

Mobile Rehabilitation aus neurologischer Sicht

24.04.2009 Berlin DVfR Kongress Workshop 1



Paul Reuther

Leiter des ANR Ahrweiler

Vorsitzender des Bundesverbandes ambulant-teilstationäre NeuroRehabilitation München

Mitglied im Vorstand des Bundesverbandes Neurorehabilitation Bonn

Mitglied der BAG Mobile Rehabilitation

WHO

ICF Funktionale Gesundheit

Teilhabe

Selbstbestimmung

Deinstitutionalisierung

community-living

UN Behindertenrechtskonvention

SGB IX und SGB V

Neurorehabilitation

SGB IX § 4 und anderen SGBs > Paradigmenwechsel

Eindeutiger ICF Bezug

Funktionsstörungen und Schädigungen

Beeinträchtigung der Aktivitäten

Behinderung der Teilhabe

Beachtung der Kontextfaktoren

*Anspruch auf Orientierung am **individuellen Bedarf***

REHA ist Pflichtleistung der GKV

Umsetzung der ICF?

Teilhabe als REHA-Ziel?

Wohnortnahe Versorgung?

Nachhaltigkeit des REHA-Effektes?

Die Stimmen werden lauter > „Change we need“

Indikation für mobile Neurorehabilitation

1. Entwurf eines Konzeptes von BAG MoRe und des BV ANR
2. Entwurf eines Rahmenkonzeptes der Spitzenverbände

REHA-Fähigkeit und positive REHA-Prognose nur für das *gewohnte oder ständige Lebensumfeld*

REHA-Ziele nur *im* Wohnumfeld nachhaltig umsetzbar (Teilhablesicherung)

positive Einflüsse durch die Bezugspersonen und der Umgebung systematisch erforderlich

Noch postakuter Reha-Bedarf (Teilhablesicherung) nach Abschluss der akuten und frühen rehabilitativen Versorgung

einrichtungsbezogene REHA hilft nicht (mehr) oder schadet oder ist unwirtschaftlich ist
=> Effizienz und Wirtschaftlichkeit und Nachhaltigkeit

Indikation für ambulante - mobil aufsuchende Neurorehabilitation

Folgen erworbener Hirnschädigung

Schlaganfall

Basilaristhrombose

Subarachnoidalblutung

Sinusthrombose

Hypoxieschädigung

Schädelhirntrauma

Meningitis-Enzephalitis

Myelonläsion

Neurologische Krankheiten

Multiple Sklerose und andere neuroimmunologische Erkrankungen

Parkinson und andere neurodegenerative Erkrankungen

Neuromuskuläre Erkrankungen: Myopathien, Neuropathien, GBS

Amyotrophe Lateralsklerose

Zustand nach Behandlung eines Hirn oder Rückenmarkstumors

Fall KG 75

rüstiger Ruheständler, bislang gesund („ohne Pillen“, kürzlicher Arzt-Check oB)

selbstversorgend mit EF in 80qm ETW lebend

Tagesgestaltung mit Lesen, Spaziergängen, Therme, Theater-Konzerte = Ruhestandsleben

30.03.09 > Akute Sprachstörung > StrokeUnit ausserhalb Zeitfenster > „progressive Stroke“

keine Paresen aber zunehmende Aphasie und Apraxie

> MRT ausgedehnter Mediainfarkt li temporobasal und lakunäre Infarkte beide Thalamusregionen

Akutversorgung und Frührehabilitation über 3 Wochen > hilflos wegen Apraxie und Aphasie in allen Bereichen der Eigenversorgung und in sozialer Interaktion, dabei räumlich, persönlich und situativ geordnet und mobil, nicht depressiv-agitiert eher ruhig

Entscheidungsfragen:

Stationäre Reha? Neuro? Geri?

Ambulante Reha?

Kurzzeitpflege plus ambulante Heilmittel?

Häusliches Leben mit EF plus ambulante Heilmittel?

>>>>

Häusliches Leben mit EF und mobiler NeuroREHA?

NeuroMoRe:

mobile Diagnostik RehaArzt, NP, LO, ET, PT, SD plus Teamsitzung

Rehakonzept

Interventionen inter-transdisziplinär 3xLO, 3xET, 2xPT und 1x Arzt /Wo im Wohnumfeld mit Pat/EF

Intranetdokumentation und Teamsitzung

Ziele der mobilen Neurorehabilitation

Sicherung der basalen Teilhabe in den Kernbereichen der Lebensführung und aktivierende Versorgung

Häusliches Leben

- Eigenständige Aktivitäten des täglichen Lebens
- häusliche Mobilität
- basale Autonomie in der Lebensführung
- Sicherheit

Soziale Interaktionen

- Kommunikation in der Familie / Einrichtung
- Kommunikation mit der Umwelt
- Teilhabe am Leben in der Familie (Pflegeeinrichtung)
- Entlastung der externen Hilfe
- Tagesstrukturierung im Lebensumfeld

= Teilhabesicherungskonzept („Schmidt-Ohlemann“)

Sonstige Anforderungen an die mobile Neurorehabilitation

Realistische und alltagsrelevante **Rehabilitations-Schwerpunkte im Lebensumfeld:**

Zieldefinition Wiedergewinnung und/oder nachhaltige Verbesserung der Selbständigkeit und Sicherheit im Wohnumfeld, der Beeinträchtigungen der alltäglichen Verrichtungen (ATL) und der Behinderung der basalen Teilhabe in/an sozialem Lebensfeld (Familie)

Besondere Berücksichtigung der internen und externen Rahmenbedingungen (= **Kontextfaktoren**)

Vermeidung von Unter-Über-Fehlversorgung (Fremdhilfe, Behinderung von Autonomie)

Negative Einflüsse durch fremde Umgebung

Überforderung durch ungewohnte, fremde, fehlende und nicht relevante Alltagsroutinen

Überforderung vermeiden etwa durch belastende (teure) Transporte oder inaktivierende und belastende Aufenthalte in Einrichtungen der Rehabilitation

Einheit von Behandlung, Schulung und Beratung, Erprobung, Anpassung und Integration im konkreten Alltag

Flexibilität der Leistungserbringung angepasst an den individuellen zielorientierten Bedarf, den Verlauf, das Leistungsvermögen und die Ressourcen des Patienten

Fakten

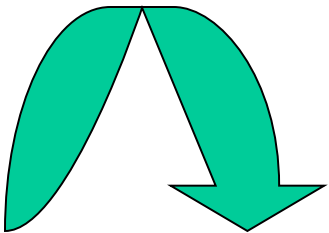
40 % der schwerbetroffenen NeuroPatienten werden aus der stationären REHA noch

immobil, hilfsbedürftig, abhängig und unselbständig, partizipationsgestört
in die postakute Versorgung entlassen ! (Haaf BDH)

Wohnortnahe Reha-Loch „gap“

Überleitung in Wohnumfeld meist zu spät

Beendigung der rehabilitativen Therapie erfolgt zu früh



**Notwendigkeit für eine wohnortnahe, ambulante,
bei Bedarf mobil-aufsuchende rehabilitative Versorgung**

Alternativen

community-based rehabilitation

Lord-Rochester Stroke 2005: community ambulation

Grund: Siegener Modell

early supported discharge

Langhorne Glasgow: „An idea whose time has come“

Netzwerk aus stationärer Reha und wohnortnahen Satelliten

Rentsch Luzern: „Shared Care-Model“

Netzwerk aus StrokeUnit und wohnortnaher Rehabilitation

comprehensive StrokeUnit

Grenzen der traditionellen *NeuroRehabilitation*

Traditionelle Funktionsorientierung

Belastendes „Hospitalklima“

„Künstliche“ Alltagsroutinen („als ob“-Aufgaben)

Unzureichende Therapie Ressourcen (Zeit und Anpassungsleistung)

Sozialraumferne Strukturen

Entfremdung von Sozialraum/Bezugspersonen

Unzureichende Teilhabeorientierung

Problematische Umsetzung der REHA-Ergebnisse im Alltag

Überleitung in defizitäre Nachsorge: ambulantes REHA-Loch „gap“

Mangelnde Vernetzung über die Sektoren

Unzureichende Nachhaltigkeit

Mangelndes Casemanagement

Abhängigkeit von verschiedenen Leistungsrechten

und verschiedenen Rehaträgern (=>Fiskal- nicht Bedarfssteuerung)

Grenzen der post-stationären Versorgung durch ambulante Heilmittelerbringer

Keine teilhabe-orientierten Therapiekonzepte:
traditionelle Funktionsorientierung der Heilmittelerbringung („Schulen“)
(alltagsorientiert allenfalls Ergotherapie)

Keine berufsgruppenübergreifenden Ziel-Absprachen, keine
zielorientierte Zusammenarbeit

Ambulante Physiotherapie kann den „funktionell-motorischen
Leistungsstand bestenfalls erhalten“ (Hesse, Langhammer, Feys,
Kwakkel)

Neuropsychologische Behandlung fehlt bislang ambulant vollständig

Grenzen der post-stationären Versorgung durch ambulante Ärzteschaft

Wenig Erfahrung in REHA-Konzeption und rehabilitativer Fallsteuerung,

Fehlende Erfahrung in Partizipations-Konzept

Unzureichende Kompetenz für kognitiv-affektive Beeinträchtigungen
und Heilmittleffekte

Unzureichender Rückgriff auf wohnortnahe (*community-based*) REHA-
Strukturen

Unzureichende, oft falsche Empfehlungen der stationären REHA
Einrichtung in die postakute ambulante Nachbehandlung

Budget und Heilmittelrichtlinien und RLV

Warum neurologisch-neuropsychologische Kompetenz in der MoRe von Menschen mit neurologischer Behinderung?

Diagnostik und Beurteilung komplexer neurologischer, kognitiver und affektiver Probleme und Entwicklungen und Prognosebeurteilung

Krankheitsdynamik, Anfälle, Demenzprozess versus > Delir > „HOPS“,

Erfahrung in „kognitiver Neurologie“ (z.B. Wahrnehmungsleistungen „awareness“, Apraxien, Kommunikationsstörung, konzentrationale und mnestiche und exekutive Leitungen)

Neurologische- und psychische CoMorbiditäten

Anpassungsprozess: Erfahrung in psychosoziale Anpassungsleistungen von Patient /Angehörigen (Coping)

Einbindung dieser NeuroBefunde in REHA-Planung

Neurobiologische Grundlagen der Interventionen (Neuroplastizität, repetitives Lernen)

Neuro-Psycho-REHA-Pharmakologie

Zur Erinnerung

Die Alternativen

community-based rehabilitation

early supported discharge

Langhorne Glasgow: „An idea whose time has come“

Versorgungsnetzwerk aus stationärer Reha plus wohnortnahe Satelliten

Rentsch Luzern: „Shared Care-Model“

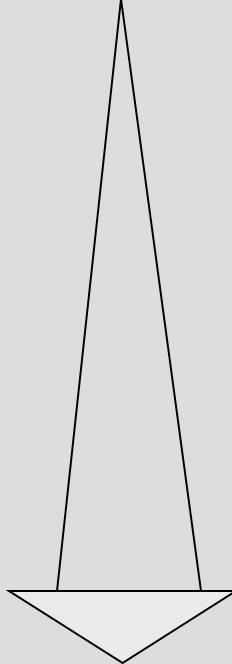
Wohnortnahes neurologisches Rehaszentrum

ambulant – mobil-aufsuchend - partizipationsorientiert

VIELEN DANK FÜR IHRE AUFMERKSAMKEIT



Phasenabhängigkeit der REHA-Ziele in der NeuroReha

REHA-Stufen	Phasen-Modell	Grad der Autonomie	REHA-Ziele	Grad der Teilhabe
Akutbehandlung Früh-REHA	A B	biologische Autonomie Vitalfunktionen, basale neurologische Funktionen	Unabhängigkeit von Überwachung, Maschinen und dauernder Pflege	
Postakute Stationäre und wohnortnahe ambulante-mobile REHA	C D	funktionelle Autonomie ADLs: Schlucken, Toilettenfähigkeit Selbstversorgung, Kommunikation, Mobilisierung, Kognitiv-affektive Leistungen	Unabhängigkeit von Pflege und ständiger funktioneller Hilfestellung	
Ambulante wohnortnahe REHA	D E	soziale Autonomie soziale Reintegration und berufliche Wiedereingliederung	Unabhängige, selbstbestimmte Lebensführung in der sozialen Gemeinschaft	
Langzeit-REHA wohnortnahe ambulante-mobile zu Hause oder in Einrichtung Nachsorge	E F	dauerhaft eingeschränkte Autonomie bestmögliche ADL-basale Selbständigkeit, Kommunikation und Mobilität	Betreute Lebensführung mit Teilautonomie, Vermeidung von Komplikationen, Entlastung/Eduktion Betreuender Basale Teilhabe im Sozialraum	Teilhabe am sozialen Leben mit chronischer Behinderung Berufliche Teilhabe Ausbildung, TAF, WfbM