



## **CARE - PREVENTION - MANAGEMENT** ®

**VERNETZTES PRÄVENTIONS-, REHABILITATIONS- UND INTEGRATIONSMANAGEMENT**

**für Menschen mit Querschnittslähmungen und schweren Hirnschädigungen**

Friedhelm Mötzing, Diplom-Betriebswirt FH, Diplom-Rehabilitationspädagoge

Schmalkalder Str. 32, 99894 Friedrichroda, Tel. 03623-201421, e-mail:fm1301bkt@aol.com

---

**Projekt:** Konzipierung und Realisierung eines  
**Ambulant-teilstationär – integrierten Versorgungsnetzwerkes  
NCT- NEURO CARE (OST)THÜRINGEN**  
- Kompetenznetzwerk zur nachsorgenden Langzeitrehabilitation von Menschen mit schweren neurologischen Dauerschäden (insbesondere mit Hirnverletzungen) nach Abschluß der stationären Rehabilitationsphasen A - E

**Projektleiter:** Friedhelm Mötzing, Diplom-Betriebswirt FH, Diplom-Rehabilitationspädagoge (Insoma, Friedrichroda)

**Gliederung:** Teil 1 – Analyse-, Auswertungs- und Bewertungsphase

1. Ethisch-humanitäre und sozial-ökonomische Begründung für den Aufbau eines solchen integrierten Versorgungsnetzwerkes
  - 1.1. Zur gegenwärtigen Situation der Rehabilitation von Menschen mit schweren neurologischen Dauerschädigungen, insbesondere von Hirnverletzten
    - 1.1.1. quantitativ (jährliche Zahl, Art)
    - 1.1.2. qualitativ (gegenwärtiges gesellschaftliches Rehabilitationskonzept)
      - 1.1.2.1. praktiziertes Rehabilitationsphasenkonzept
      - 1.1.2.2. bundesweite bzw. länderspezifische konzeptionelle Umsetzung dieses Phasenkonzeptes
    - 1.1.3. bestehende bundesweite und auf Thüringen bezogene Versorgungslücken
    - 1.1.4. Mögliche Folgen und Auswirkungen für die künftige Rehabilitation von Menschen mit neurologischen Dauerschäden, insbesondere mit schweren Hirnverletzungen
    - 1.1.5. Ambulant-teilstationär – integriertes Versorgungsnetzwerk NEURO CARE als innovativer integrierter Versorgungsansatz
      - 1.1.5.1. Trägerschaft
      - 1.1.5.2. Wissenschaftliche Begleitung in der Erstphase

## **Teil 2 - Erarbeiteter Konzeptionsvorschlag**

2. Das geplante regional und wohnortnah arbeitende „ambulant-teilstationär – integrierte Versorgungsnetzwerk NEURO CARE (OST)THÜRINGEN
  - 2.1. Art, Charakteristik, Zielgruppen
  - 2.2. sozialpolitische und sozial-ökonomische Aufgabe
  - 2.3. Geplante Dienstleistungszentren, regionales Einzugsgebiet, Standort
  - 2.4. Bundesweite und regionale Netzwerkkoooperation
  - 2.5. Vertragliche Regelungen als Modellzentrum
  - 2.6. Qualitätsmaßstäbe der geplanten 3 Dienstleistungszentren (DC)
    - 2.6.1. DC 1 - NCP - NEURO CARE PREVENTION
    - 2.6.2. DC 2 - NCT – NEURO CARE TAGESCENTER
    - 2.6.3. DC 3 - NCB – NEURO CARE BILDUNGSZENTRUM (AKADEMIE)
  - 2.7. Prognostische Finanzierungs- und Wirtschaftlichkeitsrechnung
    - 2.7.1. modellhafte Anschubfinanzierung
    - 2.7.2. versorgungsvertragliche Finanzierung bei laufendem Geschäftsbetrieb

## **Teil 3 – Anlagen**

- 3.1. Baulich-struktureller Umstrukturierungsvorschlag für das Zentrum mit seinen 3 Dienstleistungszentren (Beratungszentrum, Tagesstätte, Akademie) in den bestehenden Gebäuden
- 3.2. Erste prognostische Wirtschaftlichkeitsberechnung

## **Teil A – Analyse-, Auswertungs- und Bewertungsphase**

1. **Ethisch-humanitäre und sozial-ökonomische Begründung für den Aufbau eines ambulant-teilstationär integrierten Versorgungsnetzwerkes NEURO CARE THÜRINGEN**

- 1.1. **Zur gegenwärtigen Situation der Rehabilitation von Menschen mit schweren neurologischen Dauerschäden, insbesondere mit Schädigung des Zentralnervensystems, speziell Schädel-Hirnverletzungen**

### **1.1.1. quantitativ (jährliche Zahl, Art)**

Rd. 300.000 Menschen erleiden nach Aussagen der DVfR (Deutscher Verband für die Rehabilitation Behinderter) jährlich eine Schädelhirnverletzung zu Hause, am Arbeitsplatz, im Straßenverkehr oder in der Freizeit, insbesondere beim Sport. Etwa 40.000 davon sind Wachkoma-Betroffene (Bundesverband für Schädel-Hirn-Patienten in Not e.V.).

Hinzu kommen Tausende andere unfall- oder erkrankungsbedingte ZNS - Betroffene u.a. mit hohen Querschnittslähmungen, Multipler Sklerose usw.

### 1.1.2. qualitativ (gegenwärtiges gesellschaftliches Rehabilitationskonzept)

Dank unserer qualitativ hervorragenden entwickelten Rettungs-, Intensiv-, Kurativmedizin mit sich anschließender differenziert-integrierter Rehabilitationskette sind nicht nur die Überlebenschancen groß, sondern auch die Chancen auf Reintegration in Gesellschaft, Familie, Beruf und Arbeit.

#### 1.1.2.1. praktiziertes Rehabilitationsphasenkonzept

Die Rehabilitation Betroffener erfolgt heute nach dem gesundheitspolitisch-medizinisch anerkannten Konsenskonzept der integrierten **Rehabilitationsphasen A – F**.

Ziel ist die bestmöglich-vernetzte medizinische, personal-soziale und berufliche Rehabilitation Betroffener im Sinne nahtloser (Re)integration.

Über eine Anpassung dieser Phasen an künftige sozial-ökonomische Erfordernisse oder die ethisch-humanitäre Ausdifferenzierung der Phase F bzw. Erweiterung um eine Phase G wird gegenwärtig intensiv diskutiert.

#### 1.1.2.2. bundesweite und länderspezifische Umsetzung dieses Phasenkonzeptes

Quer durch Deutschland sind auf der Basis dieses Rehabilitationskonzeptes flächendeckend neurologische Akutkliniken, z.B. mit speziellen Stroke Units entstanden sowie Zentren neurologischer Früh- und Anschlussrehabilitation. Gleiches gilt für Zentren der medizinisch-beruflichen Rehabilitation (Phase 2) oder beruflich-sozialen Rehabilitation, z.B. in Berufsbildungs- oder Berufsförderungswerken.

Darüberhinaus wurde in den letzten Jahren bundesweit durchgängig ein Netz einrichtungsintegrierter stationärer Wohnpflegebereiche – vorwiegend in Altenpflegeheimen – aufgebaut oder eigenständige Spezialzentren, um sogenannten medizinisch-austherapierten Wachkomapatienten **auch in der Rehabilitationsphase F** dauerhafte „zustanderhaltend-aktivierende Pflege „durch fachlich spezialisiertes und professionelles Pflegepersonal zu ermöglichen, soweit ambulant-häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder durchführbar ist.

**Anmerkung:** nach Angaben des Deutschen Bundesverbandes für Schädel-Hirnpatienten in Not e.V. verbleiben von jährlich rd. 40.000 Wachkoma-Patienten rund 8.500 als Langzeitpatienten der Rehabilitationsphase F (rd. 106 Betroffene pro 1 Million Einwohner). Ca. 65 % davon Betroffener werden zuhause durch Angehörige und/oder ambulante Pflegedienste gepflegt.

### 1.1.3. bestehende bundesweite und auf Thüringen bezogene Versorgungslücken

Dieses über Jahrzehnte geschaffene bundesweit-strukturelle Versorgungsnetz an Einrichtungen zu den jeweiligen Rehabilitationsphasen A – F ist gesundheitspolitisch durchaus beispielhaft - aber teuer.

Und es zeigt Versorgungslücken, die durch die begonnene Gesundheitsstrukturreform mit dem daraus resultierenden grundsätzlichen Umdenken zur Sicherung (und Finanzierung) der künftig notwendigen Gesundheitsversorgung – insbesondere unter der Dramatik der demografischen Bevölkerungsentwicklung in der BRD – aktuell zu Tage treten.

Die DRG-bezogene Fallpauschalenvergütung in Kliniken, der nicht umkehrbare Trend zu integrierten Versorgungsformen, das neu verabschiedete Präventionsgesetz veränderten bereits und verändern künftig noch mehr als bisher die medizinische, rehabilitative und Pflegelandschaft.

Das gilt auch und insbesondere für die neurologische Rehabilitation im Sinne der in 1.1.2.1. genannten Rehabilitationsphasen A-F.

**Bundesweit k a u m entstanden sind bisher z.B. Modelle multiprofessionell i n t e g r i e r t e r (und vernetzter) indikationsspezifischer präventiver Aufklärungs- und Versorgungsformen der Langzeitrehabilitation unmittelbar neurologisch Betroffener (und Angehöriger), die k e i n e Wachkoma-Patienten im Sinne zustandserhaltender Langzeitpflege sind, sondern förder- und reintegrierfähige, für die ambulant-teilstationäre Rehabilitations- und Pflegeangebote ethisch-humanitär als auch sozial-ökonomisch kostensparend unabdingbar sind.**

Nur einzelne gemeinnützige Einrichtungsträger und Zentren sind in den Bundesländern (NS/NRW/Bayern) aufzufinden, die dies beispielhaft aufgegriffen und unter Beachtung der neuen rehabilitationswissenschaftlichen Erkenntnisse zur Ausdifferenzierung der Rehabilitationsphase F, Neuentwicklung einer Phase G u n d Aufbau von integrierten Versorgungsnetzwerken häuslicher und teilstationärer Nachsorge-Rehabilitation mit kooperativer Pflege konzeptionell modellhaft umgesetzt haben.

Besonders hervorzuheben sind hier insbesondere der SAV (Stationär ambulanter Verbund zur Rehabilitation Hirnverletzter e.V. in Nordbayern) und die Stiftung für Körperbehinderte Allgäu mit ihrer „Heilpädagogisch-Therapeutischen Tagesstätte für Menschen mit Schädel-Hirnverletzungen“.

**Die geschilderte Situation ist auch repräsentativ für das Bundesland Thüringen.**

Auch hier gibt es ein gut ausgebautes Netz neurologischer Akutkliniken mit Stroke Units, z.B. an den Universitätskliniken Jena usw., sowie hervorragend arbeitende Zentren der neurologischen Frührehabilitation, z.B. in Bad Klosterlausnitz, Bad Liebenstein, Bad Tennstedt, Sülzhayn usw.

Zusätzlich sind s t a t i o n ä r durchaus bedarfsdeckend 4 Regionalzentren mit 48 Plätzen stationärer Langzeitpflege der Rehabilitationsphase F aufgebaut und finanziell gefördert worden (drei Angliederungen an bestehende Altenpflegeheime in Meiningen DRK), Weimar (AWO), Gera (kommunal noch im Entstehen) sowie eines als Spezialzentrum in Hanstein (privat, Familie Wolf). Darüberhinaus hat die AWO in Berka an der Werra in ihrem Altenpflegeheim in Eigenregie einen nichtgeförderten Wachkoma-Bereich mit 12 Plätzen eingerichtet.

**Doch auch in Thüringen zeigt sich:**

Es gibt **nicht ein einziges integriertes Versorgungsnetzwerk**, das sich ethisch-humanitär professionell **u n d** sozial-ökonomisch gesundheitskosteneinsparend der umfassenden

- thüringenweiten präventiv aufklärenden Information,
- individuellen Betroffenenberatung und Unterstützung durch Case-Management sowie
- wohnortnah „versorgungsintegriert“ ambulant-teilstationär vernetzten Nachsorgerehabilitation mit kooperativer Pflege durch Angehörige und Fachdienste

**für neurologisch behinderte Menschen** zuwendet, die **k e i n e** Wachkoma-Patienten im Sinne der stationär zustandserhaltenden Langzeitpflege Phase F sind.

#### 1.1.4. Mögliche Folgen und damit Auswirkungen auf die künftige Rehabilitation von Menschen mit neurologischen Dauerschäden, insbesondere schweren Hirnschädigungen

Die aus der bisherigen Gesundheitsstrukturreform resultierenden frühzeitigeren Entlassungen aus den neurologischen Kliniken, die Verkürzung oder gar der Ausfall nachfolgender Rehabilitationsphasen führt nach allen bisherigen Erfahrungen zu Brüchen in der förderrehabilitativ-nachsorgenden Versorgungskontinuität. Die Angehörigen werden nicht selten kurzfristig damit konfrontiert, ihre als austherapiert definierten neurologisch schwerbehinderten Angehörigen entweder kurzfristig in die häusliche Pflege zu nehmen oder in einem stationären Altenheim unterzubringen, das zumeist für solche neurologischen Patienten/Bewohner „förderrehabilitativ“ nicht oder nur bedingt geeignet ist.

**Anmerkung: Es gibt eine erhebliche statistisch nicht erfasste Anzahl von – häufig sogar jungen und jüngeren Erwachsenen mit weiterhin förderfähigen neurologischen Hirnschädigungen, die mangels Alternativen f e h l e n in Pflegeheimen für alte Menschen untergebracht sind.**

Die Konsequenzen:

- entweder völlige psycho-physische Überlastung der pflegenden Angehörigen mit Gefahr des gesundheitlichen und finanziellen Ruins
- oder aufbewahrende, zustandserhaltende, sozial-ökonomisch t e u r e u n d künftig nicht mehr gesellschaftlich und individuell finanzierbare stationäre Dauerpflege in Heimen

Als Gesellschaft mit ethisch-humanitärem Leitbild einer gleichberechtigten Teilhabe und Lebensqualität für schwerbehinderte Menschen dürfen wir das nicht hinnehmen oder akzeptieren. **Wir müssen fachlich und menschlich kreativ nach alternativ-innovativen Lösungen suchen – a u c h im Sinne künftiger sozial-ökonomischer Bezahlbarkeit.**

#### 1.1.5. Ambulant-teilstationär – integriertes Versorgungsnetzwerk NEURO CARE als alternativer innovativer Ansatz für Menschen mit neurologischen Dauerschäden

Die gesundheitsstrukturpolitische Ansätze der Krankenkassen „Gestaltung und Erprobung innovativer integrativer Versorgungsformen – SGB V“, das Modellprogramm der Pflegekassen „ Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI sowie das neue SGB IX zur gleichberechtigten Teilhabe von Menschen mit Behinderungen geben uns dazu die Chance.

In diesem Sinne beabsichtigen wir das nachfolgend beschriebene Modellzentrum in (Ost)Thüringen aufzubauen und zu betreiben:

**Ambulant-teilstationär – integriertes Versorgungsnetzwerk  
NCT- NEURO CARE THÜRINGEN**



**Kompetenznetzwerk zur nachsorgenden Langzeitrehabilitation von weiter förder- und reintegrationsfähigen Menschen mit schweren neurologischen Dauerschäden (insbesondere mit Hirnverletzungen) nach Abschluß der Rehabilitationsphasen A – E**

### 1.1.5.1. Trägerschaft

Gründung eines gemeinnützigen e.V. „Stiftung NEURO CARE THÜRINGEN e.V.“  
(ähnlich dem Konzept der Jose' Carreras Leukämie Stiftung e.V.)

### 1.1.5.2. Wissenschaftliche Projektbegleitung in der Erstphase

Rehabilitations- und pflegewissenschaftlich durch den gerontologisch-angewandten  
Forschungscenter des INSOMA - INSTITUT FÜR SOZIALBETRIEBSWIRTSCHAFTLICHES MANAGEMENT

## Anhang

### Erste prognostische Wirtschaftlichkeitsrechnung für den NCT - NEURO CARE CENTER OSTTHÜRINGEN

#### Ausgangsbasis:

- Prognostische Kalkulation auf Geschäftsjahresbasis
- 18 Plätze Endausbau, Belegung 5 Tage wöchentlich, jahresbezogene Auslastungsgrad 90 %
- Personalausstattung:
  - 1 verantwortliche PDL, Vollzeit 100 %
  - 1 weitere Pflegefachkraft VZ 100 %
  - 1 Heilpädagogin/Heilerzieherin TZ 50 %
  - 1 Ergotherapeutin TZ 75 %
  - 1 Hauswirtschaftliche Fachkraft TZ 50 %
  - 1 Beratungs-/Verwaltungsfachkraft 50 %
- zusätzlich: mehrere ehrenamtlich arbeitende Unterstützungskräfte bzw. mit geringfügigem Beschäftigungsverhältnis (Reinigung etc.)
- Freiberufliche arbeitende Logo-/Physio-/Musiktherapeutinnen
- Raumgröße ca. 500 qm – siehe **Anlage strukturgebender Grundrissplan**

1. Prognostische Ertragsrechnung	Euro
1.1. Erträge aus integriertem Versorgungsvertrag nach SGB V, IX und XI (Modellvertrag)	203.000
1.2. Erträge aus Unterkunft und Verpflegung	39.500
1.3. Erträge aus Beratungsinstitut und Fortbildungakademie	12.000
1.4. Sonstige Erträge	2.800
	<hr/>
	257.300

**2. prognostische Aufwandsrechnung**

2.1. Personalaufwand

- Direkte Personalaufwendungen ohne Zuschüsse	135.000
- Arbeitgeber-Anteile SV etc.	28.500

2.2. Sachaufwand

- KFZ	12.000
-------	--------

<b>Raumiete mit Nebenkosten/ESS</b>	<b>55.800</b>
-------------------------------------	---------------

- Wareneinsatz Beköstigung etc.	11.800
---------------------------------	--------

- förderrehabilitativer und Pflegeaufwand	4.200
---	-------

- Wirtschaftsbedarf	3.200
---------------------	-------

- Versicherungen	1.200
------------------	-------

- Wartungen/Abschreibungen	3.600
----------------------------	-------

255.300

<b>3. Voraussichtliche Überdeckung</b>	<b>+ 2.000</b>
--	----------------