

WS 09: Sozialräumige Angebote für Menschen
mit neurologischen Behinderungen

Inklusion und Selbstbestimmung für Menschen mit neurologischen Behinderungen

Die Möglichkeiten der nichtstationären
(sozialraumorientierten) NeuroRehabilitation

Paul Reuther Ahrweiler
Berlin 30. Juni 2011

Frage

In welchem Umfang kann ein 44-jähriger schwerstbehinderter Bauarbeiter bei Zustand nach Basilarisverschluß, ischämischem Kleinhirn- und Posteriorinfarkt, Hydrocephalus und partieller Herniation, externer Drainage und Kleinhirnresektion am Leben im Sozialraum teilhaben –inkludiert leben?

Fallgeschichte > stationärer Verlauf (E.D. 44 J)

Phase A

28.06.10 **Kuration** Basilaristhrombose (systemische Lyse, lokale Lyse, Thrombusextraktion) > Ischämischer Kleinhirn- und Posteriorinfarkt rechts > Hydrocephalus und partielle Herniation > ext. Drainage
09.07.10 > Tracheotomie 23.07.10 > PEG
29.07.10 > Resektion nekrotisches Kleinhirngewebe

Phase B > C

04.08.10 **stationäre Frührehabilitation** > Besserung, Steigerung der Belastbarkeit, Sitzfähigkeit, Stehfähigkeit mit 2 Personen aber MRSA -Besiedlung tracheal

22.10.10 **Entlassung nach Hause**
FIM 44 und FR-Barthel -15
Volle Pflegeabhängigkeit,
Ausscheidung in Schutz hose und Pflege im Bett,
Sitzfähig in Pflegerollstuhl für 4 Stunden,
Transfer nur mit 2 Personen,
PEG Ernährung (voll)

Entlassung in den Sozialraum

kaum deutsch-sprechende Ehefrau und Wohnung im 4. Obergeschoss

(1) Formale Pflegeüberleitung zu externem Pflegedienst und erste HiMi- Versorgung

(2) Medizinische nachstationäre Empfehlung der Klinik

Ambulante MRSA Sanierung (durch HA und Pflegedienst)

Ambulante Heilmittel (KG, LO, ET)

Intervall-Reha in 3-6 Monaten

Erlaubt seien die Fragen:

Was kann ambulante vertragsärztliche Versorgung in dieser
Schwerstbehinderten-Situation wirklich leisten?

Was kann traditionelle ambulante Heilmittelversorgung wirklich leisten?

> „Reha-gap“ ! > „Versorgungslücke“? > „Systemversagen“?

*Hier sind regional verfügbare, flexible, nichtstationäre Reha-Kompetenz
und sozial- und medizinkompetentes Fallmanagement gefordert !*

Nachstationärer Verlauf im Sozialraum (E.D. 44J)

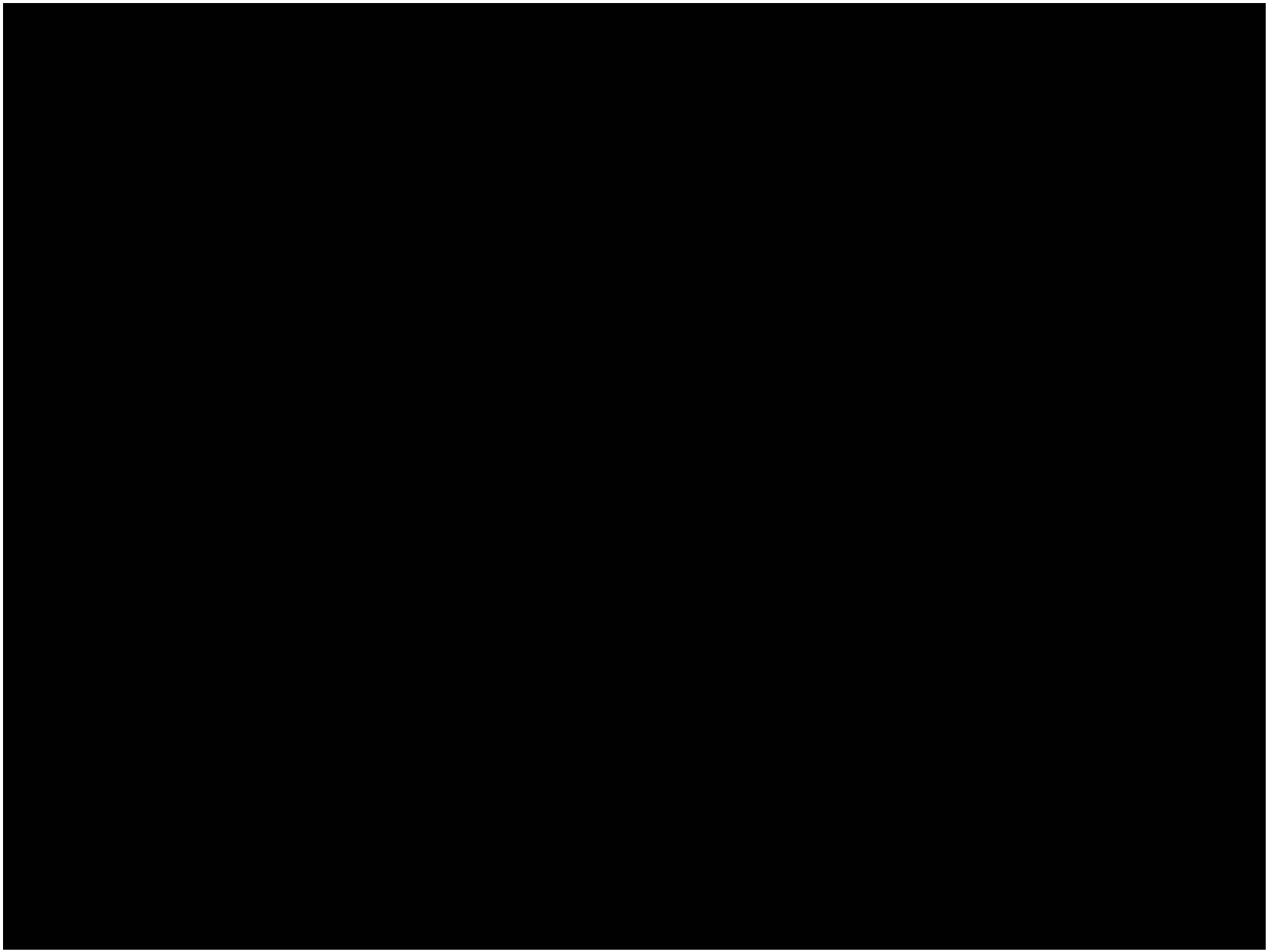
ZIELE für die nachstationäre mobile Reha

Weiterer Mobilitätsaufbau, selbständiger Transfer und Gehen in der Wohnung, Hausverlassen mit Ehefrau und Hilfsmitteln oder andere Wohnung (= ICF-Kontext!), ADL-Mithilfe und Reduktion Pflegeaufwand, Vermeidung von Aspiration und Fortsetzung der Schlucktherapie >Oralisierung

WOCHENLEISTUNG der mobilen Reha *im* Lebensumfeld - Reha Vor-Ort

Physiotherapie	4x 70 min
Logopädie-FOTT	4x 60 min
Ergotherapie	3x 70 min
Rehabilitative Pflege	1x 70 min

dazu Arztvisiten, Koordination mit HA und Pflegedienst, Edukation der Ehefrau, Sozialberatung (gesetzliche Betreuung, Wohnung, Sprachbarriere, Kontakt zu Kasse und Eingliederungshilfe), Teamkonferenzen



ED: Zustand nach Basilaristhrombose: VideoDoku 10. Dezember 2010 bis April 2011

Nachstationärer Verlauf im Sozialraum (E.D. 44J)

GESAMTLEISTUNG

Nachstationärer Reha-Zeitraum 09.11. 10 bis 13.04.11 (22 Wochen)

2 Teilhabekonferenzen und 4 Teamsitzungen

4 Zwischenberichte und Verlängerungsanträge

= 85 Therapietage mit 170 Leistungseinheiten mobil aufsuchender Reha

ERGEBNIS

Ganztägig sitz-, transfer- und gangmobil in Wohnung mit Hochrollator

Unbeaufsichtigter Aufenthalt in der Wohnung (Handy) möglich

Pflege im Bad, Toilettenhygiene im WC, ADL-Hilfe nur noch durch Ehefrau

FIM von initial 44 auf abschließend 85 gesteigert (Phasenwechsel)

Treppenfähig mit Ehefrau (4. Stockwerke in 15 Minuten)

Patient verlässt Haus im Rollstuhl mit Ehefrau

Ernährung oral > selbst , supervidiert, Flüssigkeit PEG

Hausärztliche Betreuung, Behandlungspflege nur wg MRSA Sanierung

Ehefrau besucht Sprachkurs in VHS

Nachgehend Heilmittel je 2x pro Wo KG, ET, LO

Sorry ,
ein Blick auf die Kosten

- Akut-Phase A 22.000 Eur 5 Wo
- Reha-Phase B und C 32.000 Eur 12 Wo

- Nachstationäre Phase C 14.450 Eur 22 Wo

Nichtstationäre Strukturen/Konzepte der NeuroReha **im** Sozialraum

1. Medizinische Rehabilitation
2. Medizinisch-berufliche (beruflich-orientierte) Rehabilitation
3. Medizinisch –gemeinschaftliche Rehabilitation
4. Beratung
5. Planung – Fallmanagement – Assistenz
6. Regionale Vernetzung mit Professionellen und Laien

1. Medizinische Rehabilitation in/durch Rehabilitationzentrum im Sozialraum

Phase D > AHB oder Heilverfahren „ambulant vor stationär“,

BAR Rahmenempfehlung, Vertrag nach §40 SGB V, ca. 60

Einrichtungen mit 1200 Plätzen => schwach finanziert, mangelhafte
Verfügbarkeit und Erreichbarkeit

Phase C > Anschlussrehabilitation als Kontinuum, flexible RehaKette mit Überleitung,
Hilfe- und Teilhabeplanung in den Sozialraum => dringend notwendig, machbar,
effektiv => aber nicht verfügbar

Mobile NeuroRehabilitation > bisher 1 Zulassung seit SGB V-WSG 2007

Nachgehende Schlaganfall Reha aus der „Comprehensiven StrokeUnit „

=> effektiv, Früh-Mobilitäts-OPS mit früher Aktivierung und begleiteter

Überleitung in Sozialraum (Therapeutenkonstanz) => Modellkonzept

(AOK Nordrhein) = viel Analogie zu internationalen Konzepten *community
ambulation* (Lord) und *early supported discharge* (Langhorne)

Überleitung – Vernetzung in ambulante Nachsorge

2. Medizinisch-berufliche Rehabilitation und **berufliche Integration Vor-Ort**

Arbeitsgeberkontakt, Arbeits-Fähigkeitsanalyse
Arbeitstherapie und Belastungserprobung
Kombination zum betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM)
evtl Kombination mit regionaler BFW oder IHK-Trainingswerkstatt
Überleitung in stufenweise Wiedereingliederung (Coaching)
ggfs assistierte Arbeit
ggfs Eingliederung in WfbM
(ggfs Phase II Einrichtungen)

3. Medizinisch-gemeinschaftliche Rehabilitation und **soziale Integration Vor-Ort**

Angehörigenedukation Umfeldedukation
Therapie-Training zuhause (vor-Ort)
Eigenübung und Aktivierung
Überleitung in ambulante Nachsorge (Arzt, (Neuro)psychologe, Heilmittel
Rehabilitationssport für NeuroIndikationen
Selbsthilfegruppe
ggfs Kooperation mit Laienhilfe
ggfs Eingliederung in Tages-Nachsorgeeinrichtung

Das alles ist eigentlich Phase E - Versorgung

nachgehende Maßnahmen der Rehabilitation => Flexibles Kontinuum aus **allen**
RehaPhasen , wenn es um die Integration in den Sozialraum und die nachhaltige Teilhabe geht

>>> Planung mit Patient - Informiertheit - Transparenz - Individualität
>>> Assistenz und ggfs Fallmanagement

Rehazentrum - Kompetenznetz **im** Sozialraum

4. Unabhängige und trägerübergreifende Beratung im Sozialraum („sozialneurologisch kompetent“)
5. Hilfeplanung-Teilhabepfung – Fall/Teilhabemanagement – auch Budgetassistenz im Sozialraum
6. Regionale Vernetzung von Pflegediensten, Ärzten, Heilmittelerbringern und Hilfsmitteln, Eingliederungshilfe, Gegliederte Wohnformen, Tagesstrukturierung und ambulanten Hilfen, Laienhilfe

Instrumente der **nichtstationären** Neurorehabilitation *

gemeinsame Zielfestlegung Patient und RehaTeam

Transparenz – Informiertheit, „shared decision making“, Individualisierung, „clinical reasoning“

therapeutische Allianz

Zielvereinbarung, Vertrauen, Achtsamkeit, Wertschätzung

Therapeutisches Klima

Positives Klima in der Reha; Ressourcenorientierung

Behandlung relevanter Reha-Inhalte

Rehabilitation als Prozess, Relevanz, Alltags- und Teilhabebezug (Inklusion)

*Trexler 2003

plus **systematische ICF-“Denke“** im RehaTeam

„Wir werden nicht nur für die Funktionstherapien bezahlt sondern für das Erarbeiten der Teilhabe“

Zusammenfassung

Die übergeordneten Ziele **Inklusion in die Gemeinschaft und selbstbestimmte Teilhabe am Leben und im Beruf** werden bei vielen neurologischen Patienten erst durch eine **flexible und zielorientierte Rehabilitation am/im Wohnort- und Arbeitsort = Vor-Ort** erreicht.

Es ist notwendig und es ist machbar!

Change we need (Raspe)

Danke!

**Kontinuum: med > med-berufl >berufl Reha: HE 42 J Chemieanlagenschlosser
mittelschweres Schädelhirntrauma bei privatem Unfall II° (initial GCS 4)**

Mai 2007 Unfall

3. Wo

Akutbehandlung

Juli 2007

9. Wo

***Stationäre
medizinische Rehabilitation***

Aug 2007

16. Wo

***Ambulante
medizinische Rehabilitation***

Nov 2007

23. Wo

***Ambulante medizinisch-berufliche
Rehabilitation***

Jan 2008

30. Wo

***Betriebliches
Eingliederungsmanagement***

März 2008

38. Wo

Sicherheitsprüfungen

beruflich voll integriert

Ambulante Nachsorge

Katamnese Okt 2008 (=78 Wo) weiterhin voll beruflich tätig