung*. Aus der Sicht vieler neurologischen Patienten muss das derzeitige Konzept in der Richtlinie (Anm. der Redaktion: Arbeitsunfähigkeitsrichtlinie des GBA www.gba.de/information/richtlinie/2/) für neurologische Problemlagen überarbeitet werden, weil die Wiedereingliederung eines neurokognitiv und organisch psychisch beeinträchtigten Patienten anders gestaltet und therapeutisch begleitet werden muss: Hier liegen die Dinge oft anders, als dies bei einem körperlich beeinträchtigten Patienten notwendig ist. Wir sehen in den letzten Jahren immer mehr Fälle, in denen der Hausarzt die stufenweise Wiedereingliederung ohne neurokompetente Begleitung eingeleitet hat: Nach einigen Wochen oder Monaten scheitert der Eingliederungsversuch, weil die Besonderheiten zum Beispiel der psychophysischen Minderbelastbarkeit, der nicht ins Auge springende kognitiven Leistungsstörungen von Betroffenen im beruflichen Umfeld nicht wahrgenommen und nicht beachtet wurden. *An der Fallsteuerung und Fallbegleitung in der nachgehenden Phase der Reintegration neurologischer Patienten müssen eigentlich die höchste Kompetenz, das breiteste Wissen um Rehabilitation und Teilhabe sitzen.* Warum denkt man die Sache nicht einmal so herum, nur mit breitem Überblick über die Bedarfe und die gesamte Reha-Kette kann man für den Patienten effektiv steuern; dies dürfte auch gesamtökonomisch vernünftig sein. (Anhaltender Beifall)

Moderator Schmo: *Fallsteuerung und Fallbegleitung in der nachgehenden Phase der Reintegration neurologischer Patienten erfordert besondere Kompetenz und Erfahrung.* Dürfen wir zu diesem Thema noch einmal sammeln:

Neuropsychologin in Bogenhausen: Hinsichtlich der Bedarfsermittlung für die Teilhabe möchte ich darauf hinweisen, dass man in der Phase-B- und -C-Rehabilitation den Teilhabebedarf noch schwer abschätzen kann und dass es eigentlich heute eine Phase-D-Versorgung oft nicht mehr gibt. Zumindest machen wir im Klinikum Bogenhausen die Erfahrung, dass unsere Phase-D-Patienten von den Reha-Kliniken nicht mehr aufgenommen werden. Dies gilt vor allem für Rentenversicherungspatienten. In unserer neuropsychologischen Tagesklinik in München rehabilitieren wir seit Jahren C-, D- und auch die E-Patienten: Wir werden aber wohl geschlossen werden, weil wir unterfinanziert sind. In der Praxis Pichler in Pasing gibt es auch schon Wartezeiten, und es ist schade, dass im Großraum München wichtige Versorgungsstrukturen für die Teilhabe neurologischer Patienten von den Kostenträgern oder von der Politik kaum oder nicht unterstützt werden.

Bedarfserkennung und Bedarfsermittlung für die Phase E? Wo? Wie? Wer?

Moderator Schmo: Wir diskutieren zurzeit zwei Komplexe: einmal das Thema der *Bedarfserkennung*: Wie kann es denn sein, dass jemand aus der stationären Reha kommt und man dort den nachgehenden Versorgungsbedarf nicht richtig erkennen konnte. Dann haben wir zur Bedarfserkennung und Bedarfsermittlung hier heute mehrfach gehört, dass es ausgesprochen schwierig ist, im stationären Setting den Bedarf für die nachgehende Lebenssituation, für die Teilhabe am Leben, richtig zu erkennen. Man ist in der Klinik meist zu weit entfernt von der Lebenswirklichkeit des Betroffenen. Und oft treten die wirklichen Probleme erst auf, wenn der Patient wieder zu Hause ist. Oder es stellt sich vieles anders dar, als man es in der Klinik vermutet hatte. Das scheint ja wohl eine wirklich gängige Erfahrung zu sein.

Da gibt es den zweiten Komplex mit der *Fallsteuerung*: Fallsteuerung bedeutet,

dass man den Bedarf an nachgehenden Leistungen prinzipiell erkannt und festgelegt hat, und es stellt sich dann die Frage, wer den Patienten über die Zeit begleitet. Da haben wir zurzeit das dominierende Modell der Haus- oder Facharztbegleitung, bei dem erwartet wird, dass der Arzt die medizinischen Dinge verordnet und dann auch noch die anderen sozialen Leistungen erkennt und anmeldet. Demgegenüber stehen da heute Fallmanagementkonzepte, zum einen mit dem Ziel, den Patienten trägerseitig zu begleiten, zum anderen aber auch mit dem Ziel, den Patienten in seiner individuellen Anpassungs- und Reintegrationsleistung zu unterstützen: *also Fallmanagement als Organisationsleistung oder als Begleitungsleistung*. Es steht im Raum, diesbezüglich das Bundes teilhabegesetz zu erweitern für Menschen in besonderen Problemlagen. Denn die Verpflichtungen der Träger zu Organisationsleistungen sind sozialrechtlich schon im SGB verankert. Das Recht des Betroffenen auf ein an ihm und seinen individuellen Bedarfen orientiertes Fallmanagement aber ist bisher leistungsrechtlich nicht stabil hinterlegt. Hier steht die Forderung – unter anderem auch der AG Teilhabe – im Raum, dass ein patientenindividuelles Recht auf Fallmanagement als Abrufleistung im SGB verankert wird. Da geht es also um eine Unterstützungsleistung des Klienten in seiner Neuorientierungsphase. Wo genau dies im SGB 9 eingeordnet wird, etwa im Anschluss an §14 oder §27, mögen die Gesetzestecher entscheiden. Dann stellt sich aber auch die Frage, wer diese Leistung erbringt, da gibt es verschiedene Modelle.

Ein patientenindividuelles Recht auf Fallmanagement als Abrufleistung im SGB verankern!

Dr. med. Heinz-Dieter Girig, Leitender Arzt der DRV Baden-Württemberg: Da stellt sich aber die Frage, ob das wirklich gesetzlich geregelt werden muss? Wir haben in der DRV Baden-Württemberg zwei Modellprojekte: Ein *Coach* begleitet den Patienten beim Übertritt von der medizinischen Reha in die berufliche Wiedereingliederung. Dadurch gibt es dann die Möglichkeit der festen Begleitung und Informationen darüber, was vorgeht, und auch eine Rück-

koppelung zwischen dem medizinischen Versorgungsbereich und den beruflichen Anforderungen.

Aus dem Publikum: Mit dem Blickwinkel der Berufsgenossenschaften muss man doch gar nichts Neues erfinden an diesem Punkt, wir haben doch schon immer den Fallbegleiter, den *Reha- und Berufshelfer* im DGUV-System. Wir halten vom Krankenbett weg bis in die Eingliederungsphase den Kontakt zum Patienten und bitten in der Regel neurologische Fachärzte, das medizinisch Notwendige zu veranlassen, und nehmen die soziale Integration auch ins Auge. Wir binden auch die Angehörigen ein und begleiten zum Beispiel junge Verletzte über verschiedene Lebensphasen hinweg. Das Unfallversicherungskonzept bietet den konkreten Ansprechpartner-Coach oder Fallmanager.

Aus dem Publikum: Dieses Modell ist aber nicht flächendeckend verfügbar! Die BG hat ja nun einmal einen umfassenden Versorgungsauftrag, da ist das relativ einfach. Bei den anderen Trägern muss etwas Ähnliches leistungsrechtlich her im Rahmen einer ermöglichenden Gesetzgebung für spezifische Fälle.

Wietholt: Die Aussagen des BG-Vertreters möchte ich aus Sicht der Kinderunfälle bekräftigen: Wir sagen immer, wenn schon ein Unfall passiert, dann bitte auf dem Schulweg, weil es in der gesetzlichen Unfallversicherung die Möglichkeit der ganz langen Fallbegleitung gibt. Die gesetzliche Unfallversicherung hat die Pflicht, die verunfallten Kinder so gut wie möglich zu begleiten und zu versorgen. Viele privaten Haftpflicht- und Unfallversicherungen haben das auch erkannt. Wenn man einem verunfallten Kind und den Angehörigen ganz früh einen Reha-Berater zur Seite stellt, bekommt man die Probleme besser in den Griff und spart spätere Versorgungsprobleme, Fehlentwicklungen und hohe Kosten. Dieses Denken, diese fallbegleitende Versorgungsleistung, haben wir bei den Krankenversicherungen leider bisher nicht. Man bedenke aber, wir haben bei den Kindern 86 % der Unfälle im Bereich der Krankenversicherung und nur 14 % im Bereich der Unfall- und Haftpflichtversicherungen. Wir benötigen

passgenaue Fallbegleitung in der GKV, da geht es nicht um die Verordnung von Krankengymnastik ...

Frage aus dem Publikum: Gibt es da Daten aus der Versorgung im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung, die man vergleichend heranziehen kann? Was wird aus diesen Kindern, die nach einem Schulwegunfall vergleichsweise gut begleitet werden?

Wietholt: Leider scheint es diese differenzierenden Daten für Unfälle mit Schädelhirnverletzung bei der gesetzlichen Unfallversicherung nicht zu geben.

Moderator Schmo: Wegen der Trägervielfalt haben wir ja zusätzlich noch das Problem, dass jeder Träger seinen eigenen umschriebenen Versorgungsbereich und seinen eigenen gesetzlichen Auftrag hat. Und lediglich die gesetzliche Unfallversicherung hat einen umfassenden Versorgungsauftrag, der sämtliche Bereiche des Lebens umfasst.

Daraus leitet sich die Frage nach einem trägerübergreifend zuständigen gültigen Fallmanagement ab: Herr Dr. Gierig von der Rentenversicherung, ist Ihr oben zitiertes Coaching-Konzept für alle Teilhabebereiche des Betroffenen zuständig oder nur für die Teilhabe am Arbeitsleben? Schaut Ihr Coach auch in die begleitenden kurativen Leistungen hinein, berät er auch die Familien im Bewältigungsprozess?

Girig: Wir haben in Teilbereichen Erfahrung mit übergreifenden Aufgaben, wo wir versuchen, ambulante kurative Maßnahmen und Leistungen für das Arbeitsleben abzustimmen und zu koordinieren. Die Unterstützung der Familie können wir aber in unseren Konzepten nicht leisten. (Weitere Antworten zu dieser Frage sind teilweise unverständlich dokumentiert.)

Konzept Teilhabeplan der BAR

Moderator Schmo: Danach noch die Frage an Herrn Dr. Stähler von der BAR im Zusammenhang mit dem von Ihnen angesprochenen Konzept zum Teilhabeplan: Ist das ein Instrument, mit dem man trägerübergreifende Versorgung planen und organisieren kann?

Stähler: Der Teilhabeplan ist ja schon lange als Instrument anerkannt und in einigen Bereichen in Gebrauch. Es gibt schon seit 2004 eine BAR-Empfehlung zur Teilhabeplanung und zum Teilhabeplan, die ja 2014 in der gemeinsamen Empfehlung zum Reha-Prozess (Anm. der Redaktion: BAR 2014: Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess www.bar-frankfurt.de, Broschüre 4G) aufgegangen sind. Nach Bedarfserkennung und Bedarfsfeststellung ist die Teilhabeplanung in dieser gemeinsamen Empfehlung fester Bestandteil des Verfahrens. Vom Gesetzgeber gab es früher den Gesamtplan nach dem Reha-Angleichungsgesetz, heute gibt es den Teilhabeplan, der trägerübergreifendes Denken, Koordinieren und Handeln im Bereich der verschiedenen Leistungen und Hilfen bringen soll. Das ist gemeinsam verabschiedet, aber sicher noch zu wenig im System angekommen. Vielleicht muss hier ein neues Teilhabegesetz noch schärfer gefasst werden.

Moderator Schmo: Mit dem *Gesetzgebungsprozess für ein Bundesteilhabegesetz und den Veränderungen des SGB 9 erwarten wir gerade für das übergreifende Bedarfsfeststellungsverfahren neue Regelungen*, die dann auch und gerade im Bereich der Phase-E-Rehabilitation in der Neurologie Anwendung finden müssen.

An dieser Stelle aber auch der Hinweis, dass im kurativen Bereich durch das aktuelle GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (SGB 5) die Krankenbehandlung Schwerbehinderter besser aufgestellt werden soll durch sogenannte *Medizinische Zentren für erwachsene Menschen mit Behinderung MZeB (neuer § 119 c SGB 5)* analog zu den bereits flächendeckenden soziodiagnostischen Zentren (§ 119 a, b SGB 5). Auch diesen neuen MZeBs wird eine wichtige Rolle in der regionalen Bedarfserkennung für Kuration und Teilhabe von Menschen mit Behinderung zukommen

Phase-E-Bereich Teilhabe am Arbeitsleben

Wenden wir uns jetzt aber noch dem Phase-E-Bereich *Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben* zu:

Dipl. Psych. Anne Schellhorn, niedergelassene Neuropsychologin in München: Ja, hier es gibt Probleme mit der stufenweisen beruflichen

Wiedereingliederung von Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen. Da lautet für viele neurologische Patienten die Gefahr des Scheiterns. Nichts ist schlimmer als ein gescheiterter Wiedereingliederungsversuch – etliche Patienten wollen schnell, das heißt innerhalb der Vierwochenfrist der beruflichen WE, aus der Reha kommend schnell in den Beruf zurück. Viele überschätzen sich und unterschätzen die neurokognitiven Probleme bei der Wiedereingliederung. Da muss erst einmal an der richtigen Bewertung der Defizite gearbeitet und Erfahrung im Alltag gesammelt werden, und manche sozialrechtlichen Dinge und Fristen müssen zurückgenommen werden. Dieser Prozess bedarf der therapeutischen Begleitung, weil entscheidende Dinge im regulären WE-Verfahren nicht geregelt und verfügbar sind. Die für die erfolgreiche Wiedereingliederung notwendigen, vorbereitenden und begleitenden Therapieleistungen sind nicht geregelt. Die Klinik kann in der Regel nicht abschätzen, welche Bedarfe in der konkreten Arbeitswelt notwendig sind. Da habe ich den unsicheren depressiven Menschen, da habe ich einen verunsicherten Arbeitgeber, der die Leistungsfähigkeit des Hirnverletzten nicht abschätzen kann. Da benötigt es Zeit, therapeutische Interventionen, Information und abstimmende und aufklärende Gespräche, also ambulante Begleitung, die bisher nur wenige Therapeuten, die Kliniken aber gar nicht leisten können.

Aus dem Publikum: Nur die wenigsten Patienten haben ja überhaupt das Glück, einen erfahrenen Neuropsychologen für die berufliche Wiedereingliederung zu finden, schon gar nicht in einer Vierwochenfrist. Viele Patienten versuchen, 6–12 Wochen nach Schlaganfall oder anderer Hirnschädigung schnell in den Beruf zurückzukehren, mit den üblichen Steigerungsfristen des 6–8–10-Wochen-Konzeptes und mit unspezifischer Begleitung durch den Hausarzt, da ist das Scheitern eigentlich vorprogrammiert.

Reuther: Mit der sogenannten Vierwochenfrist habe ich eigentlich kein Problem, weil diese nur regelt, welcher Kostenträger den Wiedereingliederungsprozess und die begleitenden Lohnersatzleistungen – Übergangsgeld oder Krankengeld – finanzieren muss. In den ersten vier Wochen

nach der Reha ist die Rentenversicherung, danach ist die Krankenkasse zuständig. Das Problem liegt meines Erachtens darin, dass die bei Hirngeschädigten und anderen neurologisch Kranken meist notwendige therapeutische Begleitung auf dem Weg zurück in den Arbeitsprozess nur in den seltensten Fällen gewährt und finanziert wird. Bei den Rentenversicherungen gibt es zwar Konzepte des Job-Coachings als LTA-Leistung, in den Gebührenordnungen der niedergelassenen Ärzte und Heilmittelerbringung gibt es diese Therapieleistungen zulasten der Krankenkassen nicht. Inhaltlich handelt es sich dabei um Information und Beratung, originäre therapeutische Interventionen, aber auch um aufsuchend im Betrieb und in Gesprächen mit Arbeitgeber, Vorgesetzten und Kollegen erbrachte flankierende Leistungen, die in diesem Wiedereingliederungsverfahren erbracht werden müssen. Da hilft das Telefon nur bedingt, persönlicher Einsatz ist gefragt. Theoretisch können niedergelassene Neuropsychologen oder spezifisch erfahrene Ergotherapeuten dies leisten, aber diese Kompetenzen sind bei Weitem nicht flächendeckend verfügbar, bisher. Die Versorgungslücke in der beruflichen Wiedereingliederung von Hirngeschädigten und neurologischen Patienten besteht meines Erachtens darin, dass die Richtlinien zur stufenweisen beruflichen Wiedereingliederung und die Gebührenordnungen der beteiligten Berufsgruppen die notwendige therapeutische Begleitleistungen für einen erfolversprechenden Wiedereingliederungsprozess neurologischer Patienten bisher nicht vorsehen.

Dr. med. Bernd Hippel, Facharzt an einer Reha-Klinik: In den Reha-Kliniken wäre die notwendige Fachkompetenz durchaus vorhanden, uns sind aber von den Reha-Trägern die Hände gebunden, weil wir die Überleitung bislang gar nicht konkret steuern können. Wir sind gehalten, die Überleitung zum Hausarzt zu machen, und dann läuft die nachgehende Begleitung ohne unser Dazutun. *Kliniker können allenfalls empfehlen, aber nicht verordnen oder gar begleiten an dieser Grenze der Versorgungssektoren.* Das allbekannte Problem der *Brüche im deutschen Medizinsystem:* Versorgungskonzepte – ob mono- oder multiprofessionell und komplex, ob

medizinisch, sozialmedizinisch oder sozial oder übergreifend – zerbrechen oder müssen nachgehend, wenn überhaupt, sehr zeitverzögert neu aufgestellt werden. Wir können aus der Klinik die berufliche Wiedereingliederung nur empfehlen, können aber nichts dafür tun, dass sie stattfindet und dass sie erfolgreich begleitet wird – das ist ein Systemfehler.

Weitere Anmerkung aus dem Publikum: Für den Patienten, der noch kognitive Beeinträchtigungen hat oder bei dem besondere Problemlagen bei der beruflichen Wiedereingliederung befürchtet werden, gibt es die Möglichkeit, *beim Reha-Träger ein berufliches Assessment zu beantragen*, das dann oft von den besonderen Einrichtungen als LTA-Leistung erbracht werden kann (Anm. der Redaktion MBR-Phase II).

Nachfrage des Moderators Schmo: Konkret gefragt, funktioniert das? Ist das in den Regionen verfügbar? Haben die niedergelassenen Ärzte die Gelegenheit, solche Leistungen aus einer Palette von Möglichkeiten barrierearm und unbürokratisch zu veranlassen oder abzurufen?

Ergänzende Antwort: Da gibt es neben den sogenannten Phase-II-Einrichtungen noch die Berufsförderungswerke oder sonstigen Einrichtungen der Phase III, die das leisten können.

Girig: Das kann beantragt werden, das muss dann vom Versicherten ausgehen; hier kann der Arzt oder der soziale Dienst der Einrichtung Rat geben und Empfehlungen aussprechen und Anstoß geben, der dann aufgegriffen wird.

Loevenich: In der Tat kooperieren viele Reha-Kliniken, die keinen eigenen berufsberatenden sozialen Dienst haben mit Berufsförderungswerken. Da werden Patienten für einige Tage aus der Klinik in das Berufsförderungswerk delegiert, doch dort werden nach standardisierten Verfahren die beruflichen Problemlagen geklärt und Empfehlungen ausgesprochen. Das scheint ein ausgesprochen probates Verfahren zu sein.

Aus der Sicht des MDK möchte ich aber auch anmerken, dass im GKV-Bereich diesbezüglich Leistungen nach § 42 SGB V

Arbeitstherapie und Belastungserprobung zwar möglich sind, aber kaum nachgefragt werden. Diese solitäre Leistung scheint im ambulanten Bereich nicht bekannt zu sein und wird nicht abgerufen und beantragt. Hier ist also keine Lücke im Gesetz, hier ist etwas, was nicht gelebt wird.

Einwurf aus dem Publikum: Diese Leistung wird gelegentlich vom sozialmedizinischen Dienst der Träger angeregt, wenn es Probleme mit einer langen Arbeitsunfähigkeit gibt.

Moderator Schmo: Zum Thema einer systematischen Kooperation zwischen Reha-Kliniken und Berufsförderwerken hat die DVfR eine Umfrage gemacht, bei der Finanzierungsprobleme mit den Fahrtkosten und der Leistung selbst als Hemmnis genannt wurden. Viele Kliniken haben diese Leistungen theoretisch im Angebot, praktisch sind es aber nur wenige Fälle, zum Beispiel mit der Unfallversicherung, bei denen diese Schiene greift. Dann ist da aber noch die Frage, welches BFW ist denn neurokompetent und kann zum Beispiel ein berufliches Assessment für MeHs leisten und entsprechende Regelungen zur Eingliederung geben? Für die hier diskutierte besondere Problemgruppe sind viele BFWs nicht eingerichtet, das kann man nicht vorwerfen, aber eine Bedarfsdeckung bekommt man zurzeit nicht hin.

Pichler: Zur Frage der Neurokompetenz der BFWs möchte ich aus der relativ aktuellen Beobachtung mit zehn jungen Patienten anmerken, dass eine vierwöchige LTA-Maßnahme zur Klärung der Indikation für eine Umschulung beantragt und durchgeführt worden war. So weit, so gut – da passiert ja was; aber, in einer solchen LTA-Maßnahme kann in der Regel nicht geklärt werden, ob der anschließend umgeschulte Proband – bei unserer Klientel ist oft Wesensänderung im Spiel – dann auch genügend Sozialkompetenz mitbringt, um in dem umgeschulten Berufsfeld, an einem neuen Arbeitsplatz bei der Integration in ein neues Arbeitsteam erfolgreich zu sein. Hier greifen die bisherigen Konzepte vielfach zu kurz: Da ist es vielfach besser, wenn ein individueller, mobiler Reha-Begleiter (Berater) den Rehabilitanden in einem betreuten Praktikum mit der

Chance auf Übernahme über Wochen und auch Monate an einem realen konkreten Arbeitsplatz begleitet. Die Angebote für die Teilhabe an Beruf und Arbeitsleben müssen also viele MeHs individueller und kleinteiliger, langfristig begleitet sowie regionaler und praktischer werden.

Seiler: Zum Thema von Dr. Hippel und Dr. Girig, der Weitergabe und Umsetzung von Empfehlungen für die Nachsorge, möchte ich anmerken, dass wir es mit einem ungeheuerlichen Informationsverlust in den Organisations- und Verwaltungsstrukturen zu tun haben: Es geht doch in der Regel um die zügige und unmittelbare Umsetzung eines Reintegrations- und Versorgungsprozesses. Da passen doch Überprüfung durch Verwaltungsbeteiligte, Veranlassung und Verordnung durch Dritte nicht so richtig die Organisations- und Prozesssysteme. Da muss doch kontinuierliche Prozessarbeit geleistet werden, individualisiert und flexibilisiert.

Antrag oder Leistungsprüfung und -angebot von Amts wegen?

Reuther: Wir haben eben gehört, dass für *viele Teilhabeleistungen ein Antrag des Betroffenen* notwendig ist. Wir müssen darüber nachdenken, ob dies nicht eine hohe Systembarriere ist. Warum gibt es in den Sozialgesetzen für die besonderen Teilhabeprobleme von Behinderten nicht eine Amtspflicht für den Leistungsträger, dann Bedarfsprüfungen von Amts wegen einzuleiten, wenn auf entsprechende Problemlagen im Versorgungsbereich hingewiesen wird? Für einen Menschen mit Hirnschädigung und Beeinträchtigung durch neurologische Erkrankungen und seine Angehörigen ist es nicht trivial, bedarfs- und fristgerecht Anträge in einem gegliederten Sozialsystem zu stellen. Warum wird der Betroffene nicht vom Rentenversicherungsträger oder anderweitig zuständigen Sozialversicherungen von Amts wegen zur Durchführung einer Teilhabeleistung eingeladen, wenn die Leistung zum Beispiel im Arztbrief empfohlen wird. Im Bereich der MDK-Prüfung für Pflegeversicherungsleistungen beispielsweise gibt es diese Regelung beim Erkennen von Reha-Bedarf zur Vermeidung von Pflege, hier muss die Sozialversicherung

tätig werden, wenn Bedarf für eine Teilhabeleistung vermutet wird. Im Bereich der beruflichen Wiedereingliederung für Hirngeschädigte reagiert nicht einmal in besonderen Problemlagen jemand von Amts wegen und lädt den Patienten zu Integrations- und Teilhabeleistungen ein. Anders als bei anderen internistischen oder orthopädischen Krankheiten bedingt oftmals gerade die Hirnschädigung auch Wahrnehmungs-, Planungs- und Handlungsstörungen, die es dem Betroffenen schwer machen, für sich perspektivisch und bedarfsgerecht zu sorgen. Hier hat das Sozialversicherungssystem möglicherweise besondere Pflichten, die eventuell in einem neuen Teilhabegesetz verankert werden müssen; es geht um barrierearme, bedarfsgerechte, *einladende* Versorgungsangebote, um einen Paradigmenwechsel mit Handlungsverpflichtung im Falle besonderer Problemlagen wenn zum Beispiel spezielle Teilhabemaßnahmen aus dem Versorgungsprozess heraus empfohlen werden – das Bedienen von »red flags« durch den Leistungsträger.

Girig: Bei LTA-Leistungen ist das so geregelt. Wenn im Reha-Entlassungsbericht nachgehende LTA-Leistungen empfohlen werden, wird von der Rentenversicherung aus geprüft und überlegt, was eventuell eingeleitet werden könnte. Aber das muss dann vorgeschlagen und vom Betroffenen auch beantragt werden. Von diesen Instrumenten wird aber relativ wenig Gebrauch gemacht, wenn man die LTA-Statistik ansieht.

Stähler: *Das aktive Aufgreifen einer Empfehlung ist ein wunder Punkt:* Eigentlich kennen wir nur in einem Sozialrechtssektor, bei der gesetzlichen Unfallversicherung, das Instrument der aktiven Bedarfsermittlung – ansonsten gibt es das Antragsverfahren. Es sollte darüber nachgedacht werden, ob nicht das Instrument des Teilhabeplanes, der Prozess der Bedarfserkennung, -feststellung, der Leistungsplanung und Durchführung und der Ergebnisüberprüfung, nicht genau das ist, was im besonderen Problemlagen trägerübergreifend systematisch eingesetzt werden sollte.

Moderator Schmo: in der Tat ist das ein wunder Punkt: Es gibt ja schon eine gesetzli-

che Grundlage dafür, den § 10 im SGB 9, wonach die Reha-Träger verpflichtet sind, den Reha-Bedarf so umfassend wie möglich zu klären und umzusetzen. Da gibt es auch eine berufsrechtliche Seite, denn nach §61 SGB 9 sind alle Medizinalpersonen, Betreuer und andere Verantwortliche verpflichtet, wenn sie einen Reha-Bedarf vermuten, einem von Behinderung Bedrohten eine Teilhabeberatung zu empfehlen. Diese allgemeinen Verpflichtungen greifen in der Praxis leider nicht. In solchen Dingen wird dann der Gesetzgeber irgendwann einmal tätig – wie zum Beispiel im Augenblick mit der Änderung des Entlassungsmanagements der Kliniken im GKV-VSG des SGB 5 –, in dem die entlassende Klinik verpflichtet und ermächtigt wird, einige nachgehende Leistungen zur Überleitung direkt zu verordnen.

Moderator Schmo: Es gibt aber noch ein weiteres gravierendes Problem, nämlich die Frage, wieviel Leistung, welche Fähigkeiten ein Rehabilitand mitbringen muss, damit dieser Teilhabeleistungen in Anspruch nehmen kann. Nehmen wir zum Beispiel die Werkstatt für Behinderte. Da werden mindestens sechs Stunden Arbeitsfähigkeit verlangt, bevor das Eingangsverfahren oder die Förderphase beginnen kann. Da fallen von vornherein viele Menschen mit erworbener Hirnschädigung raus, weil gerade die Beeinträchtigung der Aufmerksamkeitsleistungen und die Minderbelastbarkeit des Betroffenen dieser Vorgabe der Werkstättenverordnung nicht genügen. Es ist ein ernsthaftes Problem, dass die Anforderungen für den Erhalt von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben vielfach zu Beginn zu hoch sind und dass Leistungen zur systematischen Steigerung der Belastungsfähigkeit zwar theoretisch möglich wären, nach den üblichen, relativ kurzen medizinischen Reha-Prozessen aber nicht mehr gewährt werden – eine typische Phase-E-Leistung.

Moderator Schmo: Wir nähern uns massiv dem Ende der Diskussion und müssen sicher noch in andere Bereiche der sozialen Teilhabe der sozialen Leistungen für Behinderte hineinschauen. Gibt es da aus der Sicht der Menschen mit erworbenen Hirnschäden noch Anmerkungen zur sozialen Teilhabe im Allgemeinen?

Thema Reha und Kraftfahreignung bei neurologischer Beeinträchtigung?

Reuther: Ja, da gibt es noch eine grundsätzliche Problematik hinsichtlich der Mobilität des neurologischen Patienten in unserer mobilen Gesellschaft. Ist die therapeutische Arbeit zur Wiedererlangung der Kraftfahreignung bei einem neurologischen Patienten Teil der medizinischen Reha-Leistungen oder nicht? Es steht fest, dass sich viele Reha-Einrichtungen des Themas annehmen, es ist aber keineswegs Konsens mit den Kostenträgern, dass dies auch wirklich zur medizinischen Rehabilitation gehört. Da gibt es auch noch Nebenimplikationen bei der Mobilität zum Erreichen ambulanter Teilhabemaßnahmen (»Wer weit anreist zur Reha, bekommt weniger Rehaleistung, weil die Einrichtung den Transport finanzieren muss«) trotz SGB 9 § 53 und SGB 5 §60.5.

Loevenich: Da fühlt sich der Medizinische Dienst der Krankenversicherung angesprochen, Sie haben völlig recht: In der Gutachtenpraxis für die GKV ist das kein originäres Ziel der medizinischen Rehabilitation. Das gehört zur Eigenverantwortung der Daseinsvorsorge und zur Verkehrsmedizin. Sicher kann die Erarbeitung der Grundlagen für das Wiedererlangen der Kraftfahreignung ein positives Nebenprodukt der medizinischen Rehabilitation sein, aber dies ist im Antragsverfahren sicher kein vorrangiges oder mitgeltendes Ziel der Rehabilitation. Ich muss sagen, dass ich das früher auch heimlich erbracht habe, das gehörte aber nicht in Rehabilitationsanträge.

Pichler: Ich bin sozusagen auch einer der »Heimlich-Erbringer«, muss aber gerade im Bereich der beruflichen Reintegration sagen, dass wir es vielfach mit berufsnotwendiger Kraftfahreignung zu tun haben. Viele Arbeitgeber verweigern ihre Zustimmung zur beruflichen Wiedereingliederung, wenn die Kraftfahreignung des Mitarbeiters nicht vorher positiv bestätigt ist.

Loevenich: Sie haben völlig recht, es gibt viele Rehabilitanden, bei denen das Auto der Arbeitsplatz ist, aber hier sind nach Meinung der GKV dann andere Reha-Träger wie z. B. das SGB 6 gefragt. Ich denke

eher an den älteren Schlaganfallpatienten, bei dem das Autofahren eine gern praktizierte Lebensleidenschaft ist, hier handelt es sich nach GKV-Sicht nicht um ein Grundbedürfnis und kann deshalb auch nicht in der medizinischen Reha der GKV bedient werden.

Girig: Was das Berufskraftfahren angeht, sehen wir es nicht als DRV-Aufgabe an, diese Rehabilitanden in eben diesen Beruf zurückzuführen.

Widerspruch aus dem Publikum: Es geht nicht primär um den Berufskraftfahrer, sondern um die Lebenswirklichkeit vieler beruflich pendelnder Arbeitnehmer, zum Beispiel meiner Region in der Oberpfalz oder in Niederbayern, da ist berufliche Teilhabe ohne Kraftfahreignung praktisch nicht möglich.

Moderator Schmo: Wenn man über eine konkrete Teilhabe in der Lebenswirklichkeit und über Phase-E-Versorgung spricht – das haben wir heute den ganzen Tag und in der Diskussion erlebt –, gibt es häufig Schwierigkeiten mit dem sozialen Leistungsrecht, dem Verwaltungshandeln und den Teilhabe-Bedarfen des Einzelnen. Da klafft oft etwas zwischen den Zielen einer selbstbestimmten Lebensführung und der Zubilligung von Teilhabeleistungen. Wir haben heute sicher viele Teilaspekte der Phase-E-Versorgung diskutieren können, wir sind aber sicher noch nicht in allen Bereichen an einer abschließenden Bewertung. Der Diskussionsprozess zur Umsetzung der Phase-E-Versorgung, um viele weitere Einzelheiten in der Ausgestaltung und Anwendung der sozialen Leistungsrechte und der Bedarfe zur Teilhabe und Inklusion des Betroffenen, muss weitergehen, und wir sollten uns diesbezüglich sicher wieder treffen.

Die Ergebnisse der heutigen Diskussion werden dokumentiert und bleiben erhalten. Wenn die Behinderten- und Betroffenenverbände hier gewesen wären, hätten sie als Erstes das Persönliche Budget und die Assistenz- und Unterstützungsleistungen für Menschen mit erworbenem Hirnschädigungen und neurologisch bedingten Behinderungen angesprochen. Aber wir haben auch noch viele andere nachgehende Teilhabethemen nicht ansprechen kön-

nen. Die Gespräche werden weitergehen müssen, herzliche willkommen beim 9. Nachsorgekongress im Februar in Berlin.*¹

Wir sind aber am Ende unserer Diskussionszeit. Ich bedanke mich bei allen Referenten und Diskutanten.

Pichler: Im Namen der Organisatoren, des Bundesverbandes ambulant teilstationäre Neurorehabilitation Krefeld und der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation Heidelberg möchte ich allen Teilnehmern, Referenten, Diskutanten und den übrigen Mitwirkenden und Helfern danken. Wir haben heute erstmals über die Umsetzung dessen diskutieren können, was vor elf Monaten als *Empfehlung zur Phase E in der Neurologie* auf der Homepage der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation BAR erschienen ist. Wir haben einen ganzen Tag lang beobachten können, dass noch viel Arbeit auf die Neurorehabilitation und die nachgehende Versorgung von neurologischen Patienten wartet. Eine der Einrichtungen, die sich in besonderem Maße um die Phase-E-Versorgung kümmert, können Interessierte im Anschluss an die Tagung in München Pasing besichtigen, eine weitere dieser repräsentativen Einrichtungen finden Sie in Bad Neuenahr Ahrweiler, und auch dort sind Sie bei Gelegenheit herzlich willkommen.

Es geht – wie wir gehört und diskutiert haben – um die nachhaltige Wirksamkeit von neurologischer Rehabilitation für den einzelnen Betroffenen, für dessen selbstbestimmtes und selbstverantwortetes Leben in der Gesellschaft, aber auch um eine gesamtgesellschaftliche, sozioökonomische Herausforderung, die wir mit einer älter werdenden Gesellschaft mit höherer neurologischer Morbidität bewältigen müssen.

Gute Heimreise und auf Wiedersehen

¹ Der 9. Nachsorgekongress hat stattgefunden und ist im Hippocampus Verlag unter »Rehabilitation und Nachsorge nach Schädelhirntrauma, Bd. 9 – Teilhabe konkret« dokumentiert. ISBN 978-3-944551-18-0

Technologische Fortschritte in der Rehabilitation

Rehabilitation entwickelt sich mit der Zeit weiter, ein Merkmal hat sich jedoch nicht geändert: Unerlässlich für Patienten, die wieder auf die eigenen Füße kommen möchten, ist die Unterstützung beim Stehen und Gehen. Die am häufigsten verwendete Methode ist die manuelle Unterstützung, normalerweise durch einen Physiotherapeuten, der dem Patienten beim Stehen und Gehen hilft.

Therapeuten setzen ihre Hände und ihren Körper ein, um zu unterstützen und zu führen, was eine ziemlich anstrengende Arbeit für den Patienten und den Therapeuten sein und beide entmutigen kann. Um dies einfacher zu machen, wurden verschiedene Produkte zur Entlastung entwickelt, von Kipptischen und Gestellen zum Stehen bis hin zu Rollatoren, die Patienten beim Gehen unterstützen und leichter machen. Tatsächlich sind diese Hilfen häufig recht schwerfällig, sie bieten kaum Möglichkeiten, Fortschritte zu machen, und können nur schwer ins alltägliche Leben integriert werden. Aus diesen Gründen werden sie häufig nicht benutzt.

Ein neues System wird all dies ändern: Das Bioness Vector Elite Gait and Safety System® ist ein computergestützter Wagen an einer Deckenschiene, der die Patienten auf ihren Füßen unterstützt und sich mit ihnen in alle Richtungen unterhalb der Schiene bewegen kann.



Der Benutzer trägt einen komfortablen Gurt, der über ein Seil am Vector befestigt ist. Von einem Stuhl aus kann der Patient leichter gemacht werden, damit er mit weniger oder ohne Unterstützung aufstehen kann. Die Maschine bewegt sich mit ihm, und wenn er aufsteht, wird das Seil, das die Entlastung bietet, automatisch zurückgezogen. Beim Stehen



oder Gehen kann sich der Patient frei innerhalb der eigenen Gleichgewichtsgrenzen bewegen. Fällt er hin, kann das System ihn entweder schnell auffangen oder sicher und langsam auf den Boden absenken. So kann er durch eigene Fehler lernen, die eigenen Grenzen austesten, aber auch sehen, wie weit er sicher diese Grenzen erweitern kann.

Während des gesamten Vorgangs werden die Benutzer von Mitarbeitern überwacht. Durch weniger manuelle Unterstützung kommt es zu einem größeren Unabhängigkeitsgefühl. Alle an der Behandlung betei-

ligten Personen können sich darauf konzentrieren, den Patienten zu besserer Bewegung zu ermutigen, statt einfach nur unterstützend zu wirken.

Das ausgezeichnete System wurde 2013 in den europäischen Markt eingeführt. An der Entwicklung beteiligte Zentren wie das Zentrum für Rehabilitation in Pforzheim, die Schmieder-Kliniken in Allensbach und die Segeberger Klinik in Bad Segeberg waren die ersten Einrichtungen in Deutschland, die die bahnbrechende Vector-Elite-Technologie einsetzen konnten. Kürzlich wurde die erste Schiene mit zwei Vector-Wagen in den Berner Kliniken, Crans Montana, Schweiz installiert. Das gesamte Team ist begeistert über die Aussicht, dass diese moderne und einzigartige Technologie die Arbeit in den Berner Kliniken erleichtern wird. Im November wird die erste Asklepios Klinik, die Stadtklinik Bad Tölz, das lang erwartete Vector-System erhalten. Diese Anschaffung wurde getätigt, nachdem die Asklepios Group die Klinik erworben hatte. Bis zum Jahresende werden noch weitere Vector-Elite-Systeme in der Schweiz und verschiedenen anderen Ländern in Europa installiert.

Die Möglichkeiten, die die Vector-Vorrichtung für die unterschiedlichen Patienten mit Rückenmarksverletzung, Schlaganfall und Schädel-Hirn-Trauma oder nach einer Amputation bietet, sind unbegrenzt und passen gut zu bestehenden modernen Konzepten fortlaufender maximaler Therapieangebote und aktivitätsbasierter Therapie. Das Vector-System vervollständigt die anregende und vielfältige Therapie, die bereits von Therapeuten, Patienten und deren Familien eingesetzt und genossen wird.

Beim ENCR 2015 in Wien vom 2.-4. Dezember wird das Bioness Vector Gait and Safety System® vorgeführt und kann von interessierten Besuchern ausprobiert werden.

Kontakt und Informationen:
Eelcko Henstra / Manager Rehab Technologies
eelcko.henstra@nl.bioness.com
www.bionessvector.com

TERMINE

28.01.–30.01.

Berlin

ANIM 2016

i Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH, Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena, Frau Kaiser, Tel.: 03641/3116281, E-Mail: ulrike.kaiser@conventus.de, www.anim.de

29.01.–31.01.

Stuttgart

TheraPro

i Landesmesse Stuttgart GmbH, Kompetenz-Team Wirtschaft & Bildung / Medizin & Gesundheit, Anja Bräutigam

25.02.–26.02.

Berlin

10. Nachsorgekongress der ZNS - Hannelore-Kohl-Stiftung

i ZNS - Hannelore Kohl Stiftung, Nicola Jung, Tel.: (0228) 97845-40, E-Mail: info@nachsorgekongress.de

02.03.–05.03.

Jena

53. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Epileptologie e. V.

i Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH, Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena, Ulrike Kaiser, Tel.: 03641/3116-347, E-Mail: epilepsie@conventus.de, www.epilepsie2016.de

10.03.–12.03.

Würzburg

19. Würzburger Aphasie-Tage

i Zentrum für Aphasie & Schlaganfall, Thomas Hupp, Tel.: 0931/29975-15, E-Mail: hupp@aphasie-unterfranken.de, www.aphasie-unterfranken.de

15.03.–16.03.

Düsseldorf

II. International Conference on Deep Brain Stimulation (DBS)

i Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH, Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena, Frau Kaiser, Tel.: 03641/3116281, E-Mail: ulrike.kaiser@conventus.de, www.dbs-conference.de

16.03.–19.03.

Düsseldorf

60. DGKN-Jahrestagung

i Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH, Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena, Frau Kaiser, Tel.: 03641/3116281, E-Mail: ulrike.kaiser@conventus.de, www.dgkn-kongress.de

19.04.–22.04.

Leipzig

9th International Symposium on Neuroprotection and Neurorepair (ISN&N)

i event lab, Annika Sauerland, Tel.: 0341/240596-62, E-Mail: asauerland@eventlab.org, www.neurorepair-2016.de

21.04.–24.04.

Bochum

42. Jahrestagung der Gesellschaft für Neuropädiatrie

<http://gnp-kongress.de/> wikonect GmbH Tel.: 0611/204809-0 E-Mail: info@wikonect.de

04.05.–07.05.

Hannover

3rd International Congress on Treatment of Dystonia

INTERPLAN-Congress Tel.: 040/32 50 92 57 www.treatment-of-dystonia.org

11.05.–13.05.

Karlsruhe

REHAB, Internationale Fachmesse für Rehabilitation, Therapie und Prävention

www.rehab-karlsruhe.com

28.05.–31.05.

Kopenhagen

2nd Congress of the European Academy of Neurology 2016

European Academy of Neurology Head Office Tel.: +43 1 889 05 03 E-Mail: headoffice@eaneurology.org www.eaneurology.org/copenhagen2016

15.06.–18.06.

Greifswald

Summer School Neurorehabilitation 2016

Alfried Krupp Wissenschaftskolleg Greifswald, 17487 Greifswald tagungsbuero@wiko-greifswald.de <http://www.wiko-greifswald.de>

19.06.–23.06.

Berlin

20th International Congress of Parkinson's Disease and Movement Disorders

MDS Congress Staff, Tel.: +1 414-276-2145, E-Mail: congress@movementdisorders.org

29.06.–01.07.

Mühlheim

14. Stroke Summer School der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft

PD Dr. E. Busch-Klinik für Neurologie -St. Josef Krankenhaus GmbH -MoersProf. Dr. M. Siebler -Klinik für Neurologie -MediClin-Fachklinik Rhein / Ruhr -EssenVTO Karin Schilling GmbH

03.09.

Bremerhaven

Neuro 2016

WFB Wirtschaftsförderung Bremen, Korula Grimm, Tel.: 0421/3505-206 E-Mail: grimm@messe-bremen.de www.neuro2016.de

07.09.–10.09.

Stuttgart

Jahrestagung von DGGG, DGG, SGG/ SSG, SFGG/ SPSG und ÖGGG

Aey Congresse GmbH Tel.: 030/2900659-4 E-Mail: dggg2016@aey-congresse.de

14.09.–17.09.

London

ECTRIMS 2016

21.09.–24.09.

Mannheim

DGN

m:con manheim:congress GmbH und DGN Dienstleistungsgesellschaft, David Friedrich, Tel.: 030/5314379-41 E-Mail: friedrich@dgn.org

01.12.–03.12.

Bonn

6. Gemeinsame Jahrestagung der Dt. Ges. f. Neurorehabilitation e. V. (DGNR) und der Dt. Ges. f. Neurotraumatologie und Klinische Neurorehabilitation e. V. (DGNKN)

Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH, Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena, Claudia Voigtmann, Telefon +49 3641 3116-335, Telefax +49 3641 3116-243 claudia.voigtmann@conventus.de www.conventus.de

Greifswald, 15. – 18.06.2016

Summer School Neurorehabilitation 2016

Ein Neurorehabilitation-Update in drei Tagen. Dicht gepackt und trotzdem aufgelockert – eine gute Gelegenheit klinische Praxis in der Neurorehabilitation im Überblick und »brandaktuell« kennenzulernen. Ein guter Start für Personen, die noch nicht lange in der Neurorehabilitation tätig sind und ideal für alle, die Ihre Erfahrungen mit dem aktuellen Stand der klinischen Wissenschaft abgleichen wollen: Motorik, Schlucken, Sprache, visuelle Wahrnehmung, Kognition, Bewusstseinstörungen und Emotion werden thematisiert, aber auch allgemeinere Aspekte wie Teamarbeit, therapeutische Pflege oder neurobiologische Grundlagen der Neurorehabilitation. So multiprofessionell wie die Neurorehabilitation ist, ist das Format für alle Berufsgruppen des Neuro(früh)reha-Teams geeignet. Die Themen bilden ein Europäisches Curriculum ab; die Neurorehabilitation Summer School 2016 ist auch eine Fortbildungsinitiative der Weltföderation Neurorehabilitation WFNR. Seien Sie dabei und bringen Sie andere Teammitglieder mit!

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. med. Thomas Platz
Chefarzt und Ärztlicher Direktor
BDH-Klinik Greifswald GmbH
Neurologisches Rehabilitationszentrum
und Querschnittgelähmtenzentrum
Aninstitut der Ernst-Moritz-Armdt-Universität
Karl-Liebknecht-Ring 26a
17491 Greifswald

Veranstaltungsort:

Alfried Krupp Wissenschaftskolleg Greifswald
17487 Greifswald
tagungsbuero@wiko-greifswald.de
<http://www.wiko-greifswald.de>

Berlin, 25. – 26.02.2016

10. Nachsorgekongress

»Wege von der medizinischen Rehabilitation
in die Teilhabe – Lösungsansätze!«

Veranstalter:

Arbeitsgemeinschaft Teilhabe – Rehabilitation, Integration
und Nachsorge nach Schädelhirnverletzung

Veranstaltungsort:

Eventpassage Berlin,
Kantstraße 8
10623 Berlin

www.nachsorgekongress.de

SCHRITT FÜR SCHRITT NEUE WEGE IN DEN ALLTAG



DAS LEBEN NEU LEBEN LERNEN –

vor dieser großen Herausforderung stehen Menschen, die eine Schädigung des Nervensystems erworben haben.

Im P.A.N. Zentrum für Post-Akute Neurorehabilitation bieten wir diesen Menschen nach Beendigung der medizinischen Rehabilitation die besten Bedingungen für ihren Weg zurück in den Alltag.

Durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Neurologen, Neuro-Psychologen, Neuro-Pädagogen und

Therapeuten, sowie durch die Einbeziehung aktueller Forschungsergebnisse erkennen wir das Potenzial jedes Einzelnen und schöpfen es aus.

Unser Ziel ist es, die Menschen wieder zu befähigen, ambulant und möglichst selbstständig zu leben. Vielen gelingt dieser Schritt innerhalb von 18 bis 24 Monaten.

P.A.N. ZENTRUM

FÜR POST-AKUTE NEUROREHABILITATION

IM FÜRST DONNERSMARCK-HAUS BERLIN-FROHNAU
EINE EINRICHTUNG DER FÜRST DONNERSMARCK-STIFTUNG

Wildkanzelweg 28 | 13465 Berlin

Es berät Sie: Prof. Dr. med. Stephan Bamborschke

Leitender Arzt des P.A.N. Zentrums

Tel. (030) 40 606-231 | Fax (030) 40 606-340

E-Mail: bamborschke.fdh@fdst.de

www.panzentrum.de



VORSCHAU 6 | 2015

SCHWERPUNKTTHEMA

Zum 50. Todestag Kurt Goldsteins

Gastherausgeber: P. Frommelt, H. Grötzbach

Kurt Goldsteins Konzeption der neurologischen »Katastrophenreaktionen« aus heutiger Perspektive

F. W. Stahnisch

The narrative hinge between the neurology and the psychology of neurotraumatic responses

M. I. Medved, J. Brockmeier

Die Krise der Neurologie in erkenntnistheoretischer Weise Kontroverse zwischen Viktor von Weizsäcker, Kurt Goldstein und Otfried Foerster zum Lokalisationsprinzip 1930

W. Rimpau

Roland Kuhn: Zum Problem der ganzheitlichen Betrachtung in der Medizin – Ein Beitrag zum 50. Todestag Kurt Goldsteins

H. G. Müldner

Kurt Goldstein's innovative approach of neuropsychological assessment

P. Eling

Was bedeuten aphasische Symptome? Die Position von Goldstein und Gelb

H. Grötzbach, L. Spitzer

Einsame Entscheidungen. Zur Wiederkehr einer Problemkonstellation im Werk von Kurt Goldstein

G. Kreft

Goldstein und die Entwicklung der Neurorehabilitation

P. Frommelt

TAGUNGEN & KONGRESSE

Fatigue und MS: Pathogenese und Behandlung

Abstracts der Vorträge

Nachlese DGN 2015

Änderungen vorbehalten

Hinweise für Autoren

NEUROLOGIE & REHABILITATION veröffentlicht Originalarbeiten aus den Gebieten der rehabilitativen Neurologie, der Neuropsychologie, Physikalischen Medizin und Neurologischen Psychosomatik. Die Arbeiten können in Form eines Übersichtsartikels, einer Mitteilung von Forschungsergebnissen, eines Kommentars sowie als Einzelfalldarstellungen eingereicht werden. Die Beiträge müssen druckreif sein und sollten einen Umfang von 75.000 Zeichen inkl. Leerzeichen möglichst nicht überschreiten. Die genauen Formattierungshinweise entnehmen Sie bitte dem Internet (www.hippocampus.de/Autorenhinweise.12303.html). Einreichungen per E-Mail sind willkommen.

Adressaten:

Die Manuskripte richten Sie bitte wahlweise an:

- Prof. Dr. Ch. Dettmers, Kliniken Schmieder Konstanz, Eichhornstr. 68, 78464 Konstanz, c.dettmers@kliniken-schmieder.de
- Prof. Dr. Dr. P. W. Schönle, Schubertstr. 10, 78464 Konstanz, paul.schoenle@uni-konstanz.de
- Prof. Dr. C. Weiller, Neurologische Universitätsklinik, Breisacher Str. 64, 79106 Freiburg, cornelius.weiller@uniklinik-freiburg.de

und in Kopie an den Verlag (verlag@hippocampus.de).