

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 Rehapphasen (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 kurativmedizinisch 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