

## BV ANR eV Infobrief August 2010

An die Mitglieder des BV ANR e.V. -> bitte an leitende Ärzte und/oder Geschäftsführung weiterleiten.

Sehr geehrte Damen und Herren,  
liebe Kolleginnen und Kollegen.

Am 13. November 2009 hatten wir unsere Mitgliederversammlung in Köln. Das Protokoll wurde Ihnen durch Herrn von Giesen und die Geschäftsstelle zugesandt.

Frau Dr. Sabine Grotkamp vom MDK-MDS Niedersachsen Hannover hatte uns einleitend über die Wichtigkeit der ICF-Orientierung und die Beachtung von Kontextfaktoren in der Rehabilitation informiert und die entsprechenden Anforderungen an Rehabilitationsarbeit und Zielorientierung sowie Dokumentation aus Sicht des MDK ausgeführt.

Herr Kollege Dr. Hans Peter Rentsch aus Luzern stellte das Shared-Care-Modell der integrierten, stationär-ambulanten Rehabilitations- und Nachsorgeversorgung am Kantonsspital Luzern vor, mit dem REHA-Nachsorge, Langfristperspektive und Ressourceneinsatz (mit Einbezug der Kostenträger) gesteuert werden

Im Verlauf der Sitzung wurde dann der Vorstand durch einstimmige Nachwahl von Herrn Dipl. Kfm. Udo Kratel, Mülheim-Neuss (ANR Neuss-Savita-Etienne-Krankenhaus) und Herrn Dr. Albrecht Hendrich (Rehazentrum Marbach am Neckar), komplettiert.

Der Vorstand wurde entlastet, nachdem er vorher über seine Arbeit berichtet hatte: Diese Arbeit bestand übergeordnet in den Feldern

Sektoren ICF-Fundierung der wohnortnahen Neurorehabilitation,  
Entwicklung der NeuroREHA in Wohnortnähe (sozialraumorientiert, vor-Ort-Vernetzung von Rehabilitation, Nachsorge, Integration) und  
Rahmenbedingungen der Leistungserbringung der ambulanten NeuroReha

Einzelheiten wollen Sie bitte dem Protokoll der Mitgliederversammlung 2009 entnehmen.

Im Januar und Juni 2010 traf sich der Vorstand zu Vorstandssitzungen:

1. Als Gast hatten wir im Januar **Dr. Alexander Lövenich vom MDK Nordrhein** eingeladen. Der Erfahrungsaustausch mit dem sehr rehaerfahrenen MDK-Kollegen lässt sich wie folgt zusammenfassen:

„Die mangelnde Umsetzung des SGB IX sei nicht zu leugnen, gelebt werden in vielen Institutionen noch das SGB V oder VI separat. Im GKV REHASektor sei oftmals die Einschätzung von Grundbedürfnissen im Alltag schwierig, ebenso bestehe die Schwierigkeit, Alltagserfordernisse zu parametrisieren. Alles was pflegebedürftigkeits-mindernd ist, sei sicherlich grundsätzlich konfliktfrei Aufgabe der Rehabilitation. Das „Teilhabeverständnis“ der GKV sei aktuell sicher eher kleinräumig, d.h. konzentriert auf die Wohnung und die Familie, nicht zu sehr auf die darüber hinausgehenden Teilhabeziele wie z.B. Freizeitgestaltung und das Führen eines Kraftfahrzeugs, konzentriert.

Die Fokussierung auf das Kleinräumige biete Schlupflöcher, die durch die Defizite in der Sozialgesetzgebung im Augenblick auch nicht abschließend ausgeglichen werden. Dies führe zu einer Vernachlässigung von Themen: so sei das Mobilitätsthema für die Neurologie zentral, die Frage jedoch, wie viel Mobilität in der Solidargemeinschaft auch verankert werden könne, sei offen (siehe auch Barrierefreiheit beim Zugang zur REHA).

Der Stellenwert der Rehabilitation sei sicherlich im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung stärker verankert als im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung. Wichtig sei es, ehrgeizige Ziele offen zu formulieren, wobei in der Praxis die Ziele immer eng gefasst werden würden, nämlich Autonomie und Selbstversorgung, Teilhabe an Gemeinschaft oder Freizeit hingegen würden weniger gestützt.

Die ICF habe ihre Verankerung vorwiegend im Formularwesen der GKV gefunden, weniger jedoch in der Akzeptanz teilhabeorientierter Ziele. Manche Ziele, z.B. insbesondere die berufliche Wiedereingliederung, werde von der GKV zwar möglichst nicht finanziert, das Ergebnis dieser Bemühungen, nämlich die Beitragszahlung an die Sozialkassen werde jedoch sehr geschätzt. Diese Diskrepanz sei ungelöst.

Für die GKV bestünde gegenüber Rentenversicherung, Pflegeversicherung, Sozial- und Eingliederungshilfe wenig wirtschaftlicher Anreiz, Rehabilitation als Langfristaufgabe wirklich zu fördern. Oftmals versäume die vorausgehende stationäre Reha die Formulierung weitergehender Perspektiven, deren Planung sowie die Kontaktaufnahme, Überleitung und Übergabe zu den nächsten Stellen im Versorgungsverlauf.

Gerade im Kontext der beruflichen Wiedereingliederung müsse jedoch der frühe Kontakt zum Betrieb und die frühe Planung für erfolgreiche Wiedereingliederung betont werden. 80% der stationären REHA-Patienten würden arbeitsunfähig entlassen, ohne Hinweis darauf wie es weitergehen könne, bzw. wie die Arbeitsunfähigkeit wieder hergestellt werden könne. Hier stelle sich die Frage, wie organisiert man das, wer organisiert das?.

Das AU-Management sei insgesamt deutlich ausbaufähig. Die berufliche Wiedereingliederung könne deutlich von motivationellen Faktoren abhängig sein, die im Verlauf des Rehaprozesses wachsen und gefördert werden können und deren Klärung durchaus auch als Ziel zu formulieren sei.

Gezielt wurde auch in dieser Diskussion auf das Konzept der Berufsgenossenschaften verwiesen, die den gesamten Verlauf aus einem Guss anbieten. Viele Kostenträger würden nicht ergebnisorientiert denken, die Gliederung des Systems habe eine „Verantwortungsflucht“ zur Folge.

Eine Zentralisierung der MDK Beurteilung durch Fachärzte biete sich an.

Zum Themenkomplex EVA-Reha, das ErgebnisTool, das in Nordrhein auch mit 5 ambulanten Einrichtungen für die ambulante Neuro-REHA erprobt worden sei, wurden deutliche Therapieeffektgrößen für 12 Teilhabebereiche nachgewiesen und somit endlich nicht nur Daten zur Struktur-, sondern auch zur Prozess- und Ergebnisqualität geliefert, die sogar ein Benchmarking ermöglichen.

Die Zukunft von EVA-Reha für die ambulante Neuroreha sei offen und letztlich nicht gesichert. von den teilnehmenden ambulanten Neuroreha-Einrichtungen aus Nordrhein wird berichtet, dass der Aufwand übersichtlich gewesen sei. Einige methodische Schwächen könnten durch Weiterentwicklung des Instrumentes verbessert werden“

Der Vorstand überlegt, bei MDK Nordrhein und MDK Rheinland Pfalz sowie den dortigen GKV Trägern für eine Weiterentwicklung des EVA-Reha-Tools zu plädieren. EVA-Reha scheint für die ambulante NeuroREHA zumindest besser als viele andere bisher verwandte Instrumente. Im Laufe des Jahres 2010 werden die Kontakte und die Arbeiten die sich aus dem Gespräch mit Herrn Kollegen Lövenich ergeben, durch den Vorstand vertieft..

2. **Stand der IMET-Studie:** Wir hatten Ihnen 2009 berichtet, dass der BV ANR sich dem Thema der **Ergebnismessung unter dem Aspekt des Teilhabestatus** widmen wolle. In Zusammenarbeit mit Frau Dr. Ruth Deck vom Institut für Sozialmedizin in Lübeck und dem Institut für Psychologie der Universität Bonn konnten wir mit 6 Mitgliedseinrichtungen des BV ANR (Ahrweiler, Neuss, Krefeld, Kaiserslautern, München, Bonn) eine multizentrische Studie zur Erprobung und Ergebnisdarstellung mit Hilfe des IMET, des **Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe**, auflegen. Mit 146 Datensätzen konnte Dipl. Psych. Dominik Pöpl mittlerweile seine Diplomarbeit zu diesem Thema erfolgreich abschließen. Die Ergebnisse wurden zwischenzeitlich im Neuropsychologie-Kongress in Krakau erstmals vorgetragen. Die Studie wird z.Zt. komplettiert. Die Daten werden auf der GNP-Tagung in Magdeburg und der DGNR-Tagung in Bremen präsentiert werden. Die ersten Auswertungen zeigen eine deutliche Verbesserung der Teilhabe durch ambulante Neurorehabilitation, wobei die Verbesserung der Teilhabe unabhängig von der Verbesserung der Funktion beurteilt werden kann. Die ambulante Rehabilitation wirkt im Bereich der Verbesserung der Teilhabe, auch nachhaltig über die Katamnesezeit von 4 Monaten.

Anlässlich der MV wird Dominik Pöpl die Ergebnisse seiner Arbeit vortragen können. Allen teilnehmenden Einrichtungen sei in diesem Zusammenhang schon einmal für die wichtige Arbeit sehr herzlich gedankt.

3. Zum Thema **Ergebnis der Neurorehabilitation** hatten wir auch im Bundesverband Neurorehabilitation BNR seit 2007 für eine einheitliche und sektorenübergreifende Ergebnismessung und -darstellung geworben, um – ähnlich wie die Geriater – über ein großes Datenpanel von Rehabilitationsverläufen für die übergeordnete gesundheitspolitische Arbeit verfügen zu können. Leider ist die Arbeit der AG Ergebnismessung des BNR ins Stocken geraten und kommt über die Diskussion von funktionalen Messskalen, ADL-Scores und Machbarkeitsproblemen im klinischen Kontext nicht hinaus.

In dieser Situation plant der BV ANR seine eigene Arbeit zur Ergebnismessung durch Unterstützung der eigenen Mitglieder, mit dem Zusammenführen von EVA-Reha Elementen, von IMET und SINGER in Zusammenarbeit mit dem MDK und den Kostenträgern voranzutreiben. Ein entsprechendes Promotionsprojekt ist in Planung. Wir sind auf der Suche nach Fördergeldern und

Promotionsstipendien. Diesbezügliche Anregungen über Finanzquellen und Stiftungen werden gerne angenommen (Reuther oder übrige Vorstandsmitglieder, Mitgliederversammlung).

4. Nicht ganz spannungsfrei ist auch die übrige Zusammenarbeit mit dem Bundesverband Neurorehabilitation BNR eV. Paul Reuther hat in seiner Position als Mitglied des dortigen geschäftsführenden Vorstandes wiederholt auf die Notwendigkeit von Weiterentwicklung der NeuroREHA mit den Aspekten *Ergebnisorientierung, Regionalisierung, Teilhabeorientierung, Nachhaltigkeit, Flexibilisierung sowie Konzept- und Behandlungspfadentwicklung* hingewiesen.

Im BNR wird eher darüber nachgedacht, ob ein weiteres übergeordnetes Dach der Deutschen Rehabilitation als Verband oder Netzwerk erforderlich sei. Von Seiten des BV ANR-Vorstands sehen wir, dass die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) und die Konferenz der Spitzenverbände der Leistungserbringer bereits übergeordnet verfügbar sind. Wir befürchten, dass mit einer weiteren Dachorganisation die Weiterentwicklung der REHA noch schwerfälliger werden wird. Entwicklung von Effizienz und Effektivität, Implementierung des Paradigmenwechsels des SGB IX (Teilhabe) und die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (Inklusion) könnten im mächtigen, bewahrenden System behindert sein. Erst Methoden- und Angebotsvielfalt und die visionäre Arbeit von kleinen Initiativen an der Basis zeigen bisher Wege auf. „Change we need“ heißt es immer wieder. Es ist allenthalben bekannt, dass Weiterentwicklung unter den Aspekten von Versorgungsergebnis und Sozialökonomie notwendig ist. Das Geld wird nicht mehr im System, die handelnden Leistungserbringer werden weniger, wir müssen neue Wege gehen: ob ein neues übergeordnetes REHA-Dach dies schaffen kann, bleibt fraglich. Insofern besteht zwischen dem Vorstand des BV ANR und dem Vorstand des BNR durchaus eine unterschiedliche Meinung.

5. In der Angelegenheit der Weiterentwicklung der Neurorehabilitation engagiert sich der Vorstand an mehreren Stellen:  
Mobile neurologische Rehabilitation und wohnortnahe, sozialraumorientierte NeuroREHA und die ambulante Nachsorge für Schwerbetroffene (Kognition) und Schwerstbetroffene (Phase C) sind wichtige Themen, an denen dicke Bretter gebohrt werden müssen. Es gilt nicht nur ein menschenwürdiges basales Leben sondern auch ein Mindestmaß an Autonomie und Teilhabe zu sichern und die Transfersysteme in der sich ändernden Gesellschaft zu entlasten.

Wir wissen uns mit der Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation Berlin (BAG MoReDr. Schmidt-Ohlemann) diesbezüglich in guter Gesellschaft. Im Jahr 2011 werden wir noch einmal einen Workshop für unsere Mitglieder anbieten.

6. Betreffend Thema **Phase E Gestaltung: Planung der nachgehenden Therapieleistungen, Nachsorgemanagement, Teilhabesicherung** versuchen wir in Zusammenarbeit mit der *Arbeitsgemeinschaft Teilhabe: Rehabilitation, Nachsorge und Integration nach Schädelhirnverletzung* und in Zusammenarbeit mit der BAR und den sie tragenden Spitzenverbänden voranzukommen: Hier sehen wir das System dezidiert erst am Anfang einer dringend notwendigen Entwicklung.

Unter Beachtung der Ergebnisse der bisherigen 4 Nachsorgekongresse und als Ergebnis jahrelanger Vorarbeit für die Gestaltung der Reha-Phase E hat der Vorstand in den letzten Monaten ein umfangreiches Papier erstellt. Dies Papier wird in diesen Tagen der BAR, den Spitzenverbänden in der BAR, dem BNR, der DGNR und DGN, der Gesundheitspolitik in Legislative (Behindertenpolitischer Sprecher der Parteien) und Exekutive (BMAS und BMG) sowie den übrigen Spitzenverbänden der Rehabilitation vorgelegt.

*(Das Papier wurde außerdem den Herausgebern der Zeitschrift „Die Rehabilitation“ zur Publikation eingereicht. Auszüge werden aus Anlass der NeuroWoche 2010 in Mannheim im Neurotransmitter Sonderheft publiziert werden und damit der breiten Neurologie- und Neuroreha- Community bekannt werden).*

Die Kernbotschaften des Papiers sind:

- Patienten mit neurologischer Erkrankung oder Verletzung des Nervensystems und noch „wesentlicher“ Behinderung und Gefährdung der Teilhabe bei Abschluss der medizinischen Neurorehabilitation benötigen einer nachgehenden Teilhabe- und Nachsorgeplanung und ggfs. eines „neuroerfahrenen“ Teilhabemanagements („Phase E-Konzept“).
- Die Überleitung von der stationären in die ambulante Versorgung und der Übergang von der medizinischen Rehabilitation in die rehabilitative Nachsorge und soziale Re-Integration in den Lebens-

und Arbeitsraum müssen zwingend geplant („Phase E-Plan“) und therapeutisch (ggfs. komplextherapeutisch) begleitet werden. Die Vernetzung und Flexibilisierung der Prozesse über die Sektorengrenzen hinweg müssen verbindlich werden.

- Die Strukturen und Prozesse für Leistungen der Phase E müssen trägerübergreifend und trägerspezifisch verbindlich mit Methodenvielfalt festgelegt und der Anspruch auf diese Leistungen sozialrechtlich besser verankert werden.
- Erst sozialräumigorientierte, vor-Ort-wirksame Phase E-Leistungen sind zielführend. Dafür sind Teilhabezielorientierung der Leistungserbringung und ausreichende Ressourcen durch die Sozialträger unverzichtbar. ICF-Orientierung aller Handelnder ist Voraussetzung für die erfolgreiche rehabilitative und nachgehende Behandlung und Betreuung.
- Die Etablierung von Vor-Ort-Phase E-Einrichtungen und/oder -Netzwerken ist an vielen Standorten sofort möglich. In anderen Regionen muss dies Teil einer prioritären Strukturplanung werden. Phase E-Zentren können auch analog § 116 oder § 119 SGB V organisiert werden .
- Barrierefreier Zugang zu Phase E-Konzepten ist für Betroffene mit „wesentlicher“ Teilhabebehinderung und für solche mit Gefährdung von Integration, Fehlanpassung, Stigmatisierung und Teilhabegefährdung sicherzustellen (Schwerbetroffenen mit kognitiven Residuen, Schwerstbetroffenen ein Phase C-Zustand).
- Eine Weiterentwicklung der Neurorehabilitation ist erforderlich – Änderungen sind aus Gründen der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit notwendig.
- Kontrolle der Umsetzung der vorhandenen Gesetzesnormen, Weiterentwicklung des SGB XI zu einem durchgängigen Leistungsrecht und Einführung der UN-Behindertenrechtskonvention stehen politisch – legislativ und exekutiv an.

Der Vorstand des BV ANR und die federführenden Autoren Reuther, Börkel, Vespo und Hendrich hoffen, dass Sie sich diesem Appell zur Weiterentwicklung der Neurorehabilitation und zur Gestaltung einer Rahmenempfehlung zur Neuroreha-Phase E anschließen können. Das Papier wird in den nächsten Wochen auch auf unserer Homepage [www.bvanr.de](http://www.bvanr.de) verfügbar sein.

Wir werden auch bei BNR und DGNR dafür werben, dass bereits in der stationären Neurorehabilitation ein nachgehend verwertbarer Nachsorgeplan (Phase E-Plan, Teilhabeplan) zwingend erarbeitet und dem Patienten sofort mitgegeben wird, damit die nachbehandelnden Institutionen und Therapeuten wirksamer arbeiten können. Wir werden uns stark machen für ein „regionales Nachsorgezentrum“ (Netz), das die Aufgabe von Beratung, Planung und Überwachung, aber auch Steuerung von Reha- und Nachsorgeprozessen und Ressourcen beinhaltet. Erst wenn dies für die neurologischen Patienten – für Menschen mit Beeinträchtigung des zentralen Steuerorganes - verfügbar wird, kann man dem Langfristfaktor der neurologischen Rehabilitation gerecht werden und dem unwirtschaftlichen Einsatz von therapeutischen Ressourcen und sozialen Transferleistungen wie Rente, Pflegegeld etc. Einhalt gebieten.

7. Ambulante medizinisch berufliche Reha und Nachsorge im Berufs- und Arbeitsraum als sozialraumorientiertes Pendant zu dem stationären Phase 2-Konzept der 23 MBOR-Einrichtungen ist dringend erforderlich. Viele Patienten mit vorhandenem Arbeitsplatz und durchaus positiver Erwerbs- und beruflichen Wiedereingliederungsprognose müssen ihre Arbeitsfähigkeit rasch, therapeutisch begleitet wieder erarbeiten können. Im bisherigen, oft diskontinuierlichen und wenig integrationsorientierten Versorgungssystem verlieren sie oft die Motivation und wichtige Anpassungsressourcen, den Arbeitsplatz und werden dann schnell Kostgänger der Transfersysteme.

Auch hier besteht die Notwendigkeit, Weiterentwicklung bei den REHA-Trägern einzufordern und mit diesen zu entwickeln. Für die Besonderheiten von Menschen mit Behinderung und drohender Behinderung durch neurologische Erkrankung oder Verletzung des Nervensystems sind die bisherigen Angebote nicht ausreichend individuell, nicht flexibel und in der Regel nicht kontinuierlich und zu kurz aufgestellt. Außerdem fehlt die Sozialraumorientierung im Lebens- und Arbeitsumfeld (es lohnt sich § 25 und 26 der seit 2009 kodifizierte Behindertenrechtskonvention zu studieren)

Der BV ANR unterstützt nachhaltig die Implementierung der neuropsychologischen Diagnostik und Therapie in die ambulante Versorgung, weil speziell die kognitiven und affektiven Residuen und Anpassungsstörungen die erfolgreiche Wiedereingliederung der Betroffenen behindern.

### **Im Herbst werden wir uns**

in der **Rehacare in Düsseldorf** (06-09.Oktober.2010) im Marktplatz Gehirn mit einem Stand der Kollegen aus Nordrhein und einer Gemeinschaftspräsentation mit der AG Teilhabe und der ZNS Stiftung vertreten sein (Mitarbeit ist gerne erbeten (Kontakt Uwe Meier ANR Neuss)

In der **DGNER-Tagung in Bremen** (4.-6. November 2010) wird es ein Symposium zum chronischen Patienten mit Wolfgang Fries und Wilfried Schupp geben.

In der DGNKN-Tagung in Potsdam (9.-11.Dezember.2010) werden wir mit einem Update ambulante Neurorehabilitation (Hans-Jürgen von Giesen, Domik Pöpl, Paul Reuther) vertreten sein.

Am 5. November 2010 werden Wolfgang Fries und Claudia Pott in der Tagung „**Teilhabe im Fokus-von der Frühphase bis zur beruflichen Reintegration**“ in einer Fachtagung in der Rehaklinik Bellikon in der Schweiz präsent sein ([www.rehabellikon.ch](http://www.rehabellikon.ch))

Am 10. und 11.März 2011 werden wir gemeinsam mit der *AG Teilhabe: Rehabilitation, Nachsorge Integration nach Schädelhirnverletzung* den **5. Nachsorgekongress** diesmal in Berlin, Langenbeck-Virchow-Haus Luisenstrasse, unter dem Thema „**Teilhablesicherung: Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit**“ gestalten.

Wir suchen bewusst den Kontakt zu den REHA-Trägern und zu den Vertretern von Legislative und Exekutive, um die Langzeitversorgung und Teilhabe der Menschen mit chronischer neurologischer Erkrankung und Verletzung des Nervensystems zu fördern.

Wussten Sie, dass die Prävalenz und Inzidenz der Schwer- und Schwerstbetroffenen dieser Gruppe höher ist als die der Menschen mit den übrigen Formen von hirnbbezogener geistiger und psychischer Behinderung? Die Zahlen der Wissenschaft und die Zahlen der offiziellen Schwerbehindertenstatistik von DeStatis zeigen dies (Stolz 2009).

In den Arbeitstagen des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales BMAS zur nationalen Aktionsplanung der UN-Behindertenrechtskonvention ist der BV ANR aktiv vertreten: Im Juni konnten Elke Vespo und Paul Reuther in Abstimmung mit der AG Teilhabe *Visionen zur Teilhabe aus Sicht der organisch Hirngeschädigten* einbringen; im Herbst wird es um konkrete Handlungsschritte und Missionen zur Umsetzung bis 2020 gehen; Change we need..

### **Sonstiges**

Im Dezember 2009 waren wir aktiv in der **Tagung zur Mobilen Rehabilitation** vertreten und haben für die eine Lanze die neurologische mobile REHA, zumindest für ein hohes Maß an Neurokompetenz in aufsuchenden Form der ambulanten Rehabilitation geworben. Leider ist das Zulassungsverfahren der Kostenträger trotz Ermahnung durch das BMG sehr schleppend. Andererseits wäre es gut, wenn wir, ambulante NeuroREHA-Einrichtungen uns auf diese Aufgabe vorbereiten und Druck machen würden (Konzeptentwurf ist verfügbar bei Reuther)

Im März 2010 war der BV ANR Mitveranstalter und Organisator (und Mitfinanzier) des 4. Nachsorgekongresses der AG Teilhabe. Unter dem Thema „**Neurorehabilitation stationär - und dann.....?**“ diskutierten 250 Kongressteilnehmer über die Probleme in der RehaNachsorge und erarbeiten in Workshops Lösungsansätze. An diesem Kongress nahmen die behindertenpolitischen Sprecher der fünf Bundestagsparteien und der Bundesbehindertenbeauftragte teil. In den Eingangsreferaten entwickelte Prof. Paul Schönle ein Konzept zur Weiterentwicklung der Neurorehabilitation und Dr. Matthias Schmidt-Ohlemann verdeutlichte die notwendigen Veränderungen, die zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention notwendig werden müssen. Der Kongressband wird pünktlich zur Neurowoche im Hippocampus Verlag erscheinen

Der Vorstand bemüht sich um Zusammenarbeit mit dem **BamR** e.V: Bundesverband ambulante medizinische Rehabilitation eV Leipzig. Auf Vorstandsebene gibt es immer wieder Gedankenaustausch der Verbände und einige unserer Mitgliedseinrichtungen sind in beiden Verbänden vertreten.

Als BV ANR Mitglied der **Deutschen Vereinigung für Rehabilitation** geworden und pflegen intensiven Austausch mit dem Vorsitzenden der DVfR und der Geschäftsstelle auf mehreren inhaltlichen Ebenen.

Auch mit der **Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation** (BAG MoRe) pflegen wir wechselweise institutionelle Mitgliedschaft.

Intern haben wir im BV ANR ein Mitglied verloren und zwei neue Mitglieder gewonnen.

**VORMERKUNG: Die Jahreshauptversammlung wird am 19.November 2010 wieder in Köln stattfinden.**

Nach den (kurzen) Verbandsregularien werden wir in dem Workshop die bisherigen Ergebnisse der IMET-Studie vorstellen und anschließend in einer Diskussionsrunde mit Vertretern der Akutneurologie, der stationären Rehabilitation, der Niedergelassenen und ZNS-Netzwerke sowie des MDK über Die Anforderungen an die Schnittstellen sprechen. Dabei geht es um flexiblere Rehabilitations- und Nachsorgekonzepte, um Wirksamkeit und Nachhaltigkeit, um Behandlungspfade und Konzepte für die Phase E. Ambulanten neurologische REHA-Einrichtungen könnten sich zu regionalen Beratungs-, Nachsorge- und Teilhabeinrichtungen und sozialraumorientierte Zentren von Netzwerken entwickeln. Sobald die angefragten Gäste zugesagt haben, werden wir das endgültige Programm gestalten. Wir bitten schon jetzt den Termin vorzumerken und wir würden uns freuen, wenn Sie sehr zahlreich an dieser Veranstaltung teilnehmen würden.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre

Paul Reuther – Monika Cichorowski – Hans Jürgen von Giesen Wolfgang Fries Albrecht Hendrich –  
Udo Kratel – Uwe Meier – Elke Vespo