

Ambulante Rehabilitation nach Schlaganfall – Anspruch und Wirklichkeit

Jürgen Langemeyer

Laut Gesundheitsberichterstattung des Bundes werden in deutschen Kliniken jährlich mehr als 300 000 Schlaganfälle mit individuell sehr unterschiedlichen Folgen diagnostiziert. Betroffene haben häufig einen langjährigen Rehabilitationsbedarf.

Neurologische Rehabilitationsmaßnahmen haben das Ziel, Menschen mit einer neurologischen Erkrankung oder Behinderung dabei zu unterstützen, ein größtmögliches Maß an Teilhabe, Selbstbestimmung und Lebensqualität zu erlangen.

Die Arbeitsgruppe „Neurologische Rehabilitation“ des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger und die Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation führte 1994 ein sog. Phasenmodell der neurologischen Rehabilitation ein, um die Versorgungsstrukturen zu erweitern und besser aufeinander abzustimmen. Die neurologische Rehabilitation wird seither in die Rehabilitationsphasen A bis F eingeteilt, die nicht zwangsläufig chronologisch aufeinander folgen müssen. Diese orientieren sich dabei an den Grundsätzen „Rehabilitation vor Pflege“ und „Rehabilitation vor Rente“.

Der Fokus der weiteren Betrachtung liegt auf der Phase E, die von der stationären Versorgung in die ambulante Nachsorge überleitet. Diese Phase ist charakterisiert durch ambulante medizinische und berufliche Rehabilitationsleistungen für Rehabilitand*innen, die ein Stück ihres Lebens bereits wiedererlangt haben, durch Transfer des bisher Erreichten in den Lebensraum und durch die gemeinschaftliche und berufliche Wiedereingliederung. Umfassende Beschreibungen der Anforderungen an eine Rehabilitationsphase E finden sich in den Publikationen „Phase E der Neuro-Rehabilitation als Brücke zur Inklusion“ der DVfR und „Phase E der neurologischen Rehabilitation – Empfehlungen“ der BAR.

Deutschlandweit befinden sich schätzungsweise 628 000 Betroffene nach Schlaganfall in der neurologischen Rehabilitationsphase E. Das heißt, diese Menschen haben noch nicht erreichte Teilhabeziele und gleichzeitig ein Zielerreichungspotenzial sowie einen Rechtsanspruch auf Teilhabe

und Rehabilitation. Trotz der zentralen Bedeutung dieser Phase ist bislang das Leistungsangebot auf wenige Angebote beschränkt.

Betroffene und Angehörige erwarten, dass nach der stationären Reha alles nahtlos und gut koordiniert weitergeht. In der Realität fühlen sie sich allein gelassen und schlecht informiert. Sie haben große Probleme, geeignete ambulante Leistungserbringer, insbesondere Neurologen, Neuropsychologen, qualifizierte Logopäden, Ergotherapeuten und Physiotherapeuten zu finden. Sie stellen fest, dass niemand die Verantwortung und Koordination der Versorgung übernimmt, dass die Kommunikation zwischen den Leistungserbringern unzureichend ist und dass eine interprofessionelle Zusammenarbeit nicht stattfindet. Alle Beteiligten verfolgen unterschiedliche, sich häufig widersprechende Ziele.

Bis heute ist eine Neurologische Rehabilitation – Phase E, die die von BAR und DVfR definierten Anforderungen auch nur ansatzweise erfüllt, nicht in der Versorgungsrealität für Menschen nach Schlaganfall angekommen, obwohl ein flächendeckender Zugang zu weitergehenden rehabilitativen Maßnahmen sowohl aus rechtlichen und sozialen als auch aus fachlichen und nicht zuletzt aus ökonomischen Gründen für alle Betroffenen gewährleistet sein sollte (vgl. § 26 der UN – BRK).

Wir haben kein Erkenntnisproblem. Wir haben ein Umsetzungsproblem. Es besteht dringender Handlungsbedarf.

Patientenverantwortung für die Versorgungsgestaltung

Eine patientenzentrierte Weiterentwicklung der Versorgung ist nachhaltig erfolgversprechend, wenn Patienten den Veränderungsprozess steuern.

Stärkung der Betroffenen- und Angehörigenkompetenz		
Peer-Beratung durch Mentor*innen	Servicetelefon 0431 5365 9545 – 040 2108 8701	Hausbesuche / Sprechstunden
schlaganfall-ring.de	Schlaganfall-Ring-Box	Online Seminare für Betroffene und Angehörige

Schlaganfall-Selbsthilfe		
Landesverband Schleswig-Holstein und Hamburg	22 SHG in SH, 12 in HH	SHG-Beirat

Gestaltung der Versorgung – Ambulante Schlaganfall-Rehabilitation – Phase E		
TRIKK	Schlaganfall-Ring Kompetenznetze	Bezugstherapeut*innen
Digitale Lösungen PERA & wiREAS	Versorgungskonzepte / Best Practice Lösungen	Schlaganfall-Ring-Box & weitere Komponenten

► **Abb. 1** Aufgaben des Schlaganfall-Rings. Quelle: © SRSH e. V.

Im Herbst 2014 haben wir die Patientenorganisation Schlaganfall-Ring Schleswig-Holstein e. V. gegründet. Wir haben uns 3 Aufgabenschwerpunkte gegeben:

- Stärkung der Betroffenen- und Angehörigenkompetenz
- Schlaganfall-Selbsthilfe
- Gestaltung der Versorgung, insbesondere in der ambulanten Rehabilitation Phase E

Im Bereich der Gestaltung der Versorgung verbessern wir in enger Zusammenarbeit mit den Akteuren vor Ort die Versorgungsrealität in den Regionen. Wir schaffen Lösungen, die tatsächlich bei den Betroffenen ankommen und von den Akteuren akzeptiert werden.

Mit TRIKK in die Zukunft

TRIKK steht nach unserer Definition für die ambulante neurologische Rehabilitation Phase E der Zukunft:

- teilhabeorientiert,
- ressourcenaktivierend,
- individuell und innovativ,
- interprofessionell und sektorenverbindend koordiniert sowie
- kosteneffizient.

Was heißt das im Einzelnen?

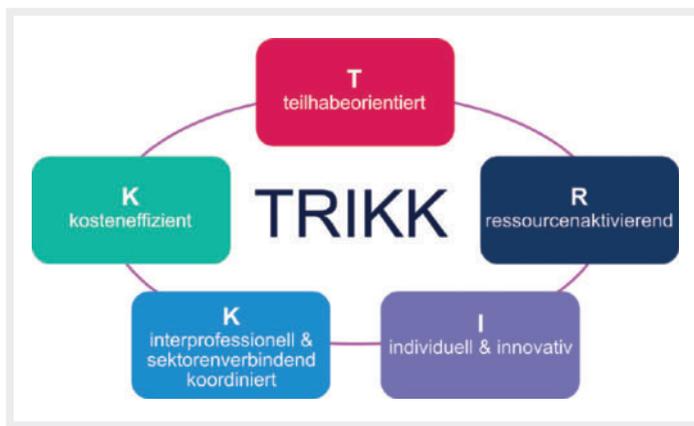
Teilhabeorientiert Rehabilitand*innen haben ein Recht auf Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbstständige und selbstbestimmte Lebensführung. Deshalb muss die Rehabilitation die Erreichung von Teilhabezielen anstreben und nicht primär die Beseitigung von Funktionsdefiziten.

Ressourcenaktivierend Eine verbesserte Selbstwirksamkeit und gelebte Verantwortungsübernahme sind der beste Motor für eine selbstbestimmte und zielführende Rehabilitation: Ressourcen zu erkennen, zu nutzen und zu stärken macht Spaß und sichert langfristig den Therapieerfolg. Wichtige Ressourcen in der Neurorehabilitation sind Compliance, Akzeptanz, Lebensfreude, Gelassenheit, Verantwortung, Disziplin und Fleiß, Dankbarkeit, Ausdauer, Geduld, Aufrichtigkeit usw.

Individuell und innovativ Jeder Schlaganfall ist anders. Die Schlaganfallfolgen sind bei jedem Betroffenen unterschiedlich. Jeder Rehabilitand hat andere Teilhabeziele. Jeder Rehabilitand braucht eine maßgeschneiderte Rehabilitation, die seine individuellen Bedürfnisse, seine psychische Verfassung, seine Fähigkeiten und Gegebenheiten berücksichtigt.

Es darf kein „one size fits all“ in der Schlaganfall-Rehabilitation geben, wie es heute leider immer noch die Regel ist: Wenn jemand mobilitätseinschränkende Lähmungen hat, wird zweimal die Woche funktionsorientierte Physiotherapie verordnet. Analog werden auch die Verordnungen für Ergotherapie und Logopädie gehandhabt.

Interprofessionell und sektorenverbindend koordiniert Die neurologische Rehabilitation ist eine Teamaufgabe. Die beteiligten Haus- und Fachärzte, Psychologen, Heil- und Hilfsmittelerbringer, Akut- und Rehakliniken sowie Beratungseinrichtungen müssen zielorientiert zusammenarbeiten. Heute agieren sie noch weitgehend unabhängig voneinander.



► **Abb. 2** Übersicht TRIKK. Quelle: © SRSH e. V.

Kosteneffizient Bei allen Qualitätsverbesserungen dürfen wir die Kosten nicht außer Acht lassen. Es geht nicht um möglichst teure Maximalversorgung, sondern um bestmögliche Zielerreichung mit möglichst geringem Aufwand. Die konsequente Orientierung an wissenschaftlicher Evidenz wird uns helfen, diesem Ziel nah zu kommen.

Und: Rehabilitand*innen brauchen einen Fahrlehrer und nicht einen Chauffeur. Auch unter TRIKK-Bedingungen ist Reha zunächst einmal recht harte Arbeit. Wir müssen die Rehabilitand*innen möglichst früh in die Lage versetzen, die volle Verantwortung für ihre Situation und die Erreichung der Teilhabeziele zu übernehmen.

Handlungsbedarf sehen wir in den Bereichen Strukturen, Informationsinfrastruktur, Interventionen und Qualifizierung der Akteure. TRIKK ist nicht trivial. TRIKK lässt sich auch nicht schnell mit ein paar kleinen Maßnahmen innerhalb weniger Monate umsetzen. Wir wollen TRIKK in mehreren klug aufeinander aufbauenden Projekten realisieren.

Kompetenznetze

Als erstes Strukturelement haben wir Schlaganfall-Ring-Kompetenznetze geschaffen. Das sind interprofessionelle und intersektorale Zusammenschlüsse von Akteuren der Schlaganfall-Versorgung in den Regionen Schleswig-Holsteins unter dem Dach des Schlaganfall-Rings. Kompetenznetzpartner sind Akut- und Rehakliniken, Ärztenetze, niedergelassene Ärzte, Neuropsychologen, Heil- und Hilfsmittelerbringer, Selbsthilfegruppen und weitere Akteure.

Schlaganfall-Ring-Kompetenznetze schaffen ein vertrauensvolles Miteinander auf Augenhöhe und verfolgen das Ziel, voneinander zu lernen. Gemeinsam gestalten die Kompetenznetzpartner die Versorgung in den Regionen.

Bezugstherapie

Aktuell führen wir gemeinsam mit dem Institut für Allgemeinmedizin der CAU in Kiel und dem Hausärzterverband Schleswig-Holstein Bezugstherapie ein.

Bezugstherapeut*innen sind praktizierende Physio- beziehungsweise Ergotherapeutinnen oder Logopädinnen mit Erfahrung und Zusatzqualifikation durch den Schlaganfall-Ring. Sie sind zentraler Ansprechpartner für die Rehabilitand*innen und Angehörige. Sie koordinieren die interprofessionelle Zusammenarbeit aller an der Rehabilitation beteiligten Leistungserbringer, sie sind also so etwas wie ein Case Manager. Der zusätzliche Koordinations- und Dokumentationsaufwand wird vergütet.

Bezugstherapie ist eine komplexe Intervention in Form einer koordinierten, interprofessionellen, zielorientierten Therapie in der Schlaganfall-Rehabilitation Phase E durch zertifizierte Ergo-, Sprach- und Physiotherapeut*innen als wichtiger Teil einer Lösung für Versorgungsmängel in der Heil- und Hilfsmittelversorgung unter Berücksichtigung von biopsychosozialen Konzepten der Gesundheitsförderung (Selbstmanagement, Settingansatz, Empowerment etc.)

In der Bezugstherapie orientiert sich die Versorgung an den individuellen Teilhabezielen und an wissenschaftlicher Evidenz. Die Rehabilitand*innen wiederum verpflichten sich zu aktiver Mitarbeit und Übernahme der Verantwortung.

Die Peer-Beratung durch Mentor*innen des Schlaganfall-Rings ist Bestandteil der Versorgung. Wir nutzen ein ICF-basiertes Tool für die effiziente Kommunikation zwischen den Rehabilitand*innen und den Behandler*innen.

Das Bezugstherapeutensystem wurde Bottom-up entwickelt von Rehabilitand*innen und Akteuren der ambulanten Versorgung in den Schlaganfall-Ring-Kompetenznetzen. Es entlastet die Ärzte. Diese werden von Beginn an in die therapeutische Versorgung integriert. Es ist ein praktisches Beispiel für die Blankoverordnung von Heilmitteln, es führt zur Aufwertung der Therapieberufe und erhöht deren Attraktivität.

Schlaganfall-Ring-Box

Effiziente Kommunikation zwischen Rehabilitand*innen und Behandler*innen ist der Schlüssel zu einer erfolgreichen Rehabilitation.

Mit der Schlaganfall-Ring-Box haben wir ein innovatives ICF-basiertes Tool geschaffen, das Betroffene motiviert und in die Lage versetzt, sich ein vollständiges Bild über ihre Situation nach dem Schlaganfall zu machen. Sie können alle Baustellen identifizieren und priorisieren. Sie können Teilhabeziele dokumentieren und strukturiert mit dem Behandler*enteam kommunizieren. Das führt zu einer erheblichen Entlastung der Behandler.



patible Komponenten über wissenschaftlich evaluierte Modellvorhaben den Weg in die Regelversorgung finden und bundesweit allen Betroffenen angeboten werden können.

Zur Person



Jürgen Langemeyer

Hatte im August 2003 im Alter von 43 Jahren eine schwere Gehirnblutung. Seine linke Körperhälfte war vollständig gelähmt. In den Folgejahren wurde er Neuroreha-Experte aus eigener Erfahrung. Heute engagiert er sich als Gründer und Vorsitzender der Patientenorganisation Schlaganfall-Ring Schleswig-Holstein e. V. für die Interessen der Betroffenen und Angehörigen im Norden.

Wie geht's weiter?

Erste Ergebnisse zeigen, dass durch die eingeleiteten Maßnahmen bereits eine spürbare Verbesserung der Versorgung eingetreten ist. Der Zusatzaufwand liegt deutlich unter den Erwartungen. Eine gründliche wissenschaftliche Evaluation muss die qualitativen und wirtschaftlichen Folgen messen und dokumentieren.

Die nächsten Projekte auf dem Wege zu TRIKK konzentrieren sich auf die Handlungsfelder Digitalisierung und Qualifizierung der Akteure. Auch hier ist noch viel zu tun.

Mittelfristig erwarten wir, dass die in den TRIKK-Projekten entwickelten Lösungen und weitere TRIKK-kom-

Korrespondenzadresse

Jürgen Langemeyer

Schlaganfall-Ring Schleswig-Holstein e. V.
Dahlmannstraße 1
24103 Kiel
Deutschland
E-Mail: langemeyer@schlaganfall-ring.de

Bibliografie

neuroreha 2021; 13: 192–195
DOI 10.1055/a-1654-6168
ISSN 1611-6496
© 2021. Thieme. All rights reserved.
Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany