

# **Arbeitsgemeinschaft Teilhabe Rehabilitation, Nachsorge und Integration nach Schädelhirnverletzung**

AG Teilhabe nach SHV  
c/o ZNS – Hannelore Kohl Stiftung, Rochusstraße 24, 53123 Bonn

An Herrn  
Bundesarbeitsgemeinschaft  
für Rehabilitation (BAR) e.V.  
Solmsstraße 18  
60486 Frankfurt am Main

17.März 2010

## **Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft Teilhabe zu den Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation in der Neurologie**

Sehr geehrter Herr.....

im Rahmen eines Anhörungsverfahrens werden von der BAR Frankfurt Empfehlungen zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation in der Neurologie Stand 08. Februar 2010 vorgelegt und Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben.

Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft Teilhabe: Rehabilitation – Nachsorge – Integration nach Schädelhirnverletzung begrüßen es sehr, dass die BAR Frankfurt begonnen hat, den für die nachhaltige Teilhabe von Menschen mit erworbenem Hirnschaden und neurologisch bedingter Behinderung so wichtigen Sektor der NeuroReha Phase E zu bearbeiten. Mit der Entwicklung von trägerübergreifend gültigen Phase E-Empfehlungen wird der bislang nicht ausreichend definierte Bereich der nachgehenden Rehabilitation und der Leistungen zur konkreten bio-psycho-sozialen Eingliederung gestaltet. Bitte finden Sie unsere Stellungnahme auf den folgenden Seiten.

Mit freundlichen Grüßen

Ludger Hohenberger  
Sprecher der BAG Nachsorge erworbener Hirnschäden  
bei Kindern und Jugendlichen

Josef Bauer  
Bundesgeschäftsführer des  
BDH Bundesverband Rehabilitation e.V.

Dr. Dr. Paul Reuther  
Vorsitzender des Bundesverbandes Mitglied des Vorstands der  
ambulant/teilstationäre Neurorehabilitation (BV ANR) e.V.

Dr. Hartwig Kulke  
Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP) e.V.

Detlef Wilke  
Selbsthilfegruppe „Hirnverletzte und Angehörige“ – Hamburg

Lothar Ludwig  
Bundesvorsitzender des SelbsthilfeVerbandes – FORUM und Umgebung  
GEHIRN e. V.

Achim Ebert  
Sprecher der AG Teilhabe  
Mitglied des Kuratoriums der ZNS – Hannelore Kohl Stiftung

## **Arbeitsgemeinschaft Teilhabe: Rehabilitation, Nachsorge und Integration nach Schädelhirnverletzung**

### **Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft Teilhabe zu den Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation in der Neurologie**

1. Die zur Stellungnahme vorliegenden Empfehlungen regeln die Anteile der medizinisch-beruflichen Rehabilitationsleistungen, die die in der *Bundesarbeitsgemeinschaft medizinische-beruflicher Rehabilitationseinrichtungen Phase II* (BAG mbReha Phase II) \*1) zusammengeschlossenen Einrichtungen erbringen:

*Die Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation Frankfurt (BAR)* stützt sich bei der Entwicklung der Empfehlungen offensichtlich vor allem auf die Publikation von Spranger et al 2007 \*2) und spiegelt die Arbeit dieser Phase II Einrichtungen wider. Diese 23 zentralen Schwerpunkteinrichtungen sind systemnotwendig und rehabilitieren in der Regel „Menschen mit besonders schweren und komplexen Beeinträchtigungen, für die nach einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation noch ein hoher medizinisch-therapeutischer Unterstützungsbedarf vorhanden, eine ausreichende Belastbarkeit für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben fraglich und eine Eignung für angestrebte Berufsfelder unklar ist“.

Entsprechend den Bedürfnissen dieser Patientengruppe sind in den jetzt vorliegenden Empfehlungen die Struktur- und Prozessvorgaben ausgestaltet: Neben den medizinisch-therapeutischen Leistungen erfolgen „berufsbezogene Elemente der Rehabilitation, um die Chancen der beruflichen Integration zu klären und zu fördern“.

Diese Elemente betreffen Klärung der beruflichen Eignung, der Belastbarkeit auf eine Arbeitsfähigkeit und spätere berufliche Bildungsmaßnahme. Dazu zählen auch Belastungserprobung (Leistungsprofil und Anpassungsfähigkeit) und Arbeitstherapie (Arbeitsgrundfähigkeiten und Erprobung spezieller berufliche Fähigkeiten der Eingliederung).

**Damit wird also evident, dass die jetzt zu kommentierenden Empfehlungen den Bedarf nur für den Personenkreis der besonders schwer Betroffenen regeln.**

**Dessen ungeachtet muss aber in BAR Empfehlungen sichergestellt werden, dass die medizinisch-berufliche Rehabilitation offen bleibt für andere Konzepte, die dasselbe Ziel verfolgen, aber strukturell anders aufgebaut sind (siehe unten).**

**Es wird vorgeschlagen, dies in der Überschrift der jetzt vorliegenden Empfehlungen transparent zu machen > Empfehlung zur medizinisch-beruflichen NeuroRehabilitation in mbReha Phase II-Einrichtungen**

Dies stellt klar, dass noch weitere Prozesse der Phase E, also der medizinisch-beruflichen und medizinisch-sozialen Rehabilitation und der nachgehenden Rehabilitationsleistungen in weiteren trägerübergreifenden Empfehlungen in der BAR zu gestalten sind

3.

---

1 ) Die BAG mbReha Phase II umfasst aktuell 23 hochspezialisierte (im Kern stationär und teilstationär arbeitend) Zentren ([www.mbreha.de](http://www.mbreha.de)) (siehe Karte), die in der Regel mit Berufsförder- und Berufsbildungswerken kooperieren. Das spezifische Angebot dieser Zentren steht nicht flächendeckend sondern nur schwerpunktmäßig (und für viele Betroffene damit wohnort- und berufsausbildungsortfern) zur Verfügung. Siehe auch Broschüre des BAMS: [http://www.bmas.de/portal/3242/property=pdf/a715\\_\\_medizinisch\\_\\_berufliche\\_\\_rehabi\\_\\_374\\_\\_1.pdf](http://www.bmas.de/portal/3242/property=pdf/a715__medizinisch__berufliche__rehabi__374__1.pdf)

2) Spranger M, B Schmiedel, B Rüscher, L. Lehmler, U Leberecht, J Allmann, D Claros-Salinas, PW Schönle Bundesarbeitsgemeinschaft medizinisch-beruflicher Rehabilitationseinrichtungen Magdeburg: Rahmenempfehlungen zur medizinische-beruflichen Rehabilitation in der Neurologie (Phasen D und E) Prävention und Rehabilitation 2007: 19; 81-91

3) siehe Schreiben des BV ANR eV und der AG Teilhabe an die BAR vom 29. Juni 2009: Gedanken zum Versorgungsauftrag der neurologischen Rehabilitation in der Phase E: **Konzepte zu sozialer Integration (= Teilhabe) und Nachhaltigkeit (= Teilhabesicherung)**

Wichtig ist es für die Mitglieder der AG Teilhabe, dass für die nachhaltige Bedarfsdeckung zur Phase E die entsprechenden BAR Empfehlungen die notwendige und bedarfsgerechte Pluralität der Methoden und eine bedarfsgerechte Vielfalt und Flexibilität der Konzepte widerspiegeln und nicht nur einen einzelnen Teilbereich gestalten!

**Im Übrigen empfehlen wir, dass in den Phase II Einrichtungen dem Überleitungs- und Nachsorgemanagement dadurch wirksamer Rechnung getragen wird, dass die Gestaltung eines nachhaltig gültigen Überleitungs- und Teilhabeplanes für jeden Einzelfall direkt zur Entlassung von den Trägern zwingend eingefordert wird.**

Dieser Teilhabeplan sollte mit dem Betroffenen und seinen Angehörigen und mit den nachgehenden Leistungserbringern abgestimmt sein und mehr als nur die bisherige sozialmedizinische Empfehlung sondern biopsychosoziale Leistungen zur Erreichung und zur Sicherung von Teilhabe beinhalten.

## **2. Bedarf an sozialräumigen, teilhabewirksamen und trägerübergreifenden Empfehlungen besteht für weitere Leistungssektoren:**

Der Bedarf der **sehr großen Gruppe von Menschen mit nicht mehr medizinisch-pflegerisch relevanten aber gravierenden komplexen kognitiven und affektiven Folgen erworbener Hirnschädigungen** oder neurologischer Erkrankungen wird mit den vorgelegten Empfehlungen nicht gelöst und geregelt: Hier geht es um Leistungen der beruflichen Rehabilitation und der nachgehenden Rehabilitationsleistungen zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation und Integration IN der wirklichen Arbeitswelt: Eine umfassende Phase E-Empfehlung der BAR muss sich mit der trägerübergreifenden Versorgung dieser sozialmedizinisch, beschäftigungspolitisch besonders relevanten Gruppe beschäftigen. Diese Patienten sind oft vorübergehend oder dauerhaft „leistungsgewandelt“ \*4) und bedürfen meist eines besonderen rehabilitativen Integrationsaufwandes. Die bisherigen Integrationsergebnisse sind mit Ausnahme von regionalen Einzelkonzepten meist nicht ausreichend und Effizienzsteigerungen und Verbesserungen in der Nachhaltigkeit sind bei dieser Gruppe möglich.

## **3. Sozialräumig verfügbare Methodenpluralität bei hoher Ergebnisqualität durch BAR Empfehlungen zur Phase E gestalten. Erfolgreiche Modelle sind verfügbar 5:**

Der Bedarf an arbeitsbezogener und beruflicher Teilhabe – und Integrationsleistungen für Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen **in Wohnort- und Ausbildungs-Berufsortnähe, also im wirklichen und realen sozialen Kontext der Betroffenen** ist durch die vorliegenden Empfehlungen nicht ansatzweise geregelt. Leistungen zur Teilhabe mit Elementen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation in Sozialraumferne können meist nur vorbereitende (in-vitro) Effekte entfalten. Das Problem eines **sozialräumig (regional) verfügbaren Fall- und Integrationsmanagements 6** durch **neuroerfahrene** Personen/Einrichtungen/Netzwerke, die mit den komplexen Problemen von Menschen mit erworbenen Hirnschäden oder neurologischer Erkrankung und deren beruflicher Reintegration vor Ort vertraut sind, wird durch die vorliegenden Empfehlungen bislang nicht geregelt.

---

4) Zum Thema Leistungswandlung: Es ist lange bekannt, dass es „die geistigen und seelischen Störungen und Folgen einer erworbenen Hirnschädigung sind und weniger die körperlichen Funktionsstörungen, die im Langzeitverlauf für den Betroffenen eine wesentliche Rolle spielen“ z.B. Brooks et al 1987.

### **5) ohne Anspruch auf Vollständigkeit:**

Konzeptvorschlag zur medizinisch-beruflichen individuellen beruflichen Rehabilitation und Integration am Arbeitsplatz in Fries W, Lössl H, Wagenhäuser S: Teilhaben! Thieme 2007 ISBN 9783131426215.

Der BV ANR e.V. hat einen Behandlungspfad zur sozialräumigen neurologischen Rehabilitation am Übergang von medizinischer zu medizinisch-beruflicher Rehabilitation und beruflicher Reintegration entwickelt und wendet ihn erfolgreich an (sofern die Rehaträger dies in den regionalen Zentren zulassen und nicht blockieren). Andere Konzepte zur sozialräumigen medizinisch-beruflichen Rehabilitation und Integration sind z.B. auch langjährig in der Region Nürnberg-Erlangen-Herzogenaurach an der Fachklinik Herzogenaurach und im Rehaverbund Bayern. Ein weiteres Modellprojekt zur sozialräumigen medizinisch-beruflichen Integration wird in der Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg in Zusammenarbeit mit

6) Siehe das durchgängige Fallmanagement der DGUV in Umsetzung des SGB VII (Berufshelferkonzept).

Vgl. auch Shared Care-Modell von *Rentsch HP* in der Region Luzern/CH.

Vgl. auch Fallmanagement und Coach Modell der SHT-Lobby von *Hierzer H* in der Region Oberösterreich/AU.

Berufstätige Menschen mit erhaltenem Arbeitsplatz, die an den Folgen einer Hirnschädigung oder einer chronischen neurologischen Erkrankung leiden, werden in ihrer realen beruflichen Reintegration bislang oft unzureichend unterstützt, weil die Rehaprozesse zu kurz, zu wenig flexibel, zu wenig nachhaltig und zu wenig beruflich teilhabeorientiert sind (Problem Kapazität versus Performanz) und zu wenig auf die psychische Situation des Betroffenen Rücksicht nehmen.

Der Befundkonstellation „**Hirnverletzung bei vorhandenem Arbeitsplatz**“ muss eine **priorisierende „red flag“ Funktion für eine durchgängige Fallsteuerung und eine Eil-Bescheidung durch den Träger sein**: Individuelle, **berufs- und arbeitsspezifische** multiprofessionelle Therapieinterventionen, Anpassung der eigenen Leistungen an den bisherigen oder neuen, eigenen Arbeitsplatz, an Arbeitsbedingungen und reale Belastungserprobung in der eigenen Arbeit und supervidierte Belastungssteigerung und therapeutisch begleitete Wiedereingliederung sowie Vermeidung von Fehlentwicklungen (bis zum kontrollierten Absturz) bedürfen bei einer relativ großen Zahl von Betroffenen weiterführender Phase E Empfehlungen. Hierzu gehören auch spezifisch neuropsychologisch-psychotherapeutische Maßnahmen zur Verbesserung von Störungswahrnehmung und Annahme neuer sozialer Rollen als Voraussetzung für eine gelungene Integration.

**Berufliche Teilhabe und Integration müssen durch sozialräumige, bei Bedarf auch durch aufsuchende Interventionen (= Coach, Supervisor, Kümmerer) ergänzt werden.**

Für den sozialräumigen Phase E-Leistungssektor müssen weitergehende trägerübergreifende Rahmenempfehlungen, Aktionspfade und Leistungsregelungen entwickelt werden. Dabei ist ein individuelles medizinisch-berufliches (neurokompetentes) Integrationsmanagement mit dem betrieblichen Eingliederungsmanagement BEM (§84,2 SGB IX) zu verzahnen.

Dies kann in der Regel nur durch wohnort- bzw. berufsortnahe ambulante und aufsuchende Care- und Coach-Zentren und/oder klinische Neuropsychologen geleistet werden > sozialräumige neurologische Rehaeinrichtungen, neurokompetente Fall- Integrationsmanager oder MB-Netzwerke.

**4. Zur medizinisch- sozialen nachgehenden Rehabilitation und Integration für die große Zahl der Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen und/oder chronischen neurologischen Krankheiten, die nicht oder nicht mehr für das Arbeits-, Berufs- und Erwerbsleben zur Verfügung stehen** (Teilhabe in Familie und individuellem Lebensbezug und Gesellschaft) müssen weitere Phase E Empfehlungen gestaltet werden. Dies betrifft Maßnahmen zur medizinisch-sozialen Rehabilitation und entsprechende nachgehende Rehabilitationsleistungen.

Für diese sozialmedizinisch und bevölkerungspolitisch zunehmend relevante Patientengruppe (auch im Hinblick auf den bereits laufenden demographischen Wandel) müssen zur Erarbeitung und Aktivierung von Autonomie, zur Vermeidung und Reduzierung von Behinderung, von Pflege oder sozialem Transferaufwand nachhaltig wirksame, nachgehende Rehabilitations-, Nachsorge- und Teilhabeleistungen gestaltet und in Empfehlungen gegossen werden. Die Ansätze der §40 SGB V Weiterentwicklung der letzten Jahre müssen auch in Phase E gestaltet werden (mobile Reha im Lebensumfeld).

**Es geht in der Phase E letztlich darum, auch die nicht arbeitsbezogenen, gesellschaftsrelevanten Teilhabebereiche der Sozialgesetzbücher V (Krankenversicherung), VII (Unfallversicherung), XI (Pflegeversicherung) und XII (Sozialhilfe, Eingliederungshilfe) mit dem SGB IX (Rehabilitation) kompatibel zu gestalten und in BAR Empfehlungen umzusetzen.**

**Letztlich zwingt die UN-Behindertenrechtskonvention die Handlungspartner der Rehabilitation und Nachsorge und die Körperschaften der Selbstverwaltung zum Gestalten und Handeln unter Mitwirkung der Betroffenen.**

Gez. ARBEITSGEMEINSCHAFT TEILHABE Rehabilitation, Nachsorge und Integration nach Schädelhirnverletzung

Sprecher der Arbeitsgemeinschaft:  
Achim Ebert ZNS – Hannelore Kohl Stiftung

Stellvertretender Sprecher:  
Lothar Ludwig SHV – FORUM GEHIRN e. V

BAG Nachsorge erworbener Hirnschäden bei Kindern und Jugendlichen  
c/o Ludger Hohenberger,

Unfallkasse Nordrhein Westfalen,  
Salzmannstr. 156, 48159 Münster  
Tel. 0251 / 2102-243  
L.Hohenberger@Unfallkasse-NRW.de

BDH Bundesverband Rehabilitation e.V.  
Eifelstr. 7, 53119 Bonn  
Tel. 02 28 / 96 98 40  
info@bdh-reha.de

Bundesverband ambulant/teilstationäre Neurorehabilitation (BV ANR) e.V.  
Pasinger Bahnhofplatz 4  
81241 München  
Tel. 0 89 / 82 00 57 92  
info@bv-anr.de

SHV – FORUM GEHIRN e. V.  
Märkische Ufer 28, 10149 Berlin  
Tel. 02294 / 90 99 922  
info@SHV-FORUM-GEHIRN.de

Gesellschaft für Neuropsychologie  
(GNP) e.V.  
Postfach 11 05, 36001 Fulda  
Tel. 07 00 / 46 74 67 00  
fulda@gnp.de

Selbsthilfegruppe „Hirnverletzte und Angehörige“ –  
Hamburg und Umgebung  
Lehmkuhlenweg 5 A, 25856 Hattstedt  
Tel. 0 48 46 / 21 25 12  
joewilke@t-online.de

ZNS – Hannelore Kohl Stiftung  
Rochusstr. 24, 53123 Bonn  
Tel. 02 28 / 97 84 50  
info@hannelore-kohl-stiftung.de