

Individuelle Rehabilitation in Sozialräumen

- Impulse aus der Behindertenrechtskonvention –

Kongress der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation
Berlin, 30.06. – 01.07.2011

***Workshop „Sozialräumliche Angebote für Menschen
mit neurologischen Behinderungen“***

**Patienten, deren Bedarfe am dringendsten auf
Fortschritte aus der BRK-Umsetzung angewiesen sind**

C.W.Wallesch, BDH-Klinik Elzach

Der BDH – Bundesverband Rehabilitation – ist die größte deutsche Fachorganisation auf dem Gebiet der Rehabilitation von neurologischen Patienten.

Der BDH bietet seinen Mitgliedern rechtliche Beratung und professionelle Vertretung vor Behörden, Versicherungen und den Instanzen der Sozialgerichtsbarkeit sowie ehrenamtliche soziale Betreuung an.

Der BDH ist Träger von 5 neurologischen Fachkliniken, deren Tätigkeitsschwerpunkt die neurologische Frührehabilitation ist, sowie eines ambulanten Therapiezentrums.

Das Ziel des BDH ist es, in allen seinen Gliederungen Rahmenbedingungen zu erhalten und auszubauen, welche kranken und behinderten Menschen, ihr persönliches Schicksal zu meistern und sie bei der familiären, gesellschaftlichen und beruflichen Integration zu unterstützen.

Was ist das Besondere an der Neurologischen Rehabilitation?



1. Neurologische Krankheiten sind die häufigste und volksbedeutsamste Ursache anhaltender Behinderung (Schädelhirntrauma, Schlaganfall...)
2. In der Regel besteht kein chronisch fortschreitender Erkrankungsprozess (vs. z.B. Rheumatologie, Orthopädie, Pulmologie)
3. Bei Ende der Akutphase besteht oft eine schwere Beeinträchtigung der Teilhabe ->
4. Neurologische Rehabilitation erfolgt oft bei noch hochgradig pflegebedürftigen Patienten, Pflege als Therapie
5. Neurologische Rehabilitation wird von einem multiprofessionellen Team erbracht
6. Die Rehabilitation erfolgt teilhabeorientiert, auch bei verbleibender schwerer Behinderung ist die Autonomie des Rehabilitanden (ICF) oberstes Ziel.
7. Viele Rehabilitanden bedürfen ambulanter Nachsorge.

Epidemiologie des Schlaganfalls und Versorgungsbedarf



150.000 Neuerkrankungen/ Jahr

(ohne TIA; Kolominsky-Rabas & Heuschmann, 2002)

300.000 chronisch Behandlungsbedürftige (Prävalenz), davon die Mehrzahl mit relevanten Störungen höherer Hirnleistungen oder Depression

Teilhaberelevante Defizite im Einzelnen, bezogen auf chronisch Behandlungsbedürftige:

(Hemi-)Parese	> 70%	ca.200.000 (-> Physio-, Ergotherapie)
Aphasie	> 30%	ca. 100.000 (->Logopädie)
Aufmerksamkeitsstörung	> 50%	> 150.000 (Fahrtauglichkeit!) (-> Neuropsychologie)
Post-Stroke Depression	> 20%	beeinträchtigt Rehabilitation und Teilhabe (-> Neuropsychologie)
(Depression Angehörige)	> 20%	beeinträchtigt Integration (-> Psychotherapie)

Epidemiologie des Schädel-Hirntraumas und Versorgungsbedarf



150.000 Neuerkrankungen/ Jahr (ohne Dunkelziffer)

150.000 chronisch Behandlungsbedürftige (Prävalenz),
davon die große Mehrzahl mit relevanten Störungen
von Aufmerksamkeits-, Gedächtnis- und exekutiven
Funktionen

Defizite, die die Reintegration erschweren:

Ermüdbarkeit, Verlangsamung, Gedächtnisdefizite,
exekutive Störungen, Störungen emotionaler und sozialer
Fähigkeiten und Fertigkeiten (-> Neuropsychologie)

Paresen, Ataxie (-> Physiotherapie)

Dysarthrie (-> Logopädie)

Depressionen (-> Psychotherapie)

Angststörungen (-> Psychotherapie)

Heilmittelkatalog 2009, Beispiele



Logopädie:

- Dysphagie:** Regelfall max 60 Einheiten, Frequenzempfehlung 1/Woche
- Aphasie:** Regelfall max 60 Einheiten, Frequenzempfehlung 1/Woche, hochfrequente Intensivtherapie als Intervalltherapie möglich
- Dysarthrie:** Regelfall max 60 Einheiten, Frequenzempfehlung 1/Woche

Ergotherapie:

ZNS-Schädigungen: Regelfall max. 40 E., Frequenzempfehlung 1/Woche

Physiotherapie:

ZNS-Erkrankungen: Regelfall max 30 E, Frequenzempfehlung 1/Woche

Neuropsychologie:

Im System der ambulanten Versorgung nicht vorgesehen.

Zum Vergleich:

In stationärer oder ambulanter Reha 2-5 Therapieeinheiten am Tag unter ärztlicher Koordination.

Workshop I „Lebensqualität und Lebenswirklichkeit“

Fazit:

Nach SHT häufig sehr heterogenes Leistungsprofil, große Fähigkeiten können großen Defiziten gegenüber stehen. Die Defizite sind häufig nicht offensichtlich. Einschränkungen der Verhaltenskontrolle sozial besonders problematisch.

Wer ist Kostenträger für Teilhabeleistungen? Vielzahl von Kostenträgern -> Beratungspflicht durch Reha-Servicestellen wird nicht nachgekommen.

Kostenträger versuchen, zu Lasten anderer aus der Leistungspflicht zu kommen. Zeitnahe Klärung der Kostenträgerschaft erforderlich. Verbesserung der trägerübergreifenden Kooperation.

5. Nachsorgekongress der AG Teilhabe, 10.03.11



P.Reuther: „Warum sind Maßnahmen zur Teilhabesicherung erforderlich?“

Entlassung nach stationärer Reha: 60-80% der **Phase B und C Patienten** werden noch hilfeabhängig und schwerbehindert in den Sozialraum entlassen

Bisherige Prozesse der Rehabilitation sind überwiegend funktionsorientiert und werden **nicht ausreichend im Sozialraum wirksam**

Ambulante-teilstationäre Neurorehabilitation ist für schwerbetroffene Patienten (Phase C) versperrt und generell nicht flächendeckend verfügbar

Mobile Rehabilitation (SGB V § 40) ist nicht umgesetzt

Versorgungsprozesse der **Neurologische Reha-Phase E** (nachgehende Maßnahmen) sind bisher NICHT beraten und verabschiedet (BAR Prozess)

Nachsorgeeinrichtungen für betreutes Wohnen und Tagesförderung sowie spezifische WfbM Strukturen für Menschen mit erworbener Hirnschädigung fehlen (wenige Ausnahmen)

Adäquate Leistungsbereiche im Sozialraum

- Ambulante Pflege bis hin zur Versorgung beatmeter und absaugpflichtiger Patienten (Behandlungspflege ist Kassenleistung)
- stationäre Kurzzeitpflege (notwendiges Angebot angesichts oft problematischer Organisation der Weiterversorgung und restriktiver Verlängerungspraxis der Kostenträger)
- Hilfsmittelversorgung (GKV aus Sicht der entlassenden Rehaklinik, nicht notwendig PKV)
- Nach Dauer, Intensität und Komplexität begrenzte Heilmittelerbringung



Problematische Leistungsbereiche im Sozialraum

- Ärztliche Versorgung beatmeter Patienten in Pflegeheimen und zu Hause (fehlende Kompetenz bei niedergelassenen Ärzten) -> **Kooperationsverträge mit Krankenhäusern?**
- Dysphagiemanagement ambulant und in Pflegeeinrichtungen (zu geringe Zahl kompetenter Ärzte und Therapeuten, PEG als arbeitssparende Lösung in Verbindung mit Herstellerinteressen) -> **adäquate Berücksichtigung im Heilmittelkatalog**
- Flexibilisierung der Versorgung durch persönliches Budget für Familien mit chronisch ZNS-geschädigtem Angehörigem (große Unterschiede zwischen Leistungsträgern) -> **kostenträgerübergreifende gesetzliche Regelung**

- Bis auf Ausnahmen fehlende ambulante, wohnortnahe Rehaangebote einschließlich mobiler Rehabilitation
- Mangelnde Intensität der ambulanten Heilmittelerbringung (Heilmittelkatalog, wahrgenommene Budgetzwänge)
- Mangelnde Koordination der ambulanten Heilmittelerbringung (Wirksamkeitsnachweis für wenige Einzelmaßnahmen, aber für die multiprofessionelle neurologische Rehabilitation als Gesamtkonzept)
- Unzureichende Heilmittelerbringung im Pflegeheim (als Alternative zu stationärer Rehabilitation Phase B bei „fehlender Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit“ und Phase C „bei fehlender Rehaprognose“)
- Fehlende ambulante neuropsychologische Diagnostik und Therapie
- Fehlende Unterstützungsangebote für Angehörige

Dysfunktionale Leistungsbereiche - Lösungsmöglichkeiten

- Bis auf Ausnahmen fehlende ambulante, wohnortnahe Rehaangebote – flexible Angebote, z.B. Zusammenschluss von Leistungserbringern mit modularen Angeboten in Mittel- und Unterebenen in Kooperation mit niedergelassenen Ärzten und Kostenträgern (Modellversuch?, Integrierte Versorgung?)
- Mangelnde Intensität der ambulanten Heilmittelerbringung – vereinfachtes Verfahren für Praxisbesonderheiten, Öffnung der integrierten Versorgung für Modellprojekte
- Mangelnde Koordination der ambulanten Heilmittelerbringung – Case Management im Rahmen integrierter Versorgungsverträge
- Fehlende Angebote für Angehörige – Realisierung im Rahmen integrierter Versorgungsverträge

Dysfunktionale Leistungsbereiche – Lösungsmöglichkeiten

- Unzureichende Heilmittelerbringung im Pflegeheim (als Alternative zu stationärer Rehabilitation Phase B bei „fehlender Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit“ und Phase C „bei fehlender Rehaprognose“) – **gesonderte Berücksichtigung im Heilmittelkatalog, integrierte Versorgungsverträge**
- Fehlende ambulante neuropsychologische Diagnostik und Therapie – **Änderung des Psychotherapeutengesetzes, Anerkennung der Neuropsychologie als Ausbildungsgang**

Fazit: ein Großteil der problematischen und dysfunktionalen Versorgungsstrukturen können in Kooperation zwischen Leistungserbringern, Kassen und MDK im Rahmen integrierter Versorgungsstrukturen erheblich verbessert werden.

Integrierte Versorgung (§ 140 a ff. SGB V)



- Krankenkassen können Verträge über sektorenübergreifende oder interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung schließen
- Vertragspartner u.a. ambulante Leistungserbringer, Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen
- Die Verträge sollen eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung ermöglichen
- Qualitätsgesicherte, wirksame, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung
- 2004-2008 Anschubfinanzierung je 1% der KV-Gesamtvergütung und 1% der Krankenhausrechnungen

Modellvorhaben (§ 63f SGB V)



- Krankenkassen können Modellvorhaben zu Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten sowie zur Krankenbehandlung, die nach den Vorschriften dieses Buches (...) keine Leistungen der Krankenversicherung sind, durchführen oder vereinbaren.
- In Modellprojekten kann die Verordnung von Heilmitteln und Pflegemitteln delegiert werden.
- Die Modellvorhaben sind im Regelfall auf längstens 8 Jahre zu befristen.
- Die Krankenkassen und ihre Verbände können mit den in der Gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Leistungserbringern (...) Vereinbarungen über die Durchführung von Modellprojekten schließen.

Fazit zur Machbarkeit strukturierter Nachsorge:

Zwar ist SGB IX „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ kein Leistungsgesetz, aber SGB V „Gesetzliche Krankenversicherung“ bietet durchaus Möglichkeiten die Nachsorge und damit die Teilhabe hirnverletzter Menschen zu verbessern.

Generell sind es vertragliche Lösungen, die die Krankenkassen abschließen dürfen, jedoch nicht müssen.

Die Krankenkassen müssen veranlasst werden, hier aktiver zu werden (Umsetzung UN-BRK?)

Die Leistungserbringer müssen sich zusammenschließen und Konzepte der integrierten Versorgung bzw. Modellvorhaben entwickeln (Umsetzung UN-BRK?)

Die Erfahrungen mit der ambulanten Palliativversorgung zeigen, dass dies ein langer Weg ist.

Ziel: Teilhabemanagement für und mit Betroffenen mit chronischen ZNS-Schädigungen

Durch wen? In Frage kommen Neuropsychologen, Sozialarbeiter, Fachpflegekräfte

Profil:

- Problemfeldbezogen ausgebildet
- Zugehend – aufsuchend
- Neuro-psycho-soziale Kompetenz
- Individuell ausgestaltend
- Sozialräumig verfügbar
- Unabhängig von einem einzelnen Kostenträger
- Kompetenz für Schule, Ausbildung, Beruf
- Koordination von ambulanten Leistungen zur Teilhabe
- Koordination von Maßnahmen zur Entlastung der Familie

Organisation: In Anlehnung an Pflegestützpunkte?

Nationaler Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung des Übereinkommens der UN über die Rechte von Menschen mit Behinderungen

(Referentenentwurf 04/11, Auszüge aus 6.3 Prävention, Rehabilitation, Gesundheit und Pflege)

- Patientenrechtegesetz
- Barrierefreie Arztpraxen
- Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus
- Einheitliches Bedarfsfeststellungsverfahren
- Überprüfung und Evaluierung SGB IX (2013-2015)
- E-Strategie Persönliches Budget (Projektförderung)
- Analyse der Prozessketten beim persönlichen Budget und den Gemeinsamen Servicestellen
- Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe
- Stärkung der Gemeinsamen Servicestellen



Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit



