

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 »Praxischock« 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 einer 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 verschiedenen 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.

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))

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. komplexer 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

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)

Kapitel 1: Allgemeiner Teil

– Leistungen zur Teilhabe
– Ablauf des Rehabilitationsprozesses
– Akteure
– Grundsätze zur Gestaltung des Rehabilitationsprozesses
– Anforderungen an die Zusammenarbeit
– Auskunft, Beratung und Unterstützung
– Zugänglichkeit/Barrierefreiheit
– Datenschutz

Kapitel 2: Ausgestaltung des Rehabilitationsprozesses

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

Kapitel 3: Schlussvorschriften Berichterstattung

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 Verschiebehahnhöfen 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 a 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, Bergemann 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: Teilhabesicherung nach Schlaganfall. Das Gesundheitswesen 2015; 77: 513-523
34. Risse G, Börkel B, Reuther P. Ambulant/mobile berufliche Wiedereingliederung in der Neurologie. Neurol Rehabil 2012; 18: 321-341.
35. 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.
36. Rollnik JD. Der Barthel-Index als Verweildauer-Prädiktor in der neurologischen Rehabilitation. Rehabilitation 2009; 48: 91-94.
37. 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.
38. Schlote A, Poppendieck U, Möller C et al. Kenntnis von Unterstützungsangeboten nach erstem Schlaganfall. Rehabilitation 2008; 47: 31-38.
39. Schmidt-Ohlemann M: Phase E der Neuro-Rehabilitation als Brücke zur Inklusion Neurol Rehabil 2015; 21(5): 237-245.
40. 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.
41. Schupp W. (Anschluss)Rehabilitation und Nachsorgebetreuung von Schlaganfallpatienten. Wiederherstellung und Erhalt von Funktionen, Aktivitäten und Teilhabe. Rehabilitation 2014; 53: 408-421.
42. 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.
43. Stähler T. Phase E im SGB IX: Wie können Überlegungen dazu in das Leistungsrecht einfließen? Neurol Rehabil 2015; 21(5): 269-274
44. VdR: Phaseneinteilung der neurologischen Rehabilitation: Rehabilitation 1995; 34, 119-127.
45. WHO: Community-based-rehabilitation (CBR) Empfehlung der WHO 2013) <http://www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/en/> (Zugriff 10.03.2015).
46. 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