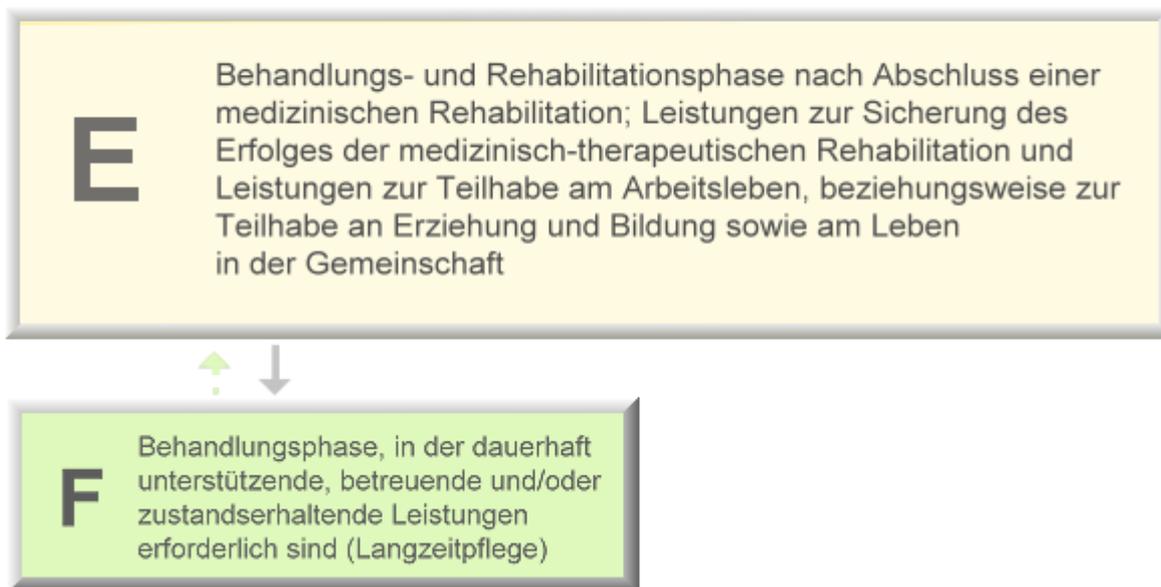


# Phase E - ambulante Rehabilitation

## Phase E



### Phase E der neurologischen Rehabilitation

(Auszüge nach Empfehlungen durch die BAR 2013)

Im Phasenmodell der NeuroRehabilitation leitet die Phase E über von der stationären Versorgung in die ambulante Nachsorge und hat damit eine Schlüsselrolle auf dem Weg zu Selbstständigkeit und Teilhabe.

Mit diesen Empfehlungen wird die Phase E der neurologischen Rehabilitation erstmal trägerübergreifend beschrieben. Sie sollen die Akteure vor Ort dabei unterstützen, ihrer hohen Verantwortung bei der Entscheidung über Hilfeleistungen und deren Umsetzung gerecht zu werden.

**Phase E: Behandlungs- und Rehabilitationsphase nach Abschluss einer medizinischen Rehabilitation; Leistungen zur Sicherung des Erfolges der medizinisch-therapeutischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben beziehungsweise zur Teilhabe an Erziehung und Bildung sowie am Leben in der Gemeinschaft.**

**Leitgedanke:** Inklusion, Selbstbestimmung, Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

Inklusion umfasst begrifflich und inhaltlich mehr als Teilhabe, auch geht sie über die reine Gleichberechtigung hinaus und bezieht den Gewinn an Lebenssouveränität ein.

Daraus folgt für die Rehabilitation von Menschen mit neurologischer Erkrankung oder Behinderung in der Phase E, dass nicht mehr nur die Therapie und Versorgung im Fokus stehen, sondern dass die Chancenverbesserung und Selbstbestimmung der betroffenen Menschen sowie eine barrierefreie

Gestaltung der Umwelt, die Rahmenbedingungen für Inklusion schafft, angestrebt werden.

## **Inklusion in der Gemeinschaft**

Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft verfolgen das Ziel, neben der Erarbeitung der bestmöglichen Selbständigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens, gegebenenfalls ergänzt durch unterstützende Pflegeleistungen, ein inklusives Leben in der Gesellschaft zu erreichen.

Zu berücksichtigen sind die besonderen Bedarfe von Menschen mit neurologischer Erkrankung oder Behinderung angesichts von deren Beeinträchtigung des zentralen Wahrnehmungs-, Planungs-, Handlungs- und Steuerungsorgans. Weiter zu berücksichtigen sind das jeweilige Lebensalter, das Geschlecht (Gender) und auch ein eventueller bestehender Migrationshintergrund.

## **Inklusion im beruflichen Kontext**

Bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist Zielsetzung, Beschäftigungsfähigkeit zu erreichen. Das heißt, dass alle Kompetenzen einer Person berücksichtigt werden, die es ermöglichen, einen entsprechenden Arbeitsplatz zu erlangen und im Unternehmen wertschöpfend und leistungsfähig zu arbeiten.

## **Inklusion in Erziehung und Bildung**

Kinder und Jugendliche mit Behinderung und/oder chronischer Erkrankung haben das Recht, zwischen verschiedenen Schulformen wählen zu können und auch gemeinsam mit Kindern und Jugendlichen ohne Behinderung erzogen und unterrichtet zu werden. Ein qualitativ hochwertiger individueller Unterricht, der auf die Bedürfnisse und Ressourcen aller Schülerinnen und Schüler eingeht, kann mit Hilfe notwendiger Rahmenbedingungen erreicht werden.

## **Zielgruppen, Indikationen**

### **Menschen mit neurologischen Erkrankungen**

Menschen, für die Leistungen der Phase E in Betracht kommen, sind betroffen von einer durch eine traumatische oder akute Krankheit erworbenen Schädigung des zentralen oder peripheren Nervensystems oder einer angeborenen oder erworbenen chronisch progredienten neurologischen Erkrankung.

Derart betroffene Menschen können vor ihrem Lebenshintergrund in ihrem Bedarf näher beschrieben werden:

- Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit fortbestehender Beeinträchtigung ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (zum Beispiel bezogen auf Familie und Haushaltsführung) und weitergehendem Behandlungs-/Unterstützungsbedarf, um eine Verschlimmerung der Behinderung abzuwenden.

- Junge Menschen, die noch nicht im erwerbsfähigen Alter sind und die einen Unterstützungsbedarf zur Ermöglichung der Teilhabe an Erziehung und Bildung haben.
- Rehabilitandinnen und Rehabilitanden im erwerbsfähigen Alter (entlassen als arbeitsunfähig aus einer vorangegangenen medizinischen Rehabilitation) mit grundsätzlich positiver Wiedereingliederungsperspektive im Hinblick auf die berufliche Teilhabe, hierzu gehören fallunterscheidend die Kategorien:
  - vorhandenes Arbeitsverhältnis

Ziel ist es, die Wiedereingliederung zeitlich zu konkretisieren und gemeinsam mit der Rehabilitandin oder dem Rehabilitanden vorzubereiten und eventuell Leistungen zur Erhaltung des Arbeitsplatzes einzuleiten. Eine erste Weichenstellung erfolgt bereits im Entlassungsverfahren durch die medizinische Rehabilitationseinrichtung.

- kein bestehendes Arbeitsverhältnis

Ziel ist es hier, die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden umfassend zu beraten und zu unterstützen, um ihnen möglichst eine berufliche Perspektive in Aussicht stellen zu können.

- Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, deren vorrangig neuro-kognitive und/oder psychosoziale Funktionseinschränkungen nach zunächst erfolgreicher beruflicher Wiedereingliederung im weiteren Verlauf zu Schwierigkeiten in der Arbeitswelt führen, zum Beispiel das Scheitern im Erwerbsleben als potenzielle Spätfolge einer früheren Hirnschädigung (krankheits-/ unfallbedingte Schädigung des zentralen Nervensystems mit zusätzlich im zeitlichen Verlauf hinzutretenden Alterseffekten als deletäre Wechselwirkung).

## **Spezifische Zielgruppen**

Das Gehirn des Menschen ist zentrales Steuerorgan aller sensomotorischen, kognitiven, emotionalen und sozialen Fähigkeiten. Schädigungen durch Erkrankungen oder Verletzungen können die Betroffenen in ihrer Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft in komplexer Weise beeinträchtigen. Funktionelle Defizite im Bereich der Motorik, zum Beispiel der Handgebrauch oder die Gehfähigkeit, und in der Kognition, wie bei Gedächtnis- oder Aufmerksamkeitsleistungen, lassen sich im Rahmen der medizinischen Rehabilitation oftmals verbessern, jedoch meist nicht auf den Stand vor der Erkrankung oder Verletzung. Emotionale und/oder soziale Erkrankungs- und Verletzungsfolgen machen sich in ihren Auswirkungen häufig erst nach Abschluss der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bemerkbar.

Ziel ist eine nahtlose Versorgung der neurologisch erkrankten oder behinderten Menschen, insbesondere an den Schnittstellen im Versorgungssystem.

Je nach Art und/ oder Schwere der Beeinträchtigung ergeben sich unterschiedliche Bedarfe, die beispielsweise von der Behandlung leichter feinmotorischer oder kognitiver Störungen bis hin zur

Beatmungsnotwendigkeit reichen können. Um eine reibungslose individuelle und bedarfsgerechte Versorgung in der Phase E erreichen zu können, müssen Fachkräfte aus der Pflege, Medizin, Therapie, Bildung und Pädagogik interdisziplinär zusammenarbeiten. Voraussetzung hierfür ist eine trägerübergreifende Kooperation und eine Vernetzung aller Beteiligten.

- 1. Menschen mit leichten Beeinträchtigungen der Funktionen, Aktivitäten und der Teilhabe**
- 2. Menschen mit mittelgradigen Beeinträchtigungen der Funktionen, Aktivitäten und der Teilhabe**
- 3. Menschen mit schweren Beeinträchtigungen der Funktionen, Aktivitäten und der Teilhabe**

## **Indikationen**

Der Übergang aus allen Phasen (A bis D und F) zur Phase E ist möglich. In der Phase E ist eine weitgehende Stabilisierung von Körperfunktionen und -strukturen einhergehend mit einer Stärkung der vorhandenen Ressourcen gegeben. Die Fortführung von medizinisch-therapeutischen Leistungen ist in dieser Phase oftmals erforderlich.

## **Allgemeine Grundlagen und Voraussetzungen**

In der Phase E ist die frühzeitige Verzahnung (§§ 10 ff. SGB IX) von medizinischen und beruflichen Aspekten sowohl auf der inhaltlich-konzeptionellen als auch auf der organisatorischen Ebene bedeutend. Wichtig ist entsprechend ein frühzeitiges partizipatives Planen individueller Maßnahmen mit dem Ziel größtmöglicher Teilhabe und Inklusion.

Die Weiterführung und regelmäßige Anpassung an die individuellen Bedarfe insbesondere an der Schnittstelle der Phasen A - D in die Phase E müssen nahtlos ablaufen.

Es soll dem betroffenen Menschen die Möglichkeit eröffnet werden, zum Beispiel durch Hilfsmittel, Heilmittel oder Unterstützungsleistungen die gesundheitlichen, beruflichen und sonstigen sozialen Bedingungen zur Erreichung seiner Teilhabeziele zu optimieren oder eine positive Änderung der Kontextfaktoren zu bewirken.

## **ICF und das Konzept des bio-psycho-sozialen Modells**

In der Terminologie der ICF<sup>11,12</sup>, lassen sich Leistungen je nach Ansatz den Ebenen der Körperstrukturen und -funktionen, der Aktivitäten und der Teilhabe zuordnen. Auch die Leistungen der Phase E gehen von einem ganzheitlichen Ansatz aus, der die physischen, psychischen, kognitiven und

sozialen Aspekte des betroffenen Menschen unter Berücksichtigung seines Lebenshintergrundes einbezieht.

Dabei erlaubt die von der WHO entwickelte Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF), den Zustand der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit einer Person vor ihrem gesamten Lebenshintergrund (Kontext), einschließlich der Förderfaktoren und Barrieren, zu beschreiben.

## **Rehabilitations- und Behandlungsansatz**

Die Phase E geht von einem ganzheitlichen Ansatz aus, der über das Erkennen, Behandeln und Heilen einer Krankheit hinaus auf die vielfältigen Wechselbeziehungen zwischen dem Gesundheitsproblem einer Person und ihren Kontextfaktoren abstellt. Sie umfasst auch die Befähigung und gegebenenfalls Unterstützung der Rehabilitandin beziehungsweise des Rehabilitanden bei der alltagspraktischen Umsetzung im sozialen Umfeld, zum Beispiel im Arbeitsleben oder im Wohnumfeld.

Für den Rehabilitations- und Behandlungsansatz bedeutsam sind in besonderer Weise eine individuell ausgerichtete und sachkundig durchgeführte Rehabilitations- und Behandlungsplanung beziehungsweise ein individuell ausgerichtetes und sachkundig durchgeführtes Teilhabemanagement.

Dabei sind berufsgruppenübergreifende Teamarbeit sowie interdisziplinäre Fallbesprechungen in der Phase E essentiell und müssen in regelmäßigen Abständen stattfinden.

Ziel ist es, mit den betroffenen Menschen vor Ort eine passgenaue Planung nachgehender Leistungen zu entwickeln.

## **Trägerübergreifendes Zusammenwirken**

Die Phase E beinhaltet ein vielfältiges Leistungsspektrum. Die Erreichung der verschiedenen Teilhabeziele bedingt eine Methodenvielfalt und führt zu einer Einbindung unterschiedlicher Leistungserbringer und weiterer Akteure. Es bedarf somit einer besonderen Berücksichtigung des Aspektes der Verzahnung und Vernetzung der verschiedenen Versorgungs-sektoren und -strukturen. Dementsprechend sollten regionale beziehungsweise sozialraum-orientierte Kooperationen und vernetzte Zusammenarbeit in der Phase E verfügbar sein beziehungsweise aktiv angestoßen werden.

## **Behandlungs- und Rehabilitationsziele der Phase E**

### **Allgemeines Rehabilitationsziel**

Allgemeines Ziel der Rehabilitation nach SGB IX ist, die drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft durch frühzeitige Einleitung der gebotenen Teilhabeleistungen abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Die Rehabilitandin beziehungsweise der Rehabilitand soll durch die Rehabilitation (wieder) befähigt werden, eine Aus- bildung oder Weiterbildung aufzunehmen/ abzuschließen oder eine Erwerbstätigkeit in der Art und in dem Ausmaß auszuüben, die für diesen Menschen als für seinen persönlichen Lebenskontext typisch und realistisch erachtet werden kann sowie seinen erreichten Fähigkeiten entspricht. Dem betroffenen Menschen soll ferner durchgeeignete Leistungen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft insgesamt ermöglicht werden, um so weit wie möglich selbstbestimmt und unabhängig von fremder Hilfe und Pflege zu sein.

Die individuellen Behandlungs- und Rehabilitationsziele werden, gegebenenfalls unter Einbeziehung der Bezugspersonen, von den jeweiligen Leistungserbringern beziehungsweise Leistungsträgern mit der Rehabilitandin und dem Rehabilitanden vereinbart und bei Bedarf angepasst.

## **Trägerspezifische Behandlungs- und Rehabilitationsziele**

Ergänzend zur Zielsetzung nach SGB IX zielt die Rehabilitation in trägerspezifischer Hinsicht

- in der **Krankenversicherung (SGB V)** darauf, eine Behinderung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,
- in der **Arbeitsförderung (SGB III)** auf die Förderung der individuellen Beschäftigungsfähigkeit durch Erhalt und Ausbau von Kenntnissen, Fertigkeiten sowie Fähigkeiten,
- in der **Rentenversicherung (SGB VI) sowie der Alterssicherung der Landwirte** darauf, den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederinzugliedern,
- in der **Unfallversicherung (SGB VII)** darauf, den durch den Arbeitsunfall oder die Berufskrankheit verursachten Gesundheitsschaden zu beseitigen oder zu bessern, seine Verschlimmerung zu verhüten und seine Folgen zu mildern, die Rehabilitandin beziehungsweise den Rehabilitanden möglichst auf Dauer beruflich einzugliedern.

Vergleichbare Rehabilitationsziele verfolgen die Kriegsopferversorgung/-fürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz (**BVG**), die Eingliederungshilfe/Sozialhilfe nach dem **SGB XII**, die Kinder- und Jugendhilfe nach dem **SGB VIII**.

## **Leistungsspezifische Behandlungs- und Rehabilitationsziele**

Folgende Behandlungs- und Rehabilitationsziele auf Grundlage der ICF können in der Phase E in Frage kommen:

- Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern (berufliche Wiedereingliederung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt) und/oder
- Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mildern oder eine Verschlimmerung zu verhüten und/oder

- die persönliche Entwicklung und die Sicherung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ganzheitlich zu fördern, um eine möglichst selbstständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern und/oder
- den bisherigen Rehabilitationserfolg nachhaltig zu sichern und/oder Für diese begrenzt auf die Ziele der medizinischen Rehabilitation (§ 10 ALG i.V.m. § 15 SGB VI entsprechend)
- altersgerechte Weiterentwicklung und Teilhabe an Erziehung und Bildung von Kindern und Jugendlichen zu ermöglichen.

Die Realisierung dieser Ziele in der Phase E kann erreicht werden durch

- Behebung oder Verminderung der Schädigungen (auf körperlicher, geistiger und psychischer Ebene),
- Wiederherstellung oder Verbesserung der beeinträchtigten Aktivitäten,
- Kompensation (Ersatzstrategien),
- Adaptation (Anpassung),
- Krankheitsverarbeitung,
- Steigerung der Ausdauer/Belastbarkeit.

### **Behandlungs- und Rehabilitationsziele bezogen auf Körperfunktionen und Körperstrukturen**

Behandlungs- und Rehabilitationsziele richten sich – je nach Art und Ausmaß der Beeinträchtigungen – auf die weitere Verminderung beziehungsweise Beseitigung von zum Beispiel

- toxischen, entzündlichen, metabolischen oder degenerativen Schädigungen des Nervensystems,

- (neurologisch bedingten) Bewegungsstörungen (zum Beispiel schlaffen oder spastischen Paresen, Ataxie, Rigor, Tremor, Akinese), Sinnesstörungen (Seh-, Hörstörungen usw.), Sprech-, Sprach-, Stimm- und Schluckstörungen,
- kognitiven und psychischen Störungen (zum Beispiel im Hinblick auf zeitliche und örtliche Orientierung, Krankheitseinsicht, Gedächtnis, Körperwahrnehmung),
- Sensibilitätsstörungen und Schmerzen (zum Beispiel Neuropathie, Kausalgie, Phantomschmerz, Cephalgie)
- Gleichgewichtsstörungen, Schwindel, Kopfschmerz,
- Antriebsstörungen,
- Ängstlichkeit, Depression (psychoorganischen oder reaktiv-psychischen Störungen).

### **Behandlungs- und Rehabilitationsziele bezogen auf Aktivitäten und Teilhabe**

Behandlungs- und Rehabilitationsziele bestehen insoweit – je nach Art und Ausmaß der Beeinträchtigungen – in der (weiteren) Verbesserung zum Beispiel im Hinblick auf:

- Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (zum Beispiel Planung und Durchführung der täglichen Routine, Treffen von Entscheidungen, Umgang mit Stress und psychischen Anforderungen),
- Kommunikation als Sender und Empfänger verbaler und nonverbaler Mitteilungen (zum Beispiel Sprechen, Verstehen),
- Mobilität (zum Beispiel Aufrechterhalten oder Änderung der Körperposition, Heben und Tragen, Arm- und Handgebrauch, Gehen oder sich anderweitig Fortbewegen, Treppensteigen) auch zur Erweiterung des Aktionsradius' über die Wohnung oder die nähere Umgebung hinaus,
- Selbstversorgung (zum Beispiel selbstständiges Essen und Trinken, Benutzen der Toilette, An und Ausziehen der Kleidung),
- häusliches Leben (zum Beispiel Einkaufen, Hausarbeiten erledigen)

- zwischenmenschliche Beziehungen (zum Beispiel mit anderen Menschen im familiären oder beruflichen Umfeld eine Beziehung pflegen),
- bedeutende Lebensbereiche (zum Beispiel Schul-/Ausbildung, Erwerbstätigkeit),
- Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben (zum Beispiel Erholung und Freizeit).

## **Behandlungs- und Rehabilitationsziele bezogen auf Kontextfaktoren**

Art und Ausmaß der funktionalen Problematik können durch Kontextfaktoren (Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren) verstärkt (Barrieren) oder vermindert (Förderfaktoren) werden, so dass diese bei der Bestimmung der Behandlungs- und Rehabilitationsziele zu berücksichtigen sind.

Hierzu können in der Phase E unter anderem Arbeitsplatzbegehungen, Wohnraumbesichtigungen und Gespräche mit der Arbeitgeberin beziehungsweise dem Arbeitgeber oder den Bezugspersonen erforderlich sein mit dem Ziel, die Umweltbedingungen an verbleibende Beeinträchtigungen der Aktivitäten der Rehabilitandin beziehungsweise des Rehabilitanden anzupassen (Adaptation).

Gleiches gilt für die Überprüfung und gegebenenfalls Adaption der für Kinder und Jugendliche in Frage kommenden Bildungseinrichtungen.

## **Bedarfe und Leistungen der Phase E**

### **Überblick**

Die im Einzelfall in Frage kommenden Leistungen in der Phase E orientieren sich am individuellen Bedarf unter Berücksichtigung der (noch) vorhandenen individuellen Ressourcen, an der Schwere der Schädigungen und am Ausmaß der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe des betroffenen Menschen. Bei allen Leistungen sind die individuelle Beratung und Unterstützung der betroffenen Personen sowie die Beratung, Anleitung, Schulung der Bezugspersonen von besonderer Bedeutung. Eine umfassende Aufklärung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sowie von deren Angehörigen über Zuständigkeiten der Leistungsträger wird gewährleistet. Wesentlich für die betroffenen Menschen und ihre Angehörigen ist ein zeitnaher, ungehinderter Zugang zu den im Einzelfall erforderlichen Teilhabeleistungen.

Folgende Leistungen und Maßnahmen der Phase E kommen je nach individueller Bedarfslage unter anderem in Betracht:

- Fortführung einzelner funktioneller Behandlungselemente, soweit notwendig und im aktuellen Teilhabeplan festgelegt, einzeln oder in Gruppen,
- Training zur Belastungserprobung (auch Arbeitserprobung) und zur Belastungssteigerung, auch zur Vermeidung von Über- und Fehlbelastung,

- Anpassung von Hilfsmitteln für den beruflichen oder gemeinschaftlichen Teilhabebereich,
- Therapien zur Förderung der Störungswahrnehmung und der Krankheitsbewältigung, der Selbstregulation und Selbstverantwortung, einzeln und in Gruppen,
- Beratung, organisatorische Hilfe und Coaching der Wiedereingliederung in das Arbeitsleben und/oder das Leben in der Gemeinschaft,
- Beratung und Schulung von Familienangehörigen und Personen aus dem beruflichen/schulischen Umfeld im Einvernehmen mit den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden,
- Vermittlung und Koordination von externen Diensten,
- Unterstützung in der Wohn- und Lebensraumanpassung (gegliederte Wohnformen),
- Integrationsfördernde Leistungen bezüglich des allgemeinen Arbeitsmarktes,
- Koordination, Erprobung und Überleitung in Maßnahmen der Werkstatt für Menschen mit Behinderung,
- Inklusionsfördernde Leistungen hinsichtlich der Erziehung in Kindertages-einrichtungen und der Beschulung von Kindern und Jugendlichen sowie jungen Erwachsenen im allgemeinen Schulsystem,
- Förderung von Maßnahmen zur nachhaltigen und langfristigen Sicherung der Teilhabe,
- Sozialberatung,
- Beratung, Vorbereitung und Überleitung in die ambulante Nachsorge und gegebenenfalls notwendige spezifische Nachsorgeangebote sowie
- Kontextbezogene Interventionen inklusive gegebenenfalls Interventionen zur Modifikation

- aktivierende Interventionen (zum Beispiel selbstständiges Einkaufen) im Sozialraum unter besonderer Berücksichtigung der individuellen Teilhabeziele, einzeln oder in Gruppen,
- Angehörigenarbeit,
- Kontakte mit Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern sowie gegebenenfalls Kolleginnen und Kollegen,
- Management, Koordination und Abstimmung mit den sozialen und Verwaltungsdiensten,
- Besuche im häuslichen, vorschulischen, schulischen und beruflichen Umfeld.

Um die erforderlichen Leistungen in der Phase E koordiniert und zielgerichtet durchzuführen, arbeiten die beteiligten Leistungsträger und die Leistungserbringer mit dem betroffenen Menschen (und gegebenenfalls mit seiner gesetzlichen Vertretung) eng zusammen. Dieses Erfordernis stellt sich vor allen Dingen bei der Durchführung im Rahmen der Leistungserbringung als trägerübergreifendes Persönliches Budget.

Für die Erbringung von Leistungen in der Phase E für Menschen mit manifesten oder drohenden neurologisch begründeten Behinderungen gelten unter Beachtung neurobiologischer und psychosozialer, wissenschaftlicher und praktischer Erkenntnisse (Neuroplastizität des Gehirns) folgende Leitgedanken:

- Eine klare, partizipativ ermittelte Zielabstimmung mit Relevanz für die verschiedenen Teilhabebereiche,
- eine hinsichtlich Art, Dosierung, Umfang und Zeitablauf ausreichende, notwendige und individuell angepasste Umsetzung der Interventionen,
- ein förderliches teilhabeorientiertes „Interventionsklima“,
- eine kooperative Zusammenarbeit zwischen dem betroffenen Menschen, seinem sozialen Netz und seinen Behandlern für die teilhabeorientierte Rehabilitation,
- eine kontinuierliche Anpassung des Prozesses mit Verlaufs- und Zielüberprüfung.

Desweiteren werden behandelt:

### **Leistungen zur Sicherung des Erfolges der medizinischen Rehabilitation**

Leistungen in der Phase E umfassen auch Leistungen zur Sicherung der Nachhaltigkeit des Rehabilitationserfolges im Sozialraum des Menschen mit einer neurologischen Erkrankung oder Behinderung.

### **Leistungen zur Erreichung/Sicherung der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft**

Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft müssen dem jeweiligen individuellen Bedarf und aus dem personbezogenen prä- und postmorbiden Kontext des betroffenen Menschen seinen individuellen Möglichkeiten entsprechen. Eine Planung und Einleitung der individuellen Teilhabeleistung orientiert sich an der Lebenssituation der betroffenen Menschen, eröffnet ihnen Wahlmöglichkeiten für die eigene Lebensgestaltung und orientiert sich – soweit möglich – an ihren Entscheidungen. Da Eigenverantwortung und Selbstbestimmung durch das Persönliche Budget in besonderer Weise gefördert werden sollen, soll diese Leistungsform aktiv angeboten werden.

### **Leistungen zur Erreichung/Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben**

Arbeit hat eine zentrale Bedeutung im Leben eines Menschen. Die (Wieder-) Erlangung der Erwerbsfähigkeit und ein Übergang in Erwerbsarbeit, wenn immer möglich auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, stellen zentrale Herausforderungen in der Phase E dar. Arbeit strukturiert das Zeiterlebnis, vermittelt soziale Erfahrungen, erweitert den Horizont, beeinflusst Status und Identität, erzwingt Aktivität und ermöglicht nicht zuletzt wirtschaftliche Unabhängigkeit. Menschen mit neurologischer Erkrankung oder Behinderung sind schneller erschöpft als Menschen ohne Behinderung.

Die individuelle Belastbarkeit muss bei der Anpassung und Ausgestaltung des Arbeitsplatzes berücksichtigt werden. Prävention und Gesundheitsförderung sind am Arbeitsplatz zu etablieren, um Folgeschäden zu vermeiden. Mögliche Problemstellungen im Betrieb sind frühzeitig zu erkennen, um das Scheitern der beruflichen und sozialen Integration zu vermeiden. Hier besteht eine besondere Aufgabenstellung des Arbeitgebers im Rahmen seiner Fürsorgepflicht und ganz konkret im Rahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagements. Hierbei kommt, nicht zuletzt schon für die frühzeitige Erkennung von Teilhabebedarf, auch den Werks- und Betriebsärzten eine entscheidende Rolle zu, die mit den Rehabilitationsträgern bei Einleitung und Durchführung von Leistungen zur Teilhabe eng zusammenarbeiten sollten. Wichtig ist, dass die Ausgestaltung des Arbeitsplatzes unter Einschluss des Arbeitsumfeldes und der Arbeitsbedingungen in regelmäßigen Abständen gemeinsam mit dem betroffenen Menschen überprüft und an die individuellen, gegebenenfalls neuen Bedarfe ausgerichtet wird.

### **Leistungen zur Teilhabe an Erziehung und Bildung**

Die Leistungen zur Teilhabe an Erziehung und Bildung in der Phase E richten sich an neurologisch erkrankte oder behinderte Kinder und Jugendliche (ohne oder mit sonderpädagogischem Förderbedarf) sowie ihre Eltern und Erziehungsberechtigte.

Vor dem Hintergrund der UN-Behindertenrechtskonvention haben Kinder und Jugendliche das Recht darauf, mit und ohne Behinderung von Beginn an gemeinsam zu lernen und erzogen zu werden. Neben individuellen therapeutischen Maßnahmen, Beratung und Unterstützung sind in einer inklusiven Gesellschaft Differenzierungsmaßnahmen, individuelle Förderpläne sowie entsprechend

personelle und materielle Ausstattung für Kinder und Jugendliche mit besonderen Lernbedürfnissen nötig 42,43, so dass es eines entsprechenden Angebots bedarf.

## **Behandlungs- und Leistungsdauer**

Die erforderliche Behandlungs- und Leistungsdauer richten sich nach den individuellen Defiziten und Ressourcen der betroffenen Menschen und den daraus abzuleitenden alltagsrelevanten und realistischen (Teil-) Zielen. Dabei ist die Kombination verschiedener Leistungen denkbar. Die Dauer einer einzelnen Leistung des jeweils zuständigen Leistungsträgers richtet sich dabei nach den für diesen geltenden gesetzlichen und untergesetzlichen Vorgaben<sup>44</sup>. Insbesondere bei schwerwiegenden Beeinträchtigungen, beispielsweise bei einer Hemiparese, Dysphagie oder globalen Aphasie, sind ausreichend Therapieeinheiten zu verordnen, so dass das Ziel der größtmöglichen Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft erreicht werden kann.

## **Trägerspezifische und leistungsrechtliche Zuordnung und Zuständigkeit**

Für medizinische Leistungen im Sinne von Leistungen zur Sicherung des Erfolges der medizinischen Rehabilitation kommt eine Zuständigkeit der Krankenversicherung (Krankenbehandlung, § 27 SGB V, oder ergänzende Leistungen zur Rehabilitation, § 43 SGB V) oder der Rentenversicherung (ergänzende Leistungen, § 28 SGB VI, oder sonstige Leistungen zur Teilhabe nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI) in Betracht.

Bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben kann die Rentenversicherung bei Erfüllung der persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen solche Leistungen nach § 16 SGB VI sowie ergänzende Leistungen nach § 28 SGB VI und nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI sonstige Leistungen erbringen.

Die Bundesagentur für Arbeit erbringt unter bestimmten Voraussetzungen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§§ 97 ff. SGB III): Allgemeine Leistungen gemäß §§ 100 – 101 SGB III, besondere Leistungen gem. §§ 102 – 103 SGB III sowie Maßnahmen in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen (§ 107 SGB III). Entsprechende Leistungen können auch nach SGB II in Frage kommen.

Nach Arbeits-, Schul- oder Wegeunfällen beziehungsweise bei anerkannten Berufserkrankungen erbringt die Unfallversicherung die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und/oder die Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft sowie unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen (Heilbehandlung gem. §§ 26 – 34 SGB VII, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gem. § 35 SGB VII, Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft gem. § 39 SGB VII).

Im Falle der Zuständigkeit der Träger der sozialen Entschädigung bei gesundheitlichen Schädigungen (zum Beispiel Kriegsopferversorgung) erbringen diese Leistungen der Phase E nach den Vorschriften des BVG.

Leistungen der Eingliederungshilfe erbringen die Träger der Sozialhilfe unter den Voraussetzungen der §§ 53 ff. SGB XII und die Träger der Jugendhilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche unter den Voraussetzungen des § 35a SGB VIII.

Bei schwerbehinderten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern sowie bei Menschen, die den

schwerbehinderten Menschen gleichgestellt werden (GdB weniger als 50, aber mindestens 30), erbringen die Integrationsämter begleitende Hilfen im Arbeitsleben (§ 102 SGB IX).

Leistungen der öffentlichen Jugendhilfe unterliegen wie auch die Leistungen nach dem SGB XII dem Grundsatz des Nachrangs. Sie werden nur erbracht, wenn für die Leistungen kein anderer Träger zuständig ist. Außerdem sind stets etwaige Verpflichtungen von unterhaltspflichtigen Angehörigen zu berücksichtigen.

Verträge über die Ausführung von Leistungen durch Rehabilitationsdienste und -einrichtungen, die nicht in der Trägerschaft eines Rehabilitationsträgers stehen, enthalten seit Anfang 2012 insbesondere Regelungen über das Angebot, Beratung durch den Träger der öffentlichen Jugendhilfe bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung in Anspruch zu nehmen. Diese Regelung ist beim Abschluss neuer Verträge zu beachten und bei bestehenden Verträgen zu ergänzen.

Dies dient der Sicherung des Wohles der in der Einrichtung/durch den Dienst betreuten Kinder und Jugendlichen und damit dem Kinderschutz. Das Jugendamt soll rechtzeitig zur Abwendung von Gefahren für die betreuten Kinder und Jugendlichen einbezogen werden. Über die konkrete Ausgestaltung der Beratung sollten sich die Einrichtungen und Dienste im Vorfeld mit dem Jugendamt an ihrem Sitz beziehungsweise Standort verständigen.

Eine ausführliche Übersichtstabelle zu Bedarfen und Leistungen findet sich im Anhang zu diesen Empfehlungen.

## **Durchführung der Leistungen**

Je nach individuellem Bedarf, nach Schwere der Schädigungen und dem Ausmaß der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe werden Leistungen in der Phase E durch Leistungserbringer sowohl stationär als auch ambulant sowie bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen gegebenenfalls auch aufsuchend erbracht.

Bestandteile der Leistungsdurchführung in der Phase E können sein:

- ICF-basiertes Rehabilitations-Assessment unter besonderer Berücksichtigung der für die Phase-E-Inhalte bedeutsamen Faktoren (zum Beispiel zur Selbstversorgung, häuslichen Lebensführung, Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und am Arbeitsleben). Dies kann geschehen durch eine deskriptive Befundung nach ICF-Komponenten oder unter Anwendung von Messinstrumenten (wie SINGER, FIM, IRES oder IMET),
- Fortschreibung des Teilhabeplans bezogen auf die Leistungserbringung in der Phase E,
- bedarfsbezogene Einleitung eines Versorgungsmanagements,
- nachgehende Hilfen und Maßnahmen der Rehabilitation im Sozialraum beziehungsweise ambulante Krankenbehandlung mit rehabilitativer Zielsetzung,

- Durchführung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben beziehungsweise an Erziehung und Bildung und/oder
- Durchführung von Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

### **Leistungserbringung in ambulanter Form**

Ambulante Leistungen in der Phase E werden durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, zugelassene Leistungserbringer, Einrichtungen der ambulanten Rehabilitation oder durch ein Netzwerk von Leistungserbringern mit spezifischen teilhabebezogenen Behandlungs-/Rehabilitationskonzepten und neurologischer Behandlungs- und Betreuungskompetenz erbracht. Dabei können je nach individuellem Bedarf gegebenenfalls auch aufsuchende (mobile) Leistungsangebote in Betracht kommen.

### **Leistungserbringung durch stationäre Einrichtungen und Dienste**

Für die stationäre Durchführung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gelten – über die in den bereits oben (siehe Kap. 1 und 6.4.1) erwähnten Empfehlungen zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation diesbezüglich getroffenen Aussagen hinaus – die Regelungen der Gemeinsamen Empfehlung nach § 35 SGB IX.

### **Individuelle Leistungserbringung und Vernetzung zur Erreichung der Teilhabeziele**

Die Leistungen in der Phase E müssen individuell bedarfsgerecht und unter Berücksichtigung der Bedürfnisse des Menschen mit neurologischer Erkrankung erbracht werden. Dafür ist es erforderlich, dass die verschiedenen Akteure ihre Leistungen aufeinander abgestimmt erbringen.