

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 Schutzhose 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. 44 J)

- 25.10.2010      **Anmeldung** zur ambulanten Rehabilitation (Phase C) durch Hausarzt und ambulanten Pflegedienst (nicht durch RehaKlinik – „schade“)
- 28.10.2010      **Hausbesuch** durch RehaArzt, tel. Kontakt zu Hausarzt-Pflegedienst, vorbehandelnder Klinik und dem Versorgungsmanagement der Krankenkasse in BadenWürttemberg
- 29.10.2010      **Reha-Antrag** > Ambulante Reha C, Eilfall, Einzelfall
- 05.11.2010      **Bewilligung** > Ambulante Reha mit 2 mobil erbrachten Leistungseinheiten pro Tag und Angebot der Mithilfe beim Versorgungsmanagement (Heilmittel)
- 09.11.2010      **Beginn der Mobilen Neuro Reha** in der Wohnung durch den mobilen Rehadienst des regionalen ambulanten Rehazentrums – mit Ehefrau und in Kooperation mit Pflegedienst und Hausarzt

# 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 Budgetassistentz 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**