

Impulse zur Arbeitsgruppe  
Mobile neurologische Rehabilitation (NeuroMoRe)

Workshop der BAG MoRe  
Berlin 7.-8.11.2008

**Dr.Dr. med. habil. Paul Reuther**

Leiter des ANR Ahrweiler

2. Vorsitzender des Bundesverbandes ambulant-teilstationäre NeuroRehabilitation

Mitglied der BAG Mobile Rehabilitation

Mitglied im Bundesvorstand von BDN und BVDN

WHO

ICF Funktionale Gesundheit > Teilhabe

Selbstbestimmung

Deinstitutionalisierung

community-living

## NeuroRehabilitation

Rehabilitationsmedizinische Versorgung von Patienten  
mit neurologischer Erkrankung oder erworbenem Hirnschaden

SGB IX § 4 und anderen SGBs > Paradigmenwechsel

*Eindeutiger ICF Bezug*

*Funktionsstörung*

*Beeinträchtigung der Aktivität*

*Behinderung der Teilhabe*

*Beachtung der Kontextfaktoren*

*und Anspruch an individuellen Bedarf und Selbstbestimmung*

REHA ist Pflichtleistung der GKV (sofern nicht andere Träger vorrangig)

**Aber....**

**Umsetzung der ICF? Teilhabe als REHA-Ziel? Nachhaltigkeit der REHA?**

## Mobile NeuroRehabilitation (NeuMoRe)

für Patienten deren REHA-Fähigkeit und positive REHA-Prognose nur für das *gewohnte oder ständige Wohnumfeld* festgestellt ist

bei denen die REHA-Ziele nur *im* Wohnfeld nachhaltig umgesetzt und erreicht werden können

bei denen die positiven Einflüsse durch die Bezugspersonen und der Umgebung systematisch genutzt werden müssen

bei denen nach Abschluss der stationären Versorgung noch REHA-Bedarf besteht

bei denen einrichtungsbezogene REHA nicht (mehr) hilft oder schadet oder unwirtschaftlich ist (Effizienz und Wirtschaftlichkeit und Nachhaltigkeit)

ca. 40 % der Patienten die stationäre Phase B- und C- REHA erhalten werden auch in Phase C entlassen,  
also immobil, hilfsbedürftig, unselbständig, teilhabegefährdet (Haaf)

## Folgen erworbener Hirnschädigung

Maligner Schlaganfall

Basilaristhrombose

Subarachnoidalblutung

Sinusthrombose

Hypoxieschädigung

Schädelhirntrauma

Meningitis-Encephalitis

Myelonschädigung

## Neurologische Krankheiten

Multiple Sklerose und andere neuroimmunologische Erkrankungen

Parkinson und andere neurodegenerative Erkrankungen

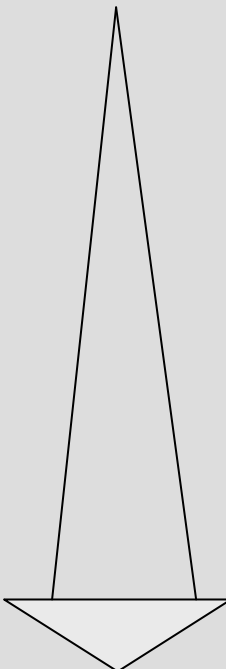
Neuromuskuläre Erkrankungen: Myopathien, Neuropathien, GBS

Amyotrophe Lateralsklerose

Zustand nach Behandlung eines Hirntumors

Leicht-mittelgradige Demenzsyndrome

# Phasenabhängigkeit der REHA-Ziele in der NeuroReha

REHA-Stufen	Phasen-Modell	Grad der Autonomie	REHA-Ziele	Grad der Teilhabe
Akutbehandlung  Früh-REHA	<b>A</b>  <b>B</b>	<b>biologische Autonomie</b> Vitalfunktionen, basale neurologische Funktionen	Unabhängigkeit von Überwachung, Maschinen und dauernder Pflege	
Postakute stationäre und ambulante REHA	<b>C</b>  <b>D</b>	<b>funktionelle Autonomie</b> ADLs: Schlucken, Toilettenfähigkeit Selbstversorgung, Kommunikation, Mobilisierung, Kognitive und affektive Funktionen	Unabhängigkeit von Pflege und ständiger funktioneller Hilfestellung	
Ambulante wohnortnahe REHA	<b>D</b>  <b>E</b>	<b>soziale Autonomie</b> soziale Reintegration und berufliche Wiedereingliederung	Unabhängige, selbstbestimmte Lebensführung in der sozialen Gemeinschaft	
Langzeit-REHA community-based ambulant mobil zuhause oder in Einrichtung Nachsorge	<b>E</b>  <b>F</b>	<b>dauerhaft eingeschränkte Autonomie</b> bestmögliche ADL-Selbständigkeit, Kommunikation und Mobilität	Betreute Lebensführung mit Teilautonomie, Vermeidung von Komplikationen, Entlastung/Edukation Betreuender Vorbereitung berufl. Teilhabe	
				<p>Teilhabe am Leben mit /trotz chronischer Behinderung</p> <p>Berufliche Teilhabe Ausbildung, TAF, WfbM</p>

## **Grenzen der bisherigen REHA-Strukturen (Neuro)**

Überwiegende Funktionsorientierung

Belastendes „Hospitalklima“

Sozialraumferne Strukturen

„Künstliche“ Alltagsroutinen („als ob“)

Entfremdung von Sozialraum/Bezugspersonen

Mangelnde Erfahrung in Teilhabeorientierung

Schwierige Umsetzung der REHA-Ergebnisse

Überleitung in defizitäre Nachsorgestruktur ambulantes REHA-Loch

Mangelnde Vernetzung über die Sektoren

Unzureichende Ressourcen (Zeit und Anpassungsleistung)

Unzureichende Nachhaltigkeit

Mangelnde Casemanagement-Strukturen

Unflexibilität durch Abhängigkeit von verschiedenen Leistungsrechten  
und verschiedenen Rehaträgern (Fiskalsteuerung)

## **Grenzen der post-stationären Versorgung durch ambulante Heilmittelerbringer**

Keine teilhabe-orientierten Therapiekonzepte und –möglichkeiten traditionelle Funktionsorientierung der Heilmittelerbringung (allenfalls Ergotherapie)

Keine berufsgruppenüberschreitenden Therapieziel-Absprachen möglich, keine zielorientierte Zusammenarbeit

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

Neuropsychologische Behandlung fehlt ambulant vollständig

## **Grenzen der post-stationären Versorgung durch ambulante Ärzteschaft**

Keine Erfahrung in REHA und rehabilitativer Fallsteuerung, keine Kompetenz für kognitive Beeinträchtigungen

Kein Rückgriff auf community-based REHA-Strukturen

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



**Um basale Teilhabe neurologisch Behinderter in „Problemhaushalt“ und eine aktivierende Versorgung zu gewährleisten, bedarf es post-stationärer, im Wohnumfeld erbrachter rehabilitativer Versorgung als NeuroMoRe**

**für die ICF-definierten REHA-Ziele der GKV**

### **Häusliches Leben**

- häusliche ATLS
- häusliche Mobilität
- basale Autonomie und Lebensführung
- Sicherheit

### **Soziale Interaktionen**

- Kommunikation in der Familie / Einrichtung
- Kommunikation mit der Umwelt
- Teilhabe am Leben in der Familie / Pflegeeinrichtung
- Tagesstrukturierung im Lebensumfeld

### **Teilhablesicherungskonzept (Schmidt-Ohlemann)**

## Warum neurologisch-neuropsychologische Fachkompetenz?

Diagnostik und Beurteilung komplexer neurologischer, kognitiver und affektiver Probleme und Entwicklungen und Prognosebeurteilung (Krankheitsdynamik, Anfälle, Demenz, Delir, „HOPS“, Liquorzirkulation....)  
Und Einbindung in REHA-Planung

Neurologische- und psychische CoMorbiditäten

Erfahrung in kognitiver Neurologie (Bsp Wahrnehmung)

Erfahrung mit Copingprozessen – Anpassungsleistung von Pat/Angeh

Neurobiologische Grundlagen der Therapiemethoden

Neuro-Psycho-REHA-Pharmakologie

Realistische und alltagsrelevante Rehabilitations-Schwerpunkte in NeuMoRe für neurologisch Schwerbetroffene:

dauerhafte Wiedergewinnung und nachhaltige Verbesserung  
der Selbständigkeit im Wohnumfeld,  
der Beeinträchtigungen der alltäglichen Verrichtungen (ATL) und  
der Behinderung der Teilhabe von Schwerstbetroffenen in/an sozialem Lebensfeld

Besondere Berücksichtigung der internen und externen Rahmenbedingungen (= Kontextfaktoren)

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

Negative Einflüsse durch fremde Umgebung

Beeinträchtigung durch ungewohnte, fremde, fehlende und nicht relevante Alltagsroutinen

Überforderung durch belastende (teure) Beförderungprozesse oder inaktivierende  
-belastende Aufenthalte in Einrichtungen der Rehabilitation

Einheit von Behandlung, Beratung, Erprobung, Anpassung und Integration in den Alltag

Der Rehabilitationsprozess passt sich flexibel an den Bedarf, das Leistungsvermögen  
und die Ressourcen des Patienten an