

Multiprofessionelle neurologische Rehabilitation

Was gibt es Neues?

Die Thematik der multiprofessionellen neurologischen Rehabilitation wird erstmals in dieser Auflage der Leitlinien berücksichtigt.

Die wichtigsten Empfehlungen auf einen Blick

- Planung und Durchführung neurologisch-rehabilitativer Maßnahmen setzen neben der funktionsorientierten klinischen Befunderhebung auch eine umfassende Evaluation (Reha-Assessment) der Alltagsfähigkeiten, Teilhabemöglichkeiten und sogenannter Kontextfaktoren voraus.
- Vor diesem Hintergrund erfordert neurologische Rehabilitation ein interdisziplinäres multiprofessionelles Team unter Leitung bzw. Supervision eines qualifizierten Arztes (Arzt für Neurologie mit Zusatzqualifikation Rehabilitationswesen bzw. Sozialmedizin, Arzt für physikalische und rehabilitative Medizin) (Prozessqualität) (**B**).
- Nach akuter Hirnschädigung ist möglichst frühzeitig, d. h. noch im Akutkrankenhaus, mit rehabilitativen Maßnahmen zu beginnen (Prinzip der Frührehabilitation) und dann, wenn erforderlich, so rasch wie möglich die Verlegung in eine qualifizierte stationäre oder teilstationäre/ambulante Rehabilitationseinrichtung vorzunehmen (**B**).

Stellenwert der Rehabilitation

Neben Prävention, Akutmedizin und Pflege stellen rehabilitative Maßnahmen eine weitere Säule des deutschen Gesundheitssystems dar. Da Erkrankungen des zentralen und/oder peripheren Nervensystems oft nicht in eine „restitutio ad integrum“ einmünden und dann mit bleibenden Funktionsdefiziten vergesellschaftet sind, liegt im Bereich der Neurologie inzwischen ein erheblicher und zunehmender Bedarf an gezielten und fundierten rehabilitativen Behandlungsprogrammen vor. Das zum 1. 7. 2001 in Kraft getretene Neunte Buch des Sozialgesetzbuches (SGB IX, Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) formuliert als Ziel der Rehabilitation die Förderung der Selbstbestimmung und der gleichberechtigten Teilhabe behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen am Leben der Gesellschaft (einschlägige gesetzliche Regelungen zur Leistungsgruppe medizinische Rehabilitation: §§ 26– 32; vgl. Marburger 2006). Unter den Stichworten „Reha vor Rente“ und „Reha vor Pflege“ (§ 8 SGB IX) werden allen von Behinderung betroffenen oder bedrohten Menschen diejenigen Versorgungsmaßnahmen zugesichert, die zur ihrer möglichst umfassenden Wiedereingliederung in Familie, Beruf und Gesellschaft erforderlich sind.

Ziele und Anwendungsbereich

Diese Leitlinie wendet sich vorwiegend an Ärzte im Bereich der Akutneurologie und der neurologischen Rehabilitation. Vor diesem Hintergrund sollen nicht Einzelheiten therapeutischer Maßnahmen vermittelt (vgl. dazu die nachfolgenden einschlägigen Kapitel), sondern lediglich Richtlinien der Indikationsstellung, Einleitung und Planung von Rehabilitationsleistungen an die Hand gegeben werden.

Grundlagen der Empfehlungen: Wirksamkeitsstudien im Bereich der neurologischen Rehabilitation

Randomisierte kontrollierte Studien zur Wirksamkeit defizitorientierter Verfahren neurologischer Rehabilitation werden im Rahmen der folgenden einschlägigen Kapitel behandelt. Die den Bereich der „Aktivitäten und Teilhabemöglichkeiten“ (siehe unten) betreffenden Gruppenstudien (z. B. Goranson et al. 2003, Cicerone et al. 2004) weisen kein vergleichbares Evidenzniveau auf. Allerdings können Daten zur beruflichen Wiedereingliederung (vgl. Fries et al. 2007) als Äquivalent eines Rehabilitationserfolges auf der Partizipationsebene gelten, denn der „Reha-Erfolg“ wird SGB IX zufolge ausschließlich dadurch bestimmt, inwieweit Behinderung vermieden und Teilhabe (wieder) ermöglicht wird, und zwar unabhängig von der Ursache der Behinderung (§ 4 SGB IX). Werden die Selbständigkeit im Alltag bzw. die sozialen Partizipationsmöglichkeiten als Kriterien des „Reha-Erfolges“ herangezogen, dann legen die vorhandenen Metaanalysen doch überzeugend dar, dass spezifische multiprofessionelle Therapieprogramme das „Outcome“ z. B. von Patienten mit Schlaganfall (Rice-Oxley u. Turner-Stokes 1999), Querschnittlähmung (Inman 1999), schwerer erworbener Hirnschädigung, auch traumatischer Genese (Turner-Stokes et al. 2007) oder Multipler Sklerose (Khan et al. 2007) verbessern.

Planung und Durchführung neurologischer Rehabilitationsmaßnahmen

Behandlungsgrundsätze

Mit den „Rahmenempfehlungen“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) aus dem Jahre 1998 haben die Kostenträger Richtlinien zur Gestaltung der Strukturen und Prozesse stationärer und ambulanter neurologischer Rehabilitation formuliert, die allerdings keine evidenzbasierten Vorgaben darstellen, sondern bewährte bzw. erwünschte klinische Praxis widerspiegeln (BAR 1998). Einer neueren Stellungnahme der BAR zufolge haben sich Rehabilitationsmaßnahmen an folgenden Behandlungsgrundsätzen auszurichten (BAR 2005):

Ganzheitlichkeit.

Der Gedanke der Ganzheitlichkeit wurde durch SGB IX in die Rehabilitation eingeführt und für die von Behinderung bedrohten oder betroffenen Menschen als soziales Recht verankert: Über das Erkennen,

Behandeln und Heilen einer Krankheit hinaus müssen die Erkrankungsfolgen mit ihren drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen der Teilhabe am beruflichen und sozialen Leben berücksichtigt werden. Als Voraussetzung für einen bestmöglichen Rehabilitationserfolg sind deshalb Kontext- und Risikofaktoren der Integration von Patienten (Klienten) in Arbeitswelt und Gesellschaft zu erfassen.

Finalität.

Unabhängig von der Ursache einer Behinderung (§ 4 SGB IX) sind alle diejenigen Maßnahmen zu ergreifen und von Seiten der Sozialleistungsträger zu finanzieren, durch die sich die festgelegten Rehabilitationsziele erreichen und sichern lassen (Gesichtspunkt der Finalität). Aus dieser Bestimmung heraus folgt für den klinischen Alltag, dass Therapiemaßnahmen dem Ziel einer Verbesserung der beruflichen und sozialen Partizipation dienen müssen. Der Nachweis des Reha-Erfolges durch die Leistungserbringer, d. h. Therapeuten und Ärzte, muss deshalb auf der Ebene der Teilhabemöglichkeiten und nicht der Funktionsdefizite geführt werden. Therapeutische Maßnahmen, die ausschließlich auf eine Funktionsverbesserung ausgerichtet sind, auch wenn von Patienten eingefordert („ ich möchte wieder ganz gesund werden“ oder „ meine Hand soll wieder besser werden“), gehören nicht mehr zum Leistungskatalog der Sozialleistungsträger.

Selbstbestimmung, Teilhabe und Ressourcenorientierung.

Im Rahmen rehabilitativer Maßnahmen kommt der Selbstbestimmung von Behinderung betroffener oder bedrohter Menschen, da sie auf ein weitgehend durch „ Normalität geprägtes Leben“ vorzubereiten sind, eine besondere Rolle zu. Eng verknüpft mit diesem „ Normalisierungsanspruch“ ist das Leitprinzip „ Hilfe zur Selbsthilfe“ : Die Betroffenen sollen dazu befähigt werden, ihre Teilhabe an allen gesellschaftlichen Bereichen aktiv als „ Experten in eigener Sache“ zu gestalten. Verantwortung für die eigene Person und für die eigene Gesundheit zu übernehmen, kann auch bedeuten, die eigenen Ressourcen zu nutzen und unter Umständen das eigene gesundheitsbezogene Verhalten zu verändern.

Komplexität, Individualität und Interdisziplinarität.

Rehabilitation muss den jeweiligen besonderen Bedürfnissen des betroffenen Menschen Rechnung tragen und kann deshalb nicht nach Maßgabe eines standardisierten Verfahrens gestaltet werden. Vor diesem Hintergrund sind die Zielsetzungen der therapeutischen Interventionen im Verlauf der Rehabilitation fortlaufend anzupassen, zu überprüfen und zu modifizieren. Um einem ganzheitlichen Ansatz gerecht zu werden, bedarf es im Bereich der Rehabilitation einer engen interdisziplinären Zusammenarbeit mehrerer Berufsgruppen, insbesondere um eine integrative Planung therapeutischer Maßnahmen zu gewährleisten (siehe unten).

Grundsätzlich lassen sich 4 Behandlungsziele neurologischer Rehabilitation voneinander abgrenzen:

- Restitution
- Kompensation
- Adaptation
- Emotionale Akzeptanz

An der mehr oder weniger ausgeprägten Rückbildung neurologischer Defizite nach einer akuten Hirnschädigung dürften mehrere neurobiologische Prozesse, die sich über unterschiedliche Zeitfenster erstrecken, beteiligt sein, z. B. die Reperfusion einer ischämischen Penumbra, die Rückbildung von Diaschisis-Effekten wie auch die Reorganisation zerebraler Netzwerke sensomotorischer, sprachlicher und kognitiver Leistungen (vgl. die nachfolgenden Kapitel zur Rehabilitation sensomotorischer und kognitiver Leistungen). Zunächst sollte in der Akut- bzw. Postakutphase versucht werden, diese Restitutionsvorgänge durch Übungsbehandlungen zu unterstützen. Wenn sich eine Besserung der Funktionsdefizite nicht einstellt bzw. nicht erwartet werden kann, z. B. aufgrund ungünstiger prädiktiver Faktoren wie Art, Ausdehnung und Lokalisation einer Läsion, ist eine Kompensation der Auswirkungen neurologischer Defizite auf Alltagsverrichtungen oder die Teilhabe (Partizipation) am beruflichen bzw. gesellschaftlichen Leben durch den Erwerb von „Ersatzstrategien“ anzustreben. Kommt es nicht zur Rückbildung sensomotorischer, sprachlicher oder kognitiver Defizite und lassen sich die daraus folgenden Fähigkeitsstörungen auch nicht durch den Einsatz von Hilfsmitteln kompensieren, dann muss versucht werden, Umweltgegebenheiten wie z. B. Wohnung oder Arbeitsplatz umzugestalten oder behindertengerecht anzupassen (Adaptation). Durch die Aneignung von Kompensationsstrategien und eine angemessene Gestaltung des häuslichen Umfeldes kann u. U. eine signifikante Verbesserung der Selbständigkeit des Patienten in den Verrichtungen des alltäglichen Lebens wie auch seiner sozialen Partizipation erreicht werden, z. B. die Wiedereingliederung in das familiäre Milieu oder die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit, obwohl sich der neurologische Befund nicht verbessert hat. Um diese Ziele zu erreichen, müssen die emotionale Akzeptanz der Behinderung gefördert und entsprechende Bewältigungsstrategien („coping“) vermittelt werden.

Klassifikation von Erkrankungsfolgen und Gesundheitszuständen

Bei der Planung eines individuellen Behandlungsprogramms sind neben medizinischen Faktoren (Grund- bzw. Begleiterkrankungen und dadurch bedingte Funktionsstörungen) auch die Alltagsverrichtungen des betroffenen Menschen („activities of daily life“, ADL) und seine gesellschaftlichen Bezüge zu berücksichtigen. Als Grundlage einer international einheitlichen Beschreibung der vorhandenen Leistungsressourcen und Partizipationsmöglichkeiten einer Person – Voraussetzung der Formulierung von Rehabilitationszielen – hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1980 die Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, ICDH) eingeführt, die Krankheitsfolgen auf 3 Ebenen zu charakterisieren erlaubt:

Schädigungen der Struktur und/oder Einschränkungen der Funktion von Organsystemen („**impairments**“)

Fähigkeitsstörungen im Bereich alltäglicher Verrichtungen („**disabilities**“)

Beeinträchtigungen der sozialen Rolle(n) eines betroffenen Menschen („**handicaps**“)

Im Vergleich zu der noch vorwiegend „ defizitorientierten“ ersten Ausgabe der ICDH erfolgte durch die im Jahre 1999 veröffentlichte Revision (International Classification of Impairments, Activities and Participation, ICDH-2) und dann insbesondere durch die im Mai 2001 von der 54. Vollversammlung der WHO verabschiedete Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF) eine erheblich stärkere Gewichtung von Umweltbedingungen und personenbezogener Gegebenheiten wie Alter und Geschlecht im Rahmen der Evaluation eines behinderten Menschen (Schuntermann 2005). Diese jüngste Variante des Versuchs einer einheitlichen Beschreibung von Gesundheitszuständen bzw. Krankheitsfolgen fußt auf einem komplexen Modell der Wechselwirkungen von „ Funktionsfähigkeit“ („ funktionale Gesundheit“ eines Menschen) und „ Kontextfaktoren“ (biopsychosoziales Modell von Gesundheit):

- Der Bereich „ **Funktionsfähigkeit**“ umfasst die Ebenen „ Körperfunktionen und -strukturen“ , „ Aktivitäten“ , und „ Teilhabe an Lebensbereichen“ (entsprechen im Wesentlichen den Aspekten „ impairments“ , „ disabilities“ und „ handicaps“ der vorausgegangenen Fassungen).
- Die Domäne „ **Kontextfaktoren**“ beinhaltet Umweltfaktoren wie den Zugang zu technischen Produkten oder Dienstleistungen, z. B. öffentlicher Nahverkehr, Lift für Gehbehinderte o. ä., aber auch überfürsorgliche oder überfordernde Angehörige und nicht zuletzt gesellschaftliche Vorurteile gegenüber Behinderten. Zu den personenbezogenen Faktoren sind Alter, Geschlecht, Motivation, aber auch Lebensstil oder Coping-Strategien zu rechnen.

Die Erweiterung um Kontextfaktoren erlaubt dem ICF, positive („ Förderfaktoren“) und negative („ Barrieren“) Auswirkungen von Umweltgegebenheiten (und personenbezogener Merkmale) auf die „ Funktionsfähigkeit“ einer Person, d. h. ihren Körper, ihre Alltagsaktivitäten und ihre sozialen Partizipationsmöglichkeiten zu beschreiben. Zu beachten ist, dass diese Systematik die Internationale Klassifikation von Krankheiten (International Classification of Diseases, ICD) ergänzt und nur dann angewendet werden darf, wenn eine Gesundheitsstörung im Sinne der ICD vorliegt.

Vor dem Hintergrund der ICF haben Rehabilitationsmaßnahmen das Ziel einer „ Wiederherstellung oder Besserung der funktionalen Gesundheit des Rehabilitanden bei bestehender Behinderung oder bedrohter Teilhabe an Lebensbereichen“ (Schuntermann 2005, S. 59). Wesentliche Grundsätze der ICF haben Eingang in das SGB IX gefunden, unter Berücksichtigung der in Deutschland historisch gewachsenen und anerkannten Besonderheiten (Schuntermann 2005, S. 13). Den am 30. 03. 2006 in Kraft getretenen „ Rehabilitations-Richtlinien“ (Bundesanzeiger 2006, S. 2 219) des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zufolge dürfen Vertragsärzte der Krankenversicherung nur dann Rehabilitationsleistungen dieser Kostenträger verordnen, wenn sie

dazu qualifiziert sind, und dazu gehören auch Kenntnisse der ICF.

Struktur des neurologischen Reha-Teams

Eine Schädigung bzw. Erkrankung des Zentralnervensystems kann perzeptuelle, motorische, sprachliche, kognitive und motivationale/emotionale Funktionen beeinträchtigen und infolgedessen Vital-, Alltags- und Berufskompetenz kompromittieren (Welter u. Schönle 1997).

Aus dieser „Komplexität der Funktions- und Kompetenzstörungen“ (Schönle 2005) nach Hirnschädigung resultiert eine vielgestaltige und breit gefächerte Aufgabenstellung neurologisch-rehabilitativer Maßnahmen, und im Gegensatz zum Akutkrankenhaus muss der Behandlungsablauf von einem multiprofessionellen therapeutischen Team geplant und durchgeführt werden, das meist ein bis zwei Mal pro Woche zu institutionalisierten Besprechungen und Fallkonferenzen zusammentritt. Auf der Grundlage dieser „teamorientierten Kooperation“ sollen zum einen die Entwicklung der Defizite wie auch der Fähigkeitsstörungen eines Patienten dokumentiert, zum zweiten seine Ressourcen fortlaufend evaluiert und zum dritten gegebenenfalls Rehabilitationsprognose und -ziel modifiziert werden, um einen individuell angepassten und stadiengerechten Behandlungsablauf zu ermöglichen. Es scheint sich inzwischen herauszuschälen, dass die konsequente Verwendung der Begrifflichkeit der ICF die Arbeit eines Reha-Teams erleichtert sowie auch zu einer effizienteren Organisation der Behandlungsabläufe und infolgedessen zu Zeitersparnis führt (Rentsch u. Bucher 2005).

Die Rehabilitationswissenschaften unterscheiden mehrere Formen „teamorientierter Kooperation“ im Rahmen von Fallbesprechungen und -konferenzen (Latella 2000, Wood 2003):

- Das **multidisziplinäre Vorgehen** ist dadurch charakterisiert, dass jeder Teilnehmer sich darauf beschränkt, die Entwicklung des Rehabilitanden – und die daraus resultierenden weiteren Behandlungsschritte – aus der Sicht seines eigenen Fachgebietes darzustellen. Dem Arzt als Teamleiter fällt dann notwendigerweise die Aufgabe zu, die Empfehlungen der einzelnen Therapeuten aufeinander abzustimmen und in einen kohärenten Behandlungsplan zusammenzufügen. Diese nicht nur moderierende, sondern auch integrierende Funktion dürfte mit einer zusätzlichen Arbeitsbelastung einhergehen. (Diese Variante „teamorientierter Kooperation“ beschreibt eigentlich, wie „teamorientierte Kooperation“ verfehlt wird.)
- Auf der Grundlage eines „**interdisciplinary approach**“ werden vor dem Hintergrund der jeweils aktuellen Rehabilitationsziele eines Patienten die einzelnen Therapiesegmente den verschiedenen Ressorts zugeordnet und die Behandlungsschritte über die Bereichsgrenzen hinweg aufeinander abgestimmt. Diese Form der Kooperation wird natürlich vor allem bei domänenübergreifenden Aufgaben wie der Schlucktherapie oder des Feinmotoriktrainings zum Tragen kommen. Da es sich um den ökonomischeren Ansatz handelt und bei knappen therapeutischen Ressourcen gar keine andere Wahl bleibt, bildet diese Form der Interaktion die „Realität“ der Fallbesprechungen und -konferenzen sicherlich besser ab als der „multidisciplinary approach“.
- In Abhängigkeit von den vorrangigen Fähigkeitsstörungen eines Patienten fungiert beim

transdisziplinären Ansatz ein Therapeut als „primary therapist or leader“, der dann anstelle des Arztes die Behandlungsplanung in die Hand nimmt. Bei Patienten, die beispielsweise (weitgehend) ausschließlich an aphasischen oder anderen kognitiven Defiziten leiden, könnte dann der Sprachtherapeut oder der Neuropsychologe als Teamleiter eingesetzt werden. Dieser Ansatz dürfte insbesondere im Rahmen der teilstationären und ambulanten Rehabilitation von Bedeutung sein.

Die „core members“ eines neurologisch-rehabilitativen Teams, das in der Regel von einem Arzt geleitet wird, rekrutieren sich meist aus den Bereichen der Physio-, Ergo- und Sprachtherapie, der Neuropsychologie, der Pflege und der Sozialarbeit. Bei entsprechenden Fragestellungen können natürlich auch Vertreter anderer Berufsgruppen aus der jeweiligen Rehabilitationseinrichtung wie DiätassistentInnen oder Prothetikberater („extended members“) in die Besprechungen oder Fallkonferenzen mit einbezogen werden. Schließlich müssen unter Umständen konsiliarisch niedergelassene Ärzte oder spezielle aushäusige Pflegedienste, z. B. bei Schwierigkeiten der Stomaversorgung, konsultiert werden, die dann aber in der Regel nicht persönlich anwesend sein werden, sondern schriftliche Empfehlungen abgeben. Aufgaben und Behandlungsverfahren der einzelnen Therapiebereiche werden in den nachfolgenden Kapiteln näher beschrieben.

Rehabilitationsplan und -assessment

Als Voraussetzung für die Planung und Durchführung therapeutischer Maßnahmen hat das interdisziplinär zusammengesetzte Team einen Gesamtrehabilitationsplan (Teilhabeplan nach SGB IX) zu erstellen, der neben dem Profil der Funktionsdefizite auch die noch vorhandenen Fähigkeiten und Teilhabemöglichkeiten eines Patienten beschreibt (funktionale Diagnostik, Assessment), die Rehabilitationsfähigkeit und -motivation des Patienten bewertet, über- bzw. nachgeordnete Rehabilitationsziele festlegt und die erforderlichen Behandlungsschritte aufeinander abstimmt. Durch das Re-Assessment im weiteren Verlauf ist dann herauszuarbeiten, ob und wie das Therapieprogramm weiterzuführen ist (Welter u. Schönle 1997, Fries et al. 2007).

Parametrische und nichtparametrische Verfahren der Quantifizierung einzelner sensomotorischer, sprachlicher und kognitiver Funktionsdefizite („impairments“ im Sinne der ICDH bzw. „Körperfunktionen und -strukturen“ nach ICF) werden in den nachfolgenden Kapiteln beschrieben. Die Dimension der „disabilities“ (ICDH) bzw. „activities“ (ICF) wird meist über die Evaluation alltäglicher Verrichtungen („activities of daily living“, ADL) zu erfassen versucht. Die breiteste Verwendung, auch auf internationaler Ebene, findet inzwischen der Barthel-Index (Collin 2003). Dieses Instrument, auch in modifizierter Form als Frühreha-Barthel-Index (Schönle 1996), wird in Deutschland meist zur Abgrenzung der einzelnen Rehabilitationsphasen herangezogen und von den Kostenträgern zur Dokumentation des Rehabilitationsverlaufs eingefordert. Schwieriger gestaltet sich naturgemäß die „Quantifizierung“ der „handicaps“ (ICDH) bzw. der „Teilhabemöglichkeiten“ (ICF) eines Rehabilitanden (weiterführende Diskussion in Collin 2003). Eine Übersicht der verschiedenen, für den deutschen Sprachraum aber noch nicht validierten Messinstrumente zur

Erfassung von Teilhabe findet sich im Internet (The Center for Outcome Measurement in Brain Injury; www.tbims.org/combi/). Grundsätzlich gibt die ICF ein entsprechendes Werkzeug an die Hand, allerdings hat sich die einheitliche Kodierung rehabilitationsrelevanter Befunde und Daten unter Verwendung dieser Kriterien in Deutschland noch nicht durchgesetzt. Darüber hinaus beinhaltet die aktuelle Version der ICF noch keine Systematik der Personen-bezogenen Faktoren.

Phasen-Modell der Behandlungsablaufs

Um die vorhandenen Versorgungsstrukturen zu erweitern bzw. besser aufeinander abzustimmen, wurde von einer Arbeitsgruppe im Auftrag des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) ein Modell der Behandlungskette neurologischer Erkrankungen entwickelt und 1995 von allen in der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) zusammengeschlossenen Leistungsträgern verabschiedet (BAR 1998), das abhängig von klinischem Befund, Umfang der Pflegebedürftigkeit und Profil der Fähigkeitsstörungen mehrere Rehabilitationsphasen unterscheidet und das auch zunehmend Eingang in die Versorgungsverträge der Rehabilitationseinrichtungen findet (Schupp u. Ackermann 2000) (**Tab. 1**).

Tabelle 1 Anpassung der Reha-Ziele an die Rehabilitationsphase

Phasenabhängigkeit der Reha-Ziele				
Reha-Stufen	Phasenmodell (BAR)	Grad der Autonomie (Selbstbestimmung)	Ziele	Teilhabe
Akutbehandlung	A	Biologische Autonomie (Vitalfunktionen)	Unabhängigkeit von Maschinen und dauernder Pflege	an Satz: In diese Spalte bitte einen Pfeil einfügen; siehe Datei CE 91 Abbildung
Früh-Reha	B			
Postakute stationäre und ambulante Reha	CD	Funktionelle Autonomie (ADL [Schlucken, Toilettenfähigkeit Selbstversorgung, Mobilität, Kommunikation])	Unabhängigkeit von Pflege und ständiger funktioneller Hilfestellung	
Wohnortnahe stationäre und ambulante Reha	D E	Soziale Autonomie (soziale Reintegration einschließlich beruflicher	Unabhängige, selbstbestimmte Lebensführung in der	

Phasenabhängigkeit der Reha-Ziele				
		Wiedereingliederung)	sozialen Gemeinschaft	
Ambulante Nachsorge			Sicherung des Rehabilitationserfolges	

Die Grenzen zwischen den einzelnen Phasen, meist unter Rückgriff auf ADL-Skalen wie den Barthel-Index definiert, können sich immer noch von Bundesland zu Bundesland unterscheiden. Ein Patient durchläuft nicht notwendigerweise alle Phasen, sondern kann in Abhängigkeit von residualen Fähigkeitsstörungen auf unterschiedlichen Ebenen der Behandlungskette in die Nachsorge überführt werden. Obwohl das Phasen-Modell sich am klinischen Verlauf von Patienten mit akuter Hirnschädigung wie Schlaganfall oder Schädel-Hirn-Traumas orientiert, lässt es sich entsprechend modifiziert auch auf andere neurologische Erkrankungen übertragen.

Phase A der Behandlungskette umfasst die meist unter stationären Bedingungen durchgeführte Akutbehandlung auf einer Intensivabteilung, einer Stroke Unit bzw. Schlaganfalleinheit oder Normalstation. Der **Phase B**, die Frührehabilitation im engeren Sinne, sind bewusstlose oder schwer bewusstseinsgetrübte Patienten, z. B. im Rahmen eines apallischen Syndroms, aber auch Personen mit erheblichen qualitativen Bewusstseinstörungen bei organischen Wesens- oder Persönlichkeitsveränderungen zuzuordnen. Kooperationsfähigkeit wird nicht vorausgesetzt, allerdings sollten keine intensivmedizinischen Maßnahmen mehr erforderlich und Grund- bzw. Begleiterkrankungen soweit therapeutisch unter Kontrolle sein, dass mobilisierende Maßnahmen erfolgen können. Rehabilitanden der **Phase C** (weiterführende [postprimäre] Rehabilitation) dürfen keine wesentlichen quantitativen Bewusstseinsstörungen mehr aufweisen, müssen auch von Seiten ihrer Grund- bzw. Begleiterkrankungen her in der Lage sein, an mehreren Therapiemaßnahmen täglich teilzunehmen, benötigen aber, erstens, noch erhebliche kurativ-medizinische Betreuung und bedürfen, zweitens, in vielen Alltagsverrichtungen pflegerischer Unterstützung und Hilfe. Ziel der Phase C ist die weitgehende Selbstständigkeit des Patienten im Alltag („Rehabilitation vor Pflege“). In Abhängigkeit vom Verlauf erfolgt der Übergang in **Phase D** (Anschlussheilbehandlung), in die ambulante häusliche Nachsorge (**Phase E**) oder in eine Einrichtung der Dauerpflege (**Phase F**).

Die Rehabilitationsziele nach einer erworbenen Hirnschädigung müssen den einzelnen Phasen angepasst werden, und das Ziel einer bestmöglichen selbstbestimmten Teilhabe am Leben der Gesellschaft erfordert zunächst die Wiederherstellung der biologischen bzw. funktionellen Autonomie (Tab. 1).

Qualitätssicherung

SGB IX schreibt Rehabilitationseinrichtungen ein effizientes Qualitätsmanagement vor (§ 20). Allerdings werden von den einzelnen gesetzlichen Leistungsträgern noch teilweise unterschiedliche

Instrumente eingesetzt bzw. erprobt. Es sind 3 Ebenen der Beurteilung von Rehabilitationseinrichtungen zu unterscheiden:

- **Strukturqualität** bewertet insbesondere personelle Ausstattung sowie bauliche und technische Voraussetzungen,
- **Prozessqualität** bezieht sich auf die Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen und
- **Ergebnisqualität** erfasst schließlich Patienten-bezogene Daten wie die Verhinderung einer Frühberentung oder einer Pflegeheimweisung.

Sowohl externe Evaluationsmaßnahmen (externe Qualitätssicherung) als auch interne Kontrollprozeduren (internes Qualitätsmanagement) können dazu dienen, Versorgungsstandards sicherzustellen.

Das im Jahre 1994 eingeführte und ab 1996 schrittweise umgesetzte Qualitätssicherungsprogramm des VDR stellt den bislang umfassendsten und fundiertesten Ansatz einer externen Qualitätssicherung dar, der auch bei neurologischen Patienten in Kostenträgerschaft der Rentenversicherung zum Tragen kommt. Dieses „5-Punkte-Programm“ der Rentenversicherung verlangt bzw. beinhaltet regelmäßige Berichte zur Strukturqualität einer Einrichtung, die Erarbeitung Fallgruppen-spezifischer Mustertherapiepläne auf der Grundlage der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL), ein Screening von Entlassungsberichten auf der Basis eines Peer-Review-Verfahrens, systematische katamnestische Patientenbefragungen und die Einrichtung von klinikinternen sowie klinikübergreifenden Qualitätszirkeln (weitere Einzelheiten in Welter u. Schönle 1997).

Rechtliche Voraussetzungen und Kostenträger

Vor dem Hintergrund des sozialrechtlichen Prinzips, dass diejenige Institution, die für Folgekosten aufzukommen hat, auch die entsprechenden Rehabilitationsmaßnahmen finanzieren muss, hat sich in Deutschland ein „gegliedertes System“ der Zuständigkeit und Verantwortung in diesem Bereich entwickelt. Rehabilitationsmaßnahmen der Phasen B und C müssen in der Regel von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) getragen werden. Demgegenüber steht bei der Phase D, sofern ein Patient sich noch im Erwerbsleben befindet, die gesetzliche Rentenversicherung (GRV) in der Vorleistungspflicht. In Einzelfällen kann auch die GRV eine Behandlung der Phase C übernehmen, allerdings muss diese Möglichkeit der Kostenübernahme von der Rehabilitationseinrichtung selbst geprüft und dann beantragt werden. Wurde die Erstversorgung, wie meist zu erwarten, unter stationären Bedingungen durchgeführt, dann sollten noch vom Akutkrankenhaus die erforderlichen rehabilitativen Maßnahmen veranlasst werden. Auch der Hausarzt kann diese Leistungen beantragen, wenn Rehabilitationsbedürftigkeit und -fähigkeit sowie eine positive Rehabilitationsprognose zu erkennen sind. Bei noch erwerbsfähigen Patienten der Phase C und allen berenteten Personen muss der Antrag an die zuständige GKV weitergeleitet werden. Im Falle einer Maßnahme der Phase D von noch im Arbeitsleben stehenden Rehabilitanden ist der Rentenversicherungsträger einzuschalten, z. B. die Deutsche Rentenversicherung Bund bzw. Regional.

Bei beihilfeberechtigten Beamten und bei privat krankenversicherten (PKV) Patienten sind die entsprechenden Anträge bei der zuständige Beihilfestelle bzw. PKV einzureichen. Neurologische Rehabilitationseinrichtungen der Phase C und D gelten wie fast alle Rehabilitationseinrichtungen im Versicherungsrecht der PKV als „ gemischte Anstalten“ . Kosten für eine stationäre Behandlung analog einer Krankenhausbehandlung werden nur dann übernommen, wenn sie vor Aufnahme des Patienten dort schriftlich zugesagt wurden.

Expertengruppe

Prof. Dr. H. Ackermann M. A., Zentrum für Neurologie, Universität Tübingen / Fachkliniken Hohenurach, Bad Urach

Prof. Dr. W. Fries, Praxis für neurologische und neuropsychologische Rehabilitation, München (Berufsverband Deutscher Neurologen e. V., BDN)

S. George, Neurologisches Krankenhaus München (Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V., DVE)

K. Heise, Hamburg (Deutscher Verband für Physiotherapie – Zentralverband der Physiotherapeuten / Krankengymnasten, ZVK e. V.)

Prof. Dr. H. Hummelsheim, Neurologisches Rehabilitationszentrum Leipzig (Deutsche Gesellschaft für Neurotraumatologie und Klinische Neurorehabilitation e. V., DGNKN)

Prof. Dr. T. Mokrusch, Hedon-Klinik, Lingen (Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation e. V., DGNR)

A. Nebel, Klinik für Neurologie, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel (Deutscher Berufsverband für Logopädie e. V., dbf)

Dr. H. Niemann, Neurologisches Rehabilitationszentrum Leipzig (Gesellschaft für Neuropsychologie, GNP e. V.)

Prof. Dr. Dr. P. W. Schönle, FB Psychologie, Universität Konstanz

Prof. Dr. T. Treig, Schwarzwaldklinik Neurologie, Bad Krozingen (Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation e. V., DGNR)

Prof. Dr. C. W. Wallesch, Klinik für Neurologie, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg (Deutsche Gesellschaft für Neurologie e. V., DGN)

Federführend:

Prof. Dr. H. Ackermann, Neurologische Klinik, Universität Tübingen, Hoppe-Seyler-Straße 3, 72076 Tübingen / Fachkliniken Hohenurach, Postfach 1529, 72566 Bad Urach

E-Mail: <mailto:hermann.ackermann@uni-tuebingen.de> *hermann.ackermann@uni-tuebingen.de*

Prof. Dr. P.W. Schönle, FB Psychologie, Universität Konstanz, Universitätsstr. 10, 78457 Konstanz

E-Mail: paul.schoenle@uni-konstanz.de

Diese Leitlinie entstand ohne Einflussnahme oder Unterstützung durch die Industrie oder Selbsthilfeorganisationen.

Literatur

- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), Hrsg. Arbeitshilfe für die Rehabilitation von Schlaganfallpatienten. Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Frankfurt/Main, 2008;Hef4.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), Hrsg. Rehabilitation und Teilhabe: Wegweiser für Ärzte und andere Fachkräfte der Rehabilitation. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 2005.
- Cicerone KD, Mott T, Azulay J, Friel JC. Community integration and satisfaction with functioning after intensive cognitive rehabilitation for traumatic brain injury. *Arch Phys Med Rehabil* 2004; 85:943– 950.
- Collin C. Measurement of disability and handicap. In: Greenwood RJ, Barnes MP, McMillan TM, Ward CD, eds. *Handbook of neurological rehabilitation*, 2nd ed. Hove: Psychology Press, 2003:51– 61.
- Fries W, Lössl H, Wagenhäuser S. Teilhaben! Neue Konzepte der NeuroRehabilitation – für eine erfolgreiche Rückkehr in Alltag und Beruf. Stuttgart: Thieme, 2007.
- Goranson TE, Graves RE, Allison D, La Freniere R. Community integration following multidisciplinary rehabilitation for traumatic brain injury. *Brain Injury* 2003;17:759– 774.
- Hummelsheim H. Rehabilitation und ambulante Versorgung nach Schlaganfall. In: Wallesch CW, Hrsg. *Neurologie*. München: Urban & Fischer, 2005:1161– 1170.
- Inman C. Effectiveness of spinal cord injury rehabilitation. *Clin Rehabil* 1999;13(Suppl 1):25– 31.
- Khan F, Turner-Stokes L, Ng L, Kilpatrick T. Multidisciplinary rehabilitation for adults with multiple sclerosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;2:CD 006036.
- Latella D. Teamwork in rehabilitation. In: Kumar S, ed. *Multidisciplinary approach to rehabilitation*. Boston: Butterworth-Heinemann, 2000:27– 42.
- Marburger H. SGB IX: Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Textausgabe mit ausführlicher Kommentierung, 5. Auflage. Regensburg: Walhalla, 2006.
- Rentsch HP, Bucher P. ICF in der Rehabilitation. Idstein: Schulz-Kirchner, 2005.
- Rice-Oxley M, Turner-Stokes L. Effectiveness of brain injury rehabilitation. *Clin Rehabil* 1999;13(Suppl 1):7– 24.
- Schuntermann MF. Einführung in die ICF: Grundkurs, Übungen, offene Fragen. Landsberg/Lech: Ecomed Medizin, 2005.
- Schönle PW. Frühe Phasen der neurologischen Rehabilitation: Differentielle Schweregradbeurteilung bei Patienten in der Phase B (Frührehabilitation) und in der Phase C (Frühmobilisation/Postprimäre Rehabilitation) mit Hilfe des Frühreha-Barthel-Index (FRB). *Neurologie & Rehabilitation* 1996;1:21– 25.
- Schönle PW. Rehabilitation und ambulante Versorgung nach Schädel-Hirn-Trauma. In: Wallesch CW, Hrsg. *Neurologie*. München: Urban & Fischer 2005:1171– 1179.
- Schupp W, Ackermann H. Konzept der Behandlungs- und Rehabilitationskette nach Schlaganfall (Neurologisches Phasen-Modell). *Z Allgemeinmed* 2000;76:173– 177.

Turner-Stokes L, Disler PB, Nair A, Wade T. Multidisciplinary rehabilitation for acquired brain injury in adults of working age. Cochrane Database Syst Rev 2007;2:CD 004170.

Welter FL, Schönle PW, Hrsg. Neurologische Rehabilitation. Stuttgart: Gustav Fischer, 1997.

Wood RL. The rehabilitation team. In: Greenwood RJ, Barnes MP, McMillan TM, Ward CD, eds. Handbook of neurological rehabilitation, 2nd ed. Howe: Psychology Press, 2003:41– 50.

Archiv - alte Auflage