

Wohnortnahe Rehabilitation und Nachsorge von Menschen mit erworbenen Hirnverletzungen

Wolfgang Fries

Praxis für
interdisziplinäre neurologische Komplexbehandlung
und Nachsorge

Pasinger Bahnhofplatz 4, 81241 München

tel 089 - 89 60 680, fax 089 - 89606822

e-mail: fries@neuroreha-fries.de

Medizinische Rehabilitation: „Change we need“

Medical Rehabilitation: “Change we need”

Autor

H. Raspe

Institut

Institut für Sozialmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck

Schlüsselwörter

- ▷ Rehabilitation
- ▷ Evidenzbasierung
- ▷ neue Rehaformen

Key words

- ▷ rehabilitation
- ▷ evidence base
- ▷ innovative rehabilitation services

Zusammenfassung

Die medizinische Rehabilitation in Deutschland braucht Veränderung. In dem Beitrag werden Schwachstellen des derzeitigen Versorgungssystems und Veränderungspotenziale aufgezeigt. Wichtige Punkte sind ein aktiveres Finden nach bislang unerkanntem Rehabedarf sowie die Umsetzung von problemfokussierten, flexiblen Programmen. Entscheidend aber ist die Schaffung einer besseren Evidenzbasis für die Wirksamkeit von Rehabilitation in Deutschland.

Abstract

Medical Rehabilitation in Germany needs change. Weaknesses of the present care system are pointed out, and the potential for change is explored. The latter implies a more active search for rehabilitation need and the implementation of problem-focussed, flexible programmes. Above all, better evidence for the effectiveness of the German rehabilitation system is crucial.

Die Rehabilitation

Zeitschrift für Praxis und Forschung in der Rehabilitation



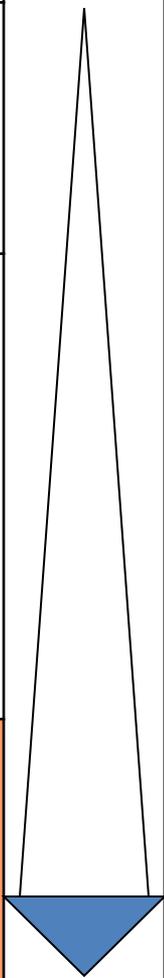
Schwerpunktthema
• Versorgungsmodelle
in der medizinischen
Rehabilitation – neue
Belunde und Konzepte

• jetzt neu gelistet im Science
Citation Index Expanded

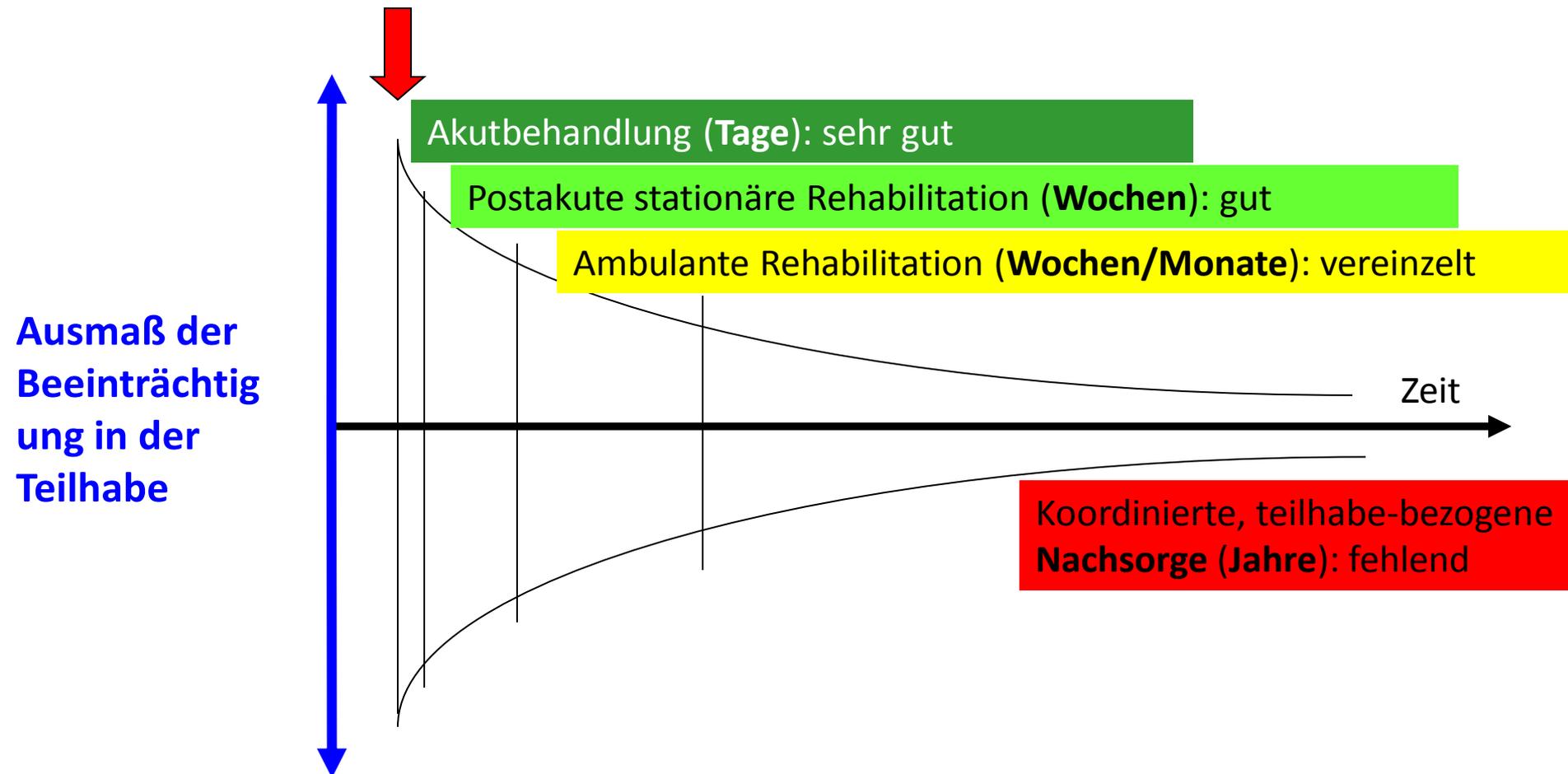
Thieme

Phasenabhängigkeit der Rehabilitations-Ziele

REHA-Stufen	Phasenmodel	Grad der Autonomie	Ziele
Früh-REHA	B	biologische Autonomie (Förderung lebenserhaltender Strukturen und Funktionen)	Unabhängigkeit von Maschinen und dauernder Pflege
stationäre REHA ambulante/teilstationäre REHA	B C D	funktionelle Autonomie (Förderung von Funktionen und Aktivitäten [ADL´s, Schlucken, Toilettenfähigkeit Selbstversorgung, Mobilität, Kommunikationsfähigkeit])	Unabhängigkeit von Pflege und ständiger funktioneller Hilfestellung
Wohnortnahe ambulante REHA und Nachsorge	D E	soziale Autonomie (Förderung der Teilhabe an Gesellschaft und Beruf)	Unabhängige Lebensführung in der sozialen Gemeinschaft



Rehabilitative Versorgung im Verlauf nach erworbener Hirnschädigung



Versorgungsrealität:

**nur ca. 1/3 der als außerhäuslich
gefähig entlassenen
Schlaganfall-Patienten verlassen
das Haus**

(Lord, S., Mc Pherson, K., Mc Naughton, H., Rochester, L., Weatherall, M. (2004). Community Ambulation After Stroke: How Important and Obtainable Is It and What Measures Appears Predictive? Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 85, 234 – 239)



Versorgungsrealität:

**Bei 21% der Patienten
verschlechtert sich die Mobilität
1-3 Jahre nach Schlaganfall**

(van de Port IG, Kwakkel G, van Wijk I,
Lindeman E. (2006) Susceptibility to
deterioration of mobility long-term after
stroke: a prospective cohort study. Stroke.
37:167 - 171)



Versorgungsrealität: Fußgänger in Berlin nach einem Schlaganfall

Anforderungen im Straßenverkehr
und in der U-Bahn

S. Hesse^{1,2} · A. Welz² · E. Aßmann² · B. Quentin² · A. Waldner³
Nervenarzt 2009 · 80:953–958

❖ geforderte Ganggeschwindigkeit an
Ampeln: mind. 0,47 m/sec (+/- 0,15)

Eine Ganggeschwindigkeit von minimal 0,47 m/s (0,66 m/s) verfehlten 54,7% (68,7%) der Experimental- und 73,4% (82,8%) der Kontrollpatienten am Ende der Studie [12].



Versorgungsrealität: Fußgänger in Berlin nach einem Schlaganfall

Anforderungen im Straßenverkehr
und in der U-Bahn

S. Hesse^{1,2} · A. Welz² · E. Aßmann² · B. Quentin² · A. Waldner³
Nervenarzt 2009 · 80:953–958

❖ 26% der U-Bahnhöfe haben keinen Lift
oder Rolltreppe und erfordern die
Bewältigung von 26 Stufen im Mittel.

Von den 156 Pati-
enten der DEGAS waren zum Zeitpunkt
des Follow-ups 6 Monate nach Ende der
Intervention 39,9% in der Lage, mindes-
tens ein Stockwerk auf- und abzustei-
gen [12].



Hindernisse und Schwierigkeiten für die ambulante Rehabilitation:

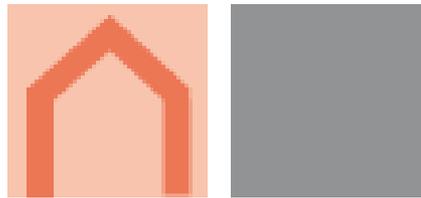
- **Zu geringe Verbreitung**
 - Nur 7% (DRV) bis 10% (GKV) der Rehabilitationsleistungen werden ambulant erbracht
 - > 22.000 **stationäre** REHA-Betten/ ca. 1.800 **ambulante** REHA-Plätze
 - In Bayern ist die Mehrzahl der ambulanten ERHA-Einrichtungen wohnortfern angesiedelt. Z.B. gibt es im Großraum München (> 2 Mio. Einwohner) **keine** zugelassene **ambulante REHA** der DRV und GKV
- **Unterfinanzierung**
 - Verhältnis Leistungsanforderung BAR-Rahmenempfehlungen/Entgelte [120 €]
 - Fahrtkosten

Hindernisse und Schwierigkeiten für die ambulante Heilmittelerbringung:

- **Unqualifizierte Verordnung**
 - „ZNS-KG“

- **Keine Teilehabe-Orientierung**
 - z.B. finden 80% der Behandlungen in der Physiotherapiepraxis im Liegen oder Sitzen statt (Hesse S, Staats M, Bestmann A, Lingnau M. Ambulante Krankengymnastik von Schlaganfallpatienten zu Hause. Vorläufige Ergebnisse über Umfang, Inhalt und Effektivität. Nervenarzt 2001; 72: 950–954)

- **Unterfinanzierung**



PRAXISLEITFADEN

Strategien zur Sicherung der Nachhaltigkeit
von Leistungen

zur medizinischen Rehabilitation

Aufgaben und Ziele der Rehabilitation (4, SGB IX)

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



„unabhängig von der Ursache der Behinderung“

Bio-psycho-soziales Modell der ICF

Gesundheitsproblem

(Gesundheitsstörung oder Krankheit, ICD)

Körperfunktionen
und -strukturen

Aktivitäten

Teilhabe

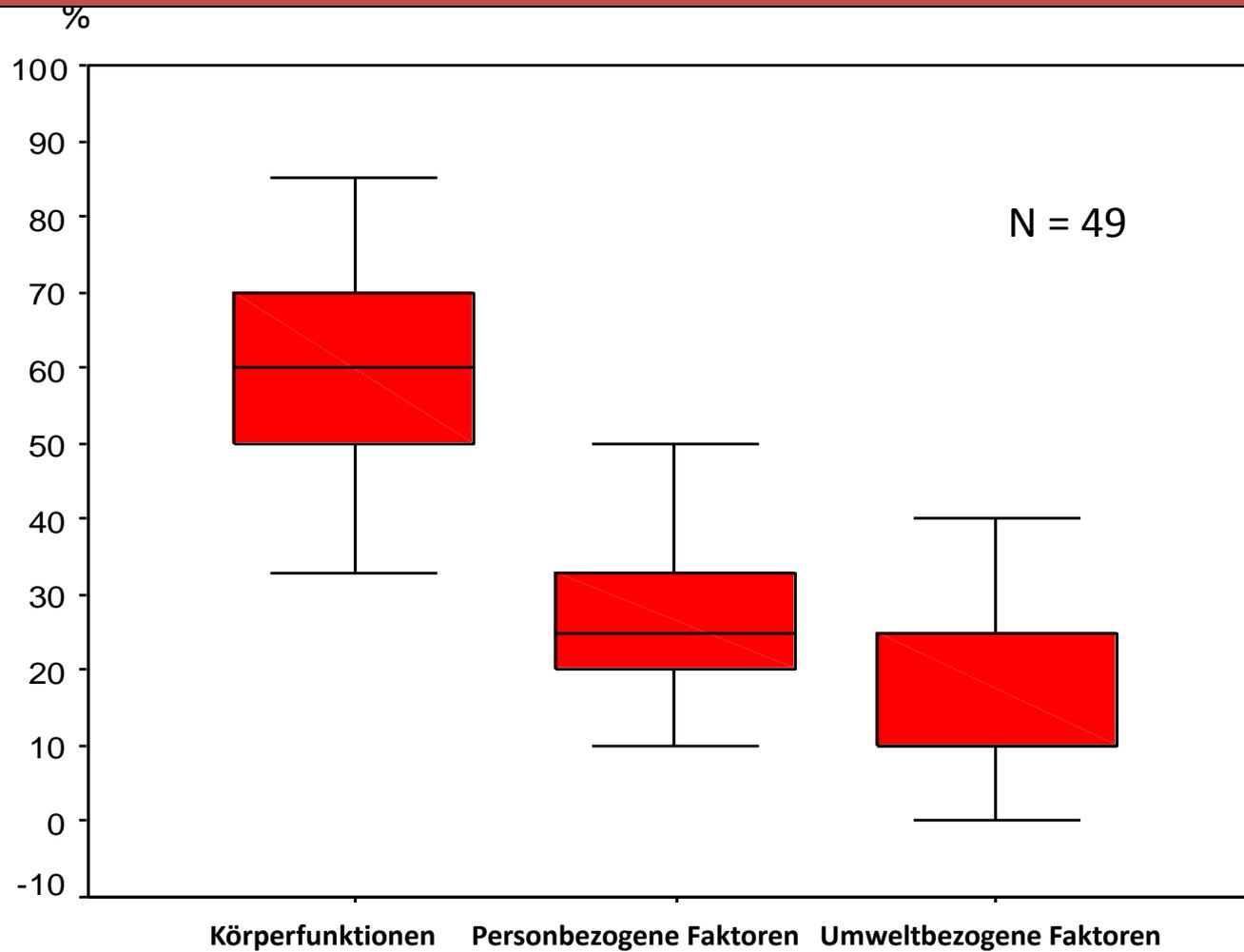
Umweltfaktoren

- Produkte und Technologien
- Umwelt
- Unterstützung und Beziehungen
- Einstellungen
- Dienste, Systeme,
Handlungsgrundsätze

personbezogene Faktoren

- Alter, Geschlecht
- Ausbildung
- Motivation
- Lebensstil
- Adaptivität/Coping
- Komorbidität

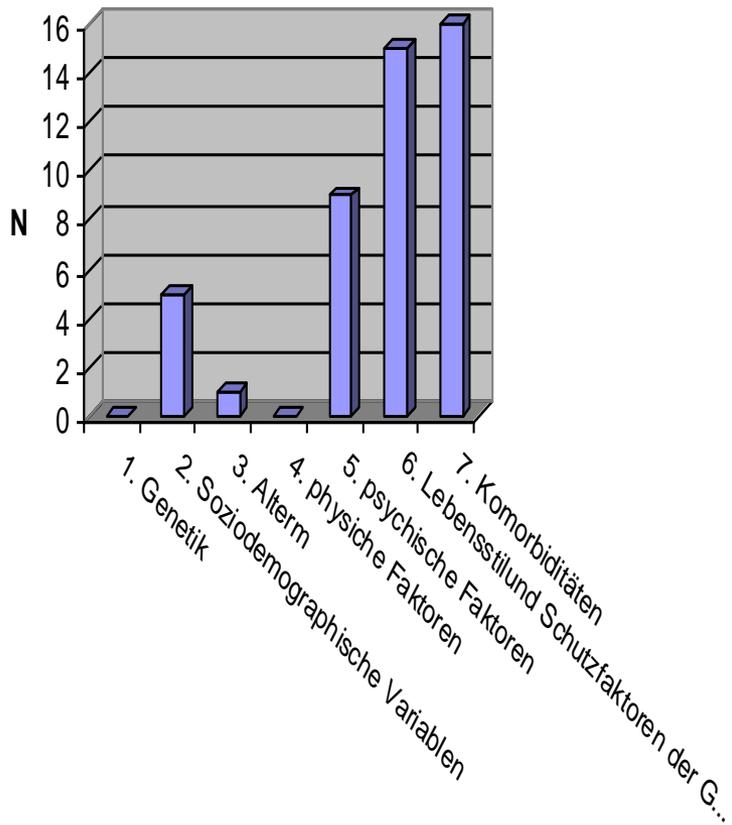
Anteile der Komponenten der Gesundheit an der Beeinträchtigung der Teilhabe



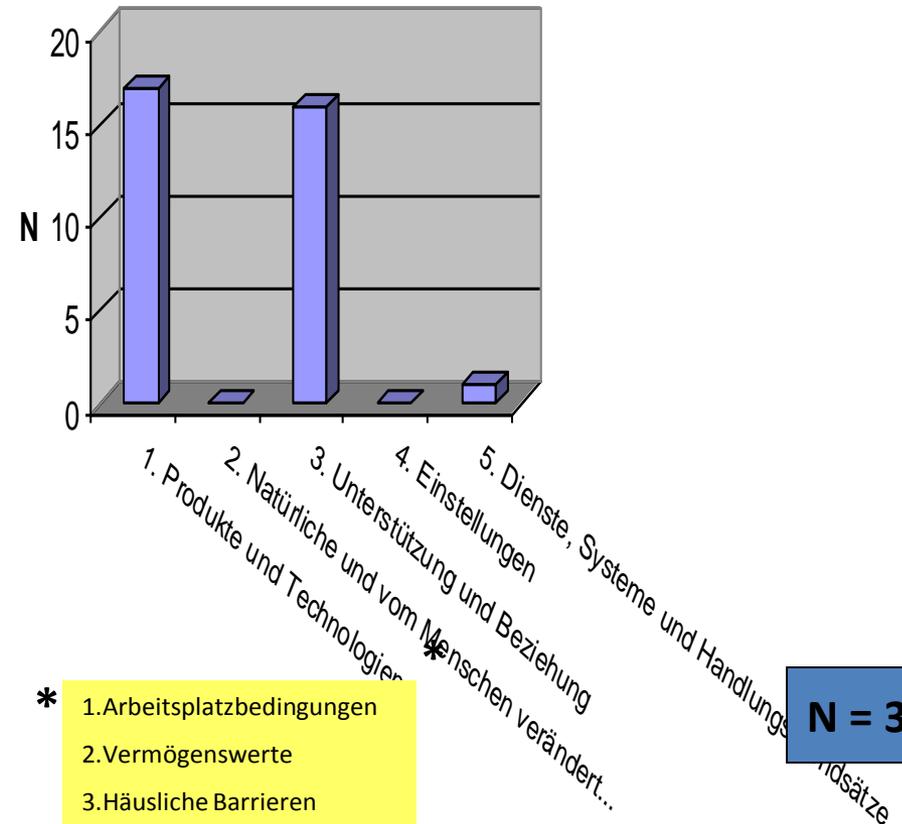
Körperfunktionen Personbezogene Faktoren Umweltbezogene Faktoren

Verteilung der Kontextfaktoren

Personbezogene Kontextfaktoren



Umweltbezogene Kontextfaktoren



N = 38

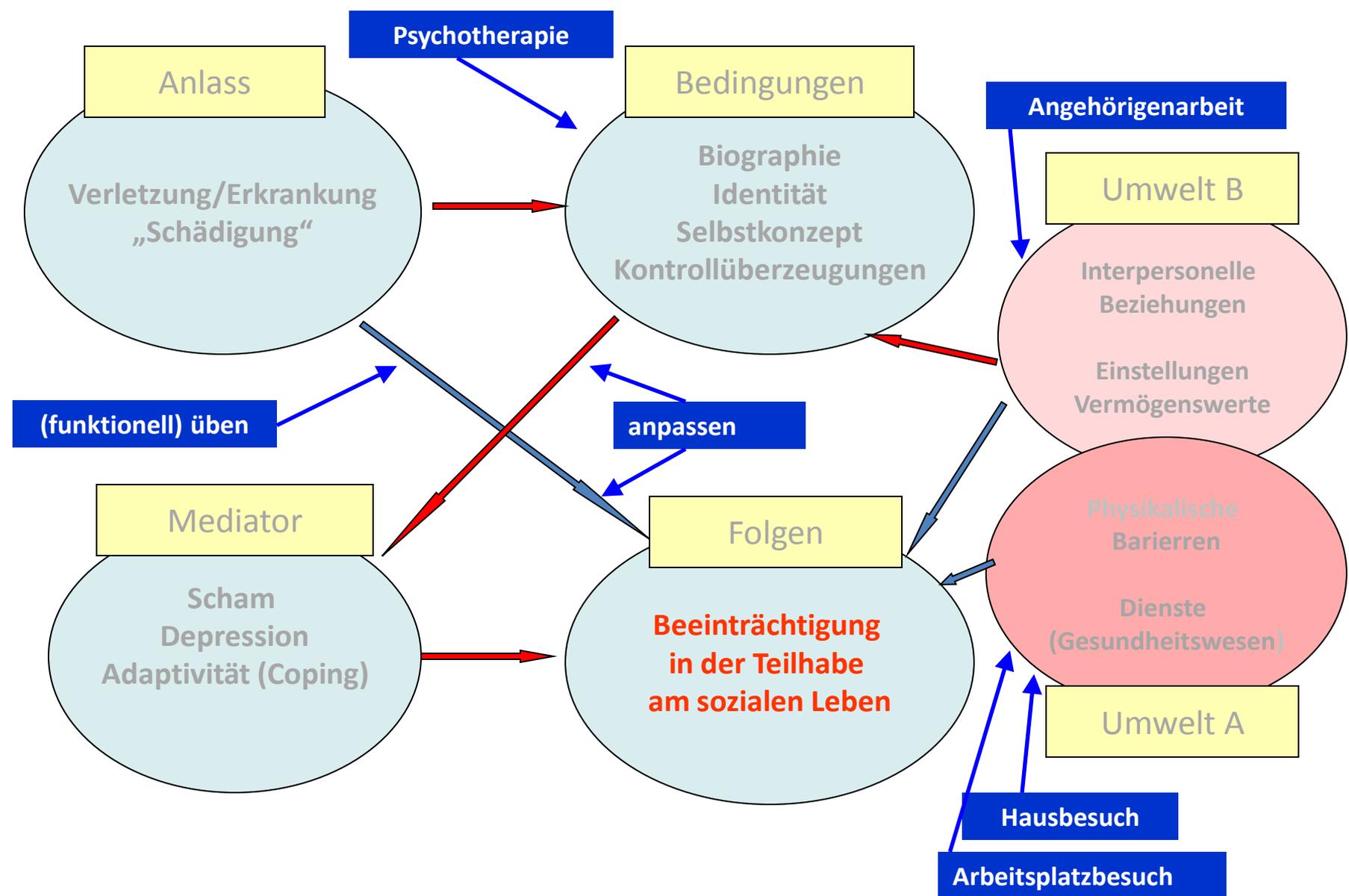
Interaktion der bio-psycho-sozialen Faktoren der Behinderung nach erworbener Hirnschädigung



Interdependente Faktoren der Behinderung nach erworbener Hirnschädigung

An welcher Stelle und wie therapieren?

Bio-psycho-soziale Therapieansätze in der ICF-bezogenen Rehabilitation



Mögliches Therapie-Outcome in der ambulanten wohnortnahen Rehabilitation

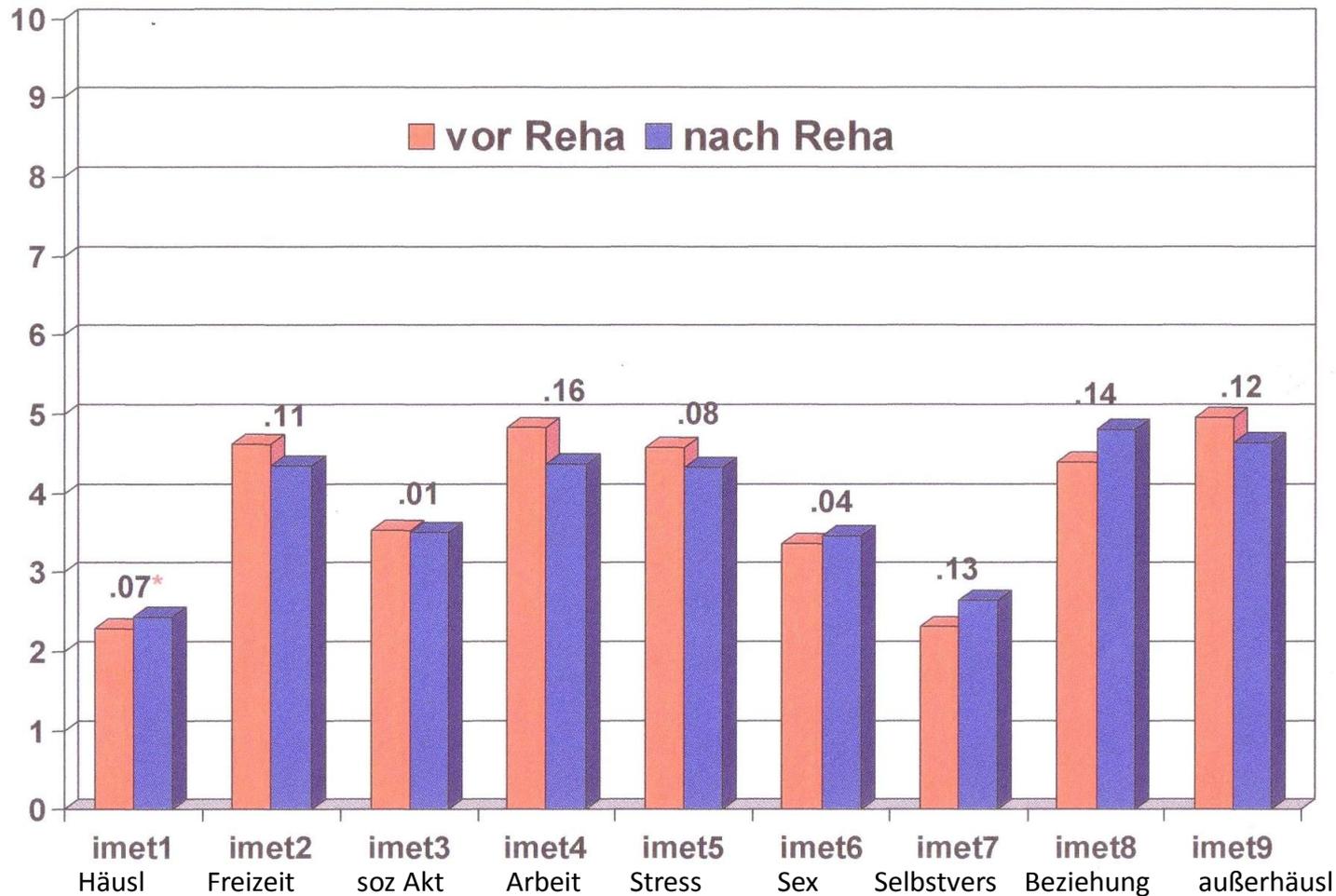
Funktionalität	Aktivität	Kontext	Teilhabe
+	+	+	+
-	+	+	+
+	-	-/+	-
+	+	-	-
-	-	-	-

Veränderungen in der Teilhabe (IMET)

Dr. R. Deck, Institut für Sozialmedizin, Uni Lübeck

3 REHA-Kliniken

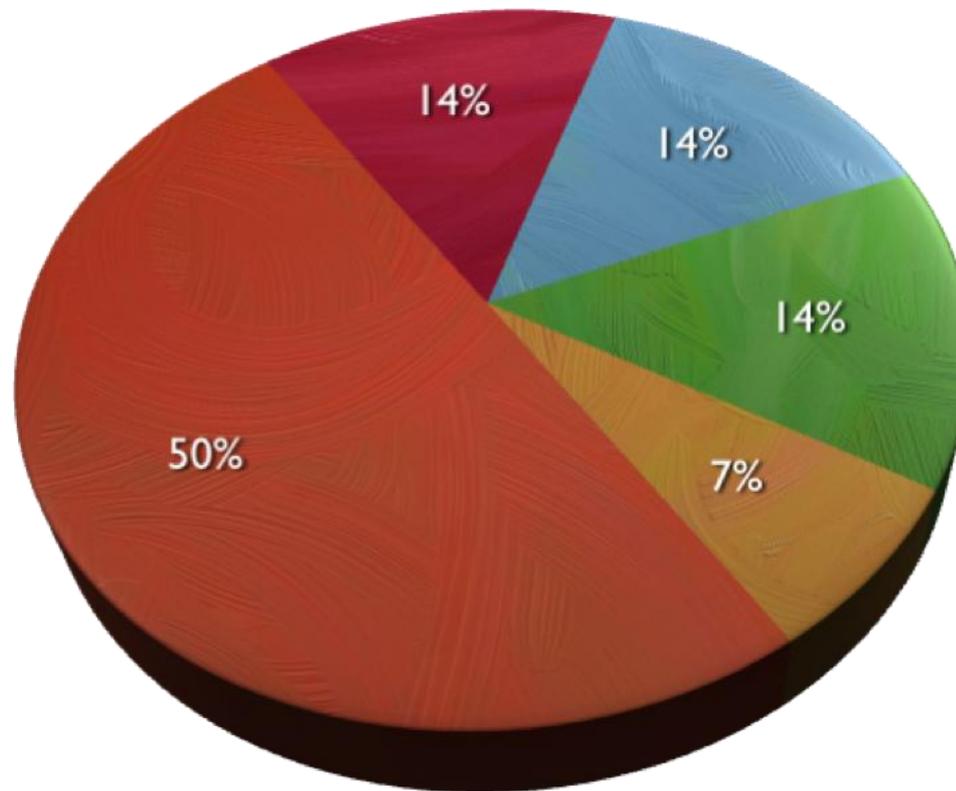
Gesamt, N=175



Index zur Messung der Einschränkungen der Teilhabe (IMET)²

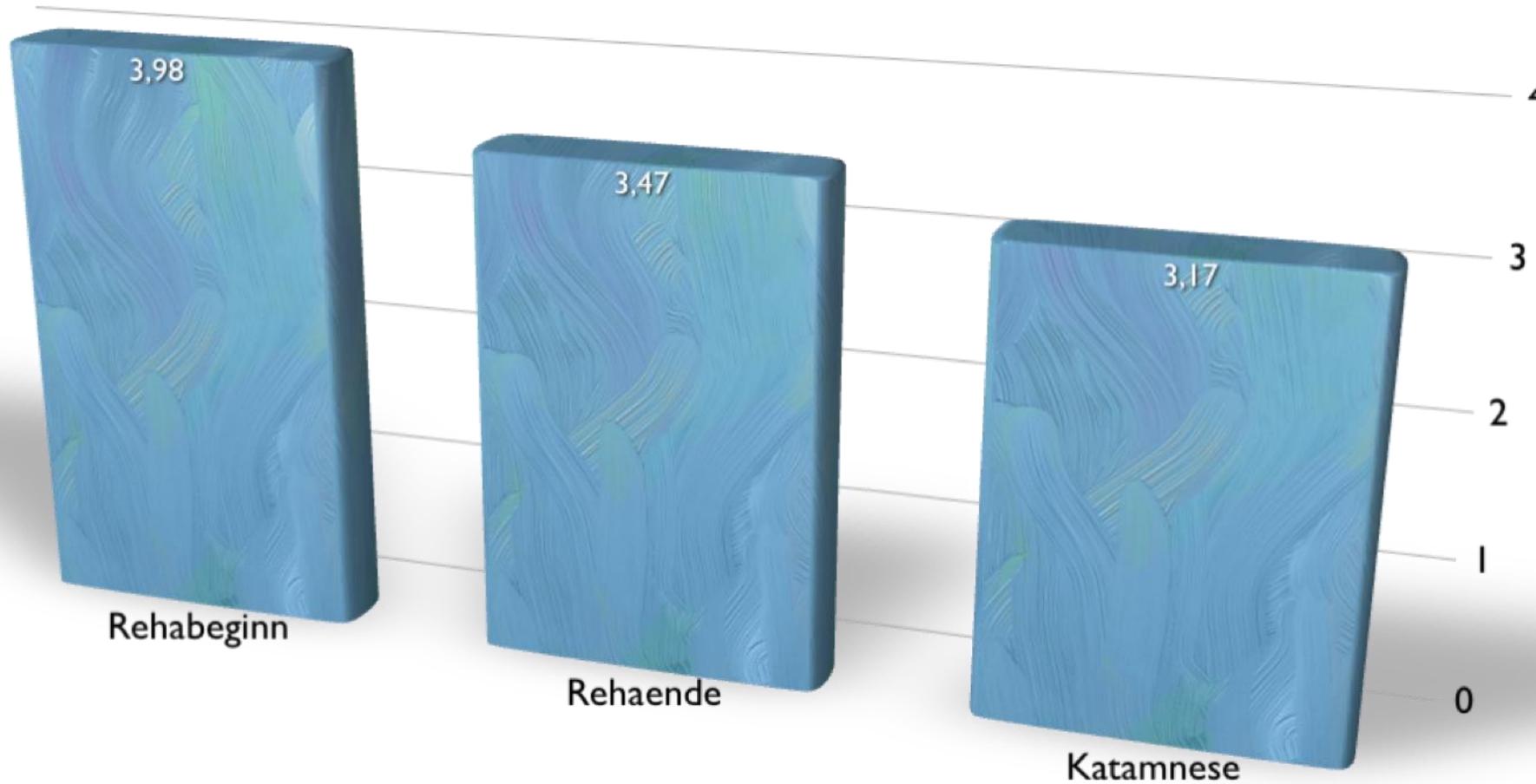
1	familiäre und häusliche Verpflichtungen Tätigkeiten, die das Zuhause oder die Familie betreffen. Er umfasst Hausarbeit und andere Arbeiten rund um das Haus bzw. die Wohnung, auch Gartenarbeit	Sexualleben Häufigkeit und die Qualität des Sexuallebens	6
		übliche Aktivitäten des täglichen Lebens Tätigkeiten wie z.B. Waschen, Ankleiden, Essen, sich im Haus Bewegen, etc.	7
2	Erholung und Freizeit Hobbys, Freizeitaktivitäten und Sport, Urlaub	enge persönliche Beziehungen Eingehen und Aufrechterhalten enger Freundschaften, Partnerschaften, Ehe	8
3	soziale Aktivitäten Zusammensein mit Freunden und Bekannten wie z.B. Essen gehen, besondere Anlässe, Theater- oder Kinobesuche, etc.	Erledigungen außerhalb des Hauses z.B. Einkäufe, Amtsgänge, Bankgeschäfte auch unter Benutzung üblicher Verkehrsmittel	9
	4	tägliche Aufgaben und Verpflichtungen alltägliche Aufgaben und Verpflichtungen wie z.B. Arbeit, Schule, Hausarbeit	
5	Stress und außergewöhnliche Belastungen z.B. familiäre Auseinandersetzungen und andere Konflikte sowie außergewöhnliche Belastungen im Beruf und am Arbeitsplatz		

- PNP/Polyradikulopathien
- Neurogene Kompressions-/Schmerzsyndrome
- ICB
- Ischämie
- chronisch entzündliche Erkrankungen



Beeinträchtigung der Teilhabe (IMET) - Schlaganfallpatienten (ICB + Ischämie)

■ Gruppenmittelwerte



Fazit:

Ambulante Rehabilitation und
Nachsorgekonzepte wie das

Haus zweites Leben

müssen
flächendeckend verfügbar sein,
wenn Rehabilitation nachhaltig
sein soll.



Herzlichen Glückwunsch!

Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit