

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

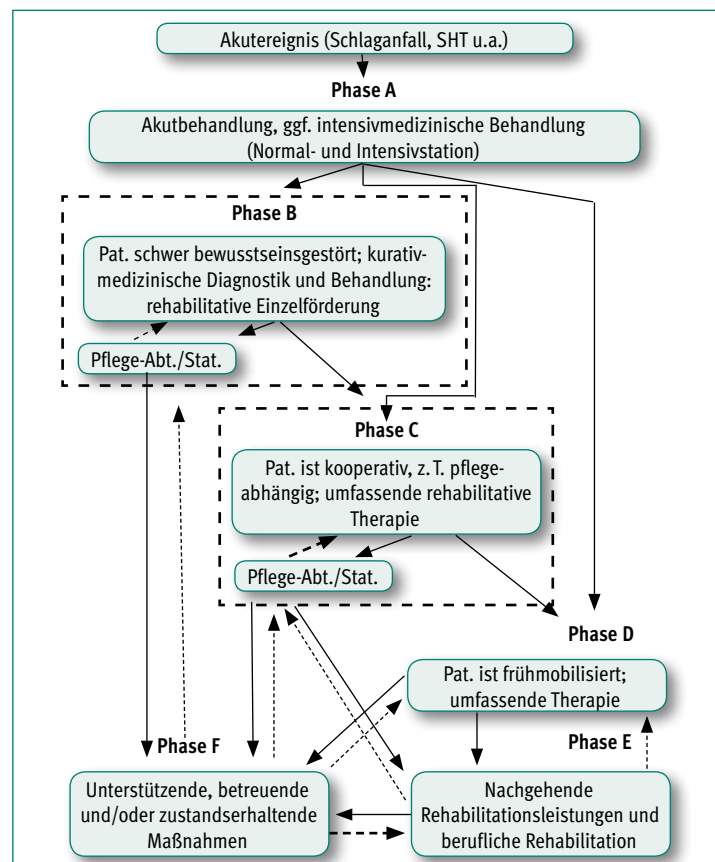
Auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation sind im Verlauf der letzten 20 Jahre die folgenden Empfehlungen zur neurologischen Rehabilitation erarbeitet und beschlossen worden:

- 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.

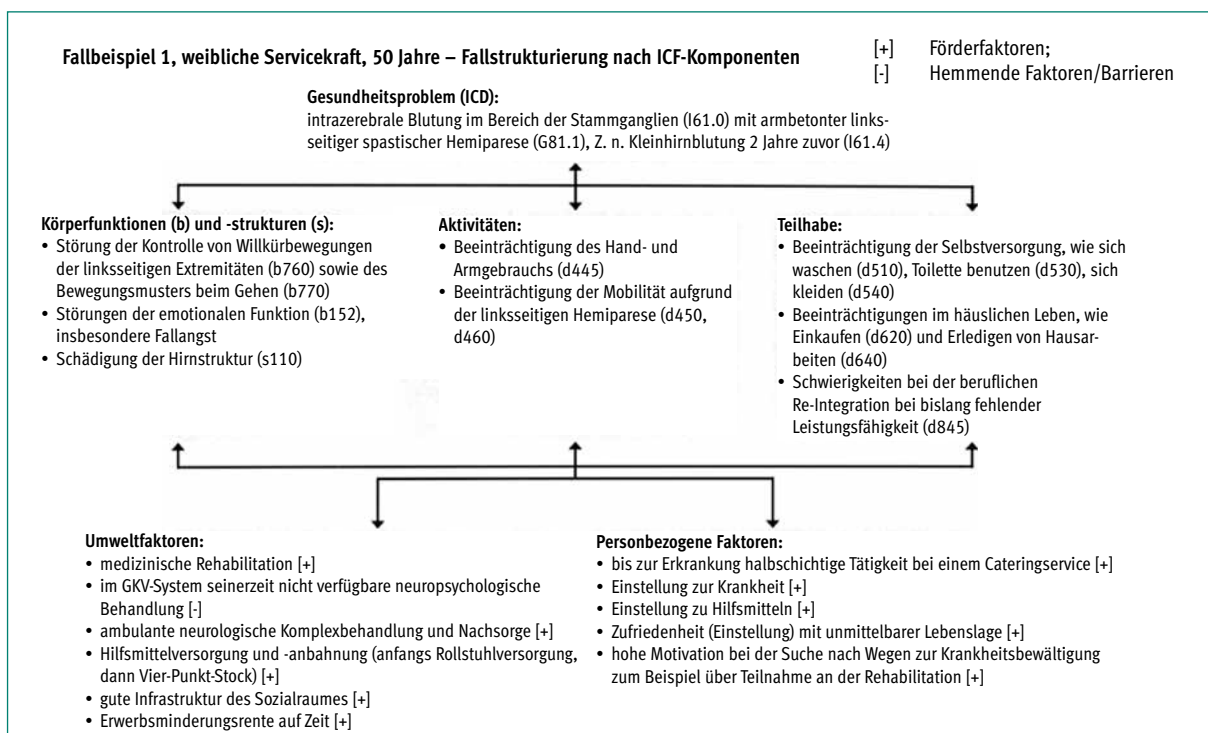
Vor diesem Hintergrund ist Inhalt der Empfehlungen im Einzelnen:

- 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: Teilhabeplanung

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

Für das Vorgehen bei der Teilhabeplanung 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 Teilhabeplanung konsensorientiert gestaltet wird;
- der Teilhabeplan 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 Teilhabeplans 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 Teilhabeplanung 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 Eingliederungshilfereform

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