

## Forum D

Entwicklungen und Reformvorschläge  
– Diskussionsbeitrag Nr. 4/2015 –

10.02.2015

### Tagungsbericht „Fachtagung zur Umsetzung der Phase E-Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation“ am 21.11.2014 in München

von Cindy Schimank (LL.M.), Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Am 21.11.2014 fand die „Fachtagung zur Umsetzung der Phase E-Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)“ in München statt. Dort referierten ExpertInnen zu Theorie, Praxis, Rechtsrahmen und Problemen der Phase E-Empfehlungen. Die Phase E ist Teil des 1994 entwickelten neurologischen Phasenmodells, das sich auf die Versorgung von Patienten und Patientinnen mit erworbenen Hirnschädigungen und Schädel-Hirn-Verletzungen bezieht. Das Phasenmodell definiert verschiedene Behandlungsstufen der akut- und rehabilitationsmedizinischen Versorgung.<sup>1</sup> Mit den Empfehlungen der BAR zur Phase E der neurologischen Rehabilitation wird diese trägerübergreifend beschrieben.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Vertiefend hierzu siehe [http://www.karlsonhusrheinhausen.de/aktuelle-projekte.html?&tx\\_ttnews\[tt\\_news\]=105&cHash=2833dff901b2ef04578f40ddd98b3c12](http://www.karlsonhusrheinhausen.de/aktuelle-projekte.html?&tx_ttnews[tt_news]=105&cHash=2833dff901b2ef04578f40ddd98b3c12).

<sup>2</sup> Die Empfehlung zur Phase E der neurologischen Rehabilitation sowie die Empfehlungen zu den anderen Phasen sind abrufbar unter: <http://www.bar-frankfurt.de/publikationen/rahmenempfehlungen/>.

#### I. Theoretischer Rahmen

Den ersten Fachvortrag hielt **Dr. Matthias Schmidt-Ohlemann** (Rehabilitationszentrum Bethesda, Deutsche Vereinigung für Rehabilitation) zum Thema „**Phase E der Neuro-Rehabilitation als Brücke zur Inklusion**“. Beschrieben wurde das neue Konzept der Phase E, welches sich an der gesamten Lebenswelt ausrichtet und aus der engen Begrenzung auf die Bereiche der medizinischen und beruflichen Integration hinausführe. Die Phase E sei nicht bestimmt durch einen Leistungsort und umfasse verschiedene Hilfen. Dementsprechend kann sie an unterschiedlichen Orten erfolgen, wie der eigenen Häuslichkeit, der Schule, der Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM), dem Pflegeheim oder dem Arbeitsplatz. Mit der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK) habe ein Paradigmenwechsel stattgefunden. Es gelte Leistungen individuell, personenzentriert und trägerübergreifend zu erbringen. Hierfür müssten vorhandene Leistungsangebote spezialisiert und erweitert werden, zum Teil benötige man auch neue Angebote.

Dem folgte ein Vortrag von **Dr. Alexander Loevenich** (Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK) Nordrhein) mit dem Titel „**Bedeutung von Kontextfaktoren in der Sozialmedizin für die Zuordnung von Leistungsbedarf in Phase E**“. Der Referent zeigte Versorgungslücken auf. Diese finde man vor allem beim Übergang von strukturierten Rehabilitationsmaßnahmen in die nachgehende vertragsärztliche Versorgung. Problematisch seien die fehlende Vernetzung und die Unübersichtlichkeit der Leistungsarten. Die Koordination der Leistungen sei daher besonders wichtig. Die Bedeutung personbezogener Kontextfaktoren wurde hervorgehoben. Gleichzeitig betonte der Referent, dass ein sensibler Umgang mit Daten zwingend geboten sei.

Im Anschluss folgte eine kurze Diskussion. In dieser wurden nochmals Aspekte des Datenschutzes aufgegriffen. Zudem wurde auf Versorgungs- und Umsetzungsprobleme im ländlichen Raum verwiesen. Angeregt wurde ein Case Management, das offen für Anpassungen ist, da im stationären Bereich oftmals nicht alle vorhandenen Beeinträchtigungen erfasst werden könnten.

## II. Aus der Praxis

Den inhaltlichen Auftakt des zweiten Themenblocks machte **Dr. Sigrid Seiler** (NeuroReha Team Pasing) unter dem Titel „**Erfahrungen und Ergebnisse aus der Praxis einer Phase E Rehabilitation**“. Sie stellte das NeuroReha Team Pasing vor und ging auf die Organisation der Klinik, das Team, die Ziele sowie Voraussetzungen der Patientenaufnahme ein. Daran anschließend stellte sie zwei Fallbeispiele vor. Betont wurde, dass bei nicht umfassend organisierter Nachsorge Behandlungserfolge versiegen.

Einen weiteren Einblick in die Praxis gewährte **Dr. Dr. habil. Paul Reuther** (Zentrum für

Rehabilitation, Eingliederung und Nachsorge Neurologische Therapie RheinAhr). Er referierte über „**Die neurologische Phase E: Nachgehende Leistungen zur sozialen (Re-)Integration und Teilhabe – ein Kontinuum?**“ Betont wurden Probleme bei der Bearbeitung von Anträgen durch die Leistungsträger. Schwierigkeiten gebe es einerseits bei der Zuständigkeitsklärung zwischen den Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) und der Gesetzlichen Rentenversicherung (DRV) im Zusammenhang mit der beruflichen Eingliederung. Zum anderen wurden lange Bearbeitungszeiten als Problem benannt. Insgesamt gebe es strukturelle Barrieren im Versorgungssystem. Die neue Phase E wird als ein Baustein beschrieben, mit dem Träger und Leistungserbringer dieses Dilemma beheben wollen.

Den abschließenden Vortrag des Themenblocks hielt **Gertrud Wietholt** (Kinderneurologie-Hilfe Bundesverband e. V.) zum Thema „**Konzepte der Nachsorge für hirnverletzte Kinder**“. Die Referentin vermutete, dass die tatsächliche Anzahl hirnverletzter Kinder über den offiziellen statistischen Zahlen liegt. Zudem würden mittelschwere bis leichte Traumata häufig übersehen, da man Verletzungsfolgen häufig als Entwicklungskrise bagatellisiere. Dies bewirke eine Fehlversorgung, aus der wiederum langfristige Funktionseinschränkungen erwachsen. Diese Bagatellisierung/Pädagogisierung führe zu Problemen in der Versorgung durch die Sozialeistungsträger. Die Referentin berichtet von der Erfahrung, dass in der Vergangenheit die Gewährung eines Integrationshelfers mit der Begründung abgelehnt wurde, dass keine Behinderung, sondern Probleme in der Familie vorlägen. Die Vortragende beschrieb dann die Herausforderungen an die Kinderrehabilitation und in diesem Zusammenhang das Problem, eine passgenaue Versorgung für hirnverletzte Kinder zu erhalten. Fast 40 Prozent der Kinder würden derzeit in Kliniken für Erwachsene behandelt. Schwierig-

keiten gebe es zudem beim Übergang von der Akutbehandlung in die anschließende Versorgung. Auch fehle es an therapeutischen Konzepten für die Eltern sowie an spezialisierten Beratungsstellen. Ihren Vortrag beendete die Referentin mit folgender Benennung umzusetzender Maßnahmen: 1.) Einrichtung spezialisierter, niedrighschwelliger Beratungsstellen; 2.) Sicherung der medizinisch gewonnen Erfahrungen; 3.) Darstellung der Probleme im Schulbereich, inklusive der Verdeutlichung der Problematik von Schulkarrieren sowie die Einrichtung niedrighschwelliger Angebote zur Beratung und Begleitung im Sinne einer neurokompetenten Lotsenfunktion; 4.) Erweiterung des § 43 SGB V.

Den Vorträgen aus der Praxis folgte eine knappe Diskussion, in der die Rahmenempfehlungen der BAR aufgegriffen wurden. Verwiesen wurde auf die Regelungen zur Koordination und Kooperation aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) IX (§§ 10 ff. SGB IX).

### III. Rechtlicher Rahmen

Den ersten Vortrag des dritten Themenblocks hielt **Dr. Thomas Stähler** (BAR) unter dem Titel „**Phase E im SGB IX: Wie können Überlegungen dazu in das Leistungsrecht einfließen**“. Er ging zunächst auf die Historie der Rahmenempfehlungen zur Phase E aus 2013 ein. Die Empfehlungen zur medizinischen-beruflichen Rehabilitation in der Neurologie aus dem Jahr 2011 seien nicht als Vorfassung der benannten Rahmenempfehlungen aus 2013 zu verstehen. Der Referent stellte dann die Inhalte der Empfehlung zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C vor und im Anschluss zunächst kurz die der Empfehlungen zur Phase E, die „inhaltlich gefüllter“ seien. Daran anschließend ging er auf die Empfehlungen zur stati-

onären Langzeitpflege und Behandlung von Menschen mit schweren und schwersten Schädigungen des Nervensystems in der Phase F ein. Diesem Überblick folgte eine ausführliche Darstellung der Empfehlungen zur Phase E hinsichtlich des Inhalts und der Entstehung. Der Referent ging hierfür auf die Bedarfe und Leistungen der Phase E ein. Benannt wurden: 1.) Beratung; 2.) Leistungen zur Sicherung des Erfolges der medizinischen Rehabilitation; 3.) Leistungen zur Erreichung/Sicherung der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft; 4.) Leistungen zur Erreichung/Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben; 5.) Leistungen zur Teilhabe an Erziehung und Bildung. Daran anschließend stellte er verschiedene Überlegungen zum SGB IX dar, die auch im aktuellen Gesetzgebungsprozess mit aufgenommen werden sollten. Benannt wurden: 1.) die Erneuerung des Behinderungsbegriffs im Sinne des Wechselverhältnisses zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren im Sinne der UN-BRK; 2.) Personenzentrierung, d. h. die Ausrichtung der Leistungen an den Bedürfnissen der Menschen mit Behinderung und in diesem Zusammenhang 3.) eine sozialrechtliche und fachliche Beratung, bspw. zu Assistenzsystemen sowie dem trägerübergreifenden Persönlichen Budget. Abschließend wurde die Bedeutung von Kompetenzen auf neurologischem Gebiet für die Bedarfserkennung, -ermittlung und -feststellung betont. Besonders wichtig seien zudem ein Teilhabe(prozess)management sowie der Bezug zum Sozialraum.

Daran anschließend referierte **Christiane Brock** (Bundesversicherungsamt) zu „**Möglichkeiten des § 43 SGB V für Leistungen der Phase E**“. Zu Beginn erläuterte die Referentin die aktuelle Rechtslage, wobei insbesondere § 43 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB V betrachtet wurden. Die Vorschrift sei als Anfangsnorm im Verhältnis zu § 40 SGB V zu verstehen. Darauf aufbauend wurden die

Möglichkeiten sowie die Grenzen des § 43 SGB V für die Phase E dargestellt. Mögliche Leistungsinhalte seien weitere ergänzende Leistungen nach § 43 Abs. 1 Nr. 1 SGB V sowie Patientenschulungen. Ausgeschlossen sind Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft sowie zur Teilhabe am Arbeitsleben. Verwiesen wurde zudem auf die Notwendigkeit der Vernetzung und Kooperation der beteiligten Akteure.

#### IV. Besondere Problemfelder

**Ivor Parvanov** (Vereinigung der bayrischen Wirtschaft) sprach über „**Problemlagen bei Rückkehr in Arbeit und Beruf – aus Sicht der Unternehmen**“. Das Tagungsthema sei aus Sicht der Wirtschaft und mit Blick auf den Fachkräftemangel von großer Bedeutung, da sich die „arbeitsmarktrelevante Alterskohorte“ stark reduzieren werde. Dies führe dazu, dass der Personalbedarf nicht mehr gedeckt werden könne. Vor diesem Hintergrund gewinne die Gesundheitsprävention an Bedeutung. Rehabilitation sei wesentlich, um den Fachkräftemangel zu vermeiden. Der Referent äußerte sich generell befürwortend zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement, sieht hierin aber einen Bereich mit vielen Fragen.

Daran anschließend referierte **Dr. Heinz-Dieter Girbig** (DRV) zu „**Problemlagen bei Rückkehr in Arbeit und Beruf – aus Sicht der DRV**“. Er stellte die Teilhabeleistungen aus §§ 15, 16, 28, 31 SGB VI hinsichtlich der Voraussetzungen vor und ging auf das Leistungsspektrum der DRV ein, welches von Arbeitsassistenzen über Kostenzuschüsse zum KfZ bis hin zur Eingliederung in WfbM reiche. Abschließend stellte er einige statistische Zahlen hinsichtlich der Anträge für Leistungen zur Teilhabe vor.

**Dr. Dr. habil. Paul Reuther** setzte sich anschließend mit der Frage „**Ist die Phase C**

**ambulant möglich?**“ auseinander. Mehr als 50 Prozent der Patienten, die die stationäre Neuro-Rehabilitation im Zustand B und C beginnen, würden im Zustand C – also unselbstständig sowie pflege- und hilfeabhängig – aus der Rehaklinik entlassen. Der Referent ging sodann auf einige Daten aus dem neurologischen Therapiezentrum Rhein Ahrweiler ein. 90 Prozent der nach der Phase C Entlassenen lebten zu Hause, nicht im Heim.

In seinem abschließenden Vortrag sprach **Meinolf Moldenhauer** (GKV-Spitzenverband) zur „**Phase E aus leistungsrechtlicher Sicht der GKV**“. Der Referent ging auf Leistungen der GKV in der Phase E ein. Zu diesen zählten Folgende (wobei Nummer 1 bis 4 keine Leistungen im rechtlichen Sinne sind): 1.) Auskunft und Beratung; 2.) Überleitung zu anderen Leistungsträgern zur beruflichen Rehabilitation; 3.) Überleitung zu Leistungsträgern für die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft; 4.) Unterstützung bei der Antragstellung; 5.) Krankenbehandlung, wie ärztliche und fachärztliche Versorgung, Arzneimittel- und Heilmittelversorgung sowie auch Langzeitverordnung (diese seien die Kernbereiche); 6.) Neuropsychologische Behandlung; 7.) stufenweise Wiedereingliederung (§ 74 SGB V/ § 28 SGB IX); 8.) Sonstiges, wie Psychotherapie und Haushaltshilfe; 9.) Rehabilitationssport und Rehabilitationstraining; 10.) Ergänzende Leistungen nach § 43 SGB V.

#### V. Abschlussdiskussion

Die Fachtagung endete mit einer Diskussion. Hierbei wurde aufgegriffen, dass es keine Regelungen zur teamartigen interdisziplinären Zusammenarbeit der Heilmittelerbringer gebe. Dies solle jedoch verankert und als Bestandteil in die Leistungserbringungsverträge der Heilmittelerbringer aufgenommen werden. Kritisch analysiert wurde das Fehlen

neuropsychologischer Angebote. Die Diskutierenden gingen zudem nochmals auf die besondere Teilhabeproblematik von Menschen mit erworbener Hirnschädigung ein, da neuropsychologische Beeinträchtigungen oftmals nicht sofort erkennbar seien. Probleme ergäben sich in der Fallsteuerung, da hier die größte Kompetenz liegen müsse. Betont wurde daher die Forderung, das Fallmanagement als leistungsrechtlichen Bestandteil im SGB IX zu verankern. Eine trägerübergreifende Teilhabeplanung sei besonders wichtig. Als Problem der Teilhabe am Arbeitsleben wurde dargestellt, dass

man die Patienten und Patientinnen oft überschätze, was zum Scheitern des Eingliederungsprozesses führe. Kritisiert wurde zudem, dass Neuropsychologen nicht verordnen dürfen. Notwendig sei auch eine Veränderung des Entlassungsmanagements<sup>3</sup>.

---

Ihre Meinung zu diesem Diskussionsbeitrag ist von großem Interesse für uns. Wir freuen uns auf Ihren Beitrag.

---

---

<sup>3</sup> Vertiefend zum Entlassungsmanagement siehe Nebe/Schimank, Sektorengrenzen überwinden – Rechtliche Möglichkeiten für Patientendatenaustausch, Beitrag E1-2015 abrufbar unter [www.reha-recht.de](http://www.reha-recht.de).