Mobile Rehabilitation für Menschen mit schweren Schädel-Hirn-Verletzungen und Erkrankungen des ZNS: das ideale Angebot für die Nachsorge?

Matthias Schmidt-Ohlemann

Rehabilitationszentrum Bethesda kreuznacher diakonie

Dt. Vereinigung für Rehabilitation

BAG Mobile Rehabilitation

Landesarzt für Körperbehinderte

Vortrag im Workshop 3 Neurologie und MoRe

Symposium MoRe

4.11.2011 Berlin Spandau, Johannesstift

Begriff der Nachsorge

In der kurativen Medizin:

- Nachuntersuchung nach Behandlungen, z. B. auf Rezidive, Komplikationen
- Nachbetreuung: Kontrollen, ggf. Nachjustierung der weiteren Behandlung
- Sozialmedizinische Nachsorge für Kinder mit schweren Erkrankungen (Case-Management wg. komplexer Versorgung und Überforderung sowie palliativmedizinisch)

In der medizinischen Rehabilitation:

- Maßnahmen zur Verbesserung der Nachhaltigkeit, d.h. Erhaltung und Sicherung der Rehaeffekte
- Verbesserung der Rehaeffekte beim Individuum
- Verbesserung der Teilhabe durch Beeinflussung von Kontextfaktoren
- Vgl. IRENA-Konzept der DRV

Definition der Rehabilitation

Die Definition der Rehabilitation findet sich im *technical report 668/1981* der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Dort heißt es:

„**Rehabilitation umfasst den koordinierten Einsatz medizinischer, sozialer, beruflicher, pädagogischer und technischer Maßnahmen sowie EInflussnahmen auf das physische und soziale Umfeld zur Funktionsverbesserung zum Erreichen einer größtmöglichen Eigenaktivität zur weitestgehenden Partizipation in allen Lebensbereichen, damit der Betroffene in seiner Lebensgestaltung so frei wie möglich wird.“**

BRK Art 26 Habilitation und Rehabilitation

„Die Vertragsstaaten treffen wirksame und geeignete Maßnahmen, namentlich auch durch Rückgriff auf Unterstützung durch andere behinderte Menschen, um behinderte Menschen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Teilhabe und Teilnahme an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren. Zu diesem Zweck organisieren, stärken und erweitern die Vertragsstaaten umfassende Habilitations- und Rehabilitationsdienste und -programme, insbesondere auf dem Gebiet der Gesundheit, der Beschäftigung, der Bildung und der Sozialdienste, dergestalt, dass diese Dienste und Programme

a) im frühestmöglichen Stadium beginnen und auf einer multidiziplinären Bewertung der individuellen Bedürfnisse und Stärken beruhen;

b) die Teilnahme und Teilhabe an der Gemeinschaft und an allen Aspekten des gesellschaftlichen Lebens unterstützen, freiwillig sind und behinderten Menschen so gemeindenah wie möglich, zur Verfügung stehen, auch in ländlichen Räumen.

……..“

Rehabilitation und Nachsorge sind unterschiedliche Begriffe und Konzepte

Nachsorge beinhaltet

- einzelne Aspekte der funktionellen Beeinträchtigungen, der Aktivitäten und der Teilhabe sowie der KF
- über einen längeren Zeitraum
- einzelne Maßnahmen
- ggf. auch Koordination und CM

Rehabilitation beinhaltet

- umfassende, komplexe auf vielfältige Beeinträchtigungen der funktionalen gesundheit (ICF) zielende Maßnahmen

Was benötigt der Mensch mit Verletzung oder Schädigung/Erkrankung des ZNS?

Nachsorge und Reha bei Menschen mit SHT

Der Schwerpunkt der Rehabilitation liegt nach dem Ereignis derzeit in der stationären Rehabilitation

Nach der stationären Rehabilitation verbleiben in hohem %-Satz bei schwer Betroffenen erhebliche Beeinträchtigungen. Dann gibt es folgende Optionen:

- Längere stationäre Reha
- Ambulante Reha
- Mobile Reha
- Phase E: Phase der beruflichen und/oder sozialen Eingliederung
- Und dann:
  - Phase F
  - strukturierte Nachsorge
  - ambulante Neuropsychologie
  - Unterstützte Kommunikation und AAL
  - Pers. Budget/Eingliederungshilfe
  - Assistenz
  - Case-Management
  - UK und AAL

- Heilmittel
- ambulante ärztliche Versorgung
- Hilfsmittel
- Pflege nach SGB XI, ggf. ergänzt nach SGB XII
- Rente

Die Rolle der Mobilen Rehabilitation

1. Sie schließt die Rehabilitation (im engen Sinne) auf der Ebene der Funktionen und Aktivitäten weitgehend ab (Fortführung von Behandlungsmaßnahmen und Intervallrehabilitation bleiben erforderlich)
2. Sie bewirkt die soziale Integration im häuslichen Umfeld
3. Sie bewirkt ein gutes pflegerisches und medizinisches Management im häuslichen Umfeld
4. Sie ermöglicht aushäusige Aktivitäten (mit o. ohne Hilfe)
5. Sie bahnt den Weg zur Beschäftigung/Tagesstruktur
6. Sie klärt finanzielle und leistungsrechtliche Zuständigkeiten
7. Sie koordiniert und fördert die weiteren Maßnahmen bzw. leitet sie ein, insbesondere Pflege, Assistenz, Eingliederungshilfe, pers. Budget.
8. Sie sichert die Überleitung in die Weiterbehandlung

d.h. sie sichert Rehabilitation, Nachsorge, Integration und Case.Management

Indikationen für neuroMoRe 1 (Konzept Bad Neuenahr)

Erhebliche Beeinträchtigungen der basalen Mobilitätsfunktionen durch Lähmung, Wahrnehmungs- und Koordinationsstörung z.B. der Rumpf- Kopfkontrolle und andere Störungen der Posturomotorik, der Gangfunktionen (Lokomotorik), die die Mobilisierung des Patienten im vertrauten Wohn- und Lebensumfeld erschweren, vitale Gefährdungen (Komplikationen) und hohen externen Pflegeaufwand verursachen und durch Maßnahmen der mobilen Rehabilitation verbesserbar – behebbar sind im Sinne einer positiven Rehabilitationsprognose.

kreuznacher diakonie

Indikationen für neuroMoRe 2 (Konzept Bad Neuenahr)

- Erhebliche Schädigung **kognitiver** Funktionen, z.B. der Wahrnehmung (awareness), der Aufmerksamkeitsleistungen, der Gedächtnisleistungen und Lernfähigkeit, der Orientierung der Planung und Durchführung von Handlungen /Exekutive) sowie
- comorbide Einschränkungen der Handlungsfähigkeit im Sinne eines Kompetenzverlustes (Sicherheitsleistungen, Selbstregulation),
- sofern Krankengeschichte und/oder bisheriger Behandlungsverlauf Anhaltspunkte bieten, dass ihre Ausprägung und Relevanz in fremder Umgebung zunehmen,
- eine vertraute und gewohnte Umgebung dagegen zur Besserung der neuropsychologischen Leistungsfähigkeit und damit zu einer positiven Rehabilitationsprognose führt.

Indikationen für neuroMoRe 3 (Konzept Bad Neuenahr)

- Erhebliche hirnorganisch bedingte Schädigungen **mentaler** Funktionen verhaltensbezogener Art wie Angst (incl. sturzassoziierte Angst), Störung der Verhaltensregulation und Selbstkontrolle, psychomotorische Unruhe und Agitiertheit, Hospitalismus, schwere Störungen des Schlaf-Wachrhythmus, Selbstgefährdung und
- psychische Comorbiditäten, die sich in fremder Umgebung verstärken, dort eine zusätzliche Pharmakotherapie notwendig machen oder eine gezielte Behandlung erheblich erschweren,
- sofern Krankengeschichte und/oder bisheriger Behandlungsverlauf Anhaltspunkte dafür bieten, dass eine Besserung dieser Symptome und die Sicherstellung der notwendigen Kooperationsbereitschaft des Patienten nur in der vertrauten Umgebung, z.B. durch die Wiederaufnahme gewohnter Tätigkeiten und Rückkehr in den vertrauten Alltag, möglich ist.

Indikationen für neuroMoRe 4 (Konzept Bad Neuenahr)

- Erhebliche Schädigung der Stimm-, Sprech- und Sprachfunktionen, z.B. durch Aphasie, Sprechapraxie und schwergradige Dysarthrophonie aber auch durch
- andere kognitiv bedingte Kommunikationsstörungen
- für die im gewohnten oder ständigen Wohnumfeld und bei Anwesenheit der Angehörigen/Bezugspersonen bereits Ansätze für Kompensations- und/oder Ersatzstrategien bestehen.

Anmerkung SchmO: Perspektiven für Kompensations- und/oder Ersatzstrategien einschl. Unterstützter Kommunikation bestehen

Indikationen für neuroMoRe 5 (Konzept Bad Neienahr)

- Erhebliche Schädigung der Seh- und Hörfunktion und sonstiger sensorischer Wahrnehmungs-Aufmerksamkeitsfunktionen (z.B. Patienten mit Blind- oder Taubheit, Neglect, Raumwahrnehmungsstörung), so dass das vertraute und angepasste Wohnumfeld zur Unterstützung und Förderung genutzt werden muss.

kreuznacher diakonie

Indikationen für neuroMoRe 6 (Konzept Bad Neuenahr)

- Rehabilitation von Neuropatienten mit Problemkeimbesiedung, die einrichtungsbezogen nur unter den Bedingungen von Isolation unzureichend rehabilitierbar sind (NeuroMoRe unter Beachtung der besonderen hygienischen Bedingungen (Schulung durch Hygienekraft)

Indikationen für neuroMoRe 7 (Bad Neuenahr)

- Erhebliche neurologisch bedingte Störungen von vegetativen Funktionen: z.B. Dysphagien (Aspirationsgefährdung) bei potentieller PEG-Ein- und Entwöhnung,
- Inkontinenzen mit potenzieller Möglichkeit der Kontinenzentwicklung durch neurourologische Rehabilitation und Überwindung von komplikationsträchtigen Urokathetern (ggfs. in Zusammenarbeit mit dem vorbehandelnden oder eines Konsiliarurologen) sowie
- weiterführende Neurorehabilitation unter neurologisch bedingter Heimbeatmung (z.B. motorische Systemerkrankung ALS)

Indikationsliste für die NeuroMoRe

NeuroMoRe kommt in Betracht in der Regel als Anschlussrehabilitation oder Heilverfahren (Muster 60-61) wenn sich Rehabilitationsbedarf aus schwerwiegenden, komplexen alltagsrelevanten Funktionsstörungen, Beeinträchtigungen und Komplikationen durch neurologische Erkrankungen und erworbene PNS- und ZNS-Schädigungen ergibt und sich eine positive Rehabilitationsprognose ableiten lässt, insbesondere bei

a) Folgen einer akuten gefäßbedingten Hirnfunktionsstörung (z.B. Schlaganfallfolgen)
b) Folgen eines akuten Schädel-Hirn-Trauma
c) Zustand nach Behandlung eines Hirntumors nach Abschluss der Primärbehandlung
d) Folgen einer Querschnittslähmung und anderer spinaler Erkrankungen bei akuter Verschlimmerung mit alltagsrelevanten und nicht vorübergehenden Beeinträchtigungen
e) Neurologischen Krankheitsbildern (Multiple Sklerose, amyotrophe Lateralsklerose, Myopathie, infantile Cerebralparese, Parkinson und anderen degenerative Hirnerkrankungen sowie Polyneuropathien, o.ä. bei fortgeschrittenen und schweren Erkrankungsformen oder –verläufen) bei akuter Verschlimmerung-Progression-Komplikation mit neu aufgetretenen alltagsrelevanten und nicht vorübergehenden Beeinträchtigungen.

Durchführung der neuroMoRe (Konzept Bad Neuenahr)

- Die Zahl der Behandlungstage beträgt in der Regel bis zu 20 (bzw. 40 Leistungseinheiten LE),
- pro Behandlungstag sind über die gesamte Maßnahme gesehen durchschnittlich 2 Leistungseinheiten am Patienten zu erbringen.
- Dabei darf die Therapiefrequenz 3 Behandlungstage in der Woche nicht unterschreiten.
- Die Leistungseinheiten werden vom mobilen Rehabilitationsteam erbracht.
- Eine Leistungseinheit am Patienten beträgt in der Regel 50 Minuten und umfasst alle durch Ärzte, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden-FOTT, Klinische Psychologen/ Neuropsychologen, Ernährungsberater und medizinische Sozialarbeiter erbrachten therapeutischen Interventionen inklusive der Maßnahmen der aktivierenden Reha Pflege.

Leistungsbegrenzungen (Konzept Bad Neuenahr)

- Die Ärzte des MRD können mit 0,5 Arztvollzeitstellen bis zu 300 LE (inkl Fahrt) pro Jahr am Patienten erbringen neben der übrigen Team, Teamkoordination- und Kooperationsarbeit und der Nachsorgekommunikation
- Die Therapeuten des MRD können mit 3,5 Therapeutenvollzeitstellen bis zu 2975 LE (inkl Fahrt) pro Jahr am Patienten verbringen neben der übrigen Vor- und Nach-, Team-, Organisations- und Dokumentationsarbeit des Rehaprozesses
- Das für die NeuroMoRe-Dienste vorgesehene Rehateam kann also bis zu 60 Patienten pro Jahr mit einem durchschnittlichen Therapievolumen von 50 LE pro Fall behandeln.

Personelle Ausstattung für 10 Patienten (= 60 Patienten pro Jahr mit durchschnittlich 50 Leistungseinheiten (LE) pro Therapiephase)
Ärztliche/therapeutische Ausstattung

Fachärzte	(0,5 VZ);
Ergotherapie	(1,05 VZ)
Physiotherapie / Physikalische Therapie	(1,05 VZ)
Krankenpflegefachkräfte	(0,5 VZ)
Logopädie	(0,5 VZ)
Sozialberatung	(mind. 0,2 VZ)
Psychologie	(0,2 VZ)
Diätassistenz	(0,1 VZ)
Gesamt	4,1 VZ

kreuznacher diakonie

Besondere Hinweise für die mobile neurologische Rehabilitation

0 Mobilisierung 0 Gelenkbeweglichkeit 0 Kraftaufbau
0 Lokomotorik 0 Posturomotorik 0 Tonusregulation
0 physikalische Maßnahmen 0 Gelenk-/Sturzschutz
0 Hilfsmittelschulung 0 Hilfsmittelanpassung 0 Rollstuhl-/Rollatortraining
0 alltagsrelevante basale Handlungsroutinen (ATL, Selbstversorgung)
0 Selbsthilfetraining 0 Belastungserprobung 0 Aktivierung
0 Teilhabesicherung
0 Wahrnehmungstraining 0 kognitive Behandlung
0 affektive Behandlung 0 Schmerzreduktion 0 Krankheitsbewältigung
0 Logopäd. Diagnostik 0 Sprech-Sprachtherapie 0 Soziale Kommunikation
0 Schlucktraining-FOTT 0 Ernährungberatung
0 Rehapflegehilfsmittel 0 Rehapflegeplan 0 RehaPflege
0 Behandlungspflege 0 Schienen 0 Lagerungstechniken

kreuznacher diakonie

Besondere Hinweise für die neuroMoRe (Bad Neuenahr)

0 Katheterentwöhnung o SPK o TUK o PEG o TS

0 Wohnungsanpassung 0 Sozialrechtl. Beratung

0 Psychosoziale Beratung 0 Berufliche RehaMassnahmen

0 Angehörigenberatung 0 Patientenschulung

0 Überleitung in Nachsorgekonzept

0 Besondere umweltbezogenen Kontextfaktoren

Welche?.....

0 Besondere patientbezogenen Kontextfaktoren Welche?

.....

0 FIM-ATL 18 motorisch kognitiv:

0 Barthel/Frühreha-Barthel:

Nachsorge

Tab. 2 Verteilung nach Vorschlägen für nachfolgende Maßnahmen im Jahre 2003 – Auszug ([6], S. 162)

Gewichtsreduktion	151 625	20,2%
spezielle Nachsorge	110 785	14,7%
Psychotherapie	96 791	12,9%
Funktionstraining	74 971	9,9%
diagnostische Klärung	67 733	9,0%
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben prüfen	67 539	8,9%
Nikotinkarenz	60 218	8,0%
Heil- und Hilfsmittel	49 728	6,6%
Alkoholkarenz	48 580	6,5%
Selbsthilfegruppe	44 586	5,9%
Rehabilitationssport	43 259	5,8%
stufenweise Wiedereingliederung	40 968	5,4%
Vorstellung Suchtberatung	18 793	2,5%
Operation	10 162	1,4%
stationäre Behandlung	10 055	1,3%
ambulante Reha Sucht	9 875	1,3%
sonstige Anregungen	403 451	53,6%
keine Vorschläge	78 504	10,4%
keine Aussage möglich	16 588	2,2%

Sitzen – ein neurologisches Problem?

Sitzen (einen bettlägerigen „Dauerpflegefall“ muss es heute nicht mehr geben!!)

Voraussetzungen für ein Sitzen im mobilen Stuhl von 3 bis 6 Stunden :

- Keine Schmerzen
- Stabiler Kreislauf
- Kein Toilettengang erforderlich
- Transfers gesichert
- Vorbeugung Decubitus
- Facilitierung von Bewegungen
- Signalgeber und Notruf vorhanden
- Keine Unterbrechung von PEG/O2 Gabe
- Möglichkeiten für eigenes Handeln und Beteiligung sind gegeben

Kommunikation – ein neurologisches Problem?

Kommunikation

Für jeden nichtsprechenden Menschen ist eine Kommunikationsstrategie zu entwickeln, die dem Betroffenen aktive, eindeutige, differenzierte und personenunabhängige, verständliche Äußerungen gestattet.

Dazu gehört obligatorisch die Umsetzung des Konzeptes der Unterstützten Kommunikation (UK), d.h. z.B.:

Systematische Nutzung von Mimik, Gebärden, also körpernaher Kommunikationsmittel
Nichttechnische Kommunikationshilfsmittel
Technische Kommunikationshilfsmittel
Herstellung geeigneter Kommunikationssituationen
Basale Stimulation und Kommunikation für Schwerstbehinderte
Anpassung und Entwicklung unter Einbezug des gesamten sozialen Umfeldes

Nicht selten stellt sich heraus, dass unter Nutzung der UK die Diagnose: Geistige Behinderung sich als falsch erweist und keine geistige Behinderung vorliegt

Personenkreis mit Bedarf an Unterstützter Kommunikation und technischen Hilfen

Insbesondere solche Menschen mit Behinderungen,

- **die sich nicht oder nur stark eingeschränkt mittels natürlicher Lautsprache mitteilen können**
- **die unter anderen zentralbedingten Einschränkungen des Umgangs mit Sprache leiden, z.B. deren Sprachverständnis eingeschränkt ist**
- **die wegen seelischer oder neuropsychologischer Behinderungen nur eingeschränkt kommunizieren können, therapeutisch begleitend auch Mutismus und Autismus**
- **die nicht schreiben oder lesen können**
- **die sich nicht oder nur stark eingeschränkt, auch nicht mit herkömmlichen Hilfsmitteln fortbewegen können, um z.B. in frei gewählten Situationen zu kommunizieren**
- **die keinen aktiven Einfluss auf ihr unmittelbares Umfeld nehmen können, einschließlich Wohnumfeld**
- **die krankheitsbedingt herkömmliche Schreib- und Kommunikationshilfen nicht oder nur unter Gesundheitsgefährdung bedienen können**

UK und Rehabilitation

UK kann eine umfangreiche interdisziplinäre Maßnahme sein, die alle Kriterien für eine Rehamaßnahme erfüllt und neben der Kommunikation auch alle Steuerungsfunktionen sowie Kulturtechniken betrifft.

UK ist z. Zt. nur bei wenigen Maßnahmen eigenständiger Bestandteil oder gar Hauptangebot einer Rehamaßnahme. Dies gilt insbesondere für Kinder- und Jugendliche aber auch für Erwachsene mit erworbenen Schädigungen.

Menschen mit ALS, Cerebralparese, Muskelerkrankungen und Schlaganfall sowie SHT haben ohnehin kaum Chancen auf eine stat. med. Maßnahme

Es ist offen, ob der Bedarf im Rahmen stationärer med. Rehamaßnahmen gedeckt werden soll. Es spricht mehr dafür, diesen durch regional verfügbare Beratungsstellen decken zu lassen

Förderung der Teilhabe und Inclusion durch Konzepte der Teilhabesicherung

Aus der Lanzeitbetreuung von Pflegebedürftigen im Rahmen der Eingliederungshilfe haben wir das Konzept der Teilhabesicherungskonzepte (TSK) entwickelt, dass wesentliche Reha-Strategien aufnimmt und auf die Ermöglichung von Teilhabe trotz u. U. schwerer Pflegebedürftigkeit zielt.

TSK bestehen aus einem problem- und lebensbereichsbezogenen Ziel-, Methoden und Maßnahmenkatalog, der individuell modifiziert unter Beachtung der Kontextfaktoren unter Nutzung rehabilitationsmedizinischen Wissens entwickelt und zur Anwendung gebracht wird und eine strukturierte Problembewältigung mit dem Ergebnis verbesserter Aktivitäten und Teilhabe ermöglicht.

Teilhabesicherungskonzepte (1)

1. Ermöglichung des ggf. mehrstündigen Sitzens im Sinne der Teilhabe am Leben im konkreten Wohnumfeld, ggf. mit in der Häuslichkeit benutzbaren und akzeptierten Hilfsmittel

2. Ermöglichung von Sitz, Mobilität und Pflege durch an die Wohnumgebung und die Assistenzpersonen angepasste Transfertechniken bzw. Hilfsmittel.

3. Ermöglichung von Kommunikation durch Verwendung von im konkreten persönlichen und gesellschaftlichen Umfeld angepassten, erprobten und akzeptierten Kommunikationsstrategien und Kommunikationshilfsmitteln bei eingeschränkter expressiver und rezeptiver Sprache

4. Ermöglichung der im sozialen Kontext akzeptierten Ernährung bei orofazialer Dysfunktion unter Förderung der Kompetenzen des sozialen Umfeldes bei Zubereitung und Nahrungsaufnahme (Schlucktraining) ggf. einschließlich der Akzeptanz veränderter Essensgewohnheiten

5. Bewältigung der Inkontinenz mit dem Ziel der (ggf. relativen) Kontinenz einschließlich Hilfsmittel, Management, Toilettengang und Toilettentraining im häuslichen Umfeld

6. Optimierte Lokomotion, d.h. eigenständige Beweglichkeit ggf. mit Hilfsmitteln zur Lagerung und Bewegung von ort zu Ort einschließlich Anleitung zur Eigenübung, Kontrollkompetenz

Teilhabesicherungskonzepte (2)

7. Sicherstellung der Mobilität in Wohnung, Nachbarschaft, naher Stadt und Fernbereich.

8. Sonstige Aktivitäten des täglichen Lebens (selbstständig, mit Hilfe, mit Hilfsmitteln, ggf. Kontrollkompetenz, im konkreten Kontext)

9. Strategien zur Bewältigung eingeschränkter Sinnesfunktionen, u. a. zur Orientierung, Kommunikation, Kulturtechniken, soziale Teilhabe, ggf. mit Hilfsmitteln

10. Förderung der Belastbarkeit und Handlungskompetenz im konkreten, individuellen Alltagsleben, insbesondere der Handlungsplanung, der Ausführungskontrolle, der Verantwortlichkeit und der Selbstständigkeit im eigenen häuslichen Umfeld

11. Optimierung der Möglichkeiten der Steuerung (Hilfsmittel) mit dem Ziel der Umfeldkontrolle

12. Ermöglichung des Lernens, der Wissensanwendung und Förderung der kognitiven Funktionen einschließlich Gedächtnis, Konzentration, Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit etc. speziell im Hinblick auf die alltäglichen praktischen Lebensvollzüge im häuslichen Umfeld

13. Ermöglichung eines selbstgesteuerten Schmerzmanagements unter häuslichen Bedingungen

14. Bewältigung psychischer Probleme, Erkennung, Behandlung, Bewältigung psychiatrischer oder psychosomatischer Komorbiditäten, insbesondere im sozialen Kontext

Teilhabesicherungskonzepte (3)

15. Bewältigung von Atmungsproblemen, u. a. bei Schluckstörungen, rez. Infekten, COPD, Unterbeatmung, Sauerstoffgabe, intermittierende oder dauerhafte Beatmung in häuslicher Umgebung

16. Vermeidung und Bewältigung von Hautschäden (z. B. Dekubitus, Infektionen) im alltäglichen Leben unter Beibehaltung möglichst hoher Mobilität und Teilhabe einschließlich der Hilfsmittelnutzung im Wohnumfeld

17. Praktische Ermöglichung und Förderung der Ausübung von Kulturtechniken im Alltag

18. Ermöglichung relevanter Beschäftigung im Alltag einschließlich solcher Aktivitäten, die dem Betroffenen Bedeutung geben können

19. Ermöglichung einer Tagesstruktur, ggf. durch Nutzung von Angeboten der Senioren- oder Eingliederungshilfe

20. Förderung und Stabilisierung des sozialen Netzes durch Information, Beratung, Stützung, Beseitigung von Begegnungshindernissen, Erschließung des öffentlichen Raumes (z. B. Gaststätten)

Teilhabesicherungskonzepte (4)

21. Information und Kontakt zu Organisationen der Selbsthilfe, ggf. Selbstorganisation

22. Ermöglichung und Förderung eines fachgerechten, teilhabefördernden medizinischen Managements bei Pflegebedürftigkeit, interkurrenten Erkrankungen oder Komplikationen der Grunderkrankungen in der eigenen Häuslichkeit durch das primäre und sekundäre soziale Netz

23. Ermöglichung und Förderung der Beantragung und Organisation sozialstaatlicher Leistungen unter den konkreten häuslichen Bedingungen u. a. als bedarfsgerechter Hilfemix

24. Stützung und Beratung der Bezugspersonen

25. Förderung des regionalen sozialraumbezogenen sekundären sozialen Netzwerks.

26. Ermöglichung von Kontrollkompetenz und Souveränität im Hinblick auf die Gestaltung der Pflegeverrichtungen, die alltäglichen praktischen Lebensvollzüge, die Zeit und die Assistenz

27. Förderung, Ermöglichung konstanter persönlicher Beziehungen und eines stabilen, angstfreien offenen, freundlichen Umfeldes mit verlässlichen Partnern, Bezugspersonen

TSK Lokomotion Transfer

Beispiel: Ziel: Transfer über den Stand durch eine vertraute Person.

Zu erarbeitende Teilziele:

- **Belastbarkeit der Füße (Schuhe/Socken/Schienen, Orthesen, OP, Botox)**
- **Bewältigung der Angst bei Betroffenem und Assistenten**
- **Transfers unter Nutzung kinästhetischer Prinzipien**
- **Ausreichende Streckfähigkeit der Knie- und Hüftgelenke**
- **Angemessene Transfer-Hilfsmittel (Bedienung durch eine Person), notfalls auch ohne Stand**
- **Anpassung sonstiger Hilfsmittel (Bett, Rollstuhl etc.)**
- **Schmerzbewältigung**
- **Attraktiver Zustand nach Transfer**
- **Stabiler Kreislauf**
- **Sturzprophylaxe**

Zusammenfassung Thesen

1. Vorsicht bei der Verwendung des Begriffes Nachsorge als pauschalisierender Begriff für alles, was nach der stationären Reha kommt, weder fachlich noch leistungsrechtlich angemessen!
2. Viele Patienten benötigen Mobile Rehabilitation als Rehabilitationsleistung! MoRe muss ein regelhaftes regionales Angebot sein!
1. Viele Patienten benötigen eine Rehaphase E: aktive und unterstützte medizinische, berufliche und soziale Leistungen zur Inklusion
2. Einige Patienten benötigen eine Rehaphase F
3. Weitere Leistungsangebote z. B.
    1. ambulante Neuropsychologie
    2. Unterstützte Kommunikation und AAL
    3. Medizinische Zentren für erwachsene menschen mit Behinderung
    4. Pers. Budget/Eingliederungshilfe/ Assistenz
    5. Case-Management
    6. Stationäre Kurzzeitmaßnahmen
    7. Tagesstruktur