

Phase E der Neuro-Rehabilitation als Brücke zur Inklusion

**Positionen von Experten aus der DVfR zur Postakuten
Rehabilitation und Nachsorge für Erwachsene mit
erworbenen Hirnschädigungen**

Februar 2014

| | |
|---|----|
| 1. Einleitung..... | 3 |
| 2. Grundsätzliche Überlegungen zur Ausgestaltung der Phase E | 5 |
| 3. Der Personenkreis für die postakute Neuro-Rehabilitation der Phase E..... | 10 |
| 4. Störungsbild-Spezifik und Neurokompetenz | 15 |
| 5. Sozialräumliche Organisation der Versorgung: Erreichbarkeit und Verfügbarkeit durch Vorhalten entsprechender Versorgungsstrukturen | 16 |
| 6. Inhaltliche Gestaltung der Phase E und Aspekte der Leistungserbringung | 17 |
| 6.1 Medizinische Rehabilitation <i>vor der Phase E</i> | 20 |
| 6.2 Weitergehende medizinische Leistungen zur Teilhabe und andere Versorgungsleistungen <i>in der Phase E</i> | 21 |
| 6.3 Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft <i>in der Phase E</i> | 27 |
| 6.4 Teilhabe am Arbeitsleben <i>in der Phase E</i> | 32 |
| 6.5 Teilhabeorientierung von Leistungen <i>im Anschluss an Phase E</i> : Phase F und andere Möglichkeiten der Tagesstrukturierung und -förderung, Beschäftigung, medizinischen Versorgung und sozialen Eingliederung..... | 34 |
| 6.6 Vernetzung von Leistungen der Teilhabe und Krankenbehandlung <i>während der Phase E</i> sowie Leistungen der Krankenbehandlung <i>nach Phase E</i> als Langzeitversorgung..... | 35 |
| 7. Wissenschaftliche Begleitung, Qualitätssicherung, Teilhabe- und Wirksamkeitsforschung | 42 |
| 8. Forderungen der DVfR..... | 43 |
| 9. Anhang | 49 |
| Anhang 1: Exkurs zur Störungsbildspezifik der neurologischen Rehabilitation und Nachsorge | 49 |
| Anhang 2: Neurokompetenz, Neuro-Rehapädagogik, Inter- und Transdisziplinarität | 52 |
| Anhang 3: Leistungen in der Phase E – eine Übersicht über erforderliche Leistungselemente, -prinzipien, -strukturen und Qualifikationen..... | 53 |
| Anhang 4: Hinweise auf weiterführende Literatur | 61 |
| Anhang 5: Optionale Zielbereiche für weitergehende Leistungen der Rehabilitation zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft i. S. von Performance (konkrete Umsetzung im realen Lebensraum) | 66 |
| Anhang 6: Abkürzungsverzeichnis | 69 |
| Anhang 7: Mitglieder des Ad-hoc-Ausschusses „Postakute Neuro-Rehabilitation und Nachsorge Erwachsener“/Autoren des Positionspapiers | 70 |

Phase E der Neuro-Rehabilitation als Brücke zur Inklusion – Positionen von Experten aus der DVfR zur Postakuten Rehabilitation und Nachsorge für Erwachsene mit erworbenen Hirnschädigungen¹ –

1. Einleitung

Die moderne neurologische Rehabilitation in Deutschland hat sich grundsätzlich bedarfsgerecht entwickelt. Auch folgte ihre Gestaltung im Rahmen des „Phasenmodells“² bereits lange vor dem Inkrafttreten des SGB IX einer Orientierung am Gedanken der Partizipation.

Die DVfR hat sich seit 2001 und besonders nach Inkrafttreten der UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) intensiv mit besonderen Anforderungen an die Rehabilitation für diejenigen Personen befasst, die im Lauf ihres Lebens Schädigungen des Zentralnervensystems (ZNS) mit erheblichen und längerfristigen Folgen für ihre Teilhabemöglichkeiten erlitten haben.

Dies hat seinen Grund darin, dass die speziellen Bedürfnisse dieser Personengruppe mit erworbenen Schädigungen des ZNS im Gesundheitsversorgungssystem und im Rehabilitationssystem bis heute häufig keine ausreichende Berücksichtigung finden. So finden Betroffene unmittelbar im Anschluss an die kompakten Leistungsphasen A–D, also nach der initialen postakuten stationären Rehabilitation, kein Leistungsangebot, das ihre Teilhabe- und Inklusionsbedürfnisse umfassend in den Blick nimmt. Das Leistungsangebot der Phase E ist bislang auf wenige Elemente der medizinisch-beruflichen Rehabilitation beschränkt.

Die Zahl der Betroffenen mit bisher nicht ausreichend berücksichtigtem Bedarf an Teilhabeleistungen lässt sich nur schwer bestimmen. Je 100.000 Einwohner treten im Jahr ca. 350 zerebrovaskuläre Erkrankungen (z. B. Schlaganfall) und ca. 300 Schädelhirnverletzungen auf. Hinzu kommen Hirnschädigungen bei chronischer Erkrankung wie z. B. MS, Parkinson u. a. Ein Teil dieser Betroffenen verzeichnet sehr schwer überwindbare Teilhabeeinschränkungen, die eine intensive Behandlung und Teilhabeförderung erfordern.³ Diese Personengruppen weisen ausgeprägte, dauerhafte Beeinträchtigungen der Körperstrukturen, Funktionen und der Aktivitäten auf, wodurch im Zusammenwirken mit den Kontextfaktoren ihrer Lebenswelt die Teilhabe und Inklusion erheblich erschwert sind. Zudem bestehen oft erhebliche Belastungen im Sinne von Lebenserschwernissen durch weiterhin notwendige Behandlungen und Bewältigung von Krankheitsfolgen und Komplikationen.

Die DVfR sieht für diesen Patientenkreis die Notwendigkeit, vorhandene Angebote auf den speziellen Bedarf auszurichten, in der Phase E vernetzt bereitzustellen und weiterzuentwickeln.

¹ Bei dem vorliegenden Papier handelt es sich um die ausführliche Expertise zu der kurz gefassten Stellungnahme der DVfR „Phase E der Neuro-Rehabilitation als Brücke zur Inklusion“, verabschiedet am 18.3.2013; www.dvfr.de.

² Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (1995): Phaseneinteilung in der neurologischen Rehabilitation. *Rehabilitation* 34 (3): 119–127.

³ Inzidenz der neurologischen Morbidität (Angaben zu Neuerkrankungen im Jahr je 100.000 Einwohner): zerebrovaskuläre Krankheiten (ICD I 60-69) bis zu 350 mit Zunahme im Alter, Schädelhirnverletzung (ICD S 0 6.9) bis zu 300 (davon ca.10% Kinder/Jugendliche), Parkinsonsyndrome ICD G 20-25 bis zu 200 mit Zunahme im Alter, Multiple Sklerose ICD G 35 bis zu 150, sonstige neurologische und neuromuskuläre Erkrankungen bis zu 50.

Die vorliegende Expertise nimmt in einem ersten Schritt Betroffene im Alter zwischen ca. 18 und 70 Jahren⁴ in den Blick. Charakteristisch für diese Personengruppe ist, dass sie *keinen Zugang mehr* zu einem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) haben und diagnoseübergreifende geriatrische Behandlungsansätze mit neurologischem Schwerpunkt auf Grund des Alters noch nicht erforderlich sind. Die schädigungsbezogene Akutbehandlung ist im Wesentlichen abgeschlossen und es besteht über die (Früh-)Rehabilitation (Phasen B–D) hinaus weiterer Teilhabe-Förderbedarf. Dieser auf Weiterversorgung in einer „Phase E“ angewiesene Personenkreis umfasst mindestens 50.000, schätzungsweise sogar bis zu 70.000 neue Fälle pro Jahr.⁵

Ihre Teilhabe am Arbeitsleben, am Familienleben, am Leben in der Gemeinschaft sowie ihre persönliche Entwicklung, ihre Selbstständigkeit und Selbstbestimmung sind erheblich tangiert. Oft besteht ein Hilfe- und Pflegebedarf über alle Phasen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation hinaus fort, in einzelnen Fällen sogar auf Dauer.

Das benötigte Phase E-Leitungsangebot wurde schon vor vielen Jahren angedacht, aber bisher weder umfassend definiert noch praktisch entwickelt. In der Phase E der neurologischen Rehabilitation muss der wesentliche Inklusionsschritt des Übergangs von der stationären medizinischen Rehabilitation in die individuelle Lebenswelt, mit Aufnahme der alltäglichen praktischen Verrichtungen zu Hause und im Beruf unterstützt werden⁶. Zielperspektive ist, eine umfassende Teilhabe und Inklusion zu erreichen. Deshalb definiert die DVfR die Phase E der Neuro-Rehabilitation als **Brücke zur Inklusion** (vergl. Stellungnahme der DVfR vom 18.3.2013).

Im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention (Art. 26 BRK) zielt Rehabilitation auf eine Teilhabe in allen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens einschl. der Teilhabe am Arbeitslebens und somit auch auf die Verhütung oder Verminderung von Behinderungen in allen Lebensweltbereichen. Länger dauernde Abhängigkeit von Sozialleistungen, von Fremdhilfe- oder sonstigen Unterstützungsleistungen wie Pflege, Eingliederungshilfe oder Leistungen zur (Um-)Gestaltung der individuellen Umwelt sollen reduziert oder vermieden werden. Ebenso ist dem Aufzehren der persönlichen Ressourcen Betroffener (Einkommen, Vermögen wie auch Energien, Leistungsfähigkeit und Durchhaltevermögen des Individuums und seiner Angehörigen) entgegenzuwirken. Zugleich aber

⁴ Die Altersgrenzen sind nicht als ausschließliche Grenzen gemeint, da es auch unterhalb von 18 Jahren und oberhalb von 70 Jahren analoge Bedarfe geben kann, die durch die Neuro-/Sozialpädiatrie bei Jüngeren bzw. die Neuro-Geriatrie bei Älteren nicht abgedeckt werden.

⁵ Der Bedarf an Phase-E-Leistungen kann nach bislang verfügbarem Datenmaterial der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, der Rehabilitationsträger und der Versorgungsforschung lediglich grob geschätzt werden. Mit ausreichender Wahrscheinlichkeit lassen sich bei geschätzt 50.000 bis 70.000 Patienten pro Jahr aus ihrer neurologischen Morbidität relevante Phase-E-Versorgungsbedarfe ableiten. Die Mehrzahl der Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen wird einen solchen Bedarf nicht entwickeln. Die verfügbaren Daten zur Inzidenz einer Erkrankung (Neuerkrankung im Zeitraum) und zur Prävalenz (Erkrankungslast der Population) aller wesentlichen neurologischen Krankheitsbilder und der dadurch bedingten Morbiditäts-, Schwerbehinderungs- und Verlaufsdaten erlauben gewisse Rückschlüsse auf einen Versorgungsbedarf in der Phase E. Für die vorliegende Handreichung der DVfR wurden (ohne Anspruch auf Vollständigkeit) folgende Datenquellen analysiert: Wittchen H-U et al. (2011), Gustavsson A et al. (2011), Stolz S (2009), Rickels E et al. (2006), Wallesch CW et al. (2008), Scheid R und von Cramon Y (2010), Heuschmann PU et al. (2010), Schneider K et al. (2009), Truelsen T et al. (2006), Kolominsky-Rabas PL et al. (2006), „QS Schlaganfall Hessen“ (2010), Hoeß U et al. (2008), Behrens J et al. (2009), GEK Heil- und Hilfsmittel-Report (2007), Nolte CH et al. (2009), Dietl M et al. (2009), Schwarz J und Storch A (2007), Ehret R et al. (2009), Dengler I et al. (2006), Spottke EA et al. (2005), Flachenecker P et al. (2008) sowie Walbert T et al. (2007).

⁶ Auch in dieser Phase können Leistungen durch Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation erforderlich sein, auch wenn diese in der Regel mit zeitweiser stationärer Unterbringung verbunden sind.

soll jeder Mensch die umfassende Unterstützung erhalten, die zur Teilhabe benötigt wird. Alle Lebensbezüge – Bildung, Arbeit und Alltagsleben in der Gemeinschaft – sollen hier gleichrangig beachtet werden. Dabei wird unterstellt, dass Rehabilitation auf höhere Lebensqualität und Kompetenzentwicklung im Sinne der Chancengleichheit hinarbeitet sowie eine Verbesserung der Funktionsfähigkeit im Sinne der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) anstrebt. Leitbild ist die Inklusion im Sinne der BRK, hier besonders ausgerichtet an Artikel 26.

Die Phase E stellt eine der Phasen innerhalb der neurologischen Rehabilitation von A bis F (Phasenmodell von VDR und BAR 1995) dar, deren Aufgabe bislang schwerpunktmäßig in medizinisch-beruflicher Rehabilitation gesehen wurde. Sie muss nun im Blick auf die gesellschaftliche Teilhabe insgesamt und damit auch auf alle anderen Teilhabebereiche, die Entwicklung der Persönlichkeit, die Ermöglichung von Selbständigkeit und Selbstbestimmung sowie die Verminderung der Gesundheitsprobleme weiterentwickelt werden. Dazu macht die DVfR in diesem Positionspapier Vorschläge.

Damit sollen auch vorhandene Unzulänglichkeiten der bisherigen Durchführung der Phase E sowie die so genannten Schnittstellenprobleme an den Übergängen zwischen den Phasen oder zwischen stationären und ambulanten Versorgungsformen nach Möglichkeit beseitigt werden.

2. Grundsätzliche Überlegungen zur Ausgestaltung der Phase E

Bei den Überlegungen zur Gestaltung der Phase E lässt sich die DVfR von folgenden Grundüberzeugungen leiten:

- 1. Bereichs- und strukturübergreifender Charakter der Phase E:** Die Phase E der neurologischen Rehabilitation widmet sich der Vorbereitung und Umsetzung der Integration und Inklusion in die Gesellschaft – speziell Ausbildung, Beruf, Gemeinschaft – mit dem Ziel einer selbstbestimmten Teilhabe. Dafür müssen im Einzelfall medizinische, schulische, berufliche und soziale Leistungen zur Teilhabe erbracht und ggf. miteinander kombiniert werden können. Hierbei können also – auch zur modularen und nichtstationären medizinischen Förderung von Teilhabe – spezifische Leistungsbündel notwendig sein mit Leistungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation, geförderter schulischer Bildung (auch z. B. im Internat), der Teilhabe am Arbeitsleben, Vorkehrungen zur Sicherung von Inklusion im Sinne der Familien- und Hausarbeit, des unterstützten Wohnens oder der Assistenz im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft sowie zusätzlich Leistungen aus der Krankenbehandlung, aus dem Bildungssystem u. ä. (vgl. z. B. § 26 Abs. 3 SGB IX, § 33 SGB III – Berufsorientierung).
- 2. Brückenfunktion zum Alltagsleben:** Oft entscheidet sich erst in der Phase E, die den anderen Phasen der neurologischen Rehabilitation i. d. R. folgt (siehe unten), der Rehabilitationserfolg, zumindest im Bereich von Aktivitäten und Teilhabe: Nach der Akutbehandlung und ggf. nach anderen Neuro-Rehabilitationsphasen werden in der Phase E ergänzend die Grundlagen gelegt, die für das Gelingen oder Misslingen der sozialen und beruflichen Teilhabe entscheidend sein können. Dazu gehört insbesondere auch, dass die Voraussetzungen für ein langfristiges, nachhaltig teilhabeorientiertes Versorgungskonzept – bestehend aus Leistungen der

nichtstationären medizinischen Rehabilitation und der Krankenbehandlung – geschaffen werden.

3. **Netzwerkaspekte der Phase E:** Bei Wiedererlangung und Absicherung von Teilhabe für jede(n) Betroffene(n) ist stets zu beachten, dass primäre soziale Netzwerke dieser Person für den Erfolg medizinischer Behandlung und den sozialen Eingliederungserfolg oft zentrale Bedeutung haben. Deshalb sind deren Ressourcen meist unverzichtbar. Auch viele andere Kontextfaktoren aus der Lebenswelt können wesentliche Barrieren oder Förderfaktoren sein. Dazu gehören u. a. auch Art, Umfang und Verfügbarkeit benötigter sozialer Leistungen, die durch entsprechend kompetente Dienste und Einrichtungen bedarfsgerecht zu erbringen sind. Die Stärkung primärer und sekundärer sozialer Netzwerke ist in Phase E gerade dafür von entscheidender Bedeutung, dass die Eingliederung tatsächlich gelingt und nicht bereits im Ansatz scheitert. In diesem Zusammenhang können Selbsthilfegruppen oder Organisationen der Betroffenen wesentliche Hilfen geben. Auch aufsuchende mobile Rehabilitationsangebote können die primären Netzwerke vor Ort nachhaltig unterstützen und fördern.
4. **Betroffene Personen für eine Phase-E-Rehabilitation:** Bedarf an Leistungen der Phase E haben in der Regel diejenigen Menschen, die auch nach einer Krankenhausbehandlung und/oder nach dem Durchlaufen erster Rehabilitationsangebote noch relevante und nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen ihrer Funktionsfähigkeit aufweisen – vor allem im Bereich der Motorik, der Sinnesfunktionen, sonstiger Organsysteme und/oder im Sinne neuropsychologischer Störungen (neuro-kognitive und/oder organisch-psychische Störungen) – und die deswegen in ihrer Fähigkeit zur Teilhabe am Leben auf Dauer oder zumindest langfristig beeinträchtigt sind. Mögliche reaktive und psychische Beeinträchtigungen sowie psychiatrische Comorbiditäten sind gesondert zu beachten. Bei Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen liegen neben körperlichen und funktionellen Beeinträchtigungen meist auch spezifische Beeinträchtigungen im Bereich der Neuropsychologie vor, die die Handlungsoptionen der Betroffenen erheblich einschränken. In ihrer Störungsbildspezifik (vgl. [Anhang 1](#)) unterscheiden sich diese Personengruppen von anderen Rehabilitanden und benötigen deshalb spezifische (sog. neurokompetente) Rehabilitationsangebote.
5. **Die individualisierte Phase E ist oft entscheidend für den Reha-Erfolg:** Grundsätzlich sollte für diese Personengruppe ggf. jeweils nach den Phasen B, C oder D stets geprüft werden, ob eine Teilhabeplanung mit einem Überleitungskonzept erforderlich ist, das ggf. eine eigenständige Phase E als nichtstationäre (oder im Einzelfall auch stationäre) „Brücke zur Inklusion“ vorsieht. Liegt nämlich eine relevante längerfristige Beeinträchtigung der Teilhabe vor oder ist eine solche zu erwarten, stellt sich stets die Frage nach den Möglichkeiten einer langfristigen und dauerhaften Förderung und Sicherung der Teilhabe, und zwar unabhängig vom bereits erreichten Aktivitäts- und Funktionsgrad. Da Teilhabebeeinträchtigungen personbezogen und stark von Kontextfaktoren abhängig sind, sollte die Phase E jeweils individuell und nur ausgerichtet auf konkrete Bedarfe, die mit Bezug auf Art und Umfang der Teilhabebeeinträchtigung sowie die individuelle Lebenssituation und Lebenswelt völlig unterschiedlich sein können, gestaltet werden. Das heißt, es muss möglich sein, individuumbezogen ein passendes Unterstützungspaket zur Teilhabeförderung zu schnüren, das unterschiedliche Komponenten sowohl der Rehabilitation als auch aus anderen Leistungsbereichen aufweist, z. B. aus der Krankenbehandlung, dem Bildungssystem etc., und welches die Ressourcen des primären sozialen

Netzwerks sowie die Unterstützung aus anderen sozialen Netzwerken bzw. aus den Sozialräumen mit enthält.

6. **Bedarfsgerechte Versorgungsangebote erfordern Spezialisierung und Sozialraumbezug.** Die DVfR geht davon aus, dass für die hier beschriebenen Zielgruppen die vorhandene ambulante und stationäre Regelversorgung in den Bereichen Krankenbehandlung, medizinische Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie am Leben in der Gemeinschaft auf Grund mangelnder Spezialisierung, unzureichender Neurokompetenz bzw. weiterer oftmals fehlender Voraussetzungen meist nicht ausreicht, um die Bedarfe so zu decken, wie § 10 SGB IX es verlangt⁷, um Teilhabe nachhaltig zu ermöglichen oder zu sichern. Denn hoch spezialisierte Leistungen mit Neurokompetenz in medizinischer, beruflicher und sozialer Hinsicht sind durchaus nicht überall flächendeckend und zuverlässig in der nötigen Qualität, Quantität und Erreichbarkeit verfügbar. Der Entwicklungs-, Nachbesserungs- und Ergänzungsbedarf teils im Regelsystem, teils aber auch bei spezialisierten Angeboten, ist daher zu klären. Nötig ist dazu eine Regionalanalyse mit Darstellung und Bewertung vorhandener (dafür geeigneter) Dienste und Einrichtungen. Diese Analyse soll sich auf verschiedene Sozialräume beziehen und betrifft somit auch unterschiedliche „Planungsräume“ (neben dem Nahbereich meist den regionalen und ggf. den überregionalen sowie nationalen Versorgungsbereich).⁸
7. **Eigene Leistungsdefinitionen der Sozialleistungsträger sind unverzichtbar:** Bei der Gestaltung der nötigen Hilfen ist zu berücksichtigen, dass es für die verschiedenen Sozialleistungen eindeutige Leistungsbeschreibungen geben muss, die sowohl die korrekte leistungsrechtliche Zuordnung gestatten als auch eine entsprechende Finanzierung sichern. Unter anderem hat der Gesetzgeber dazu in den §§ 12 und 13 SGB IX entsprechende Gemeinsame Empfehlungen der Rehabilitationsträger als Möglichkeit vorgesehen. Auch Einzelleistungen bzw. punktuelle Leistungen einzelner Sozialleistungsträger sind möglich und dementsprechend einzubeziehen. Für die hier benannten Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen ist entscheidend, dass insbesondere auch Gesprächsleistungen zur Beratung und Begleitung, Koordinations- und Netzwerkarbeit, Case Management (vgl. unter Nr. 11), eine bedarfsgerechte Interdisziplinarität der Leistungserbringung sowie sozialräumliche Struktur- und Vorhalte-Leistungen Berücksichtigung finden. Die bisherige Sozialraumplanung lässt hier eine umfassende Sichtweise, die v. a. rehabilitative Aspekte mit beachtet, konzeptionell meist vermissen.
8. **Der Teilhabeplanung sind stets assessmentbasierte Prognosen mit Teilhabe-Zielbezug zu Grunde zu legen:** Die Erbringung von Teilhabeleistungen in Phase E ist grundsätzlich Assessment-gesteuert zu gestalten und immer an der wahrscheinlichen Prognose bzw. an voraussichtlich erreichbaren Zielen auszurichten (Teilhabemanagement). Das darf und muss die Durchlässigkeit und Flexibilität beim Erbringen von Leistungen nicht behindern; ggf. ist die Zieldefinition in einem iterativen, dialogischen Prozess unter Beteiligung des Betroffenen und aller Akteure, auch der relevanten Sozialleistungsträger, weiterzuentwickeln. Eine zielorientierte, erfolgreiche Phase E ist nur auf Basis fachgerechter Bedarfsfeststellung möglich. Während für *individuelle* Planung und Gestaltung das Element der Zielvereinbarung (Ergebnis des trägerübergreifenden Teilhabemanagements oder einer Teilhabeplanung, ggf. auch im Rahmen

⁷ Siehe bei Fuchs H (2010): Vernetzung und Integration im Gesundheitswesen am Beispiel der medizinischen Rehabilitation. Sankt Augustin: Asgard-Verlag.

⁸ Schmidt-Ohlemann M (1995): Regionalisierung und Soziale Netzwerke. Stuttgart/Bad Kreuznach: VEERB.

einer Teilhabekonferenz) ein sinnvolles Modell sein kann, sollten auch *regionale* Bedarfspläne durch die für eine Angebotsgestaltung und -steuerung geeigneten regionalen Arbeitsgemeinschaften im Sinne von § 12 Abs. 2 SGB IX erstellt werden, damit die notwendigen Dienstleistungen bei Bedarf auch zur Verfügung stehen können.

Die individuelle Bedarfsermittlung für Unterstützungsleistungen sollte auf der Basis eines fundierten Assessments ICF-orientiert erfolgen und dabei sowohl die besonderen, störungsbildspezifischen Aspekte als auch die Selbstbestimmung für Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen und deren spezifische Beeinträchtigungen (Stichwort Anosognosie/„Awareness-Störung“) berücksichtigen. Hierfür ist die Ermittlung von Ressourcen und der vorhandenen Infrastruktur im Sozialraum wichtig, für die jeweils sozialpädagogische, sozialmedizinische und sozialrechtliche Expertise benötigt wird. In der Regel ist ein solches Vorgehen auf „Vorarbeiten“ vorhandener Dienste und Einrichtungen angewiesen. Insofern sollte dafür gesorgt werden, dass diese, z. B. Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation oder der dauerhaften Versorgung (meist Einrichtungen der Eingliederung in die Gemeinschaft bzw. der Teilhabe am Arbeitsleben), eingebunden werden können.

9. **Frühe Psychiatrisierung wegen psychischer Auffälligkeiten ist zu vermeiden:** Bei Menschen mit neuropsychologischen Beeinträchtigungen und entsprechendem Verhalten besteht die Gefahr, dass diese Beeinträchtigungen nicht als solche erkannt, sondern als psychische Erkrankungen oder als Verhaltensauffälligkeiten fehlgedeutet und ggf. fehlbehandelt werden. Alle an der Rehabilitation und Behandlung Beteiligten, insbesondere auch die Gemeinsamen Servicestellen oder andere Beratungsdienste, sollten in die Lage versetzt werden beizeiten zu erkennen, ob sie einen Menschen mit erworbener Hirnschädigung *und* ggf. neuropsychologischen Beeinträchtigungen vor sich haben. Sie sollten dann in ihrer Region auf entsprechende neuro-rehabilitative Fachkompetenz zurückgreifen können. Ihnen kann durch Beauftragungen, durch das Management und die Steuerung des Rehabilitationsprozesses gerade bei dieser Personengruppe eine wichtige Funktion dabei zukommen, dass Betroffene erkannt (nicht übersehen), d. h. nicht stigmatisiert und „psychiatrisiert“ werden, sondern der Neuro-Rehabilitation zugeordnet bleiben.

10. **An vorhandene Strukturen kann und muss angeknüpft werden:** Häufig gibt es bereits regionale Kristallisationspunkte für spezialisierte Hilfen, die schon einige der Angebote vorhalten, wie sie für Phase E erforderlich sind. Diese können ggf. erweitert oder der Ort für zusätzlich zu schaffende Angebote werden. Dafür kommen z. B. sozialräumliche Einrichtungen der Eingliederungshilfe, ambulante Rehabilitationszentren oder stationäre Rehabilitationseinrichtungen mit ambulanter Öffnung, Medizinische Zentren für erwachsene Menschen mit Behinderungen⁹, Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation usw. in Betracht. Grundsätzlich wäre zu versu-

⁹ Hinweis: Überlegungen mancher Verbände, Spezialeinrichtungen für erwachsene behinderte Menschen im Rahmen des § 116b SGB V zu schaffen, sind hier nicht zielführend. Um diese, etwa nach dem Muster Sozialpädiatrischer Zentren (SPZ), schaffen zu können, wäre vielmehr eine Ergänzung des § 119 SGB V (mit entsprechender Finanzierungsregelung in § 120 SGB V) erforderlich. Denn dabei handelt es sich primär um eine Sonderform der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen der Krankenbehandlung. Diese kann durch einen ergänzenden Versorgungsvertrag nach § 21 SGB IX auch Leistungserbringer der medizinischen Rehabilitation werden. Gegebenenfalls kommen Lösungen im Rahmen der sog. Integrierten Versorgung (§ 140a ff. SGB V) in Betracht. Allerdings: Mit Blick auf die Einschränkungen in § 111 Abs. 6 SGB V kann medizinische Rehabilitation nicht Gegenstand von Leistungen nach § 120 SGB V, sondern nur die Leistung einer vom Krankenhaus getrennten Einrichtung, ggf. im Verbund mit dem Krankenhausträger, sein.

chen, die vorhandenen Einrichtungen und Dienste zu nutzen, um Synergieeffekte zu erzielen. Dabei sind regionale Besonderheiten sowohl in Art und Umfang der Dienste als auch in deren Leistungsfinanzierung zu beachten, ebenso Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Versorgungsgebieten. Es kommt hier besonders auf Vernetzung und Koordination an: Ziel muss sein, ein gestuftes System von Angeboten bereitzustellen, das Versorgungsqualität und Erreichbarkeit sichert.

11. **Beratung, Koordination, Vernetzung und Organisation gehören stets zum Gesamtpaket:** Das Angebot sollte auf ein definiertes Versorgungsgebiet ausgerichtet sein und grundsätzlich auch Elemente der notwendigen Beratungs- und Supervisionsleistungen, der Koordinations- und Organisationsleistungen (und zwar neben Monotherapien oder Komplexbehandlungen) sowie berufs- und gruppenübergreifende andere Leistungsformen umfassen (vgl. zur Orientierung Anhang 3). Ferner sollte grundsätzlich von einer Netzwerkstruktur der Hilfen ausgegangen werden. Zur Bewältigung der damit verbundenen Koordinationsprobleme sollten Leistungen stets auch einen Anteil an Case Management oder Fallbegleitung enthalten.

12. **Bereichsübergreifender, lebensweltlicher Ansatz:** Die Phase E als „Brücke zur Inklusion“ (nach allen Phasen der neurologischen Rehabilitation möglich) kann medizinische, schulische, berufliche und sozialgemeinschaftliche Anteile enthalten (vgl. oben). Ihre derzeitige grundsätzliche Beschränkung auf einen dieser Aspekte – bislang auf die medizinisch-berufliche Rehabilitation – macht weder leistungsrechtlich noch fachlich-inhaltlich Sinn. Entscheidend ist im Einzelfall nur der individuelle Bedarf (§ 10 SGB IX), der ggf. in verschiedenen Teilhabebereichen besteht.

13. **Reha-Prognosen verändern sich durch erfolgreiche Teilhabeleistungen:** Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft können leicht, mittelschwer oder schwergradig sein. Die Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs kann jedoch nicht allein an körperlichen oder funktionalen Kriterien sowie den Kontextfaktoren festgemacht werden, sondern ist, ganz besonders bei Gestaltung der Phase E, zwingend an den erreichbaren Zielen und der Prognose im Hinblick auf eine Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft zu orientieren (s. oben). Bei Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen kann insbesondere nicht von der Schwere der Primärschädigung auf das Ausmaß der langfristigen Beeinträchtigung geschlossen werden.

Grundlage dieser Art der Ausgestaltung von Phase E ist die Stellung von Prognosen bezüglich der Teilhabe am Leben in der sozialen Gemeinschaft (verschiedene Lebensbereiche, einschl. der langfristigen eigenständigen Lebensführungs- und Erwerbsprognose). Dies ist aber am Ende der initialen medizinischen Rehabilitation oft noch nicht abschließend möglich, insbesondere weil sich einige Beeinträchtigungen erst bei Normalbelastung im Alltagsleben und im Zusammenleben mit anderen Menschen (Laien) im Alltag zeigen – siehe wiederum Anhang 1. Insofern kann es sich bei Eingruppierungen in eine Bedarfs-Personengruppe immer nur um Arbeitshypothesen handeln, die nach Möglichkeit – auf Basis eines Assessments – gut begründet sein sollten, die aber auch geändert werden können: Durchlässigkeit für alle Phasen ist grundsätzlich sicherzustellen.

14. **Rehabilitation kann und muss Sozialleistungsabhängigkeit vermindern:** In den nächsten Jahren kommen auf die Träger der Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft – und zwar nicht nur auf die Sozialhilfe – große Herausforderungen zu. Bei insgesamt dünner werdenden „primären“ sozialen Netzen muss die Versorgung dieser Personengruppe gemäß ihren (mit der BRK gestärkten) Rechten auf Teilhabe gewährleistet werden. Zumindest bei Erwachsenen bis 65 Jahre wird dieses Leistungsgeschehen durch die Träger der Eingliederungshilfe überwiegend in der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu verorten sein. Nur in wenigen Fällen (aus der 5. Personengruppe, vgl. Kap. 3, S. 14 f.) kommen als Angebote noch Pflegeeinrichtungen in Betracht. Es ist insbesondere streng darauf zu achten, dass eine voreilige „Psychiatisierung“ von Betroffenen, die in traditionellen Einrichtungen mit Verträgen nach dem SGB XII Störungsbild-spezifisch „nicht zurechtkommen“, vermieden wird (siehe oben Nr. 9) und auch „Geriatrisierung“ bzw. eine Fehlplatzierung dieser Personengruppe in der Pflege nicht stattfindet.
15. **Das geltende Recht verlangt (und ermöglicht) alle wesentlichen, nötigen Verbesserungen:** Entsprechend den Maßstäben des Art. 26 BRK sollte eine sachgerechte Gestaltung der Phase E mit Beachtung der derzeitigen Rechtslage des Sozialgesetzbuchs, hier insbesondere der Bücher I, V, VI, VII, IX, XI und XII, erreicht werden. Insofern sind Erfordernisse im Sinne einer Phase E auch Bestandteil der Verpflichtungen der BRK-Vertragsstaaten geeignete Vorkehrungen zu treffen.

3. Der Personenkreis für die postakute Neuro-Rehabilitation der Phase E

Bei den Vorschlägen zur Gestaltung der Phase E geht es um Heranwachsende und um Erwachsene bis ca. 70 Jahre mit erworbenen Schädigungen des ZNS, unabhängig davon, ob diese durch neuro-traumatische Ereignisse oder chronische Krankheiten verursacht sind (Schädelhirntrauma, Schlaganfall, MS, Parkinson etc.). Dies schließt solche heranwachsenden jungen Erwachsenen ein, bei denen die Phase der beruflichen Orientierung bzw. Ausbildung bereits vor dem 18. Lebensjahr beginnt. Der Personenkreis weist insgesamt relevante Beeinträchtigungen der funktionalen Gesundheit auf allen Ebenen der ICF auf, so dass Beeinträchtigungen der Teilhabe für einen längeren Zeitraum vorhanden bzw. zu erwarten sind. Dieser Personenkreis ist i. d. R. mittel- bis langfristig auf eine störungsspezifische Behandlung, Förderung oder Assistenz angewiesen. Dabei kann es sich durchaus auch um kürzer dauernde Hilfebedarfe handeln. Die stationäre Akutbehandlung unmittelbar nach Eintritt der Schädigung ist bei diesen Patienten i. d. R. abgeschlossen oder nur noch intermittierend erforderlich bei Komplikationen oder rehabilitativ wirkenden Eingriffen (z. B. Verschluss eines Tracheostoma etc.).

Die meisten der Betroffenen haben eine der neurologischen Rehabilitationsphasen B, C oder D absolviert oder es sind Zustandsverbesserungen während ihrer Langzeitbetreuung (in Phase F) erkennbar geworden, die nun individuell zu erweiternde Teilhabeziele möglich machen. Dies bedeutet, dass erneut Bedarf und Erfolgchancen für die weiterführende Rehabilitation bestehen. Zwischenzeitliche unerwünschte Entwicklungen, gesundheitliche Komplikationen und Auswirkungen problematischer Reaktionen der Lebenswelt/Umgebung auf das ursprüngliche Schädigungsbild sind ggf. einzubeziehen.

Die Gesamtgruppe der Leistungsberechtigten ist sehr heterogen. (Der Kreis älterer Patienten nach Ende des erwerbsfähigen Alters im Sinne geriatrischer Patienten sollte gesondert betrachtet wer-

den, auch wenn versorgungsstrukturell einige Synergien möglich sind bzw. Analogien bestehen.) Es ist also erforderlich, die Phase E differenziert nach den spezifischen Bedarfen auszugestalten.

Hier hilft eine genauere Charakterisierung der Personenkreise Betroffener weiter. Kriterium ihrer Differenzierung ist die Teilhabeprognose, die zum einen in Abhängigkeit von der Schwere der Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit zu stellen ist, zum anderen aber von den persönlichen und umweltbezogenen Kontextfaktoren mitbestimmt wird. Einzubeziehen sind hierbei stets der zu erwartende Effekt der Rehabilitation und die Erreichbarkeit entsprechender Teilhabeziele.¹⁰ Die Orientierung an der ICF ermöglicht hier, die verschiedenen Interventions- und Zielebenen zu klären. Eine schematisierte, leistungsrechtlich womöglich unmittelbar verbindliche Kopplung des Leistungsanspruchs an bestimmte Behinderungsmerkmale, Funktionseinschränkungen etc., die oftmals mit dem tatsächlichen Hilfebedarf nicht ausreichend korrelieren, wird so vermieden. Bedarfe werden zurzeit noch oft nur unter funktionellen und medizinischen Aspekten definiert, ohne ausreichend auf die Teilhabe – also soziale Aspekte – Bezug zu nehmen. Bedarfe müssen deshalb interdisziplinär, im Zusammenwirken mit den Betroffenen und umfassend ermittelt werden. Dazu eignet sich besonders ein dialogorientierter Prozess.

Für eine erfolgreiche Gestaltung von Phase E ist es stets nötig, die konkrete Sozialräumlichkeit in den Blick zu nehmen. Denn die tatsächliche Teilhabe findet in der unmittelbaren Lebenswelt statt. Es zeigen sich genau hier die verschiedensten Formen und Ausprägungen von Teilhabebeeinträchtigungen. Dies ist der Rahmen, in den hinein sich die Betroffenen während der Phase E integrieren bzw. in dem sie ihre Teilhabe verwirklichen werden. Ein vorübergehender oder im Einzelfall auch dauerhafter Wechsel des Sozialraums sollte möglich sein, wenn dies gewünscht wird, maßgeblich zu einem dauerhaften Erfolg beiträgt oder ggf. einfach nicht vermeidbar ist.

Der Teilhabeförderungsbedarf kann nur genau bestimmt werden, wenn die auf eigenen Rehabilitationszielen der Betroffenen basierenden Förderoptionen (im Sinne beeinflussbarer Einschränkungen der Teilhabe) sorgfältig herausgearbeitet sind. Es lassen sich grob fünf Personengruppen unterscheiden:^{11, 12}

¹⁰ Somit gehören zur Erstellung der jeweiligen individuellen Prognose ein umfassendes Assessment und eine Bedarfsermittlung unter Berücksichtigung individueller Bedingungen sowie eine Einschätzung der möglichen Wirksamkeit von Rehabilitations- und anderen Sozialleistungen.

¹¹ Dabei wird stets unterstellt, dass das jeweilige Rehabilitationsangebot für die hier betrachteten Altersgruppen über die notwendige Neurokompetenz und Eignung verfügt.

¹² Auch wenn zur Bestimmung dieser Zielgruppen mit ihrer Teilhabeprognose überwiegend die berufliche/tagesstrukturelle Perspektive dient, so sind doch stets auch die medizinischen und die sozialen Aspekte mit zu berücksichtigen.

Personengruppen mit Schädigungen des Zentralen Nervensystems nach Teilhabebedarf (und Prognose):¹³

1. Personengruppe: Menschen mit leichter bestehender oder drohender Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit und/oder ihrer Teilhabe

Menschen mit perspektivisch relativ guten Aussichten auf Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder – im Falle von nicht Berufstätigen (z. B. Hausfrauen/Hausmännern/Eltern/Versorgungspersonen Angehöriger/Singles) – auf Aktivitäten im Bereich der allgemeinen Haushalts- und Lebensführung, sind integriert in ein i. d. R. selbstbestimmtes und selbständiges privates bzw. familiäres Leben, auch bei ggf. verbleibenden Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit (meist leichte bis mittelgradige Residuen). Es sind hier mehrere Untergruppen zu unterscheiden:

- a. Es besteht ein stabiles Arbeitsverhältnis und der Aufwand der Wiedereingliederung ist relativ gering, die Wiedereingliederung kann also in der Regel bei entsprechender Spezialisierung nötiger Leistungen wohnortnah erreicht werden.
- b. Es besteht die Möglichkeit, die Betroffenen mit relativ geringen Mitteln in die Haushalts-, Familien- und Lebensführung zu integrieren.
- c. Es bestehen berufliche Problemlagen, die spezifische, unter Umständen länger dauernde Bemühungen um Anpassung und Schulung erfordern – und zwar sowohl Individuum-/Rehabilitanden-bezogen als auch auf die persönliche soziale Umwelt gerichtet, ggf. einschließlich von Coaching-Prozessen etc. – und die ggf. günstige Kontextfaktoren voraussetzen.
- d. Es bestehen (analog zu c.) besondere Problemlagen, die eine Reintegration in Haushalts-, Familien- und Lebensführung erschweren und ggf. günstige Kontextfaktoren erfordern.

2. Personengruppe: Menschen mit einer mittelgradigen Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit und/oder ihrer Teilhabe

Menschen mit in der Regel mittelgradigen alltagsrelevanten Funktions- und Aktivitätseinschränkungen, bei denen eine realistische Perspektive für den allgemeinen („ersten“) Arbeitsmarkt nur gestellt werden kann, wenn sie eine längere, spezifische, ggf. in einem besonderen Setting gestaltete berufliche Rehabilitation erfolgreich durchlaufen, z. B. in medizinisch-beruflichen Phase-II-Einrichtungen, Berufsförderungswerken und Berufsbildungswerken, oder wenn sie spezifische betriebsnahe, ggf. auch zugehende Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten.

Je nach Alter und Ausbildungsstand können auch schulische Belange sowie eine Berufsausbildung oder ein Studium zu berücksichtigen sein. Als gleichwertig wären angemessene Angebote vor Ort anzusehen, zum Beispiel eine intensiv begleitete betriebliche Integration mit Assistenz, Supervision, Case Management, neuropsychologischer Betreuung etc. Entscheidendes Kriterium ist hier, dass mit gewisser Wahrscheinlichkeit von einer Perspektive auf dem allgemeinen Arbeits-

¹³ Die gewählte Einteilung in Ziel- und Prognose-orientiert definierte Personengruppen ist nur im Sinne einer Gewinnung von Arbeitshypothesen für die optimale Gestaltung der Phase E nutzbar. Weder ist damit eine definitive Zuordnung verbunden noch eine unverrückbare Einschätzung getroffen: Durch regelmäßige Kontrollen im Längsschnitt, durch versuchsweises Handeln und mit Erprobungen, insbesondere durch Variation der Kontextfaktoren – vor allem von Unterstützungsleistungen –, können sich hier stets Änderungen ergeben (vgl. den o. g. Hinweis zur Durchlässigkeit). Zu beachten ist hier noch, dass Wahrscheinlichkeitsprognosen ohne rehabilitative Erprobungen oft nicht möglich sind.

markt ausgegangen werden kann. Dies schließt nicht aus, dass in dem einen oder anderen Fall zunächst auch das berufliche Bildungsangebot einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) zwischengeschaltet wird. Eine ganz eindeutige Abgrenzung dieser Gruppe ist nur teilweise möglich, da sich nicht immer schon am Anfang des Prozesses die Art der Erwerbsperspektive voraussagen lässt. Es kann sich hier nur um eine Wahrscheinlichkeitsaussage handeln.

Für diese Personengruppe ohne berufliche Perspektive – z. B. Hausfrauen/Hausmänner/Eltern/Versorgungspersonen Angehöriger/Singles – besteht eine realistische Aussicht auf Eingliederung in den Bereich der allgemeinen Haushalts- und Lebensführung und in ein i. d. R. selbstbestimmtes und begrenzt selbständiges privates bzw. familiäres Leben auch bei den verbleibenden mittelgradigen Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit, wenn sie eine längere, spezifische, auf das private und familiäre Setting bezogene Rehabilitationsphase erfolgreich durchlaufen. Dazu sind meistens neue familiäre Arrangements, zusätzliche Unterstützungsleistungen wie persönliche Assistenzen, hauswirtschaftliche Hilfen oder andere Veränderungen im Lebenskontext erforderlich.

3. Personengruppe: Menschen mit schwerer Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit und/oder ihrer Teilhabe

Für diese Personengruppe ist perspektivisch die Fähigkeit gegeben, eine Werkstatt für Menschen mit Behinderungen (WfbM) zu besuchen, ggf. eines Tages auch den Übergang zu einem regulären Beschäftigungsverhältnis zu vollziehen, sofern günstige Bedingungen bestehen. Die Rede ist von Werkstätten, die nicht nur im traditionellen Spektrum für Menschen mit geistiger, seelischer oder körperlicher Behinderung agieren, sondern ein geeignetes Angebot für Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen aufweisen. Grundsätzlich gilt, dass diese Personengruppe in der Lage ist, wirtschaftlich verwertbare Arbeitsleistungen zu erbringen und die Bedingungen der Werkstattverordnung zu erfüllen. (Aussagen dazu, welche spezifischen Leistungen eine solche WfbM ggf. erbringen muss oder wie ggf. die Werkstattverordnung an den Bedarf dieser Betroffenen anzupassen ist, werden an dieser Stelle nicht getroffen.) Kennzeichnend für ihre Werkstattfähigkeit ist insbesondere, dass ein – möglicherweise diskontinuierlicher – Hilfebedarf auch in der Arbeitssituation gegeben sein kann, denn Pflegebedarf und Behandlungsbedarf schließen einen Werkstattbesuch nicht grundsätzlich aus. Besonders zu berücksichtigen ist dabei die Minderbelastbarkeit, die ggf. eine Teilzeitbeschäftigung sowohl in der Phase beruflicher Bildung als auch im Arbeitsbereich erforderlich machen kann.

Für diese Personengruppe ohne berufliche Perspektive – z. B. Hausfrauen/Hausmänner/Eltern/Versorgungspersonen Angehöriger/Singles – besteht eine realistische Aussicht auf Eingliederung in den Bereich der allgemeinen Haushalts- und Lebensführung im vertrauten eigenen Wohnumfeld und in ein i. d. R. weitgehend selbstbestimmtes und begrenzt selbständiges privates bzw. familiäres Leben, auch bei den verbleibenden schwergradigen Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit, wenn sie eine längere, spezifische, auf das private und familiäre Setting bezogene Rehabilitationsphase (auch ggf. vorübergehend stationär) erfolgreich durchlaufen. Dazu sind meistens neue familiäre Arrangements, zusätzliche Unterstützungsleistungen wie persönliche Assistenzen, hauswirtschaftliche Hilfen oder andere Veränderungen im Lebenskontext erforderlich. Nicht selten kann der Besuch einer WfbM eine neue, bislang nicht realisierte Option zur Teilhabe am Arbeitsleben darstellen.

4. Personengruppe: Menschen mit sehr schwerer Beeinträchtigung ihrer Funktionsfähigkeit und/oder ihrer Teilhabe

Für diese besteht die Perspektive des Besuchs einer Tagesförderstätte, des Förderbereichs einer WfbM („verlängertes Dach“) oder einer Einrichtung mit Angeboten zur Tagesstrukturierung. Entscheidend ist, dass sie damit außerhalb ihres primären sozialen Raums und ihres primären sozialen Netzwerks, im Sinne eines ergänzenden zweiten Lebensraums, im ihnen möglichen Umfang Teilhabe erfahren. Dabei lassen sich drei Untergruppen differenzieren:

- a. Menschen, welche die Bedingungen der Werkstattverordnung (noch) nicht erfüllen und insofern nicht werkstattfähig sind (erhebliche psycho-physische Minderbelastbarkeit)
- b. Menschen mit besonderem psychosozialen Betreuungsbedarf, zum Beispiel bei Störungen des Verhaltens und ständigem Überwachungsbedarf
- c. Menschen mit besonders umfangreichem Pflegebedarf

Wünscht diese Personengruppe keine Teilhabeleistung in einem zweiten Lebensraum, so besteht auch bei den verbleibenden sehr schwergradigen Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit dennoch eine realistische Aussicht auf Eingliederung im gewohnten Lebensumfeld und damit in den Bereich der allgemeinen Haushalts- und Lebensführung (i. d. R. allerdings mit nur beschränkt selbstbestimmtem und in der Regel unselbständigem privaten bzw. familiären Leben), wenn sie eine längere, spezifische, auf das private und familiäre Setting bezogene Rehabilitationsphase erfolgreich durchlaufen. Dazu sind meistens neue familiäre Arrangements, zusätzliche Unterstützungsleistungen wie persönliche Assistenzen, hauswirtschaftliche Hilfen oder andere Veränderungen im Lebenskontext erforderlich. Nicht selten kann der Besuch einer Tagesförderstätte oder eines anderen zweiten Lebensraumes eine neue, bislang nicht realisierte Option darstellen. Nicht selten ist dazu vorübergehend eine stationäre Leistung der Eingliederungshilfe hilfreich.

5. Personengruppe: Menschen mit schwerster (umfassender) Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit und Teilhabe

Hier besteht ein so umfassender Pflege- und/oder Behandlungsbedarf, dass realistische Perspektiven im Sinne der Gruppen **1.** bis **4.** (noch) kaum zu erkennen sind und auch die Betroffenen (noch) keinen Hinweis zur Klärung eigener Teilhabeziele geben können. Die Behandlungs- und/oder die Grundpflege begleiten alle Aktivitäten. Dennoch sind auch unter diesen sehr eingeschränkten Bedingungen Teilhabeleistungen erforderlich (und auch im Sinne der Erweiterung von Teilhabeoptionen erfolgreich, wie es sich nicht selten, oft Monate nach Ende des apallischen Durchgangs-Syndroms [aDS], in der weiterführenden Rehabilitation erweist). Dazu zählt jede zustandserhaltende und -fördernde sowie Sekundärschäden verhütende Behandlung, auch im Sinne von Aktivierung und integrierter Tagesstruktur, die allerdings nicht zwingend mit einem „zweiten Lebensraum“ verbunden sein muss.

Behandlung und Teilhabeförderung bestimmen den Tagesablauf. Hierzu gehört zum Beispiel auch die wachsende Gruppe von Patienten, die aus dem „Wachkoma“ wieder erwacht sind, sowie auch die der Patienten, die vorher für relativ lange Zeit auf der Intensivstation von Krankenhäusern lagen.

Möchte diese Personengruppe keine Teilhabeleistung in einem zweiten Lebensraum, besteht dennoch eine realistische Aussicht auf Eingliederung im gewohnten Lebensumfeld, auch bei den verbleibenden sehr schwergradigen Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit, wenn sie eine längere, spezifische, auf das private und familiäre Setting bezogene Rehabilitationsphase erfolgreich durchläuft. Dazu sind meistens neue familiäre Arrangements, zusätzliche Unterstützungsleistungen wie persönliche Assistenzen, hauswirtschaftliche Hilfen oder andere Veränderungen im Lebenskontext erforderlich. Pflegearrangements, Bewältigung medizinischer Probleme sowie eine in der Regel 24-stündige Begleitung sind zu organisieren und so zu gestalten, dass ggf. vorhandene Chancen zur Verbesserung nicht verloren gehen, sondern genutzt werden können. Nicht selten ist dazu vorübergehend eine stationäre Leistung der Eingliederungshilfe hilfreich.

Die spezifische Funktion der Phase E für diese Personengruppe besteht darin, das konkrete Unterstützungs- und Hilfskonzept unter optimaler Teilhabeförderung zu entwickeln und konkret umzusetzen und so auf Dauer die Unterbringung im eigenen häuslichen Kontext auch in der dann folgenden Phase F zu ermöglichen und eine Unterbringung in einer Phase-F-Einrichtung und insbesondere in einer reinen Pflegeeinrichtung zu vermeiden.

4. Störungsbild-Spezifik und Neurokompetenz

Bei Gestaltung der Phase E für Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen ist die besondere Störungsbild-Spezifik zu beachten. Diese ergibt sich aus einem Nebeneinander verschiedener Beeinträchtigungskomponenten (Kognition, Psyche, Sprache, Grob- und Feinmotorik, Sensorik, Blasen- und Darmfunktion, Atmung usw.), wobei oft die neuropsychologischen Problemstellungen mit neuro-kognitiver und psychisch-organischer Beeinträchtigung eine besondere Relevanz aufweisen – ohne dass sie immer sogleich als solche zu erkennen sind. Jedoch ist gerade bei diesen Beeinträchtigungen die Phase E für das Gelingen von Rehabilitation und Teilhabe entscheidend, da erst in ihr, nämlich bei der Anbahnung von Teilhabe unter alltäglichen Bedingungen, Anforderungen und Belastungen sowie unter den Verhaltensbedingungen von nicht therapeutisch eingestellten Mitmenschen, diejenigen störungsbildspezifischen Beeinträchtigungen deutlich werden, die in einem klinischen Zusammenhang oder in einem Setting, das noch ganz auf Förderung, Training und Rekonvaleszenz ausgerichtet ist, gar nicht auffallen. Neuropsychologische Störungen lassen sich besonders in der klinischen Umgebung auch durch die entsprechenden Assessmentverfahren nicht in jedem Falle vorab messen oder testen, speziell nicht im Hinblick auf Aspekte des sozialen Verhaltens. Der Phase E kommt also auch eine hohe diagnostische Bedeutung zu, weil sich hier unter realen alltagspraktischen Belastungen zeigt, wie es um die Leistungsfähigkeit des betroffenen Menschen tatsächlich bestellt ist und welche Möglichkeiten der Hilfe ggf. noch notwendig sind. (Anhang 1 bietet dazu einen erläuternden Exkurs.)

Viele Störungsbild-spezifische Besonderheiten neuropsychologischer Art lassen sich nicht leicht erkennen. Erfahrungen zeigen, dass der Umgang mit ihnen oft durch Analogieschlüsse aus anderen Arbeitsbereichen oder durch Anwendung des so genannten „gesunden Menschenverstandes“ geprägt ist. Beides ist hier kontraproduktiv. Deshalb sind die Leistungsberechtigten dringend auf hinreichende Neurokompetenz bei den Beteiligten der Bedarfsermittlung oder der Beurteilung bzw. Durchführung rehabilitativer Leistungen angewiesen. Damit ist gemeint, dass sich alle Beteiligten auf dem Gebiet von erworbenen Hirnschädigungen und von deren Störungsbild-spezifischen Auswirkungen auskennen sowie über relevante Spezialkenntnisse und -erfahrungen für ihren jeweiligen Fachbereich verfügen müssen.

Nur so wird sichergestellt, dass die spezifischen Probleme dieser Personengruppe angemessen berücksichtigt werden können und dass die Ziele der Eingliederung/Teilhabe tatsächlich zu erreichen sind. Anderenfalls sind persönlich tragische Verläufe und/oder die Verschwendung von Ressourcen (Ineffektivität, mangelnde Wirksamkeit i. S. d. § 10 Abs. 1 Satz 3 SGB IX) unvermeidlich. Eine gewisse Spezialisierung bei den Akteuren der Phase E ist deshalb unerlässlich.

Neben Störungsbild-spezifischen Problemen ist meist eine Vielzahl anderer Beeinträchtigungen zu berücksichtigen, so dass ein multifokaler und multimodaler Ansatz erforderlich ist, der nur in einem interdisziplinären Team und oftmals nur mit einem komplexen „Leistungsmix“ umgesetzt werden kann. Um diese Beeinträchtigungen mit Aussicht auf Erfolg angehen zu können, ist also eine hohe (und Störungsbild-spezifische) medizinische, psychologische und pädagogische interdisziplinäre Kompetenz nötig, die alle Komponenten der Beeinträchtigungen berücksichtigt.

5. Sozialräumliche Organisation der Versorgung: Erreichbarkeit und Verfügbarkeit durch Vorhalten entsprechender Versorgungsstrukturen

Für die hier beschriebenen Gruppen betroffener Menschen wird eine umfassende, bedarfsgerechte Infrastruktur von Diensten und Einrichtungen (d. h. mit qualifizierten Leistungserbringern) benötigt, welche die notwendigen Leistungen zuverlässig, finanziell abgesichert und in der nötigen Qualität liefern kann. Die Angebote müssen angemessen, differenziert und hinreichend spezialisiert, zugleich aber auch im Versorgungsgebiet verfügbar und barrierefrei zugänglich sein. Hoch spezialisierte Angebote müssen dabei nicht an jedem Wohnort angeboten werden, d. h., die Versorgungsstruktur kann die Funktionsebenen von regionalen Mittel- oder gar Oberzentren durchaus berücksichtigen.

Um stimmige Strukturen zu gewährleisten, bedarf es sowohl Sozialraum-orientierter (hier: Sozialraum im engen Sinne als Quartier) als auch regionaler Planung, z. B. auf der Ebene der Gebietskörperschaften, der Regierungsbezirke usw. Beides wäre z. B. von regionalen Arbeitsgemeinschaften im Sinne des § 12 Abs. 2 SGB IX unter Berücksichtigung von Impulsen aus den dortigen Gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger zu leisten. Für Menschen mit erworbenen Hirnschäden muss es dazu freilich allgemein anerkannte Standards und Konzepte geben. Die Verantwortung für deren Einhaltung sowie bereits für die Erstellung sozialräumlicher Versorgungskonzepte liegt letztlich bei den Rehabilitationsträgern. Dabei haben sie die Landesregierungen zu beteiligen – vgl. § 19 Abs. 1 Satz 1 SGB IX. (Dies gilt im Übrigen auch für andere Angebote der teilhabeorientierten medizinischen Versorgung von Menschen mit Behinderungen und auch für die übrigen Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und am Arbeitsleben.)

Neben den Organen der Selbstverwaltung bei den Sozialleistungsträgern sind die für die Organisation der Versorgung und die Vorhaltung angemessener Strukturen verantwortlichen Organe in den Kommunen (Sozialdezernat, Öffentlicher Gesundheitsdienst etc.) verbindlich einzubeziehen. Dabei sind die gesetzlichen Beteiligungs- und Mitwirkungsrechte der Verbände von Betroffenen und Leistungserbringern zu beachten (vgl. u. a. § 13 Abs. 5 und 6 SGB IX sowie § 19 Abs. 1 SGB IX).

Es erscheint zur Behebung der Planungsmängel gerade im Interesse von Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen sinnvoll, verschiedene Bereiche der medizinischen Versorgung, der Leis-

tungen zur Teilhabe¹⁴ am Leben in der Gemeinschaft und den Bereich der so genannten allgemeinen Rahmenbedingungen der Versorgung zu unterscheiden – siehe dazu das folgende Kapitel.

6. Inhaltliche Gestaltung der Phase E und Aspekte der Leistungserbringung

Um den verschiedenen hier definierten Personengruppen Teilhabe und Inklusion im Sinne des SGB IX und der BRK zu ermöglichen, sind die zentralen teilhabeorientierten Bestandteile ihrer Versorgung (medizinische Leistungen und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie am Leben in der Gemeinschaft und ergänzende Leistungen) zunächst getrennt zu betrachten. Die Analyse der postakuten Versorgungssituation bei Menschen mit Schädigungen des ZNS ergibt, dass für sie im Übergang aus den verschiedenen Phasen oft nicht einfach nur Schnittstellenprobleme zu lösen sind, sondern dass im Moment anstehender Eingliederung in das Leben in der Gemeinschaft und in das Arbeitsleben häufig die Ausgestaltung einer eigenständigen Reha-Phase E erforderlich wird.¹⁵

Viele der für diese Phase E erforderlichen Dienste und Einrichtungen gibt es bereits; sie können oder könnten die notwendigen Leistungen erbringen, auch ohne dass sie speziell als Phase-E-Einrichtungen bezeichnet oder finanziert würden, und zumeist ohne dass sie erst einmal der Koordination und Vernetzung vorhandener Angebote bedürfen. Oft wird bei solchen vorhandenen Angeboten jedoch eine ergänzende Spezialisierung bzw. Erweiterung um Störungsbild-spezifische Leistungsanteile notwendig sein, damit die Ziele für die genannten Personengruppen tatsächlich erreicht werden können. Insgesamt sind freilich derartige Einrichtungen und Dienste, an die angeknüpft werden könnte, heute noch nicht in ausreichendem Maß flächendeckend verfügbar.

In der Phase E geht es um alle Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (§ 5 SGB IX), die unter Berücksichtigung der individuellen Lebenslage des behinderten Menschen benötigt werden – gleich, ob in schulischen/beruflichen, medizinischen oder sozialen Settings –, und um alle notwendigen Leistungsbestandteile im Sinne des § 4 SGB IX. Parallel besteht oft noch Bedarf an spezifischer Krankenbehandlung. Bei schweren ZNS-Schädigungen sind nämlich häufig medizinisch-therapeutische Aspekte für lange Zeit von besonderer Relevanz, obwohl die „medizinische Akutversorgung“ im engeren Sinne (Phase A) bzw. die Krankenhausbehandlung (Phase B, zum Teil C) bereits durchlaufen ist. Deshalb ist es eine wichtige zu klärende Frage, wie insgesamt die postakute Ausgestaltung der weiterführenden medizinischen Rehabilitation von den Phasen B bis D – entsprechend geltendem Leistungsrecht – auch als Vorbereitung auf die Phase E genutzt wird bzw. werden könnte. Entsprechende Verpflichtungen bestehen bereits, werden aber oft nicht vollzogen. Es geht dann darum, wie (und anknüpfend an welche vorher gelegten Grundlagen) in der Phase E selbst die rehabilitative und kurative medizinische Versorgung während der dauerhaften, langfristigen Eingliederung/Teilhabe in bedarfsgerechtem Umfang so auszugestalten ist, so

¹⁴ Diese Teilhabeleistungen umfassen nach § 5 SGB IX u. a. die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie alle Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Es geht dabei um das, was früher unter medizinischer, beruflicher und sozialer Rehabilitation verstanden wurde. Die Bezeichnung „soziale Eingliederung“ ist allumfassend und beinhaltet jedwede Form von Sozialleistungen, d. h. auch solche allgemeiner Art.

¹⁵ Was diese Phase enthalten muss, ist – personenbezogen – mit den Begriffen „Nachsorge“ oder „nachgehende Leistungen zur Rehabilitation“ zumindest in bisheriger Bedeutung nicht oder nur sehr unzureichend beschrieben.

dass keine nachteiligen Brüche in der Versorgung eintreten. (Auch in der Phase F können solche spezifischen Therapien begonnen, d. h. zentrale „Grundsteine“ gelegt werden, auf denen in der Phase E dann aufgebaut werden kann. Es gibt – mit den in ihren Fähigkeiten gebesserten, wiedererwachten Betroffenen aus Phase F – ebenfalls einen Übergang in die Phase E, der nicht zu vernachlässigen ist.)

Wenn ein Bereich weiterführender Rehabilitation, etwa eine berufliche oder auf die Gemeinschaft bezogene Eingliederungsleistung, im Rahmen der Phase E im Vordergrund steht, so muss dies deshalb noch nicht bedeuten, dass andere Bereiche, z. B. die medizinische Versorgung bestehend aus Leistungen der Krankenbehandlung und/oder solchen der medizinischen Rehabilitation, ein eigenständiges Leistungsmodul dieses Leistungsbereiches innerhalb von Phase E der neurologischen Rehabilitation bedingen: Vielmehr sollte immer zunächst eine ganzheitliche Leistungserbringung mit allen ggf. erforderlichen komplementären Leistungen durch *einen* Leistungsträger und möglichst auch *einen* Leistungserbringer angestrebt werden (ggf. unter Beachtung der §§ 4 und 14 SGB IX sowie des § 43 SGB I – vorläufige Leistungen).

Gleichzeitig ist jedoch zu prüfen, welche Leistungen das Regelsystem (z. B. im Bereich der medizinischen Versorgung oder im Arbeitsleben) jeweils vorsieht und wie diese Leistungen am besten zu den anderen, ggf. im Vordergrund stehenden Leistungen zur Rehabilitation in der Phase E sinnvoll hinzugefügt werden können.

Beteiligt am Leistungsgeschehen ist auch die ganze Palette der (heil-)pädagogischen und therapeutischen Rehabilitationsberufe inklusive der Heilmittelerbringer der Ergo-, Logo- und Physiotherapie. Zu beachten sind aber noch weitere Aspekte der Leistungserbringung:

Neuropsychologie

Auf deren besondere Bedeutung wurde bereits hingewiesen. Auch wenn in Zukunft mit einem Anwachsen neuropsychologischer Kompetenz auf der Ebene der vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Versorgung zu rechnen ist, wird deren Ausbau noch lange dauern. Außerdem ist damit noch nicht sichergestellt, dass an allen Orten, an denen Phase E stattfindet, diese Kompetenz auch bedarfsgerecht zur Verfügung steht. Zudem kann leistungsrechtlich die Neuropsychologie als Krankenbehandlung nicht ohne weiteres rehabilitative Leistungen übernehmen. Der Ausbau der neuropsychologischen Versorgung einerseits und deren Ergänzung durch andere einschlägige Berufe andererseits haben besondere Bedeutung für die Phase E. Diese tragen zur besseren fachlichen, Störungsbild-spezifischen Versorgung bei und können im Rahmen fallbezogener Arbeit die Kenntnisse und Kompetenzen von allen in diesem Bereich Tätigen (u. a. sozialpädagogischen Fachkräften, Fachkräften der sozialen Arbeit, Pflegefachkräften, therapeutischen Fachkräften, hier insbesondere von Ergotherapeuten, aber auch von Logopäden und Physiotherapeuten) verbessern. Eigene, spezifisch neuropsychologische neurokompetente Weiterbildungsangebote gibt es als Angebot bereits. Hier bedarf es aber einer Angebotserweiterung.

Teilhabemanagement

Ein *allgemeines* Management (Bedarfserkennung, Leistungerschließung, Leistungsplanung) im Sinne einer Koordination der Beratung und einer Unterstützung in der Organisation entsprechender Hilfen reicht bei dieser Personengruppe meist nicht aus. Denn viele Menschen mit erworbener Hirnschädigung bedürfen darüber hinaus der persönlichen, individuellen (heil-)pädagogischen För-

derung und oftmals auch der Begleitung und Assistenz. Nur ein Einzelfallmanagement mit persönlicher Förderung setzt den Anspruch um, Leistungsberechtigte bei Bedarf zu unterstützen und zu begleiten – zudem nicht nur sie selbst, sondern auch ihre Arbeitgeber und ihre anderen Bezugspersonen zu beraten. Beratung muss auch die Unterstützung für die Beantragung weiterer notwendiger Sozialleistungen zu bieten. Das Einzelfallmanagement muss (sozial-)pädagogischen Fördercharakter haben und bedarf entsprechender Neurokompetenz, denn die Erfahrung zeigt, dass die typische heilpädagogische Unterstützung aus dem Betreuungsbereich von Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung bei diesem Personenkreis nicht ausreichend erfolgreich ist. Eine pädagogische bzw. sozialberaterische Begleitung, die um die neurologische Störungsspezifika weiß und sich daran ausrichtet, ist unabdingbar.

Begleitende Assistenzen

Begleitende Assistenzen sind von neurokompetenter Sozialpädagogik insofern zu unterscheiden, als sie durch unmittelbare Unterstützung der Betroffenen die Funktionen, die sie selbst nicht ausüben können, übernehmen, wobei den Betroffenen aber selbst die „Steuerung“ zusteht. Sie entscheiden selbst, was gemacht werden soll, es sei denn, dies wäre für sie oder ihre Umgebung schädlich. Entsprechendes gilt auch für die Hauswirtschaft. (Im Hinblick auf Pflege sind Erfahrungen aus der neurologischen Rehabilitation sinnvoll zu integrieren: Die pflegerischen Aspekte, die die Neuro-Rehabilitation begleiten, unterscheiden sich zum Teil deutlich von denen bei Menschen mit anderen Behinderungen.)

Alle Hilfen müssen den Aspekt der Förderung und der Entwicklung von Kompetenzen, den Aspekt der Begleitung und Sicherung sowie den Aspekt der unmittelbaren Unterstützung bei neuropsychologischen Beeinträchtigungen beachten.¹⁶ Das überkommene Assistenzmodell (insbesondere auch das so genannte „Arbeitgebermodell“ der Assistenz) stößt bei Leistungsberechtigten der hier beschriebenen Gruppen rasch an seine Grenzen.

Budgetassistenz

Ergibt sich nun nach Abschluss des Bedarfsfeststellungsverfahrens ein Leistungsbedarf, stellt das Persönliche Budget eine besonders sinnvolle Möglichkeit zur Förderung der Selbstbestimmung und Bündelung aller nach den verschiedenen Teilen des Sozialgesetzbuches bereit stehenden Leistungen in der „Finanzierung wie aus einer Hand“ dar. Mit einem Persönlichen Budget kann der Berechtigte selbst – ggf. unterstützt durch einen Budgetassistenten – die entsprechend einem Teilhabeplan mit Zielvereinbarung individuell erforderlichen Hilfen und Leistungen beschaffen und ausführen lassen. Für die Budgetplanung bedarf es allerdings bei Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen besonderer Kompetenzen. Dies kann regional aber durch Rückgriff auf entsprechende Expertise (siehe oben) sichergestellt werden.

Leistungsarten im Hinblick auf die Gestaltung der Phase E

Aus all diesen Gründen haben für die inhaltliche Ausgestaltung der Leistungsangebote in der Phase E einerseits verschiedene Leistungsarten (medizinisch, beruflich, sozial), andererseits ver-

¹⁶ Insofern muss auch das SGB XI unter dem Gesichtspunkt der BRK noch überarbeitet werden; vgl. dazu den Nationalen Aktionsplan (NAP) zur Umsetzung der UN-BRK.

schiedene Zeitabschnitte (vor, während und nach der Phase E sowie parallele Leistungen) eine Bedeutung. Dementsprechend schlägt die DVfR folgende Differenzierung vor:

- medizinische Rehabilitation *vor der Phase E*
- weitergehende medizinische Leistungen zur Teilhabe und andere Versorgungsleistungen *in der Phase E*
- Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft *in der Phase E*
- Teilhabe am Arbeitsleben *in der Phase E*
- Teilhabeorientierung von Leistungen *im Anschluss an Phase E*: Phase F und andere Leistungen der Tagesstrukturierung, Tagesförderung, Beschäftigung, medizinischen Versorgung und sozialen Inklusion
- Vernetzung von Teilhabeleistungen mit der Krankenbehandlung *während der Phase E* sowie der Krankenbehandlung *nach der Phase E* als Langzeitversorgung

Diese Bereiche werden im Folgenden näher erläutert.

6.1 Medizinische Rehabilitation vor der Phase E

In den Phasen B, C und D sollte ein nahtloser Übergang zwischen den Phasen erreicht werden. Ist absehbar, dass ein Übergang in die nächste Phase, z. B. von B nach C oder von C nach D, nicht möglich sein wird, ist *vor* einer Entlassung nach Hause, in eine Pflegeeinrichtung oder eine Phase-F-Einrichtung die Phase E vorzusehen, rechtzeitig zu planen und vorzubereiten. Dies gilt v. a. für die Personengruppen **3.**, **4.** und **5.** (siehe Kap. 3). Hierfür reicht bei diesem Personenkreis das Entlass- und Übergangsmanagement nach § 11 Abs. 4 SGB V, also nach Krankenhausbehandlung in den Phasen A, B und teilweise C, in der Regel nicht aus. Denn dieses ist zum einen als reines Schnittstellenmanagement konzipiert und wird zum anderen oft unzureichend umgesetzt, und zwar sowohl von den eigentlich verpflichteten Krankenhäusern als auch von den Krankenkassen, die nach § 11 Abs. 4 Satz 3 verpflichtet sind, die Leistungserbringer zu unterstützen. Für die weitere Versorgung ist die Vertragsärzteschaft im Rahmen der Krankenbehandlung einschließlich der von den Vertragsärzten veranlassten Leistungen zuständig, wobei auch andere Versorgungsbereiche einbezogen werden sollen (z. B. die Pflege). Auch diese Leistungen werden dem besonderen Bedarf der hier betrachteten Personengruppe nicht gerecht. Von den Einrichtungen der Phase C und D wird in bislang der Regel kein ausreichendes Überleitungsmanagement oder gar eine Planung der Phase danach als Phase E angeboten.

Auch bei einem Übergang aus der Phase D können jedoch umfangreiche weitere Leistungen zur Teilhabe notwendig sein, so dass während dieser bereits eine umfassende Bedarfsanalyse bzgl. der Phase E sowie deren Einleitung erforderlich werden. Denn Leistungen der Phase E wie z. B. die medizinisch-berufliche Rehabilitation, anschließende weitergehende Leistungen oder sonstige Unterstützungsformen (s. u.) müssen bereits während der Phasen B bis D geplant und vorbereitet werden.

Für die Vorbereitung einer nachhaltigen Eingliederung in der Phase E kann es insbesondere sinnvoll sein, Leistungen der medizinischen Rehabilitation in den Phasen C und D in ambulanter oder aufsuchender Form zu erbringen und (im Vergleich zur heute gängigen Anwendung) bedarfsgerecht zu flexibilisieren.

In vielen Fällen ist es für Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen, sei es nach Trauma-Ereignissen oder aufgrund einer chronischen Krankheit, nicht ausreichend, die Rehabilitation mit den Phasen B, C oder D in stationärer, oft wohnortferner Form zu beenden. Denn nicht immer besteht für Patienten aus der Phase B unmittelbar eine Rehabilitationsfähigkeit für die Phase C und nicht immer kann bei weitergehender medizinischer Rehabilitationsfähigkeit für Patienten aus Phase C eine direkte Überleitung nach Phase D angenommen werden. Insofern können grundsätzlich Betroffene aus allen Rehabilitationsphasen für die Leistungspalette der Phase E in Betracht kommen (siehe den o. g. Begriff der nahezu immer nötigen „Inklusionsbrücke“).

Ein Abschluss der medizinischen Rehabilitation in stationärer, oft wohnortferner Form wird bei Personen mit relevanten Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit nur dann ausreichend und sachgerecht sein, wenn günstige persönliche Voraussetzungen und auch optimale Kontextfaktoren in der Lebenswelt für die anschließende Reintegration vorhanden sind oder möglichst frühzeitig herbeigeführt werden können. So kann in vielen Fällen erreicht werden, dass sich die Funktionsfähigkeit nicht verschlechtert und keine Rückschritte in der Teilhabe auftreten. Diese Bedingungen sind aber für viele Patienten nicht gegeben und auch nicht aus dem stationären Setting heraus zu schaffen. Deshalb benötigen viele der betroffenen Erwachsenen schon in Phase C oder D nicht nur eine stationäre Rehabilitation, sondern ggf. im Anschluss daran noch eine ambulante Rehabilitation als bedarfsgerecht flexibilisierte Form der weiteren Rehabilitation. Dieses Modul sollte deshalb flächendeckend zur Verfügung stehen.

Allerdings kann auch die ambulante Rehabilitation in ihrer jetzigen Form eine dauerhafte Teilhabe in vielen Fällen noch nicht bewirken. Insbesondere bei schwer betroffenen Menschen mit Beeinträchtigungen der Mobilität, der Sinnes- bzw. Wahrnehmungsfunktionen und der kognitiven Teilleistungen ist Rehabilitation in der vertrauten Umgebung als **aufsuchende mobile Rehabilitation** erforderlich, wenn unter diesen Bedingungen die Möglichkeiten zur Verbesserung von Funktionen, Aktivitäten und letztlich der Teilhabe besser sind und die Phase E dadurch gut vorbereitet werden kann. Insofern sollte auch das Modul Mobile Rehabilitation flächendeckend zur Verfügung stehen.

Besonders wichtig ist eine rechtzeitige Planung der Überleitung der Phase E aus der stationären Rehabilitation heraus. Dazu ist vom Leistungserbringer der aktuellen Phase auf der Basis eines Assessments die Versorgungsplanung für die Phase E zu erarbeiten und deren Umsetzung beim Rehabilitationsträger einzuleiten (SGB IX). Eine Fallbegleitung dafür ist zur Verfügung zu stellen. Gegebenenfalls sind die örtlich zuständigen Servicestellen, IFDs und/oder anderen Fachdienste einzubeziehen.¹⁷

6.2 Weitergehende medizinische Leistungen zur Teilhabe und andere Versorgungsleistungen in der Phase E

In Phase E sind häufig noch spezifische weitergehende medizinische Leistungen zur Teilhabe notwendig. Dazu gehören insbesondere Leistungsbestandteile der medizinisch-beruflichen Rehabilitation und spezifische nichtstationäre Angebote der Neuro-Rehabilitation (insbesondere nach § 26 Abs. 2 und 3 SGB IX, Erläuterungen s. u.). Darüber hinaus ist die neurokompetente rehabilita-

¹⁷ Die gesetzlichen Grundlagen dazu sind vorhanden. Es mangelt an der Umsetzung.

tionsmedizinische Versorgung innerhalb von oder im Zusammenhang mit anderen Teilhabeleistungen, z. B. zur Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft, sicherzustellen. Solche neurokompetenten medizinischen Rehabilitationsmöglichkeiten müssen auch dann in Anspruch genommen werden können, wenn keine anderen Teilhabeleistungen z. B. bzgl. des Arbeitslebens oder Lebens in der Gemeinschaft, sondern lediglich Pflegeleistungen genutzt werden insbesondere auch dann, wenn Betroffene und ihre Familien die Versorgung vollständig selbst übernehmen.

Während der Phase E stehen zudem die Leistungen im Rahmen der regulären vertragsärztlichen Versorgung, d. h. der Krankenbehandlung, zur Verfügung. Da die übliche Regelversorgung allein dem spezifischen Bedarf der Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen oft nicht gerecht werden kann, sind diese Leistungen ggf. besonders an die Erfordernisse solcher Betroffenen anzupassen und um neurokompetente, teilhabeorientierte Angebote zu erweitern (siehe Kap. 6.6). Sie bleiben vielfach auch nach der Phase E für die Langzeitversorgung des in der Regel bleibend behinderten Personenkreises erforderlich.

Solche vertragsärztlichen Leistungen sind zudem mit den medizinischen Rehabilitationsleistungen der Phase E bedarfsgerecht zu vernetzen.

Die Phase E umfasst stets auch eine koordinierende Begleitung, für die in den Leistungskatalogen angemessene Leistungszeiten und eine Finanzierung geschaffen werden müssen.

Bei der Abgrenzung der medizinischen Teilhabeleistungen von Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung bzw. bei der Vernetzung beider (für Betroffene ist die integrierte Erbringung sinnvoll) sollten Vereinbarungen geschlossen werden, oder zumindest muss eine Integration der Leistungen auf Leistungserbringerebene zugelassen werden. Dazu wird in Kapitel 6.6 Stellung genommen.

In vielen Fällen ist die medizinische Rehabilitation bei diesen Leistungsberechtigten nach Phase B, C oder D noch nicht abgeschlossen, die vertragsärztliche Versorgung für sie aber unzureichend. Dies liegt u. a. an der zeitlichen Dynamik der Rückbildung und der „Neuorganisation“ von zerebralen Funktionsstörungen, an der störungsspezifisch eingeschränkten Selbstwahrnehmung (*awareness*) und psycho-physischen Belastbarkeit, an den ggf. nötigen zeitaufwändigen Kompensations- und Anpassungsstrategien, die erst in der eigenen Lebenswelt entwickelt werden können, sowie an der Notwendigkeit des Einbezugs der Kontextfaktoren und der persönlichen Ressourcen der eigenen Lebenswelt, welche eine spezielle interdisziplinäre und teamförmige Versorgung erfordern.

Nicht selten treten zudem erst in häuslicher Umgebung oder am Arbeitsplatz Störungsbild-spezifische Probleme auf, die der weiteren Eingliederung im Wege stehen (Minderbelastbarkeit). Medizinische, psychische und soziale Beeinträchtigungen interferieren und sind Störungsbild-spezifisch oft schwer trennbar oder gar erkennbar. Genau deswegen benötigt die Personengruppe mit erworbenen Hirnschäden in der Phase E besondere medizinische Leistungen, die im Folgenden als „weitergehende medizinische Leistungen zur Teilhabe“ bezeichnet werden sollen. Diese sind sinnvollerweise den vorgelagerten Phasen nicht zugeordnet und stellen ein *neues* spezifisches und im häuslichen bzw. in vorhandenen beruflichen und sozialen Settings alltagsnah auszuführendes Angebot dar. Die bereits etablierten hochspezialisierten Leistungen in Einrichtungen der medizinisch-

beruflichen Rehabilitation (sog. Phase-II-Einrichtungen), auf die bislang die Phase E begrenzt war, bleiben unberührt.

Es sollten daher zur Ausgestaltung der Phase E die nachfolgend genannten fünf Möglichkeiten für teilhabeorientierte Leistungen zur Verfügung stehen. Dabei sollten diese als trägerspezifische medizinische Teilhabeleistungen erbracht werden, und nur dort, wo dies nicht möglich oder nicht zweckmäßig ist, sollte es sich um spezialisierte und teilhabeorientierte Leistungen der Krankenbehandlung (mit rehabilitativer Zielsetzung) handeln.¹⁸

1. **Weitergehende ambulante, alltags- bzw. berufsbegleitende neurologische Teilhabeleistungen** im Anschluss an stationär oder ambulant, in der Regel ganztägig und umfassend durchgeführte Rehabilitationsleistungen der Phasen B, C oder D, nach Möglichkeit einschließlich beruflicher Orientierung (überwiegend für die 1. und 2. Personengruppe, gelegentlich auch für die 3. und 4.). Als Leistungserbringer können die vorhandenen ambulanten und auch stationären neurologischen Rehasentren, die ergänzend ambulante Leistungen anbieten, genutzt werden.

Art, Umfang, Komplexität sowie Behandlungsfrequenzen können bedarfsgerecht flexibel gestaltet werden.

2. **Weitergehende aufsuchend-begleitende, d. h. mobile, neurologische Teilhabeleistungen** zum einen für den schwerer betroffenen Kreis der 4. und 5. (öfter auch der 3.) Personengruppe, zum anderen – gelegentlich – auch für den 1. und 2. Personenkreis unter Einschluss mobiler medizinischer Rehabilitation im Betrieb. Die aufsuchende Rehabilitation kann als mobile neurologische Rehabilitation durch Einrichtungen der Mobilien Rehabilitation, durch ambulante Rehasentren oder ggf. auch als ergänzende (in die Lebens- und Arbeitswelt hinein wirkende) Leistung stationärer Einrichtungen erbracht werden.

Art, Umfang, Komplexität sowie Behandlungsfrequenzen können bedarfsgerecht flexibel gestaltet werden.

Dazu ist anzumerken: Bei Nr. 1 und 2 handelt es sich um nichtstationäre Leistungen der medizinischen Rehabilitation, die in Rahmenempfehlungen der gemäß § 6 SGB IX leistungsverpflichteten Rehabilitationsträger definiert werden sollen und nach § 19 und § 21 SGB IX i. V. m. Art. 26 BRK organisiert werden können. Bislang haben lediglich einige Krankenkassen und im Einzelfall auch die Unfallversicherungsträger mobile Formen medizinischer Teilhabeleistungen, meist als Anschlussrehabilitation, in Anspruch genommen.

¹⁸ Einerseits schreiben SGB V (§ 2a) und SGB IX (§ 27) zwingend vor, dass Rehabilitationsziele auch während der Akutversorgung zu beachten sind. Andererseits trennt das Leistungserbringerrecht konsequent zwischen Akutversorgung (§ 27 SGB V) und Rehabilitation nach dem SGB IX. (Deswegen wird hier der inoffizielle Begriff einer Reha-orientierten Krankenversorgung oder Krankenversorgung mit rehabilitativer Zielsetzung verwendet.) Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der GKV (§ 40 SGB V) ist allerdings das Leistungserbringungsrecht des SGB IX anzuwenden.

3. **Medizinisch-berufliche Rehabilitation (sog. „Phase-II“-Reha)** für schwer Betroffene der Personengruppe **1.** bis **3.**, die ohne derartige spezifische Einrichtungen keine Möglichkeit der Integration in den Arbeitsmarkt bzw. in eine (geeignete) Werkstatt für behinderte Menschen haben: Es sollte geprüft werden, inwieweit die Leistungen der Phase-II-Einrichtungen grundsätzlich auch ambulant erbracht werden können.¹⁹
4. **Integrierte medizinische Teilhabeleistungen** (auch in stationären oder ambulant betreuten Wohnformen)

Während der Inanspruchnahme von Leistungen der Dienste und Einrichtungen der beruflichen oder sozialen Eingliederung ist ebenfalls eine kompetente rehabilitationsmedizinische und Störungsbild-spezifische (u. a. neuropsychologische) Versorgung integriert als Bestandteil dieses Leistungsbündels und für deren gesamte Dauer anzubieten, und zwar unabhängig von der gewählten Art des Wohnens. Es handelt sich dabei insofern um die Phase E, als in dieser Phase die Möglichkeiten zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft oder am Arbeitsleben erarbeitet werden. Die Ausführung solcher rehabilitationsmedizinischen, Störungsbild-spezifischen Leistungen sollte integriert erfolgen und Bestandteil der Leistungsvereinbarungen der Rehabilitationsträger mit den Leistungserbringern sein. Ist dies nicht möglich, kann zwischen dem dafür leistungsverpflichteten Leistungsträger und dem Träger eines interdisziplinären Teams (oder Netzwerks) für die Leistungen in Phase E ein Versorgungsvertrag nach § 21 SGB IX eingegangen und das gesamte Leistungsbündel auf dieser Grundlage finanziert werden.

Als Beispiele solcher flankierenden medizinischen Teilhabeleistungen, die – zum Teil miteinander vernetzt bzw. integriert – erbracht werden müssen, können angeführt werden:

- a. reamedizinische Versorgung als integrierter Bestandteil von Bildungsangeboten in Berufsbildungs- und Berufsförderungswerken oder in WfbM
- b. reamedizinische Versorgung bei Förderung der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft durch Einrichtungen und Dienste der Eingliederungshilfe, z. B. Wohneinrichtungen, Betreutes Wohnen, Assistenzdienste, tagesstrukturierende Angebote etc. Die reamedizinische Versorgung ist auch hier Bestandteil der Gesamtleistung – vor allem dann, wenn der Dienst als eine Übergangseinrichtung ausgestaltet ist – (ggf. auf Dauer, wenn der Bedarf der Betroffenen dies erforderlich macht und die Einrichtung entsprechend spezialisiert ist; vgl. dazu auch unten unter Kap. 6.5: „Leistungen *im Anschluss an* Phase E“).²⁰
- c. reamedizinische Versorgung bei Teilhabeförderung in Einrichtungen der Phase F für einen Übergangszeitraum (**5.** Personengruppe).
- d. reamedizinische Versorgung bei sozialen Teilhabeleistungen in der eigenen Häuslichkeit ggf. durch Unterstützung der Familie oder anderer Bezugspersonen mit oder ohne zusätzliche Leistungen der Eingliederungshilfe: reamedizinische Versorgung als integraler, Stö-

¹⁹ Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR), Hrsg. (2011): Empfehlungen zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation in der Neurologie. Zugriff über www.bar-frankfurt.de. Vgl. auch das Einrichtungsverzeichnis der Bundesarbeitsgemeinschaft der medizinisch-beruflichen Rehabilitationseinrichtungen (BAG MBR Phase II) (siehe www.mbreha.de/31-0-die-richtige-einrichtung.html).

²⁰ Dies ist entweder durch einen ergänzenden Versorgungsvertrag nach § 21 SGB IX oder durch einen Dienst der nichtstationären Rehabilitation mit entsprechendem Versorgungsvertrag in der Einrichtung möglich. Das gilt im Wesentlichen für Menschen aus der **3.** und **4.** Personengruppe.

rungsbild-spezifischer Bestandteil des gesamten Leistungsbündels, sofern nicht aufsuchende mobile Rehabilitation (s. o.) zweckmäßiger ist.

- e. rehamedizinische Versorgung bei anderen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben einschließlich der Unterstützung betrieblicher Eingliederung oder sonstiger beruflicher Eingliederungsangebote, die wohnort- bzw. betriebsnah angeboten werden (v. a. bei den Personengruppen 1. und 2.). Rehamedizinische Versorgung ist hier ebenfalls Bestandteil der Gesamtleistung.²¹ Eine rehamedizinische Mitbetreuung oder ein Coaching sollte auch für die Dauer einer stufenweisen Wiedereingliederung ermöglicht werden. Dafür sollten der zuvor tätige Leistungserbringer und der dafür zuständige Sozialleistungsträger gemeinsam verantwortlich sein.

Die angesprochene rehabilitationsmedizinische Versorgung umfasst u. a. die spezifische Rehabilitationsdiagnostik, ein ICF-basiertes Assessment, die medizinisch-therapeutischen Aspekte der Reha- und Teilhabeplanung, die Information und Beratung der Nutzer sowie der Mitarbeiter der Dienste und Einrichtungen, die notwendigen Regelungen zur Sicherstellung der Behandlungspflege, die teilhabeorientierte Hilfsmittelversorgung, ggf. die Indikationsstellung für Leistungen der Unterstützten Kommunikation aus der Eingliederungshilfe sowie anderer Fachleistungen unter Sicherstellung der Regelleistungen aus der vertragsärztlichen Versorgung und die jeweils erforderlichen sozialmedizinischen Beurteilungen und Stellungnahmen. Die medizinische Versorgung und insbesondere auch die kurativen Leistungen sollen dabei so organisiert werden, dass diese die Teilhabe möglichst nicht einschränken und dass die notwendige Koordination, Abstimmung und Evaluation mit allen anderen Behandlern sichergestellt ist.²²

²¹ Im Sinne des § 4 Abs. 2 SGB IX kann es durchaus als sachgerecht angesehen werden, den teilhabeorientierten Anteil von medizinischen Leistungen, die in den o. g. Rehabilitationseinrichtungen erfolgen, auch in diesem Rahmen zu finanzieren, soweit die rehabilitationsmedizinische Betreuung einschließlich der Störungsbild-spezifischen Besonderheiten nicht über die Regelversorgung abgebildet werden kann. Weil dies im geltenden Recht auch so geregelt ist, entspricht dies jetzt schon teilweise der geübten Praxis und stellt sicher, dass auch in Einrichtungen, die nicht vorrangig der medizinischen Rehabilitation dienen, entsprechende rehabilitationsmedizinische Behandlungen durchgeführt werden können. Dabei handelt es sich aber nicht um Komponenten eines kompakten Angebots der medizinischen Rehabilitation, sondern um ergänzende medizinische Leistungen im Rahmen *anderer* Rehabilitationsverfahren, deren Leistungen z. B. auf Teilhabe in der Gemeinschaft oder am Arbeitsleben gerichtet sind. Es kann hier zunächst offen bleiben, ob/wann es sich bei diesen Leistungen um eine medizinische Rehabilitation oder nur um „Annexleistungen“ anderer Rehabilitationsleistungen handelt.

²² Im Sinne des § 4 Abs. 2 SGB IX kann es durchaus als sachgerecht angesehen werden, den teilhabeorientierten Anteil von medizinischen Leistungen, die in den o. g. Rehabilitationseinrichtungen erfolgen, auch in diesem Rahmen zu finanzieren, soweit die rehabilitationsmedizinische Betreuung einschließlich der Störungsbild-spezifischen Besonderheiten nicht über die vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Regelversorgung einschließlich der veranlassten Leistungen abgebildet werden kann. Weil dies im geltenden Recht auch so geregelt ist, entspricht dies schon jetzt teilweise der geübten Praxis und stellt sicher, dass auch in Einrichtungen, die nicht vorrangig der medizinischen Rehabilitation dienen, entsprechende rehabilitationsmedizinische Leistungen (s. o.) durchgeführt werden können. Dabei handelt es sich aber nicht um Komponenten eines kompakten Angebots der medizinischen Rehabilitation, sondern um ergänzende medizinische Leistungen im Rahmen *anderer* Rehabilitationsverfahren, deren Leistungen z. B. auf Teilhabe in der Gemeinschaft oder am Arbeitsleben gerichtet sind. Es kann hier zunächst offen bleiben, ob/wann es sich bei diesen Leistungen um eine medizinische Rehabilitation handelt oder nur um „Annexleistungen“ anderer Rehabilitationsleistungen. Zur Erbringung kurativer Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung in integrierter Form wiederum steht das Instrument der Ermächtigung zur vertragsärztlichen Versorgung für in Einrichtungen tätige Ärzte zur Verfügung.

5. **Störungsbild-spezifische medizinische Leistungen zur Teilhabe in anderen Konstellationen**

In den Fällen, in denen keine weitere Leistung eines Rehabilitationsträgers entsprechend den obigen Beschreibungen (siehe Nr. 4 a–e) erfolgt, z. B. bei häuslicher Versorgung oder bei Versorgung im Pflegeheim, können medizinische Teilhabeleistungen mit dem Charakter der Phase E als weitergehende mobile Leistungen zur Teilhabe erforderlich sein. Dies ist dann der Fall, wenn ein Störungsbild-spezifischer Reha-Bedarf besteht und die notwendigen Angebote im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nicht sichergestellt werden können. Das hängt u. a. auch davon ab, ob innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung zum einen Störungsbild-spezifische Kompetenz und zum anderen angemessene teilhabeorientierte Settings zur Verfügung stehen (siehe dazu Nr. 2).

Die Sicherstellung (neuro-)kompetenter rehamedizinischer Versorgung innerhalb all dieser Teilhabeleistungs-Angebote bezieht sich in der Phase E nur auf die dort notwendigen störungsspezifischen, rehabilitationsmedizinischen Leistungen für die genannten Betroffenengruppen. Die Form der Leistungserbringung kann durchaus variabel gestaltet werden.

Die Leistungen der Krankenversorgung, also im Wesentlichen der kurativen Krankenbehandlung, sind auch im Rahmen von Phase E innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung zu erbringen. Damit dennoch eine Gesamtleistung wie aus einer Hand zustande kommt, sind die Möglichkeiten gemeinsamer Leistungserbringung von rehamedizinischen und vertragsärztlichen Leistungen zu nutzen.²³ Neben dem Modus der integrierten Erbringung der Leistungen im Sinne einer „primären“ Komplexleistung gibt es notfalls auch die Möglichkeit einer additiven Leistungserbringung im Sinne einer „sekundären“ Komplexleistung.

Es sollte die Möglichkeit bestehen, dass sowohl Rehabilitationsdienste und -einrichtungen als auch andere Dienstleister, z. B. aus dem vertragsärztlichen Bereich, wenn sie die nötigen Kompetenzen aufweisen, einzelne rehabilitationsmedizinische Leistungen (s. o. sowie Kap. 6.6) erbringen können; ggf. sind diese zu beauftragen. Zum Beispiel können vorhandene behinderungsspezifische medizinische Dienste und Einrichtungen genutzt werden, wie sie z. B. für Menschen mit anderen Behinderungsformen, u. a. bei geistiger bzw. mehrfacher Behinderung, verfügbar sind, wenn sie über spezifische Neurokompetenz verfügen. Dafür könnten sich etwa auch die (meist noch zu schaffenden) Medizinischen Zentren für erwachsene Menschen mit Behinderung anbieten, sofern diese über entsprechende Neurokompetenz verfügen, d. h. die Störungsbild-Spezifität vieler Teilhabebeeinträchtigungen neurologischer Genese beachten.

Zur rehabilitationsmedizinischen Versorgung gehören neben der ärztlichen Behandlung auch die durch neurokompetente Psychotherapeuten, Physio- und Ergotherapeuten, Logopäden, Rehabili-

²³ Das kann z. B. als neu definiertes Leistungspaket zur Teilhabe der nichtstationären Rehabilitation unter Nutzung des Instruments „Komplexleistung“ – vergleichbar mit § 30 SGB IX – oder im Rahmen der integrierten Versorgung nach den §§ 140a ff. SGB V erfolgen. Möglich ist auch eine Zusammenführung verschiedener Leistungsanteile und trägerspezifischer Vergütungen und Finanzierungen (Leistung wie aus einer Hand) auf Ebene der Leistungserbringer. Hier kann z. B. das Instrument der Ermächtigung genutzt werden.

tationspflegekräfte oder Hilfsmittelerbringer und im weiteren Sinne auch auf Gesundheitsfragen spezialisierte Fachkräfte der sozialen Arbeit. Dabei sind in der Regel interdisziplinäre Arbeit im Team sowie eine regionale Vernetzung zwischen rehabilitativen und kurativen Leistungserbringern und die oben vielfach angesprochene Neurokompetenz erforderlich. Weitere spezielle Dienste können sein: Fachambulanzen, Landesärzte, Medizinische Zentren für erwachsene Menschen mit Behinderung u. ä. (siehe dazu weiter unten Kap. 6.6).

Es ist Aufgabe der Rehabilitationsträger im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages nach § 19 SGB IX in Zusammenhang mit der Organisationsverpflichtung des Art. 26 BRK, zu gewährleisten, dass die nach Anzahl und Qualität erforderlichen Rehabilitationsdienste und -einrichtungen regional und bedarfsgerecht verfügbar sind.

6.3 Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft *in der Phase E*

Die Förderung der Teilhabe im Sinne einer nachhaltigen sozialen Eingliederung in die Gemeinschaft und damit die Inklusion ist wesentliche Gestaltungsaufgabe in der Phase E. In dieser Phase werden die Voraussetzungen für die soziale Partizipation geschaffen und entsprechende Unterstützung wird bereitgestellt.²⁴ Dazu kann sehr Verschiedenartiges gehören. Diese Leistungen dienen dazu, dass die Ziele des § 4 SGB IX, v. a. der Nummern 1, 2 und 4, vollumfänglich umgesetzt werden.

Zu einem solchen Leistungsbündel gehören neben bedarfsgerechten medizinischen und beruflichen Leistungen zur Teilhabe – ggf. ergänzt mit neurokompetenten vertragsärztlichen Leistungen –, vor allem Angebote und Leistungen zur Förderung der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (einschließlich Beratung, Information und koordinierende Begleitung bzw. Fallmanagement).

Denn Angebote zur Entwicklung und Etablierung umfassender sozialer Teilhabe in der Phase E sind für die dauerhafte Inklusion in weitestgehender Selbständigkeit und Selbstbestimmung bei Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen von entscheidender Bedeutung. Dies gilt insbesondere für die Personengruppen **3.** bis **5.**, in vielen Fällen jedoch auch für die Personengruppen **1.** und **2.** Dabei wird immer vorausgesetzt, dass neben den Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft oft zugleich auch medizinische Leistungen (wie vorstehend in den Kap. 3 und 4), ebenso Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (siehe nachfolgend in Kap. 4.4) in Betracht kommen sowie bestimmte allgemeine Rahmenbedingungen erfüllt sind.

Einerseits müssen geeignete Angebote zur Teilhabe am Leben der Gemeinschaft regional vorhanden und verfügbar sein. Andererseits bedarf es aber gerade in diesem Bereich einer sorgfältigen und umfassenden Bedarfserkennung, -ermittlung und -feststellung, die auf der Grundlage von ausreichender Information und ergebnisoffenen Beratungs- und Begleitungsprozessen erfolgt, sowie einer Teilhabeplanung und ggf. Bereitstellung entsprechender Leistungen bzw. Anregung solcher Aktivitäten des Betroffenen und seines primären sozialen Netzwerkes, die die Inklusion im gewünschten Sinne fördern können.

²⁴ Sowohl auf Seiten der Leistungsberechtigten als auch auf Seiten ihres Lebensumfelds.

Dabei ist dieser Findungs- und Entscheidungsprozess nutzerorientiert personenbezogen und im Sinne der Phase E, die ja eine Brückenphase ist, prozesshaft zu gestalten.

Die folgenden Ausführungen stellen geeignete und notwendige Angebote dar, auf die bei der Teilhabeplanung zurückgegriffen werden kann.

Bezogen auf die verschiedenen oben definierten Personenkreise lassen sich relativ schematisch folgende Angebote und Anforderungen im Hinblick auf Wohnformen und soziale Unterstützungsleistungen, die grundsätzlich wechselseitig durchlässig sein sollen, beschreiben:

1. Bei Menschen der Personengruppe **5.** sind an **stationäre Wohnformen** folgende Anforderungen zu stellen, wenn sie vorübergehend Aufgaben der Phase E übernehmen sollen:
 - a. Es handelt sich um Einrichtungen der Phase F oder entsprechend spezialisierte andere Einrichtungen im Rahmen der Eingliederungshilfe (SGB XII), die die meist notwendigen umfassenden Behandlungsleistungen sowie die rehabilitationsmedizinische Versorgung (s. o.) einerseits, die sonstigen Leistungen zur sozialen Teilhabe andererseits im Sinne einer Komplexleistung erbringen können. Sachgerecht wäre zur Ausführung einer solchen teilhabeorientierten Komplexleistung der Abschluss eines Versorgungsvertrages nach § 21 SGB IX (ausgerichtet u. a. an einer teilhabeorientierten medizinischen Therapieplanung; vgl. dazu Kap. 6.2 Nr. 4 b und c und Fußnote 23).
 - b. Die Leistungsausführung sollte nicht allein auf der Basis einer Pflegeplanung nach dem SGB XI erfolgen, sondern auf Grundlage der ICF-orientierten Bedarfsermittlung nach § 10 SGB IX.
 - c. In der Komplexleistung müssen zwingend die Teilhabeziele des § 26 SGB IX mit nötigen Pflegeleistungen nach dem SGB XI und mit erforderlichen Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft gemäß §§ 55 ff. SGB IX sowie den medizinisch erforderlichen Leistungen einschließlich rehabilitationsmedizinischer Kompetenz verknüpft sein.
 - d. Sachgerecht ist die Sicherstellung der Versorgung auf der Basis des Leistungserbringungsrechts der §§ 17 bis 21 SGB IX.

2. Für Menschen der Personengruppen **2. bis 4.** ist ein **differenziertes und durchlässiges Wohnangebot** auch als Leistungsangebot zur selbstständigen und selbstbestimmten Lebensführung ohne Bindung an eine betreute Wohnform notwendig. In der Phase E sind spezifische Wohnangebote mit mehr oder weniger umfangreicher Betreuung oft nur vorübergehend oder z. B. zur Sicherstellung einer multidisziplinären Teilhabeförderung mit umfangreicher therapeutischer Versorgung erforderlich. Dabei kommen stationäre, teilstationäre und ambulante Wohnformen in Betracht.

Die Erfahrungen zeigen, dass Störungsbild-spezifisch die Integration in große Heimgruppen für diese Personengruppe meist schlecht gelingt. In vielen Fällen bedarf es hier einer kleineren Gruppe oder individueller Wohnformen, die oft nur mithilfe persönlicher Assistenz und ggf. mit Persönlichem Budget geschaffen werden können.

Im Einzelnen ist an folgende Möglichkeiten zu denken:

- a. Einrichtungen mit Versorgungsvertrag nach dem SGB XII, die als **Übergangseinrichtungen** gestaltet werden. In Phase E können diese für einen begrenzten Zeitraum besonders intensive Förderung anbieten, einschließlich kurativer und rehademizinischer Leistungen (vgl. dazu oben Kap. 6.2) damit die Kompetenz für eine möglichst selbständige Lebensführung aufgebaut oder gestärkt wird und definitive Wohnformen gefunden werden können. Oft handelt es sich dabei um einen längeren Prozess, der hier innerhalb der Phase E zu gestalten ist. Dabei muss es sich nicht um Dauerwohneinrichtungen handeln. Allerdings kann eine solche sog. Übergangseinrichtung auch „integriert in eine Dauerwohneinrichtung“ angeboten werden.

Bislang sind Dauerwohneinrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach dem SGB XII noch zu selten auf die störungsbildspezifischen Anforderungen eingestellt. Die notwendigen begleitenden Dienste und Leistungen sind unzureichend. Es sei aber auf einige gute Praxisbeispiele (*best practice*) verwiesen.²⁵

Sofern eine Brückenphase E in einer Übergangseinrichtung aufgrund ungünstiger Prognose, zum Beispiel bei den Personengruppen **3.** und **4.**, nicht sinnvoll ist, kann auch eine unmittelbare Eingliederung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe im Sinne einer **Dauerwohneinrichtung** erfolgen. Allerdings sind auch diese zurzeit meist nicht auf die hier beschriebenen Personengruppen mit erworbenen Hirnschädigungen eingestellt. Es gibt wenig störungsbildspezifische Neurokompetenz und kaum entsprechende Angebote. Oft fehlen angemessene rehabilitationsmedizinische und neuropädagogische Versorgung. Hier besteht ein erheblicher Entwicklungsbedarf.

- b. **Kurzzeitpflege:** In entsprechend geeigneten Einrichtungen der Kurzzeitpflege können Beiträge zur Phase E geleistet werden, zum Beispiel vor einer Rückkehr in eigene Häuslichkeit, v. a. in Kombination mit Mobiler Rehabilitation. Hier muss dann aber spezifische neurokompetente medizinische Versorgung sichergestellt sein. Es erscheint freilich unangemessen, relativ junge Menschen mit erworbener Hirnschädigung in Altenpflegeeinrichtungen unterzubringen, auch wenn es sich nur um Kurzzeitpflege handelt, oder gar in Hospizeinrichtungen. Oft findet deshalb zurzeit die Kurzzeitpflege in Einrichtungen der Eingliederungshilfe oder in Einrichtungen der Phase F statt.
- c. **Betreutes Gruppen-Wohnen** mit neurokompetenter Betreuung und Pflege, ggf. mit Intensivbetreuung, auch über 24 Stunden, z. B. das *best-practice*-Modell „Wohnen mit Intensivbetreuung“ – Wml der Fürst Donnersmarck-Stiftung in Berlin (vgl. Literatur: *Naber S. et al.* 2011).
- d. **Betreutes Einzelwohnen**, ggf. unter den Bedingungen des Persönlichen Budgets mit persönlicher Assistenz (einschl. neurokompetenter Begleitung im Teilhabemanagement bzw.

²⁵ Zum Beispiel in Berlin (P.A.N.-Zentrum für Post-Akute Neurorehabilitation der Fürst Donnersmarck-Stiftung – vgl. Literatur: *Bamborschke S et al.* 2010), Bad Kreuznach (Rehabilitationszentrum Bethesda der Stiftung kreuznacher diakonie), Nassau (Projekt Integra der Stiftung Scheuern), Bielefeld (von Bodelschwingsche Stiftungen Bethel) oder Kreischa (Helene-Maier-Stiftung).

ergänzt mit nichtstationären neurologischen Leistungen medizinischer Rehabilitation – ambulant oder mobil).

- e. Bei Leistungen für junge Erwachsene zur Teilhabe an Unterricht oder Arbeitsleben gehört eine ggf. notwendige **Internatsunterbringung** zu den geeigneten Wohnformen.
- f. Besondere Förderung und Beachtung verdient die **Wohnmöglichkeit im Rahmen der Familie**. Dabei kann es sich um die Herkunftsfamilie oder die eigene Familie oder auch eine „Betreuungsfamilie“ handeln. Hier sind in der Phase E ebenfalls oft spezielle Leistungen zur Förderung der sozialen Eingliederung unverzichtbar, zum Beispiel neuropsychologische Beratung und Begleitung, Sozialberatung, Leistungen der nichtstationären neurologisch-medizinischen Rehabilitation (ambulant oder mobil), neurokompetente (heil-)pädagogische Begleitung, Familienhilfe, persönliche Assistenz, Haushaltshilfen etc. Nicht selten bietet sich hier als Form der Leistung das Persönliche Budget an.

Der Eingliederung in die primären sozialen Netze kommt in vielen Fällen erste Priorität zu. Diese gelingt zumeist nur, wenn der Prozess im Sinne von Phase E zielgerichtet unterstützt wird. Das deckt sich oft mit der Zielsetzung betroffener Menschen, die in der Regel in ihrem angestammten sozialen Kontext verbleiben möchten.

- g. Einrichtungen zur **Tagesstrukturierung, Tagesförderstätten sowie Nachtbetreuungseinrichtungen**.

- 3. Zur **Ermöglichung verschiedener Wohnformen in Phase E** ist eine Reihe begleitender Angebote zwingend erforderlich. (Auf notwendige medizinische Angebote, die während des Wohnens und dort teilweise integriert zur Verfügung stehen müssen, wurde bereits hingewiesen; für die Angebote zur Teilhabe am Arbeitsleben siehe das Kap. 6.4 weiter unten.)

Fachlich gesehen muss die Phase der Eingliederung in die Gemeinschaft d. h. die Erarbeitung entsprechender Wohnformen durch Förderung und fachliche Unterstützung (pädagogisch bzw. über andere Fachdienste mit entsprechender Neurokompetenz) sichergestellt werden. Besondere Bedeutung hat hier die persönliche Assistenz. Dabei sind Förderangebote zur Befähigung eines guten Zusammenspiels des gesamten Netzwerks um den Leistungsberechtigten mit dem sozialen Leistungssystem einerseits und persönliche Assistenzleistungen, die den Betroffenen unmittelbar fachlich oder im Sinne einfacher Hilfestellungen unterstützen, andererseits zu unterscheiden. Beides ist Störungsbild-spezifisch nicht immer sinnvoll durch eine Person kombiniert zu erbringen. Oft bewährt es sich, diese Aufgaben auf mehrere Personen zu verteilen, die parallel in enger Abstimmung miteinander arbeiten.

Einzubinden ist die ambulante Pflege (Behandlungspflege, Grundpflege, Hauswirtschaft); auch andere Möglichkeiten der Tagespflege oder Tagesstrukturgebung kommen infrage. Eine große Rolle spielt es hierbei, Selbständigkeit und Handlungskompetenz Betroffener durch Unterstützte Kommunikation und assistive Technologie zu fördern, Letztere z. B. im Bereich der Mobilität oder der Informationstechnologie.

Aufgrund häufig auftretender neuropsychologischer Beeinträchtigungen, bis hin zu organisch-psychischen Besonderheiten und Verhaltensweisen, ist eine entsprechende psychologische/neuropsychologische/neuropädagogische Beratung (und Behandlung) in der Regel begleitend notwendig, da sonst die soziale Integration nicht gelingt. Dies muss Beratung und Edukation der Bezugspersonen sowie der Assistenzpersonen bzw. des Betreuungsteams mit beinhalten (s. u.).

Psychologische Interventionen sind im Alltag des Lebens in der Gemeinschaft oft nicht ausreichend, da sie entweder im speziellen Einzelsetting oder in Form der Beratung von Bezugspersonen erfolgen. Das Wohnumfeld wird in Einrichtungen und Diensten der Eingliederungshilfe in der Regel von Fachkräften mit (heil-)pädagogischer Qualifikation gestaltet. Diese lässt aber häufig nicht nur Neurokompetenz vermissen, sondern macht den Akteuren oft auch die Akzeptanz der Störungsbild-Spezifika besonders schwer. Deshalb bedarf es einer erweiterten Qualifizierung, zu der auch eine Vermittlung von Neurokompetenz gehört. Für die speziellen Aufgaben in der Unterstützung von Menschen mit erworbenen Schädigungen des Nervensystems hat sich deshalb die Subdisziplin Neuropädagogik etabliert. Erwartet wird, dass für die verschiedenen Wohnformen Neuropädagogik, zumindest spezifische Neurokompetenz im Bereich der Pädagogik selbst, verfügbar ist.

Ein weiteres nötiges Element ist die Wohnraumberatung, die mit allgemeiner Sozialberatung verbunden sein sollte.

Ohne ein neurokompetentes Teilhabemanagement drohen solche Wohnformen in dieser Phase E zu scheitern. Das Teilhabemanagement ist bei demjenigen Leistungsträger anzusiedeln, der aktuell die Hauptleistung finanziert, wie es auch der geltenden gesetzlichen Regelung entspricht. Das ist je nach Personengruppe und nach der Art des jeweiligen teilhabeorientierten Leistungsbündels unterschiedlich (s. dazu Anhang 3).

Besonders bewährt hat sich in diesen Fällen die Finanzierung über das Persönliche Budget, dessen Umfang/Leistungsbedarf etc. innerhalb der Phase E erarbeitet und entwickelt werden muss, nicht zuletzt, um einen optimierten Hilfemix einschließlich einer Klärung der jeweiligen finanziellen Zuständigkeiten zu erreichen. Leistungen im Rahmen des Persönlichen Budgets können durchaus auch Leistungen der Begleitung und Beratung enthalten. Sie sind dementsprechend im Teilhabeplan explizit vorzusehen. Voraussetzung ist eine qualifizierte und umfassende Teilhabeplanung.

Solche Angebote stehen für diese Personengruppe zurzeit nicht ausreichend in störungsbildspezifischer Ausrichtung zur Verfügung. Es kommt zu gehäuften Fehlallokationen in Alten- und Pflegeheimen, auch in ungeeigneten Einrichtungen der Eingliederungshilfe, zum Teil in psychiatrischen Einrichtungen. Zudem sind oft die Familien überfordert, vor allem bei älter werdenden Betreuungspersonen.

6.4 Teilhabe am Arbeitsleben *in der Phase E*

Die Erarbeitung einer Beschäftigungsperspektive im Sinne der dauerhaften beruflichen Eingliederung ist eine wesentliche Gestaltungsaufgabe in Phase E. In dieser Phase wird zur Erreichung der in § 4 SGB IX – insbesondere der Nummern 2 und 3 – genannten Teilhabeziele die Eingliederung in das Arbeitsleben erarbeitet und praktisch umgesetzt. Die dazu notwendigen Unterstützungsleistungen werden bereitgestellt. Alle Beteiligten in dieser Phase müssen über Neurokompetenz verfügen bzw. diese bei Bedarf anfordern können. Eine wirksame und nachhaltige Teilhabe am Arbeitsleben setzt voraus, dass im Einzelfall (soweit erforderlich) das gesamte Spektrum der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA – §§ 33 ff. SGB IX), einschließlich der arbeitsbezogenen Belastungserprobung und -steigerung, der stufenweisen Wiedereingliederung am vorhandenen oder neuen Arbeitsplatz, der Förder- oder auch der „Arbeitsebene“ der WfbM, der Tätigkeiten i. S. v. Tagesförderstätten oder anderen tagesstrukturgebenden Angeboten sowie des betrieblichen Eingliederungsmanagements etc., durchgängig und vorausschauend nutzbar gemacht wird. Dabei ist auch auf eine entsprechende Förderung der Mobilität, z. B. durch Elektrorollstühle, mobile/verstellbare Arbeitsstühle usw., Wert zu legen. Darüber hinaus sollten die begleitenden Hilfen der Integrationsämter (§§ 101 ff. SGB IX) ausgeschöpft werden.

Der gesamte Prozess wird bedarfsgerecht von medizinischen und sozialen Leistungen zur Teilhabe begleitet und um neurokompetente sowie notwendige allgemeine Gesundheitshilfen aus der vertragsärztlichen Versorgung ergänzt – auch Leistungen der koordinierenden und beratenden Begleitung gehören dazu.

Menschen mit erworbener Hirnschädigung wirken auf den ersten Blick häufig kompetent, ausreichend stabil und motorisch wenig eingeschränkt. Dennoch ist die berufliche Leistungsfähigkeit Störungsbild-spezifisch oft sehr beeinträchtigt. Hierbei handelt es sich nicht nur um Verlust von allgemeiner Leistungsfähigkeit, sondern auch um rasche Erschöpfung von bestimmten Kompetenzen (nach eher unauffälligem Beginn) sowie um Beeinträchtigungen der sozialen Interaktion.

Es kommt deshalb darauf an, nicht nur bei offensichtlichen, sondern auch bei verborgenen Beeinträchtigungen frühzeitig Aspekte beruflicher Eingliederung zu beachten und die frühe Arbeitsingliederung neurokompetent und Störungsbild-spezifisch ggf. über einen längeren Zeitraum zu unterstützen. Wichtig sind in diesem Zusammenhang die in Kapitel 4 zur Störungsbild-Spezifik getroffenen Aussagen, mit denen erläutert wird, warum erst „reguläre“ Beanspruchungen, Anforderungen und Belastungen Klarheit über die Teilhabeschwächen schaffen können (s. auch [Anhang 1](#)).

Für die Phase der beruflichen Eingliederung muss daher ausreichend Zeit vorgesehen werden, ggf. mit Förderung der betrieblichen Integration (auch ohne die „Anbindung“ an eine besondere Einrichtung). Dafür kann ein Zeitrahmen von 1 bis 2 Jahren, gelegentlich auch länger, notwendig sein. In vielen Fällen ist betriebliche Integration nur durch regelmäßige Betreuung, z. B. durch einen IFD oder andere spezialisierte Integrationsfachleute, möglich. Minderleistungsausgleiche oder Arbeitsassistenz können erforderlich werden.

Dabei kommt der Vermeidung von Überforderung und der Suche nach geeigneten Arbeitsplätzen eine besondere Bedeutung zu. In nicht wenigen Fällen bedarf es der betriebsnahen (gelegentlich auch der innerbetrieblichen) Begleitung, da die Arbeitgeber, Kollegen und auch manche arbeitsmedizinischen Dienste der Unternehmen mit einer Bewältigung der Störungsbild-spezifischen Probleme in der Regel überfordert sind. Der Betrieb sollte (über seine Personalabteilung) und

müsste ebenso durch seinen arbeitsmedizinischen Dienst bei Bedarf auf externe neurokompetente Expertise zurückgreifen können, denn diese ist nicht überall regelhaft vorzuhalten. Hierbei werden künftig die ambulante Neuropsychologie und medizinische Einrichtungen der neurologischen Phase E einzubeziehen sein.

Neben dem allgemeinen Arbeitsmarkt sind auch alle anderen Beschäftigungsformen wie besonderer Arbeitsmarkt/Integrationsfirmen, Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) und „2. Lebensraum mit Tagesstruktur“ (z. B. unter dem „verlängerten Dach“ einer Werkstatt als Tagesförderstätte) zu berücksichtigen.

Klassische Werkstätten für behinderte Menschen verfügen heute in der Regel (noch) nicht über die notwendige Neurokompetenz und störungsbildspezifisch notwendigen Fachdienste (Medizin und soziale Eingliederung – s. o.). Dies gilt zumeist auch für Tagesförderstätten und andere tagesstrukturierende Angebote.

Die Phase E erfolgt im Rahmen der WfbM in der Regel im Rahmen eines sog. berufsbildenden Angebots von längstens bis zu 2 Jahren, das vom zuständigen Rehabilitationsträger gefördert wird (meist DRV oder BA). Auch dieses ist störungsspezifisch und mit Neurokompetenz zu gestalten. Insbesondere sollte eine deutlich verminderte Arbeitszeit entsprechend der individuellen Belastbarkeit während der Maßnahme der beruflichen Bildung möglich sein, ggf. als Teilzeitplatz. Auf eine entsprechende Förderung der Mobilität – zum Beispiel durch Elektrorollstühle, durch mobile, verstellbare Arbeitsstühle etc. – ist Wert zu legen.

Erfahrungen zeigen, dass eine enge Zusammenarbeit von erwachsenen hirngeschädigten Personen mit geistig, seelisch oder mehrfach behinderten Menschen im Rahmen einer WfbM häufig nicht funktioniert. Offenbar führen die Verschiedenheit der biographischen Hintergründe und die spezifischen neuropsychologischen Probleme zu Inkompatibilitäten, so dass die Betroffenen nicht selten ihre Mitarbeit verweigern. Zudem bleiben therapeutische Maßnahmen für Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen oft für lange Zeit dominierend. Deshalb hat es sich bewährt, für diese Personengruppe eigene Bereiche zu schaffen, die von den Betroffenen eher akzeptiert werden. Dennoch kann im Einzelfall auch der Versuch einer Integration in eine herkömmliche Werkstatt unternommen werden.

Erfahrungen zeigen, dass mit einer individuell und bedarfsgerecht gestalteten Phase E bei der Teilhabe am Arbeitsleben tatsächlich nachhaltige Eingliederungserfolge erreicht werden, auch in solchen Fällen, in denen sie zunächst undenkbar schienen.

6.5 Teilhabeorientierung von Leistungen *im Anschluss an Phase E*: Phase F und andere Möglichkeiten der Tagesstrukturierung und -förderung, Beschäftigung, medizinischen Versorgung und sozialen Eingliederung

Während der Phase E sind die Voraussetzungen für eine nachhaltige und dauerhafte Teilhabe an allen Lebensbereichen nach dieser Phase, d. h. auf Dauer, zu schaffen. Zudem sind die Ziele des § 4 SGB IX weiterhin umfassend zu beachten.²⁶

Für einige Menschen der Personengruppe **5.** sind dazu vorgelagert eigene, auf Teilhabe ausgerichtete Einrichtungen (sog. Einrichtungen der Phase F) erforderlich. Bei anderen Betroffenen aus dieser Personengruppe gelingt die dauerhafte Teilhabe am Leben in der eigenen Familie, in Einrichtungen der Eingliederungshilfe oder in anderen Betreuungs-Settings. Die Unterbringung in Einrichtungen der Altenhilfe ist zu vermeiden.

Für die Personengruppen **2.–4.** gibt es zur langfristigen Inklusion darüber hinaus zahlreiche Fördermöglichkeiten für die Teilhabe, zu deren Realisierung es jedoch oft noch weiterer spezifischer Unterstützungsleistungen bedarf. Diese betreffen insbesondere:

- Störungsbild-spezifische und neurokompetente medizinische Versorgung
- Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben
- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft
- koordinierende Begleitung

Stets soll eine möglichst ganzheitliche Teilhabeplanung und Umsetzung erfolgen. Soweit die medizinische Versorgung Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung ist, ist sie als solche, im Übrigen jedoch im Rahmen der sonstigen Teilhabeleistungen zu erbringen, d. h., sie ist dann bei Bedarf immanenter Leistungsbestandteil des Gesamtangebots für die Ermöglichung der sozialen Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und der Teilhabe am Arbeitsleben.

Dies gilt auch für die anderen Teilhabeleistungen – und generell gilt natürlich § 4 Abs. 2 SGB IX, nach dem die Leistungen so vollständig und umfassend zu erbringen sind, dass Leistungen anderer Träger nicht erforderlich werden.

²⁶ § 4 Abs. 1 SGB IX lautet: „Die Leistungen zur Teilhabe umfassen die notwendigen Sozialleistungen, um unabhängig von der Ursache der Behinderung 1. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern, 2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern, 3. die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern oder 4. die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern.“

6.6 Vernetzung von Leistungen der Teilhabe und Krankenbehandlung *während der Phase E* sowie Leistungen der Krankenbehandlung *nach Phase E* als Langzeitversorgung

Im Anschluss an die medizinische Rehabilitation der Phasen A bis E ist beim genannten Personenkreis zur Ermöglichung von Teilhabe oft (neben der medizinischen Regelversorgung) noch eine weiter gehende, langfristige und Störungsbild-spezifische medizinische Versorgung erforderlich, die Neurokompetenz voraussetzt.²⁷ Die Aufgabe der weitergehenden Versorgung nach der Phase E wird bislang vollständig der vertragsärztlichen Versorgung zugeordnet. Das ist zumeist nicht zielführend. Denn für so manche medizinische (speziell teilhabebezogene) Problematik ist dabei die vertragsärztliche, so genannte „Grund- und Regelversorgung“, wegen ihrer kurativen Orientierung nicht ausreichend. Deshalb ist zu überlegen, wie die Akteure in der Regelversorgung in die Lage versetzt werden können, auch langfristig die Personengruppe der Menschen nach erworbenen Hirnschädigungen zu betreuen und dabei sowohl Störungsbild-spezifische als auch teilhabebezogene Aspekte ausreichend bearbeiten zu können. Dazu sollten vorhandene neurokompetente und/oder teilhabeorientierte Versorgungsangebote in die vertragsärztliche Versorgung einbezogen werden. Hierbei ist zu beachten, dass auch bereits während der Phase E die Regelversorgung in Anspruch genommen werden muss (s. o.) und dass auch bereits in der Phase E eine Kombination von speziellen rehabilitationsmedizinischen (neurokompetenten) Angeboten als Leistung zur Rehabilitation und allgemeine sowie spezielle Leistungen als Leistungen der Krankenbehandlung – vorwiegend vertragsärztlich erbracht – möglich sein sollten.

Die langfristige und nachhaltig wirksame Versorgung setzt ein existierendes und erreichbares, bedarfsgerechtes Angebot voraus. Die Gestaltung solcher Angebote kann regional unterschiedlich sein je nach vorhandenen Einrichtungen, Diensten und entsprechend verfügbaren Kompetenzen. Auch wenn das Thema dieses Positionspapieres die Phase E ist, so werden doch im Folgenden einige Hinweise für die Gestaltung der Störungsbild-spezifischen Leistungen der Regelversorgung, auch solcher mit rehabilitativer Zielsetzung, gegeben, da es möglich sein muss, schon während der Phase E auf solche Leistungen zurückzugreifen.

6.6.1 Regelversorgung

Eine optimierte ambulante medizinische Regelversorgung für Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen ist unerlässlich: Dafür muss entsprechende Teilhabe- und Neurokompetenz aufgebaut werden. (Dies gilt nicht nur für jüngere erwachsene Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen, sondern stellt auch ein Erfordernis der Medizin im Alter dar, die stetig an Bedeutung gewinnt, da Alterskrankheiten, v. a. chronische Erkrankungen des Gehirns und des Nervensystems, im Zunehmen begriffen sind. Allerdings sind die Erfahrungen aus der geriatrischen Versorgung nicht unmittelbar auf jüngere Menschen zu übertragen.) Notwendig sind

- eine kompetente allgemeinmedizinische und fachärztliche Versorgung
- eine kompetente Störungsbild-spezifische psychologische (ggf. psychotherapeutische) Versorgung – hier insbesondere als Neuropsychologie (die zwar inzwischen Regelversorgung, aber noch nicht genügend aufgebaut ist)
- eine störungsbildspezifische Heilmittelversorgung (mit kurativer und/oder mit rehabilitativer Zielsetzung)

²⁷ Geltendes Recht lässt dafür schon heute einige Lösungswege offen.

- eine Störungsbild-spezifische und fachlich angepasste, teilhabefördernde Hilfsmittelversorgung.

Für diese Bereiche muss durch Fortbildung und Integration entsprechender Ausbildungsinhalte die Qualifikation zur Erkennung des Bedarfs bei Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen dringend verbessert werden. Hierfür gibt es bereits Schulungs- und Informationskonzepte. Dazu eignen sich neben überregionalen Fortbildungsseminaren auch regionale Arbeitskreise, Qualitätszirkel etc.

Hinweis: In der jeweiligen Regelversorgung lassen sich jedoch leistungsrechtlich insbesondere in Hinblick auf die Finanzierung einige notwendige teilhabeorientierte, neurokompetente Leistungen bislang nicht abbilden. Dies gilt insbesondere für den erhöhten Zeitaufwand für die Diagnostik, für oft sehr aufwändige und häufig erforderliche neurokompetente Beratungen, die spezialisierte Hilfsmittelversorgung, die Behandlungskoordination und fachliche Ausrichtung im interdisziplinären Team, für die zur Behandlungsplanung erforderlichen Assessments, die Angehörigenberatung und Begleitung sowie das Fallmanagement (hier auch durch soziale Arbeit). (Soziotherapie greift an dieser Stelle in der Regel nicht.) Veränderungen (Weiterentwicklungen) in den Leistungskatalogen und Gebührenordnungen wären hier denkbar.

6.6.2 Spezifische Strukturelemente

Für die nachhaltige Versorgung dieser Personengruppe auf Dauer sind einige Strukturelemente erforderlich, die über die allgemeine ambulante Facharzt-Versorgung hinausgehen.²⁸ Dies bedeutet nicht, dass jeder Mensch mit erworbenem Hirnschaden solche Möglichkeiten benötigt, auch nicht, dass diese im zutreffenden Fall von ihm auf Dauer benötigt würden: Die Erfahrungen zeigen eher, dass dies oft nur intermittierend der Fall ist.

a. Zu den **Strukturelementen**, die insgesamt benötigt werden, gehören insbesondere

- aa. **Beratungsstellen für Unterstützte Kommunikation und assistive Technologien.** Notwendig sind sowohl Beratungsstellen für *assistive Technologien* z. B. für Personen mit Einschränkungen in der Grob- und/oder Feinmotorik sowie der Mobilität als auch spezielle Beratungsstellen für *Unterstützte Kommunikation* für Betroffene ohne oder mit nur sehr eingeschränkter Lautsprache, die mit Vorteil gemeinsam arbeiten. „Unterstützt kommunizierende Menschen“ setzen elektronische Sprachausgabegeräte wie Talker oder nicht-elektronische Kommunikationshilfen wie Bildsymboltafeln ergänzend oder ersetzend zur Lautsprache ein. Ein multimodales Kommunikationssystem, das verschiedene Kommuni-

²⁸ Die hier genannten Versorgungsinhalte können allerdings nur begrenzt (soweit sie überhaupt zur vertragsärztlichen Versorgung gezählt werden; vgl. § 40 Abs. 1 Satz 1, erster Halbsatz SGB V), Gegenstand der kurativen Versorgung sein. Sie können aber vollumfänglich nach geltendem Recht im Rahmen der medizinischen Rehabilitation erbracht werden. In beiden Bereichen – kurative und rehabilitative Versorgung – gibt es eine „regelhafte oder reguläre Versorgung“, die aber unterschiedlichen gesetzlichen Rahmenbedingungen unterliegt. (Während die kurative Versorgungspraxis von rechtlichen Hemmnissen geprägt ist– betreffend Aufgabenstellungen der KV –, handelt es sich im rehabilitativen Bereich überwiegend um Umsetzungsdefizite.)

kationsformen beinhaltet, kann sie zu erheblich mehr Selbstbestimmung und Teilhabe befähigen.²⁹ Zugleich sollen auch Probleme der Feinmotorik und Steuerung einschl. Umfeldkontrolle und IT-Kompetenzen bearbeitet werden können.

- ab. **Medizinische Zentren für erwachsene Menschen mit Behinderungen (MZeB)** mit entsprechend qualifizierten therapeutischen Diensten einschließlich Rehabilitationspflege, die auch sozialmedizinisch eine umfassende Betreuung sicherstellen können, etwa im Rahmen der sozialen Eingliederung. MZeB sind für Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen dann geeignet, wenn sie über die Versorgung für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung hinaus auch spezifische Neurokompetenz aufweisen. Aufgrund vieler Strukturähnlichkeiten ist es hier sinnvoll, die Bedarfe unterschiedlicher Gruppen Betroffener durch eine Einrichtung bedienen zu können.³⁰ Vergleichbare Aufgaben können auch ambulante neurologische Rehabilitations- und Nachsorgezentren übernehmen, sofern sie ihre Dienste und Konzepte um den Phase-E-Bereich erweitern.
- ac. Gegebenenfalls **spezialisierte Ambulanzen** für spezialärztliche Versorgung nach § 116b SGB V³¹ oder Hochschulambulanzen, die für Teile des Personenkreises mit besonderem Behandlungsbedarf – z. B. Beatmung, Therapie-refraktäre Epilepsien etc. – in Betracht kommen; dies kann allerdings allein die kurative Versorgung betreffen (denn ambulante Rehabilitationsleistungen i. e. S. sind den Diensten und Einrichtungen mit einem Versorgungsvertrag vorbehalten).
- ad. Möglichkeit einer (niederschweligen) Konsultation fachlicher **Spezialisten mit spezifischer Neurokompetenz**, die über besondere Erfahrungen mit der poststationären Eingliederung in der Phase E verfügen und die über eine **Ermächtigung**, sei es als persönliche oder als institutionelle Ermächtigung, in die vertragsärztliche Versorgung integriert werden können – zum Beispiel Experten aus medizinischen Rehabilitationseinrichtungen, aus Kliniken etc.

²⁹ Vergleiche dazu z. B. die Konzeption der Beratungsstellen für Unterstützte Kommunikation in Rheinland-Pfalz und die landesweit abgeschlossene Rahmenvereinbarung zu Leistungen der UK im Rahmen der Eingliederungshilfe (Vertrag nach § 21 SGB IX), der Rehabilitationsträger und Leistungserbringer beigetreten sind.

³⁰ Wenn man diese Zentren vergleichbar den SPZ in § 119 SGB V definiert (so lauten ja z. T. Forderungen aus den Verbänden), benötigen sie eine Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss im Rahmen der Kassenärztlichen Versorgung (als Sonderform, Beispiel: Spina bifida Ambulanz in Mainz). Darüber hinaus kommt ein Versorgungsvertrag nach § 21 SGB IX für die rehabilitativen Leistungsanteile in Betracht. In diesem Fall sollte allerdings eine Definition der Leistungsinhalte in einer Gemeinsamen Empfehlung (GE) nach den §§ 12 f. SGB IX erfolgen, sofern Leistungen trägerübergreifend erbracht werden. Das gleiche Ergebnis ließe sich aber auch in Form von Verträgen zur Integrierten Versorgung nach § 140a ff. SGB V erzielen. Werden rehabilitative Leistungen dieser Zentren vorwiegend in und für die Eingliederungshilfe erbracht, kommt auch eine integrierte Leistungserbringung (s. o.) in Betracht, zu der dann eine Finanzierung der rehabilitationsmedizinischen Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe und auch eine Ermächtigung zur vertragsärztlichen Versorgung gehören würde (Modell kreuznacher diakonie).

³¹ Das ist nach geltendem Recht schon längere Zeit möglich. Die Hemmnisse der Umsetzung indessen haben sich bisher als sehr hartnäckig erwiesen. Auch die Neufassung gemäß dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (2012) lässt noch keine Verbesserung erkennen. Bisher und auch weiterhin sind Teilhabeleistungen nicht Gegenstand der vertragsärztlichen Leistungen, weil der Vertragsarzt – bis auf den engen Bereich des § 40 Abs. 1 Satz 1 erster Halbsatz SGB V kein Erbringer/Veranlasser von Teilhabeleistungen ist und sein kann. Allerdings gelten u. a. § 2a SGB V und § 27 SGB IX.

- ae. Denkbar sind auch **Medizinische Versorgungszentren (MVZ)** oder **ärztliche Praxen** mit neuro-rehabilitativem Schwerpunkt, z. B. auch im Rahmen des Fachgebiets Physikalische und Rehabilitative Medizin (PRM), wobei hier zunächst offen bleiben muss, ob diese Tätigkeiten im System regulärer vertragsärztlicher Versorgung abgebildet werden können.
- af. **Sozialpsychiatrische Dienste mit Neurokompetenz**, wobei insbesondere die sozialpsychiatrischen Verbände, die psychiatrischen Institutsambulanzen, die Psychiatriekoordinatoren sowie die sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi) an den Gesundheitsämtern angesprochen sind (je nach örtlicher Gestaltung), soweit sie – für ihre Rehabilitationsleistungen im eigentlichen Sinne – über einen Versorgungsvertrag (§ 21 SGB IX) verfügen und entsprechende Neurokompetenz für Fälle haben, bei denen organisch-psychische Funktions- und Leistungsstörungen, Verhaltensprobleme und seelische Einschränkungen im Vordergrund stehen. (Neurokompetenz bezieht sich hier auf die störungsbildspezifischen Kenntnisse und Fähigkeiten.)
- ag. **Landesärzte für Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen**. Nach § 62 SGB IX können Landesärzte für bestimmte Behinderungsgruppen bestellt werden. Üblicherweise ist dies heute nur noch für wenige Behinderungsgruppen der Fall, zum Beispiel für Körperbehinderte, für Menschen mit geistiger Behinderung, für Sehbehinderte, Hörbehinderte etc. Es bietet sich aber an, aufgrund der Störungsbild-Spezifika der hier beschriebenen Betroffenen auch Landesärzte für Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen zu benennen. Diese müssen nicht hauptamtlich tätig sein, sondern übernehmen die Aufgabe neben ihrem einschlägigen ärztlichen Hauptberuf, aus dem sie die Kompetenz für das Nebenamt mitbringen.
- ah. **Neurokompetente Fallbegleitung und Case-Management** durch spezielle Dienste und Einrichtungen oder durch kompetente Einzelpersonen, die die Betreuung einzelner Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen übernehmen, nachdem die Phase E abgeschlossen ist. (Dieselben Dienste oder Personen können bereits in der Phase E tätig gewesen sein.) Gegebenenfalls sollte ein vorrangiger Leistungsträger (s. o.) regional in Anspruch genommen werden.

Weitere Strukturelemente der **wohnnahen** Langzeitversorgung sind:

- b. Entwicklung von **Neurokompetenz in der allgemeinen sozialmedizinischen Beratung und in den Beratungsdiensten aller Rehabilitationsträger**, einschließlich der Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation und der Akteure im Aufgabenfeld der Teilhabe am Arbeitsleben.
- c. **Regionale Betroffenenbeteiligung**. Erfahrungen, Berichte und Selbstzeugnisse von Betroffenen, ihren Familien und Angehörigen sowie der Selbsthilfeorganisationen und -verbände sollten regelmäßig in geeigneter Form in die Gestaltung von Teilhabeleistungen einbezogen wer-

den. Dazu bedarf es entsprechender regionaler Kooperationsstrukturen. Für die fachliche Arbeit sollten Ergebnisse der Outcome-, Quality-of-Life-, Community-Integration- und Familienforschung (im Sinne von Disability Studies und von Participative Evaluation Research) herangezogen werden, wie dies bereits in einigen anderen Ländern üblich ist.

- d. **Regionale Beteiligung der Leistungserbringer und der Patienten/Betroffenen bzw. von deren Vertretern/Angehörigen** an der Definition der Leistungsinhalte und an der Entwicklung der regionalen Versorgungsstrukturen gemäß den §§ 12 und 19 SGB IX.
- e. Regionale Beteiligung der **Behindertenbeauftragten (BB)**, d. h. Einbezug der Behindertenbeauftragten auf kommunaler, Landes- und Bundesebene (ggf. auch Einbezug der kommunalen Arbeitskreise für Behindertenfragen, soweit sie anstelle eines BB eingesetzt bzw. tätig sind, etc.).
- f. Weitere regionale, sozialraumbezogene Angebote (hier nicht weiter zu spezifizieren).

6.6.3 Ergänzende Hinweise

Um das Problem einer durchgängigen medizinischen Versorgung dieser Personengruppe unter Beachtung teilhabebezogener Anteile und mit Berücksichtigung der Notwendigkeit von Neurokompetenz zu lösen, soll bei der Gestaltung der Phase E aber nicht einer Verlagerung von eindeutig der Rehabilitation zugeordneten Leistungen in die reguläre Krankenbehandlung das Wort geredet werden. Umgekehrt können aber auch nicht alle medizinischen Leistungen in der Phase E als Rehabilitationsleistungen erbracht und finanziert werden. Dabei kann leider nicht davon ausgegangen werden, dass in der Regelversorgung die medizinische Behandlung und Beratung dieser Personengruppe derzeit fachlich schon ausreichend sichergestellt werden könnte.

Im vorangegangenen Abschnitt wurden deshalb wichtige Elemente zur Ergänzung der Regelversorgung vorgeschlagen. Deren Nutzung für Rehabilitation und Krankenbehandlung in der Phase E muss dann aber auf der Basis besonderer Regelungen erfolgen, wenn sie nicht im Rahmen der Krankenbehandlung erbracht werden können und wenn ihre angemessene Finanzierung durch die jeweiligen Rehabilitationsträger sichergestellt werden soll. Dies kann z. B. auf der Grundlage Gemeinsamer Empfehlungen der Rehabilitationsträger erfolgen. Vertragliche Regelungen können des Weiteren auf der Grundlage des § 21 SGB IX getroffen werden.

Speziell in der Krankenversorgung des SGB V besteht auch für Leistungen mit rehabilitativer Zielsetzung ein weiter Spielraum, vgl. u. a. § 2a (Ansprüche einer Gestaltung von Leistungen an Menschen mit Behinderung/chronischer Krankheit), § 11 Abs. 2 (Reha vor und in Pflege), Präventionsregeln (§§ 20, 23 und 25), Umfang der Krankenbehandlung (§ 27 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 und Satz 3), Bestimmungen zum Einsatz von Heil- und Hilfsmitteln (§§ 32 f.), zur häuslichen Krankenpflege und Soziotherapie (§ 37 f.) oder zur Rehabilitation (§ 40) mit den zentralen Regelungsinhalten und Zielvorgaben aus dem SGB IX. Besondere Beachtung im SGB V verdienen auch § 119a (Beteiligung von Behindertenhilfe-Einrichtungen), § 140a f. (Integrierte Versorgung), § 11 Abs. 4 (Überleitungsmanagement für Versicherte) u. a. m.

Um zu einer korrekten leistungsrechtlichen Zuordnung und damit tragfähigen Finanzierung zu kommen, ist es aber notwendig, die kurativen und die teilhabeorientierten Leistungsbestandteile jeweils klar zu definieren und dann korrekt leistungsrechtlich zuzuordnen. Geht man so vor, dann können aus leistungsrechtlicher Sicht z. B. folgende Instrumente der Umsetzung mit dem Ziel einer integrierten Leistungserbringung in der Phase E und ggf. darüber hinaus genutzt werden (nähere Ausführungen dazu in Anhang 3):

- a. Integrative Erbringung von kurativen und rehabilitativen Leistungen in der Phase E (vgl. oben im Kap. 6.6) durch einen Leistungserbringer, der über Zulassungen bzw. Verträge sowohl für kurative als auch für rehabilitationsmedizinische Versorgung verfügt. Dies kann z. B. der Fall sein
- bei stationären und ambulanten Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen, die sowohl rehabilitationsmedizinische als auch kurative Leistungen (z. B. im Rahmen einer Ermächtigung) anbieten können
 - bei persönlichen oder bei Instituts-Ermächtigungen anderer Experten oder spezialisierter Einrichtungen
 - bei mit den Rehaträgern ggf. über die KV oder als Einzelregelung vereinbarter Einbindung von Vertragsärzten/anderen Vertragstherapeuten in die rehabilitationsmedizinische Versorgung
 - bei Medizinischen Zentren für Erwachsene Menschen mit Behinderung (MZeB) analog den Sozialpädiatrischen Zentren
 - bei Verträgen für Einrichtungen zur ergänzenden Heilmittelerbringung nach § 124 Abs. 3 SGB V

Auf die Analogie zu den Sozialpädiatrischen Zentren sei hinweisend Bezug genommen.

- b. Additive Leistungserbringung z. B. durch spezifisch ausgebildete Experten, die jeweils bei Bedarf hinzugezogen werden können, etwa
- Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA)
 - spezielle rehamedizinische Dienste und Einrichtungen ohne eigene Ermächtigung zur kurativen Versorgung, jedoch mit einer Ergänzung durch neuro-kompetente Vertragsärzte/Therapeuten im Rahmen von Kooperationsverträgen
 - störungsspezifische soziotherapeutische Dienste
- c. Komplexleistungen als integrative Leistung im Rahmen einer einheitlichen Finanzierung in folgenden Formen:
- im Rahmen einer Integrierten Versorgung (I. V.) nach § 140a ff. SGB V
 - als Persönliches Budget (PB) nach § 17 SGB IX
 - als – modular aufgebaute – Komplexleistung der ambulanten medizinischen Rehabilitation (vergleichbar der Früherkennung und -förderung für von Behinderungen bedrohte/betroffene Kinder nach § 30 SGB IX), etwa gemäß § 40 Abs. 1 oder § 111c SGB V, oder auch in unmittelbarer Anwendung der Teilhabe-Vorrangregel des § 8 Abs. 1 (ggf. i. V. m.

Abs. 3) SGB IX während einer anderen Sozialleistung durch den zuständigen Träger, sofern eine Parallelführung beider Leistungserbringungen sinnvoll oder gar angezeigt ist

Mit dieser beispielhaften Aufzählung soll darauf hingewiesen werden, dass auch das derzeitige Leistungserbringerrecht eine Palette von Möglichkeiten bietet, spezielle rehabilitationsmedizinische Leistungen als eigenständigen Bestandteil der Phase E auszugestalten.

Bei der inhaltlichen Gestaltung von Phase E ist noch darauf hinzuweisen, dass der Bedarf von Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen in Teilen dem von Menschen mit körperlichen und mehrfachen Behinderungen, z. T. auch mit seelischen Behinderungen bzw. chronisch psychischen Erkrankungen entspricht. Wichtig ist dies deshalb, weil zur Vermeidung von Systemredundanzen die hierfür vorhandene oder zu schaffende Versorgungsstruktur im Hinblick auf den hier betrachteten Personenkreis bei entsprechender Eignung in die entstehende Leistungserbringung der Phase E einbezogen werden kann (politisch: Vorrang für Synergie und Ertüchtigung bei der Angebotsstrukturgestaltung – Neuschaffung von Strukturen nur, wenn unvermeidlich).

Grundsätzlich sollte erreicht werden, dass ein möglichst großer Anteil der Leistungen innerhalb von Diensten und Einrichtungen der *vorhandenen* kurativen und rehabilitativen Versorgung ausgeführt werden kann. Dies würde auch der sog. „Mainstream-Orientierung“ laut UN-BRK entsprechen. Realistisch betrachtet wird es bei der Gestaltung der neurologischen Rehabilitationsphase E zunächst darauf ankommen, die Versorgung der genannten Personengruppen durch spezielle Leistungsangebote der auf Menschen mit Behinderungen bereits eingestellten, vorhandenen Dienste und Einrichtungen zu gestalten und die nichtstationären neurologischen und ähnlichen Rehabilitationsangebote so zu organisieren, zu erweitern und zu flexibilisieren, dass sie die teilhabebezogenen Leistungen für die Inklusion erbringen können. Es muss nämlich erreicht werden, dass die Betroffenen ohne nachteilige Folgen den Übergang zur dauerhaften Weiterbehandlung im Regelversorgungssystem schaffen.

Die Dauer der Phase E bzw. des spezifischen, teilhabebezogenen Bedarfs lässt sich aufgrund des oft langen (gelegentlich extensiv über ganze Lebensphasen hinweg begleitenden) Behandlungsbedarfs dieser Personengruppe nicht auf eine definierte Spanne, schon gar nicht von wenigen Monaten, oder auf einzelne institutionelle (kompakte/intensive) Teilhabeangebote beschränken. In einigen Fällen gehört es geradezu zum Schädigungs- bzw. Störungsbild, dass eine konzentrierte Intensiv-Rehabilitation „nicht vertragen wird“, längerfristig angelegte, extensiv-alltagsbegleitende Teilhabeangebote jedoch sehr gut. Insofern ist die Einbettung in kontinuierliche, langfristig und nachhaltig wirkende Versorgungsstrukturen³² unerlässlich.

Eine solche langfristige Versorgung muss zwar Kontinuität ermöglichen, wird aber meist nur bei Bedarf und ggf. auch nur intermittierend beansprucht. Daher sollten fallweise regelmäßige Überprüfungen der Befunde, des Teilhabeplanes und auch der Zielerreichung – verbunden mit einem

³² Immerhin geht das SGB IX seit gut einem Jahrzehnt – ohne dass sich dies schon hinreichend in der Versorgungswirklichkeit widerspiegelt – von einer Entwicklung umfassender Teilhabe-/Inklusionsstrukturen aus, welche mit der Akutversorgung vernetzt sind. Das heißt, das geltende Teilhaberecht setzt darauf, dass die menschenrechtliche (inzwischen auch völkerrechtliche) Verpflichtung auf das Inklusionsziel der übergreifende Auftrag an die Behindertenpolitik ist.

iterativen Prozess der Revision von Teilhabezielen – vorgesehen werden. Bei der langfristigen Versorgung ist auf Bereitstellung ausreichender verkehrsmedizinischer Kompetenz (besonders bei der 1. und 2. Personengruppe) sehr zu achten.³³

Die Zielorientierung längerfristiger Versorgung wird durch die Teilhabeplanung und durch die Steuerung des Prozesses durch die Rehabilitationsträger sichergestellt. Darin sollten auch die jeweiligen Zuständigkeiten festgelegt werden.

7. Wissenschaftliche Begleitung, Qualitätssicherung, Teilhabe- und Wirksamkeitsforschung

Zwei Hinweise vor allem ergeben sich aus dem Studium der (leider nicht sehr umfangreichen) Literatur zur **Versorgungsforschung** im Hinblick auf leistungsberechtigte Erwachsene mit erworbenen Hirnschädigungen (und die entsprechend Leistungsverpflichteten):

1. Es gibt keine Klarheit über den genauen Umfang der hier aufgezeigten Versorgungsdefizite in der postakuten Rehabilitation, Teilhabeförderung und Nachsorge der hier angesprochenen Betroffenen, und
2. die „offizielle“ Datenlage über die breite Palette verschiedenster Versorgungsformen (s. o.) ist ausgesprochen mager.

Deswegen muss auf der Versorgungsforschung zu diesem Personenkreis, gerade im Licht der sozialstaatlichen Organisationspflichten aus der Rechtsetzung der UN-BRK, dringend einer der wissenschaftlichen Schwerpunkte liegen, um gezielter Abhilfe schaffen zu können. Teilweise ist dies bereits erkannt, allerdings nur in Fachkreisen und zumindest „politisch“ noch nicht in einem bundesweiten Sinne (vgl. z. B. den NAP³⁴!) – weder unmittelbar staatlich noch bei den großen Leistungsträgern der Teilhabe.³⁵

Wegen des nicht ganz unbeträchtlichen Aufwandes, der für die Befriedigung der teilhabeorientierten Versorgungsbedarfe von Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen noch erforderlich ist, sollten die vorhandenen Angebote, auch wenn sie nur vereinzelt zur Anwendung kommen, mit angemessenen Methoden wissenschaftlich evaluiert werden, um die erreichten Effekte hinsichtlich

³³ Die *verkehrsmedizinische* Beurteilung (insbesondere die Nutzung von Kfz) ist in einigen Fällen von sehr großer Bedeutung. Die *arbeitsmedizinische* Beurteilung – im Rahmen von LTA – der Möglichkeit von Tätigkeiten an laufenden Maschinen etc. ist obligatorisch anzufordern (positives *und* negatives Leistungsbild). Hierbei ist darauf zu achten, dass Bedingungen sich oft modifizieren lassen: So können zum Beispiel vielfach die laufenden Maschinen so mit Schutzvorkehrungen versehen werden, dass auch motorisch eingeschränkte Menschen gefahrlos an ihnen arbeiten können.

³⁴ In seinem Maßnahmen-Teil erwähnt der Nationale Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention aktuelle Forschungsnotwendigkeiten des Rehabilitationsbereichs im weitesten Sinne auf den Seiten 119, 136 f., 144 f., 171, 186 und 188. Von dem verzeichneten rund Dutzend an erwähnten Forschungsvorschlägen gehört nur einer zur Versorgungsforschung und betrifft kein einziger direkt die Neuro-Rehabilitation oder gar den erforderlichen „Lückenschluss“ zugunsten der Teilhabe von Erwachsenen mit erworbenen Hirnschädigungen.

³⁵ Deren „Zweckvereinigung“ mit der verfassten Ärzteschaft, die BAR e. V., kennt und bearbeitet auch fachlich die Problematik der zu geringen Teilhabechancen von Erwachsenen mit erworbenen Hirnschädigungen; sie ist jedoch nicht im Sinne der Forschung oder gar einer „Forschungsförderung für Dritte“ tätig.

des Partizipations- und Teilhabestatus, der Lebensqualität und auch der Patientenzufriedenheit zu verifizieren.

Es sollte ferner überlegt werden, inwieweit neue Versorgungsformen oder -elemente, gerade und ausgesprochen für die nicht sehr große, aber doch unverhältnismäßig

- intensiv von Teilhaberrisiken und -einschränkungen betroffene und
- in den Strukturen und Routinen des praktischen Rehabilitationsgeschehens in Deutschland noch relativ wenig berücksichtigte

Gruppe dieser Leistungsberechtigten, **wissenschaftlich begleitet** werden können.

Dazu wie auch zu den damit verbundenen methodischen Fragestellungen und zur Erfordernis von **Forschungsplanung und Forschungsförderung** hat sich die DVfR an anderer Stelle gemeinsam mit der DGRW ausführlich zu Wort gemeldet (siehe dazu das Diskussionspapier „Teilhabeforschung“ vom 14.3.2012 unter www.dvfr.de).

Für die Leistungen in der Phase E ist auch eine angemessene **Qualitätssicherung** vorzusehen.

8. Forderungen der DVfR

Aus diesen Ausführungen lassen sich aus Sicht der DVfR folgende Forderungen ableiten:

1. Besonderer Unterstützungsbedarf ist unabweisbar und sachlich nicht zu bestreiten

Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen weisen einen teils störungsbildspezifisch besonderen, teils auch besonders umfangreichen Unterstützungsbedarf im Hinblick auf die Ermöglichung der Teilhabe, aber auch im Hinblick auf die Krankenbehandlung auf. Diesem Bedarf muss durch eine bedarfsgerechte Gestaltung der Phase E entsprochen werden.

2. Die Phase E sollte alle Teilhabebereiche umfassen

Die Phase E sollte nicht länger nur auf die sog. medizinisch-berufliche Rehabilitation („Phase II“) beschränkt sein, sondern die ganze Breite der Teilhabebeeinträchtigungen und der zu ihrer Bewältigung und zur Inklusion notwendigen Leistungen umfassen.

3. Phase E soll im Sinne einer Brücke zur Inklusion konzipiert sein

Die Phase E soll als Brücke zur Inklusion konzipiert sein und für alle Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen, bei denen relevante Einschränkungen der Funktionen vorliegen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe nicht nur kurzfristig, sondern auch mittel- oder langfristig zu erwarten sind, ein Angebot nach jeder Phase der medizinischen Rehabilitation (A–D) darstellen.

4. Rehabilitations- und Teilhabeangebote sind bedarfsgerecht vorzuhalten

Gemäß § 19 SGB IX sind die Rehabilitationsträger verpflichtet, gemeinsam unter Beteiligung der Bundesregierung und der Landesregierungen darauf hinzuwirken, dass die fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationsdienste und -einrichtungen in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen. Die DVfR sieht hier für die Phase E Handlungsbedarf, denn geeignete Einrichtungen/Leistungserbringer für die Bedarfe dieser Personengruppe, insbesondere solche mit Neurokompetenz, sind seitens der Rehabilitationsträger mit Sicherheit (noch) nicht ausreichend bereitgestellt. Die DVfR unterstützt die Erarbeitung einer Empfehlung für beteiligte Leistungsträger und -erbringer auf Ebene der BAR unter Einbezug der Ergebnisse dieses Positionspapieres. Unter anderem bedarf es eines flächendeckenden Angebotes an Mobiler Rehabilitation.

5. Geeignete Dienste und Einrichtungen sind sozialraumorientiert zu gestalten

Zu betonen ist besonders die Notwendigkeit, geeignete Dienste und Einrichtungen mit dem notwendigen speziellen Leistungsangebot regional bedarfsgerecht vorzuhalten und deren Leistungen fachgerecht zu gestalten und tatsächlich erreichbar und verfügbar zu machen. Für die Steuerung des regionalen Angebotes sollte auf regionale Arbeitsgemeinschaften gem. § 12 Abs. 2 SGB IX zurückgegriffen werden.

6. Vorhandene gesetzliche Grundlagen reichen im Wesentlichen aus

Die DVfR geht davon aus, dass die vorhandenen gesetzlichen Grundlagen eine Bereitstellung sachgerechter Lösungen für eine ausreichende Angebots- und Leistungsstruktur gestatten. Besonders wird auf die §§ 10–14, 19 und 21 SGB IX verwiesen. Die DVfR sieht zur Sicherstellung der Phase-E-Leistungen nur an wenigen Stellen in den Sozialgesetzbüchern sowie im Bereich „untergesetzlicher“ Vorschriften den Bedarf für eine Weiterentwicklung und Spezifizierung. Dazu kann es u. U. gehören, dass Leistungen, die sich aus dem SGB IX ableiten, soweit erforderlich auch in anderen Sozialgesetzbüchern leistungsrechtlich verankert werden, oder dass das SGB IX präzisiert wird, indem dort beschriebenes Leistungsrecht durch explizite Verweise auf andere Sozialgesetzbücher in einen klaren Bezug zu trägerspezifischem Leistungsrecht gesetzt wird. Allerdings ist es notwendig, dass die vorhandenen gesetzlichen Möglichkeiten auch genutzt und alle gesetzlichen Vorgaben auch tatsächlich umgesetzt werden.

7. Kooperation der Rehabilitationsträger und bedarfsgerechte Definition weitergehender Leistungen ist Schlüssel zur administrativen Problemlösung

Die DVfR misst einer durchgängigen medizinischen Versorgung dieser Personengruppe eine besondere Bedeutung bei. Dabei ist die Kooperation der Rehabilitationsträger von großer Bedeutung, weil z. B. im Vorgehen eine enge Abstimmung zwischen den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und denen der Krankenbehandlung unabdingbar ist. Die DVfR sieht dazu Handlungsspielräume nicht nur im SGB IX, sondern auch im SGB V, insbesondere im Hinblick auf die dortigen §§ 2a, 11, 27 und 40. Dies kann eine Ausweisung von komplexen Phase-E-Leistungsmodulen in Ergänzung zu den bisherigen Leistungsmodulen der medizinischen Rehabilitation im SGB V im Sinne weitergehender Leistungen mit einer Leistungsbeschreibung nicht zuletzt zur Regelung der Finanzierung erforderlich machen.

8. Finanzierung ist möglich, Koordinierung und Steuerung sind machbar

Zur Koordination und Steuerung sowie für die Finanzierung jeweils komplementärer Leistungen, welche angesichts der eher geringen Größe der Betroffenengruppe nicht als schwierig erscheint, schlägt die DVfR die Bestimmung eines vorrangig für Koordination zuständigen Leistungsträgers vor. Eine solche Möglichkeit hat in den §§ 10–14 SGB IX eine gesetzliche Grundlage. Unabhängig davon könnte eine Weiterentwicklung der Gebührenordnungen bzw. Vergütungsvereinbarungen auch eine Beschreibung von Koordinierungs-, Management-, Beratungs- und Coachingleistungen für Bezugspersonen im Lebensraum Betroffener umfassen (z. B. in der ärztlichen Gebührenordnung, in Gebührenordnungen der Heilmittelerbringer oder für andere Leistungen, die in der Phase E erforderlich werden).

9. Teilhabeplanung beginnt mit den Vorbereitungen zur Überleitung in den Reha-Einrichtungen

Jedes Krankenhaus (Phase A oder ggf. B) und jede Rehabilitationseinrichtung (Phase B–D) muss im Rahmen des Überleitungsprozesses den Teilhabebedarf ermitteln und mit dem Klienten und seinen Bezugspersonen einen Teilhabeplan rechtzeitig vor der Entlassung erstellen. Dieser kann bedarfsabhängig eine eigenständige Phase E ggf. mit Phase-E-spezifischen Leistungen vorsehen. (Eine Übersicht solcher spezifischen Leistungen findet sich in diesem Positionspapier in Kap. 6.) Er ist mit Einverständnis des Klienten mit den zuständigen Leistungsträgern und Leistungserbringern abzustimmen, damit die benötigten Unterstützungsleistungen nach Entlassung auch tatsächlich zur Verfügung stehen. Treten Koordinationsprobleme oder ungeklärte Zuständigkeitsfragen auf und ist deshalb die Kontaktaufnahme zu den einzelnen Sozialleistungsträgern nicht ausreichend, ist die Gemeinsame Servicestelle bereits bei der Erstellung des Teilhabeplanes zu beteiligen.

10. Die gemeinsame Trägerverantwortung soll durch die Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation wahrgenommen werden

Die Steuerung in die und innerhalb der Phase E, insbesondere bei unklarer Zuständigkeit, ist Aufgabe der Gemeinsamen Servicestellen nach § 23 SGB IX. Diese können die Aufgaben der Steuerung entweder selbst übernehmen oder durch Beauftragung von geeigneten Personen oder Diensten sicherstellen. Solche „Coaches“ müssen über fachliche und persönliche sowie über Störungsbild-spezifische Neurokompetenz verfügen. Begleitung, Coaching, Steuerung und Koordination der Leistungen und Teilhabeplanung müssen trägerseitig finanziert sein und vertraglich abgesichert werden. Dazu bedarf es entsprechender Angebote kompetenter Leistungserbringer.

11. Auf strikte Orientierung an Teilhabe und Inklusion kommt es an

Die gesamte Rehabilitation dieses Personenkreises sollte vermehrt an der Inklusion orientiert werden, so sollte z. B. frühzeitig (auch bereits in den Phasen C und D) eine Möglichkeit der mobilen/ambulanten Rehabilitation bestehen. Insgesamt ist in allen vorgelagerten Rehabilitationsphasen eine Flexibilisierung und Individualisierung der ambulanten Rehabilitation anzustreben, um so auch eine adäquate Nachbetreuung in die Phase E hinein zu ermöglichen.

12. Auf- und Ausbau geeigneter medizinischer Zentren braucht Förderung

Die Medizinischen Zentren für erwachsene Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung sollten nach Ansicht der DVfR um den Fachbereich „Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen“ erweitert und entsprechend der Regelung für Sozialpädiatrische Zentren durch eine Ergänzung des § 119 SGB V (bzgl. der Vergütung auch des § 120 SGB V) auch rechtlich verankert werden – einschließlich des Zugangs zu Versorgungsverträgen nach § 21 SGB IX.

13. Die Hilfsmittelversorgung bedarf bei hirngeschädigten Menschen einer Verbesserung

Wie an anderer Stelle für den gesamten Kreis rehabilitationsberechtigter Menschen bereits ausführlich dargestellt wurde (siehe „Lösungsoptionen der DVfR zur Überwindung von Problemen bei der Versorgung mit Hilfsmitteln“ vom 3.11.2009; www.dvfr.de), sind Menschen mit Teilhabeeinschränkungen aufgrund einer erworbenen Hirnschädigung ganz besonders auf eine gute Hilfsmittelversorgung angewiesen. Über- und Unterversorgung sind zu vermeiden. Die Hilfsmittelversorgung ist insbesondere unter Inklusionsgesichtspunkten im Hinblick auf Selbstständigkeit und Selbstbestimmung neurokompetent zu gestalten. Dabei ist oft eine interdisziplinäre Kooperation erforderlich. Zu prüfen ist, ob ggf. eine Gemeinsame Empfehlung nach § 14 SGB IX für die Fälle benötigt wird, bei denen mehrere Rehabilitationsträger beteiligt sind. Eine besondere Bedeutung hat in diesem Zusammenhang die Unterstützte Kommunikation, in deren konzeptionellem Rahmen die Hilfsmittelversorgung bei Kommunikationsbeeinträchtigungen erfolgen sollte.

14. Unterstützung und Befähigung der Angehörigen, Familien und Bezugspersonen

Die Teilhabe- und Inklusionsorientierung aller Anstrengungen zur Rehabilitation und Langzeitversorgung erfordert, dass Angehörige, Familien und Bezugspersonen betroffener Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen ausreichend informiert, beraten, geschult und angeleitet sowie begleitet werden. Sie müssen die Chance erhalten, ihre Erfahrungen aus dem Zusammenleben zu verarbeiten und zugleich im Hinblick auf Pflege, fördernde Maßnahmen, Alltagsgestaltung und medizinisches Management angeleitet zu werden. Ferner benötigen sie die entsprechende praktische Unterstützung im Alltag, ggf. auch aus der Eingliederungshilfe. Ihnen sollte eine regionale Anlaufstelle für Problemklärung und ggf. Beschwerdemanagement zur Verfügung stehen.

15. Einbezug von Selbsthilfeorganisationen und selbst-erfahrenen Experten ist unabdingbar

Selbsthilfeorganisationen, Betroffenenverbände und Betroffene/Angehörige als Experten ihrer eigenen Lebenssituation sollten in die regionale/örtliche Teilhabe- und Inklusionsplanung aktiv einbezogen und partizipativ beteiligt werden. Ihre Unterstützungsmöglichkeiten für den Einzelnen und seine Bezugspersonen sollten systematisch gefördert und genutzt werden.

16. Die Beteiligung der Städte und Landkreise ist erforderlich

Die in der Kommune und auf Landkreisebene regional für die kommunale/regionale Teilhabeplanung Verantwortlichen sowie die Behindertenbeauftragten und andere Akteure, z. B. der Sozialversicherungen, der freien Wohlfahrtspflege etc., sollten auf die Bedarfe von Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen proaktiv angesprochen und insbesondere auch an den Planungen beteiligt werden, die die Phase-E-Rehabilitation betreffen.

17. Zusammenarbeit mit dem Wissenschaftssektor ist geboten

Durch intensive Kooperation mit Fachhochschulen, Universitäten und Forschungseinrichtungen sollten die Möglichkeiten genutzt werden, regional und überregional Nachsorge- und Teilhabeprojekte zu begleiten und hinsichtlich ihrer Wirksamkeit zu evaluieren. Dies kann im Rahmen von Versorgungs-, Teilhabe- und Inklusionsforschung erfolgen – unter Bündelung vorhandener regionaler und überregionaler Initiativen sowie mit Berücksichtigung internationaler Erfahrungen und Forschungsergebnisse.

18. Neurorehabilitative Kompetenz ist bedarfsgerecht in den Einrichtungen und Diensten insbesondere auch der Eingliederungshilfe vorzuhalten

Rehabilitations-, Behandlungs- und Inklusionsangebote sollten, wenn sie Leistungen für diese Personengruppe anbieten, über neurorehabilitative Kompetenz verfügen, um der Störungsspezifität Rechnung tragen zu können. Dies betrifft alle Berufsgruppen, insbesondere auch die (sozial-)pädagogischen Berufe. Eine bloße Anbindung an die ambulante Neuropsychologie ist in der Regel nicht ausreichend.

19. Teilhabekonferenzen sind geeignete Instrumente zur Feststellung des Teilhabebedarfs

Dem komplexen Bedarf dieser Personengruppe an Information, Beratung, Begleitung und Coaching, Koordination sowie an kompetenter individueller Teilhabepflege ist Rechnung zu tragen, und zwar in einem umfassenden, die Bedürfnisse des Nutzers in den Mittelpunkt stellenden Verfahren zur Bedarfsermittlung, -feststellung und zur Erstellung eines Teilhabepflegeplans. Dazu sollte insbesondere, ggf. auch schon frühzeitig, das Instrument der Teilhabekonferenzen, die bei Bedarf Träger übergreifend sein sollten, genutzt werden.

20. Flexibilisierung der Leistungen zur Teilhabe ist notwendig

Leistungen der Phase E sollten weniger schematisiert als vielmehr orientiert am individuellen Bedarf – flexibel und modular gestaltet – angeboten werden. Dies schließt die Einhaltung von Standards und eine Qualitätssicherung keinesfalls aus. Dazu wurden zahlreiche Möglichkeiten aufgezeigt, die sich bereits innerhalb der bestehenden gesetzlichen Regelungen verwirklichen lassen.

21. Teilhabeförderung sollte gerade im SGB XII klarer beschrieben werden

Trotz des Vorschlags der Bestimmung eines vorrangig für Koordinierung und Teilhabemanagement zuständigen Rehabilitationsträgers (vgl. obige Forderung 8., S. 47) sieht die DVfR noch einen leistungsrechtlichen Anpassungs- und Qualifizierungsbedarf insbesondere z. B. im SGB XII bei den Leistungen zur Unterstützung des Wohnens (einschl. persönlicher Assistenz) und im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, insbesondere in den Werkstätten für behinderte Menschen. Der rehabilitative Charakter der Eingliederungshilfe sollte sich in Form einer bewussten Gestaltung und konkreter Angebote der Phase E realisieren. Dazu gehören u. a. auch interdisziplinäre Fachdienste, Teamarbeit und Angebote des Übergangswohnens sowie verschiedener Wohnformen.

22. Persönliches Budget (§ 17 SGB IX) kann bei individueller Gestaltung der Phase E helfen

Für die Personengruppe, der sich diese Expertise widmet, sollte das Persönliche Budget einschließlich persönlicher Assistenzleistungen – unter fachlicher neurokompetenter Begleitung – stärker genutzt werden.

Hinweis: Diese aus dem gesamten vorstehenden Text im Sinne einer Zusammenfassung bzw. Zuspitzung abgeleiteten Forderungen beanspruchen nicht, schon eine vollständige Zusammenstellung des Handlungsbedarfs für die Zielpersonengruppe(n) dieser Expertise zu sein.

9. Anhang

Anhang 1: Exkurs zur Störungsbildspezifik der neurologischen Rehabilitation und Nachsorge

Störungsspezifische Besonderheiten bei erworbener ZNS-Schädigung

Neben den besonderen Syndromkonstellationen von Menschen nach Rückenmarksverletzung stellen bei Menschen mit erworbenen Hirnschäden – auch infolge neurologischer Erkrankung – vor allem die verschiedenen neuropsychologischen Beeinträchtigungen, neurokognitiven und organisch-psychischen Symptome besondere Herausforderungen für die Reintegration dar – gerade im Hinblick auf die soziale Inklusion. Auch wenn die meisten dieser Teilleistungsschwächen und Phänomene neuropsychologisch an sich gut messbar sind, so zeigen sich viele Probleme doch erst in sozialen Belastungssituationen. (Testverfahren bilden ohnehin nicht alles ab, was hier relevant ist und erst in Verhaltensbeobachtungen und Belastungssituationen erkennbar wird.)

In der deutschsprachigen Literatur haben *Scheid* und *von Cramon* (2010) die chronischen Folgen traumatischer Hirnschädigungen erst kürzlich beschrieben.

Komplexe neuro-kognitive und organisch-psychische Phänomene und auch die typischen Problemlagen vermeintlich leichtgradig Betroffener gibt es zum Beispiel schon bei zahlreichen Patienten mit zerebrovaskulären (40–91%) und entzündlichen Erkrankungen (MCD – mild cognitive dysfunction, VCI – vascular cognitive impairment) (*Enseroth* und *Linden* 2011). Im „Kompetenznetz Schlaganfall“ wird aktuell diskutiert, dass diese Problematik vielfach übersehen und trotz diagnostischer Erfassbarkeit nicht beachtet wird, obwohl sie rehabilitativ hoch relevant ist (*Heekeren* 2011). Erst im Lebens- und Arbeitsalltag, d. h. erst in den sozialraumbezogenen Phasen der Neurorehabilitation zeigt sich regelhaft die Bedeutung einer „psycho-physischen Minderbelastbarkeit“ für die Teilhabe.

Charakteristisch sind dabei im Längsschnitt die dynamische Variabilität der neuro-kognitiven Phänomene, die organisch-psychischen und die Verhaltens-verändernden Phänomene. Dabei spielt für die Syndromanalyse und Syndromausprägung auch die Interaktion mit prämorbidem Persönlichkeitsmerkmalen, mit den von früher her typischen Verhaltens- und Anpassungsmustern und mit den nach neueren Erkenntnissen (*Silverberg* und *Iverson* 2011) im Rahmen einer möglichen neuropsychotraumatologischen Verarbeitung (schädigendes Primärereignis und „traumatisierende“ Prozeduren im Rettungs- und intensivmedizinischen Behandlungsverlauf) zusätzlich entstandenen Verhaltensauffälligkeiten (z. B. Ängstlichkeit, Schreckhaftigkeit, Vermeidungsverhalten, Unruhe, emotionale „Taubheit“, Gereiztheit, Anpassungsstörungen) eine Rolle (*Foerster* und *Widder* 2011). Und es besteht ein Zusammenhang mit psychischen und somatischen Co-Morbiditäten. Bedeutsam sind auch psychosoziale (teilhaberelevante) Kontexte, in denen eine solche psycho-physische Minderbelastbarkeit wirksam wird.

Problematisch ist, dass im Handeln der Beteiligten entlang der ganzen Versorgungskette derartige Kenntnisse auch bei den Professionellen oft nicht vorhanden sind und es so zu diagnostischen Unvollständigkeits bzw. Unklarheiten kommen kann. Schlimmer noch für die Betroffenen sind „neurotisierende“ Fehldeutungen solcher Störungsmuster im Verhalten und Empfinden sowie die – dadurch bedingt – falsche sozialmedizinische Bewertung und vor allem die Verweigerung notwendiger therapeutischer bzw. rehabilitativer Leistungen zur Überwindung des Problems.

Erst in einer teilhabeorientierten Rehabilitation zeigt sich, dass die traditionellen Strategien „Beobachten, Abwarten und Ruhe Verordnen“ sekundär schädlich sein können und als Hemmnis für

die soziale Integration gewertet werden müssen. Im Gegenteil ist hier eine aktive rehabilitative Bearbeitung der Probleme erforderlich.

Das „psychoorganische Syndrom“ (*Bleuler* 1916) als eine organisch begründete Psychose wird zwar im „triadischen Ordnungssystem der Psychiatrie“, aber leider wenig in Lehrbüchern der Neurologie beschrieben. *Gross und Huber* (1993, zitiert nach *Huber* 2005) differenzieren klassisch die Prägnanztypen von körperlich begründbaren Psychosen als „chronisches pseudo-neurasthenisches Syndrom“ mit reizbarer Schwäche, mit Veränderung der affektiven Reaktion (u. a. gesteigerte Erregbarkeit) und Asthenie (u. a. Konzentrationsschwäche, abnorme Ermüdbarkeit) und als organische Persönlichkeitsveränderung mit „Zuspitzung, Abschwächung differenzierter Züge, Veränderungen in Grundstimmung und Antrieb, Verlangsamung, Haften...“.

Später weist *Helmchen* (2002) im Zusammenhang mit organischen Hirnschädigungen auf so genannte „unterschwellige psychische Störungen unterhalb operationalisierter ICD-Diagnosen“ hin. In der psychosomatischen Rehabilitation kennt man die mild cerebral dysfunction (MCD) des Erwachsenen (*Linden* 2010). Die Fatigue-Forschung bei neurologischen Erkrankungen weist in eine ähnliche Richtung.

Standardwerke der Neurologie und Neurorehabilitation beschäftigen sich wenig mit der Phänomenologie und der Behandlung des psycho-organischen Syndroms, des pseudo-neurasthenischen Syndroms und der psycho-physischen Minderbelastbarkeit von Menschen mit erworbener Hirnschädigung. In der Literatur über die neuropsychologisch und ganzheitlich (holistisch) orientierte rehabilitative Versorgung wird das Problem aber aufgegriffen und beschrieben – mit therapeutischen Empfehlungen (*Goldenberg* 2002, *Prigatano* 2004, *Fries* 2007, *Frommelt* 2010).

Das Problem der psycho-physischen Minderbelastbarkeit tritt nach einer Hirnschädigung und im Rahmen chronischer Hirnerkrankungen fast regelhaft auf – in wechselhafter, gelegentlich dauerhafter Ausprägung und Intensität – und es ist dabei oft die zentrale Ursache für den ungünstigen Verlauf der Teilhabeförderung bzw. -sicherung.

Die Patientenprobleme gehen einher mit komplexen psychosomatischen Erschöpfungssymptomen und Verlangsamung, mit dem Einbruch neuro-kognitiver Fähigkeiten – vor allem was Aufmerksamkeitsleistungen und exekutive Fähigkeiten betrifft –, mit emotionalen Stress-Symptomen, mit dem Versagen der Kompensationsmechanismen für vorher teilweise erholte oder scheinbar schon weitgehend kompensierte Funktionen, mit Verhaltensauffälligkeiten (affektive Symptome, psychomotorische Agitiertheit, Beeinträchtigungen der Verhaltensregulation und der Impulskontrolle) sowie mit Müdigkeit, Kopfschmerz und anderen somatischen Störungen (*Götter* 2002). Charakteristisch ist das Auftreten im längeren Ablauf einer an sich schon als bewältigbar erlebten Aufgabenstellung oder bei zeitlicher und inhaltlicher Steigerung von Anforderungen und Aufgaben.

Dieses Phänomen kann alle durch eine ZNS-Schädigung betroffenen Leistungsbereiche des Rehabilitanden berühren und ist sowohl in der Abrufung von ADL³⁶, d. h. der Erfüllung aller Aufgaben in der Haushalts- und Lebensführung, wie auch in der Anpassungsfähigkeit und der sozialen Integration feststellbar. Das Phänomen der psycho-physischen Minderbelastbarkeit muss speziell in der Sozialraum-orientierten Neurorehabilitation und beim Reintegrationsprozess in die frühere Lebensgemeinschaft von den professionellen Behandlern sorgfältig beobachtet und im Verlauf evaluiert werden. Um Fehlinterpretationen und falschen Vorwürfen zu begegnen, muss es dem Betroffenen und seinem sozialen Umfeld bekannt sein bzw. bekannt gemacht werden (Eduktion). We-

³⁶ Activities of Daily Living.

sentliche therapeutische Interaktionen sind dabei ein Training der Selbstwahrnehmung dieser Störung, das Beachten von Grenzen im eigenen Verhalten und ein leistungsgerechteres Belastungs- und Pausenmanagement im Alltag, welches repetitiv, inklusive ggf. eines therapeutisch begleiteten „Überlastens“ und „Scheiterns“, geübt werden sollte.

Dieses störungsspezifische neurologische Rehabilitationsproblem ist leider in medizinischen und sozialen Fachkreisen z. T. nicht bekannt und wird oft nur unzureichend beachtet. Solche Nichtbeachtung führt fast regelhaft zu Fehldeutungen, auch durch die sozialmedizinisch orientierten Beratungsdienste der Rehabilitationsträger, verursacht so falsche Einschätzungen von Leistungsbedarf, Reha-Motivation oder gar die Annahme fehlenden Rehabilitationspotentials und verursacht gehäuft nicht gerechtfertigte Antragsablehnungen. Der Betroffene selbst sowie sein soziales Umfeld in Familie und Arbeitswelt verkennen gemeinsam die organisch begründete Pseudo-Neurasthenie im Spiegel ihrer „historischen“ Erinnerung an einstmals ungetrübte, gute, oft hohe Leistungsfähigkeit (oder auch mit Blick auf eine vordergründig schon „erfolgreich durchlaufene gesundheitliche Erholung“).

(Zusammenstellung: P. Reuther)

Anhang 2: Neurokompetenz, Neuro-Rehabpädagogik, Inter- und Transdisziplinarität

Neurokompetenz

Unter „Neurokompetenz“ wird der bewusste Einsatz von neurowissenschaftlichen Kenntnissen und klinischen Erfahrungen in allen an der NeuroRehabilitation beteiligten Disziplinen in allen Phasen der neurologischen Rehabilitation verstanden. Der Begriff drückt aus, dass es sich um störungsbildspezifische Kenntnisse und Erfahrungen bzgl. erworbener Hirnschädigungen handeln sollte, insbesondere im Hinblick auf die neuropsychologische Problemstellungen und ihre Relevanz für das alltägliche Handeln und die rehabilitative Praxis. Dies schließt u. a. auch die Fähigkeit zur Reflexion eigener professioneller Verhaltensweisen gegenüber dieser Gruppe ein, da diese häufig besondere Anforderungen im Unterschied zu anderen Gruppen mit Krankheiten oder Behinderungen stellt.

Neuro-Rehabpädagogik

Der Begriff „Neuropädagogik“ (oder auch „Neuro-Rehabpädagogik“) lässt sich analog zum etablierten Begriff der Neuropsychologie begreifen. Es geht um das Verhältnis von Gehirn und Verhalten, insbesondere bei Lernvorgängen, aus pädagogischer Sicht, wie es in der Diagnostik, Didaktik und Methodik des Unterrichts bzw. von Intervention und Therapie in Erscheinung tritt.

In vielen stationären klinischen, nachsorgenden und ambulanten Einrichtungen der NeuroRehabilitation von Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen wird der Anwendungsbereich Neuropädagogik als Fachdisziplin bereits seit vielen Jahren angeboten.

Obwohl das Verhältnis von Medizin und Pädagogik historisch „schwierig“ zu sehen ist, kann Neuro-Rehabpädagogik als eine kooperative und interdisziplinär angelegte Schnittstellendisziplin im Anwendungsbereich von Neuromedizin, Rehabpädagogik und Neuro-Rehabilitation verstanden werden (vgl. *Zieger*, in: *Baumann, Schmitz und Zieger* 2010 sowie in: *Schulze und Zieger* 2012).

Inter- und Transdisziplinarität

Eine große Zahl der in dieser Expertise genannten Aufgaben der Teilhabeplanung, teilhabeorientierten Nachsorge und partizipativen Umsetzung sind disziplinenübergreifend und nicht auf eine Spezialdisziplin festgelegt. Zielführend ist dabei, dass alle Leistungen entsprechend dem individuellen Bedarf und den vorhandenen Ressourcen zielgerichtet, d. h. teilhabeorientiert, multiperspektiv sowie inter- und transdisziplinär geplant, koordiniert und partizipativ umgesetzt werden. Entsprechend den gesteckten Teilhabezielen ist ein „Ressourcenmix disziplinübergreifender Art“ einsetzbar. Entscheidend ist somit nicht, ob beispielsweise das Case Management und/oder die persönliche Assistenz ausschließlich von einer spezifischen Fachdisziplin geleistet wird, sondern dass alle Leistungen nach den anerkannten Methoden des Case Management und der persönlichen Assistenz durch neurokompetente Fachleute aus der Sozialen Arbeit, Therapie, Pädagogik, Psychologie oder Medizin durchgeführt werden.

Anhang 3: Leistungen in der Phase E – eine Übersicht über erforderliche Leistungselemente, -prinzipien, -strukturen und Qualifikationen

Notwendige Leistungen im Verlauf der Phase E

Leistungen umfassen in der Regel bedarfsgerecht für den Einzelfall medizinische, schulisch-berufliche, soziale und ergänzende Leistungen sowohl zur Teilhabe als auch zur kurativen Behandlung. Leistungen zum Lebensunterhalt können ergänzend zu den Teilhabeleistungen gehören.

Im Falle eines Unfalles bzw. des Auftretens oder einer Verschlechterung einer Erkrankung, bei der nach Akutbehandlung von einem Rehabilitationsbedarf auszugehen ist, könnte ein idealtypischer Verlauf so aussehen:

1. Frühzeitige Information aller Beteiligten über Möglichkeiten der Förderung der Funktionsfähigkeit und der Teilhabe im weiteren Verlauf (bereits in den Phasen B, C und D)
2. Frühzeitige Bedarfserkennung (medizinische, berufliche und soziale Problemlagen).
3. Beratung (kontinuierlich, iterativ bedarfsgerecht im Verlauf)
 - Allgemeine Beratung
 - Spezifische Beratung bezogen auf die individuellen Probleme
 - Angehörigenberatung und -begleitung
4. Bedarfsermittlung bzgl. Förderung der Teilhabe einschl. komplementärer Bedarfe (medizinisch, Existenzsicherung etc.) für die Phase E
5. Screening, Rehadagnostik (ICF), Assessment, ggf. Probehandeln/Hospitation ggf. vor oder z. T. erst in der Phase E möglich.
6. Behandlungsplan einschl. Konsensfindung bzgl. der notwendigen Behandlungen und Teilhabeplanung mit Zielvereinbarung sowie Zuständigkeitsklärung (Zusammengefasst: Versorgungsplan für die Phase E)
7. Sozialmedizinische und andere fachliche Beurteilung und Begutachtung
8. Umsetzung des aus Behandlungs- und Teilhabeplan bestehenden umfassenden Versorgungsplanes für die Phase E (Medizinische Versorgung, Leben und Wohnen, Arbeit/ Beschäftigung/Tagesstruktur, Ausbildung/Qualifikation)
 - Welche personengebundene Leistungen sind notwendig: z. B. ärztliche, therapeutische, soziale, Assistenz-Leistungen etc.?
 - In welcher Form sollen diese erbracht werden: stationär, ambulant, mobil, wohnortnah, betriebsnah?
 - Welche Leistungserbringer kommen in Betracht?
 - Welche Finanzierungsform soll gewählt werden: Sachleistung, Persönliches Budget, Komplexleistung, Integrierte Versorgung?
 - Welche unterhaltssichernden Leistungen sind erforderlich?
 - Welcher Sozialleistungsträger ist „hauptzuständig“/ist im Detail zuständig?
 - Für welchen Zeitraum sollen die Leistungen erfolgen: Zur Erprobung, befristet, auf Dauer?

- Sind evtl. kurzfristig zusätzliche Leistungen vorzusehen: z. B. Krisenintervention?
 - Welche Hilfsmittel/technischen Hilfen werden benötigt?
 - Muss die Wohnung umgestaltet werden/eine neue Wohnung beschafft werden?
 - Welche sonstigen Transferleistungen kommen in Betracht (Nachteilsausgleiche, Leistungen an Arbeitgeber etc.), um Inklusion zu sichern?
 - Wie können die persönlichen Ressourcen unterstützt und gefördert werden: Familie, Bezugspersonen, primäres soziales Netzwerk?
9. Reha-Assessment und Fortschreibung (vgl. § 10 Abs. 1 Satz 3 SGB IX) des Versorgungsplanes i. S. v. Zielüberprüfung/Änderung von Zielvereinbarung(en)
10. Beendigung/Überleitung

(Um Missverständnissen vorzubeugen, wird hier der Begriff des Versorgungsplans statt des Teilhabeplans gewählt, da auch die nicht teilhabebezogenen Leistungen unbedingt einzubeziehen sind, u. a. auch kurative Leistungen. Ein Teilhabeplan ist dabei immer Bestandteil des Versorgungsplans.)

Grundprinzipien der Leistungserbringung in Phase E und Bestimmung eines vorrangigen Leistungsträgers

1. Bei jeder Leistung zur Teilhabe (In den Bereichen Medizin, Arbeitsleben und Leben in der Gemeinschaft) vor, während und nach der Phase E wird im Hinblick auf deren Beendigung eine neurokompetente Teilhabeplanung durchgeführt und eine entsprechende Überleitungsvereinbarung für den nächsten Schritt der Leistungserbringung zur Teilhabe, ggf. einschließlich medizinisch-kurativer und anderer Sozialleistungen, getroffen.
2. In jedem Bereich der Teilhabeförderung müssen die jeweils komplementären Leistungen mit Neurokompetenz verfügbar und erreichbar sein, ggf. auch in spezialisierter Form. (Zur medizinischen Rehabilitation sind berufliche und gemeinschaftsbezogene Leistungen komplementär, zur beruflichen oder gemeinschaftsbezogenen Leistungen die medizinischen etc.)
3. In der Phase E wird je nach dem im Vordergrund stehenden Leistungsbereich (Medizin, Beruf, Eingliederung) für jeden Rehabilitanden ein vorrangiger Sozialleistungs-/Rehabilitationsträger ermittelt bzw. vereinbart, der für die Umsetzung des gesamten Versorgungsplans verantwortlich ist, d. h. insbesondere für die Organisation, das Teilhabemanagement (TM) und die Leistungscoordination. Der vorrangige Leistungsträger bestellt einen Ansprechpartner für die betroffene Person, sein soziales Netzwerk und ggf. die anderen Akteure, welche für das umfassende Teilhabemanagement verantwortlich ist.³⁷ Dabei soll es sich um Fachkräfte mit Neuro-

³⁷ Teilhabemanagement und Versorgungsmanagement sind feststehende und inhaltlich belegte gesetzliche Begriffe, wobei das Teilhabemanagement weiter geht als das Versorgungsmanagement. Dabei ist das Versorgungsmanagement allein den Krankenkassen als Aufgabe – mit der Teilaufgabe des Überleitungsmanagements bei den Krankenhäusern – zugeordnet, während alle Sozialleistungsträger als Reha-Träger zum Teilhabemanagement verpflichtet sind und zwar, beginnend mit der Anwendung von § 8 SGB IX, schon während der kurativen Leistung. Der Gesetzgeber weist sowohl das Versorgungs-

kompetenz handeln. Diese sollen vorzugsweise einer kompetenten Einrichtung angehören, können aber auch freiberuflich tätig sein. In der Regel wird das TM durch die Einrichtung gewährleistet, in der oder durch welche die vorrangige Leistung der Phase E erbracht wird. Diese hat ein entsprechendes Angebot vorzuhalten.

Sofern (noch) weder eine berufliche noch eine Leistung zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft erbracht und auch keine medizinische Rehabilitation i. e. S. durchgeführt wird – die rehabilitationsbedürftige Person also zu Hause lebt, ggf. Rente oder Grundsicherung o. ä. bezieht und von der Familie versorgt wird –, bestellt die Gemeinsame Servicestelle, ggf. auf Antrag des Betroffenen bzw. auf Anregung der zuvor überleitenden Stelle, einen Ansprechpartner, der für das TM verantwortlich ist.

Für die **1.** und **2.** Personengruppen sollte dieser durch die Träger der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gestellt werden, für die **3.** und **4.** Personengruppe durch die Träger der Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und für die **5.** Personengruppe durch die Träger der Krankenversorgung. Die Finanzierung der einzelnen Leistungen durch die jeweiligen Träger nach eigenständiger Klärung des Leistungsbedarfs bleibt unberührt. Bei Schwierigkeiten ist der Versorgungsplan innerhalb der Gemeinsamen Servicestellen oder in einer individuellen Fallkonferenz abzuklären. In besonderen Problemfällen kann auch der Öffentliche Gesundheitsdienst eingeschaltet werden.

4. Der vorrangige Leistungsträger ist bei entsprechender Bedarfsfeststellung für Nahtlosigkeit der Leistungserbringung und für die Klärung der Zuständigkeiten verantwortlich, leistet ggf. vor und sorgt dafür, dass die anderen leistungspflichtigen Träger im Rahmen ihrer gesetzlichen Vorgaben auch tätig werden (§ 4 Abs. 2 Satz 2. SGB IX). Er ist berechtigt, eine Teilhabekonferenz einzuberufen, an der alle Rehabilitationsträger teilzunehmen haben.
5. Dieses Vorgehen könnte trägerübergreifend in einer Empfehlung auf BAR-Ebene explizit präzisiert werden, soweit – was z. T. der Fall ist – keine gesetzlichen Vorgaben vorhanden sind.

Einzelne für die Gestaltung der Phase E relevante Leistungsbereiche

Jeweils ist Neurokompetenz erforderlich. Leistungsbereiche sind insbesondere:

1. **Frührehabilitation im Krankenhaus** (§ 39 i. V. m. 109 SGB V), hier im Sinne initialer Klärung von Leistungsbedarf, speziell: Aufgabe der Vorbereitung und Überleitung in die Phase E, falls keine weiteren Leistungen der Phasen C und D erfolgen sollen
2. **Medizinische Rehabilitation der Phasen B, C und D** mit der Aufgabe der Vorbereitung der Phase E (einschl. Klärung der Indikationsstellung dazu) und der Überleitung in Phase E
 - a. stationär
 - b. ambulant

auch das Teilhabemanagement jeweils dem Kostenträger selbst zu. Dieser kann das jedoch ganz oder in Teilen an Dritte delegieren – auftragsweise Wahrnehmung lt. SGB X – oder zum Gegenstand von Versorgungsverträgen nach § 21 SGB IX machen.

- c. mobil

Bei den medizinischen Leistungen kann ggf. eine besondere berufliche Orientierung vorgesehen werden.

3. **Phase E: Medizinisch-berufliche Reha (Phase II) jeweils neurokompetent**

- a. stationär
- b. ambulant (zurzeit, mit Ausnahme der m&i-Fachklinik Herzogenaurach in Kooperation mit dem BFW Nürnberg, noch nicht vorhanden)

4. **Phase E: Berufliche Rehabilitation / 2. Lebensraum (mit Neurokompetenz)**

Jeweils mit Bereitstellung medizinischer und sozialer Teilhabeleistungen

- a. neurokompetente sozialmedizinische, psychologische und berufspädagogische Beratung und Beurteilung
- b. diverse Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, (Zusammenstellung bei der BAR, insbesondere Wegweiser), einschl. z. B. BEM, Stufenweise Wiedereingliederung, Einschaltung von IDFD und BBD, Arbeitsassistenz, Budget für Arbeit etc.
- c. spezialisierte Leistungen in Berufsbildungs- und Berufsförderungswerken
- d. spezialisierte berufliche Bildung im Rahmen der WfbM
- e. spezialisierter WfbM-Arbeitsbereich (= leistungsrechtlich der Teilhabe an der Gemeinschaft zuzurechnen)
- f. spezialisierte Tagesförderstätte/tagesstrukturierende Angebote
- g. u. ä.

5. **Phase E: Soziale Rehabilitation/Teilhabe am Leben der Gesellschaft und Gemeinschaft** (Haushalts- und Familienführung, Leben und Wohnen, Tagesstruktur, andere bedeutende Lebensbereiche)

- a. spezialisierte Teilhabeplanung
- b. stationäres Wohnen als Übergangswohnen
- c. stationäres Wohnen auf Dauer (spezialisiert! – neurokompetent!)
- d. Phase F (vgl. auch unten Nr. 9., Pflege)
- e. ambulantes Wohnen
 - betreutes Wohnen
 - Wohnen mit Persönlichem Budget einschl. des sog. Arbeitgebermodells
 - Wohnen bei Angehörigen im Familienverbund
 - sonstige Assistenzleistungen

6. Phase E: Vertragsärztliche Versorgung

In der Phase E erforderliche reguläre vertragsärztliche Versorgungsleistungen sind:

- a. vertragsärztliche Behandlung durch Haus- und Fachärzte
- b. psychologische Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen/vertragspsychotherapeutischen Versorgung
- c. alle übrigen zur Krankenbehandlung erforderlichen veranlassten Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung (Heil- und Hilfsmittel, Arzneimittel usw.)

7. Phase E: Ambulante und mobile neurologische medizinische Leistungen zur Teilhabe

- a. weitergehende ambulante und/oder mobile, aufsuchende medizinische Teilhabeleistungen
- b. andere weitergehende Leistungen der medizinischen Rehabilitation (analog IRENA)
- c. ergänzende Leistungen zur Rehabilitation
 - Rehasport
 - Funktionstraining
 - Kindernachsorge
- d. Inanspruchnahme vorhandener Elemente der Regelversorgung im Rahmen der Phase E zur Erreichung von Teilhabezielen (besondere Finanzierungsregelung):
 - Neuropsychologie, insbesondere auch mit Bezug zum Arbeitsleben.
 - spezialisierte Heilmittel zur Förderung der Teilhabe
 - spezialisierte Arbeitstherapie/ Belastungserprobung
 - spezialisierte Sozialpsychiatrie
 - speziell neurokompetente allgemein- und fachärztliche Behandlung
 - spezialisierte Soziotherapie
 - spezialisierte Hilfsmittelversorgung zum Behinderungsausgleich/ zur Teilhabe

8. Phase E: Spezialisierte Dienste und Einrichtungen (duale Finanzierung – aus Krankenversorgung und als Rehabilitationsleistung – erforderlich)

- a. Medizinische Zentren für erwachsene Menschen mit Behinderung (MZeB), die dann über entsprechende Neurokompetenz verfügen müssen
- b. Schwerpunktpraxen
- c. ermächtigte Spezialisten oder Einrichtungen, auch für interdisziplinäre und therapeutische Versorgung, z. B regionale rehamedizinische Dienste
- d. spezialisierte sozialpsychiatrische Dienste (SpDi)
- e. Beratungsstellen für Unterstützte Kommunikation und assistive Technologien
- f. Landesarzt für Menschen mit Körperbehinderungen oder neu für Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen

9. Phase E: neurokompetente, ggf. spezialisierte Pflege

- a. Pflegeberatung /Pflegestützpunkte
- b. ambulante Krankenpflege
- c. Rehapflege durch kompetente Dienste und Einrichtungen oder im Rahmen von Mobiler Rehabilitation oder weitergehenden Rehamaßnahmen
- d. Tagespflege
- e. Nachtpflege
- f. rehabilitative Kurzzeitpflege

10. Phase E: Vorbereitung der Langzeitbehandlung in speziellen Einrichtungen zur Teilhabe (bisher Phase F)

mit interdisziplinären Leistungsinhalten und Versorgungsverträgen nach § 21 SGB IX

11. Phase E: Schnittstellen Management/Beratung

Das Teilhabemanagement und die Beratung können z. B. erfolgen durch:

- a. regionale Arbeitsgemeinschaft der Rehaträger
- b. Gemeinsame Servicestellen
- c. neurokompetenten Expertenpool für Einzelfragen (im Wege der Beauftragung)
- d. Pool von Case Managern, Fallbegleitern jeweils bei den verschiedenen Rehabilitationsträgern bzw. in deren Auftrag handelnd
- e. anerkannte Leistungserbringer, die im Auftrag der Rehabilitationsträger diese Aufgaben fachgerecht übernehmen, ggf. auch als spezielle Dienste für das Case Management

12. Phase E: Verkehrsmedizinische Beurteilung/Begutachtung

Es soll regional die Möglichkeit der kompetenten verkehrsmedizinischen Beurteilung gegeben sein.

13. Phase E: Selbsthilfe

Regional sollten Angebote der Selbsthilfe bekannt sein und bei Bedarf vermittelt werden können wie z. B.

- a. Selbsthilfeorganisationen
- b. Angehörigengruppen
- c. Betroffenenengruppen
- d. Vereine

Die genannten Leistungen sind häufig anteilig durch verschiedene Sozialleistungsträger zu finanzieren. Dazu können Komplexleistungen vereinbart bzw. Persönliche Budgets oder Integrationsvereinbarungen geschlossen werden. Es können jedoch durch die jeweiligen Leistungserbringer

auf der Basis entsprechender Versorgungsverträge jeweils auch einzelne Leistungen abgegeben und abgerechnet und dann „wie aus einer Hand“ den betroffenen Menschen angeboten werden.³⁸

Qualifikations-Erfordernisse für die Kernaufgabe „Case Management“ im Rahmen von Phase E

Da es fallbezogen stets gilt, wissenschaftlich-medizinisches, juristisches und therapeutisches Wissen einerseits und die persönliche Expertise des betroffenen Menschen mit erworbener Hirnschädigung andererseits zusammenzuführen, sind für jedes erfolgreiche Case Management große Transparenz in den Aktionen, eine klare, einfache und dennoch genaue Verständigungssprache mit interdisziplinär kompatiblen Begrifflichkeiten, ein permanenter Bezug in Kommunikation und Handeln auf bereits vereinbarte Ziele, ein möglichst steter Transfer von Kenntnissen und Fähigkeiten in die reale Lebenssituation der betroffenen Person sowie nicht zuletzt gutes Einfühlungsvermögen – bei Wahrung ausreichender (mittlerer) Distanz – wesentliche *Schlüsselqualifikationen*.

Als *weitere wichtige Voraussetzungen*, die eine das Case Management führende Fachkraft mitbringen muss, sind zu fordern:

- mehrjährige Erfahrung im *Praxisfeld* der Neurorehabilitation
- solide und umfassende sozialrechtliche Kenntnisse
- Fähigkeit, Ressourcen und Defizite adäquat einzuschätzen
- Bereitschaft, Störungsbild-spezifisch geeignete Assistenzangebote zu initiieren
- Erfahrung mit interdisziplinärer Teamarbeit
- Empathie und Kompetenz in klientenzentrierter Gesprächsführung / Teammoderation
- vernetztes Denken und Handeln
- Erfahrungen in Aufbau und Unterhaltung kooperativer Netzwerke
- Zugriff auf infrage kommende regionale Fachkunde
- Kreativität im Sinne der Bereitschaft, neue Wege zu gehen / zu erproben

Inhalte und Aufgabenkatalog des Case Managements im Rahmen der Phase E

Im Blick auf das Erfordernis, dass Grundlagen für vertrauensvolle Zusammenarbeit entstehen, wachsen und sich festigen lassen, beinhaltet gutes Fallmanagement für die Phase E folgende Leistungen und Angebote:

- Motivierung und Anleitung während aller Schritte des Rehabilitationsprozesses
- Förderung von Compliance und Transparenz im Verhalten Beteiligter
- Stärkung von Selbstbestimmungsfähigkeiten
- Aktivierung der Selbsthilfepotentiale (Ressourcenerschließung) einschließlich der Unterstützung individuell geeigneter Bewältigungsstrategien
- Training lebenspraktischer Fertigkeiten

³⁸ Ein Überblick über mögliche Leistungen und ihre Anwendung bei Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen sowie über Optionen für eine künftige Gestaltung der Phase E aus Sicht der Rehabilitationsträger wird durch die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) erarbeitet (siehe www.bar-frankfurt.de).

- Einbezug von Angehörigen und Nahestehenden
- Nutzbarmachung der sozialgesetzlichen Bestimmungen und geeigneter gesundheitlich-sozialer Infrastrukturen im Sozialraum
- Schnittstellenmanagement bei Übergängen hinsichtlich von Zuständigkeiten und/oder angebotsstrukturellen Sektoren

Anhang 4: Hinweise auf weiterführende Literatur

- Baumann M, Schmitz C, Zieger A, Hrsg. (2010): RehaPädagogik – RehaMedizin – Mensch: Einführung in den interdisziplinären Dialog humanwissenschaftlicher Theorie- und Praxisfelder. Baltmannsweiler: Schneider-Verlag Hohengehren
- Behrens J, Becker C, Fleischer S et al. (2009): Nachsorge im Rehabilitationsprozess nach Schlaganfall: Realität und Perspektive. Erg. d. Sonderforschungsbereichs 580, Univ. Halle/Wittenberg
- Bleuler E (1979): Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin, Heidelberg: Springer
- Blumenröther C (2013): Probleme der Versorgung von Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen. Medizin für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung 10 (1): 86–88
- De Wit L, Putman K, Baert I et al. (2008): Anxiety and depression in the first six months after stroke – A longitudinal multicentre study. Disabil Rehabil 30 (24): 1858–1866
- De Wit L, Putman K, Devos H et al. (2012): Five-year mortality and related prognostic factors after inpatient stroke rehabilitation: A European multi-centre study. Journ Rehab Med 44 (7): 547–552
- Düchs C, Schupp W, Schmidt R et al. (2012): Schlaganfallpatienten nach stationärer neurologischer Rehabilitation der Phase B und C: Durchführung von Heilmittelbehandlungen und Arztkontakte in einem Langzeitverlauf von 2,5 Jahren nach Entlassung. Phys Rehab Kur Med 22: 125–133
- Enseroth T (2011): Konstruktion und Validierung der MCD-Skala zur Erfassung unterschwelliger organischer Psychosynndrome (Minimale Cerebrale Dysfunktion, MCD) im Erwachsenenalter. Dissertation der Charité Berlin vom 18.11.2011. Zugriff am 31.1.2014 über www.diss.fu-berlin.de/diss/servlets/MCRFileNodeServlet/FUDISS_derivate_00000009999/Diss_Enseroth_E-Version.pdf;jsessionid=47C90C9A809E1F23B8E2CBF432E6v
- Foerster K, Widder B (2011): Begutachtung psychischer Unfallfolgen. Nervenarzt 82 (12): 1557–1565
- Fries W, Lössl H, Wagenhäuser S, Hrsg. (2007): Teilhaben! Neue Konzepte der Neurorehabilitation – für eine erfolgreiche Rückkehr in Alltag und Beruf. Stuttgart: Thieme
- Frommelt P, Lösslein H, Hrsg. (2010): NeuroRehabilitation: Ein Praxisbuch für interdisziplinäre Teams. Berlin, Heidelberg: Springer
- Fuchs H (2008): Vernetzung und Integration im Gesundheitswesen am Beispiel der medizinischen Rehabilitation. Sankt Augustin: Asgard
- Götter R, Schneider U, Goldenberg G (2002) Überforderung in Alltagssituationen bei minimalen Funktionsdefiziten. In: Goldenberg G, Prössl J, Ziegler W: Neuropsychologie im Alltag. Stuttgart: Thieme; 131–149
- Goldenberg G, Prössl J, Ziegler W, Hrsg. (2002): Neuropsychologie im Alltag. Stuttgart: Thieme
- Gottesman RF (2009): Stroke: Is cognitive dysfunction common after ischemic stroke? Nature Reviews Neurology 5: 475–476
- Grässel E, Schmidt R, Schupp W (2012): Schlaganfallpatienten nach stationärer neurologischer Rehabilitation: Prädiktoren für Heimeinweisung und Tod im Verlauf von 2,5 Jahren nach Entlassung in die häuslich-ambulante Versorgung. Neurologie & Rehabilitation 18 (6): 450
- Huber G (2005): Psychiatrie – Lehrbuch für Studium und Weiterbildung. Stuttgart: Schattauer

- Heekeren HR (2011): Umgang mit Stress-Situationen nach Schlaganfall: Störungen der Entscheidungsfindung. Digitaler Beitrag, Zugriff am 31.1.2014 über www.kompetenznetz-schlaganfall.de/fileadmin/download/Fortbildung_Oktober_2011/Heekeren_mitW.pdf
- Helmchen H (2002): Unterschwellige psychische Störungen. *Nervenarzt* 72 (3): 181–189
- Hoeß U, Schupp W, Schmidt R et al. (2008): Versorgung von Schlaganfallpatienten mit ambulanten Heil- und Hilfsmitteln im Langzeitverlauf nach stationärer neurologischer Rehabilitation. *Phys Rehab Kur Med* 18 (3): 115–121
- Lincoln NB, Brinkmann N, Cunningham S et al. (2013): Anxiety and depression after stroke: A 5-year follow-up. *Disabil Rehabil* 35 (2): 140–145
- Naber S, Gräske J, Wolf-Ostermann K (2011): Ambulant statt stationär – Wohnen mit Intensivbetreuung (Wml) für Menschen mit schweren Hirnschädigungen und (Mehrfach-)Behinderungen. Evaluation eines Modellprojekts der Fürst-Donnersmarck-Stiftung. „Alice“ – Magazin der Alice-Salomon-Hochschule Berlin (22)
- Noble AJ, Baisch S, Covey J et al. (2011): Subarachnoid hemorrhage patients' fears of recurrence are related to the presence of posttraumatic stress disorder. *Neurosurgery* 69 (2): 323–332
- Öhlinger S, Mairhofer H (2010): Langzeitrehabilitation im Niemandsland. Ein Konzept für Patienten nach erworbenen Hirnschädigungen an der Nahtstelle zwischen Gesundheits- und Sozialbereich. *Neurologie & Rehabilitation* 16: 28–34
- Prigatano GP (2004): Neuropsychologische Rehabilitation. Berlin, Heidelberg: Springer
- Reuther P (2011): Versorgungsbedarf und tatsächliche Versorgung neurologischer Patienten. *neu-roreha* 3 (3): 120–124
- Reuther P, Wallesch CW (2010): Rehabilitation von Menschen mit erworbenen Hirnschäden – Systematische und langfristige Nachsorge sicherstellen! In: Ebert A, Fries W, Ludwig L, Hrsg.: Rehabilitation und Nachsorge nach Schädelhirnverletzung. *NeuroRehabilitation stationär – und dann...?* Bad Honnef: Hippocampus; 12–18
- Reuther P, Hendrich A, Kringler W et al. (2012): Die neurologische Rehabilitations-Phase E: Nachgehende Leistungen zur sozialen (Re-)Integration und Teilhabe – Ein Kontinuum? *Rehabilitation* 51 (6): 424–430
- Schmidt-Ohlemann M, Schweizer C (2008): Mobile Rehabilitation: Eine Innovation in der ambulanten medizinischen Rehabilitation. *Rehabilitation* 47: 1–11
- Schmidt-Ohlemann M (2013): Angebote für Menschen mit erworbenen Hirnschäden in der Eingliederungshilfe (SGB XII) und in der Pflegeversicherung (SGB XI) – Möglichkeiten und Grenzen. In: Seidel M, Hrsg. (2013): Menschen mit erworbenen Hirnschäden – (keine) Randgruppe in der Behindertenhilfe?! Materialien der DGSG, Band 28. Berlin
- Schmidt-Ohlemann M (2013): Spezielle Bedarfslagen der gesundheitlichen Versorgung im Krankenhaus von Menschen mit geistiger und Mehrfachbehinderung aus der Sicht der medizinischen Rehabilitation (einschl. Mobile Rehabilitation) und eines rehabilitationsmedizinischen Dienstes. *Medizin für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung* 10 (1): 59–68
- Schulze GC, Zieger A, Hrsg. (2012): Erworbenne Hirnschädigungen – Neue Anforderungen an eine interdisziplinäre Rehabilitationspädagogik. Bad Heilbrunn: Klinkhardt
- Schupp W (2001): Ärztliches Management in der Rehabilitation. *Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed* 36: 175–183

Seidel M, Hrsg. (2013): Menschen mit erworbenen Hirnschäden – (keine) Randgruppe in der Behindertenhilfe?! Materialien der DGSGGB, Band 28. Berlin

Silverberg ND, Iverson GL (2011): Etiology of the post-concussion syndrome: Physiogenesis and psychogenesis revisited. *NeuroRehabilitation* 29 (4): 317–329

Steib S, Schupp W (2012): Therapie-Strategien in der Schlaganfallnachsorge. *Nervenarzt* 83: 467–475

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, Hrsg. (1995): Phaseneinteilung in der Neurologischen Rehabilitation. *Rehabilitation* 34 (3): 119–127

Welti F, Fuchs H, Köster P (2007): Das Leistungserbringungsrecht des SGB IX: Rechtlicher Rahmen für Verträge zwischen Diensten und Einrichtungen und Rehabilitationsträgern (§ 21 SGB IX). Rechtsgutachten. *Rehabilitation* 46 (2): 111–115

Zieger A (2012): Kooperation von Medizin (Neurowissenschaften) und Rehabilitationspädagogik – Entwicklung neuer Aufgabenfelder im Querschnitt. In: Schulze GC, Zieger A, Hrsg. [s. o.]: Erworbenene Hirnschädigungen – Neue Anforderungen an eine interdisziplinäre Rehabilitationspädagogik. Bad Heilbrunn: Klinkhardt; 40–51

Spezielle Fundstellen

– Prävalenzdaten

Gustavsson A et al. (2011): Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology* 21: 718–779

Stolz S (2009): Wie viele Menschen mit erworbener Hirnschädigung gibt es in Deutschland? Zahlen aus der Schwerbehindertenstatistik und der Vergleich relevanter Behinderungsgruppen. In: Ebert A, Fries W, Ludwig L, Hrsg. [s. o.]: Rehabilitation und Nachsorge nach Schädelhirnverletzung. Teilhabe: Wege und Stolpersteine 2009. Reihe „Zentrales Nervensystem“, Bd. 3. Bad Honnef: Hippocampus

Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J et al. (2011): The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol* 21 (9): 655–679

– Schädelhirnverletzung (ICD S06.9)

Rickels E, Wild KV, Wenzlaff P et al. (2006): Schädelhirnverletzung – Epidemiologie und Versorgung. Ergebnisse einer prospektiven Studie. München: Zuckschwerdt

Scheid R, von Cramon DY (2010): Klinische Befunde im chronischen Stadium nach Schädelhirntrauma. *Dtsch Arztebl Int* 107 (12): 199–205

Wallesch CW, Marx P, Tegenthoff M et al. (2005): Leitlinie „Begutachtung nach gedecktem Schädel-Hirn-Trauma“. *Akt Neurol* 32 (5): 279–287

– Schlaganfall (ICD I60-I69)

Behrens J, Becker C, Fleischer S et al. (2009): Nachsorge im Rehabilitationsprozess nach Schlaganfall: Realität und Perspektive. Sonderforschungsbereich 580, Universität Halle-Wittenberg. Zugriff am 31.1.2014 über www.reha-verbund-sat.uni-halle.de/dokumente/Symposium/Behrens.pdf

Dietl M, Pohle R, Weingärtner M et al. (2009): Schlaganfallursache und Pflegebedürftigkeit im Langzeitverlauf. Langzeitergebnisse aus einem bevölkerungsbezogenen Schlaganfallregister – dem Erlanger Schlaganfall Projekt (ESPro). Fortschr Neurol Psychiatr 77 (12): 714–719

Deitermann B, Kemper C, Glaeske G (2007): Die Heilmittelversorgung von SchlaganfallpatientInnen. In: Deitermann B, Kemper C, Glaeske G (2007): GEK- Heil- und Hilfsmittel-Report 2007: 69–78. Zugriff am 31.1.2014 über www.zes.uni-bremen.de/GAZESse/200801/GEK-Heil-und-Hilfsmittel-Report-2007.pdf

Heuschmann PU, Buss O, Wagner M et al. (2010): Schlaganfallhäufigkeit und Versorgung von Schlaganfallpatienten in Deutschland. Aktuelle Neurologie 37: 333–340

Hoeß U, Schupp W, Schmidt R et al. (2008): Versorgung von Schlaganfallpatienten mit ambulanten Heil- und Hilfsmitteln im Langzeitverlauf nach stationärer neurologischer Rehabilitation. Phys Rehab Kur Med 18 (3): 115–121

Kolominsky-Rabas PL, Heuschmann PU, Marschall D et al. (2006): Lifetime Cost of Ischemic Stroke in Germany. Stroke 37: 1179–1183

Nolte CH, Jungehülsing GJ, Rossnagel K et al. (2009): Schlaganfallnachsorge. Nervenheilkunde 28: 135–137

Qualitätssicherung/QS Schlaganfall Hessen 2010 nach Akutversorgung. Zugriff am 31.1.2014 über www.gqhnet.de/datenservice/auswertungen/jahresauswertungen-2010/2010_stroke

Schneider K, Heise M, Heuschmann P et al. (2009): Lebens- und Versorgungssituation von Schlaganfallpatienten. 3-Monats-Follow-up des Qualitätssicherungsprojektes Nordwestdeutschland. Nervenheilkunde 28: 114–118

Truelsen T, Piechowski-Józowiak B, Bonita R et al. (2006): Stroke incidence and prevalence in Europe: A review of available data. European Journal of Neurology 13: 581–598

– Morbus Parkinson und Parkinson-Syndrom (ICD G20-G25)

Dengler I, Leukel N, Meuser T et al. (2006): Prospektive Erfassung der direkten und indirekten Kosten des Parkinsonsyndroms. Nervenarzt 77: 1204–1209

Ehret R, Balzer-Geldsetzer M, Reese JP et al. (2009): Direkte Kosten der Parkinson-Behandlung. Nervenarzt 80: 452–458

Schwarz J, Storch A (2007): Parkinson-Syndrom: Grundlagen – Diagnostik und Therapie. Stuttgart: Kohlhammer

Spottke EA, Reuter M, Machat O et al. (2005): Cost of illness and its predictors for Parkinson's disease in Germany. Pharmaco-economics: 817–836

– Multiple Sklerose (ICD G35)

Flachenecker P, Stuke K, Elias W et al. (2008): Multiple-Sklerose-Register in Deutschland: Ausweitung des Projektes 2005/2006. Dtsch Ärztebl 105 (7): 113–119. Zugriff am 31.1.2014 über www.aerzteblatt.de/archiv/58943

– Allgemein (Prävalenz und soziale Ökonomie)

Walbert T, Reese JP, Dodel R (2007): Krankheitskosten neurologischer Erkrankungen in Deutschland. Nervenheilkunde 26: 260–268

Anhang 5: Optionale Zielbereiche für weitergehende Leistungen der Rehabilitation zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft i. S. von Performance (konkrete Umsetzung im realen Lebensraum)

Nachfolgend werden auf der Basis der ICF operationalisierte Beispiele für Zielbereiche für die Phase E aufgeführt.

Basale Selbstversorgung (ICF d5)

selbständige kleine und große Körperpflege

selbständiges An- und Ausziehen

sicheres Schlucken – Vermeidung der Aspiration; selbständiges Essen

selbständige Toilettenbenutzung

Vermeidung und Überwindung von Fremdhilfebedarf

Häusliche Lebensführung (ICF d6 bis d8)

Vermeidung von Fremdhilfe und institutioneller Versorgung

Sicherung der Haushaltsführung z. B. Putzen, Instandhaltung, Mahlzeitenkochen, Wäscheversorgung

Erledigung von Einkäufen

administrative Sicherung, Selbständigkeit (Verträge, häusliche Selbstverwaltung, wirtschaftliche Transaktionen)

Sicherung von Gesundheit (Medikamente) und Umgebung (Hygiene)

Kommunikation (ICF d3)

Verständigung über Alltagsbedürfnisse

verständliche sprachliche Kommunikation

verständliche schriftsprachliche Kommunikation (Lesen, Schreiben, PC-Bedienung)

soziale kommunikative Kompetenz

Benutzung von Kommunikationsgeräten (Telefon, Handy, Hausnotruf); Unterstützte Kommunikation

Mobilität (ICF d4)

selbständige und sichere Mobilität in Wohnung und Haus (auch Treppe)

selbständige und sichere Transferaktivitäten

sichere Hilfsmittelmobilität mit Stock, Rollstuhl – Rollator, ...

selbständige und sichere Mobilität außerhalb des Hauses

Zurechtkommen im Straßenverkehr/öffentlichen Raum (inkl. z. B. Transfer über eine Straße)

Benutzung von Verkehrsmitteln als Fahrgast (ÖPNV)

Benutzung von Verkehrsmitteln als Fahrer (PKW)

Benutzung von Verkehrsmitteln als Fahrer (Fahrrad)

Erreichen von Arzt/Therapeuten und individuellen Orten zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

Wissenserwerb und -anwendung: Durchführung von allgemeinen Aufgaben und Anforderungen (ICF d1 und d2)

Anwendung von Orientierungs- und eigenen Sicherheitsleistungen

Lösung von Problemen und Aufgaben, Treffen von Entscheidungen und Planvolles Handeln

Bewältigung von Mehrfachanforderungen (Multitasking)

Lernen und Wissenserwerb (inkl. Anwendung der gängigen Kulturtechniken)

Umgang mit Zahlen und Geld

eigenständige Kompensation beeinträchtigter Funktionsbereiche

Nutzung sozialer Beziehungen und Integration in gemeinschaftliche Lebensbereiche (ICF d7 und d9)

Erhaltung familiärer Strukturen und Wiedererarbeitung von sozialer Rolle; Entlastung Angehöriger

Nutzung und Knüpfung sozialer Kontakte (Verein, Weltanschauung, Kultur)

Entlastung der sozialen Sicherungssysteme

Berufliche Wiedereingliederung (d8) als Leistung zur Teilhabe an der Gemeinschaft – sofern nicht LTA

Belastungssteigerung und Belastungserprobung

Begleitung der stufenweisen beruflichen Wiedereingliederung (Beratung, Coaching etc.)

(Re-)Integration in ehrenamtliche Tätigkeit

Erreichung von Zugang zu Integrationsdiensten und Hilfen (Assistenz)

Zielbereich der Patientenbefähigung – Gesundheitsedukation (Lebensstil)

Erreichung von gesundheitsbezogener Informiertheit des Patienten

(Wieder-)Erreichung von Selbstverantwortung und Eigeninitiative

Erreichung von Krankheitsbewältigung sowie Wahrnehmung und Akzeptanz der Behinderungen – Veränderungen

Umsetzung der aktiven Präventionsprogramme (Heimübungsprogramm, Rehabilitationssport, Selbsthilfegruppe u. a.)

Zielbereich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Schmerzvermeidung; Schmerzlinderung

psychische Stabilisierung (Reduktion Depression, Aggressivität, Stress)

Erreichung eines erholsamen Schlafes

Verminderung des behinderungsbedingten Zeitbedarfs

Vermeidung/Minderung von Stigmatisierung

Erreichung von Maßnahmen zur Tagesstrukturierung, Tagesförderung, Freizeitgestaltung, Hobby-Ausübung etc.

Hinweis: Die Definition der Zielbereiche erfolgt in der Praxis der Phase E individuell jeweils unter Beachtung und ggf. mit Modifikationsoption der für das Leben in der Gemeinschaft relevanten person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren.

Anhang 6: Abkürzungsverzeichnis

| | |
|-----------------|--|
| ADL | Activities of Daily Living / Alltagstätigkeiten |
| aDS | apallisches Durchgangs-Syndrom |
| BA | Bundesagentur für Arbeit |
| BAR | Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. |
| BB | Behindertenbeauftragte(r) |
| BBD | Berufsbegleitender Dienst |
| BEM | Betriebliches Eingliederungsmanagement |
| BRK | siehe: UN-BRK |
| DRV | Deutsche Rentenversicherung |
| DVfR | Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. |
| GE | Gemeinsame Empfehlung der Rehabilitationsträger nach § 13 f. SGB IX |
| GKV | gesetzliche Krankenversicherung |
| I. V. | Integrierte Versorgung nach §§ 140a f. SGB V |
| ICF | International Classification of Functioning, Disability and Health der WHO |
| ICD | Internationaler (medizinischer) Diagnoseschlüssel der WHO |
| IFD | Integrationsfachdienst |
| IRENA | Intensive Rehabilitationsnachsorge (Konzept der DRV) |
| KV | Kassenärztliche Vereinigung |
| LTA | Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben |
| MVZ | Medizinisches Versorgungszentrum |
| MZeB | Medizinisches Zentrum für erwachsene behinderte Menschen |
| NAP | Nationaler Aktionsplan zur Umsetzung der UN-BRK in Deutschland |
| PB | Persönliches Budget nach § 17 SGB IX |
| Phase II | integrale medizinisch-berufliche Rehabilitation |
| PIA | Psychiatrische Institutsambulanz |
| PRM | Physikalische und Rehabilitative Medizin |
| SGB | Sozialgesetzbuch |
| SHT | Schädel-Hirn-Trauma |
| SPZ | Sozialpädiatrisches Zentrum |
| UK | Unterstützte Kommunikation |
| UN-BRK | Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen von 2009 |
| VDR | Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (heute DRV Bund) |
| WHO | Weltgesundheitsorganisation der Vereinten Nationen |
| ZNS | Zentralnervensystem |

Anhang 7: Mitglieder des Ad-hoc-Ausschusses „Postakute Neuro-Rehabilitation und Nachsorge Erwachsener“/Autoren des Positionspapiers

| | |
|-------------------------------------|--|
| Bamborschke, Prof. Dr. med. Stephan | PAN-Zentrum, Fürst-Donnersmarck-Stiftung zu Berlin |
| Beusing-Terhorst, Julia | Deutsche Vereinigung für soziale Arbeit im Gesundheitswesen, Mainz |
| Blumenröther, Dr. med. Carsten | Rehabilitationszentrum Bethesda, Stiftung kreuznacher diakonie, Bad Kreuznach |
| Bosem, Gertrud | Schädel-Hirnpatienten in Not e. V., Frickingen |
| Feuster, Elke | Alexianer-Kliniken Köln, Einrichtung der Phase F; BAG „Phase F“ |
| Fuchs, Dr. phil. Harry | Rehabilitationswissenschaftler/sozialpolitischer Berater, Düsseldorf |
| Grotkamp, Dr. med. Sabine | Medizinischer Dienst der Krankenkassen Niedersachsen e. V., Hannover |
| Klein, Doris | Schädel-Hirnpatienten in Not e. V. |
| Maurer, Dr. med. Christine | ReIntra, medizinisch-berufskundlicher Beratungs- und Reintegrationsdienst, Unterföhring |
| Moser, Nina Tamara | DRV Bund, Bereich Rehabilitationsrecht, Berlin |
| Nebe, Dr. med. Angelika | DRV Bund, Bereich Sozialmedizin, Berlin |
| Nelissen, Veronika | Neustrelitz (bis Sept. 2012)/BAG „Phase F“ |
| Opitz, Gabriele | IHR Rehabilitationsdienst, Köln |
| Persson, Hendrik | InReha GmbH, Hamburg |
| Polak, Dipl.-Psych. Dr. phil. Ute | AOK-Bundesverband, Berlin |
| Pruss, Gustav | Verein zertifizierter Disability-Manager, Berlin |
| Reimann, Anett | InReha GmbH, Hamburg |
| Reuther, Dr. med. habil. Paul | Bundesverband für ambulant-teilstationäre Neuroreha; Zentrum für Rehabilitation, Eingliederung und Nachsorge, Neurologische Therapie Rhein-Ahr, Bad Neuenahr-Ahrweiler |
| Rösler, PD Dr. med. Norbert | Medizinischer Dienst der Krankenkassen Berlin/Brandenburg e. V., Berlin |
| Schmidt-Ohlemann, Dr. med. Matthias | Rehabilitationszentrum Bethesda, Stiftung kreuznacher diakonie, Bad Kreuznach; Vorsitzender der DVfR |
| Schmollinger, Martin | DVfR, Heidelberg |
| Schönle, Prof. Dr. med. Paul W. | Maternus-Klinikgruppe, Bad Oeynhausen |
| Schupp, Dr. med. Wilfried | Neurologisches Rehabilitationszentrum, m&i-Fachklinik Herzogenaurach |
| Stähler, Dr. jur. Thomas | Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR), Frankfurt/M. |
| Tillmann, Dr. med. Reinhilde | Ärztlicher Dienst der Bundesagentur für Arbeit, Agenturverbund Frankfurt |
| Voss, K.-Dieter | Bildungszentrum Erkner (BZE) |
| Zieger, Prof. Dr. med. Andreas | Evangelisches Krankenhaus Oldenburg und Universität Oldenburg |

Ausschussleitung:

Voss, K.-Dieter

Redaktionsgruppe:

Blumenröther, Carsten; Reuther, Paul; Schmidt-Ohlemann, Matthias