

TAGUNGSBERICHT



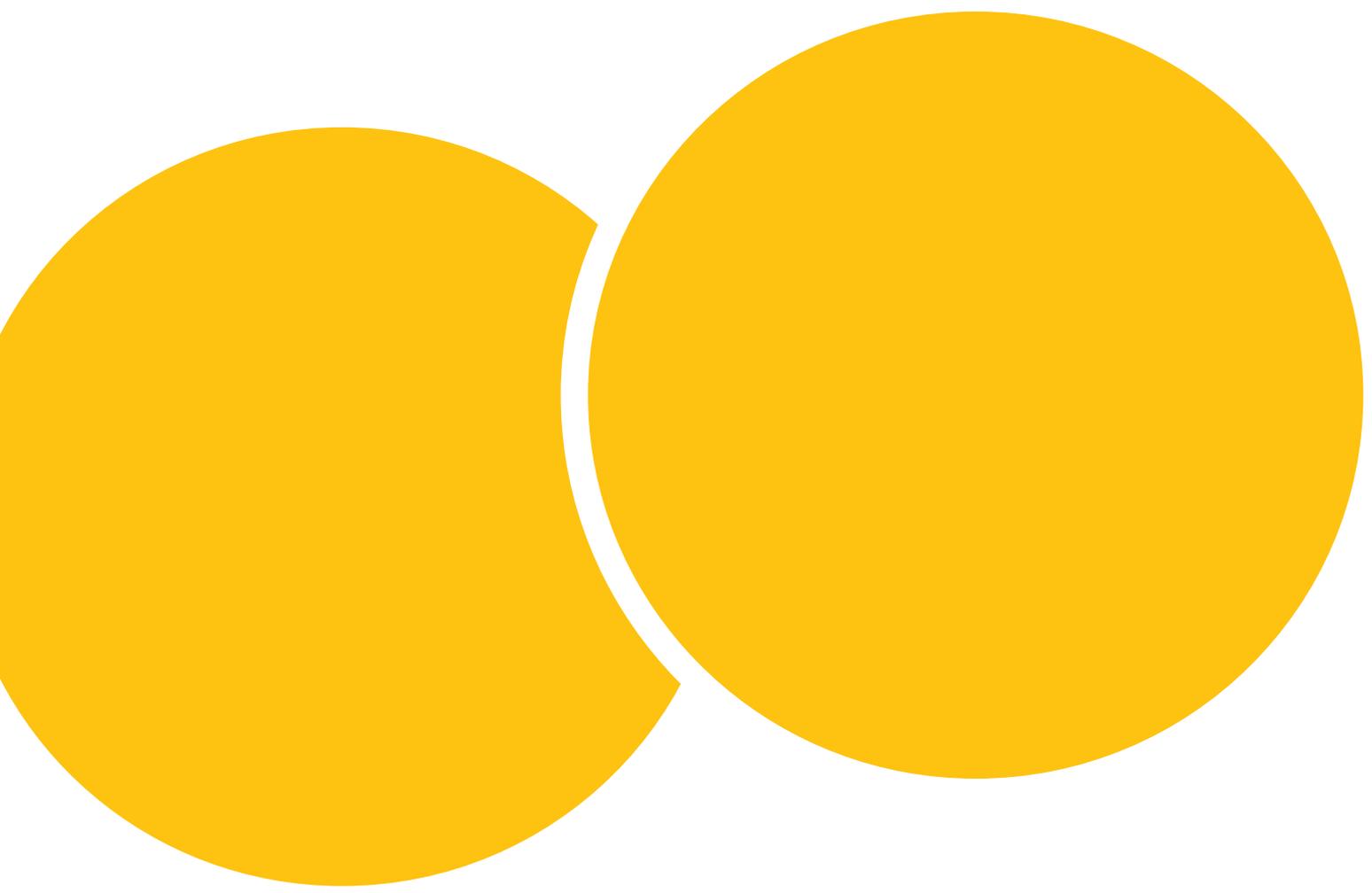
**20 JAHRE
NEUROLOGISCHES
PHASENMODELL**
BAR-Symposium 2015

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, 2016

Bearbeitung:
Dr. Maren Bredehorst (verantwortlich)
Dr. Helga Seel
Dr. Thomas Stähler



Wenn ein Mensch eine Schädel-Hirn-Verletzung erleidet, muss einerseits schnell und andererseits vorausschauend gehandelt werden. Dies gilt nicht nur für die Notfall- und Akutversorgung, sondern gerade auch für die Rehabilitation. Aus dieser Erkenntnis heraus entstand in den 1990er Jahren das Phasenmodell als eine Grundlage für die Weiterentwicklung der neurologischen Rehabilitation in Deutschland.

Auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) wurden seit 1995 zu allen Rehabilitationsphasen des Modells trägerübergreifende Empfehlungen erarbeitet, welche die Umsetzung konkretisieren.

Das 20-jährige Bestehen der Phaseneinteilung in der neurologischen Rehabilitation lädt ein, Revue passieren zu lassen, aber auch weitere Entwicklungsmöglichkeiten zu benennen. Die BAR hat hierzu am 5. Oktober 2015 ein Symposium in Frankfurt am Main veranstaltet. Vertreterinnen und Vertreter der Rehabilitationsträger, der Leistungserbringer sowie der Betroffenenorganisationen tauschten sich zum Phasenmodell und angrenzenden Themen aus. Betroffene und Angehörige waren auch direkt beteiligt: Kim-Vanessa Mathes erkrankte während ihres Abiturs an einem Hirntumor, Heike Schaber hatte als junge Berufstätige einen Schlaganfall, Jutta Beiersdorf versorgt langfristig ihre Tochter, die im Alter von 24 Jahren ein Schädel-Hirn-Trauma erlitt.

Dieser Tagungsbericht zeichnet zunächst die historische Entwicklung und die Grundzüge des Neurologischen Phasenmodells nach. Im Weiteren gibt er jedoch nicht unmittelbar das Veranstaltungsprogramm wieder. Vielmehr werden vier Themen herausgearbeitet, die sich als Schwerpunkte des BAR-Symposiums erwiesen haben:

1. Schnittmengen und Schnittstellen
2. Berufliche Wiedereingliederung, Teilhabe und Inklusion
3. Beratung und Fallmanagement
4. Wirksamkeit und Umsetzung des Phasenmodells in der Fläche

Unter der Fragestellung „Was gelingt bereits gut, was fehlt noch?“ sind zu den Themenschwerpunkten jeweils die Perspektiven der unterschiedlichen Akteure im Bereich der neurologischen Rehabilitation zusammengestellt. Auf Basis dieser Standortbestimmung gibt die BAR abschließend einen Ausblick: Die aufgezeigten Handlungsbedarfe werden in verschiedenen bereits geplanten Aktivitäten aufgegriffen oder als Anregungen für neue Vorhaben aufgenommen.

Wir danken allen Mitwirkenden und Gästen an dieser Stelle herzlich für ihre Veranstaltungsbeiträge und freuen uns auf weitere konstruktive Zusammenarbeit.



Das Symposiums-Team der BAR (v.l.): Dr. Thomas Stähler (Projektleiter), Markus Hofmann (Vorstandsvorsitzender der BAR), Dr. Helga Seel (Geschäftsführerin), Dr. Maren Bredehorst (Projektleiterin)



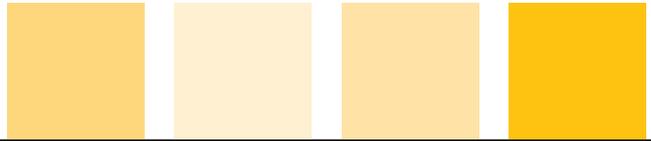
Moderatorin des Symposiums: Astrid Jaehn (zeichensetzen Medienagentur) interviewt Dr. Paul Reuther



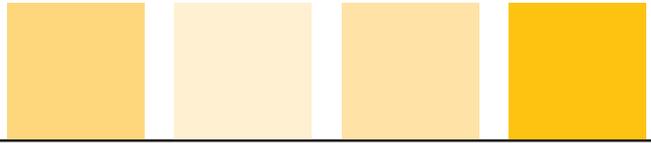
Mitwirkende am Vormittag (v.l.): Markus Oberscheven, Dr. Friedrich Mehrhoff, Prof. Dr. Dr. Paul Walter Schönle, Helga Lüngen, Dr. Rolf Buschmann-Steinhage, Dr. Helga Seel, Dr. Bodo Liese, Kim-Vanessa Mathes, Dr. Alexander Loevenich, Dr. Wilfried Schupp, Björn Hagen



Dr. Volker Hansen, alternierender BAR-Vorstandsvorsitzender, im Gespräch mit BAR-Geschäftsführerin Dr. Helga Seel



EINFÜHRUNG	3
GRUSSWORT	6
HINTERGRUND & HISTORIE	8
Hintergrund zum neurologischen Phasenmodell	
Bedeutung des Phasenmodells (Prof. Dr. Karl-Heinz Mauritz)	10
Entstehung und Meilensteine (Prof. Dr. Dr. Paul Walter Schönle)	11
THEMENSCHWERPUNKT 1	16
Schnittmengen und Schnittstellen	
Die Sicht Betroffener und Angehöriger – Teil 1 (Helga Längen)	17
Verwerfungen durch das DRG-System (Dr. Alexander Loevenich)	19
THEMENSCHWERPUNKT 2	24
Berufliche Wiedereingliederung, Teilhabe und Inklusion	
Der Weg zurück ins Arbeitsleben (Heike Schaber)	24
Die Sicht Betroffener und Angehöriger – Teil 2 (Helga Längen)	29
THEMENSCHWERPUNKT 3	32
Beratung und Fallmanagement	
Die Sicht Betroffener und Angehöriger – Teil 3 (Helga Längen)	32
Innere Konflikte, Beratung und Aushandlungsprozesse (Kim-Vanessa Mathes)	35
Begutachtung in der Fallbegleitung (Dr. Alexander Loevenich)	37
THEMENSCHWERPUNKT 4	40
Wirksamkeit und Umsetzung des Phasenmodells in der Fläche	
Die Sicht Betroffener und Angehöriger – Teil 4 (Helga Längen)	42
AUSBLICK	46
ANHANG	49



Sehr geehrte Damen und Herren,

als Vorsitzender des Vorstandes der BAR begrüße ich Sie ganz herzlich zu diesem Symposium der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Der Anlass dieser Veranstaltung ist sozusagen ein Jubiläum: „20 Jahre neurologisches Phasenmodell“.

Solche Anlässe laden ein:

- zurückzublicken auf den Entwicklungsprozess,
- genau hinzuschauen, wo wir stehen,
- vorwärts zu blicken: was ist weiter zu tun?

Dieser Dreier-Schritt bildet auch die „Programmstruktur“ dieses Symposiums der BAR.

Ich will Ihnen jetzt keinen detaillierten Rückblick vortragen über die Entwicklungsgeschichte des neurologischen Phasenmodells – dazu kommen wir gleich im ersten Teil der Veranstaltung.

Es ist mir aber ein Anliegen hervorzuheben, dass die Tatsache, dass sich die BAR seit 1995 kontinuierlich mit dem Themenfeld der neurologischen Erkrankungen befasst, ein Zeichen dafür ist, welche Bedeutung auf Ebene der BAR diesem Thema beigemessen wird.

Die UN-BRK formuliert als Ziel die volle Teilhabe behinderter Menschen an allen Aspekten des Lebens. Damit verpflichtet sie die verantwortlichen Akteure, ihre Möglichkeiten der Unterstützung voll umfänglich einzusetzen, um dieses Teilhabeziel zu erreichen.

Gerade wegen der Vielschichtigkeit von Schädelhirnverletzungen, ihren Auswirkungen und ihren Verläufen ist es so entscheidend, dass deren Besonderheiten über alle Phasen des Leistungsgeschehens hinweg die erforderliche Berücksichtigung finden. Nur so kann dem Teilhabegedanken für den Personenkreis von Menschen mit erworbener Schädelhirnverletzung Rechnung getragen werden.

Die seit 1995 auf Ebene der BAR erarbeiteten Empfehlungen, Rahmenempfehlungen und Arbeitshilfen dienen alle dem Zweck die Versorgungssituation von Menschen mit einer erworbenen Schädel-Hirn-Verletzung zu verbessern, ihnen bestmögliche Teilhabe zu ermöglichen.

Dies ist nicht einfach, denn in unserem gut ausgebauten gegliederten Sozialleistungssystem gibt es unterschiedliche Zuständigkeiten – gibt es Schnittstellen, die es den betroffenen Menschen und ihren Angehörigen nicht gerade einfach machen, sich zu orientieren.

Wenn von der BAR gesprochen wird, dann handelt es sich um den Zusammenschluss der Sozialleistungsträger mit der Zielstellung, die Kooperation miteinander und die Koordination untereinander zu verbessern. Dafür stellt die BAR die geeignete Plattform dar.

Wie Verständigung gelingen kann, zeigen die bisher erreichten Ergebnisse.

Allerdings – und das ist die andere Seite der Medaille:

Mit Vereinbarungen ist erst etwas erreicht,

- wenn sie in der Praxis umgesetzt werden und
- wenn die betroffenen Menschen Kooperation und Koordination auch tatsächlich wahrnehmen.

Wir wissen, dass es hier bei allem, was bisher erreicht wurde, durchaus Verbesserungsbedarf gibt.

Dem wollen wir uns stellen, ohne die Entwicklung bis heute schmälern zu wollen.

Wir haben heute Experten eingeladen:

- Experten der „ersten Stunde“ aus den Anfängen des neurologischen Phasenmodells,
- Experten aus den Fachgebieten der neurologischen Rehabilitation,
- Vertreter der Sozialleistungsträger,
- und – darüber freue ich mich sehr – Experten in eigener Sache. Hier begrüße ich ganz besonders Frau Mathes, Frau Schaber und Frau Beiersdorf.

Wir wünschen uns für heute zum einen interessante Inputs der Referierenden und genauso – und das ist die Idee, die Veranstaltung als Symposium durchzuführen – einen regen, konstruktiven Austausch mit Ihnen allen, die wir Sie ja gezielt eingeladen haben.

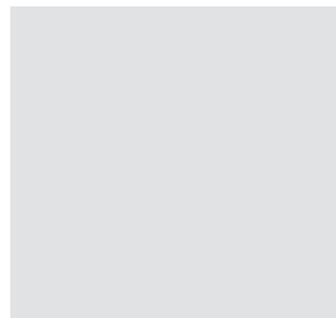
Ich freue mich, dass Sie der Einladung gefolgt sind, und wünsche uns nun eine aufschlussreiche Tagung mit Begegnungen, die vielleicht ja auch nach der Tagung noch tragen, und mit Anregungen, die wir auf Ebene der BAR weiter bewegen können.

DIE BAR BEFASST SICH SEIT 1995 KONTINUIERLICH MIT DEM THEMENFELD DER NEUROLOGISCHEN ERKRANKUNGEN. DAS IST EIN ZEICHEN DAFÜR, WELCHE BEDEUTUNG HIER DIESEM THEMA BEIGEMESSEN WIRD.



Markus Hofmann

Vorstandsvorsitzender
der BAR





Hintergrund zum neurologischen Phasenmodell

Jährlich werden etwa 260.000 Menschen in Deutschland mit überwiegend unfallbedingten Schädelhirnverletzungen unterschiedlichsten Schweregrades im Krankenhaus behandelt. Schlaganfälle, entzündliche Hirnerkrankungen und Hirntumoren führen jährlich zu ca. 330.000 Krankenhausbehandlungsfällen. Nicht zuletzt aufgrund verbesserter akutmedizinischer Behandlungsmethoden überleben immer mehr Menschen auch schwerere Hirnschädigungen, viele davon jedoch 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. Dabei ist für diese Menschen maßgeblich, dass die Vielschichtigkeit von Schädelhirnverletzungen, ihren Auswirkungen und ihren Verläufen als Besonderheit angemessen Berücksichtigung findet.

Grundlage und Ausgangspunkt für die Arbeit auf dem Feld der neurologischen Behandlung und Rehabilitation bildet das sogenannte Phasenmodell. Erarbeitet wurde dieses 1994 beim ehemaligen Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR), parallel zu entsprechenden kurz darauf begonnenen Beratungen auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR).

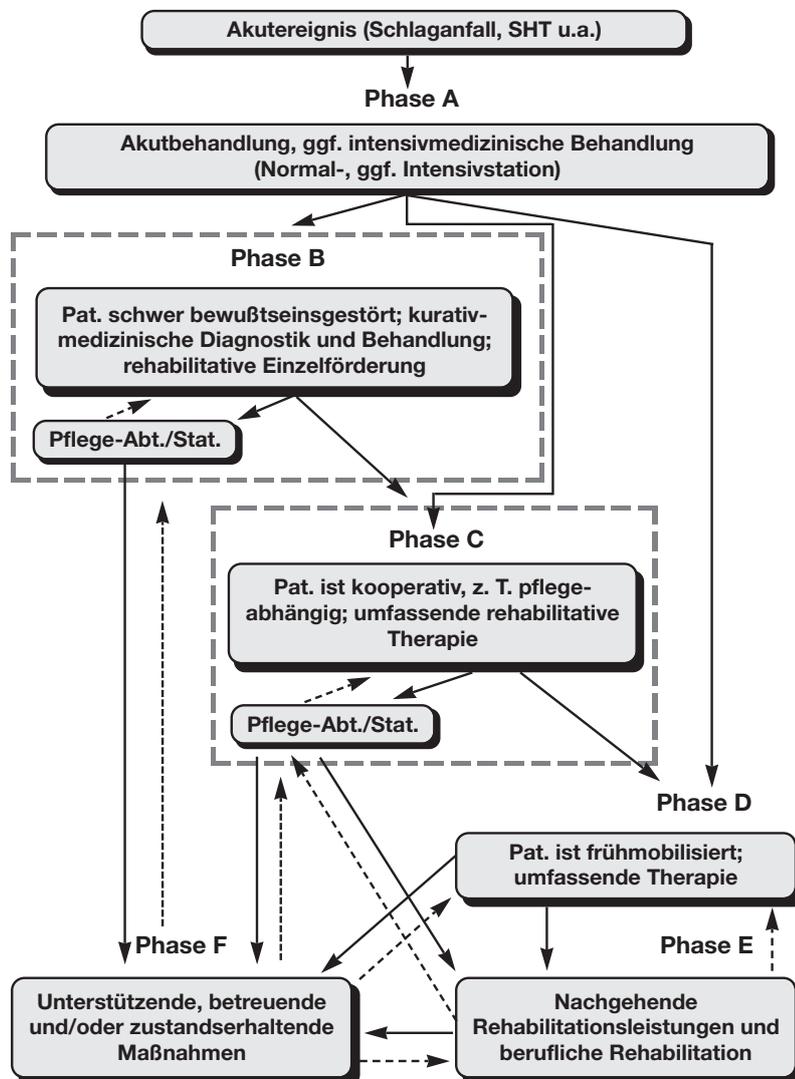
Hiernach werden sechs Phasen der neurologischen Akut- und Rehabilitationsbehandlung unterschieden (siehe Flussdiagramm):

- 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).

Die Behandlungs- und Rehabilitationsziele, Aufgaben und -Leistungen sind von den Rehabilitationssträgern gemeinsam für jede Phase definiert worden. Ein chronologischer Ablauf wird durch das Neurologische Phasenmodell nicht vorgegeben, wesentlich ist vielmehr eine regelmäßige (Neu-)Ausrichtung der Leistungen auf den individuellen Bedarf des betroffenen Menschen.

Flussdiagramm „Behandlungs- und Reha-Phasen in der Neurologie“



Quelle: BAR (1995, 1999) Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren Hirnschädigungen in den Phasen B und C.

Symposiums-Beiträge zur Historie

Bedeutung des Phasenmodells (Prof. Dr. Karl-Heinz Mauritz)

In seiner Keynote zum Symposium betonte Prof. Dr. Karl-Heinz Mauritz (MEDIAN Klinik Berlin-Kladow, z.Zt. medizinisch tätig in China), dass die neurologische Rehabilitation mit dem Phasenmodell vor 20 Jahren eine positive Entwicklung eingeläutet hat. Er bezeichnete das Phasenmodell sogar plakativ als „Stern am Firmament der Reha-Organisation“

KOSTENTRÄGERN UND GESUNDHEITSPOLITIKERN WURDE DURCH DIE KRITERIEN DER PHASENEINTEILUNG VERMITTELT, DASS NEUROLOGISCHE PATIENTEN ERHEBLICHE UNTERSCHIEDE IM SCHWEREGRAD AUFWEISEN.

Nach anfänglich noch skeptischer Einschätzung des Phasenmodells und der darauf fußenden Phaseneinteilung wurde ihm im Laufe der Zeit bewusst, welche Vorteile diese bietet. Nicht zuletzt verdeutlicht sie, dass die verschiedenen Phasen auch unterschiedlich hohe Kosten mit sich bringen und damit auch unterschiedliche Tagessätze bedingen. Kostenträgern und Gesundheitspolitikern wurde zudem durch die Phaseneinteilung mit ihren eindeutigen Eingangs- und Ausschlusskriterien vermittelt, dass neurologische Patienten erhebliche Unterschiede im Schweregrad aufweisen.

Auf dieser Erkenntnisgrundlage wurde eine Bedarfsplanung durch Kommunen, Länder und Leistungsträger möglich, und Versorgungslücken konnten geschlossen werden. Als noch verbesserungswürdig schätzt Prof.

Mauritz die Phaseneinteilung und -beschreibung hinsichtlich einer stärkeren Berücksichtigung kognitiver und Kommunikationsdefizite ein.

Prof. Dr. Karl-Heinz Mauritz

MEDIAN Klinik
Berlin-Kladow



Entstehung und Meilensteine (Prof. Dr. Dr. Paul Walter Schönle)

Nach einem einleitenden Dank an die BAR – zum einen für die jahrelange fachliche Unterstützung, zum anderen für die Organisation und Durchführung des Symposiums anlässlich des Jubiläums „20 Jahre Neurologisches Phasenmodell“ – gab Prof. Dr. Dr. Paul Walter Schönle (Maternus Klinik für Rehabilitation, Bad Oeynhausen) einen historischen Abriss wieder. Dieser reichte von der Versorgung schädel-hirnverletzter Soldaten nach dem Krieg („Veteranen-Reha“) bis in die heutige Zeit. Die Jahre 1990 - 2000 bezeichnete er als „Dekade der neurologischen Rehabilitation“ auf nationaler Ebene.

Die Entstehungsbedingungen des Neurologischen Phasenmodells vor 20 Jahren schienen günstig: Politischer Druck seitens der Betroffenen und ihrer Angehörigen flankierten die Entwicklung neuer Versorgungsansätze. Das Phasenmodell bezeichnet Prof. Schönle insofern gar als einen „Glücksfall einer gemeinsamen, sich (virtuell) zusammenfindenden und selbst steuernden Gruppe, unter günstigen Rahmenbedingungen“. Das erarbeitete Projekt habe die Behandlung von schwerst betroffenen Patienten nachhaltig verbessert.

Bereits 1975/76 führte die ehemalige Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) das sogenannte AHB-Verfahren ein. Hierbei handelt es sich um ein beschleunigtes Verfahren zur Durchführung einer medizinischen Rehabilitation bei bestimmten Indikationen – Anschlussheilbehandlung – in unmittelbarem Anschluss an eine stationäre Krankenhausbehandlung. Zu Beginn der Entwicklung fungierte damit die BfA gemeinsam mit dem seinerzeitigen VDR als „Motor der Entwicklung der Rehabilitation“. Hinzu kamen auch die Berufsgenossenschaften und die gesetzliche Krankenversicherung sowie schließlich maßgebend die BAR. Weitere wesentliche Randbedingungen wurden – zeitlich parallel – gesetzt durch u. a. die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR), die Bundesarbeitsgemeinschaft der medizinisch-beruflichen Rehabilitationseinrichtungen (BAG Phase II), das Kuratorium ZNS (Modellprojekt „Computer helfen heilen“), den durch Armin Nentwig vertretenen Bundesverband „Schädel-Hirnpatienten in Not“ und schließlich die die politischen Randbedingungen auf Staatssekretärs- und Ministerialbeamtenebene.

Das Phasenmodell sei ursprünglich als reines „Kostenträgermodell“ konzipiert worden. Mittlerweile sei allerdings festzustellen, dass immer dort, wo Neuro-Rehabilitation betrieben wird, dies analog zum Phasenmodell der neurologischen Rehabilitation erfolge. Auch ist das Phasenmodell mit seinen Grundlagen unter Mitwirkung von Prof. Schönle mittlerweile ins Englische, Tschechische, Russische, und Chinesische übersetzt worden. Umgesetzt ist es bereits in Österreich und derzeit noch in der Umsetzung befindlich in der Schweiz und Dänemark.



Prof. Dr. Dr.
Paul Walter Schönle

Maternus Klinik
für Rehabilitation,
Bad Oeynhausen

HINTERGRUND & HISTORIE

Aus der Warte der Deutschen Rentenversicherung stellt es sich als Besonderheit des Phasenmodells dar, dass es vor dessen Erstellung und Etablierung (Mitte der 1990er Jahre) noch eine strikte leistungsbezogene Trennung gegeben habe. Dies äußerte sich so, dass beispielsweise bei einem Schlaganfallpatienten zunächst nur die Krankenhausbehandlung im Raum gestanden habe und eine Rehabilitation erst dann in den Fokus gerückt sei, wenn mit der Krankenhausbehandlung kein gesundheitlicher Fortschritt für den betroffenen Patienten mehr zu erreichen gewesen sei. Manchmal sei ab diesem Zeitpunkt die gesetzliche Rentenversicherung in der Leistungsverantwortung gewesen, auf jeden Fall aber auch die gesetzliche Krankenkasse. Das Neue am Neurologischen Phasenmodell sei die Erkenntnis gewesen, dass Übergänge zwischen den Leistungssektoren eher gleitend verlaufen. Die Akut- bzw. Krankenhausbehandlungselemente nehmen also eher ab, während parallel dazu die Rehabilitationselemente zunehmen.

Dieses prozesshafte Geschehen habe man dennoch dann „künstlich“ in sechs Phasen unterteilen müssen, wobei für die gesetzliche Rentenversicherung das Herausfordernde die Phase C gewesen sei. Phase D hingegen sei als klassische AHB/AR (Anschlussheilbehandlung/Anschlussrehabilitation) betrachtet worden. Diese habe sich in der Neurologie schon etwas „nach vorne“ geöffnet in dem Sinne, dass die Alltagskompetenzen nicht bereits vollständig vorhanden sein mussten, um eine AHB-Leistung zu erhalten. Stolperstein innerhalb der Rentenversicherung sei jedoch gewesen, dass man sich nicht dazu durchringen konnte, Leistungen der Phase C auch ohne vorher bereits festgestellte positive Erwerbsprognose zu erbringen. Gerade eine solche Feststellung ist aber für viele Menschen in der neurologischen Rehabilitation am Anfang einer Phase C sehr schwierig. Retrospektiv betrachtet lässt sich daher auch sagen, dass mit dem Phasenmodell, das ursprünglich von der Rentenversicherung konzeptionell erarbeitet wurde, damals eigentlich auch mehr außerhalb als innerhalb des Zuständigkeitsbereiches der Rentenversicherung verändert worden sei. In der Folge habe sich gerade für die Phasen B und C Vieles weiterentwickelt.

**DAS NEUE AM PHASENMODELL
WAR DIE ERKENNTNIS, DASS
ÜBERGÄNGE ZWISCHEN DEN
LEISTUNGSSEKTOREN EHER
GLEITEND VERLAUFEN.**

Aus der Sicht der Leistungserbringer stellt es sich bis heute als Schwierigkeit dar, die positive Erwerbsprognose relativ rasch zu Beginn - etwa 3 Wochen nach dem Akutereignis - abzuschätzen. Dementsprechend sei auch damals in der Reha-Kommission beim VDR argumentiert worden, dass auf diese Weise absehbar mehr Rentenbezieher „geschaffen“ würden, wenn nichts geschieht, bis das AHB-Verfahren eingeleitet wird.

//

Das Problem ist nach wie vor: Ab wann und wie gut kann ich eine positive Erwerbsprognose stellen? Das kommt darauf an, wie sich jemand unter rehabilitativ orientierten Behandlungsmaßnahmen entwickelt. Die gab es damals überhaupt noch nicht. Oft wurde einfach von den größeren in periphere Krankenhäuser weiterverlegt und man wartete – und damit wurde die Erwerbsprognose eindeutig negativ. Aber es ist bis heute noch schwierig, das sehr frühzeitig anhand irgendwelcher Instrumente abzuschätzen, auch in der Umsetzung in der Praxis. //



Dr. Wilfried Schupp

m&i Fachklinik
Herzogenaurach

Für die gesetzliche Unfallversicherung (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung – DGUV) wurde verdeutlicht, dass sich die Frage leistungsmäßiger Abgrenzung für die Unfallkassen so nicht gestellt habe. Das Neurologische Phasenmodell habe schon insofern nicht die Bedeutung erlangt, als die gesetzliche Unfallversicherung den gesamten Reha-Prozess gewissermaßen von der Unfallstelle bis zur sozialen Rehabilitation zu steuern habe.

Die DGUV habe dementsprechend in ihren eigenen Handlungsgrundlagen das Phasenmodell zunächst nicht unmittelbar übernommen, beispielsweise in ihrer Denkschrift zur Behandlung von Schädel-Hirn-Verletzten. Denn damals habe noch die Einteilung nach Phasen I, II, III gegolten. Besondere Betonung lag auf Phase II, d.h. auf der medizinisch-beruflichen Rehabilitation und dem entsprechenden Übergang zur beruflichen Rehabilitation in Phase III. Mit ihren neuen Qualitätsstandards allerdings sei die DGUV schließlich ebenfalls zum Phasenmodell übergegangen.

HINTERGRUND & HISTORIE



Ich möchte jedem einzelnen von Ihnen, den Pionieren dieser Neuro-Rehabilitation, danken. Denn die Wut und die Wucht der Angehörigen und Betroffenen haben sicher die Schubkraft und den Durchbruch gebracht bei den politisch Handelnden. Nochmal: es musste in jedem einzelnen Bundesland durchgesetzt werden. Der Bund hatte ja nur Modellprojekte und konnte gedanklich ein bisschen Anschubhilfe leisten. Die Arbeit, und das war sehr schwierig, das war letztlich ein Marathon durch alle Bundesländer.

Heute sehen wir, was draus geworden ist: die BAR, die DVfR, die ZNS und unser Verband „Schädel-Hirnpatienten in Not“, die „Deutsche Wachkomagesellschaft“ mit dem Schub aller Angehörigen und Betroffenen, und mit Ihnen als Fachpersonen, die Medizin, die Pflege und die Therapie mit einbezogen – es war ein großartiges Werk, das wir damals gemeinsam geschaffen haben. Und dafür ein großes Dankeschön, an Sie all die Pioniere der Neuro-Rehabilitation. //



Armin Nentwig

Schädel-Hirnpatienten
in Not



„Pioniere der ersten Stunde“ (v.l.): Dr. Friedrich Mehrhoff, Dr. Thomas Brand, Dr. Wilfried Schupp, Dr. Rolf Buschmann-Steinhage, Dr. Thomas Stähler, Prof. Dr. Dr. Paul Walter Schönle

THEMENSCHWERPUNKT 1
SNITTMENGEN UND SNITTT-
STELLEN

THEMENSCHWERPUNKT 2
BERUFLICHE WIEDEREINGLIEDE-
RUNG, TEILHABE UND INKLUSION

THEMENSCHWERPUNKT 3
BERATUNG UND FALLMANAGEMENT

THEMENSCHWERPUNKT 4
WIRKSAMKEIT UND UMSETZUNG
DES PHASENMODELLS IN DER
FLÄCHE



Schnittmengen und Schnittstellen

Eine Unterteilung in verschiedene Rehabilitationsphasen bringt immer auch die Frage der Abgrenzung und Gestaltung von Übergängen mit sich. Kritisch diskutiert wurden auf dem Symposium insbesondere der Übergang zwischen intensivmedizinischer und weiterer stationärer Behandlung (Phase B-C) sowie der weitere Übergang (Phase C-D) in die „klassische“ medizinische Rehabilitation bzw. Anschlussheilbehandlung (AHB). Auch und gerade in diesen Bereichen, zu denen chronologisch die ersten Empfehlungen auf Ebene der BAR ausgehandelt wurden, zeigt sich heute Anpassungsbedarf.

Aus Sicht der rehabilitationsmedizinischen Praktiker hat es sich bewährt, dass die Rentenversicherung bei den Zugangskriterien zur AHB (also der positiven Erwerbsprognose) Spielräume gewährt. Die Rehabilitationsstatistik der DRV bestärkt dieses Vorgehen insofern, als etwa 75% der Schlaganfallpatienten im erwerbsfähigen Alter zum Abschluss der Phase D eine vollschichtige Leistungsfähigkeit im Arbeitsleben attestiert wird – wenn auch möglicherweise mit Einschränkungen.

Für Betroffene und ihre Angehörigen werden jedoch gerade am Übergang zwischen Akutkrankenhaus und Rehabilitationsklinik Informationsdefizite spürbar. Sie wünschen sich zudem eine stärkere Orientierung an den Bedürfnissen und Potenzialen des Einzelnen bei der Entscheidung über eine Weiterverlegung.



Am Anfang hat man entschieden, ich komme in eine Klinik in der Nähe von zuhause. Das wäre quasi ein Altenheim mit Therapiezusatz gewesen, dass also dort für Ergotherapie jemand da war. Aber man kann heute ganz klar sagen: Wenn ich da hingekommen wäre, dann wäre ich nicht wieder so gesund geworden. Insofern glaube ich, dass im Krankenhaus eher dargestellt werden muss: Was gibt es, wo kann man hingehen? Ich bin ja nur ins Hegau Jugendwerk gekommen, weil meine Mama wusste, dass es das gibt. Ich glaube, dass da einfach nicht genug bekannt war, weil man gar nicht mit mir richtig umgehen konnte, als jemand, der jung ist und neurologische Schäden hat. //



Kim-Vanessa Mathes

Ehemalige Rehabilitandin,
Studierende und
Buchautorin

Die Sicht Betroffener und Angehöriger – Teil 1 Auszug aus dem Vortrag von Helga Längen (ZNS Hannelore-Kohl-Stiftung)

Bedarf an Rehabilitation und Therapie

Noch immer bekommt nicht jeder Patient eine entsprechende Reha. Menschen mit erworbener Hirnschädigung benötigen wegen der komplexen Symptome spezielle, individuelle Therapien. Entsprechende Konzepte und Rahmenbedingungen für den Umgang mit beaufsichtigungspflichtigen, verhaltens- und orientierungsgestörten Betroffenen sind selten gegeben.

In einigen Bundesländern ist die zeitnahe Verlegung wegen der erforderlichen Zusage der Kostenübernahme kaum zu gewährleisten. Mit der Folge, dass mühsam erreichte, erste Reha-Erfolge sich schnell wieder verlieren. Dadurch werden Chancen vertan, und teilweise führt dieses Procedere dazu, dass Rehabilitationsverfahren nach einer Erstablehnung nicht mehr eingeleitet werden.

Absolut notwendig ist in unserem ökonomisierten Gesundheitssystem eine neutrale Beratung. Denn es ist gut nachvollziehbar, dass die Beratenden in den installierten Strukturen vor allem ihrem Arbeitgeber verpflichtet sind. Eine patientenbezogene Beratung und Unterstützung ist derzeit dadurch in den Kliniken kaum noch gewährleistet.

Weiterhin stellen wir fest, dass bei der Verlegung eines Patienten dessen Bedürfnisse oder gar Wünsche nahezu keine Berücksichtigung finden. Reibungslose Übergänge aus der Akut- in die Reha-Phase sind also eher die Ausnahme. Hier sind engere, wohnortnahe Kooperationen anzustreben, die das soziale Umfeld der Patienten einbeziehen. Dadurch würde eine Vielzahl von Anträgen an unsere Stiftung auf finanzielle Unterstützung für Reisekosten wegen Patientenbesuchen in weit entfernten Kliniken entfallen.

Und auch die Versorgung mit neuropsychologischen Angeboten in ländlichen Gegenden ist dringend geboten.

Entlassungsberichte: zu optimistisch kontra zu pessimistisch

Sowohl zu optimistische als auch zu pessimistische Äußerungen bezüglich der Prognosen können negative Auswirkungen haben.

Zu optimistisch wird die Situation insbesondere bei den Betroffenen eingeschätzt, die vor allem unter kognitiven Beeinträchtigungen leiden. Oftmals kommen die tatsächlichen Probleme erst durch komplexere Anforderungen des Alltages (Beruf, etc.) zu Tage. Denn in der stationären Reha haben die Patienten einen geregelten, gut beschützten und strukturierten Alltag. Aber je mehr die Betroffenen wieder im häuslichen Umfeld zurechtkommen müssen, desto deutlicher treten Schwierigkeiten auf. Die Mischung aus mehreren Beeinträchtigungen wird bei der rein symptombezogenen Behandlung zu wenig berücksichtigt.

THEMENSCHWERPUNKT 1

Dagegen haben Entlassungsberichte mit zu pessimistischer Prognose fatale Folgen für die Patienten. Sie können aufgrund dessen kaum noch Möglichkeiten auf Leistungen und Hilfen erwarten.

An der Stelle möchte ich deshalb ausdrücklich den Leitgedanken „Reha vor Rente“ herausstellen. Er sollte von allen am Reha-Prozess Beteiligten als oberster Grundsatz verinnerlicht werden.



Helga Längen

ZNS Hannelore-Kohl-Stiftung

Im weiteren Verlauf des Symposiums wurde verdeutlicht, worin Verwerfungen im Bereich der sog. Frührehabilitation (Phase B-C) bestehen, die für den Laien zunächst weniger ersichtlich sind. Mit der Einführung der diagnosebezogenen Fallgruppen (DRG = Diagnosis Related Groups) haben sich Abrechnungsgrundlagen für die Akutkrankenhäuser verändert. Patienten würden teilweise aus der Phase B weiterverlegt, obwohl ihr Zustand noch nicht den Entlassungskriterien des Phasenmodells entspreche. Der Beginn und auch das Ende der Phase C habe sich dadurch deutlich nach vorne verlagert.

Vorgehaltene Phase B-Betten würden zudem auch für andere Formen der Frührehabilitation genutzt und ständen nicht ausschließlich für die neurologisch-neurochirurgische Behandlung zur Verfügung.



Wir haben in den letzten fünf Legislaturperioden fünf GKV-Rettungsgesetze erlebt, und das hat das Gesundheitssystem und auch die Inhalte der Phasen erheblich verändert. Phase B ist heute der intensivmedizinische Weiterbehandler, der Maximalversorger, wenn akute Interventionen abgeschlossen sind. Es gibt nur die neurologische Frührehabilitation als leistungsfähige intensivmedizinische Frührehabilitation. Das heißt, wir kriegen auch die Herzkranken und Lungenkranken, die allerdings nach wochenlanger Intensivmedizin auch neurologische Komplikationen und Komorbiditäten entwickeln. Allein Beatmungspatienten machen je nach Klinik bis zu einem Drittel der Patienten aus. //



Prof. Dr.
Claus Wallesch

BDH Klinik Elzach

Verwerfungen durch das DRG-System

Auszug aus dem Vortrag von Dr. Alexander Loevenich (MDK Nordrhein).

Aus Sicht des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, so Dr. Alexander Loevenich, nimmt das Krankenhaus eine besondere Stellung in der neurologischen Rehabilitation ein. Es bestehen unterschiedliche sozial- und leistungsrechtliche Zugangsvoraussetzungen im Krankenhaussektor im Vergleich zu den Leistungen der Medizinischen Rehabilitation nach § 40 SGB V.

Leistungen im Bereich der Frührehabilitation werden im Rahmen der föderalen Gliederung in der Bundesrepublik überwiegend am Krankenhaus und damit nach der 2003 eingeführten Abrechnungssystematik der diagnosebezogenen Fallgruppen (= DRG-System), z.B. unter dem Prozeduren-Schlüssel zur „neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation“ erbracht.

Problematisch können hierbei Brüche in der Rehabilitationskette werden, an der Schnittstelle der Phasen B/C. Dies gilt insbesondere für jene Konstellationen, in denen der Patient einerseits nicht mehr akutstationär (d.h. krankenhausbearbeitungsbedürftig) ist, andererseits die Rehabilitationsfähigkeit noch nicht erlangt hat. Wünschenswert wäre die perspektivische Weiterentwicklung der Empfehlungen zur Phase B/C im Licht der Entwicklungen der letzten 20 Jahre im Krankenhausbereich.

Strukturen



ZWEI ANSÄTZE ZUR SCHÄRFUNG DES VERSTÄNDNISSES VON FRÜHREHABILITATION: EINE NÄHERE BESTIMMUNG IHRER INHALTE UND VERSORGUNGSZIELE EINERSEITS UND IHRER ZIELGRUPPE ANDERERSEITS.

Der Gesetzgeber hat 2001 die Frührehabilitation als Element der Krankenhausbehandlung benannt, ohne diese jedoch näher zu definieren. Daraus ergeben sich begriffliche Unschärfen und Überschneidungen der neurologischen Frührehabilitation zwischen den in der gesetzlichen Krankenversicherung leistungsgesetzlich getrennten Bereichen der Krankenhaus- und Rehabilitationsklinik. Ist hierunter eine Frührehabilitation als Komplexleistung oder auch eine „frühe Rehabilitation“ (z.B. als Frühmobilisation) zu verstehen?

Zwei Ansätze sind zur Schärfung des Verständnisses von Frührehabilitation denkbar: Eine nähere Bestimmung ihrer Inhalte und Versorgungsziele einerseits und eine Bestimmung ihrer Zielgruppe andererseits.

Hinsichtlich der inhaltlichen Frage „Welche Behandlungsmaßnahmen sind Frührehabilitation?“ gibt es viele Prozedurkodes in verschiedenen Stellen im OPS, die Teile der Leistungen der Frührehabilitation enthalten, z.B. Physiotherapie oder therapeutisch-aktivierende Pflege. Allerdings ist für die Erbringung komplexer Leistungen im interdisziplinären / multiprofessionellen Frühreha-Team ein besonderer Aufwand zu kalkulieren.

Die Code-Gruppe 8-55 „Frührehabilitative Komplexbehandlung“ wiederum umfasst neben der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation (8-552) auch Codes für geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (8-550) und für fachübergreifende und andere Frührehabilitation (8-559). Ein Code aus diesem Bereich ist jeweils nur einmal pro stationärem Aufenthalt anzugeben und darf nur solange verwendet werden, wie gleichzeitig akutstationärer Behandlungsbedarf besteht. Die Wiederbefähigungstendenz bzw. die Rehabilitationsdynamik spielt bei der Behandlung für die Bestimmung der Verweildauer im Krankenhaus – anders als in der Rehabilitationsklinik – keine vorrangig bestimmende Rolle. Funktionale Verbesserungen sind jedoch sozialmedizinisch ein wesentlicher Grund zur Verlängerung von Leistungen der Medizinischen Rehabilitation nach § 40 SGB V.

Die Frage „Wer bekommt Frührehabilitation, und wo?“ schließt sich daran unmittelbar an. Hier geht es um die Verortung der Phasen B und C. Die beiden unterschiedlichen Optiken des DRG-Systems und des Phasenmodells führen zu einem dualistischen Charakter der Rehabilitation. Für die Krankenhausleistung der Frührehabilitation sind kaum patientenbezogene Merkmale definiert, sondern hauptsächlich Struktur- und Prozessmerkmale. Das Konzept eines „Reha-Bedarfs“ spielt also zunächst keine Rolle, da als einziges Zusteuerungskriterium in die frührehabilitative Krankenhausleistung des OPS 8-552 ein Barthel-Index-Wert von unter 30 Punkten festgelegt wurde. Für medizinische Rehabilitationsleistungen, die in Rehakliniken erbracht werden, sind hingegen Reha-Bedürftigkeit, Reha-Fähigkeit, realistische Reha-Ziele und positive Reha-Prognose kumulativ als Eingangskriterien definiert (u.a. in der Rehabilitations-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses und der Begutachtungsrichtlinie des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenversicherung/MDS).

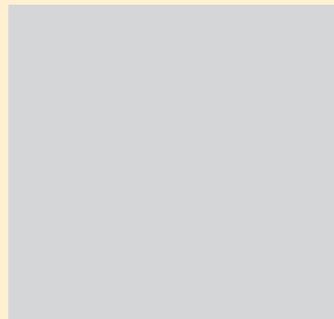
Eine tragende Definition der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit erscheint daher als Dreh- und Angelpunkt in der Phase B der neurologischen Rehabilitation. Diese fehlt bislang trotz vielfältiger Definitionsbemühungen. Ein statistisch validiertes Modell wurde in Bayern (unter Mitwirkung des dortigen MDK) erprobt und findet dort seine Anwendung. Es wurden Phase B/C trennende Patientenmerkmale identifiziert (davon 11 in Anlehnung an Kriterien des German Appropriate Evaluation Protocol - G-AEP. Letzteres wurde zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft als Instrument vereinbart, um die Notwendigkeit stationärer Behandlungen beurteilen zu können. Allerdings sind die G-AEP-Kriterien als nicht abschließende Positivliste zu verstehen.)

Nur wenn klar bestimmt werden kann, ab wann akutstationärer Behandlungsbedarf nicht mehr vorliegt, kann der Übergang aus dem Krankenhaus in andere Einrichtungen sinnvoll und bedarfsgerecht gestaltet werden.



Dr.
Alexander Loevenich

MDK Nordrhein



Im Rahmen des Symposiums wurde deutlich, dass sich bei Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen, die von der Frührehabilitation im Krankenhaus zwar sehr profitieren, aber die Phase C nicht erreichen, in der Praxis weitere Schwierigkeiten zeigen. Eine große Sorge insbesondere aus Sicht der Angehörigen ist es, dass der Übergang von der Krankenhausbehandlung in die Pflege zu einer „Sackgasse“ wird, weil möglicherweise vorhandenes oder später eintretendes Rehabilitationspotenzial nicht mehr erkannt und aufgegriffen wird. Für den Übergang in die langfristige häusliche oder stationäre Pflege (Phase F) mangle es an klaren Handlungsanweisungen und Qualitätskriterien.

Dies betreffe insbesondere beatmungspflichtige und tracheotomierte Menschen – sie würden immer häufiger in so genannten „Intensiv-Wohngruppen“ durch ambulante Pflegedienste betreut. Da es sich formal um private Wohnräume handele, fielen diese Wohngruppen weder unter die kommunale Heimaufsicht noch unter die Strukturqualitätsprüfung bei spezialisierten Einrichtungen nach SGB XI (§§ 71, 114). Letztere sei die Aufgabe des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen, für den die Phase-F-Empfehlungen der BAR eine wichtige Ergänzung zu den Prüfkriterien darstellen.

EINE GROSSE SORGE DER ANGEHÖRIGEN IST, DASS DER ÜBERGANG VOM KRANKENHAUS IN DIE PFLEGE ZUR SACKGASSE WIRD, WEIL REHABILITATIONSPOTENZIAL DANN MÖGLICHERWEISE NICHT MEHR ERKANNT UND AUFGEGRIFFEN WIRD.



Berufliche Wiedereingliederung, Teilhabe und Inklusion

Die große Bedeutung einer beruflichen Perspektive, insbesondere für jüngere Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen, wurde auf dem Symposium klar hervorgehoben. Langfristige Perspektiven gilt es aber auch in anderen Bereichen der Teilhabe aufzuzeigen. Wohnortnahe und flexible Rehabilitationsmöglichkeiten sind hierfür unverzichtbar und müssen weiter ausgebaut werden.

In der beruflichen Rehabilitation von Menschen mit neurologischer Erkrankung spiegelt sich die grundsätzliche Herausforderung der Integration in den Arbeitsprozess wider: Es gilt, die individuellen Möglichkeiten des Rehabilitanden und die Anforderungen am konkreten Arbeitsplatz abzugleichen und zusammen zu bringen. Neben hohen Erwartungen an die Nachhaltigkeit und Dauerhaftigkeit der Integration herrschen oftmals starke Unsicherheiten im betrieblichen Kontext vor, die abgebaut werden müssen. Gerade deshalb sind Offenheit und Information über die speziellen Einschränkungen des Betroffenen notwendig.

Die Beispiele der beiden betroffenen jungen Frauen, die ihren Rehabilitationsverlauf auf dem Symposium selbst schilderten, verdeutlichen die Möglichkeiten. Mit solchen positiven Beispielen lässt sich auf Arbeitgeber zugehen, um auch anderen neurologisch erkrankten Menschen zu ermöglichen, am Arbeitsleben teilzuhaben. Im Rahmen des Symposiums wurde dabei betont, dass die Erhaltung des ursprünglichen Arbeitsverhältnisses mehr Gewicht in den BAR-Empfehlungen zur Phase E bekommen sollte. Denn eine Reintegration in den ersten Arbeitsmarkt erweist sich als deutlich schwieriger, wenn der Arbeitsplatz erst einmal verloren ist.

Der Weg zurück ins Arbeitsleben – Heike Schaber (ehemalige Rehabilitandin) im Gespräch mit Dr. Johannes Pichler

Nach einer neurologischen Erkrankung wieder in das Arbeitsleben zu finden, ist ein Weg der es in sich hat. Er umfasst viele Stationen, viel Beratung und Therapie. Heike Schaber hat zwei Schlaganfälle hinter sich – mittlerweile ist sie wieder ganz im Beruf als Chefsekretärin in einem großen Konzern. Bei der Wiedereingliederung wurde sie unterstützt von einer neurologischen Tagesklinik (heute: NeuroRehaTeam Pasing). Das Interview vor dem Publikum des Symposiums führte der jetzige Geschäftsführer und Facharzt für Neurologie, Dr. Johannes Pichler, mit ihr.

“ Ich habe 2004 einen Schlaganfall bekommen, wo ich noch gar nicht wusste, dass ich einen Schlaganfall habe. Ich konnte auch nicht mehr sprechen, gerade noch Mama sagen, das war’s aber schon. Also da hatte ich schwere Aphasie, auch heute noch. Das merkt man vielleicht noch, auf jeden Fall ist es aber besser geworden. Ich habe noch motorische Ausfälle gehabt, wo ich auch heute immer noch taub bin, rechts. Und ich hatte dann aber 2012 auch nochmal einen Schlaganfall bekommen, das war dann eine Thrombose, und die war auf der anderen Seite - wieder ein Schlaganfall. Ich habe dann zwei Stents bekommen. Da war der Gerinnungsfaktor 8 erhöht. Seitdem nehme ich zwei Blutverdünner. “

NACH EINER NEUROLOGISCHE ERKRANKUNG WIEDER IN DAS ARBEITSLEBEN ZU FINDEN, IST EIN WEG, DER ES IN SICH HAT. ER UMFASST VIELE STATIONEN, VIEL BERATUNG UND THERAPIE.

Dauerhafte medikamentöse Behandlung und regelmäßige Verlaufskontrollen gehören für Frau Schaber zum Alltag. Dennoch sagt sie von sich, dass es ihr heute sehr gut geht. Nach anfänglichen Vorbehalten gegen die Stents fühlt sie sich damit jetzt aktiver und gesünder. „Dieses Damoklesschwert habe ich immer, wird so sein und so bleiben. Aber das kann man trotzdem genießen.“

Nach ihrem ersten Schlaganfall war Heike Schaber zunächst 5 Wochen in einem Münchener Akutkrankenhaus. Anschließend folgten 10 Wochen stationäre Rehabilitation in Allensbach. Nach ihrer Entlassung suchte ihr niedergelassener Neurologe gemeinsam mit ihr nach weiteren Rehabilitationsmöglichkeiten, da sie sprachlich immer noch sehr eingeschränkt war. Sie ist sehr froh, dass sie dann noch eine ambulante neurologische Rehabilitation in der Münchener Tagesklinik machen konnte, die damals von Prof. Dr. Fries geführt wurde. Von Oktober 2004 bis April 2005 wurde sie dort therapiert und dann bei ihrer beruflichen Wiedereingliederung begleitet. Innerhalb von 3 Monaten konnte sie ihre wöchentliche Arbeitszeit von 20 wieder auf 40 Stunden steigern und arbeitet seitdem vollzeitig.

Neben ihrer Berufstätigkeit war Frau Schaber jedoch wegen der Aphasie noch weitere 6 Jahre in logopädischer Behandlung. Hierfür wurde ein Arrangement mit einer Berufsfachschule für Logopädie gefunden, wo sie von Auszubildenden unter Supervision therapiert wurde. Irgendwann merkte sie selbst, dass die Fortschritte sich verringerten, und die Logopädie wurde beendet.

Auf Seiten ihres Arbeitgebers, der Firma Infineon, gab es geordnete Abläufe für die berufliche Wiedereingliederung. Die Krankenkasse war involviert und behandelnde Therapeuten waren vor Ort, um sich mit den Vorgesetzten auszutauschen und gemeinsame Lösungen zu finden. So wurden die Aufgabenfelder für Frau Schaber dann auch verändert:

„Weil ich ja damals im Sales gewesen bin, aber nicht gut sprechen konnte - also mit Kunden oder mit Externen zu reden wäre schwierig, für mich ein Stress und auch für die - ja, dann haben wir gesagt, wir machen jetzt für mich einen internen Sales-Job in der Teamassistentz. Das ist auch ganz wichtig und dann auch wieder probieren. Heutzutage ist es super, dass wir Internet haben. Das ist eine Hilfe bei mir, wo ich halt manchmal die Wörter nicht habe. Und dann nimmt man halt die Möglichkeiten, das war dann ganz gut.“

Mit ihrer aktuellen Stelle im Leitungssekretariat, wo sie zusammen mit einer Kollegin auch die Teamassistentz übernimmt, ist Heike Schaber fast in einer vergleichbaren Position wie 2004. Sie betont, dass sowohl ihr Chef als auch ihre Kollegen sich gut auf die Situation eingestellt haben. Beispielsweise erhält sie Arbeitsaufträge und Aufzeichnungen immer per E-Mail, da sie diese in schriftlicher Form besser bearbeiten kann – insbesondere wenn es um Zahlen geht.



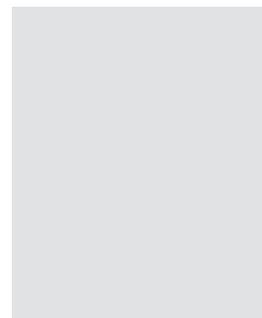
Wenn man eine Sprachstörung hat, ist alles anders, alles schwierig. Jede E-Mail, die ich machen muss, ist Konzentration pur. Auch jetzt, ich bin total aufgeregt, und dann wiegt das alles doppelt bei mir. Also wenn andere Leute was sagen, die haben das sofort nach dem ersten Mal. Ich schaffe es manchmal einfach nicht, und dann muss ich nochmal - Ich meine, ich komm schon klar, aber es ist schon anders. Und ich habe wirklich tolle Kollegen, das muss ich auch einfach sagen, die machen auch alles so mit. Wenn jetzt mal Leute da sind, die kennen mich ja nicht alle. Es ist eine große Firma, auch mit Externen habe ich zu tun. Und manchmal verstehen die es einfach nicht, auch wenn ich denen sage: Ich habe eine Sprachstörung, können Sie es nochmal wiederholen. Dann werden sie doch ungeduldig. Aber ich bin jetzt heutzutage so weit, dass ich dann schon einmal sage: Moment, Sie wollen die Info, dann müssen Sie mir auch helfen, dass Sie sie bekommen. Das geht schon, auch solche Sachen. Also, man kommt durch. //

Verständlicherweise schwingt bei Frau Schaber daher auch immer die Sorge um ihren Arbeitsplatz mit. „Ich habe wie gesagt einen guten Arbeitgeber momentan, der auch stabil ist, aber das kann sich so schnell ändern. Ich habe eigentlich Angst. Wenn ich meine Stelle nicht mehr hätte, dann hätte ich - glaube ich - echt ein Problem. Ich hätte nicht so einen adäquaten Job wieder, ich würde viele Bewerbungen machen müssen. Weil erstmal versteht ja keiner, auch wenn ich meinen Job vielleicht genauso gut kann: Aber warum sollen wir da nicht einen Gesunden nehmen? Das ist doch leichter.“

Heike Schaber ist eine Kämpferin, aber sie ist rückblickend auch überzeugt, dass sie außergewöhnlich viel Unterstützung von ihrem gesamten Umfeld bekommen hat. „Ich habe so viel Reha gehabt und Maßnahmen und ambulante Therapien. Die waren wirklich wichtig, sonst wäre ich ja nicht auf dem Stand, wo ich heute stehe. Dass ich überhaupt voll arbeite, das hätte ich so nicht geschafft. Ich habe meine Rehas gebraucht!“ Als besonders wichtig empfindet sie, dass Ärzte und Therapeuten immer ihr Potenzial gesehen und weitergemacht haben. Ihre Überzeugung, dass sie es wieder in den Beruf schaffen würde, haben sie glaubhaft an Frau Schaber weitergegeben – mit Erfolg. Anderen Menschen mit neurologischen Erkrankungen wünscht sie, dass Rehabilitationsleistungen ausreichend lange finanziert werden, damit sie gemeinsam mit den Behandlern neue Perspektiven entwickeln und deren Umsetzung dann auch erarbeiten können.

Heike Schaber

Ehemalige
Rehabilitandin,
Berufstätige



ARBEITGEBER MÜSSEN SEHR GUT INFORMIERT WERDEN ÜBER DENJENIGEN, DER DORT WIEDER BEGINNEN SOLL.

Die Besonderheiten neurologischer Erkrankungen sind nicht zu unterschätzen. Der vielfach von Rehabilitationssträgern verfolgte Ansatz, die Zusammenarbeit mit den Betriebs- und Werksärzten bei der betrieblichen Wiedereingliederung zu stärken, reicht hier unter Umständen nicht aus. Leistungserbringer fordern deshalb, ihre Rehabilitanden aus der neurologisch spezialisierten Einrichtung heraus weiter begleiten und nachbetreuen zu können. Im Bereich der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) und in medizinisch-beruflichen Einrichtungen (Phase II) sind in den vergangenen Jahren beachtliche Kompetenzen aufgebaut worden. Für die Überführung an den konkreten Arbeitsplatz wird vorgeschlagen, dass entweder Fachkräfte der Rehabilitationsklinik am Arbeitsplatz tätig werden (über eine Pauschale finanziert) oder dass funktionierende ambulante Strukturen aufgebaut werden. Letztere bestehen derzeit nur in Ballungsgebieten, und ihre Finanzierungsgrundlage wird ebenfalls als unzureichend angesehen.

“ Arbeitgeber müssen sehr gut informiert werden über denjenigen, der dort wieder beginnen soll. Wenn jemand eine Sprachstörung hat, kann man das sehr leicht erkennen, wenn jemand eine Lähmung hat, sieht man das auch. Aber ganz viele, die zurückwollen auf die alte Position, sind ja Menschen, die eine Aufmerksamkeits- oder Konzentrationsstörung haben, die Gedächtnisprobleme haben. Und das muss man dem Arbeitgeber, den Kollegen am Arbeitsplatz, dem direkten Vorgesetzten, auch dem Betriebsarzt sehr genau und detailliert erklären, weil man das nicht sofort sieht, sondern erst in einem längeren Prozess. “

Dr. Johannes Pichler

NeuroRehaTeam
Pasing



NICHT NUR BEI DER WIEDEREINGLIEDERUNG IST UNTERSTÜTZUNG NÖTIG, SONDERN AUCH BEI VERÄNDERUNGEN IM UNTERNEHMEN BRAUCHT ES STABILISIERUNG, UM DAS ARBEITSVERHÄLTNIS ZU ERHALTEN.

Nicht nur bei der Wiedereingliederung in einen Betrieb ist Unterstützung nötig, auch bei Veränderungen wie z.B. dem Verkauf des Unternehmens braucht es unter Umständen stabilisierende Strukturen, um das Arbeitsverhältnis zu erhalten. Ein Vorschlag seitens der Leistungserbringer ist, in solchen Fällen ein Job-Coaching wieder aufleben zu lassen, das bereits zu einem früheren Zeitpunkt einmal stattgefunden hat. Diese könne ggf. über ein Persönliches Budget finanziert werden. Ähnliches wird im Bereich der Unterstützten Beschäftigung diskutiert, um Veränderungen von außen aufzufangen.

Leider geschieht es immer wieder, dass Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen am Übergang zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation aus dem Versorgungssystem fallen. Ambulante berufliche Rehabilitationseinrichtungen machen die Erfahrung, dass Betroffene auf sie zukommen, die über einen zu langen Zeitraum im Prinzip unversorgt waren. Sie (oder ihre Angehörigen) fragen sich, „ob man nicht doch noch etwas machen kann“. Die genauen Umstände solcher Brüche sind teilweise schwer nachvollziehbar - möglicherweise gab es eine Veränderung des medizinischen Zustandes, oder eine Behandlungsmaßnahme war schlichtweg abgeschlossen und Rehabilitanden wurden ohne weitere Vorkehrungen nach Hause entlassen.

Es müssen Netzwerke geknüpft werden, was in strukturschwachen Regionen manchmal recht schwierig ist, aber auch gelingt. Es führt kein Weg daran vorbei: Wir müssen ambulante sozialraumorientierte Teilhabestrukturen schaffen, weil ich nur dort die Unterstützungsmöglichkeiten aus der Familie habe und letztlich dort auch arbeitsbezogen rehabilitiert werden soll.



Björn Hagen

BAG
ambulante berufliche
Rehabilitation

Die Sicht Betroffener und Angehöriger – Teil 2 Auszug aus dem Vortrag von Helga Längen (ZNS Hannelore-Kohl-Stiftung)

Fehlende Langzeitperspektive

Oftmals berichten Betroffene und ihre Angehörigen über fehlende Langzeitperspektiven. Un-erlässlich scheint uns deshalb ein Fallmanagement über die Sektorengrenzen hinaus. Nur so ließe sich die Überleitung in die nächste Reha-Phase für die Patienten langfristig erfolgversprechend planen, ohne die Chronifizierung der neurologischen Schädigungen fürchten zu müssen.

Hier ist die stärkere Einbindung von Reha-Konzepten in den Alltag erforderlich, die Möglichkeiten der wohnortnahen Reha müssen ausgebaut werden – im Sinne einer integrierten Versorgungsplanung, die teilhabebezogene Nachsorge ermöglicht.

Phase E – Brücke zur Inklusion

An unserem Beratungstelefon hören die Kollegen immer wieder die Verzweiflung darüber, dass in der Reha erreichte Ziele wieder verloren gehen. Deshalb ist es dringend notwendig, dass Nachsorgekonzepte der Phase E flächendeckend eingeführt werden, damit die Rehabilitation nachhaltig wirken kann.

Untersuchungen zeigen, dass beispielsweise die Mobilität sich bei vielen Patienten in der Langzeitbetrachtung verschlechtert. Dagegen hilft nur nachhaltige und kontinuierliche Rehabilitation. Auch die fehlende Unterstützung bei der Suche nach einer neuen Lebensperspektive führt zu einer deutlichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes im Langzeitverlauf.



Helga Längen
ZNS Hannelore-
Kohl-Stiftung

THEMENSCHWERPUNKT 2

Die BAR-Empfehlungen zur Phase E sind in Deutschland in den Kontext der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention einzuordnen. Die Teilnehmer des Symposiums stimmten ferner überein, dass die in den Empfehlungen erfolgte Benennung der zuständigen Kostenträger eine notwendige Voraussetzung für die konkrete Umsetzung in der Praxis darstellt, insbesondere für Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Zur geforderten flächendeckenden neuropsychologischen Versorgung wurde kritisch angemerkt, dass hierfür im Psychotherapeutengesetz der Beruf des Neuropsychologen explizit ausgewiesen werden müsste.

Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen sind also nach Abschluss der Rehabilitationsphase D unter Umständen gezwungen, sich vieles in Eigenregie zu organisieren und zu finanzieren. Das Beispiel von Kim-Vanessa Mathes zeigt, dass dies durchaus positive Effekte im Sinne der Selbstsicherheit und Selbstbestimmung haben kann. Mit klar formulierten Wünschen und Zielen hat sie die stationäre Rehabilitation beendet: Sie wollte wieder Autofahren, sie wollte studieren bzw. einen Beruf haben. Um diese Ziele zu erreichen, hat sie ihre eigene Belastbarkeit getestet und ihr „Gehirn trainiert“, indem sie an der Volkshochschule Musik- und Fremdsprachenkurse belegte, ein Praktikum im Kindergarten machte und sich schließlich für ein Studium der Kunstgeschichte einschrieb. Die Bewältigung des Studierendens alltags stellt sie als die größte und letztlich erfolgreiche Erprobung dar – es folgte ein weiteres Studium der sozialen Arbeit. Im Rahmen dieses Studiums arbeitet sie momentan im Erwachsenenstrafvollzug, was sie als wohltuend empfindet, „weil es so ganz fern von mir ist.“

Bei der Verwirklichung von Teilhabe und Inklusion geht es also um weit mehr als nur um das Arbeitsleben, was gelegentlich eine unorthodoxe Herangehensweise erfordert. Auch und



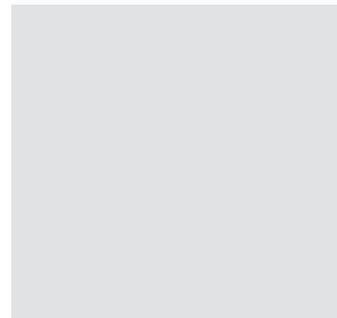
gerade wenn eine Erwerbstätigkeit nicht mehr angestrebt wird, beispielsweise aus Gründen der Gesundheit oder des Alters, gilt es die anderen acht Teilhabebereiche der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) in den Blick zu nehmen. Dies kann ein Ehrenamt, ein Hobby oder die Rolle in der Familie bzw. Haushaltsführung betreffen. Behandler und Betroffene müssen gemeinsam neue Teilhabeziele und Lebensperspektiven suchen.

Die Vorstellung loslassen zu müssen, „dass alles so wird wie früher“, kann dabei für den Betroffenen ein schmerzhafter Prozess sein, so Dr. Paul Reuther (Neurologische Therapie Rhein Ahr). Auch hier können Erfolgsgeschichten z.B. im Bereich des Behindertensports Mut machen und zeigen, dass es sich lohnt „dranzubleiben“.

Unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten sei es bisher schwierig, Teilhabe und somit die Wirksamkeit der Rehabilitation umfassend zu messen. Jedoch könne es als Erfolgskriterium gelten, wenn der Rehabilitand am Ende im Hinblick auf seine Teilhabe leidlich zufrieden sei.



Dr. Paul Reuther
Neurologische
Therapie Rhein Ahr





Beratung und Fallmanagement

Hinter den Begriffen „Beratung „ und „Fallmanagement“ verbirgt sich eine Vielzahl von Konzepten, die nicht immer trennscharf voneinander zu unterscheiden sind. Ihre Gemeinsamkeiten und Unterschiede wurden in den Beiträgen auf dem Symposium deutlich. Eine Verbindungslinie zum Neurologischen Phasenmodell besteht in der sozialmedizinischen Einzelfallbegutachtung. Zudem kann das Phasenmodell Systemwissen auf dem Gebiet der neurologischen Rehabilitation transportieren, das sowohl für Beratende als auch für Fallmanager von Bedeutung ist.

Die Sicht Betroffener und Angehöriger – Teil 3 Auszug aus dem Vortrag von Helga Längen (ZNS Hannelore-Kohl-Stiftung)

Fehlender Zugang zu Informationen

Die Rat-Suchenden erwarten vor allem eine unabhängige Beratung. Und dafür steht die ZNS-Hannelore Kohl Stiftung. Wir bearbeiten an die 1.000 Beratungsfälle pro Jahr. Das ist vor allem eine Folge der Reduzierung von Beratungsleistung in Kliniken und Reha-Einrichtungen.

Es fehlt an Informationen

- zum Krankheitsbild und dessen Folgen,
- zu Möglichkeiten der Reha und der Nachsorge
- zur Hilfsmitteln und ambulanten Therapien,
- zu Unterstützungsmöglichkeiten,
- zu finanziellen und rechtlichen Ansprüchen bei jahrelangen Prozessen, in denen Kräfte zehrend um Entschädigungen und Anerkennung gerungen werden muss,
- zu Anträgen bei und dem Umgang mit den Kostenträgern.

Und es geht um einen Rat, wenn wieder einmal voreilig Verrichtung droht und gerade bei jungen Menschen doch so dringend Maßnahmen zur beruflichen Teilhabe gewünscht und benötigt werden.

Vor dem Hintergrund dieser fehlenden Informationen und der Tatsache, dass eine patientenbezogene Beratung und Unterstützung gerade beim Entlassmanagement immer seltener gewährleistet ist, besteht hier dringender Handlungsbedarf. Es wird zum Beispiel lediglich ein Pflegebett organisiert, aber wirklich wichtige Themen wie die wohnortnahe und zeitnahe Fortsetzung der Reha und die Teilhabeplanung finden nahezu nicht statt.

Notwendigkeit einer fachlich qualifizierten MeH-Beratung

Es sind viele Beratungsstellen vorhanden, die aber überwiegend nicht ganzheitlich beraten können. Da gibt es die Wohnberatungsstelle, die Pflegeberatung, die Behindertenberatung, die Servicestellen, die Patientenberatung und noch viele mehr. Das führt dazu, dass Betroffene und Angehörige, „von Pontius zu Pilatus“ laufen müssen.

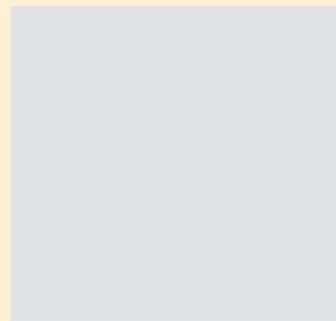
Bei diesen Beratungsstellen besteht dringender Schulungsbedarf über die besonderen Anforderungen der Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen. Vor einigen Jahren hat sich unter der Federführung unserer Stiftung das „Bundesweite Netzwerk für Beratung von Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen“ gegründet. Entsprechende Qualitätsstandards für die Beratung wurden definiert und sollen so zu einer fachlich qualifizierten Beratung von Menschen mit erworbenen Hirnverletzungen führen.

Wenn die Hilfe-Suchenden erst einmal eine qualifizierte Beratung gefunden haben, sind die Meisten in der Regel sehr zufrieden. Gerade in ländlichen Gebieten gibt es keinerlei Beratungsangebot.



Helga Längen

ZNS Hannelore-Kohl-Stiftung



Insbesondere die Möglichkeiten einer unabhängigen Beratung für Betroffene und deren Angehörige wurden auf dem Symposium kontrovers diskutiert. Einschlägige Organisationen wie die ZNS-Hannelore Kohl Stiftung zählen dies seit Langem zu ihren Kernaufgaben; neben telefonischer Beratung werden auch Wochenendseminare angeboten. Seitens der Leistungserbringer wird vor allem die Kostenträgerneutralität der Berater und die Kenntnis verschiedener Leistungsbe- reiche als wichtig hervorgehoben. Dem stehe aber oft eine geringe Handlungsfähigkeit gegenüber.

Der Forderung nach einer stärkeren Einbindung der Hausärzte wird entgegengehalten, dass sich Beratung nicht nur auf medizinische Aspekte, sondern vor allem auch auf berufliche und soziale Teilhabe beziehen müsse. Auch in internationalen Vergleichen zur Umsetzung der UN-BRK zeige sich, dass ein „Abladen“ der Beratungsverantwortung auf die Hausärzte nicht gut funktioniere. Unabhängig davon stelle aber die Stärkung der sozialmedizinischen Kompetenzen niedergelassener Ärzte einen Ansatzpunkt dar, z.B. im Studium und durch Fort- und Weiterbildung.

Bei Auf- bzw. Ausbau von Beratung müsse man sich auf gute Konzepte und bestehende Strukturen stützen, wie sie auch das Phasenmodell und die auf BAR-Ebene vereinbarten Empfehlungen darstellen.



Wir haben mittlerweile ein sehr umfassendes Angebot an Patientenberatung – auch vom Gesetzgeber initiiert –, von der Unabhängigen Patientenberatung (UPD) über die Servicestellen in der Rehabilitation bis hin zu den Pflegestützpunkten. Vor diesem Hintergrund müssen wir darauf achten, dass der Patient noch den Überblick über die vielfältigen Beratungsangebote behält und am Ende auch noch weiß, von wem er sich wozu beraten lassen soll. Beratung sollte daher primär durch jemanden stattfinden, den der Patient kennt – seinen Hausarzt, seine Krankenkasse – und deshalb müssen wir diese Strukturen stärken. Ich warne davor, immer neue Beratungsangebote aufzubauen. Stattdessen sollen wir die Strukturen, die wir haben, besser machen und vernetzen.



Oliver Blatt

Verband der
Ersatzkassen vdek

Auf dem Symposium wurde auch verdeutlicht, dass sich innerhalb einzelner Trägerbereiche auch die Bündelung von Expertise anbietet, um den speziellen Anforderungen in der Beratung von Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen gerecht zu werden. So plant die Bundesagentur für Arbeit, für die Qualitätsverbesserung in der Reha-Beratung ein virtuelles Kompetenznetz einzurichten. Reha-Berater könnten so bei Bedarf auf externe Unterstützung oder spezialisierte Kollegen von anderen Standorten zurückgreifen.

Deutlich wurde auch das große Potenzial, welches in den persönlichen Erfahrungen betroffener Menschen liegt. Sogenannte „Peers“, die in die Beratung und auch in das Reha-Management eingebunden werden, können z. B. Unterstützung bei der beruflichen Wiedereingliederung leisten. Gerade bei auftretenden sozialen Problemen (z. B. im Kollegenkreis) können sie unter Umständen dazu beitragen, Menschen mit neurologischen Einschränkungen im Arbeitsleben zu halten.

Die Zusammenhänge zwischen professioneller Beratung und gemeinsam zu treffenden Entscheidungen, die eher dem Fallmanagement zuzuordnen sind, wurden besonders deutlich in den Beiträgen von Kim-Vanessa Mathes. Sie las auf dem Symposium aus ihrem Buch vor, in dem sie beschreibt, wie sie ihre Erkrankung an einem Hirntumor und die anschließende Behandlung und Rehabilitation erlebt hat.

Innere Konflikte, Beratung und Aushandlungsprozesse Lesung von Kim-Vanessa Mathes

„Ich wollte auch weg [von der Station], weil es vor allem wegen dem Abi-Ball viele Diskussionen und Gespräche gegeben hatte. Das sollte ganz aus meinen Gedanken verschwinden, das tat mir weh. Ich hatte noch vor der Sache mit der Reportage die Möglichkeit gehabt, auf meinen Abi-Ball zu gehen. Das war mit der Ärztin und dem Psychologen bis ins Kleinste ausdiskutiert worden. Auf der einen Seite war es ein einmaliges Event, denn ich würde in dieser Konstellation nie mehr alle Leute sehen können, da meine Schulzeit endete. Auf der anderen Seite war es nicht in meinem Sinne, mit Rollator, abgeklebter Brille und abrasierten Haaren dort zu erscheinen. Auch wenn die Leute informiert waren, würden alle fragen und mitleidig schauen und mich vielleicht auf die Bühne bitten oder auch nicht, was mich vielleicht noch mehr kränken würde. Ich wollte nicht, dass auch nur einer von denen sah, wie schlecht es mir ging. Ich wollte vor keinem meiner Mitschüler Schwäche zeigen, denn das ging nicht jeden etwas an. Ich war eben so. Normalerweise machte ich immer etwas, war mit dabei, half, organisierte, saß nicht still. Die Vorstellung an einem Tisch sitzen zu müssen und zuschauen zu müssen, während die anderen vorne sangen, tanzten und redeten, brachte mich fast um. Ganz zu schweigen von der langen Autofahrt und dem Risiko, dem mein schwaches Immunsystem in so einer Menschenmenge ausgesetzt sein würde. Am Ende war ich eher dazu bereit, den Ball ganz aufzugeben als mir mein Schicksal einzugestehen, hinzugehen und es nur als Zuschauer zu genießen. Die Entscheidung fiel mir so schwer, weil wir ja schon die Karten hatten, die meine Mama über eine Freundin extra besorgt hatte – und weil ich einen Fehler wieder gutmachen wollte: An meinem Tanzabschlussball war ich nie bei meinen Eltern gewesen und hatte auch nicht mit meinem Papa getanzt, weil ich nur Augen für meinen ersten Freund gehabt hatte. Ich hatte mir immer geschworen, dass ich es beim Abi-Ball besser machen und mit meinem Papa tanzen würde. Das konnte ich nun vergessen. Mit Rollator erst recht. Also wollte ich nicht hin, auch wenn es mir um das unnötig ausgegebene Geld wieder leidtat. Es war so eine verzwickte Situation, und eigentlich wollte ich so gerne auf meinen Abi-Ball! Wir hatten uns also entschieden, dass ich nicht hingehen, aber umziehen würde. Ich musste mich an neue Therapeuten gewöhnen, nur meine Logopädin blieb und der Theaterleiter.“

Quelle: Kim-Vanessa Mathes: „C 71,6 Diagnose Hirntumor“. 7. Auflage, 2013. Geest-Verlag, S. 188-189



Kim-Vanessa Mathes

Ehemalige
Rehabilitandin,
Studierende und
Buchautorin

THEMENSCHWERPUNKT 3

Die Rehabilitationsklinik als ein geschützter Raum, aus dem heraus man wieder erste Schritte in ein „normales“ Leben wagen kann, hat Frau Mathes als sehr wichtig empfunden. Bei Ausflügen in die Stadt oder Umgebung der Klinik hatte sie zunächst das Gefühl, unter „Dauerbeobachtung“ zu stehen und sich nicht geben zu können, wie sie war. Auf diese Weise konnte sie sich jedoch ihre Teilhabe und den Umgang mit nichtbetroffenen Menschen nach und nach wieder erarbeiten. Entscheidend dabei ist, dass behandelnde Ärzte und Therapeuten diesen sehr individuellen Prozess einfühlsam begleiten müssen.



Es ist letztlich ethisch-moralisch nicht vertretbar, jemanden lebenslang zu alimentieren und ständig zu betreuen. Damit macht man einen Menschen abhängig und unmündig, und genau das muss aus Sicht der Behandler unter allen Umständen vermieden werden. Im Behandlungsprozess geht es auch darum, das Selbstbewusstsein zu verbessern, die Selbstwertregulation zu stabilisieren und die Wahrnehmung der Selbstwirksamkeit zu stärken, so dass ein Mensch aus sich heraus in der Lage ist, Hoffnung zu schöpfen: Ich schaffe das auch alleine! Dadurch werden auch die Selbstheilungskräfte mobilisiert. Insofern ist es an manchen Punkten des Behandlungsverlaufes notwendig, in Absprache mit dem Patienten Grenzen zu setzen und ihm zu vermitteln: Wir trauen dir das zu! Und dann festzustellen: Ich sehe, du kannst das! Wenn ein bestimmter Entwicklungsgrad erreicht ist, heißt es: Jetzt geht es alleine, oder jetzt geht es in eine andere Versorgungsform oder eine andere Weiterbehandlung. Es ist ganz wichtig, immer wieder zwischen dem Generellen und dem Individuellen zu unterscheiden und daraus mit dem Patienten zusammen den für ihn optimalen Weg zu entwickeln. //



Dr. Bodo Liese

Deutsche
Rentenversicherung
Bund

Herausgearbeitet wurde, dass gerade bei einem Wechsel zwischen Einrichtungen und Versorgungsformen jedoch die Gefahr besteht, dass Betroffene auf sich allein gestellt und überfordert sind oder dass medizinische Informationen nicht korrekt weitergeleitet werden. Die Überwindung von Schnittstellen wird von Seiten der Leistungserbringer als leichter dargestellt, wenn es ein funktionierendes „Fallmanagement“ durch die Kostenträger gibt. Allerdings werden derzeit noch sehr große regionale Unterschiede festgestellt, die oft mit dem persönlichen Einsatz von Beratern zusammenhängen. „Fallmanagement“ erfordert Ressourcen für Fallbesprechungen und die Pflege regionaler Netzwerke – insbesondere in der ambulanten Rehabilitation.

In dem Kontext wurde dargelegt, dass das aus der gesetzlichen Unfallversicherung stammende Modell der Berufshelfer mittlerweile als Vorlage für ein Reha-Management-Konzept diene, das im Bereich der Rentenversicherung entwickelt werde. Reha-Berater seien hier bisher hauptsächlich im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben tätig. Mittlerweile würden nicht nur vermehrt Reha-Berater ausgebildet; zukünftig sollen sie Rehabilitanden mit möglichen berufli-

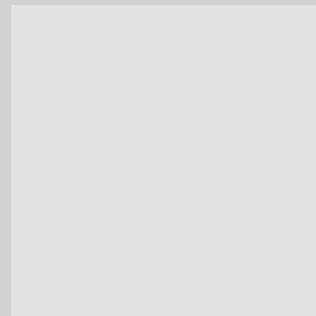
chen Problemlagen auch frühzeitig in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen aufsuchen und im Sinne eines Fallmanagements begleiten.



Die DGUV legt ihren neuen Qualitätsstandards für die Behandlung Schädel-Hirn-Verletzter nunmehr auch das BAR-Phasenmodell zu Grunde. Denn die Stärke der gesetzlichen Unfallversicherung ist das Reha-Management mit der Möglichkeit der umfassenden Steuerung des Reha-Prozesses. Und da bietet uns das Phasenmodell eine sehr gute Richtschnur, um die Rehabilitation und Teilhabe ausgerichtet an den jeweiligen Zielen zu planen und zu überwachen. So kann an verschiedenen Stellen des Reha-Prozesses immer überprüft werden Ist der Reha-Erfolg für die entsprechende Phase eingetreten und wie geht es weiter?



Markus Oberscheven
Deutsche Gesetzliche
Unfallversicherung



Aufgezeigt wurde, dass das Neurologische Phasenmodell als ein Instrument dienen könne, das auch in den Workflow und in interne Prozesse von Kostenträgern münde und damit zu mehr Einheitlichkeit beitrage. Die DGUV sieht bei der Umsetzung der UN-BRK auch einen Handlungsbedarf mit Blick nach innen: Insbesondere bei der Bedarfsfeststellung für sehr schwer beeinträchtigte Personen seien weitere Verbesserungen in Zusammenarbeit mit Netzwerkpartnern vor Ort denkbar. Zudem könnten auch bei klarer Zuständigkeit eines einzelnen Kostenträgers Lücken im Reha-Verlauf entstehen, wenn einzelne Leistungen insbesondere von verschiedenen Erbringern miteinander zu verbinden seien. Die Aufgabe bestehe hier in einer verbesserten Kommunikation mit Kliniken und Reha-Einrichtungen, gerade auch in der Phase E der neurologischen Rehabilitation.

Begutachtung in der Fallbegleitung

Auszug aus dem Vortrag von Dr. Alexander Loevenich (MDK Nordrhein)

Die Ebene der Einzelfallbegutachtung steht für die Medizinischen Dienste der Krankenkassen im Vordergrund, die Bewertung von Rehabilitationskonzepten und Versorgungsstrukturen ergibt sich aus dieser Arbeit. Für die Begutachtung, so Dr. Loevenich, stellt das kostenträgerübergreifend konsentrierte BAR-Phasenmodell eine wesentliche Richtschnur dar, z.B. zur Phasenabgrenzung unter Berücksichtigung der jeweiligen Eingangs- und Ausgangskriterien. Insbesondere die vergleichsweise klaren Kriterien des Phasenmodells haben sich in der sozial-medizinischen Begutachtungspraxis der MDK-Gemeinschaft bewährt.

THEMENSCHWERPUNKT 3

Die überwiegende Mehrheit der regionalen MDKs orientiert sich an den mehrgliedrigen Merkmalsbündeln der Rahmenempfehlungen zur Phasenabgrenzung und nicht – wie häufig von Kliniken/Einrichtungen vorgenommen – ausschließlich an Punktwertkorridoren von Assessmentskalen (wie z.B. Barthel-Index, Functional Independence Measure FIM®). Da mitunter fraglich ist, wie valide die Punktwerte in den Assessments erhoben wurden, bergen sie u.U. auch eine Scheinobjektivität.

Zwar wird der Barthel-Index sowohl in den BAR-Empfehlungen zum Neurologischen Phasenmodell als auch im Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) des DRG-Systems jeweils nur an einer Stelle als Kriterium ausdrücklich genannt (größer 80 Punkte für den Zugang zur ambulanten Rehabilitation im Phasenmodell; kleiner 30 Punkte als Frühreha-Eingangskriterium im OPS). In den Einzelverträgen, welche die Krankenkassen mit den Leistungserbringern abschließen, wird jedoch oftmals eine Phasenzuordnung anhand von Punktwerten des Barthel-Index vorgenommen, nicht anhand der Einzelkriterien aus den BAR-Empfehlungen. Die Vertragspraxis der Leistungsträger und Bewertungssystematik der sozialmedizinischen Dienste sind daher nicht immer deckungsgleich.

ASSESSMENTS MIT PUNKTWERTEN HABEN DEN CHARME EINER VERMEINTLICH EINFACHEN HANDHABBARKEIT. SIE BERGEN ABER UNTER UMSTÄNDEN EINE SCHEINOBJEKTIVITÄT.

In den Rahmenempfehlungen zur neurologischen Rehabilitation findet sich lediglich für die ambulante Neurorehabilitation ein Punktwertverweis durch die BAR selbst. Die Abgrenzung der Phase B/C orientiert sich ausschließlich an sog. „Patientencharakteristika“ in beschreibender Attributform. Hierbei sind in der Regel mehrere Kriterien für die Zuordnung ausschlaggebend.

Punktwerte haben den besonderen „Charme“ ihrer vermeintlich einfachen Handbarkeit. Viele Akteure orientieren sich, z.T. auch aus Praktikabilitätsabwägungen, somit vorzugsweise an Punktwerten. Auch für den Frührehabilitations-Barthel-Index (nach Schönle 1995) wäre eine nähere, allgemein akzeptierte Operationalisierung der sieben benannten Frührehabilitationskriterien hilfreich (z.B. Definition einer „schweren Verständigungsstörung“). Das Spannungsfeld zwischen einfacher Handbarkeit einerseits und definitorischer Klarheit andererseits wird hier deutlich.

Verschiedentliche Operationalisierungsversuche in der MDK-Gemeinschaft bezogen sich insbesondere auf den Übergang zwischen den Phasen B und C, aber auch zwischen C und D. So kann z.B. ein Patient mit isolierter und länger bestehender Schluckstörung und vollständiger Versorgung über eine Magensonde (PEG) durchaus der Phase D zugerechnet werden, wenn er Fußgänger bzw. weitgehend selbstversorgungs kompetent ist.

Das Phasenmodell der neurologischen Rehabilitation der BAR stellt für die Beratungs- und Begutachtungspraxis der MDK-Gemeinschaft im neurologischen Indikationsbereich eine wertvolle und langjährig bewährte Referenz dar. Bei allen begrifflichen, sozial- und leistungsrechtlichen Abgrenzungsproblematiken sei, so Dr. Loevenich, dieses differenzierte Modell damit immer „so etwas wie ein sicherer Balken im Wasser des Begutachtungsalltags“.



Dr.
Alexander Loevenich

MDK Nordrhein

Ob beim Fallmanagement indikationsspezifische Ansätze nötig seien, wurde in der Diskussion kritisch hinterfragt. Vielmehr sei ein Fallmanagement bei vielen schweren Erkrankungen wünschenswert; die Umsetzbarkeit müsse aber auch unter finanziellen Gesichtspunkten betrachtet werden. Dem wurde entgegengehalten, dass neurologische Rehabilitationsangebote oft besonders „verschachtelt“ und für den Laien schwer zu durchblicken seien.

Aus Sicht der Kostenträger sei ein „Fallmanagement“ (versicherungswirtschaftlich als Schadensmanagement bezeichnet und zu unterscheiden von Beratung) bei schweren Erkrankungen und Beeinträchtigungen der Teilhabe sinnvoll. Im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung würden etwa 5% der Rehabilitationsfälle erfahrungsgemäß 90% der Kosten verursachen. „Fallmanagement“ sei also angezeigt, wenn ein komplexes Problem auftauche, was auch eine zeitliche Begrenzung mit sich bringe. Ein solches Schadensmanagement bezogen auf einzelne Versicherte sei durchaus auch kostenträgerübergreifend denkbar, z.B. innerhalb regionaler Strukturen.





Wirksamkeit und Umsetzung des Phasenmodells in der Fläche

Das Neurologische Phasenmodell ist in Verbindung mit den auf Bundesebene getroffenen trägerübergreifenden Empfehlungen zu den einzelnen Phasen zu betrachten. Verschiedene Beiträge auf dem Symposium deuteten jedoch auf einen „föderalen Flickenteppich“ in der Umsetzung und Ausgestaltung der neurologischen Rehabilitation hin. Teilweise sei dies mit historisch gewachsenen Versorgungsstrukturen zu begründen, die unterschiedliche Verbindungen mit dem Phasenmodell eingegangen seien. Auch die Rechtsnatur und Verbindlichkeit der BAR-Empfehlungen spiele eine Rolle. Hinzu komme, dass trägerübergreifende Rahmenempfehlungen, die insbesondere auf einheitliche Anforderungen an die Strukturqualität abzielen, auf Ebene der BAR nur für ambulante medizinische Rehabilitationseinrichtungen vereinbart seien. Für den stationären Bereich müsse auf Analogiebildung zurückgegriffen werden.

Auf teilweise gegenläufige Forderungen der Politik an die gesetzliche Krankenversicherung wurde dabei hingewiesen. So führe beispielsweise der gewünschte Wettbewerb zwischen den Krankenkassen zu „Filienschließungen“, was wiederum mit dem Ruf nach regionalen, wohnortnahen Strukturen in Konflikt stehe.

Gleichzeitig werde die Möglichkeit regionaler Arbeitsgemeinschaften für die neurologische Rehabilitation, die durch das SGB IX geschaffen wurden, bisher kaum genutzt. Hier beständen Chancen zur Gestaltung sinnvoller Übergänge zwischen den Versorgungsformen und zum Ausbau insbesondere der ambulanten Strukturen.

TROTZ TRÄGERÜBERGREIFENDER EMPFEHLUNGEN AUF BUNDESEBENE DEUTET VIELES AUF EINEN „FÖDERALEN FLICKENTEPPICH“ IN DER UMSETZUNG UND AUSGESTALTUNG DER NEUROLOGISCHEN REHABILITATION HIN.

//

Vor etwa 20 Jahren ging es bei dem Phasenmodell darum, neue Strukturen in Deutschland aufzubauen. Es ging darum, vor allem Angebote zur Frührehabilitation zu organisieren, weil es kaum geeignete Einrichtungen gab. Um jetzt den großen Bogen zu spannen: Das Phasenmodell und die Definition der einzelnen Phasen ist zwar weiterhin wichtig, damit die Bezahler die Sicherheit haben, dass für die weniger aufwändigen Phasen auch weniger bezahlt wird. Das ist letztlich ein Finanzierungsthema. Aber eigentlich müsste das Phasenmodell wieder in ein Einheitsmodell übergehen. Das ist heute, glaube ich, auch deutlich geworden: Es geht darum, dass wir Phasen, die letztlich überall in der Welt zu Schnittstellen führen, eigentlich überwinden sollten im Sinne einer einheitlichen Betrachtungsweise aus dem Blickfeld der Betroffenen und deren Angehörigen. //



Dr. Friedrich Mehrhoff
Deutsche Gesetzliche
Unfallversicherung

Darauf hingewiesen wurde, dass problematische Schnittstellen sich einerseits zwischen den verschiedenen Kostenträgern (Zuständigkeitsklärung) ergeben können. Auch wenn diese beispielsweise bei der Phase C und D für die Rentenversicherung im Grundsatz geregelt seien (Kriterium der positiven Erwerbsprognose), müsse angesichts umfangreicher Berichtsanforderungen und Umsetzungshinweise über einen möglichen Abbau von Bürokratie nachgedacht werden. Diese stelle oft eine erhebliche Belastung für die Betroffenen dar.

Andererseits seien am Übergang zwischen den einzelnen Abschnitten des Neurologischen Phasenmodells Probleme beobachtbar. Obwohl die Empfehlungen zu den einzelnen Rehabilitationsphasen auch die Behandlungs- und Rehabilitationsdauern umfassen, würden diese von den zuständigen Kostenträgern unterschiedlich gehandhabt. Hierbei gelte: Für die Phase B ist in den BAR-Empfehlungen ein Behandlungszeitraum von „in der Regel bis zu sechs Monaten“ vorgesehen. Und eine Beendigung der Phase B ist angezeigt, „wenn bei ungestörtem Therapieverlauf über mindestens acht Wochen kein funktioneller Zugewinn feststellbar ist“. Insbesondere bei Kindern sowie in begründeten Einzelfällen sind auch längere Zeiträume möglich.

Die Sicht Betroffener und Angehöriger – Teil 4 **Auszug aus dem Vortrag von Helga Längen (ZNS Hannelore-Kohl-Stiftung)**

Erreichtes wird zunehmend in Frage gestellt

Die Verweildauer in der Reha wird weiter reduziert. Eine Erstbewilligung für Früh-Reha umfasst teilweise nur zwei Wochen. Das Mindestbehandlungsintervall von 8 Wochen wird heute im Mittel deutlich unterschritten. Nach Aussagen von Herrn Prof. Rollnick und Herrn Janosch aus dem Jahr 2010 liegt sie bei 37,5 Tagen. Dies ist klar als Folge der Einführung der Diagnose bezogenen Fallgruppen zu sehen.

Die Krankenversicherungen hinterfragen immer häufiger die Reha-Fähigkeit des Patienten. Aber in der Früh-Rehaphase muss Rehabilitationsfähigkeit ja erst hergestellt werden. Schon am Unfallort muss versucht werden, sogenannten Sekundärschädigungen vorzubeugen. Das können sein: erhöhter Hirndruck, Einblutungen, Sauerstoffunterversorgung und vieles mehr, mit all den daraus resultierenden Schädigungen.

Der Föderalismus sorgt hier für unterschiedliche Wege. Die Verortung der Früh-Reha ist deshalb bundesweit verschieden geregelt. In einzelnen Bundesländern werden von den Kostenträgern faktisch Minderleistungen erbracht (Einführung einer Phase C+). Hier werden deutlich zu geringe Kapazitäten in einzelnen Bundesländern vorgehalten (siehe diesbezügliche Debatte in Nordrhein-Westfalen).

Entwicklung von verbindlichen Qualitätsstandards erforderlich

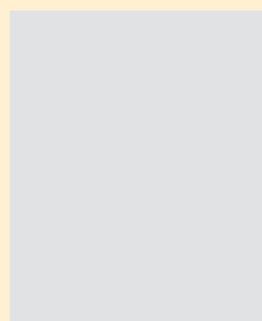
In einzelnen Bundesländern wurden hingegen konkretere Vereinbarungen zu Qualitätsstandards getroffen. Absolut notwendig sind bundesweite verbindliche Standards. Damit wären die Streitigkeiten der Kostenträger auf dem Rücken der Betroffenen hinfällig.

Vorbildlich sind hier die Qualitätsstandards der DGUV, die nach dem Auftrag „Alles aus einer Hand“ handelt.

Ein Lotse, der im Heilverfahren durch alle Phasen auch langfristig als Ansprechpartner für die betroffenen Familien da ist, würde auch für die Kostenträger viele kostspielige „Irrwege“ der Betroffenen verhindern helfen.



Helga Längen
ZNS Hannelore-
Kohl-Stiftung



Herausgearbeitet wurde, dass in Verbindung mit einem Wettbewerb nicht nur zwischen Krankenkassen, sondern auch zwischen Leistungserbringern einheitliche Qualitätsstandards allerdings auch eine Kehrseite haben können: Die Kosten für Angebote, die über einen Mindeststandard hinausgehen, könnten im Rahmen von Zuzahlungen an die Rehabilitanden weitergegeben werden. Das Verhältnis zum Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten sei hier noch ungeklärt.

Weiterer Diskussionspunkt war, dass Einrichtungen der ambulanten medizinischen Rehabilitation bislang hauptsächlich in der Phase D zum Einsatz kommen würden, jedoch selbst hier die Verbreitung insbesondere in ländlichen Gegenden noch als unzureichend zu betrachten sei. Gleichzeitig erweiterten die entsprechenden Leistungserbringer ihr Angebotsspektrum auch in Richtung der Phase C einerseits und der Phase E andererseits. Um flexiblere und individuellere Versorgungsformen anbieten und etablieren zu können, seien entsprechende Weichenstellungen bei den strukturellen Anforderungen der Kostenträger zu fordern.



Bei ambulanter Reha hatten wir uns wahrscheinlich die für die Rentenversicherung klassische ganztägig-ambulante Form vorgestellt. Die gibt es auch in der Neurologie, aber es sind bislang Inseln, das ist nicht in der ganzen Bundesrepublik erreicht. Zudem hatten wir ja aus den anderen Indikationen schon so eine Art Kompaktmodell – vielleicht 3 bis 4 Wochen Reha, vielleicht auch mal 4 Monate in der Sucht – und danach gibt es dann noch Reha-Nachsorge. Ich denke, das reicht nicht für alle neurologischen Reha-Verläufe aus. Ganztägige Rehabilitation braucht es dann vielleicht nicht mehr, aber für bestimmte Sachen braucht es manchmal doch weitere Therapien, beispielsweise als intensives Training bei Aphasie, wie es auch von BAR und DVfR in ihren Papieren zur Phase E vorgesehen ist.



Dr. Rolf
Buschmann-Steinhage

Deutsche Renten-
versicherung Bund

THEMENSCHWERPUNKT 4

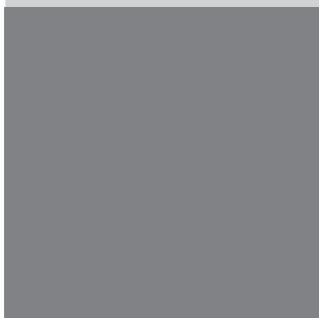
Bei der Forderung nach mehr wohnortnahen Angeboten verweist die Rentenversicherung auch auf ihre Aktivitäten im Bereich der Nachsorge – künftig soll die Zahl der Nachsorgeangebote deutlich steigen. Auch mobile indikationsspezifische Reha-Leistungen im Bereich der Krankenversicherung seien hier als eine interessante Entwicklung zu nennen. Bei der Ausgestaltung der Phase F kristallisiere sich die Heilmittelerbringung in Pflegeeinrichtungen als wichtiges Handlungsfeld heraus.

Bei jüngeren Rehabilitanden sollte mit Blick auf die Zeit nach dem Aufenthalt in einer medizinischen Rehabilitationseinrichtung immer auch die Frage nach dem beruflichen (Wieder)einstieg gestellt werden. Dabei gehe es nicht nur um die Auswahl passender Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, sondern auch um die mögliche Erbringung medizinischer Leistungen neben einer Berufstätigkeit.

“

Für die Bundesagentur für Arbeit ist ja der Übergang von Phase D zu E in erster Linie relevant. Da wünsche ich mir, dass der Übergang zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation früher stattfindet bzw. besser verzahnt wird. Man kann ja darüber nachdenken, Einstiege parallel zu gestalten, so dass frühzeitiger Informationsfluss stattfindet. Um dieses Bewusstsein zu schaffen, ist ja die BAR als Koordinatorin genau die richtige, um diese Punkte zu benennen und in die Fläche zu geben.

“



Jürgen Spatz

Bundesagentur
für Arbeit

Wiederholt wurde auf dem Symposium auch die Bedeutung der Angehörigen hervorgehoben. Prinzipiell seien diese ebenfalls als „Betroffene“ zu betrachten, da die neurologische Erkrankung eines Menschen weit in sein soziales Umfeld – seine Freundschaften, seine Familie – hineinreicht. Um Bezugspersonen besser unterstützen zu können, sei beispielsweise die Angehörigenarbeit seit 2015 im Katalog therapeutischer Leistungen (KTL) der Rentenversicherung abgebildet. Auch wenn Rehabilitationsträger auf Angehörige momentan eher nur indirekt einwirken könnten, lohne sich doch ein Blick in die gesetzliche Pflegeversicherung und die dortigen Erfahrungen mit der Unterstützung pflegender Angehöriger. Sie böten Anregungen für eine Stärkung dieses Aspektes im Bereich der Leistungen zur Teilhabe.

Abschließend wurde gleichfalls deutlich, dass die Sozialhilfe als Rehabilitationsträger gerade bei der langfristigen Versorgung von Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen eine wesentliche Rolle spielt. Die Eingliederungshilfe sollte daher künftig bei Diskussionen um die Umsetzung des neurologischen Phasenmodells stärker berücksichtigt werden. Jutta Beiersdorf verwies als Mutter einer Betroffenen auf die Möglichkeit, für die Rehabilitation im häuslichen Umfeld ein Persönliches Budget einzusetzen. Sie biete inzwischen für andere Betroffene und ihre Familien eine entsprechende Budgetberatung an, z.B. Unterstützung bei der Benennung und Verpreislichung einzukaufender Leistungen.



Jutta Beiersdorf hebt die Möglichkeiten des persönlichen Budgets hervor

Schlussbetrachtung

Zum Abschluss des Symposiums dankte Dr. Helga Seel (Geschäftsführerin der BAR) den Gästen, den Referenten für ihre Mitwirkung und Frau Schaber, Frau Mathes, Frau Beiersdorf, die als Expertinnen in eigener Sache gesprochen haben. Ihr Dank galt ferner den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der BAR, ganz besonders Frau Dr. Bredehorst und Herrn Dr. Stähler für die umfassenden Vorbereitungsarbeiten. Ein großes Dankeschön gehe an Frau Jaehn für ihre engagierte Moderation der Tagung. Frau Dr. Seel kündigte an, dass die Ergebnisse des Symposiums in einer Dokumentation erscheinen werden.

In ihrer Schlussbetrachtung ging Frau Dr. Seel auf die Erkenntnisse ein:

20 Jahre Entstehungsgeschichte des Neurologischen Phasenmodells ist auch ein Lehrstück: Es zeigt, was erreicht werden kann, wenn in hohem Maße engagierte und überzeugte Experten mit enormem Durchhaltevermögen auf einer langen Strecke beieinander bleiben und eine wichtige Sache gemeinsam gestalten. Es zeigt auch, dass Zeit, die es braucht, um dranzubleiben, innezuhalten, zu prüfen und weiterzuentwickeln einen nicht zu unterschätzenden Erfolgsfaktor darstellt. Schon nach kurzer Zeit Ergebnisse bewerten zu wollen, greift zuweilen zu kurz und führt eher zu Enttäuschung.

Wie wichtig in diesem Prozess auch die von einer erworbenen Schädel-Hirn-Verletzung betroffenen Menschen selbst und ihre Angehörigen waren und sind, wird ebenso deutlich: Die „Wucht der Betroffenen“, mit der sie auf sich aufmerksam machen, war und ist als Motor für Entwicklung und Weiterentwicklung nicht hoch genug einzuschätzen.

**DIE „WUCHT DER BETROFFENEN“,
MIT DER SIE AUF SICH AUFMERKSAM
MACHEN, WAR UND IST ALS MOTOR
FÜR ENTWICKLUNG UND WEITER-
ENTWICKLUNG NICHT HOCH GENUG
EINZUSCHÄTZEN.**

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 und verpflichtet damit alle Akteure im Bereich von Rehabilitation und Teilhabe, ihre möglichen Beiträge zur Erreichung dieses Zieles zu leisten. Gelingen kann dies nur, wenn die Besonderheiten, die mit den unterschiedlichen Arten von Behinderung und deren Auswirkungen verbunden sind, gesehen und berücksichtigt werden. Dies gilt auch und erst recht für Menschen mit neurologischen Erkrankungen.

Auch nach 20 Jahren Entwicklung darf das bisher Erreichte nicht darüber hinwegtäuschen, dass es für die Umsetzung in der Praxis – und die ist letztlich im Einzelfall entscheidend – noch einige Schwachstellen anzupacken gilt.

So wurden im Rahmen des BAR-Symposiums an Ansatzpunkten für Verbesserung hervorgehoben:

- Reibungslosere Übergänge aus der Akutphase in die Reha-Phase.
- Engere wohnortnahe Kooperationen, die das soziale Umfeld des Patienten mit einbeziehen.
- Verwerfungen bei der Feststellung von Reha-Fähigkeit des Patienten, die in der Frührehabilitationsphase vielfach erst hergestellt werden kann.
- Bereitstellung eines Ansprechpartners, der im Heilverfahren durch alle Phasen auch langfristig als Ansprechpartner für die betroffenen Angehörigen zur Verfügung steht.
- Realistische Entlassungsberichte, denn sowohl zu optimistische als auch zu pessimistische Äußerungen können negative Auswirkungen haben.

„Reha vor Rente“ sollte oberster Grundsatz von allen am Reha-Prozess Beteiligten sein.

Es braucht ein Fallmanagement für die Überleitung in die jeweils nächste Phase über die Sektorengrenzen hinaus.

Es braucht dringend Nachsorgekonzepte der Phase E, damit die Rehabilitation nachhaltig wirken kann.

Die BAR wird mit ihren Möglichkeiten zur Weiterentwicklung von Rehabilitation und Teilhabe für Menschen mit Behinderung beitragen. Im Sinne des mit Überzeugung verfolgten Ansatzes der Personenzentrierung geht es darum, die Besonderheiten von erworbenen Schädel-Hirn-Verletzungen zu beachten und einzubringen.

IM SINNE DES MIT ÜBERZEUGUNG VERFOLGTEN ANSATZES DER PERSONENZENTRIERUNG GEHT ES DARUM, DIE BESONDERHEITEN VON ERWORBENEN SCHÄDEL-HIRN-VERLETZUNGEN ZU BEACHTEN UND EINZUBRINGEN.

AUSBLICK

In Bezug auf konkrete BAR-Vorhaben gilt dies zum Beispiel bei

- der Umsetzung der trägerübergreifenden Beratungsstandards,
- der Erarbeitung des Wegweisers für Ärzte,
- der Erarbeitung von trägerübergreifenden Standards für Fallmanagement,
- der Überarbeitung der Rahmenempfehlungen zur ambulanten neurologischen Rehabilitation,
- im Rahmen von Fortbildungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Rehabilitationsträger, die Besonderheiten von Menschen mit erworbener Schädel-Hirn-Verletzung thematisieren.

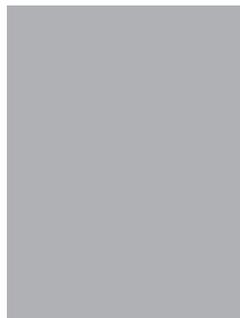
In stärkerem Maße als bisher wird die Perspektive der betroffenen Menschen eingebunden werden und ebenso – wenn es um die Teilhabe am Arbeitsleben geht – die Perspektive und Möglichkeiten von Arbeitgebern.

Wenn die UN-BRK Inklusion als neuen Maßstab setzt, dann heißt das für Menschen mit einer neurologischen Verletzung, Erkrankung oder Behinderung, dass alles getan werden muss, um die Erreichung der realistischen und alltagsrelevanten Teilhabeziele zu unterstützen: Erlangung und Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben, Teilhabe an Erziehung und Bildung, Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Es wird an allen Akteuren liegen, die Empfehlungen weiter mit Leben zu füllen und kontinuierlich weiterzuentwickeln – dies geht nicht, ohne die Hürden der Praxis zu sehen und ihnen entgegenzuwirken. Die BAR wird sich weiterhin mit Herzblut engagieren.



Dr. Helga Seel
Geschäftsführerin
der BAR e.V.



Programm des Symposiums „20 Jahre neurologisches Phasenmodell“

05. Oktober 2015, Frankfurt am Main

Moderation: Astrid Jaehn (zeichensetzen Medienagentur)

10:00 „Wo kommen wir her?“

- Begrüßung
Markus Hofmann (Vorsitzender des Vorstandes der BAR)
- „Keynote“: Bedeutung des Phasenmodells für die neurologische Rehabilitation
Prof. Dr. Karl-Heinz Mauritz (MEDIAN Klinik Berlin-Kladow)
- Entstehung und Meilensteine des Phasenmodells
Prof. Dr. Dr. Paul Walter Schönle (Maternus Klinik für Rehabilitation)
- Lesung
Kim-Vanessa Mathes (Betroffene und Buchautorin)
- Umsetzung des Phasenmodells und der Empfehlungen der BAR
Dr. Rolf Buschmann-Steinhage (Deutsche Rentenversicherung Bund), Markus Oberscheven (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung), Dr. Wilfried Schupp (m&i Fachklinik Herzogenaurach)

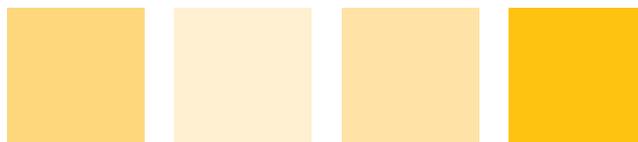
13:00 „Wo stehen wir?“

- Beruflicher Wiedereinstieg aus Sicht einer Rehabilitandin
Heike Schaber (Betroffene); unterstützt durch Dr. Johannes Pichler (NeuroRehaTeam Pasing)
- Wirkungen und Folgen des Phasenmodells aus Sicht des MDK
Dr. Alexander Loevenich (MDK Nordrhein)
- Die Sicht der Leistungserbringer auf das neurologische Phasenmodell
Björn Hagen (BAG ambulante berufliche Rehabilitation), Dr. Johannes Pichler (NeuroRehaTeam Pasing), Prof. Dr. Claus Wallesch (BDH Klinik Elzach)

14:45 „Wo wollen wir hin?“

- Aktuelle Handlungsbedarfe aus der Sicht Betroffener und ihrer Angehörigen
Helga Längen (ZNS Hannelore-Kohl-Stiftung)
- Perspektiven im Handlungsfeld „neurologische Rehabilitation“
Oliver Blatt (Verband der Ersatzkassen (vdek), Dr. Bodo Liese (Deutsche Rentenversicherung Bund), Dr. Friedrich Mehrhoff (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung), Jürgen Spatz (Bundesagentur für Arbeit)
- Schlussbetrachtung und Verabschiedung
Dr. Helga Seel (Geschäftsführerin der BAR)

16:15 Get together



Veröffentlichungen der BAR zur neurologischen Rehabilitation

BAR (1995, Neuauflage 1999): Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren Hirnschädigungen in den Phasen B und C

BAR (1998): Arbeitshilfe für die Rehabilitation von Schlaganfallpatienten

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

BAR (2005): Rahmenempfehlungen zur ambulanten neurologischen Rehabilitation

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

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

BAR (2013): Empfehlungen für die Phase E der neurologischen Rehabilitation

Alle hier aufgeführten Veröffentlichungen der BAR stehen zum download auf der BAR-Website zur Verfügung oder können dort in Druckform bestellt werden:

www.bar-frankfurt.de/publikationen/rahmenempfehlungen/

Weiterführende und zitierte Literatur

Arbeitsgruppe Neurologische Rehabilitation des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (1994): Weiterentwicklung der neurologischen Rehabilitation. Deutsche Rentenversicherung 2/94: 111-127

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2015): Schädel-Hirn-Verletzungen. Qualitätsstandards in der gesetzlichen Unfallversicherung. Berlin: DGUV

Mathes, K.-V.: C 71,6: Diagnose Hirntumor. 7. Auflage 2013. Vechta: Geest-Verlag

Reuther, P., Wallesch, C.-W. (2015): Teilhabesicherung nach Schlaganfall. Gesundheitswesen 77(7): 513-521

Schupp, W. (1995): Konzept einer zustands- und behinderungsbezogenen Behandlungs- und Rehabilitationskette in der neurologischen und neurochirurgischen Versorgung in Deutschland („Phasenmodell“). Nervenarzt 66: 907-914

Schönte, P W (1995): Der Frühreha-Barthelindex (FRB) - eine frührehabilitationsorientierte Erweiterung des Barthelindex. Rehabilitation 34: 69-73

Schorl, M., Liebold, D. (2012): Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation in Deutschland – Aktuelle Situation, Probleme und Lösungsmöglichkeiten aus medizinischer und juristischer Sicht. Aktuelle Neurologie 39: 1–11

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (1995): Phaseneinteilung in der neurologischen Rehabilitation. Rehabilitation 34:119-127

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.