

# Expertenforum

---

## Medizinische Rehabilitation für Demenzkranke auch unter Berücksichtigung mobiler Rehabilitation

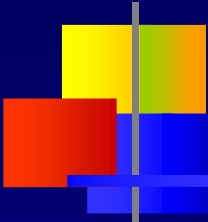
Hannover, 29.01.2009

Dr. med. Christel Stegemann  
Kordinatorin Heilmittel SEG 1

Leiterin des Fachreferates Rehabilitation, Heilmittel  
MDK Westfalen-Lippe

[cstegemann@mdk-wl.de](mailto:cstegemann@mdk-wl.de)



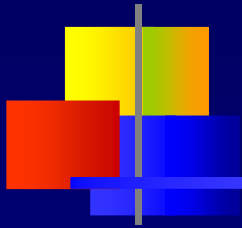


Auftrag des VdAK/AEV für die Spitzenverbände vom 20.07.2007:  
Medizinische Rehabilitation und weitere Angebote für Demenzkranke  
unter besonderer Berücksichtigung des gestuften Systems in der GKV

Auftragserwartung

Folgenden Fragen sollte in dem GA vornehmlich nachgegangen werden:

1. Welche Angebote für die Versorgung Demenzkranker stehen zur Verfügung und wie grenzen sich bereits vorhandene Rehabilitationskonzepte für Demenzkranke von anderen indikationsspezifischen und geriatrischen Angeboten ab?
2. Welche evaluierten Rehabilitationskonzepte für Demenzkranke stehen für den Bereich der BRD zur Verfügung?
3. Unter welchen Voraussetzungen ist „Medizinische Rehabilitation bei Demenzkranken“ zweckmäßig?
4. Welche Anforderungen müssen aus sozialmedizinischer Sicht an Rehabilitationskonzepte für Demenzkranke gestellt werden?
5. Lassen sich aufgrund der im GA erhobenen Ist-Analyse weitere konzeptionelle Entwicklungen in der Versorgung Demenzkranker ableiten?



## Arbeitssteam der SEG1

Angela Bartoszek

Thomas Fleer

Christel Stegemann

unter Leitung von Klaus König

und

Mitarbeit von Norbert Rösler

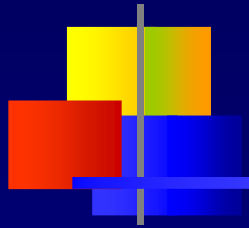
Teil 1:

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation  
für Menschen mit demenziellen Erkrankungen  
als die Leistung begründende Diagnose

Januar 2009

C. Stegemann



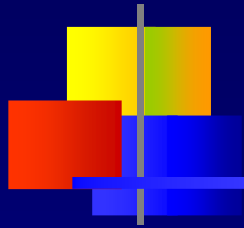


Fragen:

(1) Gibt es evaluierte Rehabilitationskonzepte  
für diese Patientengruppe?

und

(2) Unter welchen Voraussetzungen sind Leistungen zur  
medizinischen Rehabilitation für Menschen mit einer  
demenziellen Erkrankung zweckmäßig?

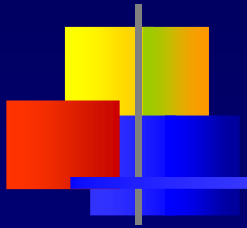


## Literaturrecherche

nur wenige Treffer zu dieser konkreten Thematik (Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Menschen mit einer demenziellen Erkrankung als die Leistung begründende Diagnose):

Veröffentlichungen

aus dem Alzheimer Therapiezentrum in Bad Aibling



Alzheimer Therapiezentrum der Neurologischen Klinik Bad Aibling:

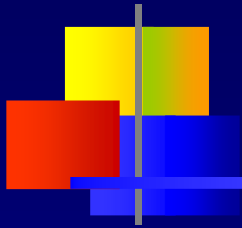
Zum Behandlungskonzept gehört es, **Patienten und Angehörige** im Rahmen einer stationären Rehabilitationsmaßnahme **gemeinsam aufzunehmen**, so dass auch die Familie sich auf die neue Situation einstellen kann. Das Konzept basiert auf der Selbsterhaltungstherapie nach Dr. Barbara Romero und wurde gemeinsam mit der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der TU München entwickelt.

<http://www.schoen-kliniken.de/ptp/kkh/aib/faz/alzheimer>

Januar 2009

C. Stegemann





# Was wünschen sich die Demenzpatienten und ihre Angehörigen von den Ärzten?

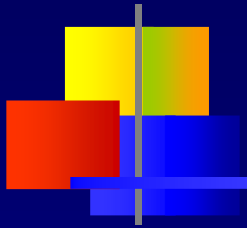
*Heike von Lützu-Hohlbein*

*Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.*

**psycho**neuro 2004; 30 (9): 509–511

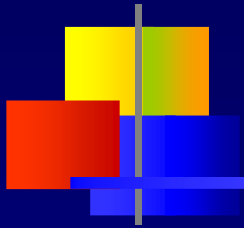
Januar 2009

C. Stegemann



Frau von Lützu-Hohlbein fordert eine  
**demenzspezifische Definition des  
Begriffs Rehabilitation.**

Zielsetzung der rehabilitativen Leistungen müsse  
sein, den **Krankheitsverlauf zu verlangsamen**  
und noch **vorhandene Fähigkeiten zu  
stabilisieren.**



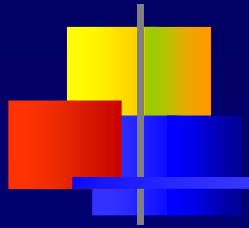
Frage:

Unter welchen Voraussetzungen sind Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Menschen mit einer demenziellen Erkrankung zweckmäßig?

- Sozialgesetzgebung
- Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses
- Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation

Versicherte haben Anspruch auf Leistungen zur **medizinischen Rehabilitation**, wenn diese notwendig sind um:

eine **Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.**



Medizinische Rehabilitation umfasst einen ganzheitlichen Ansatz, der über das Erkennen, Behandeln und Heilen einer Krankheit hinaus **die wechselseitigen Beziehungen zwischen den Gesundheitsproblemen** eines Versicherten berücksichtigt um im Einzelfall den bestmöglichen Rehabilitationserfolg im Sinne der Teilhabe an Familie, Arbeit, Gesellschaft und Beruf zu erreichen.



Gemeinsamer  
Bundesausschuss

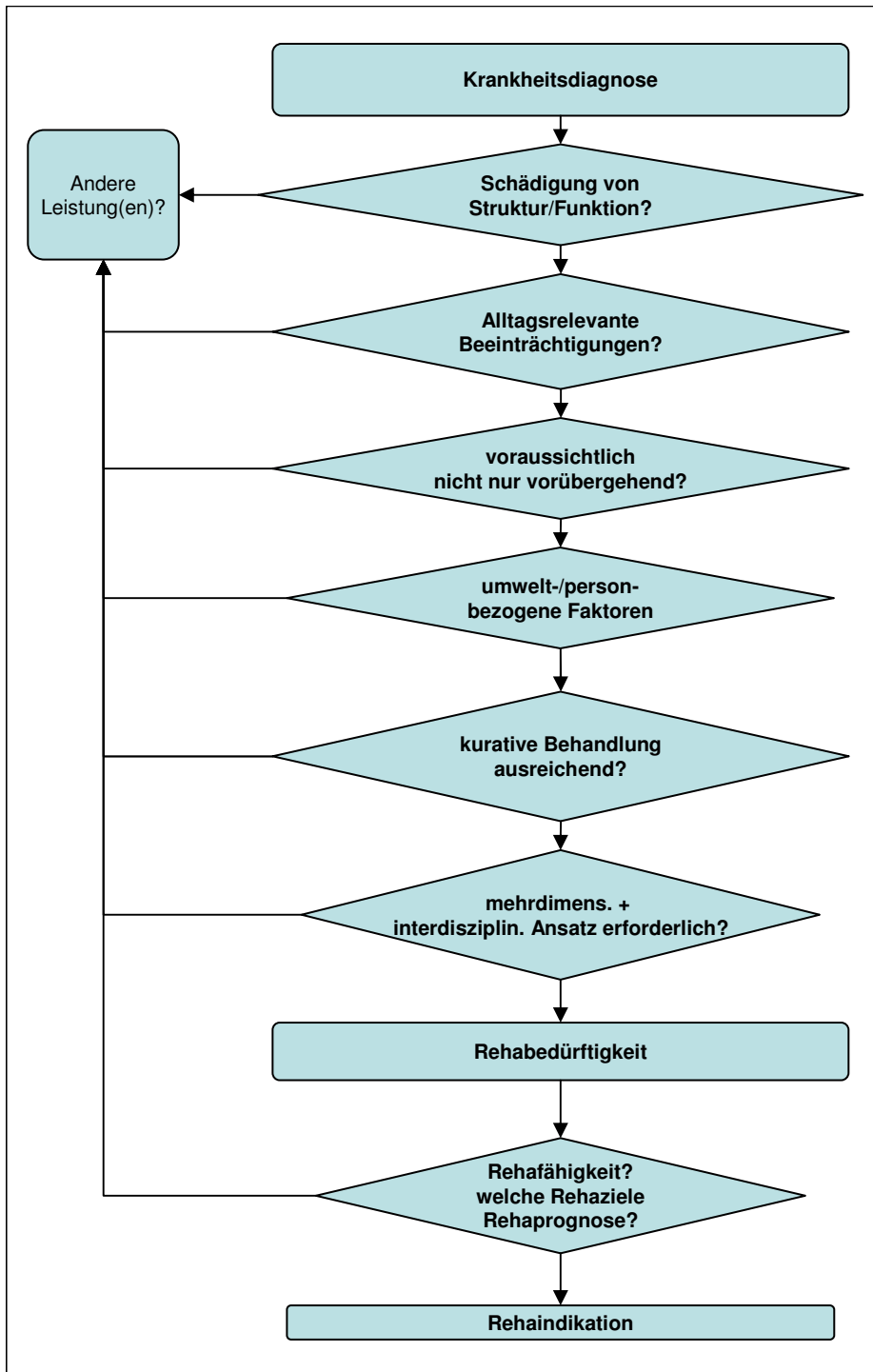
Voraussetzung für die Verordnung von Leistungen  
zur medizinischen Rehabilitation ist das Vorliegen der medizinischen Indikation.

Hierzu sind im Sinne eines vorläufigen rehabilitationsmedizinischen Assessments  
abzuklären:

- die **Rehabilitationsbedürftigkeit**
- die **Rehabilitationsfähigkeit** und
- eine **positive Rehabilitationsprognose auf der Grundlage realistischer, für den Versicherten alltagsrelevanter Rehabilitationsziele.**



Die Indikation für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation umfasst die **individuelle Bewertung** von Rehabilitationsbedürftigkeit, –fähigkeit und –prognose auf der Basis von realisierbaren, alltagsrelevanten Rehabilitationszielen unter Beachtung rehabilitationsrelevanter Kontextfaktoren.



Demenz bei Alzheimer-Erkrankung, mit spätem Beginn

Schädigungen von Gehirnstrukturen, von Funktionen des Gedächtnisses, der psychischen Energie und des Antriebs

Beeinträchtigungen in der Selbstversorgung: z. B. selbstständige Körperpflege, selbstständiges An-/Auskleiden, in der Aufrechterhaltung eines angemessenen Niveaus körperlicher Aktivitäten

ohne weitere Interventionen voraussichtlich dauerhafte Beeinträchtigungen

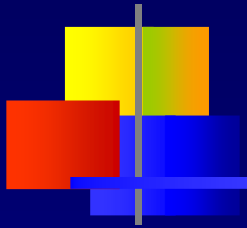
eigenes Alter, Wohngegend, Erreichbarkeit von Ärzten, anderen Therapeuten, weiteren Angeboten  
Bezugsperson(en)

ärztliche Versorgung einschl. Heilmittelversorgung jeweils für den individuellen Erkrankten, sein konkretes Umfeld prüfen

im jeweiligen Individualfall zu prüfen

Rehabilitationsfähigkeit individuell zu prüfen

Rehabilitationsprognose ist zu prüfen, hier für Verbesserung in der Selbstversorgung bzw. längerfristiger Erhalt der bestehenden Aktivitäten



## **Zielsetzungen von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Menschen mit einer demenziellen Erkrankung?**

**z.B. Stabilisierung des kognitiven, psychopathologischen und physischen Befundes**

**Reduktion der Demenz-assoziierten Risiken**

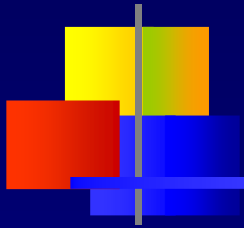
**Erleichterung des Umgangs mit der Erkrankung unter Einbezug der Angehörigen**

**Stabilisierung der ADL-Fähigkeit**

**Verbesserung/positive Beeinflussung von veränderbaren Umweltfaktoren,  
Ermöglichung von Teilhabe**

**Verbesserung der Lebensqualität (quality of life)**

**Stabilisierung der häuslichen Situation, Entlastung der Angehörigen**



Wie können derartige Ziele erreicht werden?

Welche Therapieansätze werden in der  
Literatur dargestellt?

## therapeutische Ansätze, z.B.

Quelle: IQWiG, Nichtmedikamentöse Behandlung der Alzheimer Demenz, Vorbericht

Kognitiver Ansatz	Verhaltens-therapeutischer Ansatz	Emotionsorientierter Ansatz	Aktivitätsorientierter Ansatz	Umgebungs-bezogene Ansätze	Sozialtherapeutische Ansätze
kognitive Aktivierung bzw. Reaktivierung kognitiver Funktionen	lerntheoretische Prinzipien der Stimuluskontrolle und Verstärkung erwünschten Verhaltens	Wertschätzung der Gefühle der Betroffenen, Mobilisierung vorhandener Ressourcen	Aktivierung bzw. Beruhigung, Verbesserung der Interaktion	Interventionen auf ökologischer und sozialer Ebene	Verständnis für Defizite fördern, Stützung vorhandener Ressourcen, Interaktion verbessern
Realitäts-orientierungs-training (ROT)	Verhaltens-therapie	Validations-therapie (nach N. Feil)	Snoezelen	Milieuthherapie (Anpassung bzw. Gestaltung des Wohn- und Lebensbereichs und der sozialen Umgebung)	„staff training“ (Training des Pflegepersonals)
Gedächtnis-training	Kompetenz-training	„self maintenance therapy“ (SET)	„pet therapy“	Kleine und gemeindenahe Versorgungseinrichtungen	„Caregiver training“ (Training der pflegenden Angehörigen)
kognitive Aktivierung		„reminiscence therapy“	Kunst-, Tanz-, Musiktherapie		Psychoedukative Gruppen/Einzelgespräche



## Feststellungen im Vorbericht des IQWiG\*

---

Umfassende Recherche, insgesamt 28 Studien wurden identifiziert.

4 wesentliche Behandlungsansätze:

- Angehörigentraining,
- emotionsorientierte Verfahren,
- kognitive Verfahren und
- aktivierungsorientierte Verfahren.

In der überwiegenden Anzahl der Studien wurde die Wirksamkeit des Angehörigentrainings überprüft.

„Die Berichtsqualität von 24 der 28 eingeschlossenen Studien muss als mangelhaft eingestuft werden, was dazu führt, dass die Ergebnisse wenig aussagekräftig sind“

\* IQWiG Vorbericht zur vorläufigen Nutzenbewertung „Nichtmedikamentöse Behandlung der Alzheimer Demenz“ Auftrag A05-19D vom 22.02.2005, Version 1.0 Stand 23. 06. 2008



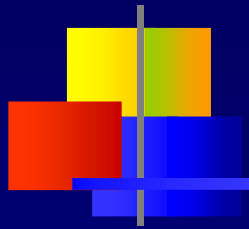
## Feststellungen im Vorbericht des IQWiG\*

---

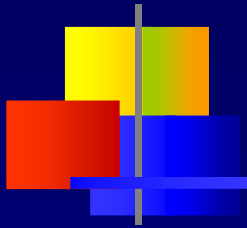
- **Angehörigentraining:** Nutzenhinweis für begleitende psychopathologische Symptome sowohl der Patienten als auch der Angehörigen und für die Lebensqualität der Angehörigen
- **Kognitive Verfahren:** Nutzenhinweis in Bezug auf die kognitive Leistungsfähigkeit der Patienten

Insgesamt wurden jedoch in der überwiegenden Anzahl der Studien statistisch nicht signifikante und überwiegend geringe Effekte beobachtet.

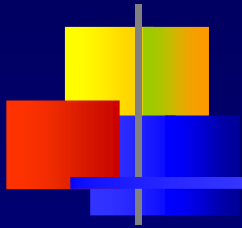
\* IQWiG Vorbericht zur vorläufigen Nutzenbewertung „Nichtmedikamentöse Behandlung der Alzheimer Demenz Auftrag A05-19D vom 22.02.2005, Version 1.0 Stand 23. 06. 2008



Medizinische Rehabilitation umfasst einen ganzheitlichen Ansatz ...  
Dieser Rehabilitationsansatz erfordert – unter Berücksichtigung des Einzelfalls – die **Anwendung von komplexen Maßnahmen auf medizinischen, pädagogischen, beruflichen und sozialen Sektoren und die Verzahnung insbesondere der ärztlichen, pflegerischen, physiotherapeutischen, ergotherapeutischen, logopädischen/sprachtherapeutischen, diätetischen und psychotherapeutischen Versorgung unter Einschluss von Hilfen zur Bewältigung der Krankheitsfolgen und zur Verhaltensänderung** mit dem Ziel des Abbaus von negativ wirkenden Kontextfaktoren.



In Bezug auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Menschen mit einer demenziellen Erkrankung und die Nachhaltigkeit derartiger Leistungen sollten **Forschungsprojekte auf Basis der ICF** erfolgen.



Bundesministerium  
für Gesundheit



## Leuchtturmprojekt Demenz

### Übersicht Projekte

Januar 2009

C. Stegemann



SEG 1  
der MDK-Gemeinschaft  
beim MDK Niedersachsen

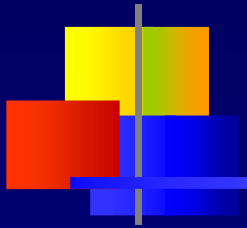
## Themenfeld 2: Evaluation von Versorgungsstudien

z.B. SKEPSIS

Stationäre Kurzzeitrehabilitation zum Erhalt von Partizipation und sozialer Interaktion als Infrastrukturmaßnahme im sozialen Umfeld bei Alzheimer-Erkrankung

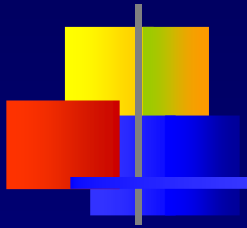
*Eine systematische Evaluation der Effektivität kompensatorischer Trainingsmaßnahmen in Kombination mit psychoedukativen Maßnahmen für Angehörige im Rahmen eines kurzzeitigen stationären Aufenthaltes ist bisher nicht durchgeführt worden. Modellhaft ist ein solcher Ansatz im Alzheimer-Therapiezentrum Bad Aibling etabliert. Die Nachhaltigkeit dieser Maßnahme ist bisher jedoch nicht untersucht worden. Ziel ist es, die Effektivität des modellhaften Vorgehens dieser special care unit zu untersuchen.\**

\* Quelle: Geriatrie Journal 6/2008



# Rehabilitation für Menschen mit einer demenziellen Erkrankung

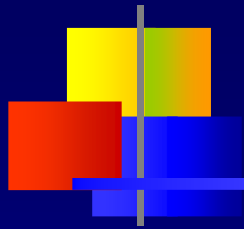
## Angebot einer mobilen Rehabilitation?



## *Referentenentwurf, Besonderer Teil:*

*Die **mobile Rehabilitation** ist **ein aufsuchendes medizinisches Rehabilitationsangebot und damit eine Sonderform der ambulanten Rehabilitation**. Ein mobiles Team erbringt Maßnahmen zur Rehabilitation in der Wohnung des Patienten. Zielgruppe sind multimorbide Patienten mit erheblichen funktionellen Beeinträchtigungen und einem komplexen Hilfebedarf.*

*Das aufsuchende Rehabilitationsangebot bezieht damit einen Patientenkreis ein, der **bislang keine Rehabilitationschancen** hat; zugleich werden der Grundsatz des Vorrangs der Rehabilitation vor und in der Pflege und die Zielsetzung „Ambulant vor stationär“ fachgerecht umgesetzt.*



**Rahmenempfehlungen  
zur  
mobilen  
geriatrischen Rehabilitation**

*01.05.2007*

Rehabilitationsleistungen müssen so ausgerichtet sein, dass sie die rehabilitationsbedürftigen alten Menschen tatsächlich erreichen, von ihnen akzeptiert werden und die Kontextfaktoren miteinbeziehen.



---

## 1. die Rehabilitanden

- a. auf die **umfassende Anwesenheit eines Angehörigen/einer Bezugsperson und deren rehabilitationsfördernde Wirkung** während der Rehabilitation angewiesen sind und dies durch die Mitaufnahme bzw. Teilnahme in der Einrichtung nicht gewährleistet, andererseits im gewohnten oder ständigen Wohnumfeld sichergestellt ist

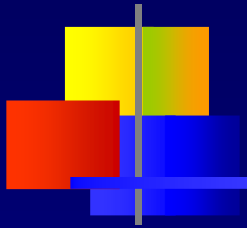
und/oder

- b. **im gewohnten/ständigen oder bereits krankheitsspezifisch bzw. behindertengerecht adaptierten Wohnumfeld** verbleiben müssen

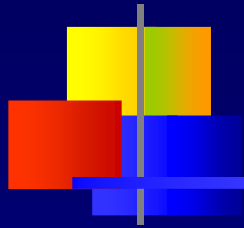
und/oder

2. die Rehabilitanden den angestrebten **Rehabilitationserfolg nicht aus der ambulanten/stationären Rehabilitation in die gewohnte oder ständige Umgebung übernehmen können**

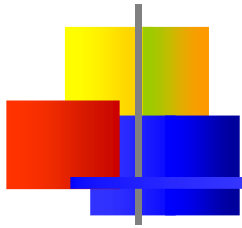
und



3. Der Grund für die Annahme nach 1 oder 2 in mindestens einer der nachstehenden Schädigungen der Körperstruktur oder Körperfunktion liegt:  
**Erhebliche Schädigung mentaler Funktionen**, z.B. der Kognition, der Aufmerksamkeit, der Merkfähigkeit, des Gedächtnisses, der Konzentration, der Orientierung, der Planung und Durchführung von Handlungen sowie demenzassoziierten Einschränkungen der Handlungsfähigkeit im Sinne eines Kompetenzverlustes, sofern Krankengeschichte und/oder bisheriger Behandlungsverlauf Anhaltspunkte bieten, dass ihre Ausprägung und Handlungsrelevanz in fremder Umgebung zunehmen, eine vertraute und gewohnte Umgebung dagegen zur Besserung der neuropsychologischen Leistungsfähigkeit und damit zu einer positiven Rehabilitationsprognose führt.



**Erhebliche Schädigung mentaler Funktionen verhaltensbezogener Art** wie Angst (incl. sturzbedingte Angst), Wahnvorstellungen, psychomotorische Unruhe und Agitiertheit, Zwangssymptomatik, delirantes Syndrom, Hospitalismus, schwere Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus, Selbstgefährdung u.ä., z.B. als nicht kognitionsbezogene Begleitsymptome einer Demenz, die sich in fremder Umgebung verstärken, dort eine zusätzliche Pharmakotherapie notwendig machen oder eine gezielte Behandlung erschweren, sofern Krankengeschichte und/oder bisheriger Behandlungsverlauf Anhaltspunkte 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.



Hibbeler, Birgit; Rieser, Sabine

Interview mit Bundesfamilienministerin Dr. med. Ursula von der Leyen:

## **„Demenz ist eine Krankheit - und keine Katastrophe“**

Dtsch Arztebl 2008; 105(51-52): A-2734