

Podiumsdiskussion

Neurol Rehabil 2015; 21(5): 285–292
© Hippocampus Verlag 2015

P. Reuther (Redaktionelle Bearbeitung der Transkription)

Dr. med. Johannes Pichler, München, für die Organisatoren: Werte Damen und Herren, nach diesem informationsreichen und anstrengenden Tag kommen wir zum Höhepunkt der Tagung der Podiumsdiskussion. Herr Dr. Schmidt-Ohlemann, der Vorsitzende der DVfR, wird jetzt das Mikrofon übernehmen und die Diskussion moderieren.

Dr. med. Matthias Schmidt-Ohlemann, Rehabilitationsdienst der Kreuznacher Diakonie und Vorsitzender der DVfR Heidelberg: Nach diesem dichten und informationsreichen Tag wollen wir die verbleibenden Stunden nutzen, um offene Fragen anzusprechen, Probleme zu diskutieren und Lösungen und Perspektiven zu finden und eine Zusammenfassung zu wagen.

Zunächst aber bitte noch Fragen zu den Vorträgen des Nachmittages:

Heilmittel kurativ – rehabilitativ? Gemeinsame Zielorientierung von Heilmitteln?

Claudia Pott, Physiotherapeutin in München: Ich habe eine Frage zur Heilmittelversorgung von neurologischen Patienten an Herrn Moldenhauer: Sie sprachen von der Langfristig-Verordnung, haben Sie Hinweise zur Evidenzlage und zu deren Wirksamkeit?

Meinolf Moldenhauer, GKV Spitzenverband Berlin: Das ist mir nicht bekannt.

Pott: Sie hatten referiert, dass Heilmittelversorgung ausreichend stattfindet. Es ist aber bekannt, dass monotherapeutische Heilmittelversorgung eigentlich keine Rehabilitationseffekte mehr auf der Aktivitäts- und Teilhabeebene hat: Sehen Sie da nicht Änderungsbedarf?

Moldenhauer: Also, wenn ich mir die Heilmittelrichtlinien ansehe und den betroffenen Personenkreis mit den neurologischen Bedarfen, wird dort ausgewiesen, dass ver-

schiedene Heilmittel möglich sind bei den entsprechenden Bedarfen, da gibt es doch Physiotherapie, Ergotherapie oder Sprachtherapie. Da können ja auch verschiedene Heilmittel kombiniert werden, notwendig sein und angewendet werden.

Pott: Da herrscht wohl bei Ihnen das Missverständnis, dass kurative Heilmittel in der Regel nicht vernetzt und nicht komplextherapeutisch abgestimmt, also rehabilitativ, erbracht werden. Und dann werden immer noch nicht die bekannten evidenzbasierten Therapieverfahren finanziert. Die nachweislich wirksameren Interventionen können nicht angewendet werden. Da besteht doch ein erheblicher Nachbesserungsbedarf in den Heilmittelrichtlinien, wenn heute doch alle eine qualitätsbasierte Versorgung fordern.

Moderator Dr. Schmidt-Ohlemann (SchmO): Diese Frage nach der Evidenzbasierung von Heilmitteln ist zwar im größeren Kontext berechtigt. Das bekommen wir in der jetzigen Diskussion aber nicht geregelt, wir wollen uns auf die Umsetzung der Phase E konzentrieren. Da stellt sich doch eher die Frage, wie wir in der nachgehenden Phase E eine bessere multidisziplinäre Vernetzung, eine gemeinsame teilhabeorientierte Aufgabenstellung und Zielorientierung in der ambulanten Heilmittelversorgung hinbekommen könnten. Dazu liegen Vorschläge zum Beispiel des Sachverständigenrates auf dem Tisch. Die Frage an die Runde: *Wie können wir die notwendige Zusammenarbeit und die gemeinsame Zielbearbeitung in der Nachsorge hinbekommen?* Es ist doch ein zentraler Punkt, den müssen wir lösen. Herr Moldenhauer, gibt es dazu leistungsrechtliche Grundlagen?

Moldenhauer: Es ist immer die undankbare Aufgabe eines Kassenvertreters, darauf hinzuweisen, dass wir eine Realität, einen Leistungsrechtsrahmen haben, der uns vorgegeben ist, der dies meines Erach-

tens so nicht vorsieht. Ich habe ja ausgeführt, dass wir da nun einmal im Zentrum den therapieleitenden Arzt haben, der im Rahmen der Krankenbehandlung erkennt, dass Heilmittel oder andere Maßnahmen notwendig sind, die er dann verordnet. Das wird dann im Leistungsgeschehen in der Regel nicht unter einem Dach, sondern nebeneinander erbracht. Hier kommt dem Arzt die wesentliche koordinierende Rolle zu.

Dr. med. Paul Reuther, Neurologische Therapie RheinAhr Ahrweiler: Im Rahmen der Phase-E-Beratungsarbeiten haben wir vorgeschlagen, dass genau diese Koordinierung und Abstimmungsarbeit zwischen dem Arzt und dem Therapeuten und umgekehrt wirklich im Leistungskatalog und den Gebührenordnungen vorgesehen werden muss. Hier ist eine Zeitleistung für klinisches Abwägen bisher nicht vorgesehen und finanziert, es werden im besten Falle kurze Notizen hin- und hergeschickt, aber das ergibt kein gemeinsames Arbeitskonzept. Weil in den Gebührenordnungen der Ärzte und Heilmittelerbringer überhaupt keine Leistungsziffern verfügbar sind, findet ein Gedankenaustausch zur Therapie in der Regel nicht statt. Ich weiß, welche Zeit notwendig ist, um einen Arzt, einen oder mehrere Therapeuten und die Betroffenen und gegebenenfalls ihre Angehörigen zusammenzuführen, um ein gemeinsames Ziel abzustimmen und festzulegen. Wir müssen gerade für die Phase-E-Versorgung – die ja in der Regel Menschen mit besonderen Problemlagen betrifft – neue Konzepte in den Heilmittelkatalogen und in den Gebührenordnungen vorsehen, damit wirkliche Abstimmungsarbeit geleistet werden kann und auch für die Beteiligten finanziert ist.

Dr. med. Horst Fröhlich, Neurologisches Rehasentrum Würzburg: Genau diese Abstimmungsarbeit zum Definieren der Zielsetzung und zum Vorgehen in einer Intervention ist bei

etlichen unserer Fälle dringend notwendig. Dies wird allenfalls punktuell und nicht systematisch geleistet, aber nur auf freiwilliger Basis. Diese Leistung muss tatsächlich honoriert und gefördert werden für einen Nachsorge- und Eingliederungsprozess, der zwischen Haus- oder Fachärzten und Therapeuten abgeglichen ist.

Moderator SchmO: *Wir halten fest: Die Abstimmungsprozesse der Beteiligten über den Therapieweg und die Behandlungsziele müssen systematisch eingefordert, dann aber auch als Leistung finanziert werden. Eine Interdisziplinarität und Teilhabeorientierung in der Heilmittelerbringung im ambulanten Bereich ist leistungsrechtlich derzeit nicht möglich. Forderung: eine gesetzliche Grundlage (und Finanzierung) dafür schaffen.*

Genug Neuropsychologie verfügbar?

Fröhlich Würzburg: Meine zweite Anmerkung für die Phase-E-Versorgung betrifft die Verfügbarkeit der Neuropsychologie. Die derzeitigen Regelungen (Anm. der Redaktion: Richtlinie Neuropsychologische Therapie 2012, www.gba.de/informationen/beschlusse/1415/) enthalten so hohe Hürden, dass nur wenige approbierte Therapeuten ambulant verfügbar sind. Da müssen auch einfachere Zugangswege zu dieser wichtigen Therapieform gefunden werden, zum Beispiel mit Kooperation zwischen Facharzt und Neuropsychologen ohne separate Kassenzulassung.

Dr. med. Alexander Loevenich MDK Nordrhein Köln: Fakt ist, dass wir (noch) keine flächendeckende Versorgung im neuropsychologischen Bereich haben. Der Gemeinsame Bundesausschuss hatte aber vor zwei Jahren das Problem, dass der GBA nur einen approbierten Neuropsychologen in der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung zulassen und keine neuen Heilberufe schaffen konnte. Da liegen noch Probleme, und da wird gearbeitet werden müssen. Aber mit der Zeit wird man zu einer flächendeckenden neuropsychologischen Versorgung kommen.

Moderator SchmO: *Auch den zweiten Punkt: »Zugang zur neuropsychologischen Therapie« halten wir fest, das scheint besonders*

wichtig in der Phase E, und da laufen die Dinge offenbar nicht rund! Haben wir ausreichend neuropsychologische Leistungen im Angebot bzw. Leistungserbringer verfügbar? Sind die Hürden im bisherigen Zulassungsverfahren mit zwei Qualifikationen als Neuropsychologe und als Psychotherapeut zu hoch?

Fallsteuerung Kinderarzt – Hausarzt – andere Ärzte? Fallmanagement?

Gertrud Wietholt Bundesvorsitzende Kinderneurologie-Hilfe Münster: An diesem Punkt muss ich aus Sicht der Kinderneurologie-Hilfe anmerken, dass der übliche niedergelassene Kinderarzt mit der Fallsteuerung und Lotsenfunktion für kindliche oder jugendliche Schädelhirntraumata in der Regel völlig überfordert ist; da gibt es nicht den notwendigen Hintergrund und nicht das notwendige Fachwissen. Diese Ärzte sehen diese Problemfälle nicht oft genug oder immer wieder in unterschiedlichen Kontexten: Wir haben im Münsterland nachgefragt: Von 42 Kinderarztpraxen sahen sich 42 Praxen den nachgehenden Aufgaben für schädelhirnverletzte Kinder nicht gewachsen. Im benachbarten Landkreis Unna gibt es nicht einmal ein Kinderkrankenhaus, da fühlen sich die zwölf Kinderärzte mit der Nachsorge von SHT-Kindern völlig allein gelassen und hilflos: Wenn ein Arzt, Kinderarzt oder Hausarzt oder Facharzt die Lotsenfunktion für Menschen mit Schädelhirnverletzung übernehmen soll, dann muss er auch über die notwendige Kompetenz verfügen – ärztliche Kompetenz in den Regionen für die nachgehende Behandlung und Nachsorge, da fangen die Versorgungsprobleme an.

Dr. jur. Thomas Stähler BAR Frankfurt: Hinsichtlich der Qualifikation der Ärzteschaft zur Fallsteuerung und zur Bedarfserkennung sei aus der Sicht der Reha-Träger angemerkt und gefordert, dass natürlich in der akademischen Fort- und Weiterbildung der Ärzteschaft dringend etwas getan werden muss. *Reha-Kompetenz muss hergestellt werden.*

Zum Stichwort *Teilhabe-Management* möchte ich anmerken, dass dies der *Dreh- und Angelpunkt nicht nur der Beratung, sondern auch der Behandlung chronisch Kranker und Behinderter* ist. Man muss

wirklich über die Leistungsbeschreibung und wohl auch zu einer Vergütungsposition für diesen zentralen Leistungskomplex kommen. Dies muss vor allem dann geschehen, wenn die Reha-Träger die Fallsteuerung und das Teilhabemanagement ganz oder teilweise oder fakultativ im besonderen Einzelfall an die Leistungserbringer übertragen. Diese Forderungen stehen schon lange im Raum – Teilhabemanagement kann nicht nebenher erledigt werden, sondern ist eine notwendige Versorgungsleistung, die abgebildet werden muss. Und ohne Vergütung wird man diesbezüglich keine Bereitschaft zur Umsetzung bekommen.

Dr. med. Johannes Pichler, NRT München-Pasing: Ergänzend dazu: Selbst Neurologen, die nicht im Reha-Geschäft stehen, sind mit einer Fallsteuerung von schwer betroffenen neurologischen Patienten hoffnungslos überfordert. Man kann von einem niedergelassenen neurologischen Facharzt, der mengenmäßig diese Fälle kaum hat und inhaltlich diesbezüglich nicht ausreichend vernetzt ist, nicht erwarten, dass er Phase-E-Aufgaben zur Teilhabe und Inklusion steuern kann. Wenn man es erreichen könnte, dass wenigstens ein Teil der niedergelassenen Neurologen diese medizinischen und sozialen Aufgaben leisten könnte (und in der Breite der Fachversorgung auch wollte), so hätte man regional schon viel gewonnen. Die Komplexität der Hirnverletzungen und ihrer Folgen sollte immer neurokompetent gesteuert werden. Zweckmäßig wäre es, wenn ambulante neurologische Teilhabekompetenz regional flächendeckender verfügbar wäre, die dann bei der Steuerung komplexer Fälle mitwirken könnte.

Neurokompetenz der Fallsteuerung? Bedarfsfeststellung in der Phase E?

Moderator SchmO: An diesem Punkt muss man vielleicht noch eindeutiger differenzieren: Wir diskutieren hier ja nicht über die allgemeine Bedarfserkennung für medizinisch-rehabilitative Maßnahmen aus der kurativen Medizin heraus, sondern hier geht es um die Phase E der nachgehenden Rehabilitation, den Teilhabebereich und die besonderen Bedarfe für die Reintegration und Inklusion von Menschen mit erworbenem Hirnschaden:

Wir können nicht ohne Weiteres erwarten, dass die »normalen Ärzte« diesen komplexen Versorgungsbereich überblicken. Wir können von Hausärzten, Kinderärzten und niedergelassenen Neurologen nicht erwarten, dass sie die besonderen Bedarfe und Problemlagen in der Phase E Schwerbetroffener und deren besonderen Problemlagen erkennen. Es wurde ja bei den Fallschilderungen am heutigen Tage deutlich, dass sich gerade die neuropsychologische Problematik nicht aufdrängt. Da vermischt sich sehr vieles, und es bedarf einer besonderen Fachkompetenz.

Kompetente Bedarfserkennung ist von zentraler Bedeutung für die Phase E

In Zukunft soll es ja ein Bedarfsfeststellungsverfahren geben. Dafür gibt es Vorschläge bei der BAR. Es stellt sich die Frage, wie das bei der Phase E konkret in der Praxis passieren soll. Das Besondere ist ja, dass Bedarf sowohl für spezialisierte kurative (medizinische) Maßnahmen und auch für (sozialmedizinische und soziale) Teilhabemaßnahmen bestehen können und festgestellt werden; da haben wir dann wieder mehrere Sektoren, die zusammengeführt werden müssen.

Diese medizinische und soziale Koordinierungsleistung müssen wir in der Phase E erbringen, da geht es um Bedarfserkennung und Festlegung besonderer Bedarfe und Festlegung der Leistungserbringung.

Moderator SchmO: *Fallsteuerung und Fallbegleitung können die »normalen Ärzte« kaum leisten – wer soll das dann machen?*

Fröhlich zur Kompetenzfrage: Ich möchte aus eigener Erfahrung als Facharzt für Neurologie/Neuropsychologie und Psychiatrie sagen, dass Rehabilitations- oder gar Teilhabefragen in der ärztlichen Ausbildung nur unter »ferner liefen« abgehandelt werden. In der flächendeckenden Reha-Versorgung wird sich erst etwas tun, wenn jeder Arzt verpflichtet wird, in seiner Weiterbildung ein halbes Jahr lang Reha-Erfahrung zu sammeln. Auch als Facharzt muss man lernen, was hinter der Aneurysma-Chirurgie oder der Stroke-Unitversorgungsinhaltlich folgt oder folgen muss, da geschieht auch heute in der Regel nicht viel in der Weiterbildung.

Reuther: Darf ich an diesem Punkt auf den 9. Nachsorgekongress im Februar 2015 in Berlin hinweisen. Dort werden in fünf verschiedenen Workshops die besonderen Bedarfe und Leistungsvoraussetzungen verschiedener Teilhabebereiche für Menschen mit erworbener Hirnschädigung zusammengetragen. Anschließend wird mit Vertretern aller Reha-Träger diskutiert, wie der erkannte Bedarf dann konkret umgesetzt werden kann. Wir werden mit den Betroffenen, den Angehörigen und den Leistungserbringern Bedarfserkennung und Bedarfsfeststellung »üben und lernen« und dann mit den Reha-Trägern Wege suchen, wie diese Bedarfe dann bedient werden können, alles unter dem Aspekt »Teilhabe am Leben in der Gesellschaft – arbeitsbezogenes und gemeinschaftliches Leben«.

Moldenhauer: Erlauben Sie mir als medizinischem Laien bitte die Nachfrage. Der neurologische Patient steht doch in einem Versorgungsprozess: Da ist zunächst das Akutkrankenhaus, wo wahrscheinlich der Reha-Bedarf erkannt und eingeleitet wird. In der Reha-Klinik wird rehabilitativ behandelt und dann gegen Ende auch der nachgehende Bedarf für die Nachsorgephase erkannt und beschrieben. Dann kommt der Patient zum niedergelassenen Hausarzt oder zum Facharzt, der erkennt aus dem Entlassungsbrief, was nachgehend notwendig zu sein scheint, was erfolgen soll. Der niedergelassene Arzt veranlasst dann das Notwendige unter Berücksichtigung der Situation des Patienten und der regionalen Möglichkeiten. Wenn jetzt hier Fallmanagement und Fallbetreuung gefordert wird, frage ich mich, warum das bisherige arztzentrierte Versorgungskonzept kleingeredet wird. Versorgung passiert doch durch mehrere Beteiligte, oder?

Dr. phil. Sigrid Seiler, Neuropsychologin aus München: Da möchte ich gerne direkt erwidern, dass sich das Spektrum der neurologischen Problemlagen bei den Patienten in den letzten 20 Jahren verändert hat: Früher standen Patienten mit körperlichen Behinderungen und schwer motorischen Beeinträchtigungen im Vordergrund der Versorgung. Heute gibt es diese vielleicht weniger oder sie sind besser versorgt, aber wir sehen (erkennen besser) heute sehr

viele Patienten mit neuropsychologischen Problemen. Das mag an der modernen akutmedizinischen Versorgung, an der Entwicklung der Neuropsychologie zu einem therapeutischen Fach oder auch an den Veränderungen in der Arbeits- und Lebenswelt liegen. Fakt ist, dass gerade die kognitiven Beeinträchtigungen und Anpassungsschwierigkeiten den oder die Betroffenen vor besondere Aufgaben stellen. *Hier haben sich Problemlagen und Bedarfe geändert, und die ambulante neurologische Versorgung ist dafür noch nicht gerüstet.*

Stufenweise berufliche Wiedereingliederung weiterentwickeln?

Nehmen wir das Konzept der *stufenweisen beruflichen Wiedereingliederung*. Aus der Sicht vieler neurologischen Patienten muss das derzeitige Konzept in der Richtlinie (Anm. der Redaktion: Arbeitsunfähigkeitsrichtlinie des GBA www.gba.de/information/richtlinie/2/) für neurologische Problemlagen überarbeitet werden, weil die Wiedereingliederung eines neurokognitiv und organisch psychisch beeinträchtigten Patienten anders gestaltet und therapeutisch begleitet werden muss: Hier liegen die Dinge oft anders, als dies bei einem körperlich beeinträchtigten Patienten notwendig ist. Wir sehen in den letzten Jahren immer mehr Fälle, in denen der Hausarzt die stufenweise Wiedereingliederung ohne neurokompetente Begleitung eingeleitet hat: Nach einigen Wochen oder Monaten scheitert der Eingliederungsversuch, weil die Besonderheiten zum Beispiel der psychophysischen Minderbelastbarkeit, der nicht ins Auge springende kognitiven Leistungsstörungen von Betroffenen im beruflichen Umfeld nicht wahrgenommen und nicht beachtet wurden. *An der Fallsteuerung und Fallbegleitung in der nachgehenden Phase der Reintegration neurologischer Patienten müssen eigentlich die höchste Kompetenz, das breiteste Wissen um Rehabilitation und Teilhabe sitzen.* Warum denkt man die Sache nicht einmal so herum, nur mit breitem Überblick über die Bedarfe und die gesamte Reha-Kette kann man für den Patienten effektiv steuern; dies dürfte auch gesamtökonomisch vernünftig sein. (Anhaltender Beifall)

Moderator Schmo: *Fallsteuerung und Fallbegleitung in der nachgehenden Phase der Reintegration neurologischer Patienten erfordert besondere Kompetenz und Erfahrung.* Dürfen wir zu diesem Thema noch einmal sammeln:

Neuropsychologin in Bogenhausen: Hinsichtlich der Bedarfsermittlung für die Teilhabe möchte ich darauf hinweisen, dass man in der Phase-B- und -C-Rehabilitation den Teilhabebedarf noch schwer abschätzen kann und dass es eigentlich heute eine Phase-D-Versorgung oft nicht mehr gibt. Zumindest machen wir im Klinikum Bogenhausen die Erfahrung, dass unsere Phase-D-Patienten von den Reha-Kliniken nicht mehr aufgenommen werden. Dies gilt vor allem für Rentenversicherungspatienten. In unserer neuropsychologischen Tagesklinik in München rehabilitieren wir seit Jahren C-, D- und auch die E-Patienten: Wir werden aber wohl geschlossen werden, weil wir unterfinanziert sind. In der Praxis Pichler in Pasing gibt es auch schon Wartezeiten, und es ist schade, dass im Großraum München wichtige Versorgungsstrukturen für die Teilhabe neurologischer Patienten von den Kostenträgern oder von der Politik kaum oder nicht unterstützt werden.

Bedarfserkennung und Bedarfsermittlung für die Phase E? Wo? Wie? Wer?

Moderator Schmo: Wir diskutieren zurzeit zwei Komplexe: einmal das Thema der *Bedarfserkennung*: Wie kann es denn sein, dass jemand aus der stationären Reha kommt und man dort den nachgehenden Versorgungsbedarf nicht richtig erkennen konnte. Dann haben wir zur Bedarfserkennung und Bedarfsermittlung hier heute mehrfach gehört, dass es ausgesprochen schwierig ist, im stationären Setting den Bedarf für die nachgehende Lebenssituation, für die Teilhabe am Leben, richtig zu erkennen. Man ist in der Klinik meist zu weit entfernt von der Lebenswirklichkeit des Betroffenen. Und oft treten die wirklichen Probleme erst auf, wenn der Patient wieder zu Hause ist. Oder es stellt sich vieles anders dar, als man es in der Klinik vermutet hatte. Das scheint ja wohl eine wirklich gängige Erfahrung zu sein.

Da gibt es den zweiten Komplex mit der *Fallsteuerung*: Fallsteuerung bedeutet,

dass man den Bedarf an nachgehenden Leistungen prinzipiell erkannt und festgelegt hat, und es stellt sich dann die Frage, wer den Patienten über die Zeit begleitet. Da haben wir zurzeit das dominierende Modell der Haus- oder Facharztbegleitung, bei dem erwartet wird, dass der Arzt die medizinischen Dinge verordnet und dann auch noch die anderen sozialen Leistungen erkennt und anmeldet. Demgegenüber stehen da heute Fallmanagementkonzepte, zum einen mit dem Ziel, den Patienten trägerseitig zu begleiten, zum anderen aber auch mit dem Ziel, den Patienten in seiner individuellen Anpassungs- und Reintegrationsleistung zu unterstützen: *also Fallmanagement als Organisationsleistung oder als Begleitungsleistung*. Es steht im Raum, diesbezüglich das Bundesteilhabegesetz zu erweitern für Menschen in besonderen Problemlagen. Denn die Verpflichtungen der Träger zu Organisationsleistungen sind sozialrechtlich schon im SGB verankert. Das Recht des Betroffenen auf ein an ihm und seinen individuellen Bedarfen orientiertes Fallmanagement aber ist bisher leistungsrechtlich nicht stabil hinterlegt. Hier steht die Forderung – unter anderem auch der AG Teilhabe – im Raum, dass ein patientenindividuelles Recht auf Fallmanagement als Abrufleistung im SGB verankert wird. Da geht es also um eine Unterstützungsleistung des Klienten in seiner Neuorientierungsphase. Wo genau dies im SGB 9 eingeordnet wird, etwa im Anschluss an §14 oder §27, mögen die Gesetzestecher entscheiden. Dann stellt sich aber auch die Frage, wer diese Leistung erbringt, da gibt es verschiedene Modelle.

Ein patientenindividuelles Recht auf Fallmanagement als Abrufleistung im SGB verankern!

Dr. med. Heinz-Dieter Girig, Leitender Arzt der DRV Baden-Württemberg: Da stellt sich aber die Frage, ob das wirklich gesetzlich geregelt werden muss? Wir haben in der DRV Baden-Württemberg zwei Modellprojekte: Ein *Coach* begleitet den Patienten beim Übertritt von der medizinischen Reha in die berufliche Wiedereingliederung. Dadurch gibt es dann die Möglichkeit der festen Begleitung und Informationen darüber, was vorgeht, und auch eine Rück-

koppelung zwischen dem medizinischen Versorgungsbereich und den beruflichen Anforderungen.

Aus dem Publikum: Mit dem Blickwinkel der Berufsgenossenschaften muss man doch gar nichts Neues erfinden an diesem Punkt, wir haben doch schon immer den Fallbegleiter, den *Reha- und Berufshelfer* im DGUV-System. Wir halten vom Krankenbett weg bis in die Eingliederungsphase den Kontakt zum Patienten und bitten in der Regel neurologische Fachärzte, das medizinisch Notwendige zu veranlassen, und nehmen die soziale Integration auch ins Auge. Wir binden auch die Angehörigen ein und begleiten zum Beispiel junge Verletzte über verschiedene Lebensphasen hinweg. Das Unfallversicherungskonzept bietet den konkreten Ansprechpartner-Coach oder Fallmanager.

Aus dem Publikum: Dieses Modell ist aber nicht flächendeckend verfügbar! Die BG hat ja nun einmal einen umfassenden Versorgungsauftrag, da ist das relativ einfach. Bei den anderen Trägern muss etwas Ähnliches leistungsrechtlich her im Rahmen einer ermöglichenden Gesetzgebung für spezifische Fälle.

Wietholt: Die Aussagen des BG-Vertreters möchte ich aus Sicht der Kinderunfälle bekräftigen: Wir sagen immer, wenn schon ein Unfall passiert, dann bitte auf dem Schulweg, weil es in der gesetzlichen Unfallversicherung die Möglichkeit der ganz langen Fallbegleitung gibt. Die gesetzliche Unfallversicherung hat die Pflicht, die verunfallten Kinder so gut wie möglich zu begleiten und zu versorgen. Viele privaten Haftpflicht- und Unfallversicherungen haben das auch erkannt. Wenn man einem verunfallten Kind und den Angehörigen ganz früh einen Reha-Berater zur Seite stellt, bekommt man die Probleme besser in den Griff und spart spätere Versorgungsprobleme, Fehlentwicklungen und hohe Kosten. Dieses Denken, diese fallbegleitende Versorgungsleistung, haben wir bei den Krankenversicherungen leider bisher nicht. Man bedenke aber, wir haben bei den Kindern 86 % der Unfälle im Bereich der Krankenversicherung und nur 14 % im Bereich der Unfall- und Haftpflichtversicherungen. Wir benötigen

passgenaue Fallbegleitung in der GKV, da geht es nicht um die Verordnung von Krankengymnastik ...

Frage aus dem Publikum: Gibt es da Daten aus der Versorgung im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung, die man vergleichend heranziehen kann? Was wird aus diesen Kindern, die nach einem Schulwegunfall vergleichsweise gut begleitet werden?

Wietholt: Leider scheint es diese differenzierenden Daten für Unfälle mit Schädelhirnverletzung bei der gesetzlichen Unfallversicherung nicht zu geben.

Moderator Schmo: Wegen der Trägervielfalt haben wir ja zusätzlich noch das Problem, dass jeder Träger seinen eigenen umschriebenen Versorgungsbereich und seinen eigenen gesetzlichen Auftrag hat. Und lediglich die gesetzliche Unfallversicherung hat einen umfassenden Versorgungsauftrag, der sämtliche Bereiche des Lebens umfasst.

Daraus leitet sich die Frage nach einem trägerübergreifend zuständigen gültigen Fallmanagement ab: Herr Dr. Gierig von der Rentenversicherung, ist Ihr oben zitiertes Coaching-Konzept für alle Teilhabebereiche des Betroffenen zuständig oder nur für die Teilhabe am Arbeitsleben? Schaut Ihr Coach auch in die begleitenden kurativen Leistungen hinein, berät er auch die Familien im Bewältigungsprozess?

Girig: Wir haben in Teilbereichen Erfahrung mit übergreifenden Aufgaben, wo wir versuchen, ambulante kurative Maßnahmen und Leistungen für das Arbeitsleben abzustimmen und zu koordinieren. Die Unterstützung der Familie können wir aber in unseren Konzepten nicht leisten. (Weitere Antworten zu dieser Frage sind teilweise unverständlich dokumentiert.)

Konzept Teilhabeplan der BAR

Moderator Schmo: Danach noch die Frage an Herrn Dr. Stähler von der BAR im Zusammenhang mit dem von Ihnen angesprochenen Konzept zum Teilhabeplan: Ist das ein Instrument, mit dem man trägerübergreifende Versorgung planen und organisieren kann?

Stähler: Der Teilhabeplan ist ja schon lange als Instrument anerkannt und in einigen Bereichen in Gebrauch. Es gibt schon seit 2004 eine BAR-Empfehlung zur Teilhabeplanung und zum Teilhabeplan, die ja 2014 in der gemeinsamen Empfehlung zum Reha-Prozess (Anm. der Redaktion: BAR 2014: Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess www.bar-frankfurt.de, Broschüre 4G) aufgegangen sind. Nach Bedarfserkennung und Bedarfsfeststellung ist die Teilhabeplanung in dieser gemeinsamen Empfehlung fester Bestandteil des Verfahrens. Vom Gesetzgeber gab es früher den Gesamtplan nach dem Reha-Angleichungsgesetz, heute gibt es den Teilhabeplan, der trägerübergreifendes Denken, Koordinieren und Handeln im Bereich der verschiedenen Leistungen und Hilfen bringen soll. Das ist gemeinsam verabschiedet, aber sicher noch zu wenig im System angekommen. Vielleicht muss hier ein neues Teilhabegesetz noch schärfer gefasst werden.

Moderator Schmo: Mit dem *Gesetzgebungsprozess für ein Bundesteilhabegesetz und den Veränderungen des SGB 9 erwarten wir gerade für das übergreifende Bedarfsfeststellungsverfahren neue Regelungen*, die dann auch und gerade im Bereich der Phase-E-Rehabilitation in der Neurologie Anwendung finden müssen.

An dieser Stelle aber auch der Hinweis, dass im kurativen Bereich durch das aktuelle GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (SGB 5) die Krankenbehandlung Schwerbehinderter besser aufgestellt werden soll durch sogenannte *Medizinische Zentren für erwachsene Menschen mit Behinderung MZeB (neuer § 119 c SGB 5)* analog zu den bereits flächendeckenden soziodiagnostischen Zentren (§ 119 a, b SGB 5). Auch diesen neuen MZeBs wird eine wichtige Rolle in der regionalen Bedarfserkennung für Kuration und Teilhabe von Menschen mit Behinderung zukommen

Phase-E-Bereich Teilhabe am Arbeitsleben

Wenden wir uns jetzt aber noch dem Phase-E-Bereich *Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben* zu:

Dipl. Psych. Anne Schellhorn, niedergelassene Neuropsychologin in München: Ja, hier es gibt Probleme mit der stufenweisen beruflichen

Wiedereingliederung von Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen. Da lautet für viele neurologische Patienten die Gefahr des Scheiterns. Nichts ist schlimmer als ein gescheiterter Wiedereingliederungsversuch – etliche Patienten wollen schnell, das heißt innerhalb der Vierwochenfrist der beruflichen WE, aus der Reha kommend schnell in den Beruf zurück. Viele überschätzen sich und unterschätzen die neurokognitiven Probleme bei der Wiedereingliederung. Da muss erst einmal an der richtigen Bewertung der Defizite gearbeitet und Erfahrung im Alltag gesammelt werden, und manche sozialrechtlichen Dinge und Fristen müssen zurückgenommen werden. Dieser Prozess bedarf der therapeutischen Begleitung, weil entscheidende Dinge im regulären WE-Verfahren nicht geregelt und verfügbar sind. Die für die erfolgreiche Wiedereingliederung notwendigen, vorbereitenden und begleitenden Therapieleistungen sind nicht geregelt. Die Klinik kann in der Regel nicht abschätzen, welche Bedarfe in der konkreten Arbeitswelt notwendig sind. Da habe ich den unsicheren depressiven Menschen, da habe ich einen verunsicherten Arbeitgeber, der die Leistungsfähigkeit des Hirnverletzten nicht abschätzen kann. Da benötigt es Zeit, therapeutische Interventionen, Information und abstimmende und aufklärende Gespräche, also ambulante Begleitung, die bisher nur wenige Therapeuten, die Kliniken aber gar nicht leisten können.

Aus dem Publikum: Nur die wenigsten Patienten haben ja überhaupt das Glück, einen erfahrenen Neuropsychologen für die berufliche Wiedereingliederung zu finden, schon gar nicht in einer Vierwochenfrist. Viele Patienten versuchen, 6–12 Wochen nach Schlaganfall oder anderer Hirnschädigung schnell in den Beruf zurückzukehren, mit den üblichen Steigerungsfristen des 6–8–10-Wochen-Konzeptes und mit unspezifischer Begleitung durch den Hausarzt, da ist das Scheitern eigentlich vorprogrammiert.

Reuther: Mit der sogenannten Vierwochenfrist habe ich eigentlich kein Problem, weil diese nur regelt, welcher Kostenträger den Wiedereingliederungsprozess und die begleitenden Lohnersatzleistungen – Übergangsgeld oder Krankengeld – finanzieren muss. In den ersten vier Wochen

nach der Reha ist die Rentenversicherung, danach ist die Krankenkasse zuständig. Das Problem liegt meines Erachtens darin, dass die bei Hirngeschädigten und anderen neurologisch Kranken meist notwendige therapeutische Begleitung auf dem Weg zurück in den Arbeitsprozess nur in den seltensten Fällen gewährt und finanziert wird. Bei den Rentenversicherungen gibt es zwar Konzepte des Job-Coachings als LTA-Leistung, in den Gebührenordnungen der niedergelassenen Ärzte und Heilmittelerbringung gibt es diese Therapieleistungen zulasten der Krankenkassen nicht. Inhaltlich handelt es sich dabei um Information und Beratung, originäre therapeutische Interventionen, aber auch um aufsuchend im Betrieb und in Gesprächen mit Arbeitgeber, Vorgesetzten und Kollegen erbrachte flankierende Leistungen, die in diesem Wiedereingliederungsverfahren erbracht werden müssen. Da hilft das Telefon nur bedingt, persönlicher Einsatz ist gefragt. Theoretisch können niedergelassene Neuropsychologen oder spezifisch erfahrene Ergotherapeuten dies leisten, aber diese Kompetenzen sind bei Weitem nicht flächendeckend verfügbar, bisher. Die Versorgungslücke in der beruflichen Wiedereingliederung von Hirngeschädigten und neurologischen Patienten besteht meines Erachtens darin, dass die Richtlinien zur stufenweisen beruflichen Wiedereingliederung und die Gebührenordnungen der beteiligten Berufsgruppen die notwendige therapeutische Begleitleistungen für einen erfolversprechenden Wiedereingliederungsprozess neurologischer Patienten bisher nicht vorsehen.

Dr. med. Bernd Hippel, Facharzt an einer Reha-Klinik: In den Reha-Kliniken wäre die notwendige Fachkompetenz durchaus vorhanden, uns sind aber von den Reha-Trägern die Hände gebunden, weil wir die Überleitung bislang gar nicht konkret steuern können. Wir sind gehalten, die Überleitung zum Hausarzt zu machen, und dann läuft die nachgehende Begleitung ohne unser Dazutun. *Kliniker können allenfalls empfehlen, aber nicht verordnen oder gar begleiten an dieser Grenze der Versorgungssektoren.* Das allbekannte Problem der *Brüche im deutschen Medizinsystem:* Versorgungskonzepte – ob mono- oder multiprofessionell und komplex, ob

medizinisch, sozialmedizinisch oder sozial oder übergreifend – zerbrechen oder müssen nachgehend, wenn überhaupt, sehr zeitverzögert neu aufgestellt werden. Wir können aus der Klinik die berufliche Wiedereingliederung nur empfehlen, können aber nichts dafür tun, dass sie stattfindet und dass sie erfolgreich begleitet wird – das ist ein Systemfehler.

Weitere Anmerkung aus dem Publikum: Für den Patienten, der noch kognitive Beeinträchtigungen hat oder bei dem besondere Problemlagen bei der beruflichen Wiedereingliederung befürchtet werden, gibt es die Möglichkeit, *beim Reha-Träger ein berufliches Assessment zu beantragen*, das dann oft von den besonderen Einrichtungen als LTA-Leistung erbracht werden kann (Anm. der Redaktion MBR-Phase II).

Nachfrage des Moderators Schmo: Konkret gefragt, funktioniert das? Ist das in den Regionen verfügbar? Haben die niedergelassenen Ärzte die Gelegenheit, solche Leistungen aus einer Palette von Möglichkeiten barrierearm und unbürokratisch zu veranlassen oder abzurufen?

Ergänzende Antwort: Da gibt es neben den sogenannten Phase-II-Einrichtungen noch die Berufsförderungswerke oder sonstigen Einrichtungen der Phase III, die das leisten können.

Girig: Das kann beantragt werden, das muss dann vom Versicherten ausgehen; hier kann der Arzt oder der soziale Dienst der Einrichtung Rat geben und Empfehlungen aussprechen und Anstoß geben, der dann aufgegriffen wird.

Loevenich: In der Tat kooperieren viele Reha-Kliniken, die keinen eigenen berufsberatenden sozialen Dienst haben mit Berufsförderungswerken. Da werden Patienten für einige Tage aus der Klinik in das Berufsförderungswerk delegiert, doch dort werden nach standardisierten Verfahren die beruflichen Problemlagen geklärt und Empfehlungen ausgesprochen. Das scheint ein ausgesprochen probates Verfahren zu sein.

Aus der Sicht des MDK möchte ich aber auch anmerken, dass im GKV-Bereich diesbezüglich Leistungen nach § 42 SGB V

Arbeitstherapie und Belastungserprobung zwar möglich sind, aber kaum nachgefragt werden. Diese solitäre Leistung scheint im ambulanten Bereich nicht bekannt zu sein und wird nicht abgerufen und beantragt. Hier ist also keine Lücke im Gesetz, hier ist etwas, was nicht gelebt wird.

Einwurf aus dem Publikum: Diese Leistung wird gelegentlich vom sozialmedizinischen Dienst der Träger angeregt, wenn es Probleme mit einer langen Arbeitsunfähigkeit gibt.

Moderator Schmo: Zum Thema einer systematischen Kooperation zwischen Reha-Kliniken und Berufsförderwerken hat die DVfR eine Umfrage gemacht, bei der Finanzierungsprobleme mit den Fahrtkosten und der Leistung selbst als Hemmnis genannt wurden. Viele Kliniken haben diese Leistungen theoretisch im Angebot, praktisch sind es aber nur wenige Fälle, zum Beispiel mit der Unfallversicherung, bei denen diese Schiene greift. Dann ist da aber noch die Frage, welches BFW ist denn neurokompetent und kann zum Beispiel ein berufliches Assessment für MeHs leisten und entsprechende Regelungen zur Eingliederung geben? Für die hier diskutierte besondere Problemgruppe sind viele BFWs nicht eingerichtet, das kann man nicht vorwerfen, aber eine Bedarfsdeckung bekommt man zurzeit nicht hin.

Pichler: Zur Frage der Neurokompetenz der BFWs möchte ich aus der relativ aktuellen Beobachtung mit zehn jungen Patienten anmerken, dass eine vierwöchige LTA-Maßnahme zur Klärung der Indikation für eine Umschulung beantragt und durchgeführt worden war. So weit, so gut – da passiert ja was; aber, in einer solchen LTA-Maßnahme kann in der Regel nicht geklärt werden, ob der anschließend umgeschulte Proband – bei unserer Klientel ist oft Wesensänderung im Spiel – dann auch genügend Sozialkompetenz mitbringt, um in dem umgeschulten Berufsfeld, an einem neuen Arbeitsplatz bei der Integration in ein neues Arbeitsteam erfolgreich zu sein. Hier greifen die bisherigen Konzepte vielfach zu kurz: Da ist es vielfach besser, wenn ein individueller, mobiler Reha-Begleiter (Berater) den Rehabilitanden in einem betreuten Praktikum mit der

Chance auf Übernahme über Wochen und auch Monate an einem realen konkreten Arbeitsplatz begleitet. Die Angebote für die Teilhabe an Beruf und Arbeitsleben müssen also viele MeHs individueller und kleinteiliger, langfristig begleitet sowie regionaler und praktischer werden.

Seiler: Zum Thema von Dr. Hippel und Dr. Girig, der Weitergabe und Umsetzung von Empfehlungen für die Nachsorge, möchte ich anmerken, dass wir es mit einem ungeheuerlichen Informationsverlust in den Organisations- und Verwaltungsstrukturen zu tun haben: Es geht doch in der Regel um die zügige und unmittelbare Umsetzung eines Reintegrations- und Versorgungsprozesses. Da passen doch Überprüfung durch Verwaltungsbeteiligte, Veranlassung und Verordnung durch Dritte nicht so richtig die Organisations- und Prozesssysteme. Da muss doch kontinuierliche Prozessarbeit geleistet werden, individualisiert und flexibilisiert.

Antrag oder Leistungsprüfung und -angebot von Amts wegen?

Reuther: Wir haben eben gehört, dass für *viele Teilhabeleistungen ein Antrag des Betroffenen* notwendig ist. Wir müssen darüber nachdenken, ob dies nicht eine hohe Systembarriere ist. Warum gibt es in den Sozialgesetzen für die besonderen Teilhabeprobleme von Behinderten nicht eine Amtspflicht für den Leistungsträger, dann Bedarfsprüfungen von Amts wegen einzuleiten, wenn auf entsprechende Problemlagen im Versorgungsbereich hingewiesen wird? Für einen Menschen mit Hirnschädigung und Beeinträchtigung durch neurologische Erkrankungen und seine Angehörigen ist es nicht trivial, bedarfs- und fristgerecht Anträge in einem gegliederten Sozialsystem zu stellen. Warum wird der Betroffene nicht vom Rentenversicherungsträger oder anderweitig zuständigen Sozialversicherungen von Amts wegen zur Durchführung einer Teilhabeleistung eingeladen, wenn die Leistung zum Beispiel im Arztbrief empfohlen wird. Im Bereich der MDK-Prüfung für Pflegeversicherungsleistungen beispielsweise gibt es diese Regelung beim Erkennen von Reha-Bedarf zur Vermeidung von Pflege, hier muss die Sozialversicherung

tätig werden, wenn Bedarf für eine Teilhabeleistung vermutet wird. Im Bereich der beruflichen Wiedereingliederung für Hirngeschädigte reagiert nicht einmal in besonderen Problemlagen jemand von Amts wegen und lädt den Patienten zu Integrations- und Teilhabeleistungen ein. Anders als bei anderen internistischen oder orthopädischen Krankheiten bedingt oftmals gerade die Hirnschädigung auch Wahrnehmungs-, Planungs- und Handlungsstörungen, die es dem Betroffenen schwer machen, für sich perspektivisch und bedarfsgerecht zu sorgen. Hier hat das Sozialversicherungssystem möglicherweise besondere Pflichten, die eventuell in einem neuen Teilhabegesetz verankert werden müssen; es geht um barrierearme, bedarfsgerechte, *einladende* Versorgungsangebote, um einen Paradigmenwechsel mit Handlungsverpflichtung im Falle besonderer Problemlagen wenn zum Beispiel spezielle Teilhabemaßnahmen aus dem Versorgungsprozess heraus empfohlen werden – das Bedienen von »red flags« durch den Leistungsträger.

Girig: Bei LTA-Leistungen ist das so geregelt. Wenn im Reha-Entlassungsbericht nachgehende LTA-Leistungen empfohlen werden, wird von der Rentenversicherung aus geprüft und überlegt, was eventuell eingeleitet werden könnte. Aber das muss dann vorgeschlagen und vom Betroffenen auch beantragt werden. Von diesen Instrumenten wird aber relativ wenig Gebrauch gemacht, wenn man die LTA-Statistik ansieht.

Stähler: *Das aktive Aufgreifen einer Empfehlung ist ein wunder Punkt:* Eigentlich kennen wir nur in einem Sozialrechtssektor, bei der gesetzlichen Unfallversicherung, das Instrument der aktiven Bedarfsermittlung – ansonsten gibt es das Antragsverfahren. Es sollte darüber nachgedacht werden, ob nicht das Instrument des Teilhabeplanes, der Prozess der Bedarfserkennung, -feststellung, der Leistungsplanung und Durchführung und der Ergebnisüberprüfung, nicht genau das ist, was im besonderen Problemlagen trägerübergreifend systematisch eingesetzt werden sollte.

Moderator Schmo: in der Tat ist das ein wunder Punkt: Es gibt ja schon eine gesetzli-

che Grundlage dafür, den § 10 im SGB 9, wonach die Reha-Träger verpflichtet sind, den Reha-Bedarf so umfassend wie möglich zu klären und umzusetzen. Da gibt es auch eine berufsrechtliche Seite, denn nach §61 SGB 9 sind alle Medizinalpersonen, Betreuer und andere Verantwortliche verpflichtet, wenn sie einen Reha-Bedarf vermuten, einem von Behinderung Bedrohten eine Teilhabeberatung zu empfehlen. Diese allgemeinen Verpflichtungen greifen in der Praxis leider nicht. In solchen Dingen wird dann der Gesetzgeber irgendwann einmal tätig – wie zum Beispiel im Augenblick mit der Änderung des Entlassungsmanagements der Kliniken im GKV-VSG des SGB 5 –, in dem die entlassende Klinik verpflichtet und ermächtigt wird, einige nachgehende Leistungen zur Überleitung direkt zu verordnen.

Moderator Schmo: Es gibt aber noch ein weiteres gravierendes Problem, nämlich die Frage, wieviel Leistung, welche Fähigkeiten ein Rehabilitand mitbringen muss, damit dieser Teilhabeleistungen in Anspruch nehmen kann. Nehmen wir zum Beispiel die Werkstatt für Behinderte. Da werden mindestens sechs Stunden Arbeitsfähigkeit verlangt, bevor das Eingangsverfahren oder die Förderphase beginnen kann. Da fallen von vornherein viele Menschen mit erworbener Hirnschädigung raus, weil gerade die Beeinträchtigung der Aufmerksamkeitsleistungen und die Minderbelastbarkeit des Betroffenen dieser Vorgabe der Werkstättenverordnung nicht genügen. Es ist ein ernsthaftes Problem, dass die Anforderungen für den Erhalt von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben vielfach zu Beginn zu hoch sind und dass Leistungen zur systematischen Steigerung der Belastungsfähigkeit zwar theoretisch möglich wären, nach den üblichen, relativ kurzen medizinischen Reha-Prozessen aber nicht mehr gewährt werden – eine typische Phase-E-Leistung.

Moderator Schmo: Wir nähern uns massiv dem Ende der Diskussion und müssen sicher noch in andere Bereiche der sozialen Teilhabe der sozialen Leistungen für Behinderte hineinschauen. Gibt es da aus der Sicht der Menschen mit erworbenen Hirnschäden noch Anmerkungen zur sozialen Teilhabe im Allgemeinen?

Thema Reha und Kraftfahreignung bei neurologischer Beeinträchtigung?

Reuther: Ja, da gibt es noch eine grundsätzliche Problematik hinsichtlich der Mobilität des neurologischen Patienten in unserer mobilen Gesellschaft. Ist die therapeutische Arbeit zur Wiedererlangung der Kraftfahreignung bei einem neurologischen Patienten Teil der medizinischen Reha-Leistungen oder nicht? Es steht fest, dass sich viele Reha-Einrichtungen des Themas annehmen, es ist aber keineswegs Konsens mit den Kostenträgern, dass dies auch wirklich zur medizinischen Rehabilitation gehört. Da gibt es auch noch Nebenimplikationen bei der Mobilität zum Erreichen ambulanter Teilhabemaßnahmen (»Wer weit anreist zur Reha, bekommt weniger Rehaleistung, weil die Einrichtung den Transport finanzieren muss«) trotz SGB 9 § 53 und SGB 5 §60.5.

Loevenich: Da fühlt sich der Medizinische Dienst der Krankenversicherung angesprochen, Sie haben völlig recht: In der Gutachtenpraxis für die GKV ist das kein originäres Ziel der medizinischen Rehabilitation. Das gehört zur Eigenverantwortung der Daseinsvorsorge und zur Verkehrsmedizin. Sicher kann die Erarbeitung der Grundlagen für das Wiedererlangen der Kraftfahreignung ein positives Nebenprodukt der medizinischen Rehabilitation sein, aber dies ist im Antragsverfahren sicher kein vorrangiges oder mitgeltendes Ziel der Rehabilitation. Ich muss sagen, dass ich das früher auch heimlich erbracht habe, das gehörte aber nicht in Rehabilitationsanträge.

Pichler: Ich bin sozusagen auch einer der »Heimlich-Erbringer«, muss aber gerade im Bereich der beruflichen Reintegration sagen, dass wir es vielfach mit berufsnotwendiger Kraftfahreignung zu tun haben. Viele Arbeitgeber verweigern ihre Zustimmung zur beruflichen Wiedereingliederung, wenn die Kraftfahreignung des Mitarbeiters nicht vorher positiv bestätigt ist.

Loevenich: Sie haben völlig recht, es gibt viele Rehabilitanden, bei denen das Auto der Arbeitsplatz ist, aber hier sind nach Meinung der GKV dann andere Reha-Träger wie z.B. das SGB 6 gefragt. Ich denke

eher an den älteren Schlaganfallpatienten, bei dem das Autofahren eine gern praktizierte Lebensleidenschaft ist, hier handelt es sich nach GKV-Sicht nicht um ein Grundbedürfnis und kann deshalb auch nicht in der medizinischen Reha der GKV bedient werden.

Girig: Was das Berufskraftfahren angeht, sehen wir es nicht als DRV-Aufgabe an, diese Rehabilitanden in eben diesen Beruf zurückzuführen.

Widerspruch aus dem Publikum: Es geht nicht primär um den Berufskraftfahrer, sondern um die Lebenswirklichkeit vieler beruflich pendelnder Arbeitnehmer, zum Beispiel meiner Region in der Oberpfalz oder in Niederbayern, da ist berufliche Teilhabe ohne Kraftfahreignung praktisch nicht möglich.

Moderator Schmo: Wenn man über eine konkrete Teilhabe in der Lebenswirklichkeit und über Phase-E-Versorgung spricht – das haben wir heute den ganzen Tag und in der Diskussion erlebt –, gibt es häufig Schwierigkeiten mit dem sozialen Leistungsrecht, dem Verwaltungshandeln und den Teilhabe-Bedarfen des Einzelnen. Da klafft oft etwas zwischen den Zielen einer selbstbestimmten Lebensführung und der Zubilligung von Teilhabeleistungen. Wir haben heute sicher viele Teilaspekte der Phase-E-Versorgung diskutieren können, wir sind aber sicher noch nicht in allen Bereichen an einer abschließenden Bewertung. Der Diskussionsprozess zur Umsetzung der Phase-E-Versorgung, um viele weitere Einzelheiten in der Ausgestaltung und Anwendung der sozialen Leistungsrechte und der Bedarfe zur Teilhabe und Inklusion des Betroffenen, muss weitergehen, und wir sollten uns diesbezüglich sicher wieder treffen.

Die Ergebnisse der heutigen Diskussion werden dokumentiert und bleiben erhalten. Wenn die Behinderten- und Betroffenenverbände hier gewesen wären, hätten sie als Erstes das Persönliche Budget und die Assistenz- und Unterstützungsleistungen für Menschen mit erworbenem Hirnschädigungen und neurologisch bedingten Behinderungen angesprochen. Aber wir haben auch noch viele andere nachgehende Teilhabethemen nicht ansprechen kön-

nen. Die Gespräche werden weitergehen müssen, herzliche willkommen beim 9. Nachsorgekongress im Februar in Berlin.*¹

Wir sind aber am Ende unserer Diskussionszeit. Ich bedanke mich bei allen Referenten und Diskutanten.

Pichler: Im Namen der Organisatoren, des Bundesverbandes ambulant teilstationäre Neurorehabilitation Krefeld und der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation Heidelberg möchte ich allen Teilnehmern, Referenten, Diskutanten und den übrigen Mitwirkenden und Helfern danken. Wir haben heute erstmals über die Umsetzung dessen diskutieren können, was vor elf Monaten als *Empfehlung zur Phase E in der Neurologie* auf der Homepage der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation BAR erschienen ist. Wir haben einen ganzen Tag lang beobachten können, dass noch viel Arbeit auf die Neurorehabilitation und die nachgehende Versorgung von neurologischen Patienten wartet. Eine der Einrichtungen, die sich in besonderem Maße um die Phase-E-Versorgung kümmert, können Interessierte im Anschluss an die Tagung in München Pasing besichtigen, eine weitere dieser repräsentativen Einrichtungen finden Sie in Bad Neuenahr Ahrweiler, und auch dort sind Sie bei Gelegenheit herzlich willkommen.

Es geht – wie wir gehört und diskutiert haben – um die nachhaltige Wirksamkeit von neurologischer Rehabilitation für den einzelnen Betroffenen, für dessen selbstbestimmtes und selbstverantwortetes Leben in der Gesellschaft, aber auch um eine gesamtgesellschaftliche, sozioökonomische Herausforderung, die wir mit einer älter werdenden Gesellschaft mit höherer neurologischer Morbidität bewältigen müssen.

Gute Heimreise und auf Wiedersehen

¹ Der 9. Nachsorgekongress hat stattgefunden und ist im Hippocampus Verlag unter »Rehabilitation und Nachsorge nach Schädelhirntrauma, Bd. 9 – Teilhabe konkret« dokumentiert. ISBN 978-3-944551-18-0