



PHASE E DER NEUROLOGISCHEN REHABILITATION

Empfehlungen

PHASE E DER NEUROLOGISCHEN REHABILITATION

Empfehlungen

IMPRESSUM

Herausgeber:

*Bundesarbeitsgemeinschaft
für Rehabilitation (BAR) e.V.
Solmsstraße 18,
60486 Frankfurt/Main
Telefon: +49 69 605018-0
Telefax: +49 69 605018-29
info@bar-frankfurt.de
www.bar-frankfurt.de*

*Nachdruck nur auszugsweise
mit Quellenangabe gestattet.*

*Frankfurt/Main,
Dezember 2013
ISBN 978-3-943714-12-8*

INHALT

<i>Vorwort</i>	8
<i>1 Vorbemerkung</i>	10
<i>2 Leitgedanke: Inklusion, Selbstbestimmung, Teilhabe am Leben in der Gesellschaft</i>	12
2.1 Inklusion in der Gemeinschaft	12
2.2 Inklusion im beruflichen Kontext	13
2.3 Inklusion in Erziehung und Bildung	13
<i>3 Zielgruppen, Indikationen</i>	15
3.1 Menschen mit neurologischen Erkrankungen	15
3.2 Spezifische Zielgruppen	16
3.2.1 Menschen mit leichten Beeinträchtigungen der Funktionen, Aktivitäten und der Teilhabe	17
3.2.2 Menschen mit mittelgradigen Beeinträchtigungen der Funktionen, Aktivitäten und der Teilhabe	19
3.2.3 Menschen mit schweren Beeinträchtigungen der Funktionen, Aktivitäten und der Teilhabe	19
3.3 Indikationen	20
<i>4 Allgemeine Grundlagen und Voraussetzungen</i>	21
4.1 ICF und das Konzept des bio-psycho-sozialen Modells	21
4.2 Rehabilitations- und Behandlungsansatz	24
4.3 Trägerübergreifendes Zusammenwirken	25

INHALT

5	<i>Behandlungs- und Rehabilitationsziele der Phase E</i>	27
5.1	Allgemeines Rehabilitationsziel	27
5.2	Trägerspezifische Behandlungs- und Rehabilitationsziele	28
5.3	Leistungsspezifische Behandlungs- und Rehabilitationsziele	28
5.3.1	Behandlungs- und Rehabilitationsziele bezogen auf Körperfunktionen und Körperstrukturen	29
5.3.2	Behandlungs- und Rehabilitationsziele bezogen auf Aktivitäten und Teilhabe	29
5.3.3	Behandlungs- und Rehabilitationsziele bezogen auf Kontextfaktoren	30
6	<i>Bedarfe und Leistungen der Phase E</i>	31
6.1	Überblick	31
6.2	Leistungen zur Sicherung des Erfolges der medizinischen Rehabilitation	33
6.3	Leistungen zur Erreichung/Sicherung der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft	34
6.4	Leistungen zur Erreichung/Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben	35
6.4.1	Anforderungen an die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	36
6.4.2	Leistungen für Menschen mit einer neurologischen Erkrankung oder Verletzung bei vorhandenem Arbeitsplatz	37
6.4.3	Leistungen zur beruflichen Wiedereingliederung und Rückkehr in den Betrieb	38
6.4.4	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei (drohendem) Verlust des Arbeitsplatzes, Arbeitslosigkeit oder erstmaligem Eintritt in den Arbeitsmarkt	39
6.4.5	Nachteilsausgleiche	41
6.4.6	Besonderer Kündigungsschutz als besondere Form des Nachteilsausgleichs	42
6.5	Leistungen zur Teilhabe an Erziehung und Bildung	42
6.6	Behandlungs- und Leistungsdauer	45
6.7	Trägerspezifische und leistungsrechtliche Zuordnung und Zuständigkeit	45

INHALT

7	<i>Durchführung der Leistungen</i>	47
7.1	Leistungserbringung in ambulanter Form	47
7.2	Leistungserbringung durch stationäre Einrichtungen und Dienste	48
8	<i>Individuelle Leistungserbringung und Vernetzung zur Erreichung der Teilhabeziele</i>	49
8.1	Vernetzung und Aufstellung eines Teilhabepplans	49
8.2	Kriterien für eine nahtlose nachgehende Versorgung und Teilhabe	49
9	<i>Kasuistiken</i>	51
9.1	Fallbeispiel 1, weibliche Servicekraft, 50 Jahre	52
9.2	Fallbeispiel 2, Teilzeitbeschäftigte, 42 Jahre	55
9.3	Fallbeispiel 3, Diplom-Betriebswirtin, 34 Jahre	58
9.4	Fallbeispiel 4, Monteur, 26 Jahre	62
9.5	Fallbeispiel 5, Schüler, 11 Jahre (Betrachtungszeitraum über mehrere Jahre)	66
10	<i>Verzeichnis der Mitwirkenden an der Erarbeitung der Empfehlungen</i>	74
11	<i>Glossar</i>	76
12	<i>Literaturverzeichnis</i>	80
13	<i>Abkürzungsverzeichnis</i>	83
	<i>Anhang: Übersicht über Bedarfe und Leistungen in der Phase E der neurologischen Rehabilitation</i>	84

Jährlich erleiden mehr als 270.000 Menschen überwiegend unfallbedingt eine Schädelhirnverletzung unterschiedlichsten Schweregrades. Schlaganfälle, entzündliche Hirnerkrankungen, Hirntumorerkrankungen führen jährlich bei über 500.000 Menschen zu einer Hirnschädigung. Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass in Deutschland ungefähr 800.000 Menschen mit den Folgen einer Hirnschädigung leben, viele davon mit dauerhaften Einschränkungen der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit. Eine Schädigung des Gehirns kann sich in jedem Lebensalter ereignen; davon betroffen sein können Kinder, Jugendliche, Erwachsene im erwerbsfähigen Alter sowie Erwachsene im Rentenalter.

„Nichts ist mehr wie es vorher war“: nicht mehr gehen können wie vorher, die Hand nicht mehr einsetzen können wie bisher, nicht mehr richtig sprechen, sich nicht mehr erinnern können, Freude und Leid nicht mehr empfinden können – dies sind nur wenige Beispiele für Einschränkungen, die das Leben und die Lebensplanung der Menschen wie auch ihrer Angehörigen oftmals dramatisch verändern.

Die neurologische Rehabilitation leistet einen entscheidenden Beitrag, um Menschen mit einer neurologischen Erkrankung oder Behinderung dabei zu unterstützen, ein größtmögliches Maß an Teilhabe, Selbstbestimmung und Lebensqualität zu erlangen beziehungsweise wieder zu erlangen.

Die UN-Behindertenrechtskonvention formuliert als übergeordnetes Ziel die Ermöglichung eines Höchstmaßes an Unabhängigkeit für Menschen mit Behinderung sowie die volle Teilhabe an allen Bereichen des Lebens. Sie verpflichtet alle Akteure im Bereich von Rehabilitation und Teilhabe, die ihnen möglichen Leistungen zur Erreichung dieses Ziels beizutragen. Vor diesem Hintergrund bedeutet Inklusion, für die betroffenen Menschen Chancengleichheit herzustellen, sei es bei der beruflichen Teilhabe möglichst auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder insgesamt am Leben in der Gemeinschaft.

Für Menschen mit einer neurologischen Erkrankung ist dabei maßgeblich, dass die Vielschichtigkeit von Schädelhirnverletzungen, ihren Auswirkungen und ihren Verläufen als Besonderheit angemessen Berücksichtigung findet.

Grundbedingung ist zum einen eine den Menschen mit neurologischer Erkrankung zugewandte und vorurteilsfreie Haltung, zum anderen fundiertes Wissen um die Besonderheiten der Erkrankung.

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.

VORWORT

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

Die BAR-Geschäftsstelle dankt allen Beteiligten, die an der Erarbeitung der Empfehlungen für die Phase E der neurologischen Rehabilitation mitgewirkt haben.



Dr. Helga Seel
Geschäftsführerin der BAR e.V.
Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

Anmerkung:

Sofern aus Gründen besserer Lesbarkeit an einzelnen Stellen bei Personenangaben lediglich die männliche Schreibweise erscheint, sind weibliche Personen hier selbstverständlich gleichermaßen mit erfasst.

1 Vorbemerkung

Das erste Konzept zur neurologischen Rehabilitation wurde bereits 1995 entwickelt. Erarbeitet wurde dieses beim ehemaligen Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) parallel zu entsprechenden Beratungen auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)¹. Es bezog sich zunächst auf Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit schweren Hirnschädigungen und markiert den Beginn, das Phasenmodell der neurologischen Rehabilitation trägerübergreifend zu beschreiben². Danach werden sechs Phasen der neurologischen Akut- und Rehabilitationsbehandlung unterschieden:

- Phase A:** Akutbehandlungsphase mit ersten rehabilitativen Ansätzen
- Phase B:** Behandlungsphase, in der noch intensivmedizinische Behandlungsmöglichkeiten vorgehalten werden müssen
- Phase C:** Behandlungs- und Rehabilitationsphase, in der die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bereits in der Therapie mitarbeiten können, aber noch kurativmedizinisch und mit hohem pflegerischen Aufwand betreut werden müssen
- Phase D:** Rehabilitationsphase nach Abschluss der Frühmobilisation (medizinische Rehabilitation im bisherigen Sinne – stationär oder ambulant)
- 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
- Phase F:** Behandlungsphase, in der dauerhaft unterstützende, betreuende und/oder zustandserhaltende Leistungen erforderlich sind (Langzeitpflege).

Über die neurologischen Phasen B und C hinaus hat die BAR zwischenzeitlich auch die Phase F³ trägerübergreifend ausgestaltet. Zudem liegen Rahmenempfehlungen zur ambulanten neurologischen Rehabilitation⁴ und Empfehlungen zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation in der Neurologie⁵ vor.

Ein chronologischer Ablauf wird durch das neurologische Phasenmodell nicht vorgegeben. Entsprechend dem Krankheitsverlauf können zum einen Phasen übersprungen werden. Zum anderen ist ein entgegengesetzter Verlauf von den Phasen F oder E in Phase B, C oder D möglich. Wesentlich ist eine regelmäßige (Neu-) Ausrichtung der Leistungen auf den individuellen Bedarf des

1 VDR (1995): Phaseneinteilung in der neurologischen Rehabilitation. Rehabilitation, 34, 119 - 127

2 BAR (1999): Empfehlungen zur neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C

3 BAR (2003): Empfehlungen zur stationären Langzeitpflege und Behandlung von Menschen mit schweren und schwersten Schädigungen des Nervensystems in der Phase F

4 BAR (2005): Rahmenempfehlungen zur ambulanten neurologischen Rehabilitation

5 BAR (2011): Empfehlungen zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation in der Neurologie

betroffenen Menschen. Dadurch soll eine ausreichend lange und intensive sowie zielorientierte Durchführung von Interventionen zur Heilung, Kompensation, Anpassung und Verhütung einer Verschlimmerung gewährleistet werden. Die Phaseneinteilung in der neurologischen Rehabilitation wurde für Erwachsene entwickelt, für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen sind im Modell Adaptationen notwendig.

Dank des medizinischen Fortschritts sowohl in der Akut- und Intensivmedizin als auch in der Frührehabilitation überleben immer mehr Menschen auch schwerere Hirnschädigungen. Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass in Deutschland ungefähr 800.000 Menschen mit den Folgen einer Hirnschädigung unterschiedlichsten Schweregrades leben^{6,7}. Der Anteil der betroffenen Menschen hieran mit einem Bedarf an Leistungen der Phase E ist allerdings bislang noch nicht bekannt. Das Zahlenmaterial des Statistischen Bundesamtes verdeutlicht die Versorgungsrelevanz dieser Klientel. Hiernach bildet die Gruppe der Menschen mit einer erworbenen Hirnschädigung im Vergleich zu Menschen mit geistiger und psychischer Behinderung die größte Behinderungsgruppe. Daher ist diese Gruppe von Menschen insbesondere im Kontext der nachklinischen Versorgungslandschaft sowohl politisch als auch gesellschaftlich ins Bewusstsein zu rücken.

Die vorliegenden trägerübergreifenden Empfehlungen bilden die Vielfalt der neurologischen Erkrankungen ab, die individuell sehr unterschiedlich ausgeprägt sein können. Damit werden auch diejenigen Menschen erfasst, deren Beeinträchtigungen nicht auf Anheb erkennbar sind, zum Beispiel Menschen mit Sprachstörungen oder psychischen Erkrankungen aufgrund einer Hirnschädigung. Die Empfehlungen beschreiben unter anderem den Inhalt, die Patientencharakteristika und die Leistungsvoraussetzungen für die Phase E der neurologischen Rehabilitation. Im Mittelpunkt steht der Mensch mit der neurologischen Verletzung, Erkrankung oder Behinderung unter Berücksichtigung seiner realistischen und alltagsrelevanten Teilhabeziele: die Erreichung und Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben, der Teilhabe an Erziehung und Bildung sowie der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Ein weiteres Ziel ist die nachhaltige Sicherung des Behandlungs- und Rehabilitationserfolges der vorangegangenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

Insbesondere bei neurologisch erkrankten Menschen bedarf es eines multimodalen, das heißt methodisch vielgestaltigen und flexiblen Behandlungsansatzes. Dies betrifft sowohl die Therapieinhalte, die Wahl des Therapieortes, die Gestaltung der Therapieintensität und deren Frequenz. Hierbei ist auch der Einfluss umwelt- und personbezogener Faktoren auf die jeweils individuellen teilhabebezogenen Ziele zu berücksichtigen. Die Menschen mit neurologischen Erkrankungen oder Verletzungen sollen in allen Lebensbereichen in ihrem Sozialraum möglichst selbstständig und selbstbestimmt teilhaben.

Es werden Möglichkeiten aufgezeigt, die dazu beitragen, Menschen im Sinne von Empowerment in ihrer selbstbestimmten Lebensführung zu stärken.

6 Ebert, A.; Ludwig, L. & Reuther, P. (2012, Hrsg.): Rehabilitation und Nachsorge nach Schädelhirnverletzung. Hirnverletzung – die stille Epidemie! Wie kann Inklusion gelingen? Reihe Zentrales Nervensystem, Band 6, Hippocampus Verlag, Bad Honnef

7 DeStatis - Statistisches Bundesamt (2009): Schwerbehindertenstatistik, www.gbe-bund.de

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

Inklusion hat sich in den letzten Jahren als das neue Prinzip der Politik für Menschen mit Behinderung entwickelt und den Begriff der Integration im politischen Diskurs abgelöst. Mit der Ratifizierung des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderung (UN-BRK)⁸ ist der Leitgedanke der Inklusion als zentrales Handlungsprinzip maßgeblich. Inklusion umfasst begrifflich und inhaltlich mehr als Teilhabe, auch geht sie über die reine Gleichberechtigung hinaus und bezieht den Gewinn an Lebenssouveränität ein. Zu dieser kann zum einen eine vorurteilsfreie Einstellung der Gesellschaft gegenüber Menschen mit Behinderung und zum anderen eine Öffnung von Institutionen und Organisationen, die zuvor mit dieser Klientel wenig vertraut waren, beitragen. Rahmenbedingungen werden so gestaltet, dass vollständige Teilhabe ermöglicht wird. 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. Hierbei ist eine ressourcenorientierte, ganzheitliche und an den individuellen Bedarfen der betroffenen Person orientierte Sichtweise erforderlich.

Im Folgenden werden trägerübergreifend Anforderungen und Umsetzungsvorschläge für Inklusion in der Gemeinschaft, im beruflichen Kontext sowie in Erziehung und Bildung für die Phase E der neurologischen Rehabilitation beschrieben beziehungsweise vorgenommen.

2.1 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 mit:

- selbstbestimmter Lebens- und Haushaltsführung, gegebenenfalls mit bedarfsgerechter Assistenz,
- barrierefreier⁹ und ungehinderter Verfügbarkeit sowie Erreichbarkeit von Gesundheitsleistungen,
- inklusionsförderndem Leben in bedarfsgerechten (barrierefreien) Wohnstrukturen,
- Leben in den primären (Familie) oder gegebenenfalls sekundären sozialen Netzwerken,
- Zugang zu Teilhabe im politischen, kulturellen und religiösen Rahmen,
- Zugang zu bedarfsgerechten tagesstrukturierenden Unterstützungsmöglichkeiten.

8 Vereinte Nationen (2007): Konvention der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderung (UN-Behindertenrechtskonvention; abgestimmte Übersetzung zwischen Deutschland, Liechtenstein, Österreich und der Schweiz)

9 BAR (2012): Die 10 Gebote der Barrierefreiheit. Barrierefreiheit in 10 Kernpunkten.

KAPITEL 2

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.

2.2 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.

Für Menschen mit neurologischen Erkrankungen und Behinderungen kommen insbesondere folgende Leistungen in Betracht beziehungsweise sind folgende Rahmenbedingungen relevant:

- enge Kooperation der Arbeitgeberin oder des Arbeitgebers mit den behandelnden (Fach-) Ärztinnen und Ärzten sowie Therapeutinnen und Therapeuten,
- Arbeitsplatzanpassung mit Unterstützung von Therapeutinnen und Therapeuten sowie die Nutzung von Hilfsmitteln und/oder assistiven Technologien am Arbeitsplatz,
- betriebliches Eingliederungsmanagement,
- regelmäßige (Neu-)Ausrichtung des Arbeitsplatzes und der Aufgabenanforderung ohne Über- oder Unterforderung,
- persönliche Arbeitsplatzassistenz,
- gegebenenfalls therapeutische Interventionen am Arbeitsplatz,
- regelmäßige Fort- und Weiterbildung.

Die Rehabilitationsträger informieren auch Kinder und Jugendliche mit neurologischen Erkrankungen und Behinderungen und ihre Erziehungsberechtigten zum Thema Inklusion und über ihre beruflichen Möglichkeiten mit Unterstützung der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

2.3 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.

In einigen Bundesländern fungieren Förderschulen als Kompetenzzentren, die beratend und unterstützend tätig werden. Hierbei gilt es, Rahmenbedingungen wie zeitliche Ressourcen festzulegen, die die Betreuung und Förderung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung oder drohender Behinderung in der allgemeinbildenden Schule, die Vor- und Nachbereitung, Dokumentationen

sowie die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit weiteren Fachkräften und die Elternarbeit berücksichtigen.

Die Ziele der UN-BRK vor dem Hintergrund des Artikels 24 auch an allgemeinbildenden Schulen zu erreichen, erfordert ein Angebot wirksamer, individuell angepasster Unterstützungsmaßnahmen in einem Umfeld, das die bestmögliche schulische und soziale Entwicklung gestattet. Zur Verwirklichung des Rechts von Menschen mit Behinderung auf Bildung sind hier konkret daher geeignete Maßnahmen zur Einstellung von Fachkräften folgender Berufsgruppen mit entsprechender Erfahrung mit Kindern und Jugendlichen mit neurologischen Erkrankungen und Behinderungen sowie mit entsprechender Aus- und/oder Fortbildung an der allgemeinbildenden Schule zu treffen:

- Regelschullehrpersonal,
- Förderschullehrpersonal mit den verschiedensten Förderschwerpunkten, Neuropädagoginnen und Neuropädagogen,
- Sprachtherapeutinnen und Sprachtherapeuten mit Zusatzausbildung in Unterstützter Kommunikation,
- Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten,
- Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten,
- Rehabilitationspädagoginnen und Rehabilitationspädagogen/Heilpädagoginnen und Heilpädagogen,
- Integrationshelferinnen und Integrationshelfer,
- Erzieherinnen und Erzieher für beispielsweise „den offenen Ganzttag“ oder die Nachmittagsbetreuung mit entsprechender Zusatzqualifikation für Behinderung im Allgemeinen, Inklusion oder Spracherwerb bei Kindern mit Behinderung im Speziellen,
- gegebenenfalls Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger für Kinder mit schwerer Körper- und Mehrfachbehinderung (bei beatmeten Kindern mit entsprechender Zusatzqualifikation).

Gegebenenfalls mit hinzuziehen sind überdies auch Fachärzte mit Neurokompetenz.

Ziel ist es, neben der Vermittlung von fachlichen Inhalten bei den Kindern und Jugendlichen mit neurologischen Erkrankungen größtmögliche Selbstständigkeit und Selbstbestimmung zu erreichen sowie ihnen einen selbstbewussten Umgang mit der Beeinträchtigung zu ermöglichen.

3 Zielgruppen, Indikationen

3.1 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. Hierzu gehören Menschen mit weiterbestehenden alltagsrelevanten Beeinträchtigungen insbesondere bei senso-motorischen, neuro-kognitiven, organisch-psychischen und sprachlichen Leistungen sowie mit psychophysischer Minderbelastbarkeit (Erschöpfbarkeit), deren berufliche oder soziale Wiedereingliederung noch nicht erreicht oder anhaltend gefährdet ist.

Bei Menschen mit neurologischen Erkrankungen ohne zunächst offensichtliche Beeinträchtigungen der Teilhabe wird deutlich, wie wichtig die Beachtung von Kontextfaktoren ist. Ein Gespräch und die Einnahme der Betroffenenperspektive unter Berücksichtigung des Umfeldes können den weiteren Teilhabebedarf veranschaulichen. Menschen mit einem vermeintlich leichtgradigen Schädel-Hirn-Trauma haben oftmals Konzentrationsschwierigkeiten, ein vermindertes Reaktionsvermögen oder sie benötigen für Aufgaben mehr Zeit, und sie sind schneller überfordert als Menschen ohne neurologische Beeinträchtigungen (psychophysische Minderbelastbarkeit). Zudem sind Charakterveränderungen möglich, die Auswirkungen auf das familiäre oder partnerschaftliche und gegebenenfalls berufliche Leben haben.

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. Diese ist verpflichtet, entweder eine stufenweise Wiedereingliederung einzuleiten oder, wenn dies noch nicht in Betracht kommt, alternative Optionen anzuregen und schriftlich zu formulieren. Angeregt werden können zum Beispiel Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder ambulante Therapien.

- *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. Hierfür werden die erforderlichen Leistungen zur Erlangung eines Arbeitsplatzes bereits im Entlassungsverfahren durch die medizinische Rehabilitationseinrichtung angeregt.

- 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).

Für die vorbezeichneten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden¹⁰ kommen je nach individuellem Bedarf insbesondere folgende Leistungen in Betracht:

- Leistungen zur Sicherung des Erfolges der medizinischen Rehabilitation,
- weiterführende Leistungen unter Einschluss solcher zur Erreichung oder Sicherung der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft,
- Leistungen zur Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben beziehungsweise der Teilhabe an Erziehung und Bildung,
- sonstige, ergänzende oder besondere Leistungen und
- begleitende Hilfen für Betroffene und deren Angehörige/Bezugspersonen.

3.2 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.

Auffälligkeiten werden im Alltag deutlich oder dann, wenn Menschen mit neurologischer Erkrankung oder Behinderung sich den beruflichen Anforderungen stellen. Die Bewältigung der Lebensaufgaben wird dadurch dauerhaft erschwert. Dabei sind die Anpassungsfähigkeit und die Kompensationsmöglichkeiten von Schädel-Hirnverletzten Menschen an das soziale Umfeld und die sich ändernden Umgebungsfaktoren durch das organische Psychosyndrom und körperliche Funktionseinschränkungen begrenzt. Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, eine verminderte geistige

¹⁰ Sofern in den Empfehlungen Personen gemeint sind, die keine Rehabilitation der vorherigen Phasen durchlaufen haben oder wenn von Leistungen des SGB V gesprochen wird, sind hier (auch) Patientinnen und Patienten begrifflich mit umfasst.

Flexibilität und Gesamtkapazität wie auch Verhaltensstörungen mit reduzierten sozialen Kompetenzen sind in ihren langfristigen Auswirkungen nur schwer zu prognostizieren. Eine zunehmende Überforderung im familiären und beruflichen Bereich kann die Lebensqualität der betroffenen Menschen nachhaltig beeinflussen und macht eine gezielte und kompetente Hilfestellung notwendig, auch nach Abschluss der intensiven medizinischen Behandlung und Rehabilitation (Phasen B bis D). Dabei muss es darum gehen, durch geeignete Interventionen ein Ausscheiden der betroffenen Menschen aus dem Arbeitsleben oder andere Gefährdungen der Teilhabe zu verhindern. Die sich an die Akutbehandlung anschließende neurologische Rehabilitation kann in vielen Fällen nur die Basis für eine dauerhafte und erfolgreiche soziale und berufliche Re-Integration von Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen bilden. Sowohl Menschen mit schwerer als auch Menschen mit vermeintlich leichtgradiger Behinderung sind oftmals in ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft eingeschränkt. Sie sind langfristig auf individuelle Behandlung, Interventionen und Begleitung durch Fachpersonal angewiesen. Wichtig ist, frühzeitig die individuellen Bedarfe festzustellen sowie fachkundige Beratung und Aufklärung der betroffenen Menschen und des sozialen Umfeldes über nachgehende medizinische und therapeutische (Weiter-) Behandlungen zu ermöglichen. Ziel ist eine nahtlose Versorgung der neurologisch erkrankten oder behinderten Menschen, insbesondere an den Schnittstellen im Versorgungssystem.

Die Gruppe der Menschen mit neurologischen Erkrankungen ist gleichwohl sehr heterogen. Für diese Zielgruppe bedarf es eines besonderen Verständnisses sowie intensiver beruflich-rehabilitativer und/oder therapeutischer Maßnahmen beziehungsweise Interventionen. 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 Beatmungsnötigkeit 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.

3.2.1 Menschen mit leichten Beeinträchtigungen der Funktionen, Aktivitäten und der Teilhabe

Hierbei handelt es sich um Menschen mit perspektivisch relativ guten Aussichten der Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt – auch bei gegebenenfalls verbleibenden Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit (meist leichte bis mittelgradige Residuen). Hierzu gehören insbesondere:

- Menschen mit nicht sichtbaren neurologischen Beeinträchtigungen (zum Beispiel durch Schädigungen der Sprach-/Sprechfunktion und/oder mentaler Funktionen):
Diese Personengruppe ist dadurch charakterisiert, dass sie für scheinbar einfache Aufgaben sehr viel mehr Zeit benötigt als Menschen ohne neurologische Erkrankungen. Sie sind schneller überfordert, reagieren häufig gereizt oder gestresst. Charakter- oder Persönlichkeitsänderungen aufgrund der neurologischen Schädigung können gravierende Auswirkungen auf deren Umwelt und soziale Kontakte haben sowie sich auf den psychischen Zustand auswirken.
- Menschen mit leichten/mittelgradigen sichtbaren Beeinträchtigungen (zum Beispiel Schädigungen der Grob-/Feinmotorik)

Es sind zwei Untergruppen zu unterscheiden:

1. Es besteht ein stabiles Arbeitsverhältnis, und der Aufwand der Wiedereingliederung ist relativ gering, kann also in der Regel bei entsprechender spezieller Ausrichtung nötiger Leistungen im Sozialraum erreicht werden.
2. Es besteht ein stabiles Arbeitsverhältnis, aber der Aufwand der Wiedereingliederung ist hoch, da spezifische, unter Umständen länger dauernde Anpassungs- und Schulungsmaßnahmen erforderlich sind. Diese können den betroffenen Menschen selbst als auch das berufliche Umfeld betreffen.

DAMIT DIESE ZUSAMMENARBEIT EFFEKTIV UND NACHHALTIG GELINGT, SOLLTEN REGELHAFT DIE ANGEBOTE IN DER LEBENSWELT DES BETROFFENEN AMBULANT ODER AUCH AUFSUCHEND ZUR VERFÜGUNG STEHEN.“

Damit Menschen mit einer Hirnverletzung und/oder einer erworbenen neurologischen Erkrankung möglichst an ihren Arbeitsplatz im Anschluss an die Rehabilitation zurückkehren können, insbesondere im Rahmen der stufenweisen Wiedereingliederung, bedarf es einer frühzeitigen Kooperation aller Beteiligten. Hierbei sind häufig Gespräche mit dem Arbeitgeber und weiteren Ansprechpersonen im beruflichen Umfeld wichtig für eine gelungene Wiedereingliederung. Die Einleitung des betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 Absatz 2 SGB IX soll frühzeitig durch den zuständigen Rehabilitationsträger oder den Leistungserbringer angeregt und eine Verzahnung mit dem interdisziplinären medizinisch-beruflichen Team, das für die Integration und Supervision der betroffenen Menschen zuständig ist, erreicht werden.

Damit diese Zusammenarbeit effektiv und nachhaltig gelingt, sollten regelhaft die Angebote in der Lebenswelt des Betroffenen ambulant oder auch aufsuchend zur Verfügung stehen.

3.2.2 Menschen mit mittelgradigen Beeinträchtigungen der Funktionen, Aktivitäten und der Teilhabe

Hierbei handelt es sich um Menschen mit alltagsrelevanten Beeinträchtigungen ihrer Aktivitäten aufgrund von komplexen kognitiven Schädigungen, bei denen eine realistische Perspektive für den allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit spezifischen Maßnahmen gestellt werden kann.

Für diese Gruppen können, je nach individuellem Bedarf, folgende langfristig angelegte Leistungen, die häufig eines besonderen Rahmens bedürfen, zum Beispiel in Phase II-Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation, Berufsförderungs- oder Berufsbildungswerken, notwendig sein.

Unter günstigen Bedingungen kann hierbei der Übergang in ein Beschäftigungsverhältnis auf den allgemeinen Arbeitsmarkt oder auch in ein Integrationsunternehmen/einen Integrationsbetrieb gelingen. Ist dies nicht der Fall, so kann die Perspektive eröffnet werden, eine Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) zu besuchen und den Übergang zu einem regulären Beschäftigungsverhältnis zu ermöglichen. Dabei schließen ein diskontinuierlicher Hilfebedarf auch in der Arbeitssituation sowie Pflege- und Behandlungsbedarf die Beschäftigungsfähigkeit nicht grundsätzlich aus. Unter dem Gesichtspunkt der Verwirklichung von Inklusion sollten trotz Pflege- und Behandlungsbedarfs die Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt und die Anpassung der Rahmenbedingungen wie Arbeitsplatz und Arbeitsbedingungen Ziel sein.

3.2.3 Menschen mit schweren Beeinträchtigungen der Funktionen, Aktivitäten und der Teilhabe

Hierbei handelt es sich überwiegend um Menschen mit der Möglichkeit, eine Tagesförderstätte, den Förderbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) oder eine Einrichtung mit Angeboten zur Tagesstrukturierung (zum Beispiel bei fehlender Werkstattfähigkeit aufgrund psycho-physischer Minderbelastbarkeit, bei erhöhtem psychosozialen Betreuungsbedarf wegen Verhaltensstörungen beziehungsweise ständigem Überwachungsbedarf) zu besuchen.

Bei einem Teil dieses Personenkreises besteht ein derart umfassender Pflege- oder Behandlungsbedarf, dass die Teilhabe am Arbeitsleben überwiegend als unrealistisch eingeschätzt werden muss. Zustandserhaltende, fördernde und Sekundärschäden vermeidende Maßnahmen werden oftmals im Vordergrund stehen, bedeuten allerdings unter den Gesichtspunkten von Inklusion und der Ziele Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und am Arbeitsleben nicht, dass jegliche Leistungen für diesen Personenkreis rein nur auf solche beschränkt sein dürfen. Zu besagter Gruppe gehören zum Beispiel Menschen mit einem apallischen Syndrom.

Hiervon unabhängig gilt es, bei chronisch-progredient oder lebensbedrohlich verlaufenden neurologischen Erkrankungen Rehabilitationspotentiale zu erkennen und auszubauen. Daher soll berufsgruppenübergreifend und in Kooperation mit den Leistungsträgern gemeinsam mit den betroffenen Menschen und ihren Angehörigen ein individuelles und bedarfsorientiertes Teilhabe-konzept ausgearbeitet und umgesetzt werden.

Teilhabechancen können auch bei Menschen mit schwerer Körper- und Mehrfachbehinderung deutlich verbessert werden. So kann beispielsweise bereits durch die Versorgung mit einem elek-

tronischen Sprachausgabegerät (Unterstützte Kommunikation) und regelmäßige und langfristige Sprachtherapie mit dem Ziel der Anbahnung und Ausdifferenzierung der kommunikativen Fähigkeiten mehr Teilhabe und Selbstbestimmung im Alltag und damit am Leben in der Gesellschaft erreicht werden.

Unabhängig von der Schwere der Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit und/oder Teilhabe gilt für alle Personengruppen, dass altersabhängig neben vorgenannten Aspekten auch schulische Belange sowie eine Berufsausbildung oder ein Studium zu berücksichtigen sind. Darüber hinaus ist eine berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit von Medizin, Pflege, Therapie, Pädagogik und Bildung - je nach Bedarfslage - für den Rehabilitationsprozess essentiell.

3.3 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.

Leistungen der Phase E können aufgrund der bestehenden Schädigungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe insbesondere bei einer der nachfolgend aufgeführten Krankheiten angezeigt sein:

- vaskuläre Erkrankungen (zum Beispiel Zustand nach Hirninfarkt oder -blutung, Subarachnoidalblutung, zerebrale Hypoxie, vaskuläre Erkrankungen im Bereich des Rückenmarks)
- Hirn- oder Rückenmarksverletzungen (zum Beispiel Schädel-Hirn-Trauma)
- sonstige Erkrankungen mit toxischen/metabolischen Schädigungen des Gehirns
- entzündliche Erkrankungen des Gehirns und seiner Häute (Meningitis, Meningoenzephalitis, Enzephalitis, Enzephalomyelitis disseminata, Myelitis)
- Neubildungen an Hirn oder Rückenmark (Zustand nach operativ/strahlentherapeutisch oder konservativ behandelten Hirn- oder Rückenmarktumoren)
- degenerative Hirn- oder Rückenmarkerkrankungen (zum Beispiel Parkinson-Syndrom)
- Erkrankungen und Verletzungen des peripheren Nervensystems (zum Beispiel Polyneuropathie, Guillain-Barré-Syndrom, Plexuslähmungen, Myopathien)
- Epilepsien.

Es gilt folgendes allgemeines Ausschlusskriterium:

Das Behandlungs-/Rehabilitationsziel kann nur in anderen Phasen des Phasenmodells (B bis D beziehungsweise Phase F) zweckmäßig und mit ausreichender Aussicht auf Erfolg erreicht werden. Dabei ist allerdings eine regelmäßige Überprüfung hinsichtlich der Fortschritte der Patientin oder des Patienten vorgesehen. Hierfür ist ein enges Zusammenwirken pflegerischer, medizinischer, (rehabilitations-) pädagogischer, therapeutischer und psychosozialer Maßnahmen oftmals erforderlich. Eine bestehende Pflegebedürftigkeit stellt kein Ausschlusskriterium für die Phase E dar.

4 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.

4.1 ICF und das Konzept des bio-psycho-sozialen Modells

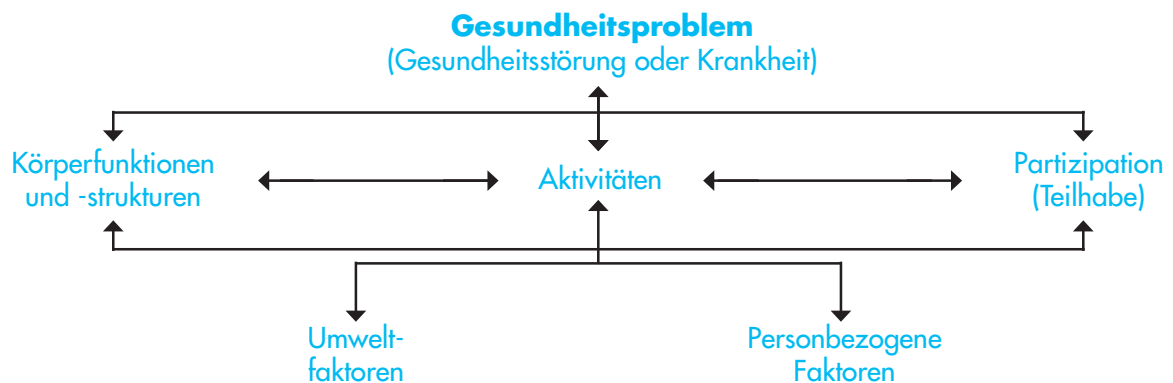
In der Terminologie der ICF^{11,12}, lassen sich Leistungen je nach Ansatz den Ebenen der Körperstrukturen und -funktionen, der Aktivitäten und der Teilhabe zuordnen. Auch die Leistungen der Phase E gehen von einem ganzheitlichen Ansatz aus, der die physischen, psychischen, kognitiven und sozialen Aspekte 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.

11 Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) & WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) [International Classification of Functioning, Disability and Health, 2001, Genf]; www.dimdi.de

12 Grotkamp et al. Personbezogene Faktoren der ICF... Gesundheitswesen 2012; 449–458

Abb. 1: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF
Die einzelnen Komponenten der ICF werden folgendermaßen beschrieben:



Während mit **Körperfunktionen** die physiologischen und psychologischen Funktionen von Körpersystemen wie das Sehvermögen oder die Gehfähigkeit bezeichnet werden, sind unter **Körperstrukturen** die anatomischen Teile des Körpers wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile zu verstehen. Schädigungen aufgrund neurologischer Erkrankungen äußern sich insbesondere

- in der Wahrnehmung (Sensorik),
- im Denken, beim Gedächtnis, im Antrieb und der Stimmungslage,
- im Verhalten,
- am Stütz- und Bewegungsapparat, unter anderem mit Störungen der aktiven und passiven Bewegungsfähigkeit und Haltungskontrolle,
- der Sprach-, Hör- oder Sehfunktion.

Aktivität ist die Durchführung einer Aufgabe oder einer Handlung (Aktion) durch eine Person. Mit **Teilhabe** wird die Entfaltung einer Person im Sinne des Einbezogenenseins in allen ihr wichtigen Lebensbereichen bezeichnet. Eine Beeinträchtigung der Aktivitäten/Teilhabe kann auftreten beim Lernen und der Wissensanwendung, bei allgemeinen Aufgaben und Anforderungen, der Kommunikation, der Mobilität, der Selbstversorgung, im häuslichen Leben, bei interpersonellen Interaktionen und Beziehungen, in bedeutenden Lebensbereichen und im Leben in der Gemeinschaft.

Bei Menschen mit neurologischen Erkrankungen finden sich vor allem krankheitsbedingte Beeinträchtigungen in den Bereichen:

- Lern- und Wissensanwendung sowie allgemeine Aufgabenbewältigung aufgrund von Störungen der neuro-kognitiven, oftmals handlungsplanerischen Funktionen mit hieraus resultierenden Beeinträchtigungen des Sozial- und Arbeitsverhaltens, insbesondere einer gestörten Handlungsplanung und -kontrolle, mangelnder Flexibilität, Impulskontrollstörungen sowie fehlender oder reduzierter Störungseinsicht mit erschwelter Beachtung sozialer Regeln,

KAPITEL 4

- Mobilität und Fortbewegung aufgrund einer Störung der Fein- und Sensomotorik sowie der Gleichgewichtsfunktion,
- Kommunikation,
- zwischenmenschliche Beziehungen

Kontextfaktoren stellen den gesamten Lebenshintergrund einer Person dar. Sie umfassen alle Umweltfaktoren und personbezogenen Faktoren, die die Krankheitsauswirkungen beziehungsweise die Funktionsfähigkeit positiv wie negativ modellieren können und somit für eine umfassende Teilhabe auch der Personen mit einer neurologischen Erkrankung von Bedeutung sein können.

Umweltfaktoren beziehen sich auf die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der die Menschen ihr Leben gestalten. Hierzu zählen beispielsweise

- Hilfsmittel zur Selbstversorgung und Haushaltsführung, Hilfsmittel für die persönliche Mobilität, Hilfsmittel zur Kommunikation, Information und Ausgleich visueller Einschränkungen,
- die Infrastruktur, Wohn-, Geschäfts- und öffentliche Gebäude, Transportwege, Straßen,
- das Vorhandensein oder Fehlen unterstützender und helfender Personen wie Familienmitglieder, Arbeitskollegen, Freunde, Mitglieder von Selbsthilfegruppen,
- Einstellungen und Überzeugungen von Personen im Umfeld des Betroffenen,
- Vorhandensein oder Fehlen von lokalen oder regionalen Rehabilitationsdiensten öffentlicher oder privater Art.

Personbezogene Faktoren sind von der WHO wegen der mit ihnen einhergehenden großen soziokulturellen Unterschiedlichkeit in der ICF bislang nicht systematisch klassifiziert. Beispielhaft werden aber einige wenige Items von der WHO aufgelistet.¹³

Legt man diese zugrunde, könnte man sich unter den personbezogenen Faktoren Eigenschaften einer Person vorstellen, die einen Bogen spannen von

- allgemeinen Merkmalen einer Person wie Alter, Geschlecht und genetischen Faktoren über
- physische Faktoren, wie Körperbau und andere physische Faktoren, die insbesondere das körperliche Leistungsvermögen beeinflussen können (zum. Beispiel Muskelkraft, Herz- Kreislauffaktoren),
- mentalen Faktoren im Sinne von Faktoren der Persönlichkeit und kognitiven sowie mnestischen Faktoren,
- Einstellungen, Grundkompetenzen und Verhaltensgewohnheiten dieser Person bis hin zur
- Lebenslage und sozioökonomische/kulturelle Faktoren.

Andere Gesundheitsfaktoren, wie sie die WHO vorschlägt, könnten den personbezogenen Faktoren zugeordnet werden, wenn sie geeignet sind, die aktuelle Funktionsfähigkeit zu beeinflussen, aber nicht Teil des Gesundheitsproblems sind.

¹³ Personbezogene Faktoren können Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, Alter, andere Gesundheitsprobleme, Fitness, Lebensstil, Gewohnheiten, Erziehung, Bewältigungsstile, sozialer Hintergrund, Bildung und Ausbildung, Beruf sowie vergangene oder gegenwärtige Erfahrungen (vergangene oder gegenwärtige Ereignisse), allgemeine Verhaltensmuster und Charakter, individuelles psychisches Leistungsvermögen und andere Merkmale umfassen.

Da neben den Umweltfaktoren auch die personbezogenen Faktoren die Funktionsfähigkeit und somit auch den Rehabilitationsverlauf beeinflussen können, sind sie im Behandlungsprozess des Einzelfalls gegebenenfalls zu berücksichtigen. Alle für den Einzelfall relevanten Kontextfaktoren sind möglichst früh zu erkennen und insbesondere ihre rehabilitationsfördernde Wirkung zu nutzen (Ressourcenkonzept der Rehabilitation). Negativ wirkende Kontextfaktoren (Barrieren) können nicht nur den Rehabilitationserfolg beeinträchtigen, sondern sogar Gesundheits- beziehungsweise Krankheitsrisiken darstellen und sind deshalb natürlich ebenfalls zu berücksichtigen.

Die ICF ermöglicht allen an der Rehabilitation/Behandlung Beteiligten, neben einer defizitorientierten Betrachtung insbesondere auf die Funktionsfähigkeit und damit die Teilhabe zu fokussieren unter Berücksichtigung gegebenenfalls fördernder und hemmender Kontextfaktoren. Beispielsweise reicht die Beschreibung eines Aufmerksamkeitsdefizits für die individuelle Rehabilitationsplanung allein nicht aus. Eine damit gegebenenfalls in Verbindung stehende eingeschränkte (Kraftfahrzeug)Fahreignung bedeutet für die betroffene Person in der Regel eine wesentliche Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und wäre dementsprechend in der Rehabilitations- und Behandlungsplanung zu beachten.

Die ICF ermöglicht ferner die fachspezifische Sprache durch eine fachgruppenunabhängige gemeinsame „ICF-Sprache“ zu ergänzen beziehungsweise zu ersetzen. Die ICF-Nutzungsmöglichkeiten werden entsprechend der Vielgestaltigkeit möglicher Erkrankungsbilder und deren Auswirkungen durch fünf Fallbeispiele in Kapitel 9 – Kasuistiken – verdeutlicht^{14,15,16}.

4.2 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. Dadurch sollen etwaige Hemmnisse an Schnittstellen im Versorgungssystem überwunden werden. Zentrale Aufgabe hierbei ist die teilhabezielorientierte und integrierende Verzahnung bestehender Leistungsangebote, auch unter Berücksichtigung vorhandener Angebote im individuellen Lebensumfeld. Übergeordnetes Ziel ist eine bedarfsgerechte Beratung und Unterstützung der

14 BAR (2006): ICF-Praxisleitfaden 1 beim Zugang zur Rehabilitation - Trägerübergreifender Leitfaden für die praktische Anwendung der ICF

15 BAR (2008): ICF-Praxisleitfaden 2 in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen - Trägerübergreifende Informationen und Anregungen für die praktische Nutzung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit

16 BAR (2010): ICF-Praxisleitfaden 3 für das Krankenteam - Trägerübergreifende Informationen und Anregungen für die praktische Nutzung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit

betroffenen Menschen und ihrer Angehörigen oder Bezugspersonen in ihren sozialen und beruflichen Bezügen. Die Beratung erfolgt bis zur Vollendung einer tragenden und stabilen Teilhabesituation unter Berücksichtigung der individuell notwendigen Assistenz und Hilfsmittel.

4.3 Trägerübergreifendes Zusammenwirken

Die Phase E beinhaltet ein vielfältiges Leistungsspektrum. Die Erreichung der verschiedenen Teilhabeziele bedingt eine Methodenvielfalt¹⁷ und führt zu einer Einbindung unterschiedlicher Leistungserbringer und weiterer Akteure. Es bedarf somit einer besonderen Berücksichtigung des Aspektes der Verzahnung und Vernetzung der verschiedenen Versorgungssektoren und -strukturen. Dementsprechend sollten regionale beziehungsweise sozialraumorientierte¹⁸ Kooperationen und vernetzte Zusammenarbeit in der Phase E verfügbar sein beziehungsweise aktiv angestoßen werden.

Die unterschiedlichen Teilhabebereiche sind vielfach mit einem Wechsel des zuständigen Leistungsträgers verbunden beziehungsweise erfordern Leistungen von unterschiedlichen Leistungsträgern. Die Träger müssen die für ihre Entscheidung zur Leistungserbringung erforderlichen Informationen rechtzeitig erhalten. Um ein nahtloses und inhaltlich abgestimmtes Verfahren sicherzustellen, arbeiten die beteiligten Träger eng zusammen und die notwendigen Abstimmungen erfolgen zeitgerecht. Die Prozess- und Koordinierungsverantwortung für diesen Aufgabenbereich liegt beim aktuell zuständigen Leistungsträger¹⁹. Dieser ist auch dafür verantwortlich, dass die Beteiligung eines anderen Leistungsträgers unter aktiver Einbeziehung der betroffenen Menschen rechtzeitig eingeleitet wird („Übergabemanagement“).

Eine inklusionsorientierte nachhaltige Gestaltung der Phase E erfordert

- ein auf Prävention und Gesundheitsförderung ausgerichtetes Denken und Handeln, auch unter den Gesichtspunkten „Prävention vor Rehabilitation“ und „Rehabilitation vor Pflege“,
- eine frühzeitige Bedarfserkennung, Bestimmung der Teilhabeziele und Klärung der Trägerzuständigkeit^{20,21},
- eine trägerübergreifende Ausrichtung an dem umfassenden Ziel, Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern.
- eine trägerübergreifend wirksame individuelle und partizipative Teilhabeplanung, insbesondere auch unter Zugrundelegung der Maßgaben der Gemeinsamen Empfehlungen nach dem SGB IX^{22,23},
- einen barrierefreien²⁴ Zugang zum Leistungsangebot,

17 Methodenvielfalt hinsichtlich Behandlungs- und Betreuungsinhalten, Behandlungsintensität und Behandlungsfrequenz

18 Zum Beispiel wohnortnah, arbeitsortnah beziehungsweise arbeitsplatzbezogen; vgl. Artikel 26 UN-Behindertenrechtskonvention

19 BAR (2004): Gemeinsame Empfehlung „Teilhabeplan“, § 7

20 BAR (2004): Gemeinsame Empfehlung „Frühzeitige Bedarfserkennung“

21 BAR (2010): Gemeinsame Empfehlung „Zuständigkeitsklärung“

22 BAR (2004): Gemeinsame Empfehlung „Teilhabeplan“

23 BAR (2004): Gemeinsame Empfehlung zu Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation aller beteiligten Akteure

24 BAR (2012): Die 10 Gebote der Barrierefreiheit. Barrierefreiheit in 10 Kernpunkten.

KAPITEL 4

- eine bedarfsgerechte Ausführung der erforderlichen Leistungen (als Sach- oder Geldleistung/ Persönliches Budget, in ambulanter oder stationärer Form, Beratung und Information, gegebenenfalls auch Vermittlung von Selbsthilfeangeboten²⁵),
- die Berücksichtigung und Ausrichtung an den Anforderungen und Kriterien der Qualitätssicherung.

DIE ERREICHUNG DER VERSCHIEDENEN TEILHABEZIELE BEDINGT EINE METHODENVIELFALT UND FÜHRT ZU EINER EINBINDUNG UNTERSCHIEDLICHER LEISTUNGSERBRINGER UND WEITERER AKTEURE.“

25 BAR (2012): Gemeinsame Empfehlung zur Förderung der Selbsthilfe

5 *Behandlungs- und Rehabilitationsziele der Phase E*

5.1 *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 Ausbildung 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 durch geeignete 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. Dieses Ziel der vollständigen oder größtmöglichen Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit/Teilhabe kann erreicht werden durch

- Befähigung zur körperlichen Bewegung und Haltungskontrolle (alltagsrelevante Beweglichkeit),
- Förderung positiv wirkender personbezogener Faktoren (zum Beispiel bei: Lebensstil, Fitness, Bildung, Bewältigungsstile),
- Förderung eines realistischen Selbstbildes des betroffenen Menschen bezüglich seiner beruflichen und sozialen Handlungsmöglichkeiten und Perspektiven, Förderung von Selbstregulation und Selbsteinschätzung von Belastungsgrenzen,
- Einsatz von „Ersatzstrategien“, die Nutzung verbliebener Funktionen beziehungsweise Aktivitäten (Kompensation),
- Umsetzung/Erlernen von Bewältigungsstrategien und Kompetenzen (Empowerment),
- Befähigung zur Selbstversorgung (zum Beispiel Ernährung, Körperpflege, Medikation),
- Förderung der selbstständigen Lebensführung und Bewältigung allgemeiner Lebensaufgaben, unter anderem über die
 - Förderung der selbstständigen Fortbewegung,
 - Verbesserung von Kommunikationsfähigkeiten,
 - Befähigung zur Selbststrukturierung des Tagesablaufs,
- bedarfsgerechte Anpassung und Anwendung des richtigen Hilfsmittels (einschließlich der fachkundigen Anleitung und Intervention zum richtigen Hilfsmittelgebrauch) beziehungsweise bedarfsweiser Einsatz einer Assistenz,
- Information, Beratung und gegebenenfalls Anpassung der Umweltbedingungen an die Beeinträchtigung der Aktivitäten beziehungsweise der Teilhabe,
- Beratung und organisatorische Hilfen bei der Koordinierung von Pflege- und Betreuungsdiensten.

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.

5.2 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 Landwirte²⁶** 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**.

5.3 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

26 Für diese begrenzt auf die Ziele der medizinischen Rehabilitation (§ 10 ALG i.V.m. § 15 SGB VI entsprechend)

KAPITEL 5

- 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.

5.3.1 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, Phantom-schmerz, Cephalgie)
- Gleichgewichtsstörungen, Schwindel, Kopfschmerz,
- Antriebsstörungen,
- Ängstlichkeit, Depression (psychoorganischen oder reaktiv-psychischen Störungen).

5.3.2 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 Tra-

gen, 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).

5.3.3 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.

Die Möglichkeiten zur Vermeidung beziehungsweise Verringerung negativ wirkender und zur Unterstützung positiv wirkender umwelt- und personbezogener Kontextfaktoren sind sowohl durch die betroffenen Menschen selbst (zum Beispiel geeignetes Stressbewältigungstraining) als auch im Rahmen von Maßnahmen der Leistungsträger zu prüfen. Die betroffene Person soll auch unterstützt werden, mit nicht veränderbaren Kontextfaktoren krankheits-, behinderungs- und situationsgerecht umzugehen und insofern sinnvolle Bewältigungsstrategien für die Erkrankung zu finden.

6 Bedarfe und Leistungen der Phase E

6.1 Überblick

Die im Einzelfall in Frage kommenden Leistungen in der Phase E orientieren sich am individuellen Bedarf²⁷ 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 Leistungssteigerung, 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 Kindertageseinrichtungen 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

²⁷ Näheres siehe Anhang „Übersichtstabelle Bedarfe und Leistungen in der Phase E der neurologischen Rehabilitation“

KAPITEL 6

- 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.²⁸

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.

²⁸ BAR-Handlungsempfehlungen "Trägerübergreifende Aspekte bei der Ausführung von Leistungen durch ein Persönliches Budget" vom 01.04.2009

6.2 Leistungen zur Sicherung des Erfolges der medizinischen Rehabilitation

Leistungen in der Phase E umfassen auch Leistungen zur Sicherung der Nachhaltigkeit des Rehabilitationserfolges²⁹ im Sozialraum des Menschen mit einer neurologischen Erkrankung oder Behinderung. Vor allem handelt es sich um

- fachärztliche, neurokompetente Behandlung,
- neuropsychologische Behandlung,
- Fortführung einzelner Behandlungselemente der vorangegangenen medizinischen Rehabilitation³⁰ mit kurativer (akutmedizinischer) und/oder rehabilitativer Zielsetzung wie Stimm-, Sprech-, Sprach- einschließlich Schlucktherapie und unterstützter Kommunikation, Ergotherapie, Physiotherapie und aktivierende Pflege (gegebenenfalls auch deren Kombination),
- Fortführung einzelner Behandlungselemente der Leistungen zur Teilhabe an der Gesellschaft,
- Hilfsmittelversorgung und -anpassung für den beruflichen, schulischen und privaten Bereich,
- Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung (zum Beispiel neuropsychiatrische und/oder neuropsychologische Therapie, Selbsthilfeangebote, Angebote der psychosozialen Beratung),
- Entgegenwirken von Folgeerkrankungen und Risiken, die auf die weitere Entwicklung von Gesundheit beziehungsweise der bereits bestehenden Beeinträchtigungen potenziell negativen Einfluss haben (im Sinne von Sekundärprävention), durch
 - Förderung der Compliance,
 - Verminderung von Risikofaktoren (zum Beispiel Gewichtsreduktion, Raucherentwöhnung),
 - Motivation zur Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen (zum Beispiel Disease-Management-Programmen der GKV),
 - Unterstützung beim Transfer des in der Rehabilitation Erlernten in den Alltag (zum Beispiel Nachsorgeleistungen/ergänzende Leistungen wie Rehabilitationssport und Funktionstraining³¹).

Alle therapeutischen Maßnahmen sollten möglichst wohnortnah erreichbar sein. Dazu gehört auch die Versorgung mit ambulanten neuropsychologischen Diagnostik- und Therapieangeboten. Die Leistungen werden in Kombination oder als Einzeltherapie erbracht. Wichtig sind eine unter den Leistungserbringern stattfindende Vernetzung und eine auf Teilhabe und Inklusion ausgerichtete gemeinsame Zieldefinition.

Für Menschen mit schwerer Behinderung, vor allem langzeitbeatmete Menschen, sind darüber hinaus Fachkräfte mit entsprechenden Kompetenzen erforderlich. Eine besonders enge Zusammenarbeit zwischen Pflege, Medizin, Therapie und Bildung ist wesentlich.

29 BAR (2007): Praxisleitfaden: Strategien zur Sicherung der Nachhaltigkeit von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

30 Für die GKV im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung

31 BAR (2011): Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining

6.3 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.

Es handelt sich insbesondere um:

- Beratung über und gegebenenfalls Einleitung von Unterstützungsleistungen zur Ermöglichung einer selbstständigen und selbstbestimmten Lebensführung (zum Beispiel Vermittlung in Betreutes Wohnen, Hilfen zur selbstständigen Haushaltsführung),
- Beratung über und gegebenenfalls Einleitung von Unterstützungsleistungen zur Wahrnehmung sozialer Beziehungen und zur Gestaltung des Tages und der Freizeit (zum Beispiel Bereitstellung von Assistenzleistungen),
- Vermittlung von und Ermöglichung der Teilnahme an Selbsthilfegruppen (anzustreben ist eine Ausgewogenheit von Teilhabe und Teilgabe, so dass auch betroffene Menschen in ehrenamtliche Tätigkeiten eintreten können),
- Beratung und organisatorische Hilfen bei der Koordinierung von Pflege- und Betreuungsdiensten, gegebenenfalls in Abstimmung mit den Pflegekassen,
- Beratung über und gegebenenfalls Einleitung von Maßnahmen zum behindertengerechten Umbau beziehungsweise zur behindertengerechten Anpassung der Wohnung.

Die Hilfe wird nach dem Bedarf im Einzelfall in ambulanter Form, in Tageseinrichtungen für Erwachsene beziehungsweise speziell für Kinder und Jugendliche oder in anderen teilstationären Einrichtungen durch geeignete Pflegepersonen und in Einrichtungen über Tag und Nacht sowie in sonstigen Wohnformen erbracht.³²

32 Vgl. § 35a Abs. 2 SGB VIII

6.4 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 (zum Beispiel im Rahmen von „Web-Reha“³³) 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.

Folgende Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind hierbei zentral:

- Koordination und Einleitung von Maßnahmen zur Berufsfindung und Arbeitserprobung sowie zur Berufsvorbereitung und beruflichen Anpassung (Integrationsmaßnahmen),
- Koordination und Einleitung von Maßnahmen zur Belastungserprobung und Belastungssteigerung,
- Koordination und Einleitung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bezüglich des allgemeinen Arbeitsmarktes, zum Beispiel Fortbildung, Ausbildung oder Umschulung, begleitende Hilfen am Arbeitsplatz, Zuschüsse an Arbeitgeber,
- Koordination und Einleitung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung - Eingangsverfahren, Berufsbildungsbereich oder Arbeitstrainingsbereich (besonderer Arbeitsmarkt),
- Planung und Begleitung der stufenweisen Wiedereingliederung,
- Begleitung beim betrieblichen Eingliederungsmanagement,
- Adaptation (Anpassung) des Arbeitsplatzes,
- Versorgung mit Hilfsmitteln, gegebenenfalls weiteren assistiven Technologien,
- Unterstützte Beschäftigung,
- Koordination und Einleitung von das Arbeitsleben vorbereitenden Maßnahmen zur Tagesstrukturierung und Tagesförderung sowie
- gegebenenfalls Fortführung der bereits begonnenen medizinisch-beruflichen Rehabilitation.

33 Siehe unter: www.deutsche-rentenversicherung.de/Rheinland/de/Inhalt/2_Rente_Reha/02_Reha/05_fachinformationen/03_reha_projekte_/01_web_reha/00_web_reha.html

Ziel ist es, Menschen mit neurologischen Erkrankungen oder Behinderungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu beschäftigen. Die Einbindung der Arbeitgeber ist für die Ausgestaltung der Rahmenbedingungen vor Ort wesentlich. Es ist ein Unterstützungssystem gemeinsam mit den Leistungsträgern auszugestalten, das flexibel und nachhaltig sowie teilhabeorientiert ist. Die psychische Situation der betroffenen Menschen ist hierbei zu berücksichtigen.

6.4.1 Anforderungen an die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Leistungen zur Erreichung und Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben sind, soweit wie möglich, wohnortnah anzubieten. Sofern stationäre Maßnahmen wohnortfern erfolgen, ist frühestmöglich Kontakt mit Leistungserbringern aufzunehmen, die wohnortnah angesiedelt sind. Insbesondere die flächendeckend vorhandenen Integrationsfachdienste bieten sich dafür an. Die Regularien für deren Beauftragung und Finanzierung durch die Leistungsträger sind in der Gemeinsamen Empfehlung „Integrationsfachdienste“ festgelegt³⁴. Die Leistungserbringer verfügen möglichst über Erfahrungen mit Menschen mit neurologischen Erkrankungen und sind gleichzeitig mit den Gegebenheiten beruflicher (Re-) Integration vor Ort, der Arbeitswelt und dem lokalen und regionalen Arbeitsmarkt vertraut.

Es besteht eine breite Palette an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, die je nach beruflichem Status, betrieblicher Situation und individueller Prognose zum Einsatz kommen können, wenn der zuständige Leistungsträger den Rehabilitationsstatus und Teilhabebedarf festgestellt hat. Diese Klärung frühzeitig herbeizuführen, gehört zu den wesentlichen originären Aufgaben der Sozialdienste in den Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation.

Eingangsvoraussetzungen

Zur Klärung der Notwendigkeit und der Zielsetzung einer Leistung in der Phase E der neurologischen Rehabilitation sind, soweit es Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben betrifft, folgende Voraussetzungen³⁵ sozialmedizinisch zu prüfen:

- **Rehabilitationsbedürftigkeit**
Rehabilitationsbedürftigkeit bezieht sich auf eine schädigungsbedingte drohende oder bereits bestehende Beeinträchtigung der Teilhabe, die über die akutmedizinische Versorgung hinaus den mehrdimensionalen und interdisziplinären Ansatz der Rehabilitation erforderlich macht. Für die Beurteilung der Krankheitsauswirkungen auf der Aktivitäts- und Teilhabeebene sind die Kontextfaktoren zu berücksichtigen.
- **Rehabilitationsfähigkeit**
Der Begriff der Rehabilitationsfähigkeit bezieht sich auf die somatische, kognitive und psychische Verfassung der Rehabilitandin beziehungsweise des Rehabilitanden (zum Beispiel Motivation beziehungsweise Motivierbarkeit und Belastbarkeit) für die aktive Teilnahme an einer geeigneten Rehabilitation.

34 BAR (2009): Gemeinsame Empfehlung „Integrationsfachdienste“

35 Vgl. BAR (2011): Empfehlungen zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation in der Neurologie

■ Rehabilitationsprognose

Die Rehabilitationsprognose ist eine (medizinisch) begründete Wahrscheinlichkeitsaussage für den Erfolg der Rehabilitation

- auf der Basis der Erkrankung, des bisherigen Verlaufs, des Kompensationspotenzials/der Rückbildungsfähigkeit unter Beachtung und Förderung individueller Ressourcen (Rehabilitationspotenzial einschließlich psychosozialer Faktoren),
- über die Erreichbarkeit eines festgelegten Rehabilitationsziels,
- durch eine geeignete Rehabilitation und
- in einem dazu notwendigen Zeitraum.

6.4.2 Leistungen für Menschen mit einer neurologischen Erkrankung oder Verletzung bei vorhandenem Arbeitsplatz

Damit Menschen mit einer Hirnverletzung und/oder einer erworbenen neurologischen Erkrankung möglichst an ihren Arbeitsplatz im Anschluss an die medizinische Rehabilitation zurückkehren können, bedarf es einer frühzeitigen Kooperation aller Beteiligten sowie einer zeitnahen Erbringung der den Bedürfnissen der betroffenen Menschen entsprechenden Leistungen durch die Leistungsträger.

Frühzeitig einzuleiten sind

- individuelle, berufsspezifische und arbeitsspezifische multiprofessionelle Therapieinterventionen,
- gegebenenfalls die individuelle Anpassung der Leistungen an den bisherigen Arbeitsplatz der betroffenen Menschen unter Berücksichtigung ihrer psychischen Verfassung,
- eine reale Belastungserprobung und therapeutisch begleitete Belastungssteigerungen auf der entsprechenden Arbeitsstelle sowie
- eine begleitete stufenweise Wiedereingliederung³⁶.

Damit diese Zusammenarbeit effektiv und nachhaltig gelingt, müssen die Angebote wohnort- und berufsortnah ambulant oder auch aufsuchend, beispielsweise in Form von ambulanten neurologischen Rehabilitationszentren oder fachlich kompetenten Ansprechpersonen im Sinne des Versorgungsmanagements, zur Verfügung stehen.

³⁶ Vgl. Vereinbarung zur Zuständigkeitsabgrenzung bei stufenweiser Wiedereingliederung nach § 28 i.V.m. § 51 Abs. 5 SGB IX zwischen Krankenversicherung und Rentenversicherung (2011)

6.4.3 Leistungen zur beruflichen Wiedereingliederung und Rückkehr in den Betrieb

Für Menschen, die vor einer Erkrankung oder Verletzung im Erwerbsleben standen, sind die berufliche Wiedereingliederung und die Rückkehr in den Betrieb vorrangige Ziele.

Folgende Leistungselemente kommen dabei zur Geltung:

- Das Betriebliche Eingliederungsmanagement ist ein geeignetes, inzwischen etabliertes Instrument zur Sicherung eines bestehenden Arbeitsverhältnisses. Ziel ist es, Arbeitsunfähigkeit möglichst zu überwinden, erneuter Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen und den Arbeitsplatz beziehungsweise das Beschäftigungsverhältnis zu erhalten. Arbeitgeber sind verpflichtet, für Beschäftigte, die innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen arbeitsunfähig sind, ein betriebliches Eingliederungsmanagement anzubieten und gegebenenfalls einzuleiten (§ 84 Absatz 2 SGB IX). Ob die Arbeitsunfähigkeit in einem ursächlichen Zusammenhang mit dem (konkreten) Arbeitsplatz steht, spielt dabei keine Rolle. Das Betriebliche Eingliederungsmanagement soll alle Maßnahmen aktivieren, die geeignet sind, die Arbeitsunfähigkeit zu beenden und die Beschäftigte beziehungsweise den Beschäftigten mit gesundheitlichen Problemen oder Behinderung möglichst dauerhaft auf einem geeigneten Arbeitsplatz einzusetzen.
- Eine stufenweise Wiedereingliederung im Rahmen der medizinischen Rehabilitation kann ein geeigneter erster Schritt bei einem gleitenden Übergang zurück in die Erwerbstätigkeit sein. Durch eine stufenweise, das heißt zeitlich gestaffelte Wiederaufnahme der Tätigkeit soll die noch arbeitsunfähige Arbeitnehmerin oder der noch arbeitsunfähige Arbeitnehmer kontinuierlich an die Belastungen des Arbeitsplatzes herangeführt werden.³⁷ Erfolg versprechend erscheint bei dem betroffenen Personenkreis eine stufenweise Wiedereingliederung insbesondere mit therapeutischer Begleitung.
- Das vorrangige Ziel, ein bestehendes Arbeitsverhältnis beim bisherigen Arbeitgeber zu erhalten, kann durch weitere Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unterstützt werden. Dazu zählen die behinderungsgerechte Umgestaltung der Arbeitsumgebung, gegebenenfalls Qualifizierungsmaßnahmen oder auch die Umsetzung auf einen anderen Arbeitsplatz, der Einsatz von technischen Arbeitshilfen oder Assistenzsystemen, aber auch befristete Eingliederungszuschüsse.
- Integrationsämter können bei Vorliegen der Schwerbehinderteneigenschaft flankierend Leistungen der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben erbringen, wie eine investive Förderung bei einer Umsetzung auf einen anderen Arbeitsplatz, betriebliches Arbeitstraining (Job Coaching) oder die Erstattung außergewöhnlicher Belastungen eines Arbeitgebers. Auch personelle Unterstützung (besonderer Betreuungsaufwand), das heißt außergewöhnliche Aufwendungen in Form von zusätzlichen Personalkosten anderer Beschäftigter, gelegentlich auch externer Betreuerinnen und Betreuer, können - bei Bedarf auch dauerhaft - gefördert werden. Gemeint sind damit Unterstützungs- und Betreuungsleistungen für den schwerbehinderten Menschen bei der Arbeitstätigkeit. Beispiele hierfür sind die ständig erforderliche Mithilfe von Arbeitskolleginnen und -kollegen bei der Arbeitsausführung oder die behinderungsbedingte längere oder wiederkehrende Unterweisung am Arbeitsplatz bei einem kognitiv beeinträchtigten Menschen, weiterhin der Minderleistungsausgleich, das heißt die Übernahme der anteiligen

³⁷ Diese Form der medizinischen Rehabilitation ist in § 28 SGB IX generell Bestandteil der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen.

Lohnkosten von solchen schwerbehinderten Menschen, deren Arbeitsleistung aus behinderungsbedingten Gründen erheblich hinter dem Durchschnitt vergleichbarer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer im Betrieb zurückbleibt.

6.4.4 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei (drohendem) Verlust des Arbeitsplatzes, Arbeitslosigkeit oder erstmaligem Eintritt in den Arbeitsmarkt

Sofern eine Rückkehr an den bisherigen Arbeitsplatz noch nicht möglich ist, eine innerbetriebliche Umsetzung ausscheidet, kein Arbeitsverhältnis mehr besteht oder eine Erwerbsausübung noch nicht stattgefunden hat, sind folgende Teilhabeleistungen möglich:

- Maßnahmen zur Berufsfindung und Arbeitserprobung (berufliche Anpassung) sowie zur Berufsvorbereitung, Ausbildung oder Umschulung entweder in einem besonders betreuten betrieblichen Kontext oder in spezifischen Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation wie Berufsbildungs- oder Berufsförderungswerken sowie vergleichbaren Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation und medizinisch-beruflichen Rehabilitation.
- Unterstützte Beschäftigung für Personen mit besonderem Unterstützungsbedarf, bei denen die Strategie „Erst platzieren, dann qualifizieren“ Erfolg versprechender als eine standardisierte Förder- und Umschulungsmaßnahme erscheint. Unterstützte Beschäftigung umfasst die individuelle betriebliche Qualifizierung, Einarbeitung und Begleitung mit dem Ziel, ein reguläres Arbeitsverhältnis herbeizuführen.³⁸ Die dabei nutzbare Methode des „Job-Carving“ eröffnet gerade für neurologisch behinderte Menschen neue Chancen, indem Abläufe in einem Unternehmen mit dem Ziel untersucht werden, einen neuen Aufgaben- und Tätigkeitsbereich herauszuarbeiten, der einerseits dem individuellen Leistungsprofil entspricht und andererseits dem Unternehmen wirtschaftlich nutzt.
- Bei der Suche nach einem neuen Arbeitsplatz und der Akquise eines geeigneten Betriebs kann der Rehabilitationsträger oder der zuständige Träger der Arbeitsvermittlung (Agentur für Arbeit oder Jobcenter) einen Integrationsfachdienst oder eine andere geeignete Stelle beauftragen. In vielen Fällen erhalten bereits auch Träger der beruflichen Qualifizierung zusammen mit dem Bildungsauftrag einen Auftrag zur Vermittlung nach Abschluss einer Maßnahme.
- Kann ein neuer Ausbildungs- oder Arbeitsplatz gefunden werden und bedarf dies einer Unterstützung, stehen alle Hilfen zur Verfügung, die bereits im Kapitel „Rückkehr in den früheren Betrieb“ (vgl. Kapitel 6.4.2 und 6.4.3) genannt wurden. Von besonderer Bedeutung sind dabei folgende Instrumente:
 - Eingliederungszuschüsse (EGZ) des zuständigen Rehabilitationsträgers,
 - behinderungsgerechte Gestaltung und Ausstattung des Arbeitsplatzes,
 - Zuschüsse durch das Integrationsamt zu den Investitionskosten für die Schaffung eines neuen geeigneten Ausbildungs- und Arbeitsplatzes. Zu den förderungsfähigen Kosten gehören die gesamten Investitionskosten für den neuen Arbeitsplatz, nicht nur die besonderen behinderungsbedingten Aufwendungen.

38 BAR (2010): Gemeinsame Empfehlung „Unterstützte Beschäftigung“

- psychosoziale Begleitung im Rahmen der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben durch einen Integrationsfachdienst (IFD),
- ergänzendes betriebliches Arbeitstraining oder Job Coaching: Dabei handelt es sich um eine Qualifizierung unmittelbar am Arbeitsplatz durch eine Arbeitstrainerin oder einen Arbeitstrainer (Coach). Diese Unterstützung ist für Menschen mit neurologischen Behinderungen sinnvoll, wenn das Anforderungsprofil der Arbeit und das eigene Fähigkeitsprofil (noch) nicht übereinstimmen. Eine Arbeitstrainerin oder ein Arbeitstrainer integriert sich als »Kollege auf Zeit« in den betrieblichen Ablauf. Sie oder er arbeitet mit, leitet an, klärt auf und baut Kommunikationsbrücken.

Stößt eine Vermittlung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt trotz Ausschöpfens aller Teilhabeleistungen und Fördermöglichkeiten sowie des Einsatzes eines IFD auf besondere Schwierigkeiten, kann eine Beschäftigung in einem Integrationsprojekt angestrebt werden. Integrationsprojekte sind rechtlich und wirtschaftlich selbstständige Unternehmen (Integrationsunternehmen) oder unternehmensinterne Betriebe (Integrationsbetriebe) oder Abteilungen (Integrationsabteilungen) für besonders betroffene schwerbehinderte Menschen. Bei den Integrationsprojekten handelt es sich um ein wachsendes Beschäftigungsangebot, das rechtlich dem allgemeinen Arbeitsmarkt zuzurechnen ist, faktisch aber eine Brücke zwischen den Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) und dem allgemeinen Arbeitsmarkt darstellt³⁹.

Kommt eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht oder noch nicht in Frage und kann auch eine teilgeschützte Beschäftigung in einem Integrationsprojekt nicht realisiert werden, kommt eine Aufnahme in einer WfbM in Betracht. Hierbei spielt die konzeptionelle Ausgestaltung einer bedarfsgerechten Förderung der betroffenen Menschen eine besondere Rolle.

Die Leistung beginnt mit einem Eingangsverfahren und geht über in den Berufsbildungsbereich. Darauf folgt der dauerhafte Arbeitsbereich, meist in Zuständigkeit des Sozialhilfeträgers, wenn dieser eine so genannte wesentliche Behinderung feststellt. Die in den WfbM beschäftigten behinderten Menschen haben einen arbeitnehmerähnlichen Rechtsstatus. Sie erhalten ein Arbeitsentgelt, das aus dem Produktionserlös der WfbM gezahlt wird. Sie sind unfall-, kranken-, pflege- und rentenversichert, jedoch nicht in die Arbeitslosenversicherung einbezogen. So genannte betriebsintegrierte oder ausgelagerte Arbeitsplätze der WfbM in regulären Betrieben und Dienststellen werden derzeit immer häufiger angeboten mit dem Ziel der Integration. Unter Berücksichtigung des Inklusionsansatzes ist jedoch die Beschäftigung von Menschen mit Behinderung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt anzustreben. Hierfür sind entsprechende Rahmenbedingungen zu schaffen.

³⁹ Anschriften und weitere Hinweise zu Integrationsfirmen finden sich bei Rehadat (www.rehadat.de). Auch Integrationsämter geben dazu Auskunft.

6.4.5 Nachteilsausgleiche

Teilhabe am Arbeitsleben wird - neben den genannten Leistungen - durch weitere sozialrechtliche Regelungen in Form von Nachteilsausgleichen gefördert, jedoch nur unter der Voraussetzung, dass neurologisch behinderte Menschen einen Schwerbehindertenstatus haben. Wer als schwerbehindert anerkannt ist, erhält einen Schwerbehindertenausweis, der den Grad der Behinderung von 50 oder mehr bescheinigt. Die Anerkennung erfolgt auf Antrag durch das zuständige Versorgungsamt.

Neurologisch behinderte Menschen gehören in der Regel zum besonders geschützten Personenkreis der schwerbehinderten Menschen. Sie können persönliche Nachteilsausgleiche, zum Beispiel Steuervergünstigungen, und die Förderleistungen des Integrationsamtes in Anspruch nehmen. Menschen mit einem Grad der Behinderung von 30 oder 40 können schwerbehinderten Menschen gleichgestellt werden, wenn sie infolge ihrer Behinderung ohne die Gleichstellung keinen geeigneten Arbeitsplatz bekommen können oder ihren Arbeitsplatz verlieren würden. Einen Gleichstellungsbescheid erteilt die zuständige Agentur für Arbeit auf Antrag.

NEUROLOGISCH BEHINDERTE MENSCHEN GEHÖREN IN DER REGEL ZUM BESONDERS GESCHÜTZTEN PERSONENKREIS DER SCHWERBEHINDERTEN MENSCHEN.“

Bei der amtlichen Anerkennung der Schwerbehinderung geht es um die Einschätzung der behinderungsbedingten Einschränkungen und deren Folgen für die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Die Bewertung erfolgt auf der Grundlage der seit 2009 geltenden Versorgungsmedizin-Verordnung mit den zugehörigen Versorgungsmedizinischen Grundsätzen (GdS/GdB-Tabelle⁴⁰). Die Versorgungsmedizin-Verordnung enthält allgemeine Beurteilungsregeln sowie zahlreiche Einzelangaben zu neurologischen Erkrankungen, aus denen zu entnehmen ist, wie hoch der Grad der Behinderung bei welcher Diagnose festzusetzen ist. Neurologische Erkrankungen, insbesondere nicht sichtbare, sind häufig nicht einfach und einheitlich zu erfassen, auch ihre Auswirkungen für die Teilhabemöglichkeiten sind schwerer zu bewerten als bei anderen körperlichen Behinderungen. Daher haben Menschen mit neurologischen Erkrankungen mitunter Schwierigkeiten, als schwerbehindert anerkannt zu werden. Die Aufgabe der professionellen Kräfte und weiterer beratender Dienste besteht deshalb auch darin, neurologisch erkrankte Menschen bei der Antragstellung zu beraten und gegebenenfalls deutlich zu machen, dass mit der amtlichen Anerkennung ein besonderer Schutz im Arbeitsleben und zahlreiche Fördermöglichkeiten verbunden sind.

⁴⁰ Enthalten in BMAS-Broschüre „Versorgungsmedizin-Verordnung“, abrufbar unter: www.bmas.de/DE/Service/Publikationen/inhalt.html

6.4.6 Besonderer Kündigungsschutz als besondere Form des Nachteilsausgleichs

Ein Nachteilsausgleich ist der besondere Kündigungsschutz. Danach müssen Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber vor der Kündigung von schwerbehinderten Beschäftigten die Zustimmung des Integrationsamtes einholen. Erst wenn dieses zugestimmt hat, kann der Arbeitgeber die Kündigung aussprechen. Diese Regelung dient dazu, vor dem »letzten Mittel Kündigung« zunächst alle Möglichkeiten auszuschöpfen, den Arbeitsplatz für den betroffenen Menschen zu erhalten, etwa mit Hilfe einer Arbeitsplatzanpassung oder -ausstattung oder durch finanzielle Unterstützung. Schwerbehinderte Beschäftigte in Betrieben oder Dienststellen haben eine eigene Interessenvertretung. Sind in einem Betrieb oder einer Dienststelle mindestens fünf schwerbehinderte Menschen beschäftigt, dürfen diese eine Schwerbehindertenvertretung (Vertrauensperson) und wenigstens ein stellvertretendes Mitglied wählen. Aufgabe der Schwerbehindertenvertretung ist die Interessenvertretung für die Gruppe der schwerbehinderten Beschäftigten, aber auch die individuelle Beratung und Unterstützung einzelner schwerbehinderter Beschäftigter. Dies gilt unabhängig von der Art der Behinderung, also auch für neurologisch behinderte Menschen. Darüber hinaus gehört es zu den Aufgaben der Schwerbehindertenvertretung, behinderte Menschen zu beraten und zu unterstützen, zum Beispiel bei einem betrieblichen Eingliederungsmanagement oder bei einer stufenweisen Wiedereingliederung, die auf betriebliche Akzeptanz und kollegiales Entgegenkommen angewiesen sind.

6.5 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 Erziehungsberechtigte⁴¹. 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.

Je nach Art und/oder Schwere der Beeinträchtigung sind in der Phase E unterschiedliche therapeutische, pflegerische, medizinische oder pädagogische Maßnahmen notwendig. Es ist wichtig, die sensiblen Phasen der Kinder und Jugendlichen zu nutzen und frühzeitig therapeutisch und/oder pädagogisch zu unterstützen, wobei alle Entwicklungsbereiche unter Einbezug des Umfeldes berücksichtigt werden müssen. Kinder und Jugendliche mit schweren Körper- und Mehrfachbehinderungen und gegebenenfalls Beatmungspflicht müssen ebenfalls frühzeitig ganzheitlich von einem interdisziplinären Team betreut werden. Dazu müssen Kinderärztinnen und -ärzte, Kinderkranken- und Gesundheitspflegerinnen und -pfleger, Therapeutinnen und Therapeuten, Pädagoginnen und Pädagogen eng miteinander kooperieren. Eine nahtlose Versorgung mit den verschiedenen Leistungen muss realisiert werden mit dem Ziel der Inklusion. Dies kann nur umgesetzt

41 BAR (2007): Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe schädel-hirn-verletzter Kinder und Jugendlicher

42 Kultusministerkonferenz (2011): Inklusive Bildung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen in Schulen

43 Deutsches Institut für Menschenrechte (2011): Stellungnahme der Monitoring-Stelle - Eckpunkte zur Verwirklichung eines inklusiven Bildungssystems

KAPITEL 6

werden, wenn die betroffenen Kinder und Jugendlichen nicht langfristig stationär sondern in geeigneten Wohn- und Rehabilitationseinrichtungen oder zu Hause bei der Familie betreut werden können. Teilhabe für Kinder und Jugendliche mit neurologischen Erkrankungen/Schädigungen bedeutet zudem, Erfahrungen außerhalb von Einrichtungen machen zu können, Selbstwirksamkeit zu erfahren und aktiv das Leben mitgestalten zu dürfen.

Ein entsprechend interdisziplinäres Team soll die Kinder und Jugendlichen frühzeitig diagnostizieren, fördern, therapieren und deren Eltern umfassend beraten und begleiten. Dabei muss eine ressourcenorientierte Perspektive eingenommen werden, die alle Entwicklungsbereiche des Kindes beziehungsweise des Jugendlichen umfasst. Diverse Maßnahmen und Hilfen werden berücksichtigt:

- Früherkennung und Frühförderung (in interdisziplinären Frühförderstellen oder Sozialpädiatrischen Zentren),
- regelmäßige (Förder-)Diagnostik,
- niedrigschwellige, aufsuchende und umfassende Beratung und Unterstützung der Eltern beziehungsweise Erziehungsberechtigten zu allen Fragen der Behandlung und Rehabilitation sowie vorschulischen und schulischen Inklusion sowie Teilhabe am Leben in der Gesellschaft,
- Beratung und Unterstützung bei der (vor-)schulischen (Wieder-)Eingliederung (zum Beispiel Auswahl einer geeigneten Schule) und Vorbereitung des Kindes beziehungsweise des Jugendlichen auf die (Wieder-) Aufnahme in einer Tageseinrichtung oder Schule,
- Hilfen (vor allem auch Schaffung erforderlicher materieller, personeller, räumlicher und konzeptioneller Rahmenbedingungen) für eine angemessene Schulausbildung einschließlich inklusiver Beschulung im allgemeinen Bildungssystem,
- Ausbildung in lebenspraktischen Fertigkeiten und zur Bewältigung des Alltags für Kinder und Jugendliche.

Die räumliche Ausstattung muss den pflegerischen, therapeutischen und pädagogischen Anforderungen entsprechen und den hohen Bedarf der Kinder und Jugendlichen an Hilfsmitteln und entsprechenden pflegerischen, pädagogischen und therapeutischen Materialien (beispielsweise Snoezelraum, Materialien zur Wahrnehmungsförderung, barrierefreie Ausstattung, Diagnostiktests und Therapiematerialien) berücksichtigen.

Für Kinder im vorschulischen Alter ist entscheidend, dass sie in den allgemeinen Kindergarten oder in die Kindertageseinrichtung gehen (können). Neben einer engen Kooperation mit Stellen der Früherkennung und Frühförderung sowie Sozialpädiatrischen Zentren muss insbesondere interdisziplinäres Personal mit therapeutischer und pädagogischer Ausbildung innerhalb der Einrichtung vorhanden sein:

- Erzieherinnen und Erzieher mit entsprechender Zusatzqualifikation über Behinderung im Allgemeinen, Inklusion oder Spracherwerb bei Kindern mit Behinderung im Speziellen,
- Sprachtherapeutinnen und Sprachtherapeuten mit Zusatzausbildung in Unterstützter Kommunikation,
- Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten,

KAPITEL 6

- Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten,
- Motopädinnen und Motopäden,
- Rehabilitationspädagoginnen und Rehabilitationspädagogen,
- Heilpädagoginnen und Heilpädagogen,
- Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger (bei beatmeten Kindern mit entsprechender Zusatzqualifikation),
- gegebenenfalls Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger,
- gegebenenfalls Integrationshelferinnen und Integrationshelfer.

Beim Übergang vom Kindergarten in die Schule ist insbesondere darauf zu achten, dass die Wünsche von Eltern bei der Wahl der Schulform berücksichtigt werden. Um Kindern mit neurologischen Behinderungen einen allgemein anerkannten Schulabschluss zu ermöglichen, sind die Beschulung zunächst in einer allgemeinen Grundschule und anschließend ein nahtloser Übergang zur weiterbildenden allgemeinen Schule anzustreben.

Vor dem Hintergrund der UN-Behindertenrechtskonvention (Artikel 24) müssen Kinder und Jugendliche mit Behinderung die Möglichkeit haben, gemeinsam mit Kindern und Jugendlichen ohne Behinderung in die allgemeine (allgemeinbildende) Schule zu gehen. Neben den individuellen Bedarfen der betroffenen Kinder und Jugendlichen und ihrer Angehörigen müssen insbesondere folgende Maßnahmen und Strukturen in den allgemeinen Schulen etabliert und nachhaltig umgesetzt werden:

- Enge Kooperation der Schule mit der ambulanten oder stationären Rehabilitationseinrichtung sowie mit den behandelnden niedergelassenen (neurokompetenten) Ärztinnen und Ärzten sowie Therapeutinnen und Therapeuten,
- regelmäßige Beratung und Begleitung der Kinder und Jugendlichen sowie ihrer Eltern und Bezugspersonen,
- Ausstattung mit Hilfsmitteln und assistiven Technologien, wie der Einsatz von unterstützter Kommunikation,
- differenzierter, ganzheitlicher und individuell auf die Bedarfe der Schülerinnen und Schüler mit und ohne Beeinträchtigung ausgerichteter Unterricht,
- kleine Klassen (bezogen auf die Klassenstärke),
- dauerhafte Doppelbesetzung in der Klasse mit allgemeinbildendem Lehrpersonal und gleichzeitig einer Förderschullehrerin beziehungsweise einem Förderschullehrer mit beispielsweise dem Förderschwerpunkt körperliche Entwicklung (abhängig vom Bedarf des Kindes mit Behinderung),
- flexible Strukturen in Bezug auf den zeitweisen oder dauerhaften Einsatz von Therapeutinnen und Therapeuten im Unterricht bei Bedarf,
- Fort- und Weiterbildungsangebote für das Regelschulpersonal unter anderem zu den Themen Behinderung, Sonderpädagogik sowie Neurologie und Neuropsychologie.

Insbesondere weiterführende allgemeinbildende Schulen (Hauptschule, Gesamtschule, Realschule sowie Gymnasium) sind in besonderem Maße auf Kinder und Jugendliche mit neurologischen Erkrankungen und/oder Behinderungen vorzubereiten. Durch umfassende Unterstützung, zum Beispiel durch Heil- und Hilfsmittel oder persönliche Assistenz, sind der Erwerb eines allgemein gültigen Schulabschlusses und ein Arbeitsleben auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt anzustreben. Im Übrigen kann hier auf Kapitel 2.3 verwiesen werden.

6.6 **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 Vorgaben⁴⁴. 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.

6.7 **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 Gemein-

⁴⁴ Zum Beispiel Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses für die GKV

KAPITEL 6

schaft 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.

7 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 Teilhabepplans bezogen auf die Leistungserbringung in der Phase E⁴⁵,
- 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.

7.1 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.

Die Anforderungen an die Therapieinhalte, -intensität und -frequenz sind variabel und an den konkreten teilhabebezogenen Bedürfnissen der einzelnen Rehabilitandin beziehungsweise des einzelnen Rehabilitanden auszurichten. Dabei sind die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, die Gemeinsamen Empfehlungen und Rahmenvereinbarungen der BAR sowie Durchführungsbestimmungen der Leistungsträger zu berücksichtigen.

Wichtiges Element der ambulanten Versorgung ist die Behandlung durch eine Neurologin oder einen Neurologen beziehungsweise eine Ärztin oder einen Arzt für Nervenheilkunde, die/der die noch notwendigen Therapien verordnet, koordiniert und diese hinsichtlich ihrer Wirksamkeit im Verlauf bewertet. Die verantwortliche Ärztin beziehungsweise der verantwortliche Arzt begleitet

⁴⁵ BAR (2004): Gemeinsame Empfehlung „Teilhabepplan“, § 4 „Fortschreibung und Anpassung“

gemeinsam mit den Therapeutinnen und Therapeuten (Neuropsychologinnen und Neuropsychologen, Pädagoginnen und Pädagogen, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Sprachtherapeutinnen und Sprachtherapeuten, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Rehabilitationspädagoginnen und Rehabilitationspädagogen) den weiteren Behandlungs-/Rehabilitationsverlauf und nimmt erforderliche Anpassungen im Behandlungs-/Rehabilitationsprozess in Abhängigkeit vom Verlauf und unter Beachtung der Versorgungsziele vor.

7.2 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.⁴⁶

Deren Gegenstand ist die Benennung und nähere Beschreibung von Anforderungen an die Ausführung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch beziehungsweise in Berufsbildungswerke(n), Berufsförderungswerke(n) und vergleichbare(n) Einrichtungen für behinderte Menschen, für die aufgrund Art oder Schwere ihrer Behinderung oder zur Sicherung des Rehabilitationserfolges diese Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich sind. Dementsprechend werden insbesondere auch Anforderungen an Art und Umfang der besonderen Hilfen, die die Ausführung der Teilhabeleistungen in diesen Einrichtungen einschließlich etwaiger weiterer Standorte/Außenstellen, in besonderer Weise prägen, benannt und näher beschrieben. Des Weiteren werden Regelungen getroffen, wie das vorrangige Ziel erreicht werden kann, die Erwerbs-/Beschäftigungsfähigkeit von Menschen mit Behinderung zu erhalten, zu verbessern, oder (wieder) herzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern. Sonderregelungen gelten für Werkstätten für behinderte Menschen.

Zentrale Erfordernisse sind gemäß der Gemeinsamen Empfehlung nach § 35 SGB IX, dass die Einrichtung einen festen Standort hat, an dem sie ihre Leistungen kontinuierlich anbietet und ausführt, über qualifiziertes, in der Rehabilitation und Teilhabe erfahrenes Fachpersonal sowie über ein definiertes, spezialisiertes und bedarfsorientiertes Angebot von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben verfügt. Der Erfolg der Ausführung aller Leistungen hängt dabei in hohem Maße von einer engen vertrauensvollen Zusammenarbeit aller beteiligten Akteure ab.

⁴⁶ BAR (2012), Gemeinsame Empfehlung „Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“

8 *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.

8.1 *Vernetzung und Aufstellung eines Teilhabeplans*

Die erforderliche Vernetzung der Leistungserbringung soll die Überleitung von der medizinischen Rehabilitation in die ambulante Versorgung und den Übergang von der medizinischen Rehabilitation zur sozialen Re-Integration (in die Gesellschaft) und zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und an Erziehung und Bildung sowie zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft unterstützen. Diese Übergänge sind nahtlos durch die Rehabilitationsträger und die Leistungserbringer sowie unter Einbeziehung weiterer Personenkreise und Akteure (zum Beispiel Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber, Familie und Angehörige) zu gestalten.

Die Erstellung eines individuellen Teilhabeplans und die Festlegung der notwendigen Bedarfe bilden dabei ein wesentliches Mittel zur Erreichung einer einheitlichen Praxis der Feststellung und Durchführung der einzelnen Leistungen innerhalb des gegliederten Systems der Rehabilitation und Teilhabe. Dieser wird im Sinne der partizipativen Entscheidungsfindung und der Patientenorientierung gemeinsam mit den betroffenen Menschen und auf Wunsch mit den Angehörigen entwickelt und mit den nachgehenden Leistungsträgern und -erbringern abgestimmt. Der Teilhabeplan dient insbesondere auch dem Ziel einer besseren Leistungsverzahnung im Wege einer entsprechenden Koordination der Leistungen und Kooperation der Leistungsträger, vor allem als eine fachliche Grundlage für die Steuerung des Behandlungs- und Rehabilitationsprozesses. Der Teilhabeplan ist bei erforderlichen Leistungen zur Eingliederung in Arbeit mit der Eingliederungsvereinbarung nach § 15 SGB II, bei erforderlicher Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach §§ 53 ff. SGB XII mit dem Gesamtplan nach § 58 SGB XII und bei erforderlicher Hilfe zur Erziehung (§§ 27 ff. SGB VIII) oder Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche (§ 35a SGB VIII) mit dem Hilfeplan nach § 36 SGB VIII abzustimmen. Werden Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe in Form eines Persönlichen Budgets erbracht, ist der Teilhabeplan mit der Zielvereinbarung nach § 4 BudgetV (Budgetverordnung) abzustimmen.⁴⁷

8.2 *Kriterien für eine nahtlose nachgehende Versorgung und Teilhabe*

Übergänge an Schnittstellen im Versorgungssystem sollen nahtlos gestaltet werden, um den betroffenen Menschen und ihren Angehörigen Leistungen zur nachgehenden Versorgung und Teilhabe in allen Lebensbereichen zu ermöglichen. Dies erfordert sowohl von Seiten der Leistungserbringer als auch von Seiten der Leistungsträger feste Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner, die den betroffenen Menschen auch niederschwellig und nachhaltig zur Verfügung stehen.

⁴⁷ BAR (2004): Gemeinsame Empfehlung „Teilhabeplan“

Zur Unterstützung der betroffenen Menschen insbesondere an den Schnittstellen in der Versorgung bedarf es

- einer anbietenden, gegebenenfalls aufsuchenden fachkundigen und auf die Bedürfnisse der betroffenen Menschen ausgerichteten Beratung sowie des soziales Umfeldes durch die Leistungsträger und -erbringer (im Sinne der „sprechenden Medizin“ und partizipativen Entscheidungsfindung),
- einer fachlich fundierten Beratung durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation⁴⁸ sowie durch den Reha-Beratungsdienst⁴⁹,
- einer Einbeziehung der sozialen Dienste und Einrichtungen,
- einer barrierefreien Erreichbarkeit der Leistungsträger und Leistungserbringer,
- der Förderung der Selbstbestimmung und Selbstverantwortung durch ein Empowerment-Konzept, welches in den Beratungsstandards etabliert ist,
- umfassender Entlassungsberichte der Rehabilitationseinrichtungen, die den Nachsorgebedarf unter Teilhabeaspekten konkretisieren und den Leistungsträgern - unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorgaben - zur Verfügung gestellt werden,
- eines ungehinderten Zugangs der betroffenen Menschen und ihrer Angehörigen zu individuell bedarfsgerechten nachgehenden Teilhabeleistungen mit einer zeitnahen Bearbeitung durch die Leistungsträger,
- eines regelmäßigen, kritischen Hinterfragens der erreichten Teilhabeziele der betroffenen Person und der Anpassung des Teilhabeplans an neue Entwicklungen.

Hierbei gilt es in besonderer Weise zu beachten:

Bestimmte Beeinträchtigungen sind auf den ersten Blick bei Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen nicht offensichtlich erkennbar. Sie sind möglicherweise schneller überfordert oder benötigen mehr Zeit zur Lösung einer Aufgabe. Schon bei der Beantragung ebenso wie bei der Durchführung von Leistungen oder weiteren Maßnahmen ist zudem immer die Biografie, also auch das Leben vor dem Ereignis, dem Unfall, der Verletzung oder der Krankheit, einzubeziehen.

48 Vgl. BAR (2010): Rahmenvereinbarung Gemeinsame Servicestellen sowie BAR (2013): Qualitätssicherung in den Gemeinsamen Servicestellen – Ergänzung zur Rahmenvereinbarung

49 Wie Reha-Managerinnen und Reha-Manager beziehungsweise Berufshelferinnen und Berufshelfer bei der Gesetzlichen Unfallversicherung

9 Kasuistiken

Nachfolgend werden in fünf Fallbeispielen die Aufgaben und Möglichkeiten einer rehabilitativen Versorgung in der Phase E von Menschen mit erworbener Hirnschädigung als wahrscheinliche Hauptindikation für den Zugang zur Phase E illustriert. Namen und Umstände der Fälle sind anonymisiert. Die Auswahl erfolgt aus der Dokumentation der Behandlungsverläufe aus einer Praxis für ambulante neurologische Komplexbehandlung und Nachsorge (Modellpraxis), aus einer Einrichtung für berufliche Rehabilitation für Menschen mit neurologischen Schädigungen sowie aus einer neurologischen Rehabilitationsklinik für Kinder und Jugendliche. In den Beispielen sollen für die Phase E relevante Aspekte beleuchtet werden. Eine Fallstrukturierung nach ICF-Komponenten wird nachfolgend zu jedem Fallbeispiel vorgenommen.

Fallbeispiel 1 (schwere motorische Beeinträchtigung; Betrachtungszeitraum vier Monate) zeigt modellhaft Möglichkeiten, wie eine Patientin, die die stationäre Versorgungskette durchlaufen hat, sich aber medizinisch noch immer in einem deutlich eingeschränkten funktionellen Zustand befindet (Barthel-Index von 60 bei Entlassung aus der Phase C), durch eine alltags- und teilhabeorientierte Behandlung wieder Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft erreicht.

Fallbeispiel 2 (leichte kognitive Beeinträchtigung; Betrachtungszeitraum circa zwei Jahre) weist auf die Bedeutung von Kontextfaktoren hin. Nach einer zunächst gelungenen sozialen und beruflichen Wiedereingliederung verändern sich Kontextfaktoren (hier: Wechsel der Vorgesetzten), welche eine erneute rehabilitative Behandlung notwendig macht. Es ist erforderlich, solche - die Teilhabe beeinträchtigenden - Kontextfaktoren frühzeitig zu identifizieren.

Fallbeispiel 3 (schwere kognitive Beeinträchtigung; Betrachtungszeitraum circa vier Jahre) zeigt die Auswirkung komplexer neuropsychologischer Funktionsstörungen auf die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft und unterstreicht, dass Verbesserungen in solchen komplexen neuropsychologischen Störungen (wie hier der Awareness-Störung) erst nach Zeiträumen eintreten können, die weit über die rehabilitative Regelversorgung hinausreichen. Zudem wird die Komplexität der Zuständigkeiten beleuchtet, die ein gutes Versorgungsmanagement erforderlich macht.

Fallbeispiel 4 (leichte bis mittelgradige kognitive Beeinträchtigung; Betrachtungszeitraum sieben Monate) fokussiert einen möglichen Verlauf der beruflichen Rehabilitation einer Person mit einer neurologischen Erkrankung. Die Perspektive wird dabei auf die individuellen Ressourcen (Interessen, Fertigkeiten und Fähigkeiten) gerichtet, um eine adäquate Beschäftigung zu erproben mit dem Ziel der Wiedereingliederung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Zu berücksichtigen sind immer auch die psychische Verfassung sowie das soziale Umfeld.

Fallbeispiel 5 (mittelgradige kognitive Beeinträchtigung; Betrachtungszeitraum 27 Jahre) zeigt Möglichkeiten der schulischen Rehabilitation und für die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft von Kindern und Jugendlichen mit neurologischer Erkrankung.

9.1 Fallbeispiel 1, weibliche Servicekraft, 50 Jahre

Frau B., die zum Zeitpunkt der Erkrankung halbschichtig in einem Cateringservice tätig war, hatte als 50-jährige Patientin eine intrazerebrale Blutung (Gehirnblutung) im Bereich der Stammganglien erlitten. Anamnestisch erwähnenswert ist, dass sie bereits zwei Jahre zuvor eine intrazerebrale Blutung in der linken Kleinhirnhemisphäre erlitten hatte. Die Akutversorgung erfolgte zunächst auf der neurologischen Abteilung eines regionalen Krankenhauses, im weiteren Verlauf dann in einer neurologischen Universitätsklinik. Der stationäre Aufenthalt dort betrug insgesamt 19 Tage. Im Anschluss daran wurde eine stationäre postakute Rehabilitationsmaßnahme eingeleitet. Der stationäre Aufenthalt in der Reha-Klinik betrug insgesamt zwei Monate. Die Rehabilitationsmaßnahme erfolgte durchgängig zu Lasten der GKV.

Im Vordergrund des Krankheitsbildes stand bei der Rechtshänderin eine schwere, ausgeprägte armbetonte spastische Hemiparese links. Frau B. war dadurch in ihrer Selbstversorgung und in ihrer Mobilität einschließlich des Arm- und Handgebrauches schwer beeinträchtigt. Sie war linksseitig bei Aufnahme in die stationäre Rehabilitation komplett hemiplegisch. Im Verlauf konnte die Rumpfstabilität verbessert werden. Bei Entlassung aus der stationären Rehabilitation konnte Frau B. wenige Schritte und nur mit Unterstützung eines Therapeuten gehen. Der linke Arm und die linke Hand waren ohne Funktion. Das Ausmaß der Selbsthilfeleistungen zeigte sich zwar verbessert gegenüber dem Eingangsbefund, jedoch war Frau B. bei Entlassung noch immer auf Hilfe beim An- und Auskleiden und beim Duschen angewiesen. Sie wurde mit einem Barthel-Index von 60 Punkten in die häusliche Versorgung entlassen, angewiesen auf die Hilfe der Angehörigen. Als Nachsorgeempfehlung wurden hochfrequente Physiotherapie, Ergotherapie und neuropsychologische Therapie für notwendig erachtet, um, wie der Entlassungsbericht mitteilt, „die Gehfähigkeit wieder herzustellen und um eine vollständige Selbstständigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens zu erreichen“. Ambulante Heilmittelerbringung im Hausbesuch erwies sich als in keiner Weise geeignet, den funktionellen Zustand von Frau B. so zu verbessern, dass diese Ziele erreichbar wurden. Ambulante neuropsychologische Behandlung war im Versorgungssystem zu diesem Zeitpunkt nicht verfügbar. Die Teilhabe in den Bereichen Selbstversorgung, Mobilität, häusliches Leben, gemeinschaftliches Leben sowie Arbeit und Beschäftigung, hier bezahlte Tätigkeit, war noch hochgradig bis vollständig beeinträchtigt.

Frau B. begab sich in ambulante Behandlung in einer Praxis für neurologische Komplexbehandlung und Nachsorge mit einem interdisziplinären und integrativen ganztägigen Behandlungskonzept. Bei Aufnahme der Behandlung war sie noch vollständig auf den Rollstuhl angewiesen. Mit therapeutischer Unterstützung waren zwar wenige Schritte innerhalb des Hauses möglich, allerdings bestand eine ausgeprägte Sturzgefahr und auch eine damit korrespondierende Fallangst bei Frau B. Die Schwerpunkte des intensiven Trainings lagen zunächst auf der Erarbeitung einer ausreichenden posturalen Kontrolle sowie der Verbesserung der Selbsthilfeleistungen, das heißt Anziehen und Waschen. Im Verlauf der insgesamt vier-monatigen ambulanten Komplexbehandlung, die zu Lasten der GKV erfolgte, konnte Frau B. zunächst eine ausreichende innerhäusliche Mobilität unter Benutzung zunächst eines Vier-Punkt-Stockes erreichen. Im weiteren Verlauf konnte sie sich komplett selber versorgen und war nicht mehr auf Unterstützung und Pflegeleistungen von den Angehörigen angewiesen. Die Mobilität erweiterte sich dann auf das außerhäusliche Gehen. In der letzten Phase der ambulanten Komplexbehandlung konnte Frau B. die Fähigkeit zur selbstständigen Haushalführung wieder erlangen, das heißt Planen, Vorbereiten, Einkaufen und

Zubereiten von Mahlzeiten und häusliche Reinigungsaufgaben durchführen. Die außerhäusliche Gehfähigkeit konnte sie unter therapeutischer Anleitung auch auf die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel (S-Bahn, U-Bahn, Omnibus und Straßenbahn) erweitern. Zuletzt war sie in der Lage, ohne Hilfsmittel eine Gehstrecke von einem Kilometer problemlos zu bewältigen. Sie konnte am Ende in eine vollständige Teilhabe hinsichtlich Mobilität und häusliches Leben entlassen werden, obwohl funktionelle Beeinträchtigungen durch die spastische Hemiparese weiterhin bestanden: Das Gehen war nur verlangsamt und im typischen spastischen Muster (Wernicke-Mann-Gang) möglich. Die linke Hand konnte nur als Haltehand eingesetzt werden; unabhängige Fingerbewegungen und das Manipulieren von Gegenständen war links nicht möglich. Wesentliche Ursache in diesem hinsichtlich der wieder erreichten Teilhabe bemerkenswerten Rehabilitationsverlauf waren fördernde personbezogene Kontextfaktoren, hier vor allem eine außerordentlich positive Lebenshaltung und hohe Motivation sowie die Fähigkeit, die Erkrankung und ihre Folgen zu akzeptieren und bestmögliche Wege zur Überwindung der Einschränkungen zu suchen – ein konstruktiver Coping-Stil.

Als hilfreich erwies sich auch die Möglichkeit, über einen ausreichend langen Zeitraum hinweg in der Therapie mit einem interdisziplinären und teilhabebezogenen Behandlungskonzept alltagsbezogen üben zu können.

Von der gesetzlichen Rentenversicherung bezieht Frau B. derzeit eine Erwerbsminderungsrente auf Zeit.

Fallbeispiel 1, weibliche Servicekraft, 50 Jahre – Fallstrukturierung nach ICF-Komponenten

[+] Förderfaktoren;
[-] Hemmende Faktoren/Barrieren

Gesundheitsproblem (ICD):

intrazerebrale Blutung im Bereich der Stammganglien (I61.0) mit armbetonter linksseitiger spastischer Hemiparese (G81.1), Z. n. Kleinhirnblutung 2 Jahre zuvor (I61.4)

Körperfunktionen (b) und -strukturen (s):

- Störung der Kontrolle von Willkürbewegungen der linksseitigen Extremitäten (b760) sowie des Bewegungsmusters beim Gehen (b770)
- Störungen der emotionalen Funktion (b152) insbesondere Fallangst
- Schädigung der Hirnstruktur (s110)

Aktivitäten:

- Beeinträchtigung des Hand- und Armgebrauchs (d445)
- Beeinträchtigung der Mobilität aufgrund der linksseitigen Hemiparese (d450, d460)

Teilhabe:

- Beeinträchtigung der Selbstversorgung, wie sich waschen (d510), Toilette benutzen (d530), sich kleiden (d540)
- Beeinträchtigungen im häuslichen Leben, wie Einkäufen (d620) und Erledigen von Hausarbeiten (d640)
- Schwierigkeiten bei der beruflichen Re-Integration bei bislang fehlender Leistungsfähigkeit (d845)

Umwelfaktoren:

- medizinische Rehabilitation [+]
- im GKV-System seinerzeit nicht verfügbare neuropsychologische Behandlung [-]
- ambulante neurologische Komplexbehandlung und Nachsorge [+]
- Hilfsmittelversorgung und -anbahnung (anfangs Rollstuhlversorgung, dann Vier-Punkt-Stock) [+]
- gute Infrastruktur des Sozialraumes [+]
- Erwerbsminderungsrente auf Zeit [+]

Personbezogene Faktoren:

- Bis zur Erkrankung halbschichtige Tätigkeit bei einem Cateringservice [+]
- Einstellung zur Krankheit [+]
- Einstellung zu Hilfsmitteln [+]
- Zufriedenheit (Einstellung) mit unmittlbarer Lebenslage [+]
- Hohe Motivation bei der Suche nach Wegen zur Krankheitsbewältigung zum Beispiel über Teilnahme an der Rehabilitation [+]

9.2 Fallbeispiel 2, Teilzeitbeschäftigte, 42 Jahre

Frau S. war bei einer großen Firma in Teilzeitarbeit mit einem Vertrag über 20 Stunden pro Woche in einem kreativen Aufgabengebiet beschäftigt. Die zum Zeitpunkt der Erkrankung 42-jährige Patientin erlitt aus medizinisch nicht geklärter Ursache einen Myokardinfarkt (Herzinfarkt). Es kam zu Kammerflimmern mit funktionellem Herz-Kreislaufstillstand und nachfolgender Hirnschädigung durch Sauerstoffmangel (Hypoxie). Der Lebensgefährte von Frau S., der sie – beunruhigt durch ihre lange Abwesenheit zur Zigarettenpause – suchte, fand sie leblos vor. Der nach kurzer Zeit eintreffende Notarzt führte eine kardiopulmonale Reanimation durch. Die stationäre Akutversorgung erfolgte danach in einer kardiologischen Schwerpunktlinik. Dort wurde eine leichte Herzkranzgefäßerkrankung festgestellt mit guter Herzfunktion.

Im Anschluss an die Akutversorgung befand sich Frau S. wegen der noch bestehenden neurologischen Folgen des Herzinfarktes in einer neurologischen Fachklinik zur stationären (dreiwöchigen) Anschlussheilbehandlung (AHB) zu Lasten der Deutschen Rentenversicherung. In der Eingangsuntersuchung wurde ein insgesamt unauffälliger neurologischer Gesamtbefund festgestellt. Als Funktionsstörungen wurden eine eingeschränkte Ausdauer, Belastbarkeit, residuale Gleichgewichtsstörung und Aufmerksamkeitsstörungen benannt. Die neuro-psychologische Untersuchung ergab Defizite in der Aufmerksamkeitsaktivierung, der Aufmerksamkeitsteilung und der Daueraufmerksamkeit. Im Gedächtnis waren leichte bis moderate Einschränkungen im freien Abruf verbaler Information festzustellen. Bei räumlich konstruktiven und exekutiven Anforderungen zeigten sich deutlichere Einschränkungen. Bei der Entlassungsuntersuchung konnte Frau S. jedoch deutlich verbesserte Ergebnisse erzielen. Jedoch zeigten sich noch leichte Defizite in der Aufmerksamkeitsteilung, in der visuellen räumlichen Aufmerksamkeit und in den exekutiven Leistungen. Deutliche Einschränkungen lagen zudem noch im Arbeitsgedächtnis und bei den Aufmerksamkeitsspannen vor. Der neuropsychologische Abschlussbericht der Reha-Klinik teilte auch mit, dass Frau S. in ihrer Stimmung stabil und ausgeglichen war. In der Krankheitsverarbeitung stehe sie dem Ereignis des durchgemachten Herzinfarktes aber eher distanziert und emotional indifferent gegenüber. Die Störungswahrnehmung für die festgestellten kognitiven Defizite sei eingeschränkt. Diese Einschränkung der Störungswahrnehmung erweist sich jedoch als Teil des Gesundheitsproblems und ist nicht als personbezogener Kontextfaktor zu betrachten.

Nach Entlassung aus der stationären Rehabilitation stellte sich Frau S. in einer Praxis für ambulante neurologische Komplexbehandlung und Nachsorge vor. Dort berichtete sie, dass sie keine wesentlichen Beeinträchtigungen mehr wahrnehme. Die nochmals durchgeführte neuropsychologische Testung ergab deutliche, stark unterdurchschnittliche Einschränkungen im Arbeitsgedächtnis und bei den Aufmerksamkeitsspannen sowie leichte Einschränkungen im kurzfristigen Abruf im Wortlistenlernen. Ansonsten waren die Ergebnisse durchschnittlich. Frau S. wünschte eine stufenweise (berufliche) Wiedereingliederung, ohne zur Vorbereitung auf die beruflichen Anforderungen noch ein ambulantes kognitives Training durchzuführen.

Es erfolgte daraufhin eine stufenweise Wiedereingliederung über die Krankenkasse mit zunächst einer Belastung von drei Stunden täglich an drei Tagen in der Woche. Die Maßnahme erfolgte in direkter Abstimmung mit Frau S. selbst, einer Vertreterin der Abteilung Personalservice und Gesundheitsmanagement der Firma und dem betreuenden Neurologen. Im Verlauf wurde sie im wöchentlichen Abstand medizinisch begleitet. Die Belastungszeiten wurden – in Anpassung an

den klinischen Verlauf – nach jeweils vier Wochen gesteigert. Nach insgesamt elf Wochen konnte die Wiedereingliederungs-Maßnahme erfolgreich abgeschlossen werden. Danach bestand wieder volle Arbeitsfähigkeit. Frau S. konnte ihre Teilzeittätigkeit mit 20 Stunden pro Woche wieder ausfüllen.

Nach 1½ Jahren stellte sich Frau S. erneut wieder in der Praxis für ambulante neurologische Komplexbehandlung und Nachsorge vor, nachdem sich gezeigt hatte, dass sie nach einer zunächst scheinbar gelungenen stufenweisen Wiedereingliederung letztendlich den Anforderungen in ihrer Arbeitssituation nicht gewachsen war. Der Grund lag zum einen in der noch immer reduzierten Belastbarkeit und darin, dass sie dafür nur eine eingeschränkte Wahrnehmung besaß. Bei der erneuten neuropsychologischen Untersuchung zeigten sich jetzt gegenüber den Voruntersuchungen leicht verschlechterte kognitive Leistungen mit deutlicheren Einschränkungen in den Aufmerksamkeitsleistungen, das heißt in der Konzentrationsfähigkeit und damit in der kognitiven Belastbarkeit. Zum anderen stellte sich heraus, dass der Chef von Frau S., der ihre stufenweise Wiedereingliederung und auch die danach folgende normale berufliche Tätigkeit wohlwollend gefördert und unterstützt hatte, aus Altersgründen in den Ruhestand gegangen war. Sein Führungsstil war eher direktiv und stark strukturiert gewesen. Allerdings hatte er auf krankheitsbedingte Einschränkungen auch Rücksicht genommen. Die Nachfolgerin in dieser Position war eine jüngere Kollegin, die von der gesamten medizinischen Vorgeschichte von Frau S. nichts wusste. Ihr Führungsstil war zwar kollegial, aber auch fordernd mit deutlich höheren Leistungsansprüchen an die Mitarbeiter, und sie verlangte von diesen in höherem Umfang Initiative und Selbstorganisation, so auch bei Frau S. Dass Frau S. auch in den Bereichen Planung, Organisation und Selbstinitiierung noch Einschränkungen hatte, war bislang nicht deutlich geworden. In der neuen Situation zeigte sich sehr rasch, dass sie den Anforderungen jetzt nicht gewachsen war. Die Einschränkungen in den Komponenten der Gesundheit betrafen also sowohl Körperfunktionen als auch umweltbezogene Kontextfaktoren in Form des Führungswechsels in der Abteilung von Frau S.

Zunächst folgte eine Zeit längerer Arbeitsunfähigkeit. Dann wurde eine erneute stationäre Rehabilitationsmaßnahme zu Lasten der Deutschen Rentenversicherung (vier Wochen) eingeleitet, von der Frau S. auch profitieren konnte. Zumindest gelang ihr, eine bessere Störungseinsicht zu gewinnen und die Begrenzung ihrer Leistungsfähigkeit besser akzeptieren zu können. Allerdings fühlte sie sich auch nach Beendigung der stationären Rehabilitationsmaßnahme weiterhin den Anforderungen am Arbeitsplatz noch nicht gewachsen. Sie wurde als weiterhin arbeitsunfähig aus der Klinik entlassen. Aufgrund der Nachsorgeempfehlung der Klinik nahm Frau S. regelmäßige psychotherapeutische Behandlungen wahr. Unter dem Druck des nahenden Endes des Krankengeldbezuges bat sie um einen erneuten Versuch einer stufenweisen Wiedereingliederung, die jetzt wiederum zu Lasten der GKV durchgeführt wird. Ob die erneute Wiedereingliederung gelingen wird, hängt zum einen davon ab, wie gut Frau S. Umfang und Natur der funktionellen Einschränkungen wahrnehmen und akzeptieren kann, um geeignete kompensatorische Strategien zu entwickeln. Dies wird nur mit entsprechender therapeutischer Unterstützung möglich sein. Zum anderen werden dem gesundheitlichen Zustand von Frau S. angemessene Anpassungen sowohl an den Arbeitsplatz als auch an Umfang und Struktur der Anforderungen durch die Vorgesetzte von Frau S. notwendig sein, die im vertrauensvollen Zusammenspiel zwischen Vorgesetzten, Personalabteilung der Firma und dem betreuendem Neurologen entwickelt werden sollten.

Fallbeispiel 2, Teilzeitbeschäftigte, 42 Jahre – Fallstrukturierung nach ICF-Komponenten

[+] Förderfaktoren;
[-] Hemmende Faktoren/Barrieren

Gesundheitsproblem (ICD):

Myokardinfarkt (I21.9) mit Kammerflimmern (I49.0), Herz-Kreislaufstillstand (I46.0) und nachfolgender hypoxischer Hirnschädigung (G93.1)

Körperfunktionen (b) und -strukturen (s):

- ausgeprägte Funktionsstörung der Aufmerksamkeit (b140) und fehlendes Störungsbewusstsein (b110)
- Funktionsstörung des Gedächtnisses mit unterdurchschnittlicher Merk- und Lernfähigkeit (b144)
- Störung höherer kognitiver Funktionen (b164)
- Störung des Gleichgewichtes (vestibuläre Funktion) (b235)
- Schädigung der Hirnstruktur (s110)

Aktivitäten:

- Schwierigkeiten beim Lernen (d155) und Wissensanwendung, zum Beispiel Lösen von Problemen (d175)
- Beeinträchtigung komplexer Anforderungen (d220) und Routinen (d230)
- Beeinträchtigung der Mobilität aufgrund des ataktischen Gangbildes (d450, d460)
- Beeinträchtigungen beim Umgang mit Stress und anderen psychischen Anforderungen (d240)

Teilhabe:

- Schwierigkeiten bei der Berufsausübung nach Abbruch eines Wiedereingliederungsversuches (d845)

Umweltfaktoren:

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben [+]
- ambulante neurologische (Komplex-)Behandlung und Nachsorge [+]
- regelmäßige psychotherapeutische Behandlung [+]
- stufenweise Wiedereingliederung [+]
- anfangs positives soziales Umfeld durch verständnisvollen und flexiblen Arbeitgeber [+]
- Krankengeldbezug bei Arbeitsunfähigkeit [+]
- Chefwechsel mit einhergehendem höherem Leistungsanspruch [-]

Personbezogene Faktoren:

- Gebrauch von Genussmitteln, Nikotinkonsum [-]
- Einstellung zur Arbeit, mit Wunsch nach stufenweiser Wiedereingliederung [+]
- Einstellung zur Krankheit [+]
- Lebenszufriedenheit (Einstellung) [+]

9.3 Fallbeispiel 3, Diplom-Betriebswirtin, 34 Jahre

Die zum Zeitpunkt des Unfalls 34-jährige Diplom-Betriebswirtin, die sich ein halbes Jahr zuvor mit einer Unternehmensberatung selbstständig gemacht hatte, erlitt im Jahre 2007 als Motorroller-Beifahrerin bei einem Zusammenstoß mit einem PKW ein Polytrauma mit schwerem Schädel-Hirn-Trauma mit Hirnsubstanzschädigung und mehrfachen Gesichtsschädelfrakturen. Die Akutversorgung erfolgte in der Chirurgischen Universitätsklinik für acht Tage. Danach wurde Frau W. in eine stationäre Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahme der Phasen B und C aufgenommen, die ungefähr zehn Wochen andauerte. Eine weitere, 16-tägige stationäre Rehabilitation der Phase D (zu Lasten der gesetzlichen Rentenversicherung) schloss sich an in einer Klinik in der Nähe des Wohnorts der Eltern. Zur Nachsorge wurde eine ambulante Anschlussrehabilitation empfohlen.

Einen Monat später, insgesamt nahezu sechs Monate nach dem Unfall, stellte sich Frau W. erstmals in einer Praxis für ambulante neurologische Komplexbehandlung und Nachsorge vor. Bei der Vorstellung hier klagte Frau W. noch über Einschränkungen des Gedächtnisses sowie Einschränkungen ihrer Sicherheit in der (geografischen) Orientierung. Klinisch-neurologisch bestand noch eine leichte ataktische Gangstörung mit Gangunsicherheit. In der neuropsychologischen Untersuchung mit formaler psychometrischer Testung zeigten sich bei Prüfung der Aufmerksamkeitsleistungen diese in der Mehrzahl der durchgeführten Testverfahren als überwiegend stark unterdurchschnittlich eingeschränkt. Die verbale Merk- und Lernfähigkeit erwies sich im Wortlistenlernen als stark unterdurchschnittlich, aber auch in der Textreproduktion eines vorgelesenen, standardisierten narrativen Textes unterdurchschnittlich bis grenzwertig. Das nonverbale, figurale Gedächtnis war unterdurchschnittlich. Bei Prüfung der exekutiven Funktionen (Planen und Problemlösen) lagen diese in der Mehrzahl der Testverfahren ebenfalls im unterdurchschnittlichen Bereich. Die Planungsleistung im Bogenhausener-Kleiner-Planungstest war regelrecht. Das abstrakte Problemlösen musste abgebrochen werden. Für die in der Untersuchung nachgewiesenen schweren kognitiven Defizite hatte Frau W. noch immer keine Wahrnehmung; sie fühlte sich nur wenig eingeschränkt.

In ihrer Teilhabe am Arbeitsleben und Leben in der Gemeinschaft war Frau W. noch massiv beeinträchtigt. Betroffen waren vor allem die Domänen des Wissenserwerbs und der Wissensanwendung sowie des Planens und Lösen von Problemen aufgrund der bestehenden Defizite. Dadurch kam es auch zu Schwierigkeiten in der Organisation ihres Haushaltes. Der Lebenspartner berichtete, dass Routine-Tätigkeiten wie Wäschewaschen vergessen würden und dass es häufiger das gleiche Gericht mehrere Tage hintereinander gab. Es wurde ein Haushaltswochenplan erstellt und die gekochten Speisen in einem Timer vermerkt. Einkaufen war nur mit Auftrag und in der näheren Umgebung möglich. Bankgeschäfte/Transaktionen, häusliche Büroarbeit und administrative Aufgaben wurden vollständig vom Partner übernommen.

Der Behandlungsverlauf war erschwert durch die eingeschränkte Wahrnehmungsfähigkeit für die bestehenden Defizite (sogenannte Awareness-Störung). Frau W. reagierte auf Probleme und negatives Feedback häufig emotional indifferent und war nur schwer in der Lage, das Ausmaß ihrer Einschränkungen realistisch einzuschätzen. Das erschwerte die Möglichkeit, darauf aufbauend Strategien zur Kompensation der Gedächtnisdefizite zu entwickeln und einzusetzen. Diese Awareness-Störung war als Teil des Gesundheitsproblems einzuordnen und nicht als ein von der Erkrankung unabhängiger personbezogener Kontextfaktor.

Dennoch kam es im Verlauf der ambulanten Komplexbehandlung nach Aussagen des Partners zunehmend zu einem besseren Haushaltsmanagement. Frau W. begann zunehmend selbständiger, Aktivitäten zu initiieren und Defizite besser zu kompensieren. Sie konnte so langsam in ihr gewohntes soziales Umfeld zurückkehren. Wirklich selbstständige Aktivitäten, wie Treffen mit Freundinnen organisieren, komplexere Mahlzeiten planen und selbstständig zubereiten, blieben aufgrund der weiterhin bestehenden Einschränkungen im Antrieb, in der selbstständigen Strukturierung und im Gedächtnis jedoch noch immer schwierig. Auch die motorischen Defizite behinderten noch ihre soziale Re-Integration.

Im Therapieverlauf erhielt Frau W. auch die Möglichkeit, eine berufliche Belastungserprobung in einer Werbeagentur durchzuführen. Sie zeigte dabei großes Engagement. Im Verlauf wurde aber deutlich, dass sie zwar bekannte Aufgaben aus ihrem früheren Tätigkeitsbereich selbstständig und qualitativ gut durchführen konnte, neue Aufgabenstellungen ihr jedoch erhebliche Probleme bereiteten. Es fiel ihr schwer, sich an Vereinbarungen zu halten, da sie diese nicht zuverlässig erinnern konnte. Das fehlende Störungsbewusstsein schränkte die Möglichkeit ein, ihr adäquates Feedback über die gezeigten Leistungen zu vermitteln und darauf aufbauend gezielte Strategien zur Kompensation bestehender kognitiver Einschränkungen im Berufsleben zu entwickeln. Frau W. war es nicht möglich, eine realistische Einschätzung ihrer derzeitigen Arbeitsfähigkeit vorzunehmen. Eine berufliche Wiedereingliederung war daher auf Grund der bestehenden kognitiven Funktionsdefizite und der eingeschränkten Störungswahrnehmung noch nicht möglich.

Daraufhin wurde eine beruflich-medizinische Rehabilitation zu Lasten der Arbeitsagentur eingeleitet, in der mehrere Berufspraktika durchgeführt wurden, ohne dass es zu einer wesentlichen Verbesserung der beruflichen Leistungsfähigkeit gekommen wäre. Ende 2009 durchlief Frau W. eine IBRA-Maßnahme (Integrative Berufliche Rehabilitation) in einem Berufsförderungswerk. Dort wurden schwere Beeinträchtigungen des Leistungsvermögens festgestellt. Erfolgsaussichten für eine Umschulung und eine berufliche Re-Integration wurden – wenn überhaupt – in einem nicht allzu anspruchsvollen kaufmännischen Beruf gesehen.

Seit März 2010 wurde Frau W. dann im Rahmen eines Case-Management-Verfahrens vom Rehabilitationsdienst eines Rückversicherers betreut. Die von dem Berufsförderungswerk vorgeschlagenen Maßnahmen wurden als nicht geeignet erachtet, für Frau W. eine zukunftssträchtige Lebensperspektive mit einer tagesstrukturierenden Tätigkeit aufzubauen. Als Haupthindernis für die berufliche Wiedereingliederung wurden die Probleme von Frau W. gesehen, ihre Defizite wahrzunehmen und verarbeiten zu können sowie sich adäquat einschätzen zu können. Aus diesem Grunde wurde nochmals eine niederfrequente neuropsychologische Behandlung, diesmal zu Lasten des Haftpflichtversicherers, eingeleitet. Während dieser Behandlungsphase gelang es Frau W. in erstaunlichem Maße, zunehmend zu einer adäquaten und realistischen Einschätzung ihrer Fähigkeiten, aber auch ihrer Defizite zu gelangen.

Nach einem nochmaligen Wechsel des Reha-Dienstleiters und weiteren Berufspraktika wurde sie ab Sommer 2011 in ein Anstellungsverhältnis als geringfügig beschäftigte Kraft in der Gastronomie übernommen. In der jetzigen Arbeitssituation wird sie weiterhin sehr niederfrequent therapeutisch begleitet. Sie verfügt mittlerweile über eine realistische Selbsteinschätzung und ist mit ihrer jetzigen Lebens- und Arbeitssituation zufrieden.

KAPITEL 9

Obwohl es sich nicht um einen „behindertengerechten“ Arbeitsplatz handelt, zeichnet sich der Arbeitsplatz durch besonders fördernde Kontextfaktoren aus, die nicht branchentypisch sind, wie ein positives soziales Umfeld, dem sich Frau W. zugehörig fühlt, und einen verständnisvollen, flexiblen Arbeitgeber.

Fallbeispiel 3, Diplom-Betriebswirtin, 34 Jahre – Fallstrukturierung nach ICF-Komponenten

[+] Förderfaktoren;
[-] Hemmende Faktoren/Barrieren

9.4 Fallbeispiel

Gesundheitsproblem (ICD):

Polytrauma (T07) mit multiplen Gesichtsschädelfrakturen (S02.7) und Hirnsubstanzverletzung (S06.2)

Körperfunktionen (b) und -strukturen (s):

- ausgeprägte Funktionsstörung des Gedächtnisses (b144) mit unterdurchschnittlicher Merk- und Lernfähigkeit und fehlendem Störungsbewusstsein
- Verhaltensauffälligkeiten bei Störung der emotionalen Funktion (b152)
- Störung der Orientierung (b114) und des Denkens (b160)
- ataktisches Gangbild bei Störung psychomotorischer Funktionen (b147)
- Störungen / Schädigung der Hirnstruktur (s110)
- Probleme in der Handlungsstruktur und -ausführung (höhere kognitive Funktionen (b164))

Aktivitäten:

- Schwierigkeiten beim Lernen (d155) und Wissensanwendung, zum Beispiel Lösen von Problemen (d175)
- Beeinträchtigung allgemeiner Aufgaben und Anforderungen (d210, d240)
- Schwierigkeiten bei non-verbaler Kommunikation (d335)
- Beeinträchtigung der Mobilität aufgrund des ataktischen Gangbildes (d450, d460)

Teilhabe:

- Schwierigkeiten bei der Beziehungsgestaltung aufgrund eines grenzüberschreitenden Verhaltens und Missachtung sozialer Normen im engeren sozialen Umfeld (d710, d720, d730) und in der Familie (d770)
- Schwierigkeiten bei der beruflichen Neuorientierung nach Abbruch eines Wiedereingliederungsversuches (d845)
- Beeinträchtigungen beim Einkaufen (d620) und Erledigen von Hausarbeiten (d640)

Umweltfaktoren:

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie wiederholte Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben [+]
- längerfristig niederfrequente neuropsychologische Behandlung [+]
- berufsqualifizierende Praktika [+]
- zeitweise fehlende berufliche Perspektive [-]
- positives soziales Umfeld durch verständnisvollen u. flexiblen Arbeitgeber [+]
- emotionale Unterstützung durch Lebenspartner [+]

Personbezogene Faktoren:

- selbständige Diplombetriebswirtin, kognitive und mnestiche Faktoren [+]
- Offenheit gegenüber neuen Erfahrungen wie der Annahme eines Arbeitsplatzes in der Gastronomie [+]
- Einstellung zur Arbeit [+]
- Einstellung zu Strukturhilfen [+]
- Zufriedenheit (Einstellung) mit unmittelbarer Lebenslage (Einbindung in das familiäre Umfeld und Beschäftigungssituation) [+]

Herr P. hatte vor der Maßnahme keine abgeschlossene Ausbildung. Er ist verheiratet und Vater eines Kleinkindes von einem Jahr. Beruflich übte er verschiedene Arbeiten als Mitarbeiter im Bereich Vertrieb und Gastronomie aus, vor seinem Unfall arbeitete er seit wenigen Monaten als Monteur im Anlagenbau. Während seiner Arbeit stürzte er aus acht Metern Höhe auf einen Betonboden und erlitt ein Schädelhirntrauma sowie komplexe Polytraumen. Als weitere Diagnosen wurden neuropsychologische Defizite festgestellt. Für ein halbes Jahr erfolgte die medizinische Akutversorgung und weitergehende neurologische Rehabilitation (Anschlussheilbehandlung) sowie chirurgische Nachversorgungen. Im Anschluss daran fand eine ambulante neuropsychologische Behandlung statt.

Nach der medizinischen Rehabilitationsphase erfolgte ein Wiedereingliederungsversuch beim alten Arbeitgeber „leidensgerecht“ im Bereich Büro. Dort zeigten sich Einschränkungen in der Belastbarkeit, Probleme in der Handlungsstruktur und -ausführung mit massiven Verhaltensauffälligkeiten im Sinne von grenzüberschreitendem Verhalten sowie Ignorieren von sozialen Normen. Eine innerbetriebliche Zusammenarbeit war hierdurch deutlich beeinträchtigt und führte zu einem Abbruch des Wiedereingliederungsversuches. Innerfamiliär kam es während dieser Zeit zu einer Verstärkung der psychosozialen Belastungssituation. Von Seiten der Ehefrau wurden Wesensveränderungen und ausgeprägte Erschöpfungszustände beschrieben. Erschwerend kamen erhebliche finanzielle Probleme hinzu.

Es erfolgte die fachärztliche und neuropsychologische Empfehlung an den Rehabilitationsträger, eine neurologisch-berufliche Rehabilitationsmaßnahme einzuleiten, da zum damaligen Zeitpunkt eine Vermittelbarkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht gegeben war.

Die Durchführung der beruflichen Rehabilitation stand unter mehreren Zielvorgaben:

- Vornahme der Feststellung des beruflichen Leistungsvermögens,
- Heranführung an die Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes unter besonderer Berücksichtigung der neuropsychologischen Beeinträchtigungen und psychosozialen Verhaltensauffälligkeiten,
- Ermittlung einer realistischen beruflichen Perspektive und Einleitung einer beruflichen heimatnahen Integration.

Die Rehabilitation erfolgte aufgrund der großen Distanz zwischen Heimatort und Sitz des Rehabilitationszentrums zunächst stationär, nach vorheriger Vorbesichtigung und Einwilligung von Herrn P. und seiner Ehefrau. Mit Abzeichnen einer heimatnahen beruflichen Integration wurde die stationäre Rehabilitation in eine ambulante Rehabilitation „umgewandelt“.

Die Zeitdauer der beruflichen Rehabilitation betrug insgesamt sechs Monate. Bezüglich der Ergebnisse und fortlaufenden Förderplanungen wurden zwischenzeitlich Verlaufsgespräche mit dem Berater des Rehabilitationsträgers, Herrn P. und seiner Ehefrau durchgeführt.

Der Ablauf der beruflichen Rehabilitation sah zunächst eine Arbeitserprobung im kaufmännischen Bereich und darauffolgend im handwerklichen Bereich vor. Es fanden drei betriebliche berufsqualifizierende Praktika statt, zwei im Netzwerkbereich des beruflichen Rehabilitationszentrums, ein zweites in Heimatnähe von Herrn P. Ferner wurden neuropsychologische Diagnostik sowie eine Funktionstherapie durchgeführt. Zur psychischen Stabilisierung wurde neben der sozialpädagogischen Begleitung eine psychotherapeutische Anbindung eingeleitet.

In Bezug zu den bisherigen beruflichen Erfahrungen wurde im Vorfeld die Prüfung einer kaufmännischen Perspektive empfohlen. Im Hinblick auf die zu testende Berufseignung für den kaufmännischen Bereich ergaben sich jedoch deutlich eingeschränkte Leistungsergebnisse, die eine berufliche Perspektive im kaufmännischen Bereich nicht realistisch erscheinen ließen. Die Beurteilung des Leistungsbildes ergab in vielen Leistungsparametern eine deutlich eingeschränkte Belastungsfähigkeit sowohl in körperlicher als auch in kognitiver Hinsicht, zum Beispiel in den Bereichen Arbeitsgeschwindigkeit, Handlungsplanung, Merkfähigkeit, Flexibilität und Umgang mit Zeitdruck. Herr P. litt zu Beginn verstärkt unter seinen gegenwärtigen Leistungsdefiziten und einer unklaren Zukunftsperspektive. Festzustellen war ein deutlich gesteigertes Bedürfnis, über die persönliche und psychische Verfassung zu sprechen. Die Stimmungslage war labil, begleitet von einer geringen Frustrationstoleranz und geminderten Kritikfähigkeit. Herr P. zeigte Fähigkeiten und Neigungen für handwerkliche Tätigkeiten und wurde zunächst probeweise und anschließend ausschließlich in einem handwerklichen Bereich (Metall) eingesetzt. Die Ergebnisse ließen Potential für einen weiteren Ausbau der Leistungsfähigkeit erkennen. Weiterhin konnte festgestellt werden, dass die Arbeitszufriedenheit von Herrn P. im handwerklichen Bereich höher als im kaufmännischen Bereich war (positive Erfahrungen durch mehr Erfolgserlebnisse und gesteigerte Selbstwirksamkeit). Es war daher erforderlich, eine entsprechende berufliche Alternative zu prüfen. Dabei wendete sich Herr P. zunehmend von der Integration im Rahmen einer zukünftigen Helfertätigkeit ab und strebte stattdessen eine Ausbildung an. Im Rahmen der Berufseignungsdiagnostik hatte sich gezeigt, dass Herr P. über ein für eine Ausbildung im Bereich Handwerk ausreichendes schulisches beziehungsweise theoretisches Ausgangsniveau verfügt. Die berufliche Neuorientierung mit praktisch-handwerklichen Aufgaben im gewerblich-technischen Bereich zeigte fortschreitende Ergebnisse. Der Einsatzbereich erwies sich als durchführbar. Hierbei zeigte sich Potential, die Leistungsfähigkeit und Selbstständigkeit mit dem Gewinn weiterer Routine zu steigern. Eine gleichzeitige Zunahme der Motivation, der Lernbereitschaft und des Leistungsverhaltens war zu beobachten, einhergehend mit einer positiven Auswirkung auf die psychische Stabilität von Herrn P. Die Selbstständigkeit und Flexibilität im Arbeitsprozess verbesserten sich, ebenso die Merkfähigkeit und die allgemeine Belastungsfähigkeit. Herr P. konnte sich für den Metallbereich entscheiden und war durchweg motiviert, in diesem Bereich eine berufliche Perspektive zu erreichen.

Bezüglich der psychosozialen Situation wurde während des beruflichen Rehabilitationsprozesses mit Herrn P. daran gearbeitet, die Einsichts- und Kritikfähigkeit und die Frustrationstoleranz zu verbessern sowie ein realistischeres Selbstbild zu erlangen (Reflexions- und therapeutische Gespräche). Hinsichtlich der Sensibilisierung über das Krankheitsbild und möglicher Bewältigungsstrategien wurde die Ehefrau intensiv mit einbezogen.

Mit betrieblichen Netzwerkpartnern und in örtlicher Nähe zum Rehabilitationszentrum wurden zwei Praktika im metallverarbeitenden Bereich durchgeführt, die einer konkreten beruflichen Orientierung und Qualifizierung von Herrn P. dienten. Dabei bekam er Gelegenheit, sich unter

realen Arbeitssituationen zu erproben. Die tägliche Leistungsfähigkeit lag bei ungefähr sechs Stunden, ohne eine Überforderung zu provozieren. Nach den Ergebnissen aus den Praktika wurde ein heimatnahes Praktikum in einem metallverarbeitenden Betrieb (Zerspanungsfirma) akquiriert mit der Zielsetzung einer beruflichen Integration. Der Zeitraum wurde auf zwei Monate festgelegt. Innerhalb dieses Zeitraumes fanden Präsenzphasen im beruflichen Rehabilitationszentrum (auch unter Einbeziehung der Ehefrau) sowie begleitende Betriebsbesuche statt. Im Vorfeld wurde der Betrieb für die bestehenden Probleme von Herrn P. sensibilisiert.

Die Rückmeldung zeigte positive Ergebnisse hinsichtlich des persönlichen Auftretens, der Motivation sowie des sozialen Umgangs im Betrieb. Mit notwendigem technischen Verständnis konnte sich Herr P. in die betrieblichen Abläufe einarbeiten, entsprechendes Wissen aufnehmen und ein zufriedenstellendes Arbeitsergebnis zeigen. Dennoch traten im Verlauf insbesondere im psychosozialen Bereich immer wieder problematische Situationen auf, die eine konstante Begleitung sowohl von Herrn P. als auch des Betriebes notwendig machten. Die tägliche Belastungsfähigkeit konnte sich auf ungefähr sechs Stunden konstant einstellen.

Durch den insgesamt positiven Praktikumsverlauf hat der Firmenleiter dem Rehabilitanden einen regulären Ausbildungsplatz zum Zerspanungsmechaniker in seiner Firma zur Verfügung gestellt. Hierzu fand gemeinsam mit dem Berater des Rehabilitationsträgers ein entsprechendes Übernahmegespräch in der Firma statt. Ein Ausbildungsvertrag wurde abgeschlossen. Es wurde vereinbart, bis zum Ausbildungsbeginn das Praktikum im Rahmen der weiteren Qualifizierung fortzusetzen. Bestehende Minderleistungen konnten durch entsprechende Lohnkostenzuschüsse von Seiten des Rehabilitationsträgers und gegebenenfalls durch das Integrationsamt in Aussicht gestellt werden.

Die berufliche Rehabilitation konnte mit Erzielen dieses Ergebnisses abgeschlossen werden. Zur Sicherung des bisherigen Rehabilitationserfolges wurde es unter Einbezug aller Beteiligten (Rehabilitand, Ehefrau, Betrieb, Rehabilitationsberater) als notwendig erachtet, eine ambulante Nachbetreuungsleistung in Form einer niedrigschwelligen begleiteten Betreuung durch das berufliche Rehabilitationszentrum für einen Zeitraum von fünf Monaten aufrechtzuerhalten. Ziel der ambulanten Nachsorge ist die Sicherung des Ausbildungsplatzes von Herrn P. unter Berücksichtigung zuvor genannter Leistungseinschränkungen und unter Einbindung aller beteiligten Personen (insbesondere der Ehefrau), um gegebenenfalls in Krisensituationen rechtzeitig intervenieren zu können. Durch Schulung von Herrn P. und seiner Ehefrau hinsichtlich Strategien zum Umgang mit seiner geminderten Leistungsfähigkeit und Vermeidung von Überforderungssituationen im beruflichen sowie privaten Bereich zeigte sich eine Reduktion der innerfamiliären Spannungen.

Dieses führte zu einer Erhöhung der Lebensqualität innerhalb der Familie und des engeren sozialen Umfeldes von Herrn P. Auch die angespannte finanzielle Situation konnte durch die berufliche Perspektive mit geregelttem Einkommen und weiteren Ausgleichszahlungen durch den Rehabilitationsträger reduziert werden.

Fallbeispiel 4 – Monteur, 26 Jahre – Fallstrukturierung nach ICF-Komponenten

[+] Förderfaktoren;
[-] Hemmende Faktoren/Barrieren

Gesundheitsproblem (ICD):

Polytrauma (T07) mit Schädel-Hirn-Trauma (S06)

Körperfunktionen (b) und -strukturen (s):

- ausgeprägte Funktionsstörung der Aufmerksamkeit (b140) und des Gedächtnisses (b144) mit ausgeprägten Erschöpfungszuständen nach Schädigung der Hirnstruktur (s110)
- massive Verhaltensauffälligkeiten bei Störung der psychomotorischen (b147) und emotionalen Funktion (b152)
- Störungen des Denkens (b160)
- Probleme in der Handlungsstruktur und -ausführung (höhere kognitive Funktionen b164)

Aktivitäten:

- Beeinträchtigung allgemeiner Aufgaben und Anforderungen (d210, d240)

Teilhabe:

- Schwierigkeiten bei der Beziehungsgestaltung aufgrund eines grenzüberschreitenden Verhaltens und Missachtung sozialer Normen im engeren sozialen Umfeld (d710, d720, d730) und in der Familie (d770)
- Schwierigkeiten bei der beruflichen Neuorientierung nach Abbruch eines Wiedereingliederungsversuches (d845)

Umweltfaktoren:

- keine Vermittelbarkeit beim bisherigen Arbeitgeber [-]
- innerfamiliäre Spannungen [-]
- Rehabilitationszentrum wohnortfern, lange Anreisezeiten [-]
- Bereitstellung eines Ausbildungsplatzes durch einen Betrieb mit neuer beruflicher Perspektive [+]
- Arbeiterprobung und -begleitung [+]
- therapeutische und pädagogische Hilfen [+]
- berufsqualifizierende Praktika [+]
- zeitweise fehlende berufliche Perspektive [-]
- emotionale Unterstützung durch Ehefrau und Kleinkind [+]

Personbezogene Faktoren:

- keine abgeschlossene Ausbildung [-]
- kognitive und mnestiche Faktoren [-]
- Ausgangsniveau aber ausreichend für Ausbildung in handwerklichem Sektor [+]
- berufliche Vorerfahrung [+]
- Selbstwirksamkeitsüberzeugung und Arbeitszufriedenheit [+]
- Offenheit gegenüber neuen Erfahrungen wie der Ausbildung in einem handwerklichen Beruf [+]
- Einstellung zur Arbeit [+]
- Rückhalt durch familiäre Lebenslage [+]

9.5 Fallbeispiel 5, Schüler, 11 Jahre (Betrachtungszeitraum über mehrere Jahre)

Der Schüler Gero wurde im Alter von elf Jahren auf dem Schulweg beim Überqueren des Zebrastreifens von einem Auto erfasst. Im Rahmen eines Polytraumas mit Schädelbasis- und Schädelkalottenfraktur links erlitt er ein schweres Schädelhirntrauma (SHT) dritten Grades mit Gehirnuquetschungen und -einblutungen beidseits im Scheitellbereich und zudem eine linksseitige Unterschenkelfraktur. Er lag drei Wochen im Koma.

Gero wurde zunächst in ein auswärtiges Rehabilitationszentrum für Erwachsene aufgenommen. Seine Eltern waren sehr zufrieden mit der dortigen Behandlung („er bekommt täglich sechs Stunden Therapie“), doch zunehmend wurden die weiten Fahrten an den Besuchsterminen zum Problem. Obwohl die vorbehandelnde Klinik einen baldigen Abschluss der Behandlung in Aussicht stellte, wurde der Junge auf Drängen der Eltern sechs Monate nach dem Unfall in eine wohnortnahe, für Kinder und Jugendliche spezialisierte neurologische Rehabilitationsklinik der Phase II (medizinisch-schulisch/beruflich) verlegt.

Dem Verlegungsbericht waren keinerlei Aussagen zu den kognitiven Leistungen zu entnehmen. Bei der Aufnahmeuntersuchung fand sich jedoch gegenüber einer nur noch geringfügigen rechtsbetonten motorischen Ungeschicklichkeit ein ausgeprägtes neuropsychologisches Störungsbild mit insbesondere extrem beeinträchtigten Gedächtnisleistungen. Gero verweigerte bei der Untersuchung zunächst komplexere Lerntests. Schon bei einfachen Gedächtnisprüfungen fanden sich Minderleistungen, die eine massive Einschränkung der Merk- und Lernfähigkeit belegten. Darüber hinaus bestanden gravierende Einschränkungen basaler Antriebs- und Aufmerksamkeitsleistungen, die dringend der Behandlung bedurften.

Wie sich nachträglich herausstellte, war der Schüler in der vorbehandelnden Klinik als einziger Patient im Kindesalter lediglich extensiv mit Übungen zum Rechnen und Schreiben mittels Papier und Bleistift beschäftigt worden.

Im Therapieverlauf zeigten sich zwar langsame, aber beständige und stabile Fortschritte beim neuropsychologischen Funktionstraining. Neulernen beim Schulunterricht der Klinik verlief mühsam, blieb dann aber stabil und konnte flexibel eingesetzt werden, worin eine ausgesprochene Stärke des Schülers lag.

Daher wurde die Behandlung mit gedächtnistherapeutischem Schwerpunkt weitergeführt.

Die ausgeprägten Gedächtnisstörungen sorgten immer wieder für Auseinandersetzungen zwischen Eltern und Therapeuten, da Gero es geschickt verstand, seine Defizite zu verschleiern. Auf gezielte Fragen seiner Eltern nach den Therapieinhalten pflegte er seine fehlende Erinnerung damit zu begründen, die Therapien seien am betreffenden Tag „mal wieder ausgefallen“. Im vertrauten häuslichen Umfeld und im Stationsalltag fiel der Junge nicht auf. Bei gezielten Anforderungen in der neuropsychologischen Therapie sowie im Schulunterricht des Rehabilitationszentrums ließen sich seine extremen Defizite jedoch nicht verbergen. Den Gebrauch eines Merkhefts verweigerte Gero allerdings bis zum Schluss der Behandlung – noch ging er wie seine Eltern davon aus, dass „bekanntlich vieles sich ja auch noch von selbst bessern“ werde.

KAPITEL 9

Die Eltern des Schülers, die einen schnellen und erfolgreichen Abschluss der Behandlung erwartet hatten, zeigten sich zunehmend unzufrieden mit dem vorgeschlagenen therapeutischen Vorgehen. Sie betonten, dass ihr Sohn zu wenige Therapien erhalte, zudem zu Hause auch mehr Schulstunden habe. Zu einer Fortsetzung der Rehabilitationsbehandlung war die Familie nicht zu bewegen, obwohl insbesondere Geros Einschränkungen des episodischen Gedächtnisses eine intensive Weiterbehandlung unbedingt erforderlich erscheinen ließen.

Nach vier Monaten integrierter stationärer Rehabilitation, bei der neben Physiotherapie, Ergotherapie, Sozialpädagogik und lebenspraktischem Training das besondere Schwergewicht auf dem neuropsychologischen Funktionstraining und dem stufenweise gesteigerten täglichen Schulunterricht lag, wurde Gero mit zwar erheblich gebessertem, aber immer noch deutlich beeinträchtigtem Leistungsvermögen entlassen.

Im neuropsychologischen Abschlussbericht wurden wegen der noch bestehenden Minderleistungen testpsychologische Verlaufsuntersuchungen nach drei, sechs und weiteren sechs Monaten empfohlen.

Gero kehrte zunächst in die vierte Klasse zurück und verlor damit zwei Klassenstufen. Dafür klappte, wie von der Familie dringend gewünscht, der Übergang auf das Gymnasium zum Ende des Schuljahres. Angesichts der durchaus vorhandenen Stärken des mittlerweile 14-jährigen Schülers, seiner unbeeinträchtigten Intelligenz und seiner hohen Motivation war diese Vorgehensweise mit der Familie vereinbart worden, um die Chancen auf eine erfolgreiche Teilnahme am Unterricht des Gymnasiums zu erhöhen.

Unterstützung erhielt Gero nicht nur von seinen engagierten, regelmäßig mit ihm übenden Eltern. Bereits im Abschlussgespräch war zusammen mit dem Reha-Berater eine Strategie für die kommenden Jahre entwickelt worden. Der zuständige Gemeindeunfallversicherungsverband gewährte dem sehr motivierten Schüler alle vorgeschlagenen ambulanten Unterstützungs- und Therapiemaßnahmen wie jahrelangen Nachhilfeunterricht zum intensiven Üben der „Paukfächer“.

Des Weiteren bestanden regelmäßige telefonische Kontakte zwischen der Mutter und der behandelnden Neuropsychologin der Rehabilitationsklinik, die auch mit der betreuenden Lehrkraft die empfohlenen Lernstrategien besprach.

In den Folgejahren wurden regelmäßig Gutachten zum weiteren Entwicklungsverlauf erstellt und entsprechend angepasste neurologisch-neuropsychologisch begründete Empfehlungen formuliert. Die engmaschig geplanten Termine wurden von dem Schüler stets zuverlässig wahrgenommen; er selbst berichtete von zufriedenstellenden Leistungen in der Schule. Allerdings gehe ihm das viele Lernen „immer mehr auf die Nerven“.

Beim letzten der bei Entlassung aus der Rehabilitationsbehandlung terminierten neurologisch-neuropsychologischen Gutachten hatte Gero die Versetzung zur neunten Klasse des Gymnasiums erreicht. Sein Zeugnis enthielt die Note „ausreichend“ (4) in den Unterrichtsfächern Deutsch, Mathematik, Erdkunde, Geschichte und Spanisch. Kunst und Sport waren seine Lieblingsfächer und mit „sehr gut“ (1) benotet worden.

Gero berichtete, dass er täglich ab mittags bis circa 18:00 Uhr oder 19:00 Uhr an seinen Hausaufgaben sitze. Außerdem erhalte er weiterhin den vom Rehabilitationszentrum empfohlenen Förderunterricht in Form von Hausaufgabenbetreuung durch eine engagierte Lehrkraft.

Im Gutachten wird über Gero berichtet, seine Gedächtnisstörungen „machten sich immer noch sehr deutlich zum Beispiel bei Nacherzählungen bemerkbar, oder dann, wenn er Vokabeln von einem Tag auf den anderen lernen sollte. Er brauche dafür einfach mehr Zeit und mehrere Wiederholungen. Er müsse sich alles aufschreiben, was er sich merken wolle, dies klappe inzwischen jedoch recht gut.

Es passiere ihm nicht mehr, wie damals kurz nach seinem Unfall, dass er zu Verabredungen mit Freunden nicht erscheine, weil er diese vergessen hatte.

Zu seiner großen Enttäuschung konnte Gero dann den von ihm sehr gewünschten Übergang zur Oberstufe des Gymnasiums nicht erreichen und beendete die Schule mit der Mittleren Reife. Nach dem Schulabschluss absolvierte er erfolgreich eine Malerlehre. Danach gab es jedoch große Schwierigkeiten bei der Arbeitssuche. Aus eigenem Antrieb meldete er sich zu einer Eingliederungsmaßnahme der Agentur für Arbeit an, die nach seiner Aussage für eine Tätigkeit als „Gebäudetechniker, so `ne Art besserer Hausmeister“ qualifizieren sollte. Diese schloss er ebenfalls erfolgreich ab.

Trotz der verbleibenden Defizite hatte Gero schließlich als Schwerbehinderter ein unbefristetes Arbeitsverhältnis in einer Behörde gefunden, in der er die Materialverwaltung sowie die externe Postauslieferung erledigte. Bei seiner Bewerbung hatte er darauf hingewiesen, dass er seine Gedächtnisprobleme durch schriftliche Notizen kompensieren und somit Aufträge zuverlässig erledigen könne. Für den Straßenverkehr nimmt er die Hilfe eines Navigationsgeräts in Anspruch, mit dem das Dienstfahrzeug der Behörde für ihn ausgerüstet wurde. Aufgrund der Gelassenheit im Umgang mit seinen Defiziten ist er vollschichtig belastbar.

Elf Jahre nach dem Trauma wurde Gero, jetzt 22-jährig, im Rahmen eines Forschungsprojekts nochmals im gleichen Neurologischen Rehabilitationszentrum neuropsychologisch untersucht. Es zeigten sich weiterhin stark reduzierte Gedächtnisleistungen, die deutlich vom übrigen kognitiven Niveau abwichen. Erfreulicherweise hatte sich seine Intelligenz trotzdem bis zu einem auch weiterhin altersdurchschnittlichen Niveau weiterentwickelt. Es verblieben jedoch massive Teilleistungsstörungen der Merkfähigkeit in allen geprüften Modalitäten.

Gero ist mittlerweile 38 Jahre alt. Noch immer arbeitet er in der Behörde an dem selben Arbeitsplatz.

Bei einem telefonischen Kontakt mit seiner ehemaligen Therapeutin erklärte er sich bereit, nochmals an einem geplanten Forschungsprojekt zu den Langzeitfolgen nach Schädelhirntraumen im Kindesalter teilzunehmen. Im Gespräch wirkte er zufrieden und selbstbewusst – insbesondere die Geburt einer kleinen Tochter mache ihn sehr glücklich. Er sei ein „ruhiger Typ“, der sich gern im familiären Umfeld aufhalte. Obwohl er mit seiner kleinen Familie selbstständig wohne, regelte seine Mutter weiterhin seine finanziellen Angelegenheiten.

KAPITEL 9

Auf Fragen nach etwaigen Problemen am Arbeitsplatz äußert er, er könne nicht gut mehrere Anweisungen auf einmal verarbeiten. Bei solchen Gelegenheiten sage er dann zu seinem Vorgesetzten: „Chef, - immer eins nach dem anderen!“ Dieser gehe in der Regel darauf ein. Gero fühlt sich insgesamt sehr wohl im Kollegenkreis.

Fallbeispiel 5 – Schüler Gero, 11 Jahre – Fallstrukturierung nach ICF-Komponenten

[+]
[-]

Förderfaktoren;
Hemmende Faktoren/Barrieren

Gesundheitsproblem (ICD):

Polytrauma (T07) mit Schädelbasisfraktur (S02.1) und Schädeldachfraktur (S02.0), Hirnkontusion mit Einblutung (S06.31) und Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma (S06.7-!), Unterschenkelfraktur li. (S82.2)

Körperfunktionen (b) und -strukturen (s):

- rechtsbetonte Koordinationsschwäche von Willkürbewegungen (b760)
- ausgeprägte Funktionsstörung des Gedächtnisses mit massiven Merkfähigkeitsstörungen (b144) nach Schädigung der Hirnstruktur (s110)
- Antriebs- und Motivationsstörung (b130)
- Störung der Muskelkraft (b730)
- gravierende Störung der Aufmerksamkeit mit verminderter Konzentrationsfähigkeit und Belastbarkeit (b140)
- Schädigung der Hirnstruktur (s110)
- Strukturschädigung des li. Unterschenkels (s750)

Aktivitäten:

- Schulisches Lernen massiv beeinträchtigt:
 - elementares Lernen (d159),
 - Lernen und Wissensanwendung (d199)

Teilhabe:

- Schwierigkeiten im schulischen Alltag (d820)
- Beeinträchtigung der Freizeitgestaltung durch zeitaufwendige Therapien und schulische Nacharbeiten und Vorbereitungen (d920)

Umweltfaktoren:

- Rehabilitationszentrum mit Therapieangebot in hoher Intensität (6 Stunden täglich) [+]
- Rehabilitationszentrum wohnortfern, lange Anreisezeiten [-], deshalb
- vorzeitiger Behandlungsabbruch auf Wunsch der Eltern [-]
- Unterstützung durch die Familie und Schule [+]
- Bereitstellung von intensiven Unterstützungs- und Therapiemaßnahmen einschließlich Nachhilfeunterricht durch die GUV [+]
- engmaschige Betreuung durch Reha-Berater [+]

Personbezogene Faktoren:

- kreativer Umgang mit der verminderten Merkfähigkeit im Sinne einer positiven Coping-Strategie [+]
- ausgesprochen motiviert, aufs Gymnasium zu wechseln [+]
- ausreichende Intelligenz und hohe Flexibilität [+]
- Einstellung zu Hilfsmitteln wie Merkheft [-]
- Einstellung zu persönlicher Unterstützung durch Therapeuten und (Nachhilfe-)Lehrer [+]

Fallbeispiel 5 – Schüler (Gero), 14 Jahre – Fallstrukturierung nach ICF-Komponenten

[+] Förderfaktoren;
[-] Hemmende Faktoren/Barrieren

Gesundheitsproblem (ICD):

Z. n. Polytrauma (T07) mit Schädelbasisfraktur (S02.1) und Schädeldachfraktur (S02.0),
Z. n. Hirnkontusion mit Einblutung (S06.31) und Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma
(S06.7-I), Z. n. Unterschenkelfraktur li. (S82.2)

Körperfunktionen (b) und -strukturen (s):

- verbliebene Funktionsstörung des Gedächtnisses mit Merkfähigkeitsstörungen (b144)
- verbliebene Störung der Aufmerksamkeit mit verminderter Konzentrationsfähigkeit und Belastbarkeit (b140)

Aktivitäten:

- schulisches Lernen weiterhin beeinträchtigt:
 - elementares Lernen (d159),
 - Lernen und Wissensanwendung (d199)

Teilhabe:

- zunehmende Schwierigkeit im schulischen Alltag (d820) bei steigenden Anforderungen im Gymnasium
- Beeinträchtigung der Freizeitgestaltung durch zeitaufwendige Therapien und schulische Nacharbeiten und Vorbereitungen (d920)

Umwelfaktoren:

- Unterstützung durch die Familie und Schule [+]
- Bereitstellung von intensiven Unterstützungs- und Therapiemaßnahmen einschließlich Nachhilfeunterricht durch die GUV [+]
- engmaschige Betreuung durch Reha-Berater [+]
- Eingliederungsmaßnahme der BA wegen Arbeitslosigkeit [+]
- unbefristetes Arbeitsverhältnis wegen Anerkennung einer Schwerbehinderung [+]

Personbezogene Faktoren:

- Intelligenz und Flexibilität ermöglichen trotz der verbliebenen Beeinträchtigungen einen Realschulabschluss [+]
- Berufsausbildung zum Maler [+]
- hohe Motivation für weitere Qualifizierung zum Gebäudetechniker [+]

Fallbeispiel 5 – Gero, 22 Jahre – Fallstrukturierung nach ICF-Komponenten

[+] Förderfaktoren;
[-] Hemmende Faktoren/Barrieren

Gesundheitsproblem (ICD):
Z. n. Polytrauma (T07) mit Schädelbasisfraktur (S02.1) und Schädeldachfraktur (S02.0),
Z. n. Hirnkontusion mit Einblutung (S06.31) und Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma
(S06.7-!), Z. n. Unterschenkelfraktur li. (S82.2)

Körperfunktionen (b) und -strukturen (s):

- verbliebene Funktionsstörung des Gedächtnisses mit ausgeprägten Merkfähigkeitsstörungen (b144)
- verbliebene ausgeprägte Störung der Aufmerksamkeit mit verminderter Konzentrationsfähigkeit (b140)

Aktivitäten:

- Lernen weiterhin beeinträchtigt:
 - elementares Lernen (d159)
 - Lernen und Wissensanwendung (d199)

Teilhabe:

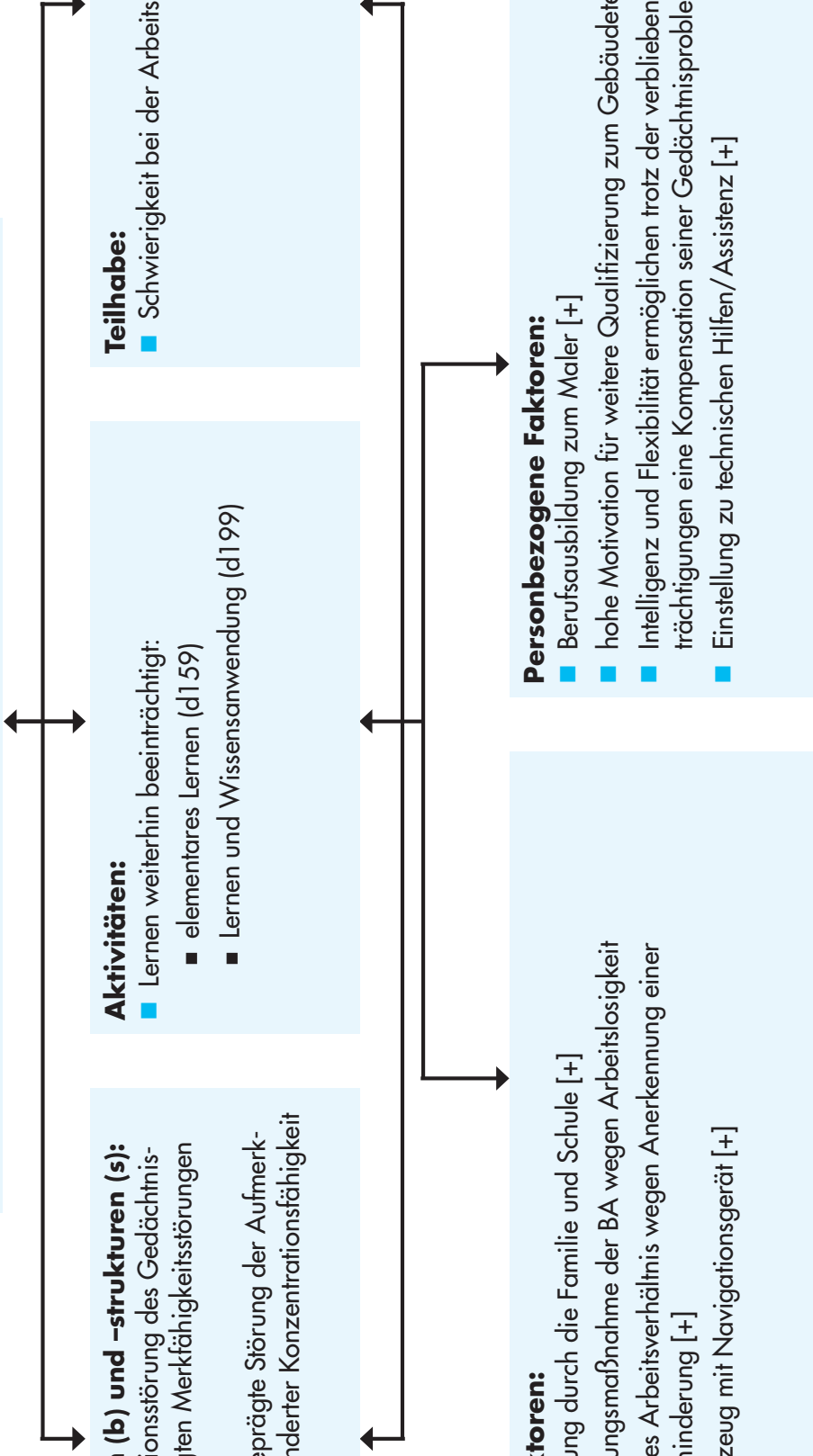
- Schwierigkeit bei der Arbeitssuche (d845)

Umweltfaktoren:

- Unterstützung durch die Familie und Schule [+]
- Eingliederungsmaßnahme der BA wegen Arbeitslosigkeit
- unbefristetes Arbeitsverhältnis wegen Anerkennung einer Schwerbehinderung [+]
- Dienstfahrzeug mit Navigationsgerät [+]

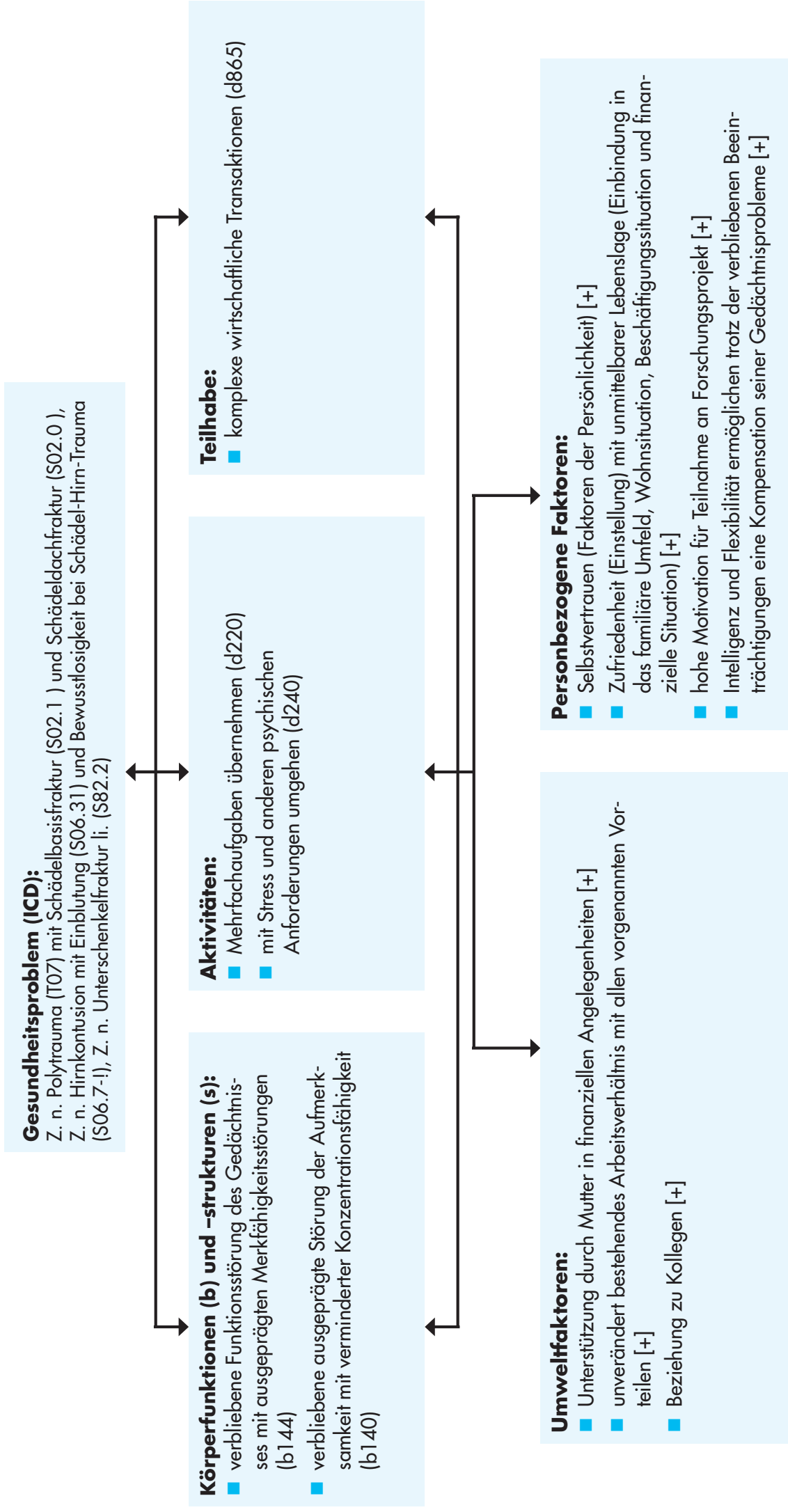
Personbezogene Faktoren:

- Berufsausbildung zum Maler [+]
- hohe Motivation für weitere Qualifizierung zum Gebäudetechniker [+]
- Intelligenz und Flexibilität ermöglichen trotz der verbliebenen Beeinträchtigungen eine Kompensation seiner Gedächtnisprobleme [+]
- Einstellung zu technischen Hilfen/Assistenz [+]



Fallbeispiel 5 – Gero, 38 Jahre – Fallstrukturierung nach ICF-Komponenten

[+] Förderfaktoren;
[-] Hemmende Faktoren/Barrieren



10 *Verzeichnis der Mitwirkenden an der Erarbeitung der Empfehlungen*

An der Erarbeitung der Empfehlungen für die Phase E der neurologischen Rehabilitation haben Vertreterinnen und Vertreter der maßgebenden Leistungsträger, Leistungserbringer, der Interessenvertretungen von Menschen mit Behinderung sowie Expertinnen und Experten aus der Praxis und Wissenschaft mitgewirkt:

Michaela Bettinghausen,
Landeswohlfahrtsverband Hessen

Prof. Dr. Wolfgang Fries,
Praxis für ambulante neurologische Komplexbehandlung und Nachsorge, München (ab 2012)

Horst Ganter,
Deutsche Gesellschaft für Muskelkranke e.V. (ab 2012)

Klaus Gerkens,
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

Dr. Andreas Stefan Gonschorek,
Berufsgenossenschaftliches Unfallkrankenhaus Hamburg (ab 2012)

Dr. Sabine Grotkamp,
MDK Niedersachsen

Susanne Hüttlinger,
Berufsförderungswerk Nürnberg (ab 2012)

Dr. Alexander Loevenich,
MDK Nordrhein

Volker Meinberg,
Reha-Aktiv Bersenbrück GmbH (ab 2012)

Meinolf Moldenhauer,
GKV-Spitzenverband

Nina-Tamara Moser,
Deutsche Rentenversicherung Bund

Dr. Angelika Nebe,
Deutsche Rentenversicherung Bund (Januar bis November 2012)

KAPITEL 10

Dr. Margarete Ostholt-Corsten,

Deutsche Rentenversicherung Bund (bis Dezember 2011)

Heinz-Josef Peters,

LVR-Hauptfürsorgestelle (ab November 2012)

Dr. Ute Polak,

AOK-Bundesverband

Dr. Paul Reuther,

Neurologische Therapie RheinAhr (ab 2012)

Dr. Annegret Ritz,

Vertreterin der ZNS Hannelore Kohl Stiftung (ab 2012)

Michael Schneider,

Landschaftsverband Westfalen-Lippe (ab 2012)

Prof. Dr. Dr. med. Paul Walter Schönle,

Leitender ärztlicher Direktor der Maternus Klinik für Rehabilitation gGmbH & Co. KG (ab 2012)

Hans-Jürgen Wirthl,

DGUV - Landesverband Mitte

Reinhold Grüner,

Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg (ab 2012)

Jens Hansen,

Bundesagentur für Arbeit

Verantwortlich bei der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR):

Dr. Thomas Stähler

Sandra Krenz (ab November 2011 bis Februar 2013)

Irmgard Backes (bis Dezember 2011)

11 Glossar

Awareness	Bewusstheit zum Beispiel für eine Störung der Gesundheit oder eine Funktions- und Fähigkeitsstörung
Compliance	Therapietreue, zum Beispiel kooperatives Verhalten der Patientin/ des Patienten in einem Therapieverfahren (zum Beispiel Medikamenteneinnahme), Mitwirkung des/der Betroffenen bei der Rehabilitation
Deletär	Schädlich, Schaden oder Tod bringend im Sinne einer ungünstigen Krankheitsentwicklung
Dysphagie	Schluckstörung
Empowerment	Empowerment beschreibt einen Zustand, in dem betroffene Menschen sich ihrer Fähigkeiten und Stärken bewusst werden und soziale Ressourcen nutzen. Empowerment im Sinne von Stärkung von Kompetenz und Selbstbestimmungsrecht über die eigene Gesundheit wird als Schlüsselkategorie von Gesundheitsförderung angesehen.
Globale Aphasie	Sprachstörung; schwerste Form der Aphasie, bei der sowohl das Sprachverständnis als auch die Sprachproduktion gestört sind
Hemiparese	Halbseitenlähmung, unvollständige Lähmung einer Körperhälfte
Hemiplegie	Halbseitenlähmung, vollständige Lähmung einer Körperhälfte

ICD

Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD - International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) ist eine Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und das wichtigste weltweit anerkannte System von Krankheits-Diagnose-Klassifikationen der Medizin. Die aktuelle, international gültige Ausgabe ist ICD-10, Version 2013,

<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm>

ICF

Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF - International Classification of Functioning, Disability and Health) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und das wichtigste weltweit anerkannte Klassifikationssystem von Krankheitsfolgen. Die ICF „untergliedert“ das Gesundheitsproblem eines Menschen zum Beispiel in die Ebene der Körperstrukturen und Körperfunktionen (Symptome), in die Domänen der Aktivitäten (Beeinträchtigungen) und Teilhabe (Behinderungen) und berücksichtigt die personbezogenen und die umweltbezogenen Rahmenbedingungen,

deutschsprachige Übersetzung (Stand Oktober 2005) unter <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf>

Inklusion

Inklusion meint die selbstverständliche Einbeziehung von Menschen mit Behinderung in alle Bereiche des gesellschaftlichen Lebens (inkludiertes Leben). Inklusion ist darauf ausgerichtet, dass alle Menschen mit Behinderung ihren Anspruch auf gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft verwirklichen können. Ausgrenzungen sind von vornherein zu vermeiden, und die Umwelt ist an die individuellen Bedarfe und Bedürfnisse der Menschen mit Behinderung anzupassen. Inklusion und inkludiertes Leben sind das wichtigste Menschenrecht, welches in der UN-Behindertenrechtskonvention festgelegt ist (Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen: Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD 2006), in Deutschland gültiges Recht seit 2009),

http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/PDF-Dateien/Pakte_Konventionen/CRPD_behindertenrechtskonvention/crpd_de.pdf

Integrationsprojekt	Projekt zum Beispiel zur Eingliederung eines Menschen mit Behinderung in die Gesellschaft, vor allem in Ausbildung und Beruf
Job-Carving	Das Suchen einer (passenden) Arbeit, eines Arbeitsplatzes zum Beispiel im Prozess der Unterstützten Beschäftigung
Job-Coaching	Prozess der Unterstützung zum Beispiel im Rahmen der (stufenweisen) beruflichen Wiedereingliederung oder der Arbeitsassistenten im Rahmen unterstützter Beschäftigung
Neurokompetenz	Erfahrung im Umgang mit den störungsbildspezifischen Besonderheiten der Menschen mit erworbenen Hirnschäden oder chronischen neurologisch-begründeten Behinderungen, die den bewussten Einsatz von neurowissenschaftlichen Kenntnissen und klinischen Erfahrungen im Zusammenhang mit den kognitiven und organisch-psychischen Problemstellungen und Verhaltensweisen im professionellen Umgang mit dieser Betroffenenengruppe umfasst
Psychophysisch	Adjektiv, welches das komplexe und im Verlauf einer Belastung variable Zusammentreffen von geistigen und körperlichen Symptomen zum Beispiel der Erschöpfung im Rahmen der eingeschränkten Belastungsfähigkeit nach einer erworbenen Hirnschädigung beschreibt
Rehabilitations-Assessment	Auch Reha-Assessment. Dieses beschreibt ein Beurteilungssystem auf der Basis spezifischer Testmodule oder Skalen. Das Rehabilitations-Assessment wird zum Beispiel im Rahmen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation oder in der beruflichen Rehabilitation, zunehmend auch in der medizinischen Rehabilitation angewandt, um Informationen und Mutmaßungen über die Fähigkeiten eines Menschen in Bezug auf einen Arbeitsplatz oder einen bestimmten Beruf oder allgemeiner auf ein Rehabilitationsziel zu beschreiben und zu einer prognostischen Einschätzung zu kommen. Der Vergleich persönlicher Neigungen (Rahmenbedingungen) und vorhandener Fähigkeiten mit den Anforderungen der gemeinschafts- oder arbeitsbezogenen Lebenswirklichkeit erlaubt es, den Rehabilitationsplan zu erstellen, den Rehabilitationsbedarf, die Zeitachse zu beschreiben und eine Erfolgsprognose abzugeben.
Residuen	Rest, Restbefunde

Snoezeln, Snoezelraum

Unter Snoezelen versteht man den Aufenthalt in einem gemütlichen, angenehm warmen Raum, in dem man, bequem liegend oder sitzend, umgeben von leisen Klängen und Melodien, Lichteffekte betrachten kann. Das Snoezeln dient der Verbesserung der sensitiven Wahrnehmung und zugleich der Entspannung. Es erfolgt in einem speziell ausgestatteten Snoezelraum zum Beispiel in Einrichtungen der Phase F-Versorgung oder in Einrichtungen der schulischen oder beruflichen Förderung von Menschen mit schweren Behinderungen.

Sozialraum

Bezogen auf den einzelnen Menschen stellt der Sozialraum seine individuelle Wohn-, Lebens- und Arbeitswelt dar, in der seine Teilhabe am Leben in der Gesellschaft stattfindet.

Bezogen auf eine Gruppe von Menschen stellt der Sozialraum die örtliche, kommunal-, landes- oder bundesbezogene Lebenswelt dar. Im Zusammenhang mit der Sozialraumplanung für die Teilhabe von Menschen mit Behinderung ist es erforderlich, die Grundlagen für deren Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und deren Inklusion (inkludiertes Leben) sozialräumlich und als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu planen und zu organisieren.

Teilgabe

Der Begriff bringt zum Ausdruck, dass Menschen mit Behinderung nicht nur Empfänger von Hilfen und Leistungen sein, sondern auch selbst geben wollen. Als praxistauglich hat sich etwa erwiesen, Menschen mit Behinderung selbst als Ehrenamtliche für andere Menschen mit Hilfebedarf einzusetzen und sie bei dieser Arbeit zu unterstützen. Sie gewinnen hierbei aktive Teilhabe, Normalität und ein (neues) Selbstwertgefühl.

Teilhabe

Auch Partizipation: Teilhabe bedeutet nach der Definition der WHO das Einbezogenensein in eine Lebenssituation. Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (zum Beispiel Leben in der Gemeinschaft und/oder Leben in Ausbildung, Beruf und Arbeit) ergeben sich in diesem Zusammenhang aus der Wechselwirkung zwischen den gesundheitlichen Problemen eines Menschen und seinen persönlichen und umweltbezogenen Rahmenbedingungen (Kontextfaktoren).

Teilhabetraining

Jargon: therapeutische Maßnahmen und Interventionen, um die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu üben

Wohnortnähe, Arbeitsortnähe

Siehe: Sozialraum

12 Literaturverzeichnis

Biermann, H. (2008):

Pädagogik der beruflichen Rehabilitation. Eine Einführung. Kohlhammer. Stuttgart.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2007):

Soziale, schulische und/oder berufliche Eingliederungsphase (Phase E), in: BAR (Hrsg.): Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe schädel-hirn-verletzter Kinder und Jugendlicher. S. 34 – 41

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2011):

Empfehlungen zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation in der Neurologie. Frankfurt/Main.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2012):

Gemeinsame Empfehlung „Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ nach § 35 SGB IX. Frankfurt/Main.

Deutscher Bundestag (2012):

17. Wahlperiode, Drucksache 17/9449, S. 23.

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung und Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (2012):

Persönliches Budget. Handlungsleitfaden. Leitfaden für die Anwendung im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung.

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2012):

Rundschreiben. Anforderungsprofil für Reha-Managerinnen und Reha-Manager.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2009):

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA). Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2009):

Nachgehende Leistungen. In: Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. S. 48 - 50

Deutsche Rentenversicherung Bund (2010):

Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung. Sozialmedizinische Begutachtung bei neurologischen Erkrankungen.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2011):

Rahmenkonzeption. Intensivierte Rehabilitations-Nachsorge „IRENA“ inklusive „Curriculum Hannover“.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2012):

Reha-Bericht. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2012):

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zum Beispiel: Medizinische berufsorientierte Rehabilitation (MBOR). In: DRV Nord (Hrsg.): Einbindung von Betriebs- und Werksärztinnen und -ärzten in den Rehabilitationsprozess. S. 19 – 24

Deutsche Rentenversicherung Bund:

Häuserliste der Nachsorgeeinrichtungen „IRENA“ für neurologische Krankheiten, http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/DRVB/de/Inhalt/Zielgruppen/Infos_fuer_Rehaeinrichtungen/nachsorgeprogramm/haeuserliste_irena_neurologie.html?nn=37800

Gesellschaft für Neuropsychologie

<http://www.gnp.de/html/service/wasistneuropsychologie/index.php>

Grotkamp, S. et al (2010):

Personbezogene Faktoren der ICF- Entwurf der AG „ ICF “ des FB II der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM). Gesundheitswesen, 72: 908– 916

Grotkamp, S. et al. (2012):

Personbezogene Faktoren der ICF - Beispiele zum Entwurf der AG „ICF“ des Fachbereichs II der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM). Gesundheitswesen, 74: 449–458

Grotkamp, S., Cibis, W., Nüchtern, E., von Mittelstaedt, G., Seger, W. (2012):

Personal Factors in the International Classification of Functioning, Disability and Health: Prospective Evidence. Australian Journal of Rehabilitation Counselling, 18,1: 1–24

Gutenbrunner, C., Glaesener, J.-J. (2006):

Rehabilitation, Physikalische Medizin und Naturheilverfahren.

Haak, U., Schwarz, G. (2011):

Besonderheiten und Schwerpunkte der Leistungserbringung bei jungen neurologischen Patienten. GUVH, LUKN. NRZ Friedehorst. Workshop BAR.

Hansmeier, T., Schliehe, F. (2007):

Rechtliche und institutionelle Rahmenbedingungen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation. In: Hillert, A., Müller-Fahrnow, W., Radoschewski, F. M. (Hrsg.): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Grundlagen und klinische Praxis. Deutscher Ärzte-Verlag. S. 34 ff.

Hansmeier, T., Schliehe, F. (2008):

Rechtliche und institutionelle Rahmenbedingungen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation. In: Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Grundlagen und klinische Praxis. 34-44

Kleve, H. (2006):

Case Management – Eine methodische Perspektive zwischen Lebensweltorientierung und Ökonomisierung Sozialer Arbeit. In: Kleve, H., Hays, B., Hampe-Grosser, A., Müller, M.: Systemisches Case-Management. Heidelberg, Carl-Auer-Verlag, S. 40-56.

Masur, H. (2004):

Rehabilitationsteam. In: Nelles, G.: Neurologische Rehabilitation. 31-34.

Pfusser, W. (2012):

Begutachtung an Schnittstellen – rechtliche Einführung. In: Der medizinische Sachverständige, S. 89 – 92

Reuther, P., Hendrich, A., Kringler, W., Vespo., E. (2012):

Die neurologische Rehabilitations-Phase E: Nachgehende Leistungen zur sozialen (Re-)Integration und Teilhabe – ein Kontinuum? Rehabilitation, 51: 424-430

Schupp, W., Kulke, H. (2008):

Neurologie. In: Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Grundlagen und klinische Praxis. S. 301 ff.

Sommer, B. (1999):

Pädagogik und Neurologische Rehabilitation hirngeschädigter Kinder, Jugendlicher und junger Erwachsener. Standortbestimmung und Perspektiven einer wissenschaftlichen Grundlegung. Hänsel-Hohenhausen, Egelsbach, Frankfurt am Main, München, New York, S. 60 - 65

vdek (2012):

Sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen.

Download: http://www.vdek.com/vertragspartner/vorsorge-rehabilitation/sozialmed_nachsorge/index.htm

13 Abkürzungsverzeichnis

FIM	Functional Independence Measure
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)
IFD	Integrationsfachdienst
IRES	Indikatoren des Reha Status Fragebogen
IMET	Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe
SGB	Sozialgesetzbuch
SINGER	Selbständigkeits-Index für die Neurologische und Geriatrische Rehabilitation
UN-BRK	Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Men- schen mit Behinderungen
WfbM	Werkstatt/Werkstätten für behinderte Menschen

Übersicht über Bedarfe und Leistungen in der Phase E der neurologischen Rehabilitation

- Gesetzliche Krankenversicherung - GKV (SGB V, SGB IX)
- Gesetzliche Rentenversicherung - GRV (SGB VI, SGB IX)
- Arbeitslosenversicherung - BA (SGB II, SGB III, SGB IX)
- Gesetzliche Unfallversicherung - GUV (SGB VII, SGB IX)
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau - SVLFG (KVLG, ALG, SGB VII, SGB IX)¹
- Kinder- und Jugendhilfe² (SGB VIII, SGB IX)
- Sozialhilfe³ (SGB XII, SGB IX)
- Integrationsamt (SGB IX)⁴
- Soziale Pflegeversicherung - Pflegekasse (SGB XI)
- Hauptfürsorgestelle (BVG)

Kategorien zur Einordnung der Bedarfe und Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft:

- 0) Sozialrechtliche/-fachliche Beratung/Information, Planung und Einleitung von Maßnahmen sowie trägerübergreifende Zusammenarbeit **(Seiten 86 – 95)**
- 1) Leistungen zur Sicherung des Erfolges der medizinischen Rehabilitation **(Seiten 96 – 117)**
- 2) Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft **(Seiten 118 – 123)**
- 3a) Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben **(Seiten 124 – 143)**
- 3b) (Spezifische) Leistungen zur Teilhabe an Erziehung und Bildung **(Seiten 144 – 155)**
- 4) Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen **(Seiten 156 – 163)**

Besonderheiten: Soziales Entschädigungsrecht **(Seiten 164 – 167)**

1 Die SVLFG handelnd als landwirtschaftliche Altersklasse (LAK), landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK), landwirtschaftliche Pflegekasse (LPK) oder landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft (LBG). Die LAK erbringt keine Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

2 Handelt es sich um seelisch behinderte Kinder und Jugendliche, sind auch Leistungen der Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII möglich. Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII wird vom Jugendamt erbracht, wenn diese Kinder und Jugendlichen aufgrund der seelischen Behinderung in ihren Teilhabemöglichkeiten beeinträchtigt sind. Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist die Jugendhilfe nur zuständig, wenn keine Krankenversicherung besteht. Die Jugendämter bieten außerdem Beratung und Unterstützung z. B. bei Erziehungsfragen und Fragen des Kinderschutzes. Angesichts des geltenden Nachrangprinzips werden die Träger der öffentlichen Jugendhilfe in dieser Übersicht nicht überall explizit erwähnt (siehe ansonsten auch nachfolgenden erläuternden Hinweis).

3 Leistungen der Sozialhilfe nach SGB XII unterliegen dem Grundsatz des Nachrangs.

4 Das Integrationsamt ist selbst kein Rehabilitationsträger. Es arbeitet mit ihnen jedoch eng zusammen sowie mit den Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern, den Arbeitgeberverbänden, Gewerkschaften und Behindertenverbänden. Es ist Ratgeber und Partner für das betriebliche Integrationsteam.

Die Tabelle gibt einen Überblick über Bedarfe und Leistungen in der Phase E der neurologischen Rehabilitation. Es wird keine Gewähr für Vollständigkeit übernommen. Die Leistungen sind an komplexe Voraussetzungen geknüpft; Leistungsansprüche sind jeweils individuell zu prüfen. Auf die Regelung des § 7 SGB IX wird insbesondere verwiesen.⁵

Hinweis zu den Trägern der öffentlichen Jugendhilfe

Die örtlichen Träger der öffentlichen Jugendhilfe erbringen für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bzw. an Erziehung und Bildung, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie weitere Leistungen der Eingliederungshilfe.

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.

Gemäß § 35a Abs. 3 SGB VIII richten sich Aufgabe und Ziel der Hilfe, die Bestimmung des Personenkreises sowie die Art der Leistungen nach den Regelungen des § 53 Abs. 3 und 4 Satz 1 und den §§ 54, 56 und 57 des SGB XII, soweit diese Bestimmungen auch auf seelisch behinderte und von einer solchen Behinderung bedrohte Menschen Anwendung finden.

Kinder und Jugendliche haben einen Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe, wenn

- ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht und
- daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder
- eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist (§ 35a Abs. 1 SGB VIII).

Die Hilfe wird nach dem Bedarf im Einzelfall

- in ambulanter Form,
- in Tageseinrichtungen für Kinder oder in anderen teilstationären Einrichtungen,
- durch geeignete Pflegepersonen und
- in Einrichtungen über Tag und Nacht sowie in sonstigen Wohnformen erbracht (§ 35a Abs. 2 SGB VIII).

⁵ Die Vorschriften des SGB IX gelten für die Leistungen zur Teilhabe, soweit sich aus den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen nichts Abweichendes ergibt. Die Zuständigkeit und die Voraussetzungen für die Leistungen zur Teilhabe richten sich nach den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen.

0) Sozialrechtliche/-fachliche Beratung/ Information, Planung und Einleitung von Maßnahmen, Zusammenarbeit (Aufgaben aller Leistungsträger)

	Bedarfe und Teilhabeleistungen	Aufgaben
1.	Auskunft , Information und Beratung, umfassende und regelmäßige Aufklärung über die Leistungen der Phase E der neurologischen Rehabilitation	<p>Die Auskunft, Information und Beratung sind zentrale Aufgaben aller Leistungsträger. Sie sind darauf ausgerichtet, dem Betroffenen/Versicherten eine Orientierung über das Sozialrecht zu geben.</p> <p>Zielgruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ betroffene Menschen ■ Familie und Bezugspersonen/ Angehörigen ■ weitere Ratsuchende, vor allem Ärzte bzw. Ärztinnen sowie Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber ■ unter Berücksichtigung des sozialen Umfeldes <p>Die Beratung des Leistungsträgers ist auf den Einzelfall bezogen. Sie berücksichtigt die individuellen Verhältnisse des Versicherten und bezieht sich auf konkrete sozialrechtliche Fragen oder leistungsrechtliche Ansprüche sowie Fragen über den Zugang zu Sozialleistungen. Die Beratungen sollen den Versicherten in die Lage versetzen, seine Rechte und Pflichten zu erkennen, zu beurteilen und hiernach die für ihn zweckmäßigen Entscheidungen zu treffen sowie Anträge zu stellen. Umfasst ist auch die Beratung und Unterstützung z. B. bei Erziehungsfragen bzw. bei seelisch behinderten Kindern und Jugendlichen Beratung zu Fragen der Eingliederungshilfe nach Jugendhilferecht.</p>

Rechtliche Grundlage(n)	Mögliche Leistungsträger (z.T. nur vorrangige)	Kommentar/Erläuterung
<p>Beratung des Versicherten durch Reha-(Fach)-beraterinnen und Reha-(Fach)berater bzw. Reha-Managerinnen und Reha-Manager der Rehabilitationsträger und Gemeinsame Servicestellen für Rehabilitation gemäß §§ 13-15 SGB I, 22 ff. SGB IX; § 35a SGB VIII § 61 Abs. 1 SGB IX (Beratung der Ärzte)</p> <p>Überdies unabhängige Patientenberatung sowie weitere abhängige und unabhängige Beratungseinrichtungen nach anderen Rechtsgrundlagen</p> <p>Die Schwerpunkte des Leistungsumfangs für die Leistungsträger (§§ 18 – 28 SGB I) bestimmen insbesondere die allgemeinen Beratungsschwerpunkte.</p>	<p>Alle Leistungsträger</p>	<p>Allgemeine und spezifische Beratung von betroffenen Menschen, ihren Angehörigen/Bezugspersonen (Berücksichtigung des sozialen Umfeldes, einschl. des vor/schulischen und beruflichen Umfeldes, auch unter Einschluss erforderlicher umfassender Betreuung von Angehörigen/ Bezugspersonen in besonderen Problemlagen) zu allen (trägerübergreifenden) Fragen der Rehabilitation</p> <p>Das heißt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Kommunikation „auf Augenhöhe“ ■ Gegenseitiges Vertrauen ■ Erkennen der individuellen Bedürfnisse durch persönlichen und/oder telefonischen Kontakt ■ Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts

	Bedarfe und Teilhabeleistungen	Aufgaben
2.	<p>Beratung insbesondere über (beispielhaft)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ technische Assistenzsysteme ■ Unterstützte Kommunikation ■ wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (Barrierefreiheit) 	<p>Verbesserte Teilhabe und Lebensqualität sowie größere Selbstbestimmung am Leben in der Gemeinschaft und am Arbeitsleben oder in der Schule und Ausbildung/im Studium.</p> <p>Anbahnung und Ausdifferenzierung von kommunikativen Möglichkeiten mittels elektronischen und nichtelektronischen Kommunikationshilfen.</p>
3.	<p>Beratung zum (trägerübergreifenden) Persönlichen Budget</p>	<p>Umfassende, nahtlose, zügige, einheitliche und wirtschaftliche Leistungserbringung in Form eines Persönlichen Budgets (Zielvereinbarung zur Festlegung der Teilhabeziele): Menschen mit Behinderung oder Menschen, die von einer Behinderung bedroht sind, wird die Möglichkeit gegeben, ihren Bedarf an Teilhabeleistungen in eigener Verantwortung und Gestaltung zu decken. Der behinderte Mensch erhält Leistungsansprüche in Form von Geldleistungen oder Gutscheinen als Alternative zu Sachleistungen. Zielvereinbarungen werden getroffen, auf dessen Grundlage die betroffene Person selbst entscheiden kann, wann, wo, wie und durch wen der Leistung zu Grunde liegende Bedarfe gedeckt werden. Ziele sind Selbstbestimmung und eine selbstständige Lebensführung in eigener Verantwortung.</p>

Rechtliche Grundlage(n)	Mögliche Leistungsträger (z.T. nur vorrangige)	Kommentar/Erläuterung
<p>§§ 13-15 SGB I, 22 ff. SGB IX (vgl. auch § 61 SGB IX) §§ 30, 31 SGB VII § 35a SGB VIII</p> <p>Überdies unabhängige Patientenberatung sowie weitere abhängige und unabhängige Beratungseinrichtungen nach anderen Rechtsgrundlagen</p>	<p>Alle Leistungsträger</p>	<p>Beratung durch Reha(fach)-beraterinnen und Reha(fach)berater bzw. Rehamanagerinnen und Rehamanager der Rehabilitationsträger und Gemeinsame Servicestellen für Rehabilitation</p> <p>Unabhängige Patientenberatung</p>
<p>§ 17 SGB IX i.V.m. Budgetverordnung</p> <p>Beratung durch Reha-(Fach)-beraterinnen und Reha(fach)berater bzw. Rehamanagerinnen und Rehamanager und Gemeinsame Servicestellen der Rehabilitationsträger gemäß §§ 13-15 SGB I, 22 ff. SGB IX; § 26 Abs. 1 SGB VII § 35a SGB VIII</p>	<p>Alle Leistungsträger</p>	<p>Trägerübergreifendes Persönliches Budget: Mehrere Leistungsträger erbringen unterschiedliche Teilhabe- und Rehabilitationsleistungen im Rahmen eines Persönlichen Budgets. Budgetfähig sind alle Leistungen zur Teilhabe.</p> <p>Überdies weitere regionale und überregionale Beratungsstellen (wie KoKoBe - Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsangebote für Menschen mit geistiger Behinderung - und andere)</p>

	Bedarfe und Teilhabeleistungen	Aufgaben
4.	Beratung über Selbsthilfegruppen und deren Vermittlung	Den Ratsuchenden dazu ermutigen, Austausch in einer Selbsthilfegruppe zu suchen. Diese lebt von der Betroffenenkompetenz sowie gegenseitigen Hilfe und Unterstützung. Die Selbsthilfegruppe gibt unverzichtbare Impulse auf dem Weg zu einer inklusiven Gesellschaft.
5.	Frühzeitige (trägerübergreifend) Bedarfserkennung, -ermittlung/-feststellung unter Berücksichtigung der ICF in Bezug auf alle Leistungen der Phase „E“ der neurologischen Rehabilitation und Auswahl der Leistung und Einrichtung unter Einbeziehung der betroffenen Personen und ihrer Angehörigen	Individuelle und bedarfsspezifische Planung der Phase E unter Berücksichtigung der Ressourcen und Möglichkeiten der betroffenen Person Patientenorientierung/Rehabilitandenorientierung Aufsuchende Tätigkeit durch die Reha-Träger in der Reha-Klinik z. B. durch Reha-Berater; u. a. Impulsgebung durch Entlassungsbericht, im Rahmen des BEM
6.	Erstellung und regelmäßige Fortschreibung (mit Zielüberprüfung) eines Teilhabeplans, einer Zielvereinbarung	Feststellung des individuellen Teilhabe-, Förder- und Unterstützungsbedarfs Erarbeitung eines Teilhabeplans mit den individuell ausgerichteten Förder-, Qualifizierungs-, Rehabilitations- und Integrationsmaßnahmen (Erarbeitung gemeinsam mit den betroffenen Personen)

Rechtliche Grundlage(n)	Mögliche Leistungsträger (z.T. nur vorrangige)	Kommentar/Erläuterung
§ 29 SGB IX § 20c SGB V	Alle Leistungsträger	Die Beraterinnen und Berater der Reha-Träger fungieren als Lotse und geben Auskunft über regional ansässige Selbsthilfegruppen.
Vgl. § 13 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX und die zugehörige Gemeinsame Empfehlung „Frühzeitige Bedarfserkennung“	Alle Rehabilitationsträger	Es muss berücksichtigt werden: <ul style="list-style-type: none"> ■ Welche Funktionen ausgefallen sind, ■ welche Funktionen oder Teilfunktionen erhalten sind, ■ welches die Besonderheiten (Leistungsfähigkeit, Anspruchsziele) der prä-morbiden Persönlichkeit waren (bei erworbenen neurologischen Schädigungen), ■ Wunsch- und Wahlrecht
§ 10 SGB IX Vgl. §§ 13 Abs. 2 Nr. 3, 14 SGB IX und die zugehörigen Gemeinsamen Empfehlungen „Teilhabeplan“ und „Zuständigkeitsklärung“ Überdies <ul style="list-style-type: none"> ■ § 15 SGB II (Eingliederungsvereinbarung) ■ § 36 SGB VIII (Hilfeplan) ■ § 58 SGB XII (Gesamtplan) 	Alle Rehabilitationsträger	Auch Aspekte der Prävention und Gesundheitsförderung sind zu berücksichtigen.

	Bedarfe und Teilhabeleistungen	Aufgaben
7.	Teilhabemanagement (Fallsteuerung), auch Anstoßen und rechtzeitige Einleitung der Teilhabeleistungen	Unterstützung und Begleitung der betroffenen Menschen durch die Leistungs- und Rehabilitationsträger Einzelfallmanagement Bedarfsklärung Auswahl geeigneter Leistungen Beratung der Versicherten und des Arbeitgebers Begleitung des Rehabilitations- und Integrationsprozesses Unterstützung bei der Beantragung weiterer notwendiger Sozialleistungen
8.	Interdisziplinäre Teamarbeit	Aufeinander bezogene Zusammenarbeit und Abstimmung aller an der neurologischen Rehabilitation in der Phase E beteiligten Berufsgruppen/ Fachdisziplinen. Regelmäßige Fort- und Weiterbildung, Supervision, Zusammenarbeit mit Angehörigen
9.	Notwendige medizinische, pädagogische, psychologische, therapeutische Diagnostik (Screening und Re-Assessment) und sozialmedizinische Beurteilung	Hinweise zu geben auf (fortbestehenden) Teilhabebedarf, auch bereits im Rahmen der Bedarfsfeststellung
10.	Zusammenarbeit und Vernetzung der Rehabilitationsträger untereinander und mit weiteren Akteuren (z.B. Leistungserbringern)	Reibungsloser Übergang an Schnittstellen und eindeutige Zuständigkeitsklärung

ANHANG

Rechtliche Grundlage(n)	Mögliche Leistungsträger (z.T. nur vorrangige)	Kommentar/Erläuterung
§§ 10, 11, 12 Abs. 1 SGB IX § 26 Abs. 5 SGB VII	Alle Rehabilitationsträger	Es geht um Ressourcen- und Lebensweltorientierung, Förderung der Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Unabhängigkeit des betroffenen Menschen.
	Alle Leistungsträger	Als Leistung gesetzlich noch nicht geregelt
z.B. § 30 SGB IX im Rahmen Früherkennung/Frühförderung; §§ 28 ff. SGB V; § 27 Abs. 1 Nr. 7 SGB VII	GKV/LKK GUV LBG Sozialhilfe	Die individuelle Leistungsfähigkeit ist zu erfassen unter Berücksichtigung der individuellen Lebenssituation und des Kontextes (Mehrsprachigkeit, Verständlichkeit, Multimorbidität, Psychische Situation ...) gemäß ICF.
§ 86 SGB X § 12 SGB IX	Alle Leistungsträger	Möglichst Vermeidung von Wartezeiten zwischen der medizinischen und der beruflichen Rehabilitation

	Bedarfe und Teilhabeleistungen	Aufgaben	
11.	Schulungsmaßnahmen für betroffene Menschen sowie Angehörigenschulungen	Schulungsmaßnahmen/ Patientenschulungsmaßnahmen für chronisch Kranke unter Einbezug der Angehörigen und Betreuungs- bzw. Bezugspersonen Krankheits- und Behinderungsverarbeitung, Stabilisierung, Steigerung des Selbstwertgefühls und -bewusstseins	

Rechtliche Grundlage(n)	Mögliche Leistungsträger (z.T. nur vorrangige)	Kommentar/Erläuterung
<p>§ 26 Abs. 3 Nr. 3, § 33 Abs. 6 Nr. 3 SGB IX</p> <p>u. a. § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V</p> <p>Vgl. auch Gemeinsame Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Förderung und Durchführung von Patientenschulungen auf der Grundlage von § 43 Nr. 2 SGB V (Fassung: 11.6.2001)</p>	<p>GKV/LKK GUV LBG GRV LAK</p>	<p>Bei der stationären und ambulanten Rehabilitation sowie im Rahmen der Erbringung nachgehender Leistungen finden Schulungsmaßnahmen statt. Die gesetzliche Rentenversicherung ebenso wie die landwirtschaftliche Alterskasse erbringen solche Maßnahmen nur im Rahmen von stationären oder ambulanten Rehabilitationsleistungen oder nachgehenden Leistungen.</p> <p>Bislang noch fehlende Programme für die neurologische Rehabilitation</p>

1) Leistungen zur Sicherung des Erfolges der medizinischen Rehabilitation

	Bedarfe und Teilhabeleistungen	Aufgaben
12.	<p>Teilhabemanagement (Fallsteuerung), auch Anstoßen und rechtzeitige Einleitung der Teilhabeleistungen</p>	<p>Unterstützung und Begleitung der betroffenen Menschen durch die Leistungs- und Rehabilitationsträger</p> <p>Einzelfallmanagement</p> <p>Bedarfsklärung</p> <p>Auswahl geeigneter Leistungen</p> <p>Beratung der Versicherten und des Arbeitgebers</p> <p>Begleitung des Rehabilitations- und Integrationsprozesses</p> <p>Unterstützung bei der Beantragung weiterer notwendiger Sozialleistungen</p>
13.	<p>Notwendige ärztliche und therapeutische Behandlung und Versorgung</p> <p>Allgemein- und fachärztliche Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen und Kontrollen</p> <p>Die vertragsärztliche Versorgung beinhaltet auch die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ neurochirurgisch ■ augenärztlich ■ orthopädisch ■ neurologisch ■ HNO-ärztlich ■ sozialpsychiatrisch etc. 	<p>Ziel ist es, Behinderung und Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.</p> <p>Die Krankenbehandlung soll die Krankheit heilen, ihre Verschlimmerung verhüten oder Krankheitsbeschwerden lindern.</p>

Rechtliche Grundlage(n)	Mögliche Leistungsträger (z.T. nur vorrangige)	Kommentar/Erläuterung
<p>§§ 10, 11, 12 Abs. 1 SGB IX § 26 Abs. 5 SGB VII</p>	<p>Alle Rehabilitationsträger Integrationsämter</p>	<p>Es geht um Ressourcen- und Lebensweltorientierung, Förderung der Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Unabhängigkeit des betroffenen Menschen.</p>
<p>§ 26 Abs. 2 SGB IX § 27 SGB IX § 27 Abs. 1 SGB V § 73 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V §§ 27, 28 SGB VII</p>	<p>GKV/LKK GUV LBG</p>	<p>Eine berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit von Medizin, Pflege und Therapie ist für den Rehabilitationsprozess mit dem Ziel der größtmöglichen Teilhabe essentiell.</p>

	Bedarfe und Teilhabeleistungen	Aufgaben
14.	Sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Analyse des Versorgungsbedarfs ■ Vorbereitung der Versorgung ■ Koordinierung der verordneten Leistungen in Abhängigkeit von Art, Umfang und Dauer ■ Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme der verordneten Leistungen zur Förderung des Krankheitsverständnisses <p>Die Zielgruppe umfasst chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder, die bei Beginn der Nachsorge das 14. Lebensjahr (in besonders schwerwiegenden Fällen das 18. Lebensjahr) noch nicht vollendet haben.</p>
15.	Heilmittelerbringung	<p>Die Anwendung von Heilmitteln dient folgenden Zielen</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern, ■ eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen, ■ einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken oder ■ Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern

ANHANG

Rechtliche Grundlage(n)	Mögliche Leistungsträger (z.T. nur vorrangige)	Kommentar/Erläuterung
§ 43 Abs. 2 SGB V	GKV/LKK	<p>Wird nur in unmittelbarem Anschluss an eine Krankenhausbehandlung oder eine stationäre Rehabilitation verordnet, wenn die Nachsorge wegen Art, Schwere und Dauer der Erkrankung notwendig ist, um stationäre Aufenthalte zu verkürzen oder eine anschließende ambulante ärztliche Behandlung zu sichern.</p> <p>Bestimmung zu Voraussetzungen, Inhalten und zur Qualität sozialmedizinischer Nachsorgemaßnahmen nach § 43 Abs. 2 SGB V vom 1.4.2009, unter http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/rehabilitation/sozialmedizin_nachsorge/Reha_Bestimmung_Sozialmed_Nachsorge_2009-04-01.pdf</p>
§ 32 SGB V § 30 SGB VII	GKV/LKK GUV LBG	

	Bedarfe und Teilhabeleistungen	Aufgaben
16.	Physikalische Therapie wie Physiotherapie, Bewegungstherapie	<p>Ziel: Wiedereingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft</p> <p>Erhaltung, Förderung und Wiederherstellung der Leistungen der Stütz- und Bewegungsorgane, des Nervensystems und der dabei beteiligten Funktionen des Herz-/ Kreislaufsystems, der Atmung und des Stoffwechsels.</p> <p>Förderung und Besserung der Motorik und Sensomotorik, Regulierung des Muskeltonus, Vermeidung von Kontrakturen, Förderung und Besserung der Koordination und der Grob- und Feinmotorik, Sicherung der Mobilität</p>
17.	Ergotherapie	<p>Ergotherapie dient der Wiederherstellung, Entwicklung, Verbesserung, Erhaltung oder Kompensation der krankheitsbedingt gestörten motorischen, sensorischen, psychischen und kognitiven Funktionen und Fähigkeiten.</p> <p>Zielsetzung bei Menschen mit neurologischer Erkrankung ist insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Selbständigkeit in der altersentsprechenden Versorgung (Ankleiden/Hygiene) ■ Verbesserung der Belastungsfähigkeit und der Ausdauer ■ Verbesserung im Verhalten und in zwischenmenschlichen Beziehungen und ■ Erlernen von Kompensationsmöglichkeiten

Rechtliche Grundlage(n)	Mögliche Leistungsträger (z.T. nur vorrangige)	Kommentar/Erläuterung
<p>§ 26 Abs. 2 SGB IX § 32 SGB V (§ 34 SGB V: ausgeschlossene Heilmittel) Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V § 30 SGB VII</p>	<p>GKV/LKK GUV LBG</p>	<p>Auch Menschen mit neurologischer Erkrankung/Behinderung unter 18 Jahre: Erleichterung des Bewegungsablaufs durch Ausnutzung komplexer Bewegungsmuster, Bahnung von Innervation und Bewegungsabläufen und Förderung oder Hemmung von Reflexen</p> <p>Menschen mit neurologischer Erkrankung/Behinderung über 18 Jahre: Förderung und Erleichterung des Bewegungsablaufs durch Einsatz komplexer Bewegungsmuster, Bahnung von Innervation und Bewegungsabläufen und Förderung oder Hemmung von Reflexen</p>
<p>§ 32 SGB V (§ 34 SGB V: ausgeschlossene Heilmittel) Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V § 30 SGB VII</p>	<p>GKV/LKK GUV LBG</p>	

	Bedarfe und Teilhabeleistungen	Aufgaben
18.	Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie (inklusive Unterstützter Kommunikation)	<p>Die Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie zielen darauf ab, die Kommunikationsfähigkeit, die Stimmgebung, das Sprechen, die Sprache und den Schluckakt bei krankheitsbedingten neurologischen Störungen wiederherzustellen, zu verbessern oder eine Verschlimmerung zu vermeiden.</p> <p>Auch die Kommunikationsanbahnung, die Kommunikationsförderung, das Erlernen von alternativen Kommunikationsformen (Unterstützte Kommunikation)</p> <p>Ziel: Mehr Selbstbestimmung und Teilhabe in allen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens</p>
19.	Hilfsmittelversorgung	<p>Hilfsmittel sollen</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ den Erfolg der Krankenbehandlung sichern, ■ einer drohenden Behinderung vorbeugen ■ oder eine Behinderung ausgleichen.
20.	Medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen (unter Einschluss von Neuro- und Rehabilitationspädagogik)	Bewältigung von Behinderung und ihrer Folgen; Menschen befähigen, trotz ihrer Behinderung ein selbstbestimmtes Leben zu führen

ANHANG

Rechtliche Grundlage(n)	Mögliche Leistungsträger (z.T. nur vorrangige)	Kommentar/Erläuterung
<p>§ 26 Abs. 2 SGB IX, SGB V</p> <p>§ 32 SGB V (§ 34 SGB V: aus- geschlossene Heilmittel)</p> <p>Heilmittel-Richtlinie des Ge- meinsamen Bundesausschusses gem. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V</p> <p>§ 30 SGB VII</p>	<p>GKV/LKK GUV LBG</p>	
<p>§ 33 SGB V § 31 SGB VII</p>	<p>GKV/LKK GUV LBG</p>	<p>Hilfsmittelverzeichnis der GKV: <a href="https://hilfsmittel.gkv-spitzen-
verband.de">https://hilfsmittel.gkv-spitzen- verband.de</p>
<p>§ 26 Abs. 3 SGB IX § 30 SGB IX § 43a SGB V §§ 27, 28 SGB VII</p>	<p>GKV/LKK GUV LBG</p>	<p>Anlassbezogen oder auch ggf. regelmäßig je nach Ver- laufsdynamik</p> <p>GKV: Diese Leistungen wer- den als Bestandteil einer medizinischen Rehabilitation oder im Rahmen der Früher- kennung und Frühförderung (vgl. Ziff. 21) erbracht.</p>

	Bedarfe und Teilhabeleistungen	Aufgaben
21.	<p>Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung bei noch nicht eingeschulten behinderten und von Behinderung bedrohten Kindern</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Aufstellung eines Förder- und Behandlungsplans ■ Beratung der Erziehungsberechtigten ■ Krankenbehandlung ■ heilpädagogische Leistungen 	<p>Früherkennung von Schädigungen und Beeinträchtigungen zum frühestmöglichen Zeitpunkt Behandlung und Förderung von Kindern, um durch gezielte Förder- und Behandlungsmaßnahmen die Behinderung auszugleichen oder zu mildern.</p> <p>Zusammenwirken verschiedener Berufsgruppen und Alltagsorientierung der Hilfen.</p> <p>Beratung, Anleitung und Unterstützung der Eltern, Früherkennung und Frühdiagnostik sowie Frühtherapie einschließlich pädagogischer Frühförderung. Wahrnehmungsförderung, Förderung der Grob- und Feinmotorik sowie der Sprachentwicklung und der Fähigkeit zur Kommunikation (auch Unterstützte Kommunikation).</p> <p>Ziele sind die Entwicklung eines angemessenen Sozialverhaltens und eine aktive Auseinandersetzung mit der Umwelt und der eigenen Behinderung.</p>

Rechtliche Grundlage(n)	Mögliche Leistungsträger (z.T. nur vorrangige)	Kommentar/Erläuterung
<p>§ 30 SGB IX Frühförderungsverordnung (FrühV) 2003, Rahmenvereinbarungen der einzelnen Bundesländer; § 43a SGB V (nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen)</p> <p>§ 56 SGB IX (heilpädagogische Leistungen)</p> <p>§§ 28 ff. SGB V</p> <p>§ 26 Abs. 2 i.V.m. § 35 Abs. 2 SGB VII</p> <p>§ 54 SGB XII</p> <p>§ 35a SGB VIII</p>	<p>GKV/LKK GUV Sozialhilfe</p>	<p>Frühförderung ist ein System von Hilfen für Kinder mit Behinderung oder Entwicklungsverzögerung bzw. Kinder, die von Behinderung oder Entwicklungsverzögerung bedroht sind, und deren Familien (kind- und familienbezogene Leistungen).</p> <p>Frühförderung ist eine Komplexleistung und besteht aus einem interdisziplinär abgestimmten System ärztlicher, medizinisch-therapeutischer, psychologischer, heil- und sonderpädagogischer und psychosozialer Leistungen.</p> <p>Die Komplexleistung wird erbracht durch fachlich geeignete interdisziplinäre Frühförderstellen und sozialpädiatrische Zentren.</p>

	Bedarfe und Teilhabeleistungen	Aufgaben
22.	<p>Bedarf an Grundpflegeleistungen (insbesondere aktivierende therapeutische Pflege) sowie Unterstützung in der hauswirtschaftlichen Versorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Häusliche Pflege ■ Tages- und Nachtpflege ■ Verhinderungspflege ■ Stationäre Pflege ■ Kurzzeitpflege ■ Pflegehilfsmittel und Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen ■ Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf ■ Pflegeberatung durch die Pflegekassen und/oder Pflegestützpunkte ■ Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Personen 	<p>Pflegebedürftig sind Menschen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder psychischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens (Körperpflege, Ernährung, Mobilität) auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe benötigen.</p>

Rechtliche Grundlage(n)	Mögliche Leistungsträger (z.T. nur vorrangige)	Kommentar/Erläuterung
§ 14 Abs. 1 SGB XI (Pflegebedürftigkeit)	Pflegekassen/LPK GUV LBG	Feststellung durch den MDK im Auftrag der Pflegekassen; Einteilung nach Pflegestufen
§§ 36-38 SGB XI (Häusliche Pflege)		Die Leistungen sind zu beantragen.
§ 39 SGB XI (Verhinderungspflege)		Die Leistungen werden als Geld- oder Sachleistung zur Verfügung gestellt.
§ 40 SGB XI (Pflegehilfsmittel und Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen)		
§ 41 SGB XI (Tages- und Nachtpflege)		
§ 42 SGB XI (Kurzzeitpflege)		
§§ 43, 43a SGB XI (Stationäre Pflege)		
§§ 45a ff. SGB XI (Betreuungs- leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf)		
§ 28 Abs. 1a i.V.m. § 7a SGB XI (Pflegeberatung)		
§ 45 SGB XI (Pflegekurse)		
§ 44 SGB VII		

	Bedarfe und Teilhabeleistungen	Aufgaben
23.	Ernährungsberatung	<p>Ernährungsberatung soll Mangel- und Fehlernährung vermeiden. Ebenso soll sie die Vermeidung und Reduktion von Übergewicht fördern.</p> <p>Zur ärztlichen Beratung gehören auch Hinweise zur Ernährung und ggf. deren Umstellung.</p>
24.	Soziotherapie	<p>Durch Soziotherapie sollen betroffene Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung, auch als Folge einer neurologischen Erkrankung, wieder lernen, ihren Alltag selbstständig zu meistern und Selbstverantwortung zu übernehmen. Sie sollen in die Lage versetzt werden, medizinische Behandlungen selbstständig zu nutzen und auch zu akzeptieren.</p>

Rechtliche Grundlage(n)	Mögliche Leistungsträger (z.T. nur vorrangige)	Kommentar/Erläuterung
<p>§ 20 SGB V § 43 Abs. 1 Nr. 1 SGB V § 28 Abs. 1 SGB V § 26 Abs. 2 Nr. 4 i.V.m. § 39 Abs. 1 Nr. 2 SGB VII</p>	<p>GKV/LKK GUV LBG</p>	<p>Ernährungsberatung kann als individuelle Maßnahme im Rahmen der Primärprävention in Kursen/Seminaren mit dem Themenschwerpunkt „Ernährung“ erfolgen.</p> <p>Ernährungsberatung kann auch für chronisch kranke Menschen erbracht werden.</p> <p>Beratungsleistungen müssen sich nicht in eine bereits laufende Rehabilitation einfügen, sondern können auch eigenständig durchgeführt werden.</p>
<p>§ 37a SGB V Soziotherapie-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses: http://www.g-ba.de/downloads/62-492-5/RL_Soziotherapie_2001-08-23.pdf</p> <p>§ 26 Abs. 2 Nr. 4 i.V.m. § 39 Abs. 1 Nr. 2 SGB VII</p>	<p>GKV/LKK GUV LBG</p>	<p>Bei hirnorganisch begründeten psychischen Erkrankungen derzeit im Rahmen der Soziotherapie-Richtlinien nicht abgedeckt</p>

	Bedarfe und Teilhabeleistungen	Aufgaben
25.	<p>Psychotherapeutische Einzel- oder Gruppenbehandlung hinsichtlich Stressbewältigung, Entspannungstraining (PMR, Autogenes Training), Krankheitsverarbeitung, Verhaltensänderung</p>	<p>Die ärztliche psychosomatische Grundversorgung hat folgende Ziele:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ frühzeitige differentialdiagnostische Klärung komplexer Krankheitsbilder, ■ eine verbale oder übende Basistherapie psychischer, funktioneller und psychosomatischer Erkrankungen und ■ stellt ggf. auf die Einleitung einer ätiologisch orientierten Psychotherapie ab. <p>Die Einzelbehandlung zielt auf</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ die Erhebung der biographischen Anamnese zur Psychopathologie unter Berücksichtigung der entwicklungspsychologischen Gesichtspunkte, ■ die vertiefte Exploration mit differentialdiagnostischer Einordnung eines psychiatrischen Krankheitsbildes ■ die syndrombezogene therapeutische Intervention und ■ die Anleitung der Bezugsperson ab. <p>Die Gruppenbehandlungen zielen auf</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ syndrombezogene therapeutische Intervention und die ■ Anleitung der Bezugsperson(en) ab.

ANHANG

Rechtliche Grundlage(n)	Mögliche Leistungsträger (z.T. nur vorrangige)	Kommentar/Erläuterung
§ 26 Abs. 3 SGB IX § 28 Abs. 3 SGB V §§ 27, 28 SGB VII	GKV/LKK GUV LBG	<p>Die Psychotherapie wird als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung im Rahmen der ärztlichen Behandlung erbracht.</p> <p>Die Psychotherapie-Richtlinie sieht die Behandlung von Menschen mit hirnorganischen Störungen im Regelfall nicht vor.</p>

	Bedarfe und Teilhabeleistungen	Aufgaben
26.	Neuropsychologische Therapie (inklusive neuro-psychologische Begleitung der sozialen, beruflichen und schulischen Wiedereingliederung)	<p>Die ambulante neuropsychologische Diagnostik und Therapie dient der Feststellung und Behandlung von hirnorganisch verursachten Störungen geistiger (kognitiver) Funktionen, des emotionalen Erlebens, des Verhaltens und der Krankheitsverarbeitung sowie der damit verbundenen Störungen psychosozialer Beziehungen.</p> <p>Behandlungsmaßnahmen sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) restitutive Therapie: Maßnahmen mit dem Ziel einer neuronalen Reorganisation b) kompensatorische Therapie: Maßnahmen zum Erlernen von Ersatz- und Bewältigungsstrategien bei kognitiven Störungen c) integrative Therapie: Maßnahmen mit dem Ziel der Reintegration in das soziale, schulische und berufliche Umfeld
27.	Kreative Therapien wie Kunsttherapie, Musiktherapie oder Tanztherapie	<p>Aufbau und Schulung der Funktionen hirnorganisch bedingter Störungen der Motorik, Handlungsplanung, Wahrnehmung; Ausdruck von Gefühlen und deren Reflexion auf künstlerischer oder musikalischer Ebene; Hilfe zur Krankheitsverarbeitung.</p>

Rechtliche Grundlage(n)	Mögliche Leistungsträger (z.T. nur vorrangige)	Kommentar/Erläuterung
<p>§ 26 Abs. 2 SGB IX</p> <p>§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB V i.V.m. der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses (Neuropsychologische Therapie), http://www.g-ba.de/downloads/62-492-588/MVV-RL_2011-11-24.pdf</p> <p>§§ 27, 28 SGB VII</p>	<p>GKV/LKK GUV LBG</p>	<p>Die Neuropsychologie vereint verschiedene therapeutische Maßnahmen zur Behandlung, Beeinflussung und Wiederherstellung (Restitution) sowohl biologischer Funktionen als auch von Verhaltensweisen einschließlich des Erlernens von Ersatz- und Bewältigungsstrategien.</p> <p>Die Behandlung erfolgt häufig in interdisziplinärer Teamarbeit.</p>
<p>§ 26 Abs. 2 SGB IX</p>	<p>GUV LBG</p>	<p>Personen mit Behinderung und/oder chronischer Erkrankung in Lebenskrisen oder mit seelischen Störungen soll ermöglicht werden, eigene Stärken und Probleme kennenzulernen und durch den schöpferischen Prozess auf diese positiv einzuwirken.</p>

	Bedarfe und Teilhabeleistungen	Aufgaben
28.	<p>Rehabilitationsnachsorge, z. B.</p> <p>IRENA (intensivierte Reha-Nachsorge),</p> <p>MERENA (medizinische Reha-Nachsorge),</p> <p>ARENA (ambulante Reha-Nachsorge),</p> <p>ASP (ambulantes Stabilisierungsprogramm)</p> <p>sowie weitere sonstige Leistungen zur Teilhabe</p>	<p>Förderung von Eigenaktivitäten und Stärkung von Selbsthilfepotentialen; Förderung, Stabilisierung, nachhaltige Sicherung des Rehabilitationserfolges: Verbesserung noch eingeschränkter Fähigkeiten, Verstetigung von Lebensstiländerung, nachhaltiger Transfer des in der Rehabilitation Gelernten in den Alltag, Förderung der persönlichen und sozialen Kompetenz.</p>
29.	<p>Nachgehende interdisziplinäre, multimodale Komplextherapie für Aufgaben/Ziele der Phase E</p>	<p>Ein Modul für eine nachgehende rehabilitativ-orientierte Komplextherapie durch ein Nachsorgeteam mit einem weiterhin zielorientierten, multidisziplinären Ansatz</p>

ANHANG

Rechtliche Grundlage(n)	Mögliche Leistungsträger (z.T. nur vorrangige)	Kommentar/Erläuterung
<p>§ 31 Abs.1 Satz 1 Nr.1 SGB VI</p> <p>§ 31 SGB VI</p>	<p>GRV LAK GUV LBG</p>	<p>Berücksichtigung bei der Erstellung des individuellen Teilhabepans</p> <p>Telemedizin/Telerehabilitation und weitere internetgestützte Angebote</p> <p>„Suchtnachsorge“ (bei neurologischen Schäden nach Alkoholmissbrauch - Polyneuropathie)</p>
	<p>GUV LBG</p>	<p>Modellerprobung und Einzelzulassung</p>

	Bedarfe und Teilhabeleistungen	Aufgaben
30.	Rehabilitationssport und Funktionstraining	<p>Ziele des Rehabilitationssports durch sportliche Übungen in der Gruppe:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Stärkung von Ausdauer und Kraft ■ Verbesserung von Koordination und Flexibilität, Stärkung des Selbstbewusstseins insbesondere auch von behinderten oder von Behinderung bedrohten Frauen und Mädchen ■ Hilfe zur Selbsthilfe <p>Ziele des Funktionstrainings durch krankengymnastische Übungen in der Gruppe:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Erhalt und Verbesserung von Funktionen ■ Schmerzlinderung, Bewegungsverbesserung ■ Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung ■ Hilfe zur Selbsthilfe

ANHANG

Rechtliche Grundlage(n)	Mögliche Leistungsträger (z.T. nur vorrangige)	Kommentar/Erläuterung
<p>§ 44 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB IX i.V.m. § 43 SGB V § 28 SGB VI § 39 SGB VII § 10 Abs. 1 ALG §§ 11 Abs. 5, 11α, 12 Abs. 1 BVG</p> <p>Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 1.1.2011,</p> <p>Qualitätsanforderungen Übungsleiter/in Rehabilitations- sport vom 1.1.2012</p>	<p>GKV/LKK GRV/LAK GUV LBG</p>	

2) Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

	Bedarfe und Teilhabeleistungen	Aufgaben
31.	<p>Teilhabemanagement (Fallsteuerung), auch Anstoßen und rechtzeitige Einleitung der Teilhabeleistungen</p>	<p>Unterstützung und Begleitung der betroffenen Menschen durch die Leistungs- und Rehabilitationsträger</p> <p>Einzelfallmanagement</p> <p>Bedarfsklärung</p> <p>Auswahl geeigneter Leistungen</p> <p>Beratung der Versicherten und des Arbeitgebers</p> <p>Begleitung des Rehabilitations- und Integrationsprozesses</p> <p>Unterstützung bei der Beantragung weiterer notwendiger Sozialleistungen</p>
32.	<p>Hilfsmittel und Hilfen/ Technische Assistenzsysteme</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Hilfen zur Verständigung mit der Umwelt ■ Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten ■ Mobilitätshilfen ... 	<p>Erfolg der Heilbehandlung sichern</p> <p>Ausgleich von Beeinträchtigungen bei der Befriedigung von Bedürfnissen des täglichen Lebens</p> <p>Inklusion</p>
33.	<p>Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben</p>	<p>Organisation und Durchführung von Freizeitangeboten wie Förderung von gruppodynamischen Prozessen oder Sportangeboten</p>
34.	<p>Hilfen zur Befähigung zum Führen eines Kfz (Fahreignung)</p>	<p>Selbstbestimmung durch Mobilität</p>

ANHANG

Rechtliche Grundlage(n)	Mögliche Leistungsträger (z.T. nur vorrangige)	Kommentar/Erläuterung
§§ 10, 11, 12 Abs. 1 SGB IX § 26 Abs. 5 SGB VII	Alle Leistungsträger	Es geht um Ressourcen- und Lebensweltorientierung, Förderung der Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Unabhängigkeit des betroffenen Menschen.
§ 55 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX § 55 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX § 55 Abs. 2 Nr. 4 SGB IX § 102 SGB IX § 33 SGB V § 31 SGB VII	Alle Leistungsträger	Hilfsmittelverzeichnis der GKV: https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de
§ 55 Abs. 2 Nr. 7, § 58 SGB IX § 39 SGB VII §§ 9, 25b BVG	GUV LBG Sozialhilfe Hauptfürsorgestellen	
§ 55 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX §§ 39 Abs. 1 Nr. 1, 40 SGB VII §§ 9, 25b BVG	Sozialhilfe GUV LBG Hauptfürsorgestellen	

	Bedarfe und Teilhabeleistungen	Aufgaben
35.	<p>Heilpädagogische Leistungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Sonderpädagogik ■ Sozialpädagogik ■ Psychologie ■ Psychosoziale Dienste ■ Frühförderung 	<p>Verbesserung u. a. von Lebenschancen und Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen als Einzelunterstützung und in Gruppen; Stärkung der sozialkompetenten Persönlichkeit; Wiedererlangung wichtiger sozialer Fähigkeiten und Fertigkeiten (z. B. Handlungsfähigkeit, Kritikfähigkeit, Eigenverantwortlichkeit, Selbstbestimmung, angemessenes Sozialverhalten, Erlernen von Verhaltensalternativen)</p>
36.	<p>Wohnen</p>	<p>Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ tagesstrukturierende Maßnahmen ■ stationäres Wohnen einschließlich Übergangswohnen ■ „ambulantes Wohnen“ (betreut, im Familienverbund, Assistenz in der Häuslichkeit)

ANHANG

Rechtliche Grundlage(n)	Mögliche Leistungsträger (z.T. nur vorrangige)	Kommentar/Erläuterung
§ 55 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX § 56 SGB IX §§ 27, 28, 30, 37 Abs. 2 SGB VII § 35a SGB VIII § 30 SGB IX im Rahmen Früherkennung/Frühförderung	GKV/LKK GUV LBG Kinder- und Jugendhilfe Sozialhilfe	Beratung und Unterstützung z.B. bei Erziehungsfragen bzw. bei seelisch behinderten Kindern und Jugendlichen, Beratung zu Fragen der Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII
§ 55 Abs. 2 Nr. 5, 6 SGB IX § 44 Abs. 5 SGB VII § 35a SGB VIII § 38a SGB XI § 124 Abs. 2 SGB XI	GUV LBG Sozialhilfe Kinder- und Jugendhilfe Pflegekassen/LPK	Nach § 36 Abs. 1 Satz 5 SGB XI auch Bestehen der Möglichkeit des „Poolens“ von Pflegeleistungen

	Bedarfe und Teilhabeleistungen	Aufgaben
37.	Wohnungshilfen	<p>Finanzielle Ausgleichsleistungen für die Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer barrierefreien Wohnung inklusive Beratung</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Einschaltung von Fachdiensten für die Wohnungssuche und Beschaffung ■ Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen, wie behinderungsbedingte Um- und Ausbauten zur Herstellung der Mobilität, wie Bau oder Umbau von bedarfsmäßigen Garagen, Toreinfahrten, Einbau von Garagen- und Türöffnern, Hebebühnen und Aufzügen (Ausstattung) ■ Kostenübernahme für Reparatur- und Instandsetzungsarbeiten/Erhaltung

ANHANG

Rechtliche Grundlage(n)	Mögliche Leistungsträger (z.T. nur vorrangige)	Kommentar/Erläuterung
§ 55 Abs. 2 Nr. 5 SGB IX § 41 SGB VII § 40 SGB XI (Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen)	GUV LBG Sozialhilfe Kinder- und Jugendhilfe Pflegekassen/LPK	

3a) Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

	Bedarfe und Teilhabeleistungen	Aufgaben
38.	<p>Teilhabemanagement (Fallsteuerung), auch Anstoßen und rechtzeitige Einleitung der Teilhabeleistungen</p>	<p>Unterstützung und Begleitung der betroffenen Menschen durch die Leistungs- und Rehabilitationsträger</p> <p>Einzelfallmanagement</p> <p>Bedarfsklärung</p> <p>Auswahl geeigneter Leistungen</p> <p>Beratung der Versicherten und des Arbeitgebers</p> <p>Begleitung des Rehabilitations- und Integrationsprozesses</p> <p>Unterstützung bei der Beantragung weiterer notwendiger Sozialleistungen</p>
39.	<p>Beratung und Unterstützung zur Verhinderung des Arbeitsplatzverlustes</p>	<p>Erhalt des Arbeitsplatzes</p>
40.	<p>Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen, z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Grundausbildungslehrgänge ■ Rehabilitationsvorbereitungstraining ■ Rehabilitationsvorbereitungslehrgänge 	<p>Förderung des Übergangs zwischen Schule und Berufsleben für junge Menschen, die aufgrund von besonderen personellen Voraussetzungen oder strukturellen Bedingungen keinen Ausbildungsplatz erhalten haben und deren Chancen auf eine Berufsausbildung durch eine gezielte Berufsvorbereitung erhöht werden soll.</p> <p>Wissenslücken schließen oder das Lern- und Sozialverhalten fördern mit dem Ziel, Bildungsmaßnahmen zu ermöglichen/einzuleiten; Vermittlung berufsspezifisches Grundwissen und Verbesserung der Eingliederungsmöglichkeit.</p>

Rechtliche Grundlage(n)	Mögliche Leistungsträger (z.T. nur vorrangige)	Kommentar/Erläuterung
<p>§§ 10, 11, 12 Abs. 1 SGB IX § 26 Abs. 5 SGB VII</p> <p>§ 7 SGB III</p>	<p>GUV LBG GRV⁶ BA</p>	<p>Es geht um Ressourcen- und Lebensweltorientierung, Förderung der Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Unabhängigkeit des betroffenen Menschen.</p>
<p>§ 33 (insbes. Abs. 3 Nr. 1, 6) SGB IX, § 34 SGB IX Im Rahmen des Kündigungsschutzes (SGB IX Kap. 4) und der Prävention nach § 84 Abs. 1 SGB IX</p>	<p>GUV LBG GRV BA Integrationsämter</p>	<p>Siehe auch Betriebliches Eingliederungsmanagement (Ziff. 68)</p>
<p>§ 33 Abs.3 Nr.3 und 4 SGB IX § 35 SGB VII §§ 114, 115 i.V.m. §§ 51 bis 55 SGB III</p>	<p>GUV LBG GRV BA</p>	

⁶ Die LAK erbringt keine Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

	Bedarfe und Teilhabeleistungen	Aufgaben
41.	Abklärung der beruflichen Eignung und Arbeitserprobung	Voraussetzung für die weitere Leistungsgewährung
42.	Arbeitstherapie und Belastungserprobung	<p>Ziel der Arbeitstherapie ist die Verbesserung der Belastbarkeit und die Erhaltung und Entwicklung von Fähigkeiten und Fertigkeiten, die für die berufliche Wiedereingliederung benötigt werden.</p> <p>Die Belastungserprobung dient nach Abschluss der Arbeitstherapie der Ermittlung der körperlichen, geistig-seelischen und sozialen Leistungs- und Anpassungsfähigkeit des Betroffenen.</p>
43.	Medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen einschließlich Verlaufsdagnostik, lösungsorientiert bezogen auf den Beruf/Arbeitsplatz	Bewältigung von Behinderung und ihrer Folgen; Menschen befähigen, trotz ihrer Behinderung, ein selbstbestimmtes Leben zu führen
44.	Stufenweise Wiedereingliederung in das Arbeitsleben	<p>Stufenweise Wiederaufnahme der bisherigen Tätigkeit mit dem Ziel der Wiedereingliederung in das Erwerbsleben.</p> <p>Erstellung eines Wiedereingliederungsplans in Abstimmung mit Ärztin/Arzt, Arbeitgeberin/Arbeitgeber sowie Arbeitnehmerin/Arbeitnehmer</p>

ANHANG

Rechtliche Grundlage(n)	Mögliche Leistungsträger (z.T. nur vorrangige)	Kommentar/Erläuterung
§ 33 Abs. 4 SGB IX § 35 SGB VII	GUV LBG GRV BA	
§ 42 SGB V § 15 Abs. 1 Satz 1 SGB VI § 26 Abs. 2 Nr. 7 SGB IX	GKV/LKK GRV LAK GUV	Keine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben, aber im Hinblick auf die eignungsdiagnostischen Ergebnisse für die berufliche Eingliederung von Bedeutung. Erbringung in der Regel im Rahmen einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation
§ 33 Abs. 6 SGB IX §§ 27 und 35 SGB VII	GUV LBG GRV BA	Auch als begleitende Hilfen im Berufsförderungswerk
§ 28 (s. auch § 51 Abs. 5) SGB IX § 74 SGB V § 35 SGB VII	GUV GRV LAK GKV/LKK	Keine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben, aber Möglichkeit zur beruflichen Wiedereingliederung. Auch als Annex der medizinischen Rehabilitation. Therapeutische Begleitung und Unterstützung sind als Leistungsbestandteil gesetzlich nicht geregelt.

	Bedarfe und Teilhabeleistungen	Aufgaben
45.	<p>Individuelle betriebliche Qualifizierung (InbeQ) und Berufsbegleitung im Rahmen der Unterstützten Beschäftigung (UB)</p>	<p>Behinderten Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf eine angemessene, geeignete und sozialversicherungspflichtige Beschäftigung ermöglichen und erhalten</p> <p>Zielgruppe: Menschen mit einer Schwerbehinderung insbesondere als Alternative zur Werkstatt beim Übergang von der Schule in den Beruf; als Alternative zur Werkstatt für erwachsene Menschen</p>
46.	<p>Berufliche Ausbildung/ Hilfen zur Berufsausbildung</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Betriebliche Ausbildung ■ Überbetriebliche Ausbildung ■ Betriebliche Ausbildung mit überbetrieblichen Abschnitten ■ Betriebliche Berufsausbildung zum „Fachpraktiker“ ■ Überbetriebliche Ausbildung in einer geeigneten Ausbildungsstätte mit begleitenden Diensten für Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen oder Behinderungen (Berufsbildungswerk) 	<p>Erster Abschluss, um den Weg in einen Beruf zu ebnen.</p>
47.	<p>Berufliche Anpassung</p>	<p>Qualifizierungsfunktion</p>
48.	<p>Berufliche Fortbildung</p>	<p>Vorhandene Kenntnisse und Fähigkeiten in der bisherigen Berufstätigkeit erweitern, sodass Menschen mit Behinderung, die wegen Art und Schwere ihrer Behinderung den aktuellen Beruf nicht mehr ausüben können, weiterqualifiziert werden; Aufbau auf bereits erworbenes Fachwissen</p>

ANHANG

Rechtliche Grundlage(n)	Mögliche Leistungsträger (z.T. nur vorrangige)	Kommentar/Erläuterung
§ 33 Abs. 3 Nr. 2a SGB IX i. V. m. § 38a Abs 2 SGB IX (nur InbeQ) § 102 Abs. 3a SGB IX	GUV LBG GRV BA Integrationsämter	Auch (übergreifendes) Ziel: Weiterentwicklung der Persön- lichkeit
§ 33 Abs. 3 Nr. 4 SGB IX § 66 BBiG § 42 HwO § 35 SGB VII §§ 114, 115 i.V.m. §§ 56 bis 80 SGB III	GUV LBG GRV BA	
§ 33 Abs. 3 Nr. 3 SGB IX § 35 SGB VII §§ 114, 115 i.V.m. § 81 SGB III	GUV LBG GRV BA	
§ 33 Abs. 3 Nr.3 SGB IX § 35 SGB VII § 102 Abs. 3 Nr. 1 e) SGB IX §§ 114, 115 i.V.m. § 81 SGB III	GUV LBG GRV BA Integrationsämter	

	Bedarfe und Teilhabeleistungen	Aufgaben	
49.	Umschulung	Qualifizierung für den Übergang in eine andere geeignete berufliche Tätigkeit	
50.	Durchführung von Praktika	Eignungserprobung Qualifizierungsfunktion	
51.	Gründungszuschuss (Geldleistung)	Erleichterung der Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit	
52.	Hilfen zur Erhaltung und Erlangung eines Arbeitsplatzes	Diese Leistungen sollen helfen, einen vorhandenen Arbeitsplatz (gilt auch für einen Teilzeitarbeitsplatz) zu sichern oder Menschen mit Behinderung in die Lage zu versetzen, eine neue Arbeitstätigkeit auszuüben. Leistungen können im bisherigen Betrieb oder in einem anderen, neuen Betrieb umgesetzt werden.	

ANHANG

Rechtliche Grundlage(n)	Mögliche Leistungsträger (z.T. nur vorrangige)	Kommentar/Erläuterung
§ 33 Abs. 3 Nr.3 SGB IX § 35 SGB VII §§ 114, 115 i.V.m. § 81 SGB III	GUV LBG GRV BA	
§ 33 Abs. 5 SGB IX § 35 SGB VII	GUV LBG GRV BA	Als ein Teil von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
§ 33 Abs. 3 Nr. 5 SGB IX § 35 SGB VII §§ 114, 115 i.V.m. §§ 93 f. SGB III § 102 Abs. 3 Nr. 1 c) SGB IX	GUV LBG GRV BA Integrationsämter	
§ 33 Abs. 3 Nr. 1 SGB IX § 35 SGB VII § 102 Abs. 3 Nr. 2 a) SGB IX	GUV LBG GRV BA Integrationsämter	

	Bedarfe und Teilhabeleistungen	Aufgaben
53.	<p>Wohnungshilfen (finanzielle Ausgleichsleistungen für die Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer barrierefreien Wohnung)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Behinderungsbedingte Um- und Ausbauten zur Herstellung der Mobilität wie Bau oder Umbau von bedarfsmäßigen Garagen, Toreinfahrten, Einbau von Garagen- und Türöffnern, Hebebühnen und Aufzügen (Ausstattung) ■ Kostenübernahme für Reparatur- und Instandsetzungsarbeiten/Erhaltung 	<p>Erhaltung des alten bzw. Erlangung eines neuen Arbeitsplatzes. Menschen mit Behinderung sollen den Arbeitsplatz möglichst barrierefrei und selbstständig erreichen können</p>
54.	<p>Leistungen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung</p>	<p>Leistungen zur Förderung der Arbeitsaufnahme, für den erfolgreichen Abschluss des Eingliederungsprozesses</p>

ANHANG

Rechtliche Grundlage(n)	Mögliche Leistungsträger (z.T. nur vorrangige)	Kommentar/Erläuterung
§ 33 Abs. 8 Nr. 6 SGB IX (soweit beruflicher Bezug gegeben) § 41 SGB VII § 102 Abs. 3 Nr. 1 d) SGB IX	GUV LBG GRV BA Integrationsämter	
§ 33 Abs. 3 Nr. 1 SGB IX § 35 SGB VII §§ 114, 115 i.V.m. §§ 44, 45 SGB III	GUV LBG GRV BA	

	Bedarfe und Teilhabeleistungen	Aufgaben
55.	<p>Leistungen von Integrationsfachdiensten (u.a. im Rahmen Unterstützter Beschäftigung, s.o.)</p>	<p>Beratung und Unterstützung sowie Information und Hilfestellung für Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber</p> <p>Vermittlung besonders betroffener schwerbehinderter Menschen in Arbeit (z. B. Erarbeitung eines individuellen Fähigkeits-, Leistungs- und Interessenprofils)</p> <p>Zielgruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Schwerbehinderte Menschen mit einem besonderen Bedarf an arbeitsbegleitender Betreuung ■ Beschäftigte aus den Werkstätten für behinderte Menschen, die nach zielgerichteter Vorbereitung den Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt erreichen können ■ Schwerbehinderte Schulabgänger, die zur Aufnahme einer Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auf die Unterstützung angewiesen sind
56.	<p>Hilfsmittel zur Berufsausübung und Technische Arbeitshilfen, z. B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Hydraulische bzw. elektrische Hebe- oder Transporthilfen ■ Stehpulte, höhenverstellbare Schreibtische ■ Barrierefreie Computerausstattung (Groß- oder Linkstastatur, größerer Bildschirm) 	<p>Menschen mit Behinderung dazu befähigen, bestimmte berufliche Tätigkeiten auszuüben oder die Teilnahme an Teilhabeleistungen erst zu ermöglichen</p> <p>Fortsetzung einer Beschäftigung oder Einnahme eines neuen Arbeitsplatzes</p> <p>Ausgleich von Folgeerscheinungen einer Behinderung bei bestimmten beruflichen Verrichtungen</p>

ANHANG

Rechtliche Grundlage(n)	Mögliche Leistungsträger (z.T. nur vorrangige)	Kommentar/Erläuterung
§ 33 Abs. 6 Nr. 8 SGB IX § 102 Abs. 3 Nr. 3, §§ 109 ff. SGB IX	GRV BA Integrationsämter	Menschen mit besonders schwerer neurologischer Erkrankung oder Behinderung haben besonderen Bedarf an arbeitsbegleitender Betreuung. Die Unterstützung ist auch dann zu leisten, wenn besondere Umstände vorliegen, wie Langzeitarbeitslosigkeit, höheres Lebensalter, unzureichende Qualifikation oder Leistungsminderung.
§ 33 Abs. 8 Nr. 4 und 5 SGB IX § 35 SGB VII § 102 Abs. 3 Nr. 1a SGB IX	GRV GUV LBG BA Integrationsämter	

	Bedarfe und Teilhabeleistungen	Aufgaben
57.	<p>Kraftfahrzeughilfe</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Beschaffung eines Kfz ■ Behinderungsbedingte Zusatzausstattung (automatische Getriebe, Lenkhilfen, Bremskraftverstärker, orthopädische Sitzhilfen, Ein- und Ausstieghilfen wie Rollstuhllift, etc.) ■ Leistungen zur Erlangung einer Fahrerlaubnis ■ Beförderungskosten 	<p>Ausgleich einer bestehenden Wegeunfähigkeit; Menschen mit Behinderung ermöglichen, den Ort ihrer beruflichen Betätigung oder Bildung zu erreichen.</p> <p>Berufliche Eingliederung</p>
58.	Förderung von Teilhabe bei geringfügiger Beschäftigung	Heranführung an die Arbeitswelt, Ermöglichung von zumindest teilweiser ökonomischer Eigenständigkeit
59.	Barrierefreie Ausstattung des Arbeitsplatzes , z. B. Auffahrampen, Treppenlifte, barrierefreie sanitäre Anlagen, automatische Türen, Umrüstung von Maschinen	Barrierefreie Ausgestaltung des Arbeits- oder Ausbildungsplatzes mit Hilfsmitteln im engeren Sinne oder technischen Assistenzsystemen
60.	Zuschuss für betriebliche Bildung/ Ausbildungszuschuss	Betriebliche Aus- und Weiterbildung ermöglichen
61.	Eingliederungszuschuss (EGZ)	Während der Einarbeitungszeit bis zur vollen Leistungsfähigkeit, um notwendige berufliche Kenntnisse und Fertigkeiten zu erwerben.

ANHANG

Rechtliche Grundlage(n)	Mögliche Leistungsträger (z.T. nur vorrangige)	Kommentar/Erläuterung
§ 33 Abs. 8 Nr. 1 SGB IX § 40 SGB VII	BA GRV GUV LBG	
§ 34 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX § 54 SGB IX im Rahmen der Eingliederungshilfe § 35 SGB VII	Ggf. GUV Ggf. LBG Sozialhilfe	In der Regel über spezielle Förderprogramme auf Länderebene
§ 34 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX § 46 Abs. 2 SGB III §§ 35 und 41 SGB VII § 102 Abs. 3 Nr. 2 a) SGB IX	GRV BA GUV LBG Integrationsämter	
§ 34 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX § 35 SGB VII §§ 73 ff. SGB III	GRV GUV LBG BA	
§ 34 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX § 35 SGB VII §§ 88 ff. SGB III	GRV GUV LBG BA	

Bedarfe und Teilhabeleistungen		Aufgaben
62.	Ausgleich besonderer Belastungen (Minderleistungsausgleich) und personelle Unterstützung und Begleitung im Arbeitsalltag	Ermöglichung von zumindest partieller Eigenständigkeit und weitest möglicher Teilhabe am Arbeitsleben
63.	Probebeschäftigung	Heranführung an die Bedingungen der Arbeitswelt
64.	Leistungen in einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen (Eingangsverfahren, Berufsbildungsbereich, Arbeitsbereich)	Ausbildungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten für Personen, die wegen Art oder Schwere der Behinderung nicht, noch nicht oder noch nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können, um Leistungs- oder Erwerbsfähigkeit des Menschen mit Behinderung zu erhalten, entwickeln, verbessern oder wiederherzustellen.
65.	<p>Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Medizinische Maßnahmen ■ Berufsorientierte Maßnahmen (Arbeitsmedizin, Physiotherapie, Ergonomie, Psychologie, Sozialpädagogik, Berufspädagogik) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Berufsorientierte Optimierung aller diagnostischen und therapeutischen Mittel und Behandlungen ■ Berücksichtigung von biomechanischen und psychosozialen Problemen am Arbeitsplatz zwecks Erhalts der Leistungsfähigkeit am konkreten Arbeitsplatz oder Fokussierung konkreter beruflicher Alternativen ■ Erarbeitung nachvollziehbarer und realisierbarer Empfehlungen zu weiterführenden Maßnahmen des Reha-Trägers (z. B. LTA)

ANHANG

Rechtliche Grundlage(n)	Mögliche Leistungsträger (z.T. nur vorrangige)	Kommentar/Erläuterung
§ 35 SGB VII § 102 Abs. 3 Nr. 2 e) SGB IX	GU LBG Integrationsämter	
§ 34 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX § 35 SGB VII § 46 Abs. 1 SGB III	GRV GU LBG BA	
§§ 39 ff. SGB IX § 42 Abs. 2 SGB IX § 35 SGB VII § 117 Abs. 2 SGB III	GRV GU LBG BA für Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich Sozialhilfe für den Arbeitsbereich	
§ 33 SGB IX § 16 SGB VI	DRV	Keine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben, dient der Vorbereitung des beruflichen Integrationsprozesses

	Bedarfe und Teilhabeleistungen	Aufgaben
66.	Medizinisch-berufliche Rehabilitation (MBR)	(Wieder-)Eingliederung in das Berufsleben; die Behandlungsformen sind speziell auf die gesundheitlichen Beeinträchtigungen von Menschen mit stärkerer Beeinträchtigung (Neurologie, Psychiatrie) ausgerichtet
67.	Medizinisch-berufliches Integrationsmanagement (MBI)	(Wieder-)Eingliederung in das Berufsleben
68.	Unterstützung des Arbeitgebers beim betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM)	Chancen für den Arbeitnehmer, die Gesundheit wiederherzustellen und damit den Arbeitsplatz zu erhalten. Selbstwertgefühl stärken, gesellschaftliche Anerkennung; Chance, den Arbeitsplatz und die Arbeitsinhalte an mögliche gesundheitliche Beeinträchtigungen anpassen zu lassen; Selbstbestimmung in der Eingliederung; Grundbedürfnisbefriedigung: Wohlbefinden erlangen oder wiederherstellen (körperlich und seelisch)
69.	Job Coaching (Individuelles Training funktioneller Fähigkeiten am Arbeitsplatz)	Anleitende Unterstützung am konkreten Arbeitsplatz
70.	Beratung der Menschen mit Behinderung und der Arbeitgeber, ggf. auch Kolleginnen und Kollegen am Arbeitsplatz im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	Information und Aufklärung über Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

ANHANG

Rechtliche Grundlage(n)	Mögliche Leistungsträger (z.T. nur vorrangige)	Kommentar/Erläuterung
§ 33 SGB IX § 16 SGB VI §§ 27, 33 und 35 SGB VII	GRV GUV LBG BA	Teils medizinische Rehabilitation, teils Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in sog. Phase II-Einrichtungen
§ 33 SGB IX § 16 SGB VI § 26 Abs. 5 SGB VII	GRV (zum Teil) GUV LBG	Im Rahmen der Teilhabe am Arbeitsleben
§ 84 Abs. 2 SGB IX	Alle Leistungsträger	Ggf. hat der Arbeitgeber die Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation hinzuzuziehen.
§§ 33, 38a SGB IX § 110 SGB IX § 102 Abs. 3 Nr. 1 e) SGB IX § 35 SGB VII	GRV BA Integrationsämter GUV LBG	Im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, insbesondere InbeQ und Leistungen des IFD
§ 33 Abs. 6 Nr. 3 SGB IX § 35 SGB VII	Alle Leistungsträger	Auskunft, Information und Beratung ist zentrale Aufgabe aller Leistungsträger.

	Bedarfe und Teilhabeleistungen	Aufgaben
71.	Erbringung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, z.B. im Rahmen des „Budgets für Arbeit“ für Abgänger aus WfbM oder zur „Werkstattvermeidung“	Budget für Arbeit für Werkstattbeschäftigte, wenn sie einen Platz auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt finden, d. h. wenn ein sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis zu Stande kommt.
72.	Kostenübernahme für Unterkunft und Verpflegung	Übernahme von zusätzlichen Kosten für Unterkunft und Verpflegung im Zusammenhang mit der Teilnahme an einer auswärtigen Maßnahme
73.	Übernahme für die mit der Leistungsausführung in unmittelbarem Zusammenhang stehenden Kosten (insbesondere Lehrgangskosten, Prüfungsgebühren ...)	Übernahme von zusätzlichen Kosten
74.	Inanspruchnahme von Arbeitsassistenz	Die Arbeitsassistenz ist einer von mehreren Bestandteilen des umfassenden Ansatzes zur persönlichen Assistenz bei den Verrichtungen des täglichen Lebens und zur Teilhabe am Arbeitsleben und in der Gemeinschaft. Hilfestellung/Unterstützung bei der Arbeitsausführung Inklusion auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt

ANHANG

Rechtliche Grundlage(n)	Mögliche Leistungsträger (z.T. nur vorrangige)	Kommentar/Erläuterung
§ 97 Abs. 2 SGB XII	Sozialhilfe	<p>Nur in Rheinland-Pfalz, Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen</p> <p>Der Arbeitgeber kann einen Lohnkostenzuschuss erhalten.</p>
§ 33 Abs. 7 Nr. 1 SGB IX §§ 114, 115 i.V.m. §§ 61, 86 SGB III § 35 SGB VII	GRV BA GUV LBG	
§ 33 Abs. 7 Nr. 2 SGB IX § 35 SGB VII	GRV BA GUV LBG	
§ 33 Abs. 8 Nr. 3 SGB IX § 9 SGB IX § 35 SGB VII § 102 Abs. 4 SGB IX	GRV BA GUV LBG Integrationsämter	<p>Die Kernleistung der Arbeit wird vom behinderten Arbeitnehmer bzw. der behinderten Arbeitnehmerin eigenständig erbracht; Aufgabe ist das Assistieren bei der Arbeit (z. B. Gebärdensprachdolmetscher).</p> <p>Auftraggeber/in ist die betroffene Person selbst (Selbstbestimmungsrecht sowie Wunsch- und Wahlrecht).</p>

3b) (Spezifische) Leistungen zur Teilhabe an Erziehung und Bildung

	Bedarfe und Teilhabeleistungen	Aufgaben
75.	Teilhabemanagement (Fallsteuerung), auch Anstoßen und rechtzeitige Einleitung der Teilhabeleistungen	Unterstützung und Begleitung der betroffenen Menschen durch die Leistungsträger Einzelfallmanagement Bedarfsklärung Auswahl geeigneter Leistungen Beratung der Versicherten Begleitung des Rehabilitations- und Integrationsprozesses Unterstützung bei der Beantragung weiterer notwendiger Sozialleistungen
76.	Medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen einschließlich Entwicklungs- und Förderdiagnostik (Sensomotorik, Sprache, Kognition, Psyche, Sozialverhalten etc.)	Regelmäßige neuropsychologische Kontrollen (Leistungen) Bewältigung von Behinderung und ihrer Folgen; Menschen befähigen, trotz ihrer Behinderung ein selbstbestimmtes Leben zu führen
77.	Integrationshilfe/Assistenz in der Schule oder im Kindergarten/Kindertageseinrichtung	Unterstützung im Rahmen des schulischen bzw. vorschulischen Lebens (z.B. Handreichungen, individuelle Basisversorgung)

ANHANG

Rechtliche Grundlage(n)	Mögliche Leistungsträger (z.T. nur vorrangige)	Kommentar/Erläuterung
§§ 10, 11, 12 Abs. 1 SGB IX § 26 Abs. 5 SGB VII § 7 SGB III	GUV LBG BA Schulträger	Es geht um Ressourcen- und Lebensweltorientierung, Förderung der Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Unabhängigkeit des betroffenen Menschen.
§ 33 Abs. 6 SGB IX §§ 27, 28, 30 und 35 SGB VII	GUV LBG	
§ 56 SGB IX § 54 SGB XII § 35 Abs. 2 SGB VII §§ 48 ff. SGB III	Sozialhilfe GUV LBG BA	

	Bedarfe und Teilhabeleistungen	Aufgaben
78.	Sonderpädagogische Unterstützung/Neuropädagogik	<p>Schülerinnen und Schüler mit und ohne Förderbedarf erhalten im Unterricht und bei der Erziehung eine ihren persönlichen Voraussetzungen und Bedingungen angemessene Unterstützung und Hilfe, die an den Stärken ansetzt. Sonderpädagogische Förderung strebt einen größtmöglichen Umfang schulischer und beruflicher Eingliederung, weitgehende Teilhabe am Leben in der Gesellschaft in Selbstbestimmung und Mitverantwortung sowie selbstständige Lebensgestaltung an.</p> <p>Sonderpädagogische Förderung unterstützt</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Schülerinnen und Schüler ohne sonderpädagogischen Förderbedarf vorbeugend und pädagogisch begleitend in allen allgemeinen Schulen, um der Entstehung eines individuellen sonderpädagogischen Förderbedarfs entgegenzuwirken, ■ Schülerinnen und Schüler mit festgestelltem sonderpädagogischen Förderbedarf in allen Schulen, ■ die Lehrkräfte der allgemeinen Schulen bei der Förderung.
79.	Neuropädagogik	<p>Basierend auf einer fundierten Kenntnis komplexer neuropsychologischer Störungsbilder Berücksichtigung individueller Stärken und Schwächen der Schüler mit dem Ziel, jeden gemäß seinen Fähigkeiten und Möglichkeiten erfolgreich zu einem adäquaten Schulabschluss zu führen</p>

Rechtliche Grundlage(n)	Mögliche Leistungsträger (z.T. nur vorrangige)	Kommentar/Erläuterung
<p>Schulgesetze der Länder § 35a SGB VIII § 35 Abs. 2 SGB VII</p>	<p>Schulträger Kinder- und Jugendhilfe GUV LBG</p>	<p>Überwiegend Förderschullehrerinnen und -lehrer, die auf jeweils eine Behinderung spezialisiert sind.</p> <p>Sonderpädagogische Förderung setzt an den Stärken und Voraussetzungen von Kindern und Jugendlichen sowie an den förderlichen Bedingungen ihres lebensweltlichen Zusammenhangs an.</p> <p>Sonderpädagogische Förderung bezieht Fähigkeiten und Erfahrungen, Interessen und Neigungen, Sorgen und Nöte der Kinder und Jugendlichen ebenso ein wie Belastbarkeit, Lernvermögen, Lerntempo und Motivation sowie fördernde und hemmende Bedingungen des Umfelds.</p>
<p>§ 30 SGB IX § 30 SGB VII § 43a SGB V</p>	<p>GUV GKV LBG</p>	<p>Spezielle, an den reduzierten/veränderten Lernmöglichkeiten hirnverletzter und neurologisch kranker Kinder und Jugendlicher orientierte (Sonder-) Pädagogik</p> <p>Im Erwachsenenbereich derzeit kein Angebot</p>

	Bedarfe und Teilhabeleistungen	Aufgaben
80.	Heilpädagogische Leistungen	<p>Verbesserung u. a. von Lebenschancen und Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen als Einzelunterstützung und in Gruppen; Stärkung der sozialkompetenten Persönlichkeit</p> <p>Wiedererlangung wichtiger sozialer Fähigkeiten und Fertigkeiten (z. B. Handlungsfähigkeit, Kritikfähigkeit, Eigenverantwortlichkeit, Selbstbestimmung, angemessenes Sozialverhalten, Erlernen von Verhaltensalternativen); es existieren Verhaltensauffälligkeiten wie (auto-) aggressive Tendenzen, Rückzug, Ablehnung, Verweigerung, depressive Verstimmungen, starke Ich-Bezogenheit, Apathie, Lethargie, mangelnde Selbststeuerung, Distanzlosigkeit und Enthemmtheit.</p>
81.	Sozialer Dienst (Soziale Arbeit, Sozialpädagogik, Rehabilitationspädagogik, etc.)	<p>Beratung und Unterstützung z.B. bei Fragen zur Alltagsgestaltung Hilfe bei Bewältigung von Behinderung und ihrer Folgen; Menschen befähigen, trotz ihrer Behinderung ein selbstbestimmtes Leben zu führen</p> <p>Förderung von Eigenständigkeit und Eigenverantwortlichkeit im lebenspraktischen Bereich</p>

ANHANG

Rechtliche Grundlage(n)	Mögliche Leistungsträger (z.T. nur vorrangige)	Kommentar/Erläuterung
<p>§ 55 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX § 56 SGB IX §§ 27 und 30 SGB VII</p> <p>Bei seelisch behinderten Kindern und Jugendlichen (wenn Hilfebedarf daraus resultiert) Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII</p>	<p>GUV LBG</p> <p>Kinder- und Jugendhilfe</p> <p>Sozialhilfe (für Kinder, die noch nicht eingeschult sind)</p>	<p>In integrativer Kindertageseinrichtung/Integrativem Kindergarten</p> <p>Heilpädagogische Kindertageseinrichtung/Kindergarten</p> <p>Frühförderung</p> <p>Regelkindertageseinrichtung/-kindergarten mit IntegrationshelferInnen/Einzelintegration</p> <p>Familientlastender Dienst/Familienunterstützender Dienst</p>
<p>§ 39 SGB VII Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII</p>	<p>GUV LBG Kinder- und Jugendhilfe</p>	

	Bedarfe und Teilhabeleistungen	Aufgaben
82.	<p>Familienentlastender Dienst/Familienunterstützender Dienst</p>	<p>Niedrigschwelliges individuelles Unterstützungsangebot für Familien, die Angehörige mit Behinderung zu Hause betreuen und pflegen. Orientierung an den konkreten Bedarfslagen.</p> <p>Aufgaben sind z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Beratung über Entlastungs- und Hilfsangebote oder finanzielle Hilfen sowie Hilfen bei der Antragsstellung gegenüber Rehabilitations- und Leistungsträgern ■ Stundenweise Betreuung und Begleitung von Menschen mit Behinderung in der Freizeit/im Alltag ■ Begleitung zu Ärztinnen/Ärzten, Therapeutinnen/Therapeuten und Behörden
83.	<p>Vorschulische Rehabilitation in</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ integrativer Kindertageseinrichtung/integrativem Kindergarten ■ heilpädagogischem Kindergarten ■ Regelkindergarten mit Integrationshelferinnen und -helfern (Inklusion) 	<p>Vorbereitung/Fitmachen für das nachfolgende schulische Leben, Inklusion im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention</p>

ANHANG

Rechtliche Grundlage(n)	Mögliche Leistungsträger (z.T. nur vorrangige)	Kommentar/Erläuterung
<p>§ 39 SGB VII</p> <p>§§ 53, 54 SGB XII</p> <p>Im Rahmen der Jugendhilfe nach § 31 SGB VIII, Im Rahmen der Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII</p> <p>§§ 39 und 41 SGB XI (Verhinderungspflege, Tages- und Nachtpflege)</p>	<p>GUV</p> <p>LBG</p> <p>Sozialhilfe</p> <p>Kinder- und Jugendhilfe</p> <p>Pflegekassen</p>	
<p>§§ 30, 31, 35 Abs. 2, 39 SGB VII</p> <p>§ 56 Abs. 2 SGB IX</p> <p>Kindergartengesetze und Gesetze der Länder über Tageseinrichtungen für Kinder</p>	<p>GUV</p> <p>LBG</p> <p>Sozialhilfe</p> <p>Kinder- und Jugendhilfe</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Heil-, Sonder-, Rehabilitationspädagogik ■ Kooperation mit (Fach-) Ärzten, Eltern, der Pädagogik, Neuropsychologie ■ Berücksichtigung von Rahmenbedingungen wie Hilfsmittel, technische Hilfen

	Bedarfe und Teilhabeleistungen	Aufgaben
84.	<p>Schulische Rehabilitation/ Wiedereingliederung, das heißt u.a.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Hausunterricht ■ Stundenweise Teilnahme am Unterricht einer Regelschule ■ Volle Teilnahme am Unterricht der bisher besuchten Schule mit speziellem Stützunterricht/ Assistenz oder Lernbegleitung/ Integrationsunterstützung ■ Schulwechsel, wenn nötig ■ Besuch einer Förderschule mit dem Ziel, einen allgemeinen Schulabschluss zu erwerben ■ Beschulung gemeinsam mit Kindern ohne Behinderung (Berücksichtigung der Rahmenbedingungen für eine inklusive Beschulung) 	<p>Schulische Integration oder Inklusion im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention</p>

Rechtliche Grundlage(n)	Mögliche Leistungsträger (z.T. nur vorrangige)	Kommentar/Erläuterung
<p>Schulgesetze der Länder</p> <p>§ 54 SGB XII § 35a SGB VIII § 111 Abs. 2 Nr. 5 SGB IX § 35 Abs. 2 SGB VII</p>	<p>Schulträger Schule selbst Sozialhilfe Kinder- und Jugendhilfe Integrationsämter</p> <p>Ggf. GUV Ggf. LBG</p>	<p>Wird von den Rehabilitations-/ Sozialversicherungsträgern übernommen, sofern es keine Leistungen der Schule oder des Schulträgers sind</p> <p>→ Berücksichtigung des Elternwahlrechts bei der Schulwahl</p> <p>→ Kooperation mit (Fach-)ärztinnen und -ärzte, Eltern, Pädagoginnen und Pädagogen, Neuro-Psychologinnen und -Psychologen</p> <p>Rahmenbedingungen für inklusiven Unterricht:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Sonderpädagogik (Doppelbesetzung des Lehrpersonals) ■ Therapeutisches Personal ■ Barrierefreiheit ■ Rahmenbedingungen (differenzierter Unterricht, kleine Klassen, Ressourcenorientierung, Prüfungszeitenverlängerung, technische Unterrichts- und Lernhilfen, persönliche Assistenz etc.) ■ Integrationsunterstützung (Integrationshelfer/innen)

	Bedarfe und Teilhabeleistungen	Aufgaben
85.	<p>Wohnen</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ stationäres Wohnen einschließlich Übergangswohnen ■ ambulantes Wohnen (betreut, mit Hilfe eines Persönlichen Budgets, im Familienverbund) ■ familienunterstützend/familienentlastend 	<p>Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten</p>
86.	<p>Hilfsmittel und Hilfen/Technische Assistenzsysteme am Arbeitsplatz, in der Schule und zu Hause</p>	<p>Hilfsmittel und Technische Assistenzsysteme unterstützen die Teilhabe an Erziehung und Bildung. Ziel: Inklusion in der allgemeinbildenden Schule und im Kindergarten/in der Kindertageseinrichtung; Erfolg der Heilbehandlung sichern; Vorbeugung drohender Behinderung</p>
87.	<p>Hilfen zur Bewältigung des Schulweges, Transportmittel/Assistenz in Abhängigkeit von Art und Länge des Schulweges</p>	<p>Ermöglichung der Teilhabe an Erziehung und Bildung mit dem Ziel der Inklusion durch Unterstützung/Bereitstellung von Fahrtmöglichkeiten/Transportmitteln und persönlicher Begleitung individuell oder in der Gruppe.</p>

ANHANG

Rechtliche Grundlage(n)	Mögliche Leistungsträger (z.T. nur vorrangige)	Kommentar/Erläuterung
<p>§ 54 Abs. 1 Nr. 1 SGB XII (Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung / Wohnen in Verbindung mit der Schul- ausbildung)</p> <p>§ 55 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX (Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten)</p> <p>§ 44 SGB VII</p> <p>Bei seelisch behinderten Kindern und Jugendlichen (wenn Hilfebedarf daraus resultiert) Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII</p>	<p>Sozialhilfe GUV LBG Kinder- und Jugendhilfe</p>	
<p>§ 55 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX § 55 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX § 55 Abs. 2 Nr. 4 SGB IX</p> <p>§ 33 SGB V (Hilfsmittelverzeichnis) § 31 SGB IX</p> <p>§ 35 Abs. 2 SGB VII</p>	<p>Sozialhilfe GKV/LKK GUV LBG</p>	<p>u. a. auch blindentechnische Grundausbildung, Unterstützte Kommunikation etc.</p> <p>Hilfsmittelverzeichnis der GKV: https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de</p>
<p>Schulgesetze der Länder</p> <p>§ 35 Abs. 2 SGB VII</p> <p>§ 54 Abs. 1 Nr. 1 SGB XII § 35a SGB VIII</p>	<p>Schulträger GUV LBG Sozialhilfe Kinder- und Jugendhilfe</p>	

4) Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen

	Bedarfe und Teilhabeleistungen	Aufgaben	
88.	Haushaltshilfe (Betriebshilfe) und Kinderbetreuungskosten	Weiterführung des Haushalts bei Teilnahme an Leistungen zur Teilhabe, sofern ein Kind im Haushalt lebt, das das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Sachleistung oder Kostenerstattung	

Rechtliche Grundlage(n)	Mögliche Leistungsträger (z.T. nur vorrangige)	Kommentar/Erläuterung
<p>§ 54 Abs. 3 SGB IX</p> <p>§ 28 SGB VI i.V.m. 54 Abs. 3 SGB IX</p> <p>§ 38 Abs. 1 SGB V, § 43 Abs. 1 SGB V i.V.m. § 44 Abs. 1 Nr. 6 SGB IX, §§ 10 und 36 ALG, §§ 9, 10 KVLG 1989 § 54 Abs. 4 SGB IX</p> <p>§ 42 SGB VII, zusätzlich §§ 54, 55 SGB VII als <i>lex specialis</i> in der Landwirtschaftlichen Unfallversicherung</p>	<p>GRV/LAK</p> <p>GKV/LKK</p> <p>BA</p> <p>GUV LBG</p>	<p>Voraussetzungen für die Übernahme der Kosten für eine Haushaltshilfe:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Weiterführung des Haushalts ist aufgrund der Rehabilitation nicht möglich, ■ eine andere im Haushalt lebende Person kann den Haushalt nicht weiterführen ■ im Haushalt lebt ein Kind, das zu Beginn der Haushaltshilfe unter zwölf Jahren alt ist oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist. <p>Für Kinder mit Behinderungen kann Haushaltshilfe erbracht werden, wenn die Behinderung bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, bei Schul- oder Berufsausbildung bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres, eingetreten ist. Übernahme der Kinderbetreuungskosten anstelle der Haushaltshilfe möglich</p> <p>Die SVLFG erbringt über die familienbezogene Haushaltshilfe hinaus unter bestimmten Voraussetzungen auch betriebsbezogene (landwirtschaftliche) Betriebs- und Haushaltshilfe.</p>

	Bedarfe und Teilhabeleistungen	Aufgaben
89.	Beiträge und Beitragszuschüsse zur gesetzlichen Kranken-, Unfall-, Rentenversicherung, Bundesagentur für Arbeit sowie zur Pflegeversicherung	Weiterversicherung bzw. Sicherung der Ansprüche des Betroffenen gegenüber weiteren Sozialversicherungsträgern während der Zahlung von Entgeltersatzleistungen
90.	Reise-/Fahrkostenerstattung einschließlich für Familienheimfahrten	Kostenübernahme von Reise-/Fahrkosten im Zusammenhang mit der Ausführung von Leistungen zur Teilhabe, <ul style="list-style-type: none"> ■ Fahr- und Transportkosten ■ Kosten für Verpflegung und Übernachtung innerhalb festgesetzter Beträge ■ Kosten für Transport von 2 Gepäckstücken ■ Kosten für monatlich 2 Familienheimfahrten nach Ablauf einer Rehabilitationsdauer von 8 Wochen
91.	Übergangsbeihilfe	Sicherstellung des Lebensunterhaltes der Versicherten und ihrer Familienangehörigen bei Aufnahme einer Arbeit oder Berufsausbildung bis zur ersten vollen Lohn- oder Gehaltszahlung

ANHANG

Rechtliche Grundlage(n)	Mögliche Leistungsträger (z.T. nur vorrangige)	Kommentar/Erläuterung
§ 44 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX i.V.m. §§ 5, 192, 251 SGB V, §§ 20, 59 SGB XI §§ 3, 170 SGB VI §§ 2, 150 SGB VII §§ 26, 347 SGB III	GRV/LAK GKV/LKK GUV LBG BA	
§ 53 SGB IX, § 60 SGB V, § 8 Abs. 1 KVLG 1989, § 43 SGB VII §§ 113, 114 i.V.m. §§ 63, 85 SGB III Für die LAK/LBG gelten die gemeinsamen Reisekosten- grundsätze der SVLFG	GRV LAK GKV/LKK GUV LBG BA	
§ 33 Abs. 3 Nr.1, 6 SGB IX § 35 SGB VII	GRV BA GUV LBG	

Bedarfe und Teilhabeleistungen		Aufgaben
92.	Umzugskostenbeihilfe	<p>Aufnahme einer auswärtigen Arbeit oder Erhalt des auswärtigen Arbeitsplatzes</p> <p>Kostenübernahme nach Abschluss einer Qualifizierungs- oder Bildungsmaßnahme</p>
93.	Ausrüstungsbeihilfe	Finanzielle Entlastung
94.	Trennungskostenbeihilfe	Ausgleich der finanziellen Mehrbelastung durch eine vorübergehende doppelte Haushaltsführung
95.	Bewerbungkostenerstattung	<p>Ausgleich der finanziellen Mehrbelastung durch Erstellung und Versendung von Bewerbungsunterlagen oder Fahrten zu Vorstellungsgesprächen</p> <p>Ausgleichszahlung für Verdienstaufschlag des betroffenen Menschen oder der Begleitperson aufgrund eines Vorstellungsgesprächs</p>

ANHANG

Rechtliche Grundlage(n)	Mögliche Leistungsträger (z.T. nur vorrangige)	Kommentar/Erläuterung
§ 33 Abs. 3 Nr.1, 6 SGB IX §§ 35 und 39 SGB VII § 115 Nr. 1 i.V.m. § 44 SGB III	GRV GUV LBG BA	
§ 33 Abs. 3 Nr.1, 6 SGB IX § 35 SGB VII § 115 Nr. 1 i.V.m. § 44 SGB III	GRV GUV LBG BA	Sofern diese nicht vom Arbeitgeber gestellt werden kann
§ 33 Abs. 3 Nr.1, 6 SGB IX § 35 SGB VII § 115 Nr. 1 i.V.m. § 44 SGB III	GRV GUV LBG BA	
§ 33 Abs. 3 Nr.1, 6 SGB IX § 35 SGB VII § 115 Nr. 1 i.V.m. § 44 SGB III	GRV GUV LBG BA	

ANHANG

	Bedarfe und Teilhabeleistungen	Aufgaben	
96.	Krankengeld	Entgeltersatzfunktion	
97.	Übergangsgeld	Entgeltersatzfunktion	
98.	Verletztengeld	Entgeltersatzfunktion	
99.	Rehabilitationssport und Funktions- training		

ANHANG

Rechtliche Grundlage(n)	Mögliche Leistungsträger (z.T. nur vorrangige)	Kommentar/Erläuterung
<p>§ 44 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX i.V.m. §§ 44, 46 - 51 SGB V, §§ 12, 13 KVLG 1989</p> <p>§§ 28 SGB IX, § 74 SGB V im Rahmen der stufenweisen Wiedereingliederung</p>	GKV/LKK	<p>Bei den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern setzt die Krankengeldzahlung durch die Krankenkasse ein, wenn eine Pflicht des Arbeitgebers/der Arbeitgeberin zur Entgeltfortzahlung nicht besteht oder von diesem/dieser erfüllt ist.</p> <p>Krankengeld wird auch im Rahmen der stufenweisen Wiedereingliederung erbracht.</p> <p>Die LKK erbringt für versicherungspflichtige landwirtschaftliche Unternehmerinnen und Unternehmer anstelle von Krankengeld Betriebs- und Haushaltshilfe.</p>
<p>§§ 44 ff. SGB IX ff. §§ 49, 50, 52 SGB VII §§ 119 bis 121 SGB III</p>	GRV GUV LBG BA	
<p>§§ 45 - 48 SGB VII</p>	GUV LBG	
		Siehe bereits unter Ziff. 30

Besonderheiten bei Personen mit neurologischen Behinderungen, bei denen ein Grad der Schädigung (GdS) nach dem Sozialen Entschädigungsrecht anerkannt wurde:

Unter dem Oberbegriff „Soziales Entschädigungsrecht“ (SER) werden besondere Leistungen solchen geschädigten Bürgerinnen und Bürgern gewährt, denen sich der Staat in einem ganz besonderen Maße verpflichtet fühlt. Dazu zählen: Kriegsoffer, Opfer von Gewalttaten, impfgeschädigte Menschen, Personen, die als Wehr- oder Zivildienstleistende einen dauerhaften Schaden erlitten haben, sowie solche, die als anerkannt politische Verfolgte oder Häftlinge der ehemaligen DDR gesundheitliche Schäden davongetragen haben. Zuständig für Versorgungs- und Fürsorgeleistungen sind die Versorgungsämter und Hauptfürsorgestellen. Anspruchsvoraussetzung ist das Vorliegen eines Grades der Schädigung (GdS). Dieser wird ähnlich festgestellt wie ein Grad der Behinderung (GdB) nach dem Schwerbehindertenrecht. Leistungen des Sozialen Entschädigungsrechts sind vorrangig vor Leistungen anderer Rehabilitationsträger.

Teilhabeleistung		Grundlage
100.	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	§§ 26 und 26a BVG
101.	Krankenhilfe	§ 26b BVG
102.	Hilfe zur Pflege	§ 26c BVG
103.	Hilfe zur Weiterführung des Haushalts	§ 26d BVG

Form der Leistung

Leistungen entsprechen denen der übrigen Rehabilitationsträger zur beruflichen Rehabilitation. Sie umfassen beispielsweise Maßnahmen zur Umschulung, Aus- und Weiterbildung einschließlich unterhaltssichernder Leistungen ebenso wie die Finanzierung technischer Arbeitshilfen, Eingliederungszuschüsse und andere Leistungen an Arbeitgeber. Leistungen kommen nur an Beschädigte selbst oder deren Witwen und Witwer in Betracht.

Bei behandlungsbedürftigen Erkrankungen können ergänzend zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung oder der Heil- und Krankenbehandlung nach dem Bundesversorgungsgesetz Kosten für die ärztliche oder medizinische Behandlung übernommen werden.

Reichen die Leistungen der Pflegeversicherung nicht aus, um die angemessenen Kosten der häuslichen oder stationären Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung zu decken, kann bei finanzieller Bedürftigkeit der Leistungsberechtigten Hilfe zur Pflege erbracht werden. Bei einer Betreuung in der Familie kann ein Pflegegeld gezahlt werden; bei Inanspruchnahme einer ambulanten Pflegekraft oder bei einer Unterbringung in einem Pflegeheim können die angemessenen offenen Kosten übernommen werden.

Diese Leistung soll den Verbleib in der vertrauten häuslichen Umgebung ermöglichen, wenn Leistungsberechtigte und deren Haushaltsangehörige nicht mehr in der Lage sind, ihren Haushalt selbstständig zu führen. Finanziert werden Dienstleistungen, die die hauswirtschaftliche Versorgung sichern (zum Beispiel Reinigungsfachkräfte).

ANHANG

	Teilhabeleistung	Grundlage	
104.	Altenhilfe	§ 26e BVG	
105.	Erziehungsbeihilfe	§ 27 BVG	
106.	Ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt	§ 27a BVG	
107.	Erholungshilfe	§ 27b BVG	
108.	Wohnungshilfe	§ 27c BVG	
109.	Hilfen in besonderen Lebenslagen	§ 27d BVG	

Form der Leistung

Die Altenhilfe soll dazu beitragen, Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern.

Es können Leistungen verschiedenster Art erbracht werden, zum Beispiel für Mahlzeitendienste, für Haushaltshilfen, zum Besuch altersspezifischer Veranstaltungen oder zur Aufrechterhaltung der Verbindung zu Verwandten und Bekannten.

Beschädigte können für ihre Kinder Erziehungsbeihilfen (zum Beispiel für ein Studium oder eine Berufsausbildung) erhalten. Zum anspruchsberechtigten Personenkreis gehören auch Voll- und Halbwaisen. Damit soll Kindern/Waisen bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres der angemessene Bedarf für Erziehung, Ausbildung und Lebensunterhalt gesichert werden.

Wenn der Lebensunterhalt (Lebenshaltungs-, Unterkunfts- und Heizkosten) nicht durch Einkommen und Vermögen ausreichend bestritten werden kann, ist „ergänzende Hilfe“ zu leisten.

Zur Erhaltung oder Verbesserung der Gesundheit können Erholungsmaßnahmen in der Regel als dreiwöchiger Erholungsaufenthalt in entsprechenden Vertragshäusern der Hauptfürsorgestellen oder an Erholungsorten nach freier Wahl bezuschusst werden.

Wohnungshilfen werden an Schwerbeschädigte geleistet für die schädigungsbedingte Ausgestaltung oder bauliche Veränderung des Wohnraumes (Bad, Treppenlift, Rollstuhlrampe etc.). Dies gilt für Mietwohnungen ebenso wie für Wohnungen im Eigentum.

Durch diese Leistungen soll die selbstbestimmte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ermöglicht oder erleichtert werden. Darunter fallen zum Beispiel Leistungen der Blindenhilfe und Leistungen der Eingliederungshilfe wie Darlehen und Beihilfen zur Beschaffung größerer Hilfsmittel oder eines Kraftfahrzeuges, die behindertengerechte Ausgestaltung des Wohnraumes, die Kostenübernahme bei Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen oder Wohnunterstützung beim ambulant selbstständigen Wohnen oder in einer Wohneinrichtung.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e. V. ist die gemeinsame Repräsentanz der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Bundesagentur für Arbeit, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, der gesetzlichen Krankenversicherung, der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, der Bundesländer, der Spitzenverbände der Sozialpartner, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Förderung und Koordinierung der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen.