

KAPITEL
Rehabilitation

Multiprofessionelle neurologische Rehabilitation

Entwicklungsstufe: S1
Stand: September 2012
Gültig bis: 31. Juli 2014
AWMF-Registernummer: 030/122
[COI-Erklärung](#)

Federführend
Prof. Dr. Hermann Ackermann, Tübingen
hermann.ackermann@uni-tuebingen.de
Prof. Dr. Dr. P.-W. Schönle, Bad Oeynhausen
p.schoenle@gmail.com

Was gibt es Neues?

- Unter Federführung der Deutschen Rentenversicherung wurden von einer Expertenkommission Therapie-Standards zur Rehabilitation von Patienten mit zerebrovaskulären Erkrankungen definiert (Erprobungsphase voraussichtlich bis Ende 2011).
- Fortschritte der Intensivmedizin und die Folgen des DRG-Systems führen dazu, dass der neurologischen Frührehabilitation zunehmend die Funktion einer postakuten Intensivmedizin mit Aufgaben der Prognoseabschätzung und Organisation der Weiterversorgung zukommt.
- Die Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation (DGNR) verfasste eine S2-Leitlinie zur motorischen Rehabilitation der oberen Extremität nach Schlaganfall (veröffentlicht in Neurologie und Rehabilitation 2009, Heft 2).
- Einer Vereinbarung von Kostenträgern und Leistungserbringern zufolge (Arbeitsgruppe nach § 20 Abs. 2a SGB IX) müssen Einrichtungen neurologischer Rehabilitation bis 30.09.2012 zertifiziert worden sein.

Die wichtigsten Empfehlungen auf einen Blick

- 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.
- Planung und Durchführung neurologisch-rehabilitativer Maßnahmen setzen neben der funktionsorientierten klinischen Befunderhebung auch eine umfassende Evaluation (Reha-Assessment) der Alltagsfähigkeiten und Teilhabemöglichkeiten eines Patienten voraus.
- Vor diesem Hintergrund erfordert neurologische Rehabilitation ein interdisziplinäres multiprofessionelles Team unter Leitung bzw. Supervision eines qualifizierten Arztes (Arzt für Neurologie oder Neurochirurgie mit Zusatzqualifikation Rehabilitationswesen bzw. Sozialmedizin, Arzt für physikalische und rehabilitative Medizin mit mehrjähriger Erfahrung im Bereich der neurologischen Rehabilitation).

Einführung

Das zum 01.07.2001 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 (die einschlägigen gesetzlichen Regelungen zur Leistungsgruppe medizinische Rehabilitation finden sich in den §§ 26–32; vgl. Marburger 2011). 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 möglichst umfassenden Wiedereingliederung in Familie, Beruf und Gesellschaft erforderlich sind. Da Erkrankungen des zentralen und/oder peripheren Nervensystems oft nicht in eine „restitutio ad integrum“ münden und dann mit bleibenden Funktionsdefiziten vergesellschaftet sind, liegt im Bereich der Neurologie ein erheblicher und zunehmender Bedarf an gezielten und fundierten rehabilitativen Behandlungsprogrammen vor. Darüber hinaus dürfen den am 30.03.2006 in Kraft getretenen „Rehabilitations-Richtlinien“ (Bundesanzeiger 2006, S. 2219) des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zufolge Vertragsärzte der Krankenversicherungen nur dann Rehabilitationsleistungen dieser Kostenträger verordnen, wenn sie dazu qualifiziert sind – und beispielsweise ein adäquates Assessment durchführen können.

Als einer wichtigen Voraussetzung von Prozess- und Ergebnisqualität soll diese Leitlinie insbesondere die Grundzüge der Planung und Evaluation rehabilitativer Maßnahmen darstellen – vor dem Hintergrund der deutschen Sozialgesetzgebung.

Definition und Klassifikation

Begriffsdefinition

Der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF, s.u.) zufolge stellt Behinderung „das Ergebnis einer Wechselwirkung zwischen einer Erkrankung und den Krankheitsfolgen einerseits und der Persönlichkeit des Erkrankten und dessen sozialen und materiellen Kontexts andererseits“ dar (Frommelt u. Lösslein 2010, S. 9). Vor diesem Hintergrund 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).

Klassifikation

Die „Klassifikation“ von Gesundheitszuständen und Krankheitsfolgen, auf die sich Planung und Durchführung rehabilitativer Maßnahmen stützen, findet sich im Abs. 3.

Diagnostik und Assessment

Beschreibung von Gesundheitszuständen und Krankheitsfolgen

Als Voraussetzung für die Einleitung und Durchführung therapeutischer Maßnahmen hat ein interdisziplinär zusammengesetztes Team einen Gesamtrehabilitationsplan (Teilhabeplan nach SGB IX) zu erstellen, der neben medizinischen Faktoren (Grund- bzw. Begleiterkrankungen und dadurch bedingte Funktionseinschränkungen) und dem Profil der neurologischen/neuropsychologischen Defizite auch die noch vorhandenen Fähigkeiten im Alltag („activities of daily life“, ADL) und die Teilhabemöglichkeiten eines Patienten beschreibt (Assessment), die Rehabilitationsfähigkeit und -motivation des Patienten bewertet, über- bzw. nachgeordnete Rehabilitationsziele festlegt und die erforderlichen Behandlungsschritte aufeinander abstimmt. Im Verlauf der Behandlung muss regelmäßig das Assessment wiederholt werden, um gegebenenfalls das Therapieprogramm zu modifizieren oder die Rehabilitation zu beenden (Welter u. Schönle 1997, Fries et al. 2007, Frommelt u. Lösslein 2010, Kap. 43).

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, ICIDH) 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 ICIDH erfolgte durch die 1999 veröffentlichte Revision (International Classification of Impairments, Activities and Participation, ICIDH-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 vorausgegangen 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 der 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. 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).

Untersuchung und Evaluation von Rehabilitanden

Als Bestandteil von Strukturqualität muss eine Einrichtung neurologischer Rehabilitation auf alle im Rahmen ihrer Aufgaben erforderlichen apparativen Untersuchungsmöglichkeiten (Verlaufskontrollen von Grund- bzw. Begleiterkrankungen, Diagnostik akutmedizinischer Komplikationen) zugreifen können, üblicherweise neurophysiologische, neurosonologische und neuroradiologische Verfahren sowie klinisches Labor (Qualitätsrichtlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologische Rehabilitation; www.dgnr.de/Qualitaetsrichtlinien.4525.html).

Parametrische und nicht parametrische Verfahren der Erfassung einzelner (modularer) sensomotorischer, sprachlicher und kognitiver Funktionsdefizite („impairments“ im Sinne der ICDH bzw. „Körperfunktionen und -strukturen“ nach ICF) finden sich in den nachfolgenden einschlägigen Kapiteln beschrieben (vgl. auch Frommelt u. Lösslein 2010, Kap. 43).

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, kommt inzwischen dem Barthel-Index zu (Collin 2003). Dieses Instrument, auch in seiner modifizierten 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“ von „handicaps“ (ICDH) bzw. der Teilhabemöglichkeiten (ICF) eines Rehabilitanden (vgl. Collin 2003). Es liegen inzwischen mehrere Instrumente zur Erfassung von Partizipation vor, die aber noch nicht in den deutschen Sprachraum übertragen wurden, z. B. die „Craig Handicap Assessment and Reporting Technique“ oder das „Participation Objective, Participation Subjective“ (POPS). Obwohl diese Fragebögen ursprünglich an Patienten mit Querschnittlähmung oder Schädel-Hirn-Trauma entwickelt wurden, lassen sie sich auch auf andere neurologische Störungsbilder anwenden (The Center for Outcome Measurement in Brain Injury, Santa Clara Valley Medical Center, USA; www.tbims.org/combi/). Im deutschsprachigen Raum hat sich die systematische Kodierung rehabilitationsrelevanter Befunde und Daten auf der Grundlage des ICF noch nicht durchgesetzt, mehrere darauf aufbauende Assessmentverfahren werden allerdings zurzeit evaluiert (www.dimdi.de/static/de/klasi/icf/icf-projekte.htm).

Therapie: Allgemeine Empfehlungen

Behandlungsgrundsätze

Mit den „Rahmenempfehlungen“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) aus dem Jahr 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 1998/2008). Einer neueren Stellungnahme der BAR zufolge haben sich Rehabilitationsmaßnahmen an folgenden Behandlungsgrundsätzen auszurichten (BAR 2005):

Ganzheitlichkeit. Der Gedanke der Ganzheitlichkeit wurde durch das 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 zu dienen haben. Der Nachweis des Reha-Erfolges durch die Leistungserbringer, d.h. Therapeuten und Ärzte, muss deshalb auf der Ebene der Teilhabemöglichkeiten und nicht ausschließlich der Funktionsdefizite geführt werden.

Selbstbestimmung, Teilhabe und Ressourcenorientierung. Im Rahmen rehabilitativer Maßnahmen kommt der Selbstbestimmung von Behinderung betroffener oder bedrohter Menschen eine besondere Rolle zu, da sie auf ein weitgehend durch „Normalität geprägtes Leben“ vorzubereiten sind. 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, mithilfe objektifizierbare und nach Möglichkeit standardisierter Verfahren 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 (s.u.).

Grundsätzlich lassen sich 4 Behandlungsziele neurologischer Rehabilitation voneinander abgrenzen:

- Restitution
- Kompensation
- Adaptation
- Akzeptanz

An der Rückbildung neurologischer Defizite nach einer akuten Hirnschädigung dürften mehrere neurobiologische Prozesse beteiligt sein, die sich über unterschiedliche Zeitfenster erstrecken, so z. B. die Reperfusion einer ischämischen Penumbra, die Rückbildung von Diaschisis-Effekten oder 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 spezifische therapeutische Maßnahmen zu unterstützen. Wenn sich eine Besserung der Funktionsdefizite nicht einstellt bzw. nicht erwartet werden kann, beispielsweise aufgrund der 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, sollte 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 Selbstständigkeit 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 rationale und emotionale Akzeptanz der Behinderung gefördert und entsprechende Bewältigungsstrategien („coping“) – den Patienten und Angehörigen – vermittelt werden.

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, Frommelt u. Lösslein 2010, Kap. 8).

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 hat sich inzwischen gezeigt, 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 einer 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 Therapie-segmente 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 auch Vertreter anderer Berufsgruppen aus der jeweiligen Rehabilitationseinrichtung wie Diätassistenten oder Prothetikberater („extended members“) in die Besprechungen oder Fallkonferenzen mit einbezogen werden. Schließlich müssen ggf. 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.

Phasenmodell des 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 1998/2008), 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. 87.1).

Tab. 87.1 Anpassung der Reha-Ziele an die Rehabilitationsphase.

Reha-Stufen	Phasenmodell (BAR)	Grad der Autonomie (Selbstbestimmung)	Ziele	Teilhabe
Akutbehandlung	A	biologische Autonomie (Vitalfunktionen)	Unabhängigkeit von Maschinen und dauernder Pflege	
Früh-Reha	B			
postakute stationäre und ambulante Reha	C	funktionelle Autonomie (ADL: Schlucken, Toilettenfähigkeit Selbstversorgung, Mobilität, Kommunikation)	Unabhängigkeit von Pflege und ständiger funktioneller Hilfestellung	
	D			
wohnnah stationäre und ambulante Reha	D	soziale Autonomie (soziale Reintegration einschließlich beruflicher Wiedereingliederung)	unabhängige, selbstbestimmte Lebensführung in der sozialen Gemeinschaft	
ambulante Nachsorge	E		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 Phasenmodell sich am klinischen Verlauf von Patienten mit akuter Hirnschädigung wie Schlaganfall oder Schädel-Hirn-Trauma 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 sind bewusstlose oder schwer bewusstseinsgetrübte Patienten, z. B. im Rahmen eines apallischen Syndroms, aber auch Patienten mit erheblichen qualitativen Bewusstseinsstörungen bei organischen Wesens- oder Persönlichkeitsveränderungen sowie Patienten mit schwersten Lähmungen (Locked-in-Syndrom, hoher Querschnitt) zuzuordnen. Kooperationsfähigkeit wird nicht vorausgesetzt, sondern stellt ein wesentliches Ziel der Behandlung dar. Intensivmedizinische Interventionen sollten nicht mehr erforderlich sein. Beatmungspflichtigkeit ist kein Ausschlusskriterium, Weaning und Dekanülierung bilden wichtige Therapieziele. In der Phase B werden zunehmend Patienten mit neurologischen Komplikationen nicht neurologischer Grunderkrankungen (z. B. septische Enzephalopathie, Critical-Illness-Neuropathie, hypoxischer Hirnschaden) behandelt. Die Phase B stellt eine Krankenhausbehandlung dar, für die Erbringung der in der OPS 8-552 beschriebenen Leistung ist akutstationärer Behandlungsbedarf Voraussetzung. Dabei kommt der therapeutischen Pflege ein besonderer Stellenwert zu (Arbeitskreis Neurologischer Kliniken in Bayern und Arbeitskreis Neurologischer Kliniken in Thüringen 2007, Himaj et al. 2011).

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 noch erhebliche kurativmedizinische Betreuung und bedürfen 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. Das Ziel einer bestmöglichen selbstbestimmten Teilhabe am Leben der Gesellschaft erfordert zunächst die Wiederherstellung der biologischen bzw. funktionellen Autonomie (► Tab. 87.1).

Qualitätssicherung

Das 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 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). Darüber hinaus wurden im Rahmen der Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung von einer Expertenkommission Therapiestandards zur Rehabilitation von Patienten mit zerebrovaskulären Erkrankungen entwickelt (insgesamt 17 Module: Bewegungstherapie, Alltagstraining, arbeitsbezogene Therapie, kognitive Therapie etc.), die detaillierte Vorgaben zu Dauer und Häufigkeit der Anwendungen und den Prozentanteil zu behandelnder Rehabilitanden beinhalten (www.deutsche-rentenversicherung.de, Rubrik: Angebote für spezielle Zielgruppen → Sozialmedizin und Forschung → Reha-Qualitätssicherung).

Versorgungskoordination

In Abhängigkeit insbesondere von Pflegebedürftigkeit und Umfang funktionaler Defizite werden rehabilitative Maßnahmen im Anschluss an die Behandlung in einem Akutkrankenhaus unter ambulanten, teilstationären oder

stationären Bedingungen (Phase B, C oder D) erfolgen können bzw. müssen.

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 schriftlich zugesagt wurden.

Redaktionskomitee

Prof. Dr. H. Ackermann, M. A., Zentrum für Neurologie, Hertie-Institut für klinische Hirnforschung, Universität Tübingen / Fachkliniken Hohenurach, Bad Urach (DGN)
Dr. S. Beer, Rehabilitationszentrum Valens, Schweiz (SNG, SGNR-SSNR)
Prof. Dr. W. Fries, Praxis für neurologische und neuropsychologische Rehabilitation, München (BDN)
Frau S. George, Deutscher Verband der Ergotherapeuten, Karlsbad / Schön-Klinik München-Schwabing (DVE)
Frau K.-F. Heise, M. Sc., B. Sc. (PT), Klinik und Poliklinik für Neurologie, Universitätsklinikum Eppendorf, Hamburg (ZVK)
Prof. Dr. H. Hummelsheim, Neurologisches Rehabilitationszentrum Leipzig (DGNKN)
Prof. Dr. T. Mokrusch, Hedon-Klinik, Lingen (DGNR)
Frau A. Nebel, M. A., Klinik für Neurologie, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel (dbI)
Prof. Dr. G. Ransmayr, Abteilung Neurologie und Psychiatrie, Allgemeines Krankenhaus Linz, Österreich (ÖGN, ÖGNR)
Prof. Dr. Dr. P.-W. Schönle, MATERNUS-Klinik Bad Oeynhausen (DGNR)
Prof. Dr. T. Treig, Klinik CAROLINUM, Bad Karlshafen (DGNR)
Prof. Dr. C.-W. Wallesch, BDH-Klinik Elzach: Klinik für neurologische Rehabilitation (DGN)

Federführend: Prof. Dr. Hermann Ackermann, M. A., Zentrum für Neurologie, Universität Tübingen, Hoppe-Seyler-Straße 3, 72076 Tübingen, Tel. 07071/2987529
E-Mail: hermann.ackermann@uni-tuebingen.de

Prof. Dr. Dr. P.-W. Schönle, MATERNUS-Klinik Bad Oeynhausen, Tel. 05731/851007
E-Mail: p.schoenle@gmail.com

Entwicklungsstufe der Leitlinie: S1

Finanzierung der Leitlinie

Diese Leitlinie entstand ohne Einflussnahme von/Unterstützung durch Industrieunternehmen, Kostenträger, private/ öffentliche Krankenanstalten bzw. Klinikgruppen oder Selbsthilfeverbände.

Methodik der Leitlinienentwicklung

Zusammensetzung der Leitliniengruppe, Beteiligung von Interessengruppen

Folgende Fachgesellschaften haben Mitglieder in die Expertenkommission entsandt:

Berufsverband Deutscher Neurologen (BDN)
Deutscher Berufsverband für Logopädie (DBL)
Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)
Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation (DGNR)
Deutsche Gesellschaft für Neurotraumatologie und Klinische Neurorehabilitation (DGNKN)
Deutscher Verband der Ergotherapeuten (DVE)
Deutscher Verband für Physiotherapie – Zentralverband der Physiotherapeuten / Krankengymnasten (ZVK)

Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP)
Österreichische Gesellschaft für Neurologie (ÖGN)
Österreichische Gesellschaft für Neurorehabilitation (ÖGNR)
Schweizerische Neurologische Gesellschaft (SNG)
Schweizerische Gesellschaft für Neurorehabilitation (SGNR-SSNR)

Recherche und Auswahl der wissenschaftlichen Belege

Soweit möglich wurden folgende Quellen herangezogen:

- systematische Metaanalysen von Therapiestudien (Cochrane Library),
- Arbeitshilfen/Wegweiser der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Frankfurt/Main,
- Qualitätsrichtlinien und Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für NeuroRehabilitation (www.dgnr.de),
- Veröffentlichungen des "Center for Outcome Measurement in Brain Injury" (COMBI), Santa Clara Valley Medical Center, USA (www.tbims.org/combi/).

Verfahren zur Konsensfindung

Die Konsensusbildung stützte sich auf telefonische Konferenzen und Abstimmungen per E-Mail.

Literatur

- Arbeitskreis Neurologischer Kliniken in Bayern und Arbeitskreis Neurologischer Kliniken in Thüringen, Hrsg. Katalog der therapeutischen Pflege (KtP) in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation (Phase B), 2007 (www.enzensberg.de/index.shtml?ktp)
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), Hrsg. Arbeitshilfe für die Rehabilitation von Schlaganfallpatienten. Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Frankfurt/Main; 1998/2008
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), Hrsg. Rehabilitation und Teilhabe: Wegweiser für Ärzte und andere Fachkräfte der Rehabilitation. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2005
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), Hrsg. Arbeitshilfe für die Rehabilitation von Schlaganfallpatienten. Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Frankfurt/Main; 2008; Heft 4
- Cicerone KD, Mott T, Azulay J et al. 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
- Frommelt P, Lösslein H, Hrsg. NeuroRehabilitation: Ein Praxisbuch für interdisziplinäre Teams. Berlin: Springer; 2010
- Goranson TE, Graves RE, Allison D et al. Community integration following multidisciplinary rehabilitation for traumatic brain injury. Brain Injury 2003; 17: 759–774
- Himaj J, Müller E, Fey B et al. Elzacher Konzept und Leistungskatalog der therapeutischen Pflege in der neurologischen Frührehabilitation (Phase B). Rehabilitation 2011; 50: 94–102
- 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 et al. Multidisciplinary rehabilitation for adults with multiple sclerosis. Cochrane Database Syst Rev 2007; 2: CD006036
- 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, 8. Auflage. Regensburg: Walhalla; 2011
- 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 et al. Multidisciplinary rehabilitation for acquired brain injury in adults of working

age. Cochrane Database Syst Rev 2007; 2: CD004170

- 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. Hove: Psychology Press; 2003: 41–50

Aus: Hans-Christoph Diener, Christian Weimar (Hrsg.)

Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie

Herausgegeben von der Kommission "Leitlinien" der Deutschen Gesellschaft für Neurologie

Thieme Verlag, Stuttgart, September 2012

© Deutsche Gesellschaft für Neurologie

Archiv — alte Auflage