



Ist NeuroRehabilitation in der RehaPhase C *ambulant* möglich ?

Paul Reuther NTRA Ahrweiler

Fachtagung von BVANR eV und DVfR eV zur Umsetzung der Phase E Empfehlungen der BAR
am 21.11.2014 in der Blütenburg in München-Obermenzing



Das Phasenmodell der NeuroRehabilitation in Deutschland von VdR, BAR 1995 > vs 2013

Phase A: Akutbehandlungsphase mit ersten rehabilitativen Ansätzen

Phase B: Behandlungsphase, in der noch intensivmedizinische Behandlungsmöglichkeiten vorgehalten werden müssen

Phase C: Behandlungs- und Rehabilitationsphase, in der die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bereits in der Therapie mitarbeiten können, aber noch kurativ medizinisch und mit hohem pflegerischen Aufwand betreut werden müssen

Phase D: Rehabilitationsphase nach Abschluss der Frühmobilisation (medizinische Rehabilitation im bisherigen Sinne – stationär oder ambulant)

Phase E: Behandlungs- und Rehabilitationsphase nach Abschluss einer medizinischen Rehabilitation; Leistungen zur Sicherung des Erfolges der medizinisch-therapeutischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben **beziehungsweise zur Teilhabe an Erziehung und Bildung sowie am Leben in der Gemeinschaft**

Phase F: Behandlungsphase, in der dauerhaft unterstützende, betreuende und/oder zustandserhaltende Leistungen erforderlich sind (Langzeitpflege)

Rahmenempfehlungen zur ambulanten neurologischen Rehabilitation der BAR Frankfurt 2005

Ausschlusskriterien (Seite 45)

„Ausschlusskriterien für die ambulante neurologische Rehabilitation sind

- die allgemeinen Ausschlusskriterien (Ziffer 8 Allgemeiner Teil)
- der Rehabilitand ist noch der **Phase C** nach den Empfehlungen zur neurologischen Rehabilitation der BAR zuzuordnen
- ein Barthel-Index < 80
- Inkontinenz kann ein Ausschlusskriterium sein, wenn die Selbstversorgung in diesem Bereich nicht gegeben ist und dadurch ein erhöhter Pflegebedarf besteht“

Regelhafter Rückschluß des MDK in der Begutachtung zu AHB, AR und IR Anträgen

>>> „Phase C -Zustand ist eine Kontraindikation für die ambulante NeuroReha“

**Aber,
mehr als 50 Prozent (!) der Patienten, die die stationäre Neurorehabilitation
im Zustand der Phase B und C beginnen werden im Zustand der Phase C –
also unselbständig, pflege- und hilfeabhängig - aus der Rehaklinik entlassen!**

Blumenröther C . Mainz 2011: Einflussfaktoren auf den Rehabilitationserfolg beim ischämischen Schlaganfall in der neurologischen Rehabilitationsphase C

MDK Rheinland-Pfalz 2011: TK EVA-Reha[®] Jahresbericht 2010-2011 (Kap 5.6 ff)

GS Qualitätssicherung Hessen 2011: Statistische Auswertung der Schlaganfallversorgung -
Neurologische Rehabilitation - Hessen gesamt
(Seite 8/17)

Unrath M, Kalic M, Berger K: Wer erhält eine Rehabilitation nach ischämischem Schlaganfall?
Daten aus dem Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland Dtsch Arztebl Int
2013; 110(7): 101-107

und

Behrens et al 2010

CERISE Studie de Wit et al 2005, Putman et al 2008

ADSR: AG der deutschen Schlaganfallsregister

Ambulante Phase C im Neurologischen Therapiezentrum RheinAhr Ahrweiler (vormals ANR AW)

- **1997** Zulassung für ambulante neurologische Komplextherapie (§ 43.2 SGB V) mit Konzepten im Standardmodul, Intensivmodul und 2 Nachsorgemodulen und entsprechender modularer Vergütungsvereinbarung der Primärkassen in RLP
- 1998 bis 2000 vereinzelte Phase C-Patienten aus dem Bereich der GKV und der DGUV
- 1999 1. Auflage der Rahmenempfehlungen zur ambulanten neurologischen Rehabilitation der BAR > Ausschluss Phase C !
- 2001 Vorlage des Konzeptes zur ambulanten Phase C im ANR Ahrweiler
- **2002** positive Stellungnahme des MDK Rheinland-Pfalz zur ambulanten Phase C und zum Konzept des ANR und positive Analyse der Unterschiede zur Rahmenempfehlung

- **2008 bis 2011** erste Ergebnisanalyse zur ambulanten Phase C

- 2011 Zulassung zur mobilen NeuroRehabilitation
- **2012 und 2013** zweite Ergebnisanalyse zur ambulanten Phase C inkl. der mobilen Reha

- im Herbst 2013 fließen erstmals mehr als die Hälfte der therapeutischen Ressourcen in die ambulante Phase C-Reha neben Phase D- und den übrigen Phase E-Aufgaben

Ambulante Phase C-Reha im Neurologischen Therapiezentrum Rhein Ahr Ahrweiler

	<i>Gesamtzahl aller durchgeführter Reha-Maßnahmen</i>	<i>davon Anzahl der Phase C -Reha (durchgeführt und regulär beendet)</i>	<i>zusätzlich weniger als 8 Therapietage in Phase C = nur Assessment-phase oder frühe Beendigung</i>	<i>Phase C Behandlung ganz oder teilweise im <u>mobilen</u> Reha-Setting</i>
2008 bis 2011	541	121	6	3
2012 und 2013	321	70	9	28
6 Jahreszeitraum	861	191 = 22 % *)	15	31

*) Tendenz zu steigender Nachfrage vor allem AR und IR

Ambulante Phase C-Reha im Neurologischen Therapiezentrum Rhein Ahr Ahrweiler

	Anzahl ambulante Phase C Reha durchgeführt und regulär beendet	Alter der Patienten Durchschnitt min –max	Therapietage der ambulanten Phase C-Reha (TTE)	Therapiezeitraum in Tagen	Phasenwechsel C > D erreicht während der ambulanten Reha **)
2008 bis 2011	121 Pat	66,2 Jahre*) min 22 J max 89 J	38,0 TTE SD 22,0 min 22 max 130	89,5 Tage SD 54,3 min 15 Tage max 281 Tage	30 /121 = 24,8%
2012 und 2013	70 Pat	64,9 Jahre *) min 14 J max 89 J	34,1 TTE SD 19,4 min 15 TTE max 130 TTE	85,2 Tage SD 46,1 min 15 max 250	26 /70 = 37,2%

- *) Durchschnittsalter
der 541 Patienten in 2008 bis 2011 **66,9** Jahre, min 14 max 91 Jahre
der 342 Patienten in 2012 und 2013 **66,7** Jahre, min 17 max 90 Jahre
- **)
Phasenwechsel nach pragmatischen Kriterien (FIM 90, SINGER 73, Barthel 70) evaluiert

Ambulante Phase C-Reha im Neurologischen Therapiezentrum Rhein Ahr Ahrweiler

Lebensort nach Abschluss der ambulanten Phase C – Reha

	zu Hause	in Einrichtung
2008 bis 2011	111/121 92%	10/121 8%
2003 und 2013	63/70 90%	7/70 10%

2 Patienten Rückkehr in ersten Arbeitsmarkt

2 Patienten in Schule und Ausbildung

7 Patienten in Förderstufe der WfbM

Ambulante Phase C-Reha im Neurologischen Therapiezentrum Rhein Ahr Ahrweiler

- **Reha-Diagnosen in der ambulanter Phase C-Reha 2008 bis 2013**

n = 191 Patienten (FIM zu Beginn durchschnitt 67,7 SD 15,3 min 29, max 88)

	n	<i>Wechsel C > D</i>
• Schädelhirntraumafolgen	17	5
Schlaganfallfolgen	122	40
Folgen Hypoxieschädigung	4	3
Multiple Sklerose	4	1
Parkinsonsyndrome	16	2
Sonstige	28	5

Ambulante Phase C-Reha im Neurologischen Therapiezentrum Rhein Ahr Ahrweiler

Vergleichende FIM-Daten zu Beginn und Ende der Reha sind bei 60 % aller Phase C-Patienten verfügbar*)

Eingangs-FIM	2008 bis 2011	69,8	SD 17.6	min 29	max 86
	2012 und 2013	65,4	SD 19,4	min 15	max 89
Delta FIM im ambulanten Setting					
	2008 bis 2011	plus 18,7	SD 10,5	min 0	max 51
	2012 und 2013	plus 20,9	SD 10,7	min 4	max 66

*) Verfügbarkeit FIM Datensatz:
2008 bis 2011 bei 63 von 121 der C-Patienten
2012 und 2013 bei 56 von 70 der C-Patienten

Ergebnisse der ambulante Phase C-Reha bei Schlaganfall

bezogen auf die FIM- Entwicklung in der ambulanten RehaPhase (2010 bis 2013)

Bei 80 von 122 Schlaganfallpatienten in der Phase C ist ein vollständiger FIM-Datensatz von Beginn und Abschlußsverfügbar (65%)

Ambulante Phase C Reha als	Anschlussheilbehandlung AHB nach Krankenhaus akut	Anschluss-Reha AR nach stationärer Reha postakut	Intervall-Reha IR nach früherer Reha chronisch
Patientenzahl	12	38	30
FIM Eingangswert Durchschnitt	69,8 min 33 max 86	68,2 min 45 max 89	68,6 min 29 max 97
Delta FIM Durchschnitt	plus 18,3 min 3 max 42	plus 21,1 min 7 max 40	plus 18,4 min 9 max 42
FIM Zuwachs < 10 10-20 > 20	3 von 12 5 von 12 4 von 12	1 von 38 11 von 38 27 von 38	3 von 30 7 von 30 20 von 30
Phasenwechsel C > D	6 von 12 (50%)	20 von 38 (53%)	9 von 30 (30%)
Therapietage Durchschnitt	30,16 TTE	42,21 TTE	30,73 TTE
Zeitraum der ambulanten Reha Durchschnitt	64,3 Tage ca. 2 Monate	97,6 Tage mehr als 3 Monate	72,9 Tage ca 2,5 Monate

Phase C - Eingangs- und Ausgangskriterien

lt. BAR Empfehlungen zur Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C 1995

3.2.1 Patienten-Charakteristika (Eingangskriterien)*)

- Patient ist überwiegend bewusstseinsklar, kommt einfachen Aufforderungen nach, seine Handlungsfähigkeit reicht aus, um an mehreren Therapiemaßnahmen täglich von je etwa 30 Minuten Dauer aktiv mitzuarbeiten
- Patient ist kommunikations- und interaktionsfähig (ggf. unter Verwendung von Hilfsmitteln)
- Patient ist teilmobilisiert (z. B. längere Zeit kontinuierlich zwei bis vier Stunden im Rollstuhl verbringend)
- für alltägliche Verrichtungen weitgehend auf pflegerische Hilfe angewiesen
- bedarf keiner intensivmedizinischen Überwachung/Therapie, da praktisch keine Gefahr für lebensbedrohliche Komplikationen mehr besteht (vital-vegetative Stabilität)
- nicht mehr beatmungspflichtig
- bestehende Begleiterkrankungen dürfen eine Mobilisierung nicht verhindern
- keine konkrete Selbst- und Fremdgefährdung (z. B. durch Weglauftendenz, aggressive Durchbrüche) und
- keine schweren Störungen des Sozialverhaltens. Kleingruppenfähigkeit (drei bis fünf Patienten) muss vorliegen und darf nicht durch schwere Verhaltensstörungen gefährdet werden. Diese sollten nicht nur kurzfristig beeinflussbar sein.

*) Die Eingangskriterien der Phase C stellen gleichzeitig die Ausgangskriterien der Phase B dar.

3.2.6 Ausgangskriterien (Patienten-Charakteristiken) der Phase C*)

- Selbständigkeit bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL), insbesondere im Bereich der Selbstversorgung, wie Waschen, Anziehen, Toilettenbenutzung, Essen und Mobilität
- spezielle Pflege-Aufgaben noch erforderlich
- alltags- und berufsrelevante mentale Störungen (insbesondere kognitive Defizite) stehen oft im Vordergrund
- durchgängige Kooperationsfähigkeit und -bereitschaft, Handlungs- und Lernfähigkeit.

*) Die Ausgangskriterien der Phase C stellen gleichzeitig die Eingangskriterien der Phase D dar.

Zwischen dem Eingangs- und Ausgangsstatus liegen viele Ziele und relevante Arbeitsbereiche für ein ambulantes Reha-Setting

In der stationären Reha-Einrichtung wird das Reha-Potential oft nicht erschöpfend bearbeitet („fallabschließende Behandlung“, „Fallpauschalen“ ???)

Erst im ambulanten Setting können sich die reale Aktivitäts- und Teilhabeziele entfalten

Zusammenfassung

Ambulante, einrichtungsbezogene und/oder mobile Neurorehabilitation der Phase C

- ist möglich und effektiv
- ist speziell im Bereich der *Aktivitäten des täglichen Lebens im Lebensumfeld* wirksam
- ist sowohl als AHB, als auch als AR und IR möglich - Domäne sind aber sicher AR und IR
- verbessert bei sehr vielen Patienten - direkt nach Abschluss der stationären Reha (!) - das Reha-Ergebnis im häuslichen und ggf. einrichtungsbezogenen Lebensumfeld (= **Anschlussrehabilitation**)
- ist auch bei vielen Patienten in der chronischen Krankheitsphase wirksam (= **Intervallrehabilitation**)
- erweist sich nur bei wenigen Patienten mit instabiler medizinischer oder sozialer Situation als **nicht durchführbar**

und hat sich bewährt als **flexibles, bedarfsgerechtes Angebot**

- zur intensiven **Einbindung des sozialen Netzwerkes** (Familie, Pflege, ambulante Medizin
- zur Entwicklung und Bearbeitung von **Teilhabezielen auch bei schwer Betroffenen**
- als **Brücke zwischen medizinischer Reha und teilhabebezogenen Aufgaben**
- als **Kontinuum** mit intensivem Beginn, dann ggf. geringerer Therapiedichte und Überleitung in Nachsorge und niederfrequente Begleitung der Integration (Coaching der Teilhabe)
- mit **mobil aufsuchendem Setting und einrichtungsbezogenem Setting** in unterschiedlichen Konstellationen)

NeuroRehabilitation in der RehaPhase C ist ambulant durchführbar -
in einrichtungsbezogenem und mobil aufsuchendem Setting

Ambulante Phase C-Rehabilitation ist effektiv und bringt alltagsrelevanten
Zusatznutzen für die Patienten

Nachgehende ambulante Phase C-Reha ist eine wichtige Leistung der Phase E
der postakuten und chronischen Phase schwerer und schwerster
Hirnschädigungen

Die *Rahmenempfehlungen zur ambulanten neurologischen Rehabilitation*
der BAR und der Auftrag an die ambulante Neurorehabilitation bedürfen
Im Hinblick auf die Aussage zu Phase C-Indikation einer Anpassung



Danke für die Aufmerksamkeit !



