

Die neurologische Rehabilitations-Phase E: Nachgehende Leistungen zur sozialen (Re-)Integration und Teilhabe – ein Kontinuum?

Community-Based Rehabilitation and Outpatient Care for Patients with Acquired Brain Injury and Chronic Neurological Disability in Germany: Continuing Support for Social Participation and Re-Integration in the Neurological Care System?

Autoren

P. Reuther¹, A. Hendrich², W. Kringler³, E. Vespo⁴

Institute

¹Zentrum für Rehabilitation, Eingliederung und Nachsorge Ahrweiler (vormals ANR Ahrweiler)

²Neuro-Reha, Ambulante neurologische und neuropsychologische Rehabilitation Marbach a. N.

³Reha-Zentrum-Hess Bietigheim-Bissingen

⁴Sieg Reha, Hennef

Schlüsselwörter

- neurologisches Phasenmodell
- Phase E
- nachgehende Maßnahmen zur Rehabilitation
- soziale Teilhabe
- Teilhabemanagement

Key words

- phases of neurorehabilitation in Germany
- phase E
- subsequent activities for rehabilitation
- community based neurorehab
- management of participation

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0032-1327726>
 Rehabilitation 2012;
 51: 424–430
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York
 ISSN 0034-3536

Korrespondenzadresse

Dr. Paul Reuther
 Neurologische Therapie
 RheinAhr
 Zentrum für Rehabilitation,
 Eingliederung und Nachsorge
 (vormals ANR Ahrweiler)
 Schülchenstraße 10
 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
 reuther@neuro-therapie.de

Zusammenfassung

Eine große Zahl von Patienten mit erworbener Hirnschädigung und chronischer neurologisch bedingter Behinderung leidet in Deutschland an einer Unter- und Fehlversorgung im sozialen Lebensraum. Die Zahl dieser Patienten steigt an wegen der demografischen Entwicklung und wegen der Veränderung der medizinischen Versorgungsprozesse. Während Akutversorgung und frühe rehabilitative Behandlung im deutschen Gesundheitssystem gut und überall erreichbar sind, fehlt es im Sozialraum, also vor Ort im Lebens- und Arbeitsumfeld, meist an der notwendigen kompetenten Hilfe. Die komplexe Beeinträchtigung des „Gehirns“, des zentralen Wahrnehmungs-, Planungs- und Handlungsorgans, macht den davon Betroffenen zu einem „besonderen Fall“ im Versorgungssystem – dies wird bislang nur unzureichend beachtet. Die Autoren begründen, warum es notwendig ist, den Status „Mensch mit erworbener Hirnschädigung (MeH)“ schwerbehindertenrechtlich gesondert auszuweisen. Zur Integration der Betroffenen in den Sozialraum und zur bedarfsgerechten Versorgung mit nachgehenden rehabilitativen und ambulant-nachsorgenden Maßnahmen werden eine Reihe von Struktur- und Prozesselementen vorgeschlagen, die nach der Erfahrung der Autoren hilfreich sein können, die Unter- und Fehlversorgung zu überwinden. Ein Blick über den Tellerrand in andere entwickelte Gesundheitssysteme und in internationale Versorgungsleitlinien zeigt, dass man mit der Organisation von early supported discharge, community ambulation, shared care und community-based rehabilitation anderenorts die Probleme schon länger erkannt hat und sozialräumliche Konzepte bereits systematisch umsetzt. Sowohl für die Versorgung der betroffenen Patienten und für ihre Bezugspersonen als auch zur Umsetzung der bestehenden Sozialgesetze und des Inklusionsrechtes

Abstract

In Germany a number of patients who are suffering from acquired brain injury and chronic neurological disability are either undersupplied or exposed to inappropriate care in their social environment. The number of these patients is increasing due to the changes in the procedures of care and due to demographic factors. While acute medical care and early rehabilitative treatment is accessible throughout the German health care system the necessary multimodal and competent care is rare or absent in the social participative sites such as life and occupational environments of the patients. The complex impairment of the brain, the central organ for sensorial, executive and other cognitive functions of human beings, renders the affected patient an exception in the system of medical and social care – this has only inadequately been considered in the past. The authors explain the necessity to disclose the status of a “human-with acquired-brain damage (Mensch-mit-erworbener-Hirnschädigung, MeH)” explicitly as severely disabled. The paper recommends a number of structural and procedural elements that have proven to overcome the insufficient or inappropriate support in integrating the patients suffering from acquired brain injury and chronic neurological disability in their social environment as well as for a demand-focused support with sustainable rehabilitative and ambulant follow-up procedures. Comparisons with other developed health care systems and international guidelines show that with organizing of early-supported-discharge, community-ambulation, shared-care and community-based-rehabilitation these problems have long since been identified elsewhere. Community-based and resident-oriented concepts have already been systematically implemented. In order to achieve the necessary support for the individual patient, a nation-wide development is



der UN-Behindertenrechtskonvention ist eine flächendeckende Weiterentwicklung notwendig: Ziel aller Bemühungen muss es sein, neben der Funktionsbehandlung den Betroffenen im Aktivitätsaufbau und im Anpassungsprozess zu begleiten und zu sozialer Teilhabe und (Re-)Integration in der Gemeinschaft und im Berufsleben zu kommen, wie es die Normen unseres Sozialstaats vorsehen. Wichtige Elemente sind neben dem Erkennen des Bedürftigen (red flag) eine individuelle sektorenübergreifend verfügbare Beratung und Hilfeplanung, trägerübergreifend gültige Bedarfsfestlegung, Koordination und Supervision der als notwendig erkannten – ggf. auch mobil-aufsuchenden – medizinischen und sozialen Interventionen und ggf. auch anbietende Hilfen. Benötigt wird (1) ein Erkennen des medizinischen und sozialen Problempatienten schon in der akuten und frührehabilitativen Versorgungsphase, (2) ein klinisches Reflektieren und Planen der notwendigen Bedarfe, (3) eine trägerübergreifende Akzeptanz des medizinischen und sozialen Bedarfes, (4) die Koordination und Supervision der medizinischen und sozialen Interventionen und der sozialräumlich erforderlichen Assistenz. Es ist besonders notwendig, (5) zu einer übergeordneten Teilhabeorientierung in *allen* Versorgungsebenen zu kommen, (6) Vernetzung und Weiterentwicklung der vorhandenen medizinischen und sozialen Strukturen vor Ort zu betreiben (Erreichbarkeit) und (7) die gesetzlichen Rahmenbedingungen des SGB zu Leistungsrechten und die (7a) Umsetzung der existierenden Gesetze *mit* (7b) evtl. sanktionsbewehrter Überwachung (Transparenz, Aufsicht und Qualitätssicherung nicht nur im Bereich der Leistungserbringer, sondern auch der Träger!) weiterzuentwickeln. Die Vorschläge der Autoren fügen sich systematisch in das Phasenmodell der Neurorehabilitation (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger/Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation) ein. Die bedarfsgerechte Gestaltung der Phase E, also des Überganges zwischen dem stationären und ambulanten Raum, dem klinisch-einrichtungsbezogenen und dem sozialraum-domizilbezogenen Sektor und zwischen Fürsorge und Selbstständigkeit, ist Thema der Arbeit.

necessary in Germany to perform the principles of the German social code and the principles of the *Convention on the Rights of Persons with Disabilities* of the United Nations: Goals of rehabilitation have to be more than functional treatment. Activation of the patient and supporting their coping and adaptive processes are necessary to achieve social participation and (re)integration into the community and in occupational life as implied by the standards of our society. Important elements of these are (1) identification of the individual patient and his/her burden during acute phase treatment or early rehabilitation (defined red-flag), (2) an individual clinical reasoning and planning of interventions and help, (3) general acceptance of the defined demands by all “players” in medical and social networks, (4) coordination and supervision of the medical and social interventions and of the assistive processes necessary in the individual environment. What seems to be needed is (5) systematic orientation to the goal of individual social participation at *all* levels of support, (6) cross linking, cooperation and development of the existing medical and social structures on site, (7) expansion of the legal framework and (7a) especially control of the implementation of the existing rights of social benefits and (7b) surveillance (transparency and quality management not only in the area of caregivers but also for the administration of social insurances!). The recommendations of the authors integrate systematically into the phase model of neurorehabilitation (VDR/BAR) in Germany. The focus of this work is the needs-appropriate programming of phase E, i. e., the transition between inpatient and outpatient care, between the clinical facility-oriented and the community-based (domicile-oriented, occupational-oriented) sectors, between welfare and independency.

Gesellschaftliche Relevanz

Die offizielle Behindertenstatistik in Deutschland zeigt, dass mindestens 800 000 Menschen mit einer „wesentlichen“ Behinderung (GdB 50 oder mehr) durch eine erworbene Hirnschädigung und neurologische Erkrankung in unserer Gesellschaft leben [1]; rechnet man das primäre soziale Netz dieser Betroffenen hinzu, so dürften 2–3 Millionen Menschen in Deutschland mit dem Problem der sozialen Reintegration und Teilhabe dieser „neurologischen“ Betroffenengruppe beschäftigt sein. Rehabilitation und Integration der Menschen mit erworbener Hirnschädigung (MeH) und chronischer neurologischer Behinderung sind eine herausragende gesellschaftliche Aufgabe, die durch die demografische Entwicklung weitere Relevanz erhalten dürfte. Alle Rehabilitationsträger verfolgen mit ihren Maßnahmen gemeinsame Zielsetzungen: „Reha vor Rente und Pflege“ sowie „Reha zur Sicherung von Funktionen, Aktivitäten und Teilhabe in der beruflichen und gemeinschaftlichen Alltagsgestaltung“ (ICF und SGB). Bei Abschluss einer klinischen neurologischen Rehabilitationsmaßnahme tritt für Patienten und Angehörige (auch Arbeitgeber) bei der Rückkehr in die häusliche und berufliche Lebenswelt aber häufig der „Praxischock“ [2] einer völlig veränderten Lebenssituation ein. Um diese Situation zu meistern, ist es

oft notwendig, den Weg zur sozialen Teilhabe durch nachgehende Rehabilitations- und ambulante Nachsorgemaßnahmen vor Ort zu unterstützen. Maßnahmen zur sozialen Integration und nachhaltigen Sicherung der Teilhabe sind im Phasenmodell der Neurorehabilitation (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger/Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 1995) der Phase E zuzuordnen, die bislang noch nicht prozedural ausgestaltet ist [2,3]. Dabei erfordert gerade die soziale Integration eines Menschen mit erworbener Hirnschädigung oder neurologischer Behinderung spezifische Interventionen vor Ort. Nachsorgende Leistungen können bei Menschen mit Erkrankungen und Verletzung des Nervensystems gelegentlich auch einen lebenslangen individuellen Behandlungs- und Förderprozess bedeuten [3], der Beratung, Planungshilfe, Begleitung (Coaching und Koordination) und spezifische Interventionen beinhalten kann. Die Betroffenheit des zentralen Wahrnehmungs-, Planungs- und Handlungsorganes des Menschen, „des Gehirnes“, begründet den besonderen Bedarf für viele Betroffene.

Schon vor 10 Jahren haben Poser et al. [4] herausgearbeitet, dass die berufliche Reintegration für eine große Zahl von Patienten verbessert werden könnte, wenn die Rehabilitationsnachsorge insgesamt optimiert würde. Dies hat sich für viele Betroffene bis heute kaum geändert: Maßnahmen zur *beruflichen Teilhabe* mit





Abb. 1 Faktoren, die die soziale Teilhabe beeinflussen, modifiziert nach Fries et al. [12].

medizinisch-beruflich orientierter, medizinisch-beruflicher Rehabilitation (MBOR und MBR) und zur beruflichen Integration befinden sich in Entwicklung [5, 6]. Die Träger wissen, dass Unterstützung zur beruflichen Integration in der neurologischen Indikation besonders häufig notwendig ist [5]. Entsprechende Konzepte müssen aber in der Versorgungspraxis noch etabliert werden. Auch Maßnahmen zur *Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft*, dem zweiten wichtigen (sozialgesetzlich verankerten) Teilhabesektor, sind unzureichend entwickelt und nicht systematisch verfügbar. Zum Beispiel besteht eine relevante Unterversorgung für viele schwer betroffene Patienten, die aus der AHB oder klinischen Rehabilitation noch immobil und pflegeabhängig (= Phase B–C) oder mit organisch bedingten psychischen und kognitiven Beeinträchtigungen in die Familien- oder Heimfürsorge entlassen werden [7–10]. Gerade diese Betroffenengruppe bedarf nach der stationären Versorgung sozialräumlich, d. h. vor Ort im Lebens- und Arbeitsraum, einer rehabilitativen Langzeitperspektive und meist spezifischer teilhabefördernder Hilfen und Interventionen. Dabei wäre es sehr zielführend, den Zustand der wesentlichen, chronischen Behinderung durch erworbene Hirnschädigung und durch chronische neurologische Erkrankung im Schwerbehindertenrecht als eigenständige Behinderungsform – z. B. als „MeH“ – spezifisch anzuerkennen, analog zu den anderen Behinderungsformen (geistig, seelisch, körperlich). Dies würde wahrscheinlich eine verbesserte Wahrnehmung in der Gesellschaft, die Anerkennung eines erweiterten Bedarfes in den sozialen Leistungsgesetzen und auch eine Erleichterung in der Umsetzung der Menschenrechte der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) einleiten.

Zur konkreten Bedarfsermittlung erscheint es erforderlich, gemeinsam mit dem Betroffenen (und ggf. mit seinen Bezugspersonen) systematisch und regelhaft individuelle Aktivitäts- und Teilhabeziele zu formulieren, die notwendigen Hilfen (trägerübergreifend!) zu planen und die Umsetzung der als notwendig erkannten Maßnahmen zu supervidieren (Koordination, Coaching, Fallmanagement). Dabei muss beachtet werden, dass erst im Verlauf des Anpassungsprozesses und in der sozialen Wirklichkeit vor Ort, im familiären, gemeinschaftlichen und beruflichen Leben die Patientenziele, der Handlungs- und Unterstützungsbedarf, aber auch die Prognose „heranreifen“. Dort machen sich auch die Rahmenbedingungen, die umwelt- und personbedingten Kontextfaktoren, bemerkbar. Große Teile einer individuellen Behinderung ergeben sich aus den Kontextfaktoren [11] und somit erlangt deren Modifikation für das Ergebnis der sozialen Teilhabe und die Langzeitperspektive eines Betroffenen besondere Bedeutung [11–14]. In **Abb. 1** sind besondere Pro-

blembeziehungen dargestellt, die zur sozialen Integration und Unterstützung der sozialen Teilhabe beachtet und ggf. behandelt werden müssen.

Für die Erreichung von sozialer Teilhabe müssen zusätzlich die ambulante vertragsärztliche und die Heilmittelversorgung vor Ort durch teilhabeorientierte, integrationsfördernde Interventionen und Kompetenzen ergänzt werden, weil der ambulante kurative Versorgungssektor bislang meist nicht ausreichend rehabilitativ aufgestellt ist [15–18]. Mit dem positiven Abschluss des langwierigen Beratungsprozesses im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) konnte nun das bisherige Fehlen einer neuropsychologischen Versorgung im ambulanten Bereich überwunden und im Interesse der MeH eine wesentliche Verbesserung erreicht werden.

Die Phase E – Integration und soziale Teilhabe

Die Phase E im Phasenmodell der Neurorehabilitation umfasst Maßnahmen zur Rehabilitation und leitet in die ambulante Nachsorge über. Phase E-Maßnahmen können im Detail definiert werden als

- ▶ nachgehende Leistungen zum Transfer des bisher erreichten Rehabilitationserfolges in den Lebensraum des Betroffenen,
- ▶ Leistungen zur Sicherung der Nachhaltigkeit des Rehabilitationsergebnisses und zur Weiterentwicklung der sozialen Teilhabe vor Ort,
- ▶ Leistungen zur Unterstützung der sozialen Teilhabe, zur gemeinschaftlichen und beruflichen Wiedereingliederung und deren langfristiger Sicherung.

Die Anforderungen an Strukturen und Prozesse und Leistungen der Phase E sind noch nicht festgelegt und in entsprechenden Rahmenempfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) ausgestaltet. Entsprechende Maßnahmen finden bislang in der gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV, SGB VII) praktische Anwendung basierend auf deren Auftrag, „mit allen geeigneten Mitteln“, unter anderem mit einem individuellen Fallmanagement, zu arbeiten. In der gesetzlichen Rentenversicherung (SGB VI) können einige der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) und auch die medizinisch-beruflich orientierten (MBOR) Leistungen der Phase E zugeordnet werden. Auch die Versorgung in den sogenannten Phase-II-Schwerpunktzentren [5, 19] gehört sicher teilweise zur Phase E. Dennoch bleiben im Bereich der teilhabeorientierten Versorgung viele Aufgaben zu bearbeiten. Dies sind z. B.

- ▶ die unzureichende Umsetzung des ICF-Konstruktes in der Rehabilitation,
- ▶ die mangelhafte Orientierung der Versorgung an übergeordneten Teilhabezielen,
- ▶ die unzureichende und durch Sektorengrenzen behinderte Hilfeplanung und
- ▶ die fehlende sozialräumliche Verfügbarkeit von Phase-E-Leistungen und integrationsfördernde Nachsorgemaßnahmen.

Diese Punkte spiegeln eine individuell und wahrscheinlich auch sozioökonomisch relevante Unterversorgung wider.

Ungünstig dürfte sich aber auch die zeitliche Verkürzung und Ausdünnung der einzelnen neurologischen Rehabilitationsmaßnahmen auswirken. Dies behindert z. B. die ausreichend lange Umsetzung evidenzbasierter Interventionen mit Interventionsdosisierung und -dichte. Der Wechsel der Verfahrenshoheit an den Sektorengrenzen, die Kontinuitätsunterbrechungen und der oft nur auf den einzelnen Träger bezogene Ressourceneinsatz dürften ebenfalls hemmende Faktoren sein.

Dabei enthält das SGB viele leistungsrechtliche Elemente für die Umsetzung einer teilhabesichernden Reha-Phase E. Brücken finden sich zu integrierten Versorgungskonzepten (§ 140 SGB V) und zu den Strukturverträgen (§ 73 SGB V). Eine Flexibilisierung der bisherigen Konzepte der ambulanten Neurorehabilitation nach § 40 SGB V oder flexible, inhaltlich in der Neurologie über den IRENA-Rahmen der DRV hinausgehende, neurologisch-neuropsychologische Nachsorgekonzepte, Verknüpfung mit dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM, § 84 SGB IV), der stufenweisen Wiedereingliederung (§ 74 SGB V) und das (trägerübergreifende) persönliche Budget (§ 17 SGB IX) sind geeignet, die Phase-E-Aufgaben sozial- und leistungsrechtlich abzubilden. Die BAR sieht in ihren Orientierungsplänen 2007–2012 [20] vor, die Phase-E-Konzeption zu erarbeiten und die Übergänge aus den vorangehenden Versorgungsphasen und die Überleitung in die nachgehende ambulante Versorgung in Rahmenempfehlungen zu beschreiben.

In der Literatur wird eine nachgehende, auf die Kommune oder das Domizil bezogene rehabilitative Versorgung zunehmend als besonders effektiv und wirtschaftlich beschrieben [21–23]. Die meisten dieser Konzepte beziehen sich auf die Schlaganfall- und Schädelhirntrauma-Versorgung und beinhalten Maßnahmen im Sozialraum mit Gesamtbehandlungssystem und koordinierendem Fallmanagement. Vernetzte nachgehende Rehaversorgung „shared care“ [21, 22], „early supported discharge (ESD)“ [23, 24] und „community ambulation“ [25–28] werden als erfolgreiche sozialräumlich wirksame Konzepte aus anderen Gesundheitssystemen berichtet. „Community-based rehabilitation (CBR)“ gilt als eine Querschnittsaufgabe der WHO [29], die auch bei der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland beachtet werden könnte. Sozialräumliche Versorgungsprozesse gelangen zunehmend auch in die Leitlinien im internationalen Schrifttum.¹ Auch in Deutschland gibt es seit Jahren Erfahrungen mit ambulant tätigen, teilhabeorientierten Einrichtungen und Konzepten [30–32] mit guten Ergebnissen.

Phase-E-Versorgungselemente

Um die Betroffenen bei der alltagspraktischen Umsetzung der wieder erworbenen Fähigkeiten im sozialen Umfeld – im Wohnumfeld und am Arbeitsplatz – nachhaltig zu unterstützen, müssen Einrichtungen der ambulanten Rehabilitation oder regionale Netzwerke von Leistungserbringern mit spezifischen teilhabebezogenen Therapiekonzepten und entsprechender Beratungs-, Behandlungs- und Betreuungskompetenz *flächendeckend zur Verfügung stehen und erreichbar sein*. § 26 der UN-BRK macht hier eine Weiterentwicklung der Versorgung mit dem Zugang zu Rehabilitation auch in der Fläche erforderlich.

Variabilität, Flexibilität und Individualität der Phase-E-Konzepte (also Details über Therapieinhalte, Therapieorte, Therapieintensität, Therapiefrequenz und regionale Einrichtungen und Kooperationspartner) ergeben sich aus der individuellen Situation, den individuellen Teilhabezielen und den unterschiedlichen Rahmenbedingungen (Kontextfaktoren) sowie den jeweils regional verfügbaren Hilfen.

Der Bedarf für *Hilfeplanung und Teilhabemanagement* (= managed care, shared care, Fallmanagement) leitet sich primär aus den o.g. Besonderheiten der erworbenen Hirnschädigung oder der Erkrankung des Gehirns ab.

¹ Siehe z.B. die folgenden Guidelines: www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/en/index.html; www.guideline.gov/content.aspx?id=34091; www.guideline.gov/content.aspx?id=34092.

Auch die kaum überschaubare Komplexität der gegliederten Träger- und Versorgungssysteme erfordert spezifische Sachkunde und einen „Lotsen“. Fallkoordination kann im Einzelfall monoprofessionell, gelegentlich auch multiprofessionell erforderlich werden. Mit dem Betroffenen und seinem sozialen Umfeld muss vor Ort eine maßgeschneiderte Planung der nachgehenden Leistungen entwickelt werden. Dabei geht es um Verknüpfung von Infrastruktur, um Organisation des Zusammenwirkens der Hilfen und um konstante Begleitung des Betroffenen und seines sozialen Netzwerkes.

Zur Phase-E-Gestaltung bedarf es der spezifischen *neurorehabilitativen und neuroadaptativen Fachkenntnis* und einer *neuropsychologischen Sensibilisierung*. Die Besonderheiten der Menschen mit neurologischen Behinderungen müssen dem Behandelnden präsent sein (= „Neurokompetenz“). Die Delegation der Aufgaben z. B. an eine allgemeine Sozialverwaltung, an allgemeine Integrationsdienste oder die hausärztliche Versorgung reicht nicht aus.

Für die Aufgabe von Integration, Teilhabe und Nachhaltigkeit muss *sozialräumlich fachärztlich-rehabilitationsmedizinische und auch ausreichende ambulante neuropsychologische Kompetenz* erreichbar sein. Die reguläre ambulante vertragsärztliche Versorgung und die Heilmittelerbringung sind nicht teilhabeorientiert aufgestellt und bedürfen der Unterstützung und Handreichung durch verbindliche Teilhabeplanung und ggf. eines Rehabilitationsnetzwerkes vor Ort.

Eine Liste mit praktischen Anwendungsbeispielen, Modelleinrichtungen und Leuchtturm-Projekten zur Phase-E- und Nachsorge-Gestaltung ist im Anhang zu finden. Diese spiegelt die (wertvolle) Methodenvielfalt in den Regionen wider.

Phase E für soziale Teilhabe im Ausbildungs- und Berufsbereich (= Phase E1)

Die Eingliederung und Wiedereingliederung ins Arbeitsleben für Menschen mit erworbener Beschädigung des Nervensystems ist als beruflicher Teilhabesektor eine der zentralen Phase-E-Aufgaben. Hierbei sollten durchgängige, flexible und arbeitsraumbezogene Prozesse, die Anwendung von medizinisch-beruflich orientierten Komplexleistungen und Verfügbarkeit im Arbeitsleben im Vordergrund stehen.

Bei allen arbeitsunfähig aus der AHB und Reha entlassenen Patienten im erwerbsfähigen Alter ist eine nahtlose, möglichst bürokratiearme, ambulante und sozialräumliche Behandlung und Betreuung zu fordern. Wenn man die Strukturvorteile einer arbeitsraumnahen Konzeption systematisch ausnutzen und beachten würde [4, 7, 9, 16], könnte eine größere Zahl von MeH als bisher beruflich eingegliedert werden. Leistungen zur medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation, Arbeitstherapie, Belastungserprobung und Anpassung des Arbeitsplatzes werden dabei als Vorstufen der späteren beruflichen Wiedereingliederung direkt vor Ort am eigenen Arbeitsplatz und im bestehenden Arbeitsverhältnis wirksam und mit dem betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM, § 84 Abs. 2 SGB IX) und der stufenweisen Wiedereingliederung (§ 74 SGB V) kombiniert. Die Besonderheit dabei ist das direkte Einwirken von rehabilitativer Behandlung in die Arbeitswelt (= Coaching). Der direkte Kontakt zwischen dem Betroffenen, dem Coach, dem Rehabilitationsteam und den Verantwortlichen im Betrieb ist dabei entscheidend für eine erfolgreiche Reintegration des Betroffenen in sein gewohntes Arbeitsumfeld.

Die große, sozioökonomisch relevante Gruppe von Patienten mit neurologischen Defiziten, aber prinzipiell positiver Erwerbspro-



gnose für den ersten Arbeitsmarkt (=bei erhaltenem Arbeitsplatz und Anstellungsverhältnis) benötigt am Ende der medizinischen Rehabilitation einen konkreten individuellen Hilfeplan für die berufliche Wiedereingliederung. Besonders betroffen hiervon sind die zahlreichen Patienten mit kognitiven und affektiven Residualstörungen nach Hirnschädigung: Zum Beispiel bedarf das sehr häufige Problem der nicht sichtbaren und schwer begreifbaren „psychophysischen Minderbelastbarkeit“ des Betroffenen einer systematischen therapeutischen Begleitung des Patienten und seines Arbeitgebers. Beide sind mit der Bewältigung dieses Problems überfordert. Die Erarbeitung von berufsnotwendiger Kraftfahreignung und arbeitsorientierten Sicherheitsleistungen muss frühzeitig schon in der medizinischen Rehabilitation gebahnt und dann ggf. in der nachgehenden Phase E komplettiert sowie systematisch durch konkrete Verhaltensproben überprüft werden. Kraftfahrzeughilfe neben anderen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) und ggf. Assistenz zur unterstützten Beschäftigung sind frühzeitig zu erwägen.

Auch für die Betroffenen mit eher negativer Prognose für den ersten Arbeitsmarkt muss entweder eine Versorgung in einer Phase-II-Einrichtung [19] oder die Überleitung in tagesstrukturierende Nachsorge, Beschäftigung und beruflich orientierte Langfristmaßnahmen der Eingliederungshilfe (WfbM) therapeutisch vorbereitet und vor Ort begleitet werden.

Diese beruflich teilhabebezogenen Phase-E-Maßnahmen schützen oft vor sekundären psychosozialen Problemen und Verlust des Arbeitsplatzes und ermöglichen Entlastung des Umfeldes und der sozialen Sicherungssysteme.

Das Kontinuum von der medizinischen zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation und zur beruflichen Wiedereingliederung muss sehr frühzeitig in der Rehabilitationskette geplant oder bei laufendem Rehabilitationsprozess – ggf. im Hintergrund – durch die verschiedenen Träger geregelt werden [22]. Dabei sollte die erstversorgende AHB- und Reha-Einrichtung den Phase-E-Prozess strukturiert einleiten, um dann vor Ort in ein auf den konkreten Beruf bezogenes Teilhabe-Assessment und ggf. in einen trägerübergreifenden Fallmanagement-Prozess überzugehen [5, 16, 30–32]. Die im bisherigen System häufigen Versorgungs(ab)brüche müssen gerade bei Menschen mit erworbenem Hirnschaden aktiv überwunden werden. Unflexible und arbeitsortferne Versorgungsmaßnahmen sowie frustrane, nicht therapeutisch begleitete berufliche Fehlanpassung sollten wegen der negativen Auswirkungen auf die persönliche Lebensführung des Betroffenen und auf die sozialen Transfersysteme aktiv vermieden werden.

Die Zugangskriterien zur beruflichen Phase E, individuelle Therapieplanung und Coachingkonzepte, sowie die personellen und strukturellen Rahmenbedingungen und Abgrenzung zu anderen Leistungssektoren müssen am Bedarf orientiert regional definiert werden. Vorhandene Modelle mit ihrer Methodenvielfalt und mit mono- oder multiprofessionellen Leistungsangeboten für die Patientenversorgung müssen erhalten und weiterentwickelt werden.

Es erscheint lohnend, die Gewährung unterhaltssichernder Leistungen (Lohnersatz-, Transferleistung) zwischen den Trägern weiterzuentwickeln: ein Cofinanzierungs-Konzept für Krankengeld, Übergangsgeld, Verletztengeld o.Ä. während der 78-Wochen-Frist wäre sinnvoll. Damit würde ein hemmender Faktor und ein wichtiger Grund für den „Verschiebebahnhof“ zwischen den Trägern überwunden werden. Lohnersatz belastet die Träger wirtschaftlich mehr als die originäre Leistung zur Teilhabe; der Gesetzgeber könnte erreichen, dass alle Träger ein gemeinsames Interesse an der Reduktion der sozialen Transferleistungen hätten.

Phase E für die Teilhabe am gemeinschaftlichen Leben (=Phase E2)

Die Wiedereingliederung in das gemeinschaftliche Leben in Familie, Haushalt und Lebensumfeld und die Sicherung dieser Teilhabe erfordert Konzepte, die direkt im Wohn- und Lebensraum wirksam werden können. Diese Teilhabeperspektive betrifft schwerpunktmäßig andere Träger als der berufliche Bereich. Betroffen sind hier die große Zahl der neurologischen und neurogeriatrischen Patienten, die unabhängig vom Erwerbsektor noch im Zustand der Phase C (immobil und hilfeabhängig) oder mit relevanten kognitiven und affektiven Residuen aus der stationären Versorgung in den Lebens- und Wohnbereich entlassen werden. Es ist zu vermuten, dass bereits eine kurze Zeit in einer Lebensumgebung, die nicht aktiviert und die mit nicht ausreichend geschulten Helfern eher „verwahrend“ arbeitet, die Aussicht auf Autonomiegewinnung, aktive Integration und Teilhabe erheblich gefährdet. Betroffene regredieren schnell. Dies kann zu bio-psycho-sozialen Sekundärproblemen und zu einer vermeidbaren Langzeitbelastung der sozialen Netzwerke führen. Rehabilitation vor Pflege und die häusliche und gemeinschaftliche Integration erfordern eine systematische Pflegeüberleitung und oft zusätzliche nachgehende Maßnahmen zur Aktivierung – mehr, als in der vertragsärztlichen Regelversorgung und im Heilmittelbereich verfügbar ist.

Phase-E-Aufgaben zur Sicherung/Ermöglichung von Teilhabe an der Gemeinschaft unter Berücksichtigung der neurologischen, kognitiven und affektiven Besonderheiten der Betroffenen und der besonderen altersspezifischen Probleme (Kinder- und Jugendlichen-, Altersneurologie) sind insbesondere

- ▶ die möglichst umfassende Wiederherstellung des ursprünglichen Niveaus der gemeinschaftlichen Aktivitäten/Teilhabe,
- ▶ die Nutzung verbliebener Funktionen oder Aktivitäten bzw. die Entwicklung von Kompensationsstrategien,
- ▶ die Unterstützung von alters- und biografiespezifischen Anpassungsleistungen des Betroffenen,
- ▶ die Anpassung der Umweltbedingungen (Assistenz und Hilfsmittel) an die bestehenden Beeinträchtigungen und
- ▶ das Entgegenwirken gegen Sekundärerkrankungen und -risiken, die auf die weitere Entwicklung der Gesundheit bzw. der Beeinträchtigungen negativen Einfluss haben könnten (Sekundär- und Tertiärprävention).

Die Ziele mit Blick auf die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit können z.B. erreicht werden durch nachgehende rehabilitative Maßnahmen ambulant wohnortnah oder mobil-aufsuchend im Lebensumfeld (mobile Rehabilitation [32]) wie:

- ▶ Befähigung zur Selbstversorgung (z.B. Ernährung, Körperpflege, Exkretion, Medikation),
- ▶ Befähigung zur körperlichen Bewegung und Haltungskontrolle (alltagsrelevante Mobilität, aber auch Transfer- und Sitzfähigkeit),
- ▶ Förderung der selbstständigen Fortbewegung im Lebensumfeld,
- ▶ Wiederherstellung von Kommunikation,
- ▶ Befähigung zur Selbststrukturierung des Tagesablaufes und
- ▶ Erreichen von eigener Haushaltsführung und von kulturellen Angeboten, von tagesstrukturierenden Nachsorge- und Tagesfördereinrichtungen.

Natürlich kann einen Teil dieser Aufgaben auch die vertragsärztliche Versorgung und Heilmittelerbringung leisten. Aktivierung und Teilhabeorientierung sind aber dort bislang nicht verfügbare Regelleistungen. Flächendeckend müssen auch für die gemeinschaftliche Teilhabe ambulante und mobil-aufsuchende



rehabilitative Einrichtungen und Netzwerke von Leistungserbringern (ggf. auch geschulte Laien) verfügbar werden, die der Betroffene entweder selbst erreichen oder die ihn im Lebensraum aufsuchen können. Ein kooperatives und ggf. supervidierendes Zusammenwirken mit dem vertragsärztlichen Bereich, den regionalen Pflegestützpunkten und den Pflegeeinrichtungen oder auch mit Selbsthilfe und Laiennetzwerken ist regional zwingend erforderlich. Die gemeinsame Verantwortlichkeit für die gemeinschaftliche Teilhabe von GRV und GPV, die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, die „armutsfeste“ Gestaltung der Eingliederungshilfe (SGB XII) und die Überwindung von Fehlanreizen („Floriansprinzip“) für die Maßnahmen zur Teilhabe im gemeinschaftlichen Sozialraum müssen vom Gesetzgeber durch Weiterentwicklung der Gesetze und von den Sozialverwaltungen ergebnisorientiert gelöst werden.

Phase E: Alltagstransfers, Weiterentwicklung und Nachhaltigkeit

Selbst bei guter Verlaufsprognose ist häufig davon auszugehen, dass im Alltag vor Ort Behinderungen in einem gewissen Umfang bestehen bleiben. Generell ist zu beachten, dass die Anpassungsleistung und der Hilfebedarf einem Entwicklungsprozess unterliegen, der bei Abschluss der Erstversorgung meistens noch nicht abgeschlossen ist. Es ist daher wichtig, in der Teilhabeplanung den Betroffenen und die Angehörigen sowie andere Bezugspersonen einzubeziehen. Geduldige Information über die realistischen Rehabilitations- und Teilhabeziele, über Ressourcen und zu erwartende persistierende Beeinträchtigungen sind wichtig (Kontextorientierung, Edukation, Förderfaktoren). Die Teilhabeplanung muss fortentwickelt werden. Dies kann einer Überforderung und Fehlentwicklung vorbeugen. Die Beteiligten müssen lernen, die vorhandenen Ressourcen einzusetzen und Hilfen in angemessenem Umfang zu leisten. Durch Kooperation in einem regionalen Reha-Netzwerk mit den Leistungserbringern, Selbsthilfegruppen, mit Reha- und Funktionssport und Sportvereinen usw. kann die Nachhaltigkeit der Rehaergebnisse und der Transfer in den Lebensalltag unterstützt und stabilisiert werden.

Insbesondere Schwer- und Schwerstbetroffene, vor allem auch der Betroffene mit persistierenden kognitiven Teilleistungsstörungen und Persönlichkeitsveränderungen, erleben einen schmerzlichen Korrekturbedarf für den eigenen Lebensentwurf. Oft sind beratende und therapeutische Unterstützung in der häuslichen Umgebung längerfristig erforderlich. Ohne diese dürften die Selbstständigkeit des Betroffenen und die Unabhängigkeit von seiner Familie oft erheblich gefährdet sein.

Die fallbegleitende, beobachtende und beratende Begleitung ist oft, fast regelhaft über einen längeren Zeitraum notwendig.

In der Zusammenarbeit von stationären und ambulanten Leistungsangeboten bestehen häufig praktische Schnittstellenprobleme zu Lasten der Betroffenen. Auch 10 Jahre nach Inkrafttreten des SGB IX mit seinem Anspruch, das Zusammenwirken der Träger zu fördern und eine durchgängige Teilhabezielsetzung der Leistungserbringung zu erreichen, gibt es Umsetzungsprobleme. Die verschiedenen Leistungsgesetze sind nicht aufeinander abgestimmt.

Es sollte erwogen werden, im Sozialraum vor Ort – ähnlich den spezialisierten Krankenhausambulanzen (§ 116 SGB V) oder den psychiatrischen Institutsambulanzen (§ 118 SGB V) – spezialisierte wohnortnahe Phase-E-Kompetenzeinrichtungen oder Phase-E-Netzwerke trägerübergreifend verfügbar zu machen. Spezifische Sprechstunden für ein sozialräumlich orientiertes Teilhabe-Assessment, Nachsorgetermine, Planungskonferenzen

mit den Akteuren sollten verfügbar werden. Empfehlung und/oder Verordnung der notwendigen mono- oder komplextherapeutischen Leistungen sind eine Aufgabe der Nachsorgezentren/Netze. Prozesse nach einem definierten Behandlungspfad mit Plan-do-check-act-Zyklus (PDCA), transparente Dokumentation und eine ständige Evaluation und Benchmarking würden die Ausgestaltung der Phase E fördern.

Phase E: 4 Fallbeispiele

Wie wichtig ein in den Alltag implementiertes Teilhabemanagement für die Betroffenen ist, sollen 4 Fallbeispiele exemplarisch illustrieren: 2 junge Landmaschinenmechaniker (M. W. und T. B.) und ein Handwerker (H. E.) erlitten jeweils ein schweres Schädelhirntrauma (SHT), ein 32-jähriger leitender Mitarbeiter eines Betriebes (D. A.) einen Schlaganfall. Nach der jeweiligen akutmedizinischen Erstversorgung (Phase A) sowie einer anschließenden Frührehabilitation (Phase B–C), einer weiterführenden stationären Rehabilitation (Phase C) und im weiteren Verlauf einer ganztägigen AHB (Phase D) konnten alle ihre Alltagsaktivitäten (ATLs) wieder weitgehend selbstständig bewältigen.

- ▶ Der Patient M. W. (24 Jahre) erlitt ein schweres SHT mit traumatischer Subarachnoidalblutung nach privatem Autounfall; Kostenträger: GKV. Stand der Rehabilitation 2 Jahre nach dem SHT: „zufällige“ Versorgung in unterschiedlichen ambulanten Heilmittelbereichen ohne interdisziplinäre Abstimmung. Selbst nach diesen 2 Jahren konnten trotz erneuter „Anstrengungen um eine Rehabewilligung“ keine Angebote oder praktischen Maßnahmen zur beruflichen Reintegration eingeleitet werden.
- ▶ Der Patient T. B. (23 Jahre) erlitt bei einem Arbeitsunfall ein schweres SHT sowie eine hypoxische Hirnschädigung nach Thoraxtrauma; Kostenträger: DGUV. Stand der Rehabilitation nach 2 Jahren: ganztägige Langzeitrehabilitation in Phase D, 2-mal pro Woche Komplextherapie, neuropsychologisches Langzeitmanagement, Beginn beruflfördernder Maßnahmen (praktische Erprobungen zur Berufsfindung und berufsbezogenen Belastungsfähigkeit bei komplexen kognitiven Teilleistungsstörungen). Derzeit ist der Patient auf dem Weg in die berufliche Reintegration durch eine Mitarbeit in einer Werkstatt auf Helferniveau für 12 Wochenstunden. Prognose: Erwerbsfähigkeit 15–25 Wochenstunden innerhalb des ersten Arbeitsmarktes.
- ▶ Der Patient H. E. (42 Jahre) erlitt bei privatem Unfall ein SHT mit Kontusionen und traumatischer Subarachnoidalblutung (initiale Glasgow Coma Scale 4); Kostenträger: DRV. Es folgten 9 Wochen Akutbehandlung und stationäre medizinische Rehabilitation (C>D). Die Entlassung erfolgte arbeitsunfähig mit der Empfehlung für eine Wiederholungsmaßnahme in 6 Monaten „zur Klärung der Erwerbsprognose“. Nach Wochen ohne spezifische Behandlung wurde vom Hausarzt „wegen zunehmender Verhaltensauffälligkeiten in der Familie und drohender sozialer Dekompensation“ eine erneute Rehabilitation beantragt und mit einer ambulanten medizinischen Rehabilitation in Einzelfallbewilligung der DRV begonnen. Aus dieser medizinischen Maßnahme folgte nach weiteren 5 Wochen die direkte Überleitung in eine nachgehende medizinisch-berufliche Rehabilitation mit therapeutisch supervidierter und mit dem Arbeitgeber abgestimmter Arbeitstherapie/Belastungserprobung am eigenen Arbeitsplatz. Mit weiterer 6-wöchiger stufenweiser beruflicher Wiedereingliederung wurde der Patient dann 35 Wochen nach dem Unfall



und der Hirnschädigung mit geringen Einschränkungen erfolgreich in den alten Beruf integriert.

- ▶ Der Patient D. A. (32 Jahre) erlitt als 31-Jähriger einen Schlaganfall und erhielt nach der Akutbehandlung auf einer Stroke Unit eine 4-wöchige stationäre AHB, in der er sich körperlich sehr gut, kognitiv und affektiv aber unzureichend stabilisierte; Kostenträger: DRV. Aus der Klinik wurde D. A. arbeitsunfähig entlassen mit der Empfehlung für eine ambulante Behandlung der neuropsychologischen und der eher geringen motorisch-funktionellen Defizite. Die DRV genehmigte (nur) eine mehrwöchige medizinische Reha-Nachsorgeleistung (IRENA), in der die notwendige neuropsychologische Behandlung nicht integriert ist. Für eine ambulante komplexe Phase-E-Maßnahme im regionalen Therapiezentrum erhielt der Patient keine Bewilligung durch die DRV. Ambulante neuropsychologische Behandlung war in der vertragsärztlichen Versorgung bisher nicht verfügbar (keine GKV-Leistung). Die DRV bot daraufhin statt der verfügbaren neurologischen Komplextherapie eine vorübergehende und rückwirkende Erwerbsunfähigkeits-Berentung für einen 2-Jahres-Zeitraum (September 2010–September 2012) an. D. A. und seine Frau blieben hartnäckig. Nachgehende Leistungen zur medizinisch-beruflichen, neuropsychologischen, physiotherapeutischen und medizinischen Rehabilitation wurden vom Patienten in privatfinanzierter Ersatzvornahme durchgeführt. Das Ziel einer zügigen beruflichen Eingliederung an den eigenen Arbeitsplatz und in das bestehende Arbeitsverhältnis (leitender Mitarbeiter eines Betriebes mit 15 Beschäftigten) wurde 9 Monate nach dem Schlaganfall erreicht. Die selbstgesuchte Komplexmaßnahme zur beruflichen Wiedereingliederung in den alten Job und in die volle sozialversicherungspflichtige Tätigkeit war gelungen. Widerspruchsbürokratie und langwierige Sozialgerichtsverfahren haben die Angelegenheit mittlerweile im Sinne des Patienten gelöst.

Zusammenfassende Bemerkungen

Die Gesellschaft ist aufgefordert, Teilhabe und Inklusion von Menschen mit Behinderungen zu fördern: Im Lebens- und Arbeitsumfeld besteht bislang ein wenig beachteter Versorgungsbedarf für die Menschen mit erworbener Hirnverletzung und mit chronischer neurologisch bedingter Behinderung. Insbesondere deren kognitive Teilleistungsstörungen, emotionale Belastungen, Wahrnehmungs-, Handlungs- und Planungsstörungen sowie deren verminderte psychophysische Belastbarkeit und Einschränkung der Krankheitseinsicht bedürfen einer größeren Beachtung durch die sozialen Träger und Leistungserbringer. Zur Sicherung der Rehabilitationsergebnisse und zur Eingliederung der betroffenen Menschen in den sozialen, gemeinschaftlichen oder erwerbsbezogenen Lebensraum sind nachgehende Rehabilitationsleistungen und ambulante Nachsorgemaßnahmen dringend notwendig. Sowohl die persönliche Situation im Kontext der Familie und des gemeinschaftlichen Lebens als auch die berufliche Wiedereingliederung bedürfen oft eines individuell geplanten sowie u.U. auch länger andauernden ambulanten Teilhabemanagements möglichst aus einer kompetenten Hand und bedarfsabhängig teilhabeorientierter monoprofessioneller oder komplexer Leistungen. Erst eine strukturierte Ausgestaltung der Neuroreha-Phase E in einer ergänzenden trägerübergreifend gültigen Rahmenempfehlung der BAR wird das dargestellte Versorgungsproblem aus-

gleichen. Dabei ist der Zugang zu Phase-E-Leistungen – also die Gestaltung des Überganges in das soziale Leben – prinzipiell nach allen vorherigen Reha-Phasen erforderlich.

Hilfreich dürften die Identifikation der bedürftigen Patientengruppen, die Definition der leistungsrechtlichen (trägerübergreifend gültigen) Grundlagen bzw. der Zuständigkeitsbeziehungen der Träger, die Flexibilisierung der Übergänge aus den vorherigen Reha-Phasen, die Festlegung der Zielaufgaben für die berufliche und gemeinschaftliche Teilhabe (Teilhabeplan), die Etablierung eines „neurokompetenten“ Fall- und Versorgungsmanagements durch vor Ort verfügbare Einrichtungen oder Netzwerke, die Einrichtung einer Fallkonferenz (unter Beteiligung der Träger) mit der Kompetenz, Therapieinhalte, -orte, -dichte und -dauer zu planen sowie die notwendigen nachgehenden Leistungen und die strukturierte Überleitung in den ambulanten Nachsorgebereich zu definieren, sein.

Durch die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit (ICF) besteht über das bisherige *biomedizinische Krankheitsmodell* hinausgehend ein brauchbares *biopsychosoziales Krankheitsfolgenmodell* und eine einheitliche Sprache, durch die eine eindeutige Kommunikation über Krankheiten und deren Folgen innerhalb und zwischen Professionen und Institutionen möglich wird.

Beispiele einer sozialraumbasierten Rehabilitation sind international z.B. mit early supported discharge, community ambulation, shared care und community-based rehabilitation verfügbar. In Deutschland gibt es bisher das umfassende Versorgungskonzept der DGUV und einzelne Leuchtturmprojekte, die sich der teilhabeorientierten Versorgung widmen.

Kernbotschaft

Die Versorgung der Menschen mit Behinderung durch erworbene Hirnschädigung und chronische neurologische Erkrankung ist nach dem Übergang aus der Erstversorgung in das Lebens- und Arbeitsumfeld unzureichend. Es fehlt an frühzeitiger Beratung und konkreter Planung von nachgehenden Maßnahmen zur Rehabilitation und von ambulanter Nachsorge mit dem Ziel der sozialen Teilhabe. Medizinische und soziale Maßnahmen sind nicht oder nicht bedarfsgerecht verfügbar oder erreichbar. Kompetente Begleitung, Koordination und Supervision der als notwendig erkannten Interventionen erfolgt nicht. Die Autoren empfehlen deshalb eine systematische Ausgestaltung der Leistungen und Aufgaben der Phase E im Phasenmodell der Neurorehabilitation.

Interessenkonflikt: Die Autoren sind hauptberuflich leitend in Einrichtungen der ambulanten neurologischen Rehabilitation tätig. Alle Autoren sind Mitglieder im Bundesverband ambulante-stationäre Rehabilitation Krefeld. Persönliche Interessenkonflikte bestehen nicht.

Ergänzendes Material

Die Literatur sowie den Anhang zu diesem Beitrag finden Sie online unter www.thieme-connect.de/ejournals/toc/rehabilitation.



Ergänzendes Material



Literatur

- 1 *Stolz S.* Wie viele Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen gibt es in Deutschland? Zahlen aus der Schwerbehindertenstatistik und der Vergleich relevanter Behinderungsgruppen. In: *Ebert A, Fries W, Ludwig L*, Hrsg. Rehabilitation und Nachsorge nach Schädelhirnverletzung. Teilhabe: Wege und Stolpersteine. Bad Honnef: Hippocampus; 2009: 19–28
- 2 *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation.* Praxisleitfaden: Strategien zur Sicherung der Nachhaltigkeit von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Frankfurt/Main: BAR; 2008 und 2011, verfügbar unter: http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateliste/publikationen/arbeitsmaterialien/downloads/Praxisleitfaden_Nachhaltigkeit.PW
- 3 *Schönle PW.* Die Weiterentwicklung des poststationären Sektors. In: *Ebert A, Fries W, Ludwig L*, Hrsg. Rehabilitation und Nachsorge nach Schädelhirnverletzung. NeuroRehabilitation stationär – und dann...? Bad Honnef: Hippocampus; 2010: 3–10
- 4 *Poser U, Schönle PW, Schaller J.* Berufliche Reintegration in der neurologischen Rehabilitation. Bad Honnef: Hippocampus; 2001
- 5 *Buschmann-Steinhage R, Röckelein E.* Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation – Umsetzung in die Praxis. 2010, verfügbar unter: www.medizinisch-berufliche-orientierung.de/wp-content/uploads/BO_Umsetzung_in_die_Praxis_Buschmann-Steinhage.pdf
- 6 *Manteuffel L.* Medizinische Rehabilitation: Berufliche Teilhabe als Leitziel. Deutsches Ärzteblatt 2011; 108 (4):A-154/B-122/C-122, verfügbar unter: www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=80534 (mit 3 Leserzuschriften)
- 7 *Haaf HG.* Ergebnisse zur Wirksamkeit der Rehabilitation. Rehabilitation 2005; 44: e1–e20
- 8 *Hoefs U, Schupp W, Schmidt R et al.* Versorgung von Schlaganfallpatienten mit ambulanten Heil- und Hilfsmitteln im Langzeitverlauf nach stationärer neurologischer Rehabilitation. Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin 2008; 18: 115–121
- 9 *Schupp W, Kulke H.* Klinik berufsbezogener Gesundheitsstörungen: Neurologie. In: *Hillert A, Müller-Fahrnow W, Radoschewski FM*, Hrsg. Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation: Grundlagen und klinische Praxis. Köln: Deutscher Ärzteverlag; 2008: 301–315
- 10 *Schmidt R, Schupp W.* Pflegeüberleitungskonzeption in der neurologischen Rehabilitation. Tagung „Pflegebedürftig“ in der „Gesundheitsgesellschaft“. Halle (Saale); März 2009
- 11 *Fries W, Fischer S.* Beeinträchtigungen der Teilhabe nach erworbenen Hirnschädigungen: Zum Verhältnis von Funktionsstörungen, personbezogenen und umweltbezogenen Kontextfaktoren – eine Pilotstudie. Rehabilitation 2008; 47: 265–274
- 12 *Viol M, Grotkamp S, Treeck BV et al.* Personbezogene Kontextfaktoren Teil I. Gesundheitswesen 2006; 68: 747–759
- 13 *Viol M, Grotkamp S, Seger W.* Personbezogene Kontextfaktoren (Kurzversion) Teil II. Gesundheitswesen 2007; 69: 64–67
- 14 *Kuipers P, Foster M, Smith S et al.* Using ICF-Environment factors to enhance the continuum of outpatient ABI rehabilitation: An exploratory study. Disability and Rehabilitation 2009; 31 (2): 144–151
- 15 *Hesse S, Welz A, Aßmann E et al.* Fußgänger in Berlin nach einem Schlaganfall. Der Nervenarzt 2009; (8): 953–958
- 16 *Reuther P, Wallesch CW.* Rehabilitation von Menschen mit erworbenem Hirnschaden: 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; 2010: 12–18
- 17 *Nolte CH, Jungehülsing GJ, Rossnagel K et al.* Schlaganfallnachsorge wird von Hausärzten erbracht: Kooperative Strategien für Patienten mit chronischen Defiziten nach Schlaganfall sind nicht die Regel. Nervenheilkunde 2009; 28: 135–137
- 18 *Öhlinger S, Mairhofer H.* Langzeitrehabilitation im Niemandsland. Ein Konzept für Patienten nach erworbenen Hirnschädigungen an der Nahtstelle zwischen Gesundheits- und Sozialbereich. Neurologie und Rehabilitation 2010; 16 (1): 28–34
- 19 *Spranger M, Schmiedel B, Rüsich B et al.* Bundesarbeitsgemeinschaft medizinisch-beruflicher Rehabilitationseinrichtungen Magdeburg: Rahmenempfehlungen zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation in der Neurologie (Phasen D und E). Prävention und Rehabilitation 2007; 19: 81–91
- 20 *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation.* Die Zukunft der Rehabilitation und Teilhabe – Orientierungsrahmen für die Arbeit der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR). Frankfurt/Main: BAR; 2010, verfügbar unter: www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/reha-info/BAR_Ausgabe_1_2010_5_1211.pdf
- 21 *Rentsch HP.* Das „Shared Care Modell“ als effizientes und qualitativ hoch stehendes Versorgungsprinzip in der Rehabilitation am Beispiel der Neurorehabilitation des Kantonspitals Luzern. Neurologie und Rehabilitation 2004; 10 (5): 253–260
- 22 *Rentsch HP, Kaufmann T.* Klar definierte Zielsetzungsprozesse bei Eintritt führen zu maßgeblicher Verkürzung der Aufenthaltsdauer in der stationären Rehabilitation des zerebrovaskulären Insults. Neurol Rehabil 2008; 14 (5): 254–264
- 23 *Langhorne P, Taylor G, Murray G et al.* Early supported discharge services for stroke patients: a meta-analysis of individual patient's data. Lancet 2005; 365 (9458): 501–506
- 24 *Fisher RJ, Gaynor C, Kerr M et al.* A consensus on stroke: early supported discharge. Stroke 2011; 42 (5): 1392–1397
- 25 *Lord SE, Rochester L.* Measurement of community ambulation after stroke – current status and future developments. Stroke 2005; 36: 1457–1461
- 26 *Lord SE, Weatherall M, Rochester L.* Community ambulation in older adults: Which internal characteristics are important? Arch Phys Med Rehabil 2010; 91 (3): 378–383
- 27 *Corrigan R, McBurney H.* Community ambulation: influences on therapists and clients reasoning and decision making. Disabil Rehabil 2008; 30 (15): 1079–1087
- 28 *Schuhfried O.* Physikalisch-medizinische Ansätze im Rahmen der ambulanten Schlaganfallrehabilitation. Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin 2010; 20: 333–346
- 29 *World Health Organization.* Disabilities and rehabilitation – Community-based rehabilitation guidelines. Genf: WHO; 2003, verfügbar unter: www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/en/index.html
- 30 *Fries W, Lössl H, Wagenhäuser S.* Teilhaben!. Stuttgart: Thieme; 2007
- 31 *Pöppel D, Fries W, Deck R et al.* Teilhabe in der ambulanten wohnortnahen Neurorehabilitation. In: *Deutsche Rentenversicherung Bund*, Hrsg. Tagungsband, „Nachhaltigkeit durch Vernetzung“, 20. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 14. bis 16. März 2011 in Bochum. DVR-Schriften 2011; (93): 363–364
- 32 *Schmidt-Ohlemann M, Schweizer C.* Mobile Rehabilitation: Eine Innovation in der ambulanten medizinischen Rehabilitation. Rehabilitation 2009; 48: 15–25



Anhang

Verbände mit Aufgaben zur nachgehenden REHA und ambulanten Nachsorge (ohne Anspruch auf Vollständigkeit)

BAG Nachsorge erworbener Hirnschäden bei Kindern und Jugendlichen www.bag-nachsorge.de
 BDH Bundesverband Rehabilitation e.V. Bonn www.bdh-reha.de
 SHV-Forum Gehirn e.V. Morsbach www.shv-forum-gehirn.de
 ZNS – Hannelore Kohl Stiftung Bonn www.hannelore-kohl-stiftung.de
 BV ambulant-teilstationäre Neurorehabilitation e.V. www.bv-anr.de
 Gesellschaft für Neuropsychologie e.V. Fulda www.gnp.de
 Schädel-Hirnpatienten in NOT e.V. www.schädel-hirntrauma.de
 Fragile Suisse Zürich www.fragile.ch
 SHT-Lobby Wels www.sht-lobby.at
 Assista – Kompetenz für Menschen mit Behinderung Oberösterreich www.assista.org
 Rehab without walls Milton Keynes www.rehabwithoutwalls.co.uk
 Shared-care Modell Luzern www.ksl.ch
 Early supported discharge Glasgow www.stroke.org.uk/document.rm?id=1799

Unabhängige, gemeinnützige oder privatwirtschaftliche Managementansätze (ohne Anspruch auf Vollständigkeit)

Stationär-ambulanter Verbund zur Rehabilitation Hirnverletzter e.V. Bayern
 Medizinisch-berufliches Integrationsmanagement (MBI) Berlin Brandenburg
 BAG ambulante berufliche Rehabilitation e.V.
 InReha GmbH Hamburg
 date up health care GmbH Hamburg
 Salo und Partner GmbH Köln
 Relntra GmbH Medizinisch-berufskundlicher Beratungs- und Reintegrationsdienst Unterföhring
 IHR Rehabilitations-Dienst GmbH Köln
 rehacare GmbH Gesellschaft der medizinischen und beruflichen Rehabilitation München

Beratungsstelle für Schädel-Hirn-Verletzung des paritätischen Wohlfahrtsverbandes Hessen Darmstadt
 Kinderneurologie-Hilfe Münster e.V.

Beispiele von Einrichtungen, Konzepten, Modellen (ohne Anspruch auf Vollständigkeit)

REVERSY GmbH – Wohngruppen mit tagesstrukturierenden Angeboten für Menschen mit erworbener Hirnschädigung München
 Haus am Stadtwald gGmbH Bonn
 Arche Nova Wohnprojekt für Menschen mit erworbenem Hirnschaden Hamburg
 Diakonische Hausgemeinschaften e.V. Heidelberg: Inklusion in nachbarschaftliche Netzwerke
 Unterstütztes Wohnen für Menschen mit erworbenen Hirnschäden München
 Projekt „Weiterleben“ der von Bodelschwingschen Anstalten
 Projekt „Wohnen und Tätigkeit nach SHT“ der Stiftung Hephata Mönchengladbach
 Pflege- und Betreuungszentrum Kaiserhof Bad Wildungen: Wohnung, Betreuung, Förderung und Beschäftigung junger Menschen nach erworbener Hirnschädigung
 Mutabor e.V. München – Ambulante Frühförderung für Menschen mit erworbenem Hirnschaden
 Zweites Leben e.V. – Neurologisches Nachsorgezentrum Regensburg
 Fürst Donnersmarck-Stiftung – P.A.N. Zentrum Berlin
 JG-Gruppe – Benediktus Hof gGmbH Maria Veen Reken
 Helene-Maier-Stiftung Landgut Theisewitz Kreischa/Sachsen
 FaW gGmbH – Tagestrainingszentrum Integratives Zentrum für Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen Oschatz
 Hamburger Werkstatt GmbH Berufliche Trainingswerkstatt Hamburg
 Werkstatt für Menschen mit erworbenem Hirnschaden (MeH) Dravendahl der Husumer Werkstätten
 Berliner Werkstätten für Behinderte MeH Berlin
 Alexianer Werkstatt für MeH Köln

