

Ambulante neurologische Rehabilitation



Dr. med. Corina Kiewewalter, Vorsitzende des BVANR

Ltd. Oberärztin, Neurologische Klinik und Reha-Zentrum prosper am Knappschaftskrankenhaus Bottrop

Inhalt des Vortrags:

- Ambulante neurologische Rehabilitation
- BVANR
- Studie Strukturen in der ambulanten Neurorehabilitation
- Studie Ergebnisqualität in der ambulanten wohnortnahen Neurorehabilitation
- Reha-Zentrum prosper (Fallbeispiele)

Ambulante neurologische Rehabilitation in Deutschland

- Die bewilligten Leistungen zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung sind von 2005 – 2011 um 24 % gestiegen – ca. 967000 Maßnahmen (1,7 Mio. Anträge)
- Anteil neurologischer Rehabilitationsmaßnahmen beträgt ca. 4-6 %
- Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen machen inzwischen 13 % aller medizinischen Reha-Leistungen aus.

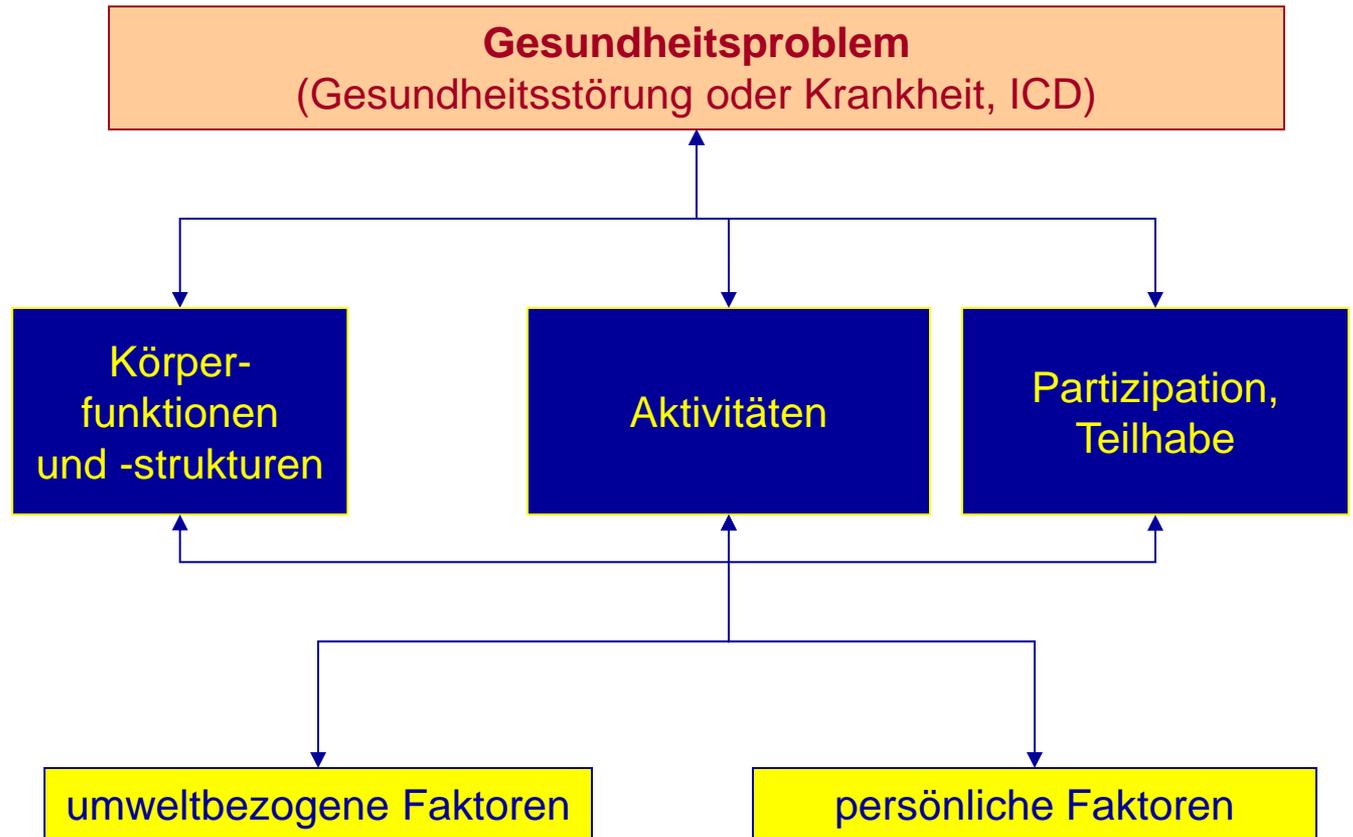
Bio-psycho-soziales Modell der ICF

WHO-Weltgesundheitsorganisation, deutsches Sozialrecht

Ätiologie,
Pathologie,

Funktionale
Gesundheit

Kontext-
faktoren



Rehabilitation zur sozialen, speziell zur beruflichen Re-Integration

Worum geht es?

Paradigma
TEILHABE

INKLUSION
UN-BRK : Artikel
26 Habilitation
und
Rehabilitation
und Artikel 27
Arbeit

Umsetzung von SGB IX (2001) und UN-Behindertenrechtskonvention (2009)

Umsetzung des Teilhabe-Inklusions-Rechtes des Betroffenen in REHA-Angebote

NeuroReha nach einer Hirnschädigung
Ort der REHA

Phase

„idealer“

1. biologische Autonomie

$A > B$

stat

2. funktionelle Autonomie
und/oder amb

$B > C > D$

stat

3. soziale Autonomie (Integration)

$D > E$

amb vor-Ort

Prinzipien der ambulanten Neurorehabilitation mit dem Ziel der Teilhabe

Ganzheitlichkeit: individuelle medizinische, psychische und soziale Aspekte

Strukturvorteil im Sozialraum

Fokussierung besonders auf soziale Integration (Teilhabe an Arbeit/Gemeinschaft)

Ergebnismessung auf Teilhabeebene

REHA-Team erhält Verantwortung für das Teilhabeergebnis

Empowerment Selbstbestimmung – Selbstverantwortung, Ressourcen fördern, Hemmungen abbauen

Teamprozess > Befunderhebung – integrative Planung – Abstimmung der Ziele

Rückmeldung > Zielanpassung > Überleitung in Nachsorge

Individualisierung und Flexibilisierung von therapeutischen Leistungen
mono-oder multiprofessionelle Leistungserbringung nach individuellem Bedarf
bedarfsabhängig hoch- oder niederfrequent (täglich bis 1x pro 4 Wo)

ICF Kontextfaktoren - Rahmenbedingungen der Rehabilitation

Interne Kontextfaktoren / persönliche Faktoren

- Flexibilität / Anpassungsfähigkeit
 - Störungswahrnehmung - Awareness
 - Autonomiebestreben / Motivation
 - Depressivität und Angst, Scham
 - Reizbarkeit, Aggressivität und Unruhe
 - Resilienz / Coping / Prämorbider Anpassungsstil
-
- Akzeptanz der Störung und Behinderung
 - Selbsteinschätzung der funktionellen Kapazitäten und der Arbeitsfähigkeit
-
- Reha-relevante Nebendiagnosen (z. B. Schmerz, Multimorbidität und Schwäche, psychiatrische Störung)
 - Krankheitsgewinn (sek. und prim.)

ICF Kontextfaktoren – Rahmenbedingungen der Rehabilitation

Externe Kontextfaktoren / umweltbezogene Faktoren

- Hilfsmittelversorgung
- Wohnsituation / Änderung/Anpassung?
- Soziales Netz - Beziehungen
- Angehörigenbefähigung

- Regionale Mobilitätsbedingungen

- Arbeitsverhältnis Arbeitgeber / Kollegen
- Arbeitsplatz (Arbeitsplatzbesuch?, Hilfsmittel- , Arbeitsplatzanpassung?)
- Integrationsdienste
- Assistenz

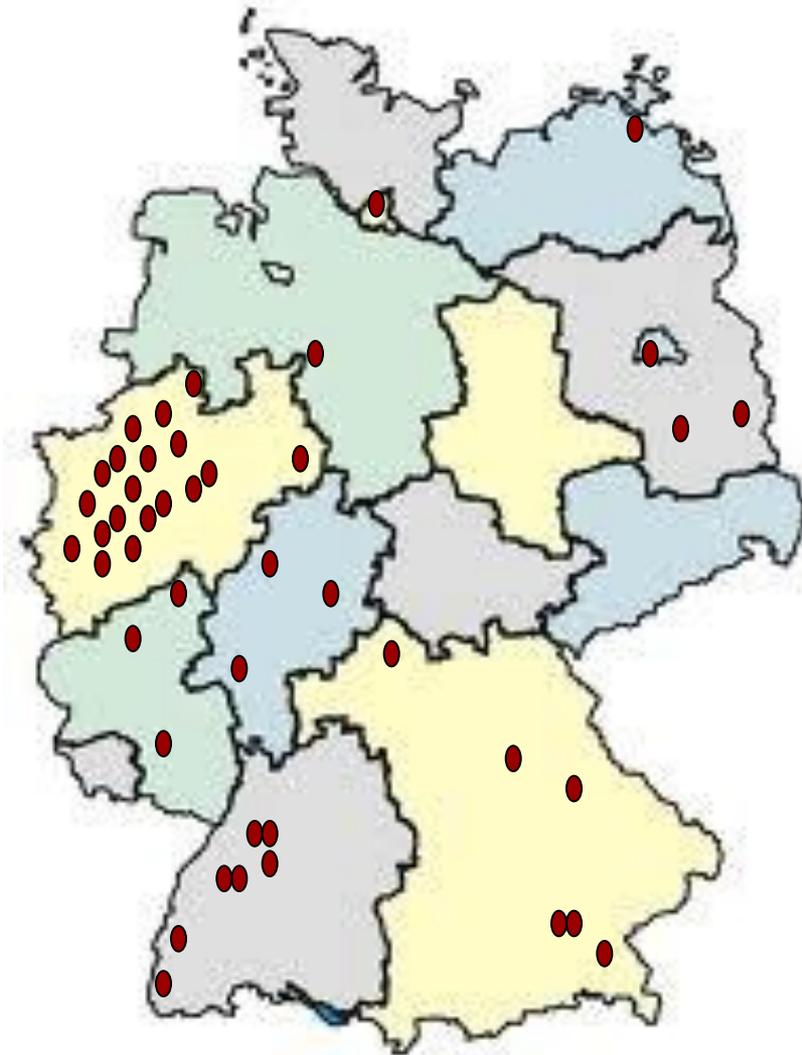
- Sozialrechtliche Kompetenz
- Versicherungssituation
- Wirtschaftliche Situation



- ca. 80-100 ambulante Reha-Einrichtungen in Deutschland
- davon sind 44 Mitglied im BVANR
- der BVANR wurde 2003 gegründet
- Sitz in Krefeld (NRW)
- ehrenamtlicher Vorstand

Ziele des BVANR e.V.

- Der Zusammenschluß unserer Einrichtungen erfolgte, um die Kommunikation zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern zu fördern und um die Konzepte der wohnortnahen neurologischen Rehabilitation weiterzuentwickeln
 - Dachverband für die einzelne Einrichtung und für regionale Einrichtungsnetze, Arbeitsgemeinschaften und Projektgruppen, die sich mit der wohnortnahen neurologischen Rehabilitation beschäftigen.
- > langfristig soll ein flächendeckendes Angebot erreicht werden



- Einrichtungen an Krankenhäusern
- Verbundeinrichtungen mit mehreren Standorten
- „Einzelkämpfer“ (GmbH)

Phase E Rehabilitation

- Rahmenempfehlungen der BAR

Phase E als Brücke zur Inklusion

Vervollständigung des Phasenmodells der neurologischen Rehabilitation:

- **Nachgehende Rehabilitationsleistungen und berufliche Rehabilitation**

Inhaltliche Ausgestaltung der Rehabilitation nach Abschluß der stationären oder ambulanten Rehabilitationsbehandlung

(Mögliche Instrumente: Belastungserprobung; WfbM für MeH)

- SGB IX
- SGB V § 40 und §42.3

Mobile Rehabilitation

- Chance für Schwerbetroffene und Pflegeabhängige
- Chance für unsere Gesellschaft

aufsuchende Sonderform der ambulanten Rehabilitation
im Lebensumfeld (in der Wohnung und im Heim)

seit 2 Jahren im Sozialrecht geregelt (SGB V §40.1)

> Anspruch des Patienten

Festlegung von „Regeln“ durch die Kostenträger

Bisher an wenigen Standorten zugelassen: Ahrweiler, Karlsruhe, Bad Kreuznach, Marburg, Woltersdorf, Bremen, Chemnitz, Berlin-Spandau (BAG MoRe)

Kooperationen des BV ANR

- Neurologisch-nervenärztliche Berufsverbände BVDN, BDN
 - ZNS-Netzwerke
- Deutsches Institut für Qualität in der Neurologie (DIQN)
 - ICD-Problem
- DGN (Kommission Heilmittel)
 - Heilmittelrichtlinie im GBA
- Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP e.V.)
 - Ambulante Neuropsychologie
- Bundesverband NeuroRehabilitation (BDN e.V.- und darüber DGNR)
 - Präsenz im GF-Vorstand
 - Kostenkalkulation Prognos
- Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR)
 - Phase E, Bundeskongress sozialräumige Versorgung
- Arbeitsgemeinschaft Teilhabe: Rehabilitation, Nachsorge und Integration nach Schädelhirnverletzung
 - Nachsorgekongresse
- Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Reha (BAG MoRe)
 - Konzept und Implementierung
- Bundesverband ambulanter medizinischer Rehabilitationseinrichtungen (BamR e.V.)
 - informell
- Kooperation mit Patienten- und Angehörigenverbänden

DGNER-Jahrestagung Fürth 2012

Strukturen und Prozesse in der ambulanten Neurorehabilitation

Dominik Pöpl¹, Ruth Deck², Paul Reuther^{1,3}



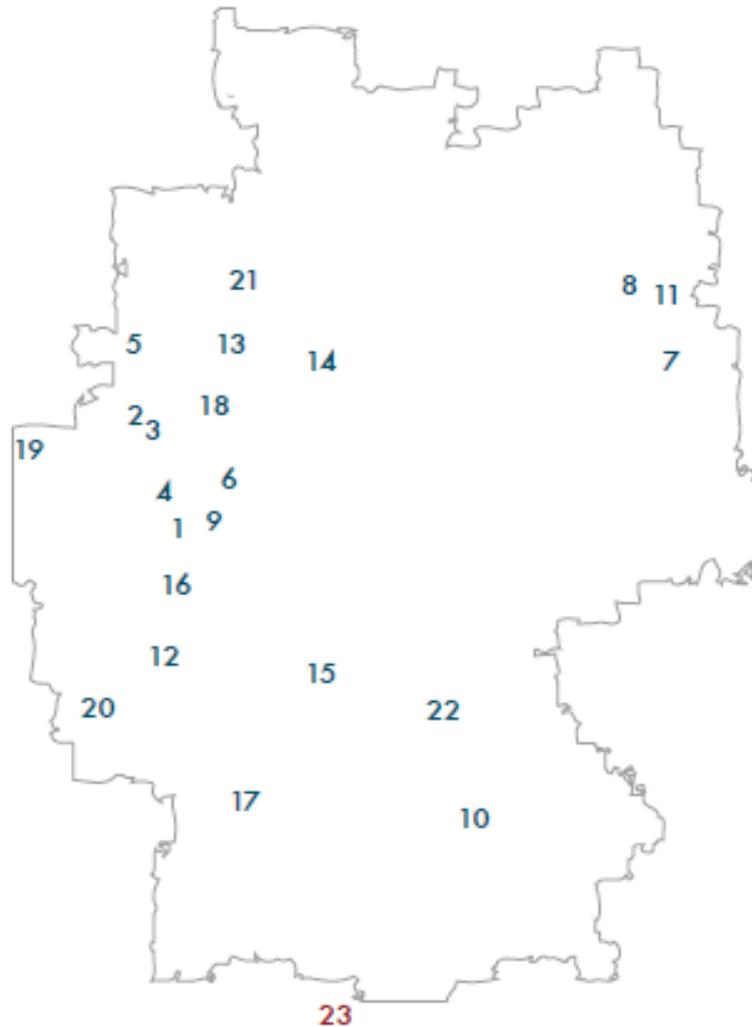
Neurologische
Therapie RheinAhr
Zentrum für Rehabilitation,
Eingliederung und Nachsorge



UNIVERSITÄT ZU LÜBECK



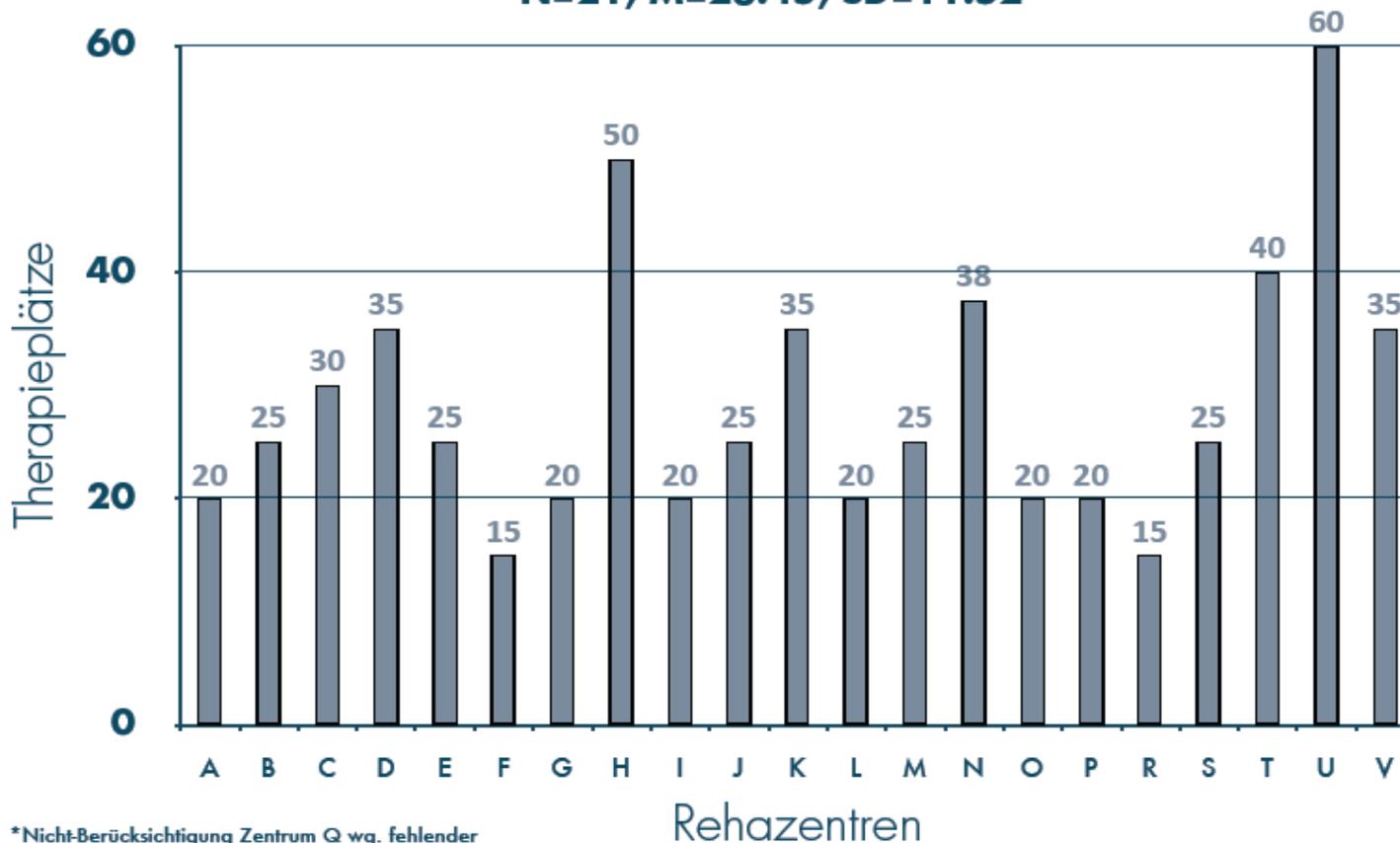
BV ANR e.V.
Bundesverband ambulant-
teilstationäre Neurorehabilitation



- 1 ANR Bonn
- 2 Zentrum für ambulante neurologische Rehabilitation am Alexianer Krankenhaus Krefeld
- 3 ANR Neuss -savita GmbH
- 4 Neurologisches interdisziplinäres Behandlungszentrum (NiB) Köln
- 5 Ambulante Neurologische Rehabilitation ANR - LVR-Klinik Bedburg-Hau
- 6 Ambulantes Therapiezentrum der RPP GmbH Gummersbach
- 7 Reha Vita GmbH Cottbus
- 8 Zentrum für ambulante Rehabilitation Berlin
- 9 Sieg Reha GmbH Mittelstraße Hennef
- 10 Praxis für ambulante neurologische Komplexbehandlung Prof. Dr. med. Wolfgang Fries
- 11 Reha-Tagesklinik im Forum Pankow GmbH & Co. KG
- 12 Ambulantes Reha-Zentrum Hunsrück-Kastellaun
- 13 Reha-Zentrum prosper am Knappschafts-Krankenhaus Bottrop
- 14 reha bad hamm
- 15 Median Klinik NRZ Wiesbaden
- 16 Neurologische Therapie RheinAhr
- 17 Neuro-Reha Marbach a.N. - Ganztägige neurologische und neuropsychologische Rehabilitation
- 18 Sanitätshaus Lang GmbH Dinslaken
- 19 NRK Aachen
- 20 ZANR Kaiserslautern
- 21 ZaR Münster
- 22 Fachklinik Herzogenaurach
- 23 SMO Neurologische Rehabilitation Bregenz

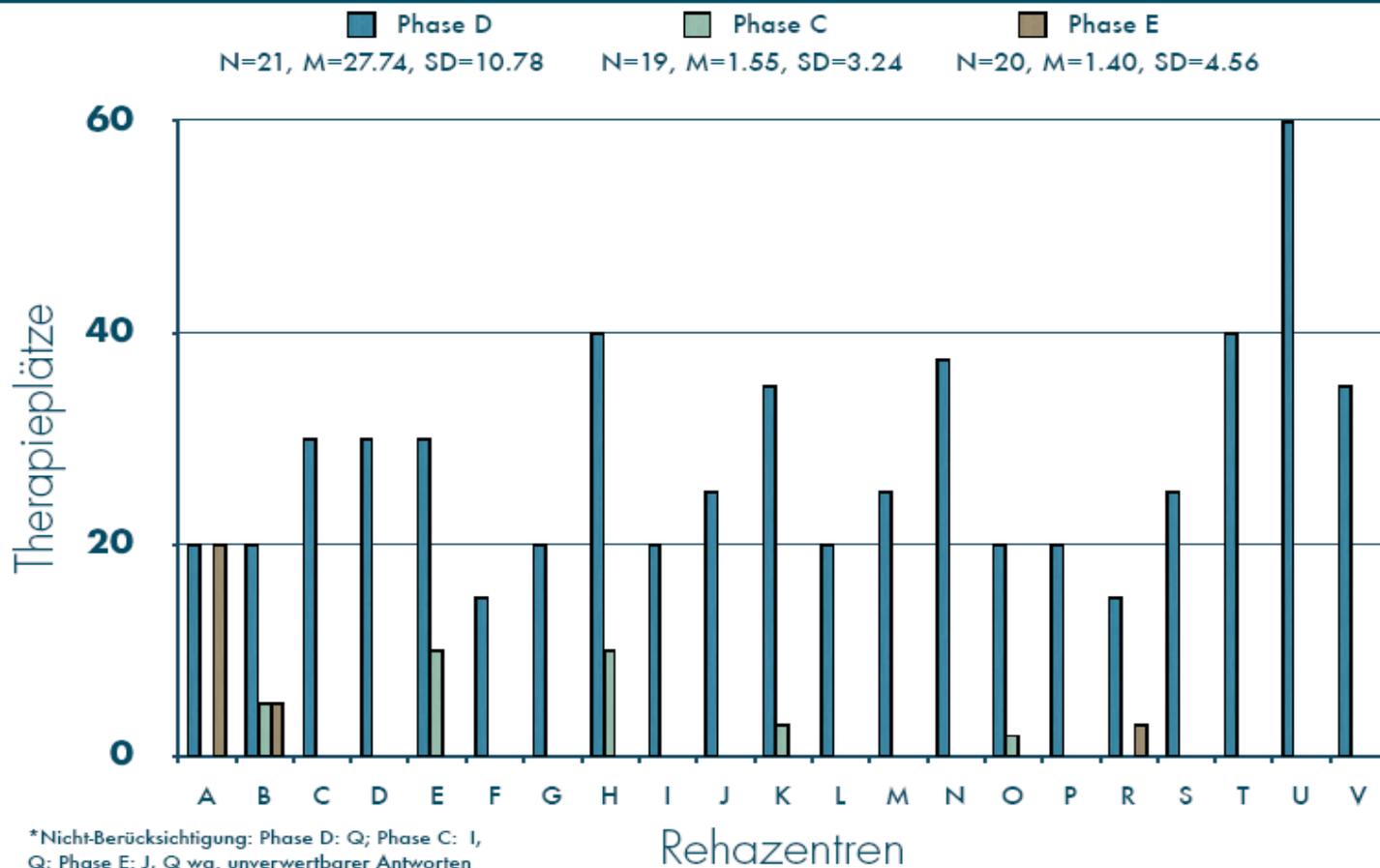
Therapieplätze Gesamt

N=21, M=28.45, SD=11.52

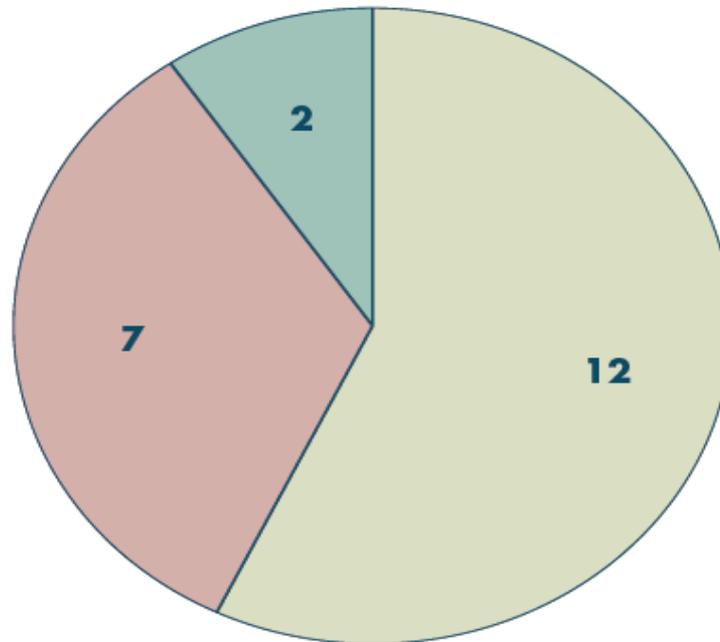


*Nicht-Berücksichtigung Zentrum Q wg. fehlender Differenzierung zwischen Indikationen

Therapieplätze nach Rehaphasen

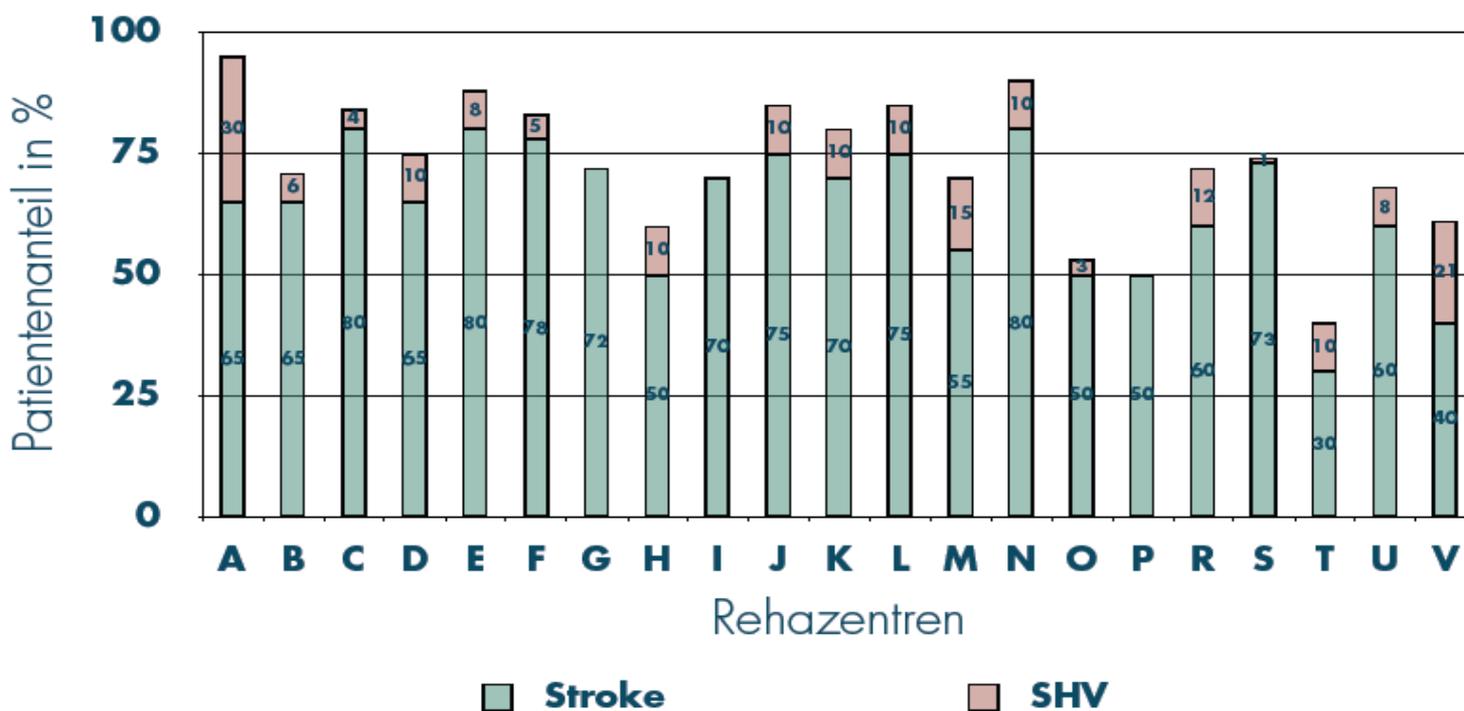


Einzugsbereich



-  **Großstadt-Ballungszentrum/ über 250.000 Einwohner**
-  **städtischer Bereich/bis 250.000 Einwohner**
-  **ländlicher Bereich-Flächenversorgung/bis 150.000 Einwohner**

Verhältnis Schlaganfall und Schädel-Hirn-Verletzung zu allen neurol. Patienten in %



* fehlende Angabe Stroke und SHV bei Zentrum Q sowie fehlende Angabe SHV bei Zentrum I

Ergebnisqualität in der wohnortnahen ambulanten NeuroRehabilitation

unter besonderer Berücksichtigung des sozialgesetzlich verankerten Rehabilitationsauftrages zu Teilhabe und selbstbestimmter Lebensführung

Eine **multizentrische Beobachtungsstudie** mit 1 Jahres Katamnese



Studieninfos

Art der Studie	multizentrische Beobachtungsstudie
Indikation	Schlaganfall und Schädel-Hirn-Trauma
Teilnehmer	17 ambulante neurologische Rehazentren Befragung von 30-40 konsekutiv aufgenommenen Rehabilitanden je Einrichtung
Messzeitpunkte	4 = Rehabeginn und -ende sowie Katamnese (4 und 12 Monate)
Vorbereitung	Erhebung von Prozess- und Strukturdaten in teilnehmenden Einrichtungen
Ethikvotum und Datenschutz	Medizinische Fakultät der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald / Ärztammer Rheinland-Pfalz
Finanzierung	Eigenanteil und Förderung durch die ZNS - Hannelore-Kohl-Stiftung
Zeitplan	Studienvorbereitung seit Dezember 2010 Erhebungsbeginn April/Mai 2012 Erhebungsende in dem Einrichtungen Oktober-Dezember 2012 Katamnese bis Januar 2014 Auswertung/Schriftlegung bis Mitte 2014

Ziele

1. Untersuchung von **Rehabilitationseffekten** in der wohnortnahen ambulanten Neurorehabilitation **über mehrere Messzeitpunkte**
2. Der Versuch eines **Vergleichs zwischen** Effekten in den teilnehmenden **Rehabilitationszentren** (Benchmarking)
3. Untersuchung des **Einflusses** von internen und externen **Kontextfaktoren** sowie Impairmentbeeinträchtigung **auf Aktivitäten und Teilhabe** der Rehabilitanden
4. **Identifikation fördernder oder hemmender Faktoren** (Mediatoren- und Moderatorenanalyse)
5. Analyse **objektiver und subjektiver Outcomeparameter** über die Zeit

Stand der Datenerhebung (29.7.2013)

Teilnehmer	455
Nicht-Teilnehmer	127 überhöhter Wert
Messzeitpunkte	prä: abgeschlossen post: abgeschlossen Katamnese 4 Monate: $356/447 = 79,6 \%$ Katamnese 12 Monate: $81/153 = 52,9\%$ (vorläufiger Wert)
Finanzierung	kostendeckend

Aufnahmekriterien

- Diagnose Schlaganfall oder Schädel-Hirn-Trauma
- Phasen D (und E)
- unterschriebene Einverständniserklärung
- mehr als 11 Therapietage
- keine fortgeschrittene Demenz
- keine Aphasie oder Alexie
- Urteilsfähigkeit gegeben (Entscheidung darüber obliegt dem Fachpersonal/Arzt im Rehasentrum)
- ambulant/teilstationäre Rehabilitation
- eine beeinträchtigte Störungseinsicht (Awareness) ist kein Ausschlusskriterium

Konstrukte und Instrumente

Dimensionen	Messinstrumente	Rehabilitanden				Experten	
		prä	post	Kat. I	Kat. II	prä	post
Teilhabe, Aktivitäten	IMET	•	•	•	•		
	Leistungsfähigkeit (Freizeit, Alltag u. Beruf)	•		•	•		
Selbstständigkeit	SINGER					•	•
Gesundheitsbezogene Lebensqualität	EQ-5D	•	•	•	•		
Prognose Erwerbsfähigkeit	SPE	•		•	•		
Resilienz	RS-13	•	•				
Schmerzen	SF-36	•	•	•	•		
Depression und Angst	DASS	•	•	•	•		
Motivation	FREM-8	•					
Soziale Unterstützung	FSozU	•		•	•		
Kontrollüberzeugung	KKG	•					
Neurotizismus	Neo-FFI	•					
Soziodemographie	Fragenkatalog AG Routinedaten	•				•	
Patientenzufriedenheit				•			
Nachsorge-Evaluation				•	•		
Kontextfaktoren	BV ANR Therapiezielliste					•	
Diagnose						•	
Chronizität						•	
Komorbidität	SCQ-D					•	
Erkrankungsschwere	mRS, GCS					•	
Angaben zur Behandlung	Dauer, Aufnahme, Entlassung, Behandlungstage					•	•
Nachsorgeempfehlung							•

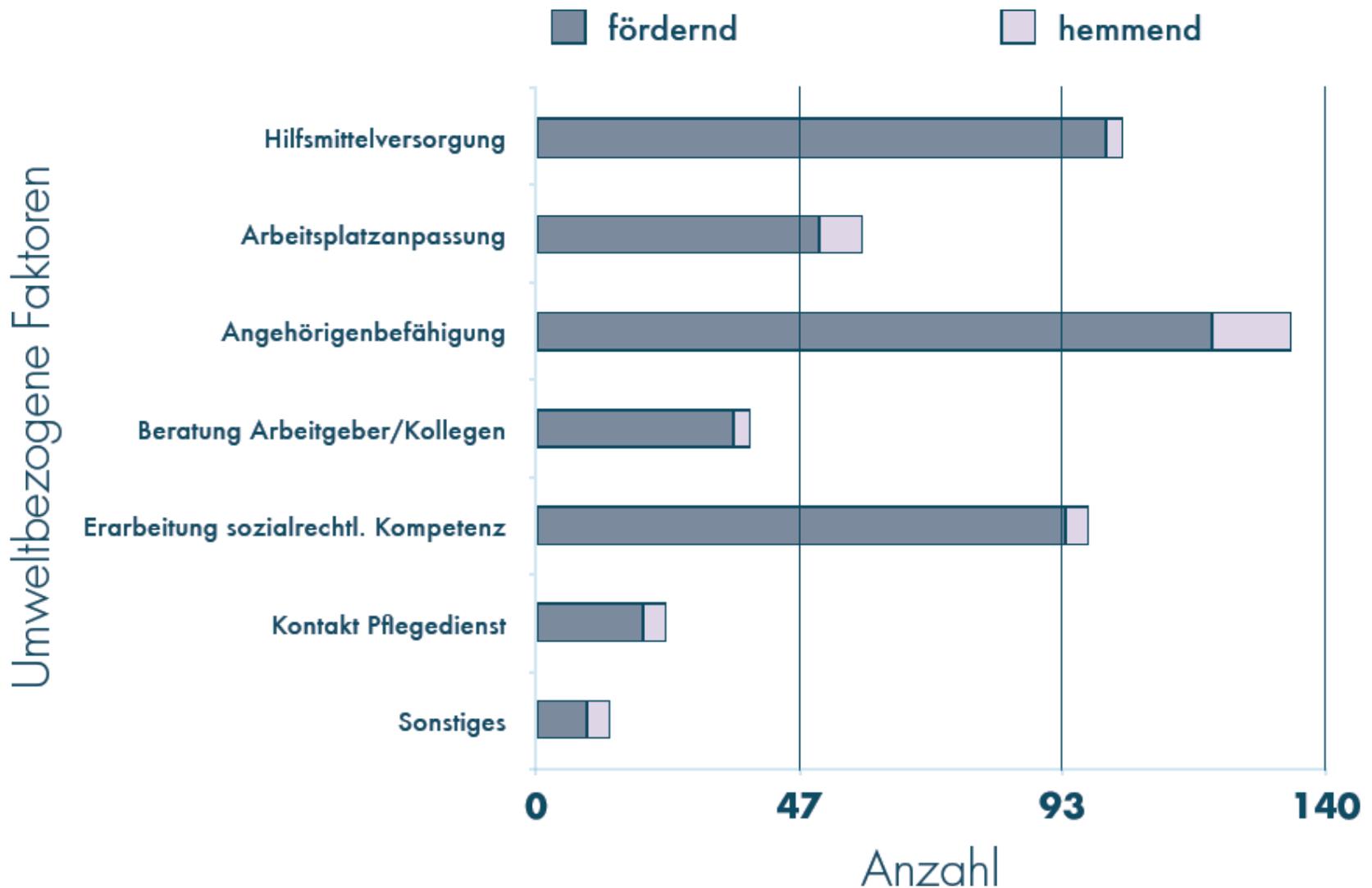
Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe (IMET)

- IMET ermöglicht, in ökonomischer Weise Partizipation und Teilhabe von chronisch Kranken zu erfassen; er orientiert sich an den Dimensionen der ICF.
- Fragebogen, der neun Aspekte alltäglicher Aktivitäten und Teilhabe abbildet
- Antwortskalierung 0 bis 10: [0] = keine Beeinträchtigung [10] = keine Aktivität mehr möglich

Stichprobenkennzahlen

% Geschlecht männlich	61,6
MW (SD) Alter	60,0 (14,7)
MW (SD) Behandlungsdauer in Tagen	38,3 (21,1)
MW (SD) Leistungstage	22,43 (10,5)
% Diagnosen Ischämie	81,4
% Anschlussheilbehandlung	58,9
% gesetzliche Krankenversicherung	56,7
% Höchster Schulabschluss Haupt-/Volksschule	43,5
% Abgeschlossene Berufsausbildung	88,1
Erwerbsstatus	
% Vollschichtig Erwerbstätig	33,2
% Altersrente	41,6
% Berufliche Stellung Angestellt/Arbeiter	67,8
% Nettoeinkommen Familienhaushalt > 2000€/Monat	45,3

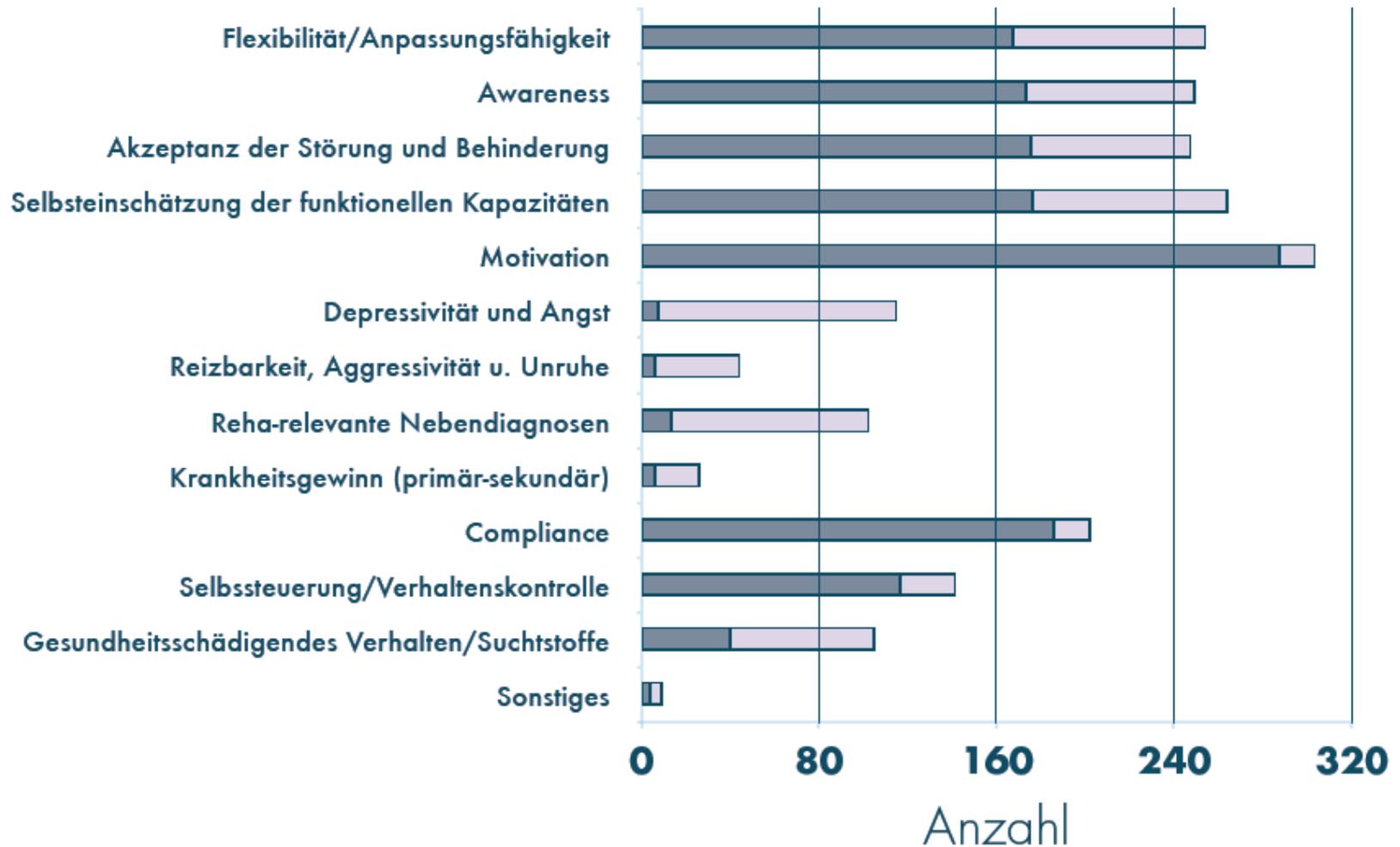
Relevanz und Wirkrichtung externer Kontextfaktoren



Relevanz und Wirkrichtung interner Kontextfaktoren

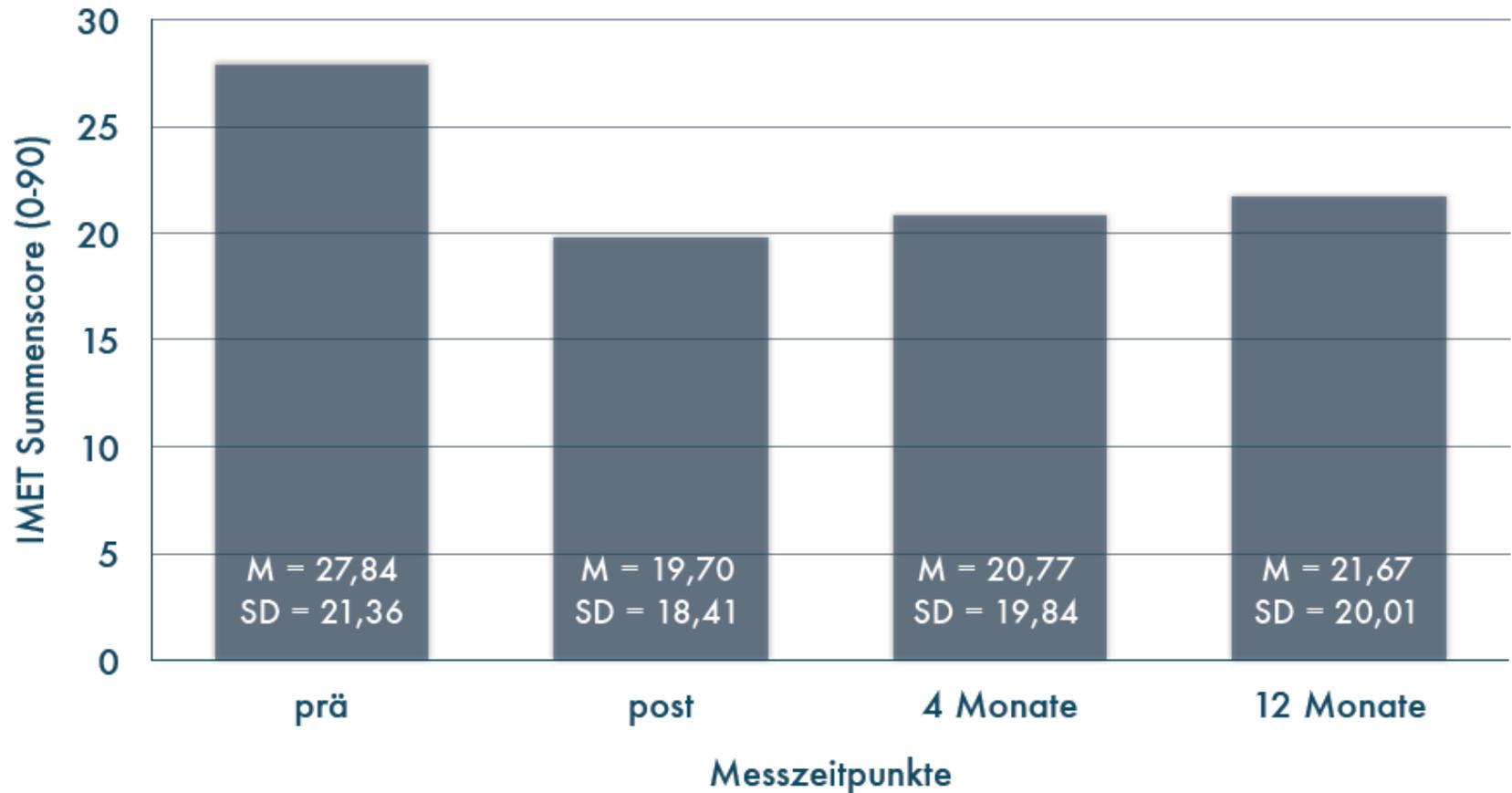
■ fördernd ■ hemmend

Personbezogene Faktoren



Einschränkungen der Teilhabe (IMET)

Vollständige Datensätze: n = 253



Vergleich der Teilhabeparameter (IMET)

Mittelwert-Differenzen (MD), Effektstärken (ES) und Irrtumswahrscheinlichkeiten (p)

	Pilotstudie (n = 100)	Hauptstudie (n = 253)
prä-post (Rehaphase)	MD = 6,57; ES = 0,33; p < .001 ↑	MD = 8,14; ES = 0,41; p < 0,001 ↑
post-Katamnese I (Nachsorgephase I)	MD = -2,15, ES = 0,09, p = .770	MD = -1,07; ES = 0,06; p = 1,000
prä-Katamnese I (Teilverlauf)	MD = 4,42, ES = 0,23, p = .041 ↑	MD = 7,07; ES = 0,34; p < 0,001 ↑
post-Katamnese II (Nachsorgephase II)	∅	MD = -1,97; ES = 0,10; p = 0,166
prä-Katamnese II (Gesamtverlauf)	∅	MD = 6,17; ES = 0,30; p < 0,001 ↑

Reha-Zentrum prosper am Knappschaftskrankenhaus Bottrop



Ballungsraum Ruhrgebiet



Strukturen in Bottrop

- Knappschaft (50% der Bevölkerung)
- prosper-Netz (Integriertes Versorgungsnetz Klinik/Niedergelassene)
- Akutklinik und Rehaklinik sind über ein Krankenhausinformationssystem verbunden
- Elektronische Patientenakte (Krankenhaus, Reha, Niedergelassene)
- Transsektorale Pfade (Akutklinik -> Reha-Klinik)
 - Schlaganfall
 - 35 % der stationären Patienten kommen als Pfadpatienten aus knappschaftlichen Akutkliniken in die Reha-Klinik
 - (Morbus Parkinson)



Stationäre (Phase C) und ambulant-wohnnortnahe (Phase D) neurologische Rehabilitation



Personalkonzept

Akutneurologie und Rehaklinik:

- 1 Chefarzt
- 1 Leitende Oberärztin
- 3 Oberärzte
- 13 Assistenzärzte
- Rotationsverfahren
- Weiterbildungsermächtigung für Neurologie und Zusatzbezeichnung Rehabilitationswesen
- Therapeuten der Reha-Klinik betreuen die Stroke Unit, Akutstation und Patienten der geriatrischen Komplexbehandlung



Stationäre und ambulante Rehabilitation

- 30 Betten (Phase C)
- 60 ambulante Plätze (Phase D)
- 380 stationäre Patienten/Jahr
- 550 ambulante Patienten/Jahr
- Mittlere Verweildauer: 29 bzw. 23 Tage



Fallbeispiel 1

Wolfgang L., 64 Jahre, berentet (VW-Arbeiter)

Diagnose: Lakunärer Thalamusinfarkt links

Funktions-/Fähigkeitsstörungen bei Aufnahme in die Reha:

Gehen am Handstock, Ungeschicklichkeit der rechten Hand, Hilfebedarf beim Anziehen, Schreiben, Treppensteigen nur in Begleitung möglich

-> Physiotherapie, Ergotherapie

Rehabilitationsergebnis:

Gehen ohne Hilfsmittel, Eigenständigkeit in allen ADL, Treppensteigen alleine mit Festhalten am Geländer

Dauer der ambulanten Rehabilitation: 15 Tage

Fallbeispiel 2

- Marie G., Jg 1996
- Intracerebrale Blutung links-parietal mit Ventrikeleinbruch aus einer arterio-venösen Malformation
- Zustand nach Anlage einer externen Ventrikeldrainage am 16.06.2010
- Zustand nach Exstirpation der AV-Malformation über die links-fronto-temporale Craniektomie am 17.06.2010
- Zustand nach Craniektomie links am 20.06.2010 bei deutlich erhöhtem intracerebralen Druck
- Zustand nach Beatmung zwischen dem 16.06.2010 und 26.10.2010
- Symptomatische Epilepsie, fokale Anfälle (Erstdiagnose Mai 2011)

Ambulante Reha vom 23.11.2010 - 22.07.2011

- Funktions-/Fähigkeitsdefizite bei Aufnahme:

Gehen nur kurzer Strecken am Vier-Punkt-Stock mit Peroneusschiene, Gangbild aufgrund Ataxie re. unsicher, motorische Aphasie, benötigte Hilfe beim Anziehen (Kleidung und Schuhe), schwere Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen, gestörte zeitliche Orientierung, geringe Belastbarkeit

-> Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Neuropsychologie

- Rehabilitationsergebnis:

Gehen ohne Hilfsmittel und ohne Schiene für längere Strecken inkl. Treppensteigen, Eigenständigkeit in allen ADL (trotz anhaltender spastischer Armparese), gute Alltagskommunikation trotz noch leichter Wortfindungsstörung, Aufmerksamkeit / Merkfähigkeit deutlich gebessert

-> Übergang in eine integrative Schule in Köln (Internat) ab September 2011



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit