

Wohnortnahe Neurorehabilitation

Erfahrungen aus der regionalen Versorgung

PRIVATDOZENT DR. DR. MED. PAUL REUTHER

Wohnortnahe ambulante, teilstationäre und mobil-aufsuchende Rehabilitation sowie rehabilitativ und präventiv orientierte Nachsorge können und müssen dazu beitragen, die medizinischen, ökonomischen und sozialmedizinischen Probleme der Langzeitversorgung von Patienten mit Schlaganfall und anderen neurologischen und neurogeriatrischen Erkrankungen – auch frühen demenziellen Syndrome – zu lösen. Die Anzahl von Schlaganfallpatienten und die Versorgungskosten für diese Patienten werden in den nächsten Jahren steigen. Reha- und Langzeitbedarf für andere neurologische Krankheiten, wie zum Beispiel für das oft vergessene Schädelhirntrauma und die neurodegenerativen Erkrankungen nehmen zu.

Bis heute stehen die vier Säulen „Prävention, Akutmedizin, Rehabilitation und Pflege“ in Deutschland weiterhin meist solitär nebeneinander. Sozialrechtlich folgen sie verschiedenen Rechtsräumen mit verschiedenen Sozialgesetzbüchern und getrennter (konkurrierender) Ressourcenverteilung. Medizinisch und sozialmedizinisch finden die Sektoren nur schwer zusammen.

Die Versorgung folgt dabei oft traditionell gewachsener Beliebigkeit und kommerziellen Interessen. Durchgängige Behandlungspfade und Versorgungsleitlinien von akut zu rehabilitativ und nachsorgend und von stationär zu ambulant fehlen weitgehend.

Dabei lassen sich die verschiedenen Aufgaben nach dem Phasenmodell der Neurorehabilitation (BAR/Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation) ordnen (Abbildung 23). Das



*Privatdozent Dr. Dr. med.
Paul Reuther*

Erarbeiten und Wiedererlangen von biologischer, vegetativer und basal-funktioneller Autonomie (Phase B und C), die Weiterentwicklung der funktionellen und sozialen Autonomie im Lebensumfeld (Phase D und E) und die Langzeitversorgung bei bleibender Hilfsabhängigkeit (Phase F) können so inhaltlich und prozedural geregelt und bearbeitet werden.

Die sektorenübergreifende Zusammenarbeit und die flächendeckende Verfügbarkeit einer durchgängigen Versorgung bis in das konkrete Lebensumfeld bedürfen weiterer Anstrengungen:

- Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ – seit 20 Jahren in den Sozialgesetzbüchern – ist meist nicht umgesetzt. Anreize zum Überleiten des gebesserten und sich bessernden

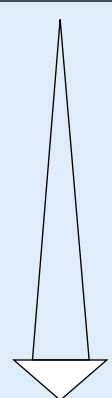
Phasenabhängigkeit der REHA-Ziele				
REHA-Stufen	BAR-Phasen-Modell	Grad der Autonomie	REHA-Ziele	Grad der Teilhabe
Akutbehandlung Früh-REHA	A ↓ B	biologische Autonomie (Vitalfunktionen, basale neurologische Funktionen)	Unabhängigkeit von Überwachung, Maschinen und dauernder Pflege	
Postakute stationäre und ambulante REHA	C ↓ D	funktionelle Autonomie (ADLs: Schlucken, Toilettensfähigkeit Selbstversorgung, Mobilität, Kommunikation)	Unabhängigkeit von Pflege und ständiger funktioneller Hilfestellung	
Ambulante wohnortnahe REHA	D ↓ E	soziale Autonomie (soziale Reintegration einschließlich beruflicher Wiedereingliederung)	Unabhängige, selbstbestimmte Lebensführung in der sozialen Gemeinschaft	
Langzeit-REHA wohnortnah ambulant mobil zuhause oder in Einrichtung	F	Dauerhaft eingeschränkte Autonomie (bestmögliche ADL-Selbständigkeit, Kommunikation und Mobilität)	Betreute Lebensführung Vermeidung von Komplikationen Unterstützung betreuender Personen	

Abbildung 23: Die Aufgaben und Ziele der neurologischen und neurogeriatrischen Rehabilitation können in Abhängigkeit vom Grad der Autonomie nach dem Phasenmodell der Neurorehabilitation (BAR/Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation) geordnet werden.

Patienten in die nächste Versorgungsebene fehlen; die Rehabilitation wird weiterhin oft abgebrochen und die Nachhaltigkeit des Erfolges ist nicht gewährleistet. Die Überleitung in ambulante nachsorgende Strukturen und die qualitative Kompetenz der Nachsorge sind defizitär.

■ Wohnortferne Strukturen, tradierte – eher schonende (paternalistisch-beschützend) als aktivierende (selbstbestimmungsgeschützt) – Konzepte in den Köpfen und das Beharren an den Sektorengrenzen wirken oft hemmend. Die Beschleunigung der Versorgungsprozesse durch Fallpauschalen betont die ökonomischen Aspekte der Versorgung, vergisst aber oft, dass restaurative Neurologie und Anpassungsleistungen Zeit und intensive Therapieinterventionen benötigen und birgt die Gefahr der medizinischen Unterversorgung und des frühzeitigen Abschiebens in den verwahrenden Pflege-sektor.

Mangel an wohnortnahen Versorgungsstrukturen

Neurowissenschaftlich basierte alltagsorientierte und repetitive Therapieverfahren sind personal- und zeitaufwendig und setzen sich trotz ihrer evidenzbasiert belegten Wirksamkeit nur langsam durch (Wissenschaft versus Versorgungsrealität nach „Schulen“). Die gemeinsame Orientierung der Leistungserbringer und der Sozialverwaltungen am nachhaltigen Teilhabeziel und an den sozialrechtlichen Anforderungen des Gesetzgebers (SGB IX und SGB V) sind noch nicht ausreichend entwickelt und umgesetzt. Große Teile der neurologischen und neurogeriatrischen Rehabilitation können ambulant durchgeführt werden und führen erst durch die Aktivierungs- und Anpassungsleistung in Wohnortnähe und die intensive Einbindung der Angehörigen zu Nachhaltigkeit und zu den erwarteten Teilhabeergebnissen:

Mit dem systematischen Aufbau integrierender, wohnortnaher Rehabilitations- und Nachsorgestrukturen und mit eigenständigen teilhabeorientierten Rehakonzepten inklusive der Schulung in Prävention (aktivierter Lebensstil)

Sozialgesetzbuch IX § 4

Die Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitation) umfassen die notwendigen Sozialleistungen, um unabhängig von der Ursache der Behinderung

1. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,
2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug von Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern,
3. die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern oder
4. die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbstständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern.

können viele der Probleme der Langzeitversorgung von chronisch neurologisch Kranken und Behinderten gelöst werden.

Entsprechende wohnortnahe Konzepte sind bekannt und veröffentlicht und außerhalb Deutschlands mit den Charakteristika „community based“ und „early discharge“ bereits umgesetzt (aktuelle Übersicht siehe Fries et al: Teilhaben! Thieme Verlag 2007). In Deutschland sind solche

Konzepte nur vereinzelt begrenzt verfügbar, könnten aber z.B. das deutsche StrokeUnit-Konzept sinnvoll ergänzen (Comprehensive Stroke Unit).

Das Bezugssystem der Rehabilitation ist im SGB IX eindeutig definiert. Der Paradigmenwechsel zur Teilhabe ist bislang nicht vollzogen: Das Krankheitsfolgenmodell der WHO (2001), die ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit www.dimdi.de) liefert der Rehabilitation die neue Sichtweise und die Kommunikationsgrundlage für den Behandlungsplan im interdisziplinären Reha-Team und mit dem Patienten. Das strukturierte Arbeiten an den verschiedenen Zielebenen, an den Beeinträchtigungen von Körperfunktion und -struktur, an der Behinderung von Aktivität und Teilhabe und die besondere Berücksichtigung der Kontextfaktoren sind wertvolle Hilfen (Abbildung 24).

Evidenzbasierte Interventionen in der Neurorehabilitation

Für die Behandlung der verschiedenen ICF-Ebenen stehen in der Neurorehabilitation evidenzbasierte Therapieein-

terventionen und komplexe Rehabilitationskonzepte zur Verfügung, die von dem multiprofessionellen Team phasenabhängig in allen Sektoren und besonders in Wohnortnähe und im konkreten Lebensumfeld angewandt werden können. Die Berücksichtigung und Modifikation der Kontextfaktoren ist besonders im wohnortnahen Rehabilitationskonzept möglich (Fries et al., Teilhaben! Thieme 2007, Dettmers et al., Schlaganfall Rehabilitation, Hippocampus 2007). Dies betrifft vor allem auch die emotionalen Anpassungsleistungen (Angst, Depression, Beschämung, Ichbildkränkung und Komorbiditäten).

Die ICF-orientierte Neurorehabilitation erfordert mehr als den klassischen Neurostatus. Die Folgen einer Krankheit erschließen sich erst in umfangreicher medizinischer und sozialmedizinischer Anamnese, Fremdanamnese und Befunder-

Das bio-psycho-soziale Modell der internationalen ICF-Klassifikation

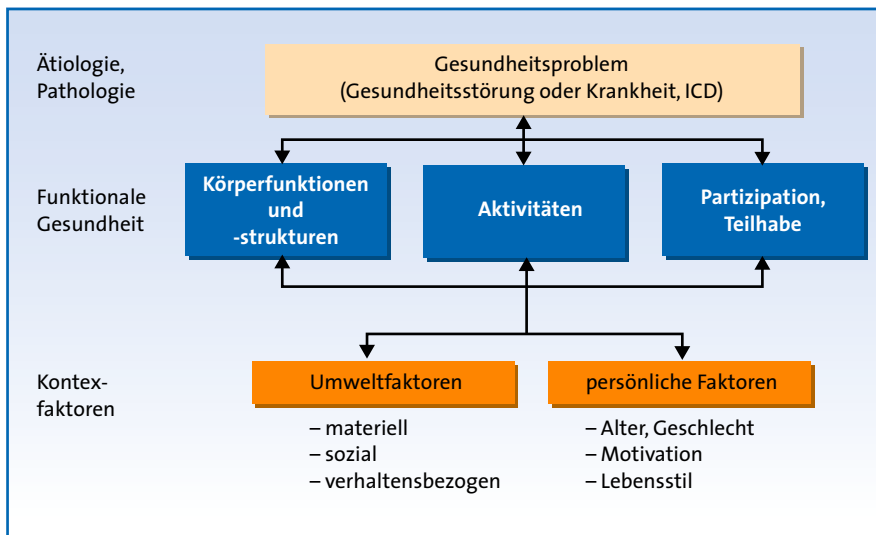


Abbildung 24.: Das Krankheitsmodell der WHO berücksichtigt neben der funktionalen Gesundheit auch die Kontextfaktoren und liefert so die Grundlage für ein ganzheitliches Therapiekonzept (ICD = International Classification of Disease).

hebung und in einem „clinical reasoning“ über Strategien und Ziele.

Die ICD-Diagnose allein, beispielsweise Schlaganfall oder das neurologische Syndrom, helfen nur begrenzt weiter.

Ebenen der Neurorehabilitation

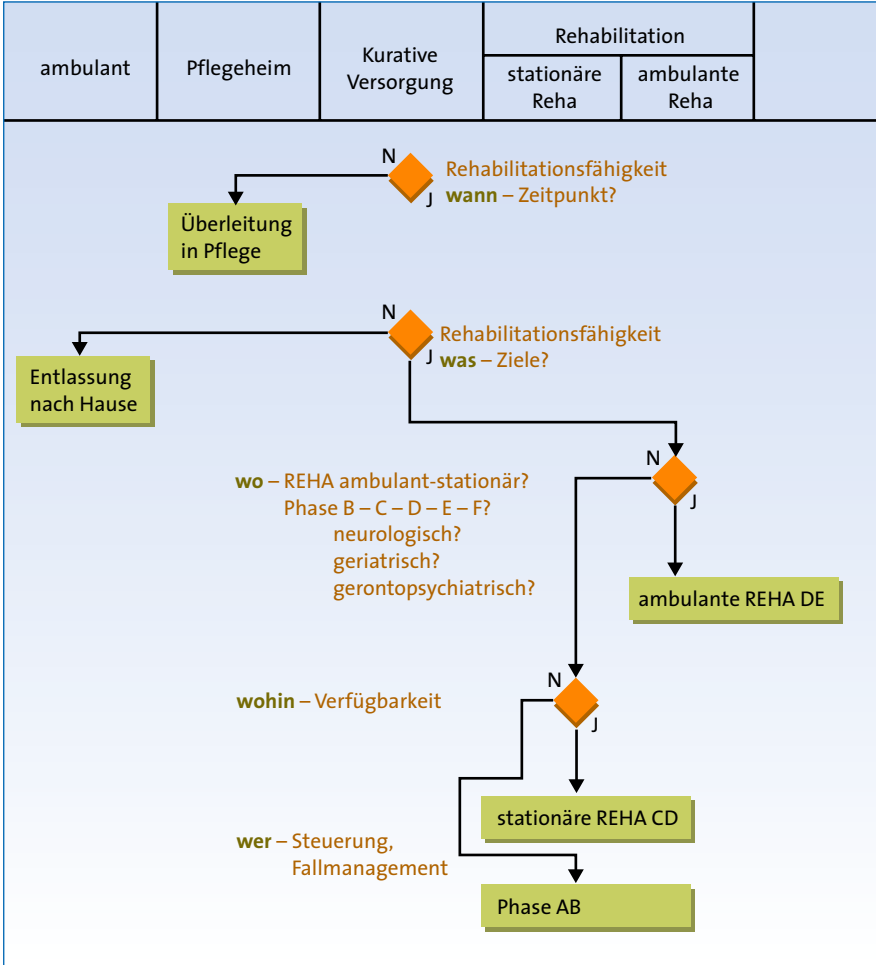


Abbildung 25: Die entscheidenden Fragen in der kurativen Versorgung betreffen einerseits die Rehabilitationsfähigkeit und -bedürftigkeit, andererseits die ambulante oder stationäre Form der Rehabilitation.

Am **Ambulanten Neurologischen Rehabilitationszentrum Ahrweiler** (www.anr-ahrweiler.de) werden seit nunmehr zehn Jahren ambulante Rehabilitationen durchgeführt. Mit einer Kapazität von 22 Therapieplätzen für BAR-Phase D und drei bis fünf Therapieplätzen für Phase C liegt die Jahresleistung bei 150 bis 170 Patienten pro Jahr, die Hauptdiagnosen sind Schlaganfall (60 %), Schädel-Hirn-Trauma (12 %), Morbus Parkinson (10 %) und andere neurodegenerative Erkrankungen sowie Multiple Sklerose (5 %). Die Arbeitskonzepte des ANR Ahrweiler orientieren sich mit bedarfsabhängiger Modifikation an den BAR-Rahmenempfehlungen zur ambulant-teilstationären neurologischen Rehabilitation (www.bar-frankfurt.de). Ein interdisziplinäres, hochqualifiziertes Team aus Krankengymnasten, Ergotherapeuten, Logopäden, Neuropsychologen und Verhaltenstherapeuten, Sozialarbeitern, therapeutischen Pflegekräften und Ernährungsberatern behandelt

ICF 1 Ebenen der Funktionsstörungen > Impairments

kognitive Funktionen
 affektive Funktionen
 Wahrnehmungsfunktionen (inkl. Schmerz)
 Sprechen und Sprache (inkl. Schlucken)
 Funktionen von Haltung und Bewegung
 Handfunktionen
 vegetative Systeme
 kardiopulmonales System
 intestinaler Stoffwechsel
 Urogenitales System
 Schlaf

ICF 2 Ebenen Aktivitäts- und Teilhabestörungen

Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)
 Persönliche Lebens- und Haushaltsführung
 Mobilität
 Kommunikation
 Bewältigung von Aufgaben und Wissen
 Interpersonelle Beziehungen
 Soziale Aktivitäten (Ausbildung, Beruf)
 Gesundheitsbezogene Lebensqualität
 Patientenbefähigung (Empowerment, Informiertheit)

ICF 3 Umweltbezogene Kontextfaktoren

Hilfsmittel
 Barrierefreiheit
 Wohnfeld-/Lebensbedingung
 Angehörigenbefähigung
 Arbeitsplatzbedingung
 Arbeitgeber
 sozialrechtlicher Kontext

Personbezogene Kontextfaktoren

Flexibilität - Anpassungsfähigkeit
 Störungseinsicht - Awareness
 Akzeptanz
 Selbsteinschätzung der Fähigkeiten
 Antrieb (Vitalität)
 Motivation
 Depressivität und Angst
 Reizbarkeit, Aggressivität und Unruhe
 Selbstregulation und Selbstkontrolle
 Nebendiagnosen
 Krankheitsgewinn

Aus: Reuther 2007 in Neurologie & Rehabilitation, 4/2007; 225-227

die Patienten unter Leitung eines Rehabilitations-erfahrenen Facharztes für Neurologie.

Wichtige Instrumente in der Teamarbeit sind:

- Interdisziplinäre Befunderhebung sowie eine gemeinsame Bewertung der medizinischen und sozialmedizinischen Situation und der Kontextfaktoren,
- stringente ICF Orientierung in der Dokumentation,
- Abstimmung und Festlegung der Behandlungsziele zwischen Patient und Therapie-Team (Bezugstherapeut, ausreichend Teamzeit) unter ärztlicher und therapeutischer Moderation,
- inter- und transdisziplinäre Interventionen (möglichst evidenzbasierte Verfahren und begleitende Umsetzungs- und Anpassungstherapie) im Zentrum, in der Wohnung und im Lebensumfeld (Arbeitsplatz),
- gemeinsame Ergebnisbewertung, kontinuierliche Zielüberprüfung und –anpassung im Verlauf,
- Fall- und prozessorientierte Supervision,
- Ergebnisbewertung und Zufriedenheitsbefragung Patient, Angehörige und Therapie-Team.

Auch der Aufbau und die Aufrechterhaltung eines regionalen Netzwerkes sowie die Integrationsleistung werden gefördert:

- Regionales Schlaganfallnetz mit gemeinsamer Fortbildung,
- Kooperation mit regionaler StrokeUnit, mit geriatrisch-neurologischer Frühmobilisationsabteilung am regionalen Krankenhaus und mit neurologischen Akut- und Rehakliniken der Region,
- systematische Übernahme des Casemanagements (sofern Kostenträger dies zulässt),
- Kontaktpflege und systematische Überleitung zu Nachbehandlern (Haus-, Fachärzte, Fachtherapeuten, Pflegedienste), Abschlußbericht am Abschlusstag bei 95 % der Fälle,
- gemeinsame Fortbildung, Qualitätsbericht,

- Zusammenarbeit mit Krankenkassen und MDK,
- Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen, Behindertensportvereinen und Fitness-Studios,
- fortlaufendes Reha-Sport-Angebot für Schlaganfallpatienten im ANR, für Parkinson im Ort,
- fortlaufende Angehörigengruppe im ANR.

Fazit

Mit dem systematischen Aufbau integrierender, wohnortnaher Rehabilitations- und Nachsorgestrukturen und mit eigenständigen teilhabeorientierten Rehabilitationskonzepten können viele der Probleme der Langzeitversorgung von chronisch neurologisch Kranken und Behinderten gelöst werden. Dies zeigen die Erfahrungen am Ambulanten Neurologischen Rehabilitationszentrum Ahrweiler.

Literatur beim Verfasser