

Reha-Kommission

Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung

Abschlußberichte – Band III

Arbeitsbereich „Rehabilitationskonzepte“

Teilband 3

„Psychische und neurologische Erkrankungen“

Arbeitsgruppe 4 „Neurologie“

Teil IV – Seiten 621-629 und 829-910

Verband Deutscher
Rentenversicherungsträger

VDR 

Herausgeber

Verband Deutscher
Rentenversicherungsträger (VDR)
Koordinationsstelle der Reha-Kommission
Eysseneckstraße 55
60322 Frankfurt am Main
Tel.: (069) 1522-0
Telefax: (069) 1522-259

Umschlagentwurf:

Abteilung Presse und
Öffentlichkeitsarbeit des VDR

Druck und Verarbeitung:

Dissertationsdruck, Darmstadt

Auflage:

September 1991

Die Selbstverwaltung des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger hat im Frühjahr 1989 die Kommission zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung (Reha-Kommission) eingesetzt. Ihre Aufgabe war es, eine problemorientierte Bestandsaufnahme durchzuführen und auf dieser Grundlage Empfehlungen für die Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation zu erarbeiten. Die Kommission wurde von sechs Arbeitsbereichen und der Koordinationsstelle unterstützt, die mit ihren Arbeiten die Beratungen der Kommission vorbereitet haben.

Folgende Abschlußberichte liegen vor:

- Band I Recht und Struktur
- Band II Sozialmedizinische Grundlagen
- Band III Rehabilitationskonzepte**
 - Teilband 1 Rahmenkonzept
 und krankheitsspezifische Konzepte
 - Teilband 2 Krankheitsspezifische Konzepte
 - Teilband 3 Krankheitsspezifische Konzepte und
 Schwerpunkte der Weiterentwicklung**
- Band IV Epidemiologie/EDV-Verfahren
 - Teilband 1 Epidemiologie
 - Teilband 2 EDV-und Dokumentationsverfahren
 - Teilband 3 Qualitätssicherung
- Band V Verwaltung
- Band VI Forschung und Lehre
- Band VII Gutachten und Tagungsergebnisse
 - Teilband 1 Gesundheitsökonomie/Europäischer
 Vergleich
 - Teilband 2 Ambulante Rehabilitation in der ehemali-
 gen DDR
 - Teilband 3 Balneologie in der medizinischen Reha-
 bilitation

Die Arbeitsergebnisse und Materialien der Arbeitsbereiche, die hiermit allen Mitgliedern der Kommission und der Projektgruppen zur Verfügung stehen, sind Grundlage für die Empfehlungen der Reha-Kommission. Die Beratungsergebnisse und Empfehlungen der Reha-Kommission werden gesondert veröffentlicht.

Gesamtübersicht zu:

**Abschlußberichte - Band III, Arbeitsbereich „Rehabilitations-
konzepte“, Teilband 3**

Mitgliederliste		625
B-6.0	Gemeinsame Präambel zu den Rehabilitations konzepten der vier Arbeitsgruppen	627
B-6.1	Abschlußbericht der Arbeitsgruppe "Sucht"	631
B-6.2	Abschlußbericht der Arbeitsgruppe "Psychiatrie"	723
B-6.3	Abschlußbericht der Arbeitsgruppe "Psychosomatik"	779
B-6.4	Abschlußbericht der Arbeitsgruppe "Neurologie"	829

Projektuntergruppe 6 im Arbeitsbereich 3:

"Psychische und neurologische Störungen"

Mitgliederliste

Dr. Helmut Hollstein	Projektuntergruppenleiter, Fachklinik Eußerthal der LVA Rhein- land-Pfalz (Arbeitsgruppe "Sucht")
Dr. Dipl.-Psych. Reinhold Aßfalg	Fachklinik Haus Renchtal, Renchen (Arbeitsgruppe "Sucht")
Dr. Martin Clauß	Rehabilitationskrankenhaus, Karlsbad-Langensteinbach (Arbeitsgruppe "Psychiatrie")
Dipl.-Psych. Franz Dittmar	Psychosoziale Beratungsstelle, Passau (Arbeitsgruppe "Sucht" seit 1.10.90)
Dr. Roland Friedel	Bundesversicherungsanstalt für An- gestellte (Arbeitsgruppen "Psych- iatrie, Psychosomatik" seit 1.10.90)
Dr. Peter Frommelt	Klinik Bavaria, Schaufling (Arbeitsgruppe "Neurologie")
Dr. Lothar Hubrecht	Marcus-Klinik, Bad Driburg (Arbeits- gruppe "Neurologie" bis 31.8.90)
Dr. Hans H. Janzik	Rehabilitationszentrum Godeshöhe, Bonn (Arbeitsgruppe "Neurologie")
Dr. Dipl.-Psych. Dipl.-Soz. Ernst von Kardorff	Institut f. gerontologische Forschung München (Arbeitsgruppe "Psychiatrie")
Prof. Dr. Friedhelm Lamprecht	Psychosomatische Klinik Schömburg (Arbeitsgruppe "Psychosomatik")
Dr. Norbert Mark	Psychosomatische Fachklinik Bad Dürk- heim (Arbeitsgruppe "Psychosomatik")
Dr. Heinz Neun	Klinik am Hainberg, Bad Hersfeld (Arbeitsgruppe "Psychosomatik")

Dr. Dipl.-Psych. Ulrich Poser	Neurologische Kliniken Schmieder, Al- lensbach (Arbeitsgruppe "Neurologie")
Dr. Wolfgang Rieber	Klinik Ortenau, Zell-Harmersbach (Arbeitsgruppe "Psychiatrie")
Dr. Renate Rosenberger	Bundesversicherungsanstalt für An- gestellte (Arbeitsgruppen "Psych- iatrie, Psychosomatik" bis 30.9.90)
Dr. Rainer Sandweg	Bliestal Kliniken, Blieskastel (Arbeitsgruppe "Psychosomatik")
Dipl.-Psych. Regine Scheipers	LVA Rheinprovinz (Arbeitsgruppe "Sucht")
Dr. Jürgen Schlosser	Hardtwald-Klinik I, Zwesten (Arbeitsgruppe "Psychiatrie")
Dipl.-Psych. Ralf Schneider	Fachklinik Furth im Wald (Arbeitsgruppe "Sucht")
Dipl.-Päd. Bert Schuback	Wichern-Institut, Ludwigshafen (Arbeitsgruppe "Psychiatrie")
Dr. Wilfried Schupp	Fachklinik Enzensberg, Hopfen am See/ Füssen (Arbeitsgruppe "Neurologie")
Dr. Ingrid Stölzel	Bundesversicherungsanstalt für An- gestellte (Arbeitsgruppe "Sucht")
Dipl.-Psych. Wilfried Wöhrle	Haus Weitenau, Steinen bei Lörrach (Arbeitsgruppe "Sucht")

Wissenschaftliche Mitarbeiter bei der Projektuntergruppe:

Dr. Dipl.-Psych. Rolf Buschmann-Steinhage	Verband Deutscher Rentenversicherungsträger
Dipl.-Psych. Heiner Vogel	Koordinationsstelle der Reha-Kommission

Rehabilitation bei psychischen und neurologischen Störungen:

Gemeinsame Präambel

**zu den Rehabilitationskonzepten der Indikationsbereiche
„Sucht“, „Psychiatrie“, Psychosomatik“ und „Neurologie“**

Die Konzeption der Rehabilitation bei Patienten mit Störungen aus dem neurologischen und psychiatrisch/psychischen Bereich einschließlich Suchterkrankungen weicht in einigen grundlegenden Punkten vom allgemeinen Rehabilitationskonzept (Teil A) ab. Diese werden im folgenden erläutert.

1. Erfolgsprognose bei der Einleitung einer Reha-Maßnahme

Die Einleitung einer stationären Heilbehandlung ist derzeit an eine günstige Prognose bezüglich der Möglichkeit einer beruflichen Wiedereingliederung gekoppelt. Da die Beurteilung der Erfolgsaussicht häufig nicht a priori möglich ist, kann sie bei einem Großteil dieser Patienten erst im Laufe des Rehabilitationsprozesses erfolgen. Eine besondere Erschwerung bei der Einschätzung der Erfolgsaussicht kommt dadurch hinzu, daß viele Erkrankungen durch nicht vorhersehbare, phasenspezifische Verläufe gekennzeichnet sind (z. B. Enzephalomyelitis disseminata, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, aber auch Psychosen).

Diese Unsicherheit in der prognostischen Beurteilung darf jedoch nicht dazu führen, daß die Einleitung notwendiger Reha-Verfahren verzögert oder verweigert wird. Es muß geprüft werden, ob diese Forderung innerhalb des geltenden Rechts (z. B. durch Vorleistungsregelungen oder Gesamtvereinbarungen o. ä.) realisiert werden kann oder ob dafür Änderungen der gesetzlichen Vorschriften erforderlich sind.

Bei vielen neurologischen und psychiatrischen Krankheitsbildern sowie bei älteren, multimorbialen Patienten kann das Erreichen einer Teilerwerbsfähigkeit nach vorheriger Erwerbsunfähigkeit aus medizinischer Sicht einen beträchtlichen Erfolg der Rehabilitation darstellen. Dies sollte zukünftig im Rahmen der Beurteilung der Erfolgsaussicht bei der Begutachtung zur Einleitung einer Reha-Maßnahme berücksichtigt werden. In diesem Rahmen erscheint es sinnvoll, eine Teil-EU-Rente als Leistung der Rentenversicherung einzuführen, so daß bei diesen Patienten nach der Reha-Maßnahme auch mit einer Teilzeittätigkeit die soziale Sicherung gewährleistet ist.

2. Abgrenzung von Kur-Maßnahmen

Um Fehleinweisungen zu vermeiden und die Motivation der Rehabilitanden zu fördern, muß im Vorfeld der Maßnahme sehr deutlich zwischen Kur und Rehabilitation unterschieden werden. So ist die Behandlung bei Rehabilitationsmaßnahmen wegen psychischen und neurologischen Störungen nicht an ortsgebundene Heilmittel gebunden. Die zur Anwendung kommenden Behandlungsmaßnahmen gehen von den individuell bestimmten Rehabilitationszielen aus und sind dementsprechend außerordentlich spezifisch. Dies beginnt bei der psychotherapeutischen Behandlung, führt über die medikamentöse Therapie zu mehr fachspezifischen personengebundenen Behandlungen. Diese schlagen sich vor allem im Stellenplan der Rehabilitationseinrichtung nieder, der für diese Häuser einen hohen Anteil von Gebietsärzten, Ärzten mit Teilgebietsbezeichnung und klinischen Psychologen sowie fachspezifisch geschultem medizinischen und therapeutischen Personal mit unterschiedlichen Qualifikationen vorsieht.

3. Behandlungsdauer

Die Therapiedauer muß den individuell sehr unterschiedlichen Therapiezielen und dem Behandlungsplan entsprechend unterschiedlich aussehen können und variabel gehandhabt werden. In der Regel zeigt sich erst im Laufe der Reha-Prozesses, welche Behandlungszeit im Einzelfall erforderlich ist. Generell kann aber festgehalten werden, daß die Dauer der stationären Rehabilitation bei psychischen und neurologischen Störungen, einschließlich Sucht, beträchtlich länger ist als bei den übrigen Patientengruppen in der Rehabilitation.

4. Wege der Veränderung - Gesundheitsbildung

Kognitive Information und Schulung sind speziell bei Patienten mit psychischen und neurologischen Störungen sowie bei Suchtpatienten nicht ausreichend, um Veränderungsprozesse zu erzielen. Maßnahmen zur Gesundheitsbildung sind deshalb in diesem Bereich nur soweit erfolgversprechend, wie sie die individuellen Entwicklungs- und Lebensbedingungen sowie die Motivationslage und individuelle Widerstände berücksichtigen.

Die Behandlung muß insbesondere die krankheitsspezifischen Konflikte sowohl auf der intrapsychischen wie auch auf der Beziehungsebene berücksichtigen. Eine besondere Rolle hierbei spielt auch das Krankheitserleben und die subjektive Krankheitsdeutung durch den Patienten sowie das auch davon abhängige chronische Krankheitsverhalten. Training von Restfunktionen und Ausbildung neuer Fertigkeiten zur Kompensation von Funktionseinschränkungen beziehen sich auch auf den psychischen Bereich, im Sinne einer Einleitung von Nachreifungsprozessen zur Verbesserung defizitärer Ich-Funktionen und sozialer Kompetenzen.

5. Einbeziehung des sozialen Umfeldes

Die Einbeziehung von Bezugspersonen muß in diesen Indikationsbereichen über die reine Beratung hinausgehen. Einerseits geht es dabei um die Erhellung und Behandlung pathologischer Beziehungsmuster und andererseits um die Ermittlung und Mobilisierung von weiteren Ressourcen aus dem sozialen Umfeld, welche die Möglichkeiten zur Krankheitsbewältigung des Patienten zu unterstützen in der Lage sind.

6. Rehabilitationskette: Ambulante Rehabilitation - Nachsorge

Besonders bei der Rehabilitation psychiatrischer und neurologischer Störungen ist eine weitere Differenzierung und Abstufung in der ambulanten Nachbetreuung dringend erforderlich. Damit kein Bruch in der Rehabilitationskette mit Nachteilen für den Rehabilitanden entsteht, wird hier ein entsprechender Handlungsbedarf für die Rentenversicherung gesehen, z. B. die Schaffung spezifischer, interdisziplinärer und berufsgruppenübergreifender Therapieangebote.

REHA-KOMMISSION
Abschlußbericht

Arbeitsbereich 3 „Rehabilitationskonzepte“

**Projektuntergruppe 6 „Psychische und neurologische
Erkrankungen“**

Arbeitsgruppe 4 „Neurologie“

**Rehabilitation bei psychischen und psychosoma-
tischen Störungen**

*** Allgemeines Rehabilitationskonzept**

*** Problemfelder der Rehabilitation und Lösungsansätze**

Gliederung

Mitgliederliste: Siehe S. 625 ff.

Teil I: Rehabilitationskonzept für neurologische Erkrankungen	835
1. Einleitung: Behandelte Krankheitsbilder	835
2. Diagnostik	836
2.1 Diagnostik vor Aufnahme in die Reha-Einrichtung	837
2.2 Diagnostik in der Rehabilitationseinrichtung	838
2.2.1 Spezifische medizinische Diagnostik des Gesundheitsschadens	839
2.2.2 Funktionsdiagnostik, Diagnostik der Beeinträchtigungen und Behinderungen	840
2.2.3 Psychische Diagnostik	845
2.2.4 Integration der diagnostischen Information	846
2.2.5 Spezifische Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung gemäß dem Rehabilitationsauftrag der sozialmedizinischen Beurteilung	847
3. Therapie	848
3.1 Therapieziele und Therapieplan	848
3.2 Therapiemaßnahmen	851
3.2.1 Medizinische Therapie im engeren Sinne	851
3.2.2 Rehabilitative Therapien	851
3.2.3 Gesundheitsbildung	857
3.2.4 Psychotherapie	858
3.2.5 Soziale Beratung und Soziotherapie	859
3.2.6 Berufsbezogene Rehabilitationsmaßnahmen	859
3.3 Integration der Therapiemaßnahmen	861

4.	Therapiekontrolle und Dokumentation	862
4.1	Visiten, Teambesprechungen, Verlaufskontrollen	863
4.2	Entlassungsbericht	863
4.3	Krankengeschichte	864
5.	Behandlungsdauer	864
6.	Multimorbidität	865
7.	Schnittstellen	867
7.1	Einweisung	868
7.2	Frührehabilitation	869
7.3	Anschlußheilbehandlung	869
7.4	Nachsorge	870
8.	Ausstattung	870
8.1	Personal	870
8.2	Räumliche und technische Ausstattung	874
8.2.1	Räumliche Ausstattung	874
8.2.2	Technische Ausstattung	876
8.3	Abgrenzung nach Leistungsstufen	876
9.	Kooperation	877
9.1	Kooperation in der Klinik	877
9.2	Kooperation mit niedergelassenen Ärzten und weiteren niedergelassenen Therapeuten	878
9.3	Kooperation mit Betrieben	878
10.	Qualitätssicherung	879

11.	Forschung	879
12.	Aus-, Fort- und Weiterbildung	882
13.	Öffentlichkeitsarbeit	882
Teil II: Neurologische Rehabilitation: Problemfelder und Weiterentwicklungsansätze		883
1.	Einleitung: Zuweisungskriterien und Krankheitsgruppen für die neurologische Rehabilitation	883
2.	Gestuftes System der Rehabilitation	883
2.1	Wohnortnahe Nachsorge und ambulante Rehabilitation	883
2.2	Komplementäre Angebote	885
2.3	Regionalisierung - Wohnortnähe	887
3.	Vorbereitung und Einleitung der Rehabilitation	887
3.1	Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen	887
3.2	Vordiagnostik	890
3.2.1	Befundbogen	890
3.3	Frührehabilitation	892
3.4	Anschlußheilbehandlung	893
4.	Stationäre Rehabilitation	894
4.1	Diagnostik - Funktionsdiagnostik	894
4.2	Therapie und Therapieplan	895
4.3	Medizinisch-berufliche Rehabilitationsmaßnahmen und berufliche Wiedereingliederung	897
4.4	Einbeziehung des sozialen Umfeldes	899
4.5	Sozialmedizinische Begutachtung	900
4.6	Personelle Ausstattung	901

5.	Durchführung der Rehabilitation	902
5.1	Leistungsstufen	902
5.2	Rehabilitationsdauer - Intervallbehandlung	902
5.3	Kooperation	903
5.3.1	Kooperation mit den Leistungsträgern	903
5.3.2	Kooperation mit niedergelassenen Ärzten und weiteren nachbehandelnden Therapeuten	904
5.3.3	Kooperation mit Nachsorgeeinrichtungen	905
6.	Aus-, Fort- und Weiterbildung	905
7.	Qualitätssicherung und Forschung	908
8.	Öffentlichkeitsarbeit	910

Teil I: Rehabilitationskonzept für neurologische Erkrankungen

1. Einleitung: Behandelte Krankheitsbilder

In der neurologischen Rehabilitation werden Patienten mit folgenden Krankheitsbildern behandelt:

- Zerebrovaskuläre Erkrankungen, insbesondere Schlaganfall (ICD 9 Nr. 430 - 438)
- Schädel-Hirn-Traumata mit/ohne begleitende Polytraumatisierung (ICD 9 Nr. 850 - 854, 804, bedingt auch 800 - 803)
- entzündliche, degenerative, metabolische und hypoxisch erworbene Erkrankungen des Gehirns (ICD 9 Nr. 320 - 326, 330, 331, 348)
- Tumoren des Gehirns und Rückenmarks (ICD 9 Nr. 191, 192, 198.3, 225)
- Epilepsien, auch unklarer Genese (ICD 9 Nr. 345)
- Extrapyramidale und andere Bewegungsstörungen, z. B. Parkinson-Syndrom (ICD 9 Nr. 332, 333)
- Erworbene Schädigungen und Erkrankungen des Rückenmarks (ICD 9 Nr. 336, 344 bedingt, 721.1, 721.4, 722.7, 806, 952) (Ausnahme: Querschnittsyndrome, sie werden in eigenen spezialisierten Einrichtungen akutbehandelt und rehabilitiert.)
- Entzündliche, traumatische und sonstige erworbene Schädigungen von Nervenwurzeln und peripheren Nervenbahnen (ICD 9 Nr. 350 - 356, 950, 951, 953 - 957)
- Chronische Schmerzsyndrome in der Neurologie, z. B. Kopfschmerz-Syndrome (ICD 9 Nr. 346)
- Polyneuropathie-Syndrome (ICD 9 Nr. 356, 357)
- Neuromuskuläre Erkrankungen und Myopathien (ICD 9 Nr. 335, 358, 359)
- Symptome, die das Nerven- und Muskelsystem betreffen (ICD 9 Nr. 781) und Spätfolgen von Verletzungen des Nervensystems (ICD 9 Nr. 907)

Die spezifische rehabilitative Behandlung dieser Erkrankungen und Schäden am Nervensystem bedarf in der Regel einer guten apparativen und personellen Ausstattung, wie sie üblicherweise in den Schwerpunktkliniken zu finden ist. Dies gilt insbesondere für AHB-Maßnahmen. Neurologische Rehabilitation wird daher überwiegend in Schwerpunktkliniken durchgeführt.

2. Diagnostik

In der neurologischen Rehabilitation gilt das Prinzip, daß bei komplexen Schädigungen ein ausführliches Screeningverfahren zur Erfassung der Behinderungen notwendig ist. Nur dann ist es möglich, alle relevanten Behinderungen entsprechend zu behandeln. Es gibt eine Reihe von standardisierten Verfahren, besonders in der Elektrophysiologie und Neuropsychologie, die bereits in den Reha-Einrichtungen verwendet werden. Andererseits liegen neue Entwicklungen in diesen Bereichen vor, die noch nicht zum allgemeinen Standard gehören. Neben der klinisch-neurologischen und -neuro-technischen Diagnostik bedarf es auch der Möglichkeit eines ergänzenden oder grundsätzlich neuen diagnostischen Zugangs (funktionale Diagnostik auf den verschiedenen rehabilitationsmedizinischen Ebenen).

Die sorgfältige Analyse aller Störungen im somatischen und im psychischen Bereich ist Voraussetzung für eine umfassende und individuelle Rehabilitationsplanung. Diese bestimmt wesentlich den Therapieverlauf und die Dauer der Therapie. Zur Durchführung von Diagnostik und Therapie bedarf es eines qualifizierten und interdisziplinär arbeitenden Teams. Folgende Bereiche sind sowohl in die Diagnostik vor der Aufnahme als auch in die rehabilitationsspezifische Diagnostik in der Reha-Einrichtung einzubeziehen:

- Biographisch-soziale Aspekte,
- medizinische Aspekte, Risikofaktoren, Vorerkrankungen usw.,

- sensomotorische Aspekte,
- kognitive Aspekte sowie Hirnleistungsstörungen einschließlich Sprach- und Sprechstörungen,
- emotionale und Persönlichkeitsaspekte,
- soziale und materielle Rahmenbedingungen, berufliche, familiäre und Wohnsituation.

Im folgenden sollen im einzelnen die diagnostischen Bereiche aufgeführt werden, die vor der Aufnahme (2.1) und in der Reha-Einrichtung (2.2) erfaßt werden müssen.

2.1 Diagnostik vor Aufnahme in die Rehabilitationseinrichtung

Notwendige medizinische Vorbefunde:

- Aktueller neurologischer Befund,
- aktueller psychopathologischer Befund,
- aktuelle neurophysiologische Befunde je nach Krankheitsbild: EEG, EP, Dopplersonographie, EMG, elektroneurographische Untersuchungen,
- letzte neuroradiologische Befunde, besonders bei allen Erkrankungen mit Läsionen im ZNS (möglichst im Original),
- bei zerebrovaskulären Erkrankungen: ausreichend umfassende Abklärung der formalen Pathogenese (Risikofaktoren, internistische Begleiterkrankungen u. ä.).

Die ätiologische Diagnostik soll abgeschlossen sein. Dies ist Voraussetzung für die Übernahme im AHB-Verfahren.

Generell sollten bei Zustand nach akut aufgetretenen neurologischen Erkrankungen Berichte über frühere stationäre Akutbehandlungen und Reha-Maßnahmen vorliegen, weiterhin Daten über den Verlauf wesentlicher Krankheitssymptome, über die Entwicklung von sekundären Komplikationen (z. B. epileptische Anfälle, erneute transitorische

ischämische Attacken (TIA's), aktuelle Behandlung von internistischen Begleiterkrankungen. Zu erstellen sind diese Befunde bei AHB-Maßnahmen vom behandelnden Krankenhausarzt, bei anderen Reha-Behandlungen am besten durch den behandelnden Hausarzt oder mitbehandelnde Gebietsärzte, da nur diese den Verlauf aus eigener Anschauung kennen. Anhand dieser medizinischen Daten können qualifizierte Ärzte der entsprechenden Reha-Einrichtung die Versicherungsträger kompetent über Sinn und Zweck der von den behandelnden Ärzten beantragten Reha-Maßnahme gutachterlich beraten.

Eine weitere Voraussetzung ist die Weiterleitung von Befund- und/oder Behandlungsberichten von nichtärztlichen Therapeuten (Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Sprachtherapeuten, Psychologen u.a.) aus dem Akutkrankenhaus (insbesondere bei AHB) oder aus dem ambulanten Bereich (bei allgemeinen Reha-Maßnahmen) an entsprechende Therapeuten der Reha-Einrichtung, sofern solche Therapeuten den Patienten mitbetreuen.

Dies geschieht heute leider nur in Ausnahmefällen. Die Vorinformation muß auch Angaben zum funktionellen Status des Patienten (z. B. Selbsthilfeleistungen, Mobilität, Kommunikationsfähigkeit) umfassen. Entsprechende Fragebögen, die bei einzelnen RV-Trägern (z. B. LVA Rheinprovinz) bereits verwendet werden, müssen standardisiert werden und Aufnahme in zukünftige Antragsformulare finden.

2.2 Diagnostik in der Rehabilitationseinrichtung

Die unter 2.2.1 aufgeführte neurologische Standarddiagnostik dient in der Reha-Klinik neben der nosologischen und ätiologischen Zuordnung auch zur Feststellung von noch erhaltenen Ressourcen sowie vor allem zur Prognose der Rehabilitationschancen und zur Verlaufsmessung.

Diese medizinische Diagnostik reicht zur Planung und Durchführung einer neurologischen Rehabilitations-Maßnahme in der Regel nicht aus. Wesentlicher Bestandteil jeder Rehabilitations-Maßnahme ist daher die unter 2.2.2 aufgeführte Funktionsdiagnostik, die den gesamten rehabilitativen Prozeß begleiten muß.

2.2.1 Spezifische medizinische Diagnostik des Gesundheitsschadens

Für neurologische Reha-Einrichtungen ist die apparative und personelle Kapazität zur neurophysiologischen und neuroradiologischen Verlaufsdiagnostik neurologischer Erkrankungen, zur Verlaufskontrolle wichtiger Risikofaktoren und häufiger internistischer Begleiterkrankungen zu fordern.

Als Standard haben zu gelten:

- EEG,
- Evozierte Potentiale (VEP, AEHP, SEP, motorisch evozierte Potentiale mit Magnetstimulation),
- Dopplersonographie der extrakraniellen Halsgefäße,
- EMG und Bestimmung von Nervenleitgeschwindigkeiten,
- Klinisches Labor,
- Liquor-Labor,
- EKG,
- Röntgeneinrichtung zur Anfertigung von allen Standardaufnahmen am Schädel, am Skelett und von Thoraxaufnahmen,
- Eigener internistischer Konsiliarius,
- Enge Verbindung zu augenärztlichen, HNO-ärztlichen, orthopädischen und urologischen Konsiliarien,
- Enge Zusammenarbeit mit Orthopädie-Mechanikermeistern.

Für die notwendige Diagnostik mit "Großgeräten", vor allem CT und Kernspintomographie, und für spezifische Laboruntersuchungen müssen

enge Kooperationen mit entsprechenden Institutionen (Akutklinien, spezialisierte Praxen) bestehen.

Eine fakultative Erweiterung der diagnostischen Möglichkeiten um folgende Verfahren ist zu begrüßen:

- Transkranielle Dopplersonographie,
- Duplexverfahren,
- Erweiterung des EEG-Labors um Langzeit-EEG und Brain-Mapping,
- Langzeit-EKG,
- Belastungs-EKG,
- Echokardiographie.

2.2.2 Funktionsdiagnostik, Diagnostik der Beeinträchtigungen und Behinderungen

Zur Therapieplanung bedarf es einer rehabilitationsspezifischen Diagnostik aller an der Rehabilitation beteiligten Therapieabteilungen. Die Dauer der rehabilitationsdiagnostischen Phase ist abhängig von der Komplexität der Behinderungen im körperlichen, psychischen und sozialen Bereich.

Am Anfang des Patientenaufenthaltes muß eine ausreichende Abklärung des sozialen Umfeldes (Angehörigenkontakt, Einschaltung des Sozialdienstes etc.) stehen. Nur auf diese Weise ist es möglich, Zielvorstellungen möglichst rechtzeitig zu definieren oder falsche Vorgaben zu korrigieren. Ebenso muß der lebensgeschichtliche Zusammenhang erfaßt werden. Es reicht nicht aus, nur Defizite und Problemstellungen zu erfassen. Das vorhandene Rehabilitationspotential muß diagnostisch abgeschätzt werden, um auf die noch vorhandenen Leistungsschwerpunkte des Patienten aufzubauen.

In allen Therapiebereichen, die in der neurologischen Rehabilitation vertreten sind, sind zwei notwendige diagnostische Prozesse zu unterscheiden:

- (1) Diagnostik zur Therapieplanung: Jede etablierte Therapiemethode verlangt eine Befunderhebung der Funktionsstörungen ("impairment") nach bestimmten Kriterien, meist in freier oder halbstandardisierter Form.
- (2) Verlaufsdiagnostik: Eine den Rehabilitationsprozeß begleitende Verlaufsdiagnostik auf den rehabilitationsmedizinischen Ebenen der Behinderung ("disability") sowie der beruflichen und sozialen Folgen ("handicap") ist notwendig. Hierzu sind standardisierte und teststatistische Kriterien erfüllende Meßinstrumente erforderlich.

Diese Diagnostik hat zu erfolgen in allen relevanten therapeutischen Bereichen:

- Ärztlicher Bereich (siehe 2.2.1),
- Pflege,
- Physiotherapie (einschl. physikal. Therapie, Bewegungs- und Sporttherapie),
- Ergotherapie,
- Sprachtherapie,
- Neuropsychologie,
- Psychotherapie,
- Soziotherapie.

Die diagnostischen Aufgaben und Vorgehensweisen in den einzelnen Bereichen werden im folgenden kurz dargestellt:

Pflege

Die Beobachtungen des Pflegepersonals über das Verhalten des Patienten auf Stationsebene sind ein wesentlicher Parameter der

Verlaufsdagnostik. Sie geben meist entscheidende Hinweise darüber, ob es dem Patienten gelingt, in den einzelnen Bereichen erarbeitete therapeutische Ansätze in den Alltag umzusetzen. Ein ganzheitliches Pflegekonzept ist hierfür Voraussetzung.

Pflegespezifische diagnostische Fragen sind:

- Selbständigkeit auf Stationsebene,
- durchzuführende Behandlungsmaßnahmen (z. B. Injektionen, Verbände) und Maßnahmen zur Prophylaxe von Komplikationen (z. B. korrekte Lagerung, Dekubitusprophylaxe),
- Überwachung und Schulung der Medikamenteneinnahme,
- neuropsychologische und psychosoziale Basisleistungen.

Für Teilbereiche kann neben der klinischen Verlaufsbeobachtung auch eine Erfassung auf geeigneten Scores (z. B. Barthel-Index) hilfreich sein.

Physiotherapie

Der Physiotherapeut hebt in seiner Befundung üblicherweise vor allem auf Aspekte der Motorik und Bewegungskoordination, der Sensibilität, des Muskeltonus und der trophischen Situation ab. Wichtig ist auch die Erfassung von Schmerzzuständen und deren Bedingtheit durch Störung sensomotorischer Funktionen oder durch pathologische Bewegungsabläufe sowie die Erfassung des Herz-Kreislauf-Trainingszustandes und von Störungen im Körperschema und im Körpererleben.

Bei komplexeren, sensomotorischen Funktionsstörungen dürfte die bisher durchgeführte physiotherapeutische Befundung mehrere Behandlungseinheiten in Anspruch nehmen.

Ergotherapie

Schwerpunkte der Diagnostik in der Ergotherapie, die zum Teil aufeinander aufbauen, sind:

- Selbständigkeit bei alltäglichen Verrichtungen ("activities of daily life" = ADL) und im weiteren in der Haushaltsführung.
- Handfunktion: Für die Erfassung von Störungen der Handfunktion stehen nur sehr wenige standardisierte Tests zur Verfügung (z. B. Motorische Leistungsserie von Schoppe im Rahmen des Wiener Testsystems, die auch PC-gestützt durchgeführt werden kann). Allerdings werden solche Testserien nur basale Aspekte der Handfunktion erfassen können. Andere Aspekte, wie z. B. Schreibleistungen und Schriftbild, sind mehr qualitativ als quantitativ zu erfassen. Im besonderen Maße gilt dies für spezifische berufliche Anforderungen an die Handfunktion.
- Apraxie: Orientierung, Wahrnehmungsstörungen: Diese neuropsychologischen Syndrome, welche die Selbständigkeit im Alltag

ganz wesentlich beeinflussen, werden in Zusammenarbeit mit den Neuropsychologen funktionell erfaßt und therapeutisch angegangen. Im Vordergrund der Diagnostik stehen Verhaltensbeobachtungen und halbstandardisierte funktionelle Untersuchungen.

Sprachtherapie, therapierelevante Diagnostik bei neurologischen Sprach- und Sprechstörungen:

- Aphasie: Bei klinischer Relevanz erfolgt routinemäßig bei jedem Patienten mit Verdacht auf Aphasie ein standardisierter Aphasiatetest (z. B. Aachener Aphasiatetest). Bei Relevanz der Störung sollten zusätzlich Aufgabenbatterien zur Alexie/Agraphie, zum komplexen Benennen oder zum Verarbeiten von Zahlen (Akalkulie) durchgeführt werden.
- Dysarthrie: Zur Diagnostik von Dysarthrien gibt es von mehreren Institutionen halbstandardisierte Diagnostikbögen. Es sollten in jedem Fall routinemäßig die Bereiche Mundmotorik, Atmung, Artikulation und Phonation gründlich untersucht werden. Bei allen komplexeren Störungen und entsprechender klinischer Relevanz ist eine phoniatische Untersuchung zu fordern, die überwiegend konsiliarisch bei entsprechend weitergebildeten HNO-Ärzten durchgeführt werden muß. Häufig ist es auch sinnvoll oder notwendig, in der Dysarthriediagnostik Geräte zur instrumentellen Analyse des Sprachsignals einzusetzen.
- Neurologische Stimmstörungen: Bei Stimmstörungen aufgrund einer peripheren neurologischen Schädigung ist durch einen HNO-Arzt oder Phoniater eine stroboskopische Untersuchung der Stimmlippen durchzuführen.

Neuropsychologische Diagnostik:

- Störungen des Sehens und/oder der Oculomotorik: Bei bestehenden neuroophthalmologischen Störungen existieren mittlerweile eine Reihe spezifischer, neuropsychologischer Untersuchungsverfahren. Diese Diagnostik kann klinisch vom Arzt, von entsprechend geschulten Mitarbeitern mit entsprechenden technischen Geräten (Perimeter, Binoptometer, visuellen Testtafeln, ELEX-Gerät u.a.) in der Reha-Einrichtung selbst oder extern durchgeführt werden. Auf alle Fälle ist jedoch eine enge Zusammenarbeit mit neuroophthalmologisch erfahrenen, augenärztlichen Konsiliaren und Orthoptisten notwendig.
- Störungen der räumlich-visuellen Wahrnehmung und/oder räumlich konstruktiver Funktionen.
- Störungen der Aufmerksamkeits- und Konzentrationsleistungen: Es sind Aussagen zu folgenden Teilleistungsbereichen zu

treffen: Einfache und komplexe Reaktionszeiten, Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit, selektive Aufmerksamkeit, geteilte Aufmerksamkeit, Daueraufmerksamkeit.

- Störungen der Lern- und Gedächtnisleistungen: Diagnostik zu folgenden Teilleistungsaspekten: Kurzfristiges Behalten, längerfristige Gedächtnisleistungen, jeweils für auditives und visuelles Material, Gesichter-Namen-Lernen, assoziatives Lernen, Arbeitsgedächtnis.
- Störungen der Intelligenzleistungen und des planvollen Handelns: Aspekte zielgerichteten Planens, Handelns und Problemlösens: Planungsansatz, Lernen aus Fehlern, Plausibilitätskontrollen, Produktion von Lösungsalternativen, Strategien der Fehlersuche und Fehlerkorrektur.
- Verhaltensauffälligkeiten wie Tendenz zu hypobulischem Verhalten (Entschlußunfähigkeit, Unfähigkeit zu intentionalen Begegnungen), Tendenz zu vorschnellem/impulsivem Verhalten, Haften an irrelevanten Details bei Bearbeitung von Aufgaben, Tendenz zu perseveratorischem/inflexiblem Verhalten, Tendenz zu emotional indifferentem Verhalten, Tendenz zu sozial distanzlosem/inakzeptablem Verhalten, Tendenz zu überangepaßtem/sich unterordnendem Verhalten.
- Vorwiegend organisch bedingte Störungen und Fehleinschätzungen der Selbst- und Körperwahrnehmung.

2.2.2.1 Analyse der häuslichen Situation

Wichtig ist eine genaue Befragung des Patienten und seiner Angehörigen über seine Wohnsituation und seinen sozialen Bezugsrahmen. Ein großer Vorteil ist der Besuch von Ergotherapeuten in Begleitung von Sozialarbeitern in der Wohnung des Patienten. Dies erfordert allerdings eine relative Wohnortnähe der Reha-Einrichtung.

2.2.2.2 Analyse der Anforderungen des beruflichen Umfeldes

Wichtig ist die Erhebung der Berufsanamnese, eine genaue Befragung über Anforderungen des Arbeitsplatzes und über berufliche Rahmenbedingungen.

In jeder neurologischen Schwerpunkt-klinik sollte die Möglichkeit zur Durchführung beruflicher Belastungserprobungsmaßnahmen zumindest in wichtigen beruflichen Sektoren vorgehalten werden. Eine solche Belastungserprobung ist von eigentlichen beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen abzugrenzen. Sie ergibt die Möglichkeit zu Verhaltensbeobachtungen in einem berufsalltagsnahen Milieu. Häufig können nur so einigermaßen zuverlässig die Chancen und Möglichkeiten einer beruflichen Wiedereingliederung eingeschätzt werden.

2.2.3 Psychosoziale Diagnostik

2.2.3.1 Diagnostik der psychischen Störungen

Schwerpunkte der psychiatrischen/psychotherapeutischen Diagnostik sind Störungen des affektiven Verhaltens, reaktive Anpassungsstörungen im Rahmen von Schwierigkeiten bei der Krankheitsverarbeitung, Erfassung förderlicher und hemmender prä-morbider Persönlichkeitseigenschaften, biographische Elemente, emotionale und Verhaltensprobleme. Diese Diagnostik geschieht zunächst durch behandelnde Ärzte der Reha-Einrichtung in Form der traditionellen, psychopathologischen Befundbeschreibung. Psychiatrische Diagnosen sollten nach einem operationalisierten Diagnose-Schema erstellt werden.

Ein valider Befund, der emotionale, psychoreaktive und organisch bedingte Verhaltensauffälligkeiten miteinbezieht, kann in der Praxis allerdings nicht vom Arzt allein erhoben werden, sondern es sind Verhaltensbeobachtungen aller Teammitglieder wichtig, die im Rahmen der Teamkonferenzen diskutiert werden und deren Bewertung in die Therapieplanung einfließen. Dazu gehört auch eine ausführliche Anamnese der Angehörigen. Diese verschiedenen Gesichtspunkte müssen auch Teil der psychologischen und neuropsychologischen Diagnostik sowie der sozialtherapeutischen Befunderhebung sein.

2.2.3.2 Soziale Diagnostik

Hierunter fällt die Erfassung und systematische Faktensammlung über Art und Qualität von familiären Beziehungen, weiteren sozialen Beziehungen, Arbeitswelt, ökonomische Verhältnisse, Wertgefüge bezgl. Lebensqualität u.a. Sehr viel an solchen Informationen kann erfahrungsgemäß das Pflegepersonal beitragen, da es meist den häufigsten Kontakt mit den Patienten hat. Grundlegende Fakten sind bereits bei der Anamneseerhebung vom betreuenden Arzt in der Reha-Einrichtung zu erfassen.

Bei speziellen Problemen sind meist Sozialarbeiter der Klinik und entsprechende nichtärztliche Therapeuten miteinzubeziehen. In der Regel ist dies der Fall, wenn eine pflegerische Weiterbetreuung nach Entlassung sichergestellt werden muß oder wenn nach einer schwereren neurologischen Akuterkrankung ein beruflicher Wiedereinstieg geplant wird.

2.2.4 Integration der diagnostischen Informationen

Die diagnostischen Informationen aller Mitarbeiter einer neurologischen Reha-Einrichtung müssen beim betreuenden Arzt gesammelt werden. In speziellen, patientenbezogenen Konferenzen des Gesamtteams oder spezieller Unterabteilungen muß man sich über den diagnostischen Prozeß und die daraus folgenden Konsequenzen für Rehabilitationsziele und Rehabilitationschancen während der Rehabilitationsbehandlung mehrmals abstimmen, um die Strategien möglichst optimal an die aktuellen Bedürfnisse und Möglichkeiten des Patienten anzupassen.

Es muß ein gemeinsamer und ausreichender Kenntnisstand aller Mitarbeiter des Teams über die für die Rehabilitation wichtigen Informationen gewährleistet werden. In der wertenden und abgrenzenden

Diskussion wird eine ausführliche, rehabilitative Diagnose erstellt. Diese Rehabilitationsdiagnose kann nicht, wie z. B. die akutmedizinische Diagnose, statisch sein. Vielmehr müssen sinnvolle Abänderungen therapiebegleitend vorgenommen werden und im Sinne einer Prozeßdiagnostik immer wieder neue diagnostische Erkenntnisse in die Entscheidungsprozesse einfließen.

Deshalb muß in der Reha-Klinik den therapeutischen Mitarbeitern und ihren Patienten ausreichend Zeit für anfallende Diskussionen und Entscheidungsprozesse zur Verfügung stehen.

Für die Durchführung der einzelnen diagnostischen Schritte und deren koordinierende Wertung sollte ein hinreichender Zeitraum zu Beginn einer Reha-Behandlung zur Verfügung stehen, in der Regel bis zu 10 Arbeitstagen, was etwa 14 Tagen Aufenthalt in der Reha-Einrichtung entspricht.

2.2.5 Spezifische Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung für die sozialmedizinische Beurteilung

Um einigermaßen valide sozialmedizinische Beurteilungen und Prognosen abgeben zu können, ist, wie schon im einleitenden Abschnitt zur Funktionsdiagnostik beschrieben, eine gute operationalisierte Verlaufsbeobachtung auf den rehabilitationsmedizinischen Ebenen der "disabilities" und "handicaps" notwendig. Eine solche Verlaufsdiagnostik ist aber bisher nur in Ansätzen verwirklicht. Aber auch die kritisch wertende Zusammenfassung all dieser Befunde aus den einzelnen therapeutischen Bereichen reicht in vielen Fällen nicht aus.

Aus diesem Grunde haben die meisten Reha-Kliniken Vorgehensweisen entwickelt, die zusätzlich zur Verhaltensbeobachtung des Patienten in der Klinik weitere Informationen in möglichst alltagsnahem Rahmen beisteuern:

- (1) "Therapeutische Ausflüge": Patienten machen hierbei in Begleitung von Therapeuten Besorgungen in der Stadt, Besuche von kulturellen Veranstaltungen, Gaststätten oder ähnliches, um konkrete Beeinträchtigungen und Behinderungen im Alltag besser selbst zu erkennen.
- (2) "Beurlaubung aus therapeutischen Gründen": Patienten werden in der Zeit vor ihrer Entlassung für mehrere Tage nach Hause beurlaubt, um dort Erfahrungen darüber sammeln zu können, wie sie mit ihrer verbleibenden Behinderung im Alltag zurecht kommen können. Eine solche Maßnahme muß zwischen dem therapeutischen Team und den Angehörigen gut vorbereitet werden, kritische Problembereiche müssen von diesen genau beobachtet werden, um daraus Schlußfolgerungen für weitergehende Empfehlungen ziehen zu können.
- (3) "Berufliche Belastungserprobung": Wie schon im Abschnitt über Funktionsdiagnostik näher ausgeführt, ist es das Ziel einer solchen Maßnahme, längerfristige Verhaltensbeobachtungen und Selbsterfahrung für den Rehabilitanden in einem berufsalltagsnahen Milieu zu ermöglichen.

3. Therapie

3.1 Therapieziele und Therapieplan

Die definierten Ziele jeder Rehabilitationsbehandlung, einen Behinderten in die Lage zu versetzen, "eine Lebensform und -stellung, die ihm entspricht und seiner würdig ist, im Alltag, in der Gemeinschaft und im Beruf zu finden, bzw. wiederzuerlangen" (vgl. Die Rehabilitation Behinderter. Wegweiser für Ärzte. Köln, Deutscher Ärzteverlag, 1984, Seite 5) stellen gerade bei neurologisch Erkrankten eine große Herausforderung dar. Optimale Verfügbarkeit der körperlichen

Fähigkeiten und Fertigkeiten, soziale Autonomie, berufliche Existenz und Lebenszufriedenheit sind als gleichrangige Ziele anzusehen, die in wechselseitiger Abhängigkeit stehen. Entsprechend diesen Globalzielen müssen für jeden Rehabilitanden auf seine jeweilige Situation hin zugeschnittene Therapieziele formuliert werden.

Allgemeine Prinzipien neurorehabilitativer Verfahren:

Unter den allgemeinen Prinzipien neurologisch-neuropsychologischer Rehabilitation kann unterschieden werden zwischen

- Restitution = (partielle) Wiederherstellung einer gestörten Leistung,
- Kompensation = Einsatz von "Ersatzstrategien" bzw. Ausnützen verbliebener Restfunktionen,
- Adaptation = Anpassung der Umweltbedingungen an die Behinderung des Patienten.

Im Rahmen eines ganzheitlichen Behandlungsansatzes steht die störungsspezifische Behandlung in allen Bereichen im Vordergrund. Angestrebt wird nach Möglichkeit eine Restitution, falls dies nicht möglich ist, eine Kompensation und/oder eine Adaptation. Als Voraussetzung muß ein "therapeutisches Klima" gegeben sein, in dem Lernprozesse in umfassendem Sinne ermöglicht werden.

Die Behandlungsmethoden sollten (im Idealfall) möglichst spezifisch (auf ein bestimmtes Leistungsdefizit abgestimmt) und systematisch (regelmäßig bezüglich Dauer und Häufigkeit der Behandlungen, konstant bezüglich der Aufgabenbedingungen und der Patient-Therapeut-Interaktionen) sein und zu einem sich von der Spontanremission abgrenzbaren Interventionseffekt führen, der charakterisiert ist durch zeitliche Stabilität, Generalisierung auf andere Leistungen und Transfer auf Alltagssituationen.

Während des oft langen rehabilitativen Prozesses müssen in den verschiedenen Teilleistungsbereichen häufig Zwischenziele formuliert werden, die schrittweise aufeinander aufbauen. Im Rahmen der patientenbezogenen Teamkonferenzen muß begleitend ständig eine Abstimmung darüber erfolgen, welche Problembereiche wann im Rehabilitationsprozeß schwerpunktmäßig angegangen werden sollen. Nur so kann der Patient vor Überforderung geschützt werden und seine meist eingeschränkten Ressourcen schwerpunktmäßig einsetzen.

Bei der Planung und Abstimmung der Therapieziele, der Zwischenschritte und der rehabilitativen Strategien ist der Patient soweit als möglich ständig in die Entscheidungsfindung mit einzubeziehen. Es muß detailliert immer wieder nachgefragt werden, welche Funktionsstörungen ihn subjektiv am meisten beeinträchtigen, welche Zielvorstellungen er für sich selber formuliert hat und auf welchem Weg er dorthin gelangen will.

Aufgrund der Wechselwirkung zwischen körperlichen Behinderungen, Beeinträchtigungen der geistigen Leistungsfähigkeit, der emotionalen Krankheitsverarbeitung und des primär störungsspezifischen Behandlungsansatzes ergibt sich für jeden Rehabilitanden ein sehr individueller Therapieplan. Wie schon ausgeführt, müssen sich die Mitarbeiter der einzelnen therapeutischen Disziplinen regelmäßig und intensiv über die in einzelnen Teilbereichen durchgeführten Therapiemaßnahmen miteinander abstimmen und aktuelle Schwerpunkte setzen. Dies sollte erstmalig spätestens nach Abschluß der rehabilitationsspezifischen Diagnostik in den einzelnen Teilbereichen erfolgen und muß zur Fortschreibung und Aktualisierung den weiteren rehabilitativen Prozeß begleiten. Bei all dem ist es nicht zuletzt aus Motivationsgründen unverzichtbar, sich mit den Vorstellungen, Wünschen und Bedürfnissen des Patienten auseinanderzusetzen und ihn und die Angehörigen in die Entscheidungsprozesse mit einzubeziehen.

3.2 Therapiemaßnahmen

3.2.1 Medizinische Therapie im engeren Sinne

In der neurologischen Rehabilitation werden alle im Fachgebiet üblichen medikamentösen Therapiemaßnahmen bei Bedarf eingeleitet, fortgeführt und überwacht (z. B. Einstellung auf Antiepileptika bei sekundärer Epilepsie, Behandlung mit Antiparkinsonmitteln, immunsuppressive Therapien). Bei der häufig gegebenen Multimorbidität zerebrovaskulär geschädigter Patienten ist die Optimierung der Therapie internistischer Begleiterkrankungen in Abstimmung mit internistischen Konsiliarierinnen ebenfalls erforderlich. Bei Erkrankungen mit Ereignischarakter sollte auch eine adäquate Rezidivprophylaxe eingeleitet werden.

Im Gegensatz zum Akutkrankenhaus bzw. zum niedergelassenen Arzt, stehen diese medikamentösen Maßnahmen aber nicht im Vordergrund des rehabilitativen Vorgehens. Sie sollen vielmehr die medizinischen Voraussetzungen schaffen, um störungsspezifisches, rehabilitatives Arbeiten in den einzelnen therapeutischen Bereichen zu ermöglichen. Diese medikamentösen Maßnahmen werden in der Regel vom zuständigen Stationsarzt eingeleitet und überwacht, er wird dabei von den leitenden Ärzten supervidiert.

3.2.2 Rehabilitative Therapien

Wie unter 3.1 bereits ausgeführt, lassen sich auf allen therapeutischen Gebieten für die meisten Teilleistungsstörungen drei verschiedene Therapieprinzipien formulieren, welche die Vorgehensweise bestimmen:

- (1) (partielle) Wiederherstellung einer gestörten Leistung
(= Restitution),

- (2) Einsatz von "Ersatzstrategien", bzw. Ausnützen erhalten gebliebener Restfunktionen (= Kompensation),
- (3) Anpassung der Umweltbedingungen an die Behinderung des Patienten bzw. Verwendung von Hilfsmitteln (= Adaptation bzw. Substitution).

Abhängig von den bio-psycho-sozialen Gegebenheiten des Rehabilitanden sieht die im Rahmen des Rehabilitationsprozesses herausgearbeitete Lösung bei initial gleicher Funktionsstörung individuell unterschiedlich aus. Dies gilt sowohl für die soziale, als auch für die berufliche Wiedereingliederung.

Viele rehabilitative Therapiestrategien sind bisher nur empirisch abgeleitet und kaum auf ihre differentielle Indikation hin überprüft. Ein vom Spontanverlauf sich abgrenzender Interventionseffekt ist wissenschaftlich bisher für viele Methoden nur ungenügend belegt. Hierfür ist noch sehr viel Rehabilitationsforschung notwendig (siehe auch Kapitel 11).

Im folgenden sollen kurz Therapieschwerpunkte der in der neurologischen Rehabilitation üblicherweise vertretenen Therapiedisziplinen aufgeführt werden:

- Ärztlicher Bereich (siehe 3.2.1),
- Pflege,
- Physiotherapie (einschl. physikal. Therapie, Bewegungs- und Sporttherapie),
- Ergotherapie,
- Werktherapie, Beschäftigungstherapie,
- Sprachtherapie,
- Neuropsychologische Therapie,
- Psychotherapie,
- Soziale Beratung und Soziotherapie,

- Berufsbezogene Rehabilitationsmaßnahmen.

3.2.2.1 Pflege

Die "aktivierende Krankenpflege" spielt in der neurologischen Rehabilitation eine ganz wesentliche Rolle. Der Rehabilitand soll langfristig von pflegerischen Leistungen soweit wie möglich unabhängig werden. Dies gilt sowohl für Verrichtungen des alltäglichen Bedarfs (z. B. Waschen, Anziehen, Essen, persönliche Hygiene) als auch für notwendige medizinische Maßnahmen (z. B. Injektionen, Katheterisieren). In Zusammenarbeit mit Mitarbeitern aus den anderen therapeutischen Abteilungen sind noch vorhandene bzw. wiedererworbene Strategien und Fertigkeiten im Alltag auf der Station umzusetzen. Ebenso wichtig ist eine gute Versorgung im Hinblick auf die psychischen und sozialen Belange des Patienten. Bei bestehender Pflege- und/oder Betreuungsbedürftigkeit ist auch eine entsprechende Vorbereitung und Anleitung der Angehörigen eine wichtige Aufgabe des Pflegepersonals. Neu entwickelte Konzepte zur Rehabilitationspflege müssen rasch in den klinischen Alltag der neurologischen Rehabilitation Eingang finden.

3.2.2.2 Physiotherapie

Schwerpunkt der Physiotherapie in der neurologischen Rehabilitation ist eine krankengymnastische Einzelbehandlung auf neurophysiologischer Grundlage. Hierfür stehen verschiedene etablierte Methoden zur Verfügung, vor allem nach Bobath, Vojsa und PNF. Rein empirisch haben sich für jede Methode Hauptindikationen herauskristallisiert. Eine Überprüfung und Weiterentwicklung dieser empirisch gefundenen Indikationen sind dringend wünschenswert.

Durch allgemeine Bewegungstherapie, medizinische Trainingstherapie, Sporttherapie und krankengymnastisch geleitete Kleingruppenarbeit kann die im Rahmen der Einzeltherapie erworbene Mobilität und Bewegungsfähigkeit funktionell stabilisiert und ausgebaut werden. Diese Maßnahmen sind jedoch von der Art, Zeit und Häufigkeit sehr individuell in das Rehabilitationsprogramm einzuplanen. Ähnliches gilt für Einzel- und Gruppentherapien im Bewegungsbad.

In Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzten, Konsiliarärzten (z. B. Orthopäden), Ergotherapeuten und Orthopädiemechanikern kommt den Krankengymnasten auch eine wichtige Rolle bei der Auswahl, Anpassung und Gebrauchsschulung von Hilfsmitteln zur Erhaltung und Verbesserung der Mobilität zu. Gemäß dem Vorbild in angloamerikanischen Ländern sollten auch in Deutschland für die Auswahl und Adaptation von elektronisch-technischen Hilfsmitteln vermehrt

Rehabilitationsingenieure ausgebildet und zur Kooperation gewonnen werden.

Ortsgebundene Heilmittel spielen in der neurologischen Rehabilitation keine Rolle.

Bei den passiven physikalischen Maßnahmen kommt vor allem bestimmten Massagetechniken und elektrotherapeutischen Maßnahmen eine nicht zu unterschätzende Rolle zu:

- Klassische Massagen (tonisierende und detonisierende Techniken), Bindegewebsmassagen,
- entstauende manuelle Lymphdrainage,
- Reflexzonenmassagen,
- schmerzlindernde und/oder muskelaktivierende elektrotherapeutische Verfahren,
- transkutane Nervenstimulation.

Eine Erweiterung der konventionellen physiotherapeutischen Behandlungsmethoden zur Behebung motorischer Störungen bieten neuere apparativ unterstützte Verfahren wie EMG-Biofeedback, Posturographie und/oder funktionelle Elektrostimulation (FES), die bisher nur in wenigen Zentren an ausgewählten Patienten durchgeführt werden.

3.2.2.3 Ergotherapie

Schwerpunkte und Behandlungsziele der Ergotherapie, die z.T. aufeinander aufbauen, sind:

- **Selbständigkeit bei alltäglichen Verrichtungen ("activities of daily life" = ADL):**

In Einzeltherapie und/oder Kleingruppen sind in Zusammenarbeit mit Pflegekräften und Physiotherapeuten, ggf. auch Neuropsychologen, entsprechende Fertigkeiten wiederzuerlernen. Hierfür notwendige oder hilfreiche Hilfsmittel müssen entsprechend ausgewählt und angepaßt werden, der Patient muß in ihrer Benutzung geschult werden. Wie schon bei der Krankengymnastik erwähnt, wäre zukünftig eine Zusammenarbeit mit Reha-Ingenieuren zur Auswahl und Adaptation komplexerer elektronisch-technischer Hilfsmittel wünschenswert.

- **Handfunktion:**

Hier ist meist eine sehr individuelle Einzeltherapie notwendig, um die spezifischen, im Alltag und im Beruf benötigten, Handfunktionen wieder herzustellen.

Speziell erwähnenswert ist ein systematisches Trainingsprogramm zum Wiedererlernen des Schreibens. Dieses Training kann dann auch in Kleingruppen durchgeführt werden.

- **Apraxie, Orientierung, Wahrnehmungsstörungen:**

Diese neuropsychologischen Syndrome, welche die Selbständigkeit in Alltag und Beruf ganz wesentlich beeinflussen, sind sehr individuell, zusammen mit den Neuropsychologen, überwiegend in Einzeltherapie zu behandeln.

- **Haushaltstraining, Training praktischer beruflicher Fertigkeiten:**

Ein wichtiger Schritt im Hinblick auf die selbständige Lebensführung ist das systematische Training einer selbständigen Haushaltsführung (als Einzel- oder Kleingruppentherapie, evtl. in Kombination mit "therapeutischen Ausflügen", siehe 2.2.5).

Bei Rehabilitanden mit vorwiegend handwerklich-praktischen Berufen wird als Voraussetzung einer beruflichen Wiedereingliederung ein Training berufsspezifischer Bewegungsabläufe unter ergotherapeutischer Kontrolle durchzuführen sein.

3.2.2.4 Werktherapie, Beschäftigungstherapie

Von der ergotherapeutischen Behandlung im engeren Sinne, die fast immer als eine störungsspezifische, individuell geplante Einzeltherapie abläuft, ist die Werk- oder Beschäftigungstherapie streng abzugrenzen. Diese früher klassische Aufgabe der Ergotherapie wurde in den letzten Jahren in neurologischen Einrichtungen durch die spezifische Einzelbehandlung deutlich zurückgedrängt, dennoch müssen nach wie vor solche Möglichkeiten des "Bastelns" unbedingt vorgehalten werden, damit der Patient in eigener Regie spezielle Strategien zur Verbesserung seiner eingeschränkten Handfunktion weiter einüben kann, neue Hobbies finden kann (was meist zur Verbesserung des Selbstwertgefühls beiträgt) und unter alltagsähnlichen Bedingungen Erfahrungen in komplexeren Lebensbereichen machen kann. Erfahrungen mit schöpferischen Tätigkeiten und Förderung der persönlichen Kreativität können auch eine wertvolle Hilfe im Krankheitsbewältigungsprozeß und bei der Neuorganisation der Lebenssituation sein.

3.2.2.5 Sprachtherapie: Therapie bei neurologisch bedingten Sprach- und Sprechstörungen

- **Aphasie:**

Bei nachgewiesener Aphasie ist in einer neurologischen Rehabilitationseinrichtung eine logopädische Einzeltherapie durchzuführen. Je nach Art der Störung ist zur Ergänzung der Einzeltherapie eine Gruppentherapie durchzuführen. Aufgrund der verschiedenartigen Zielsetzung in Einzel- und Gruppentherapie kann eine Gruppe jedoch kein Ersatz für gezielte Einzeltherapie sein.

Die sprachsystematische Behandlung ist zu ergänzen durch mehr psychotherapeutisch ausgerichtete Kleingruppentherapie mit dem Schwer

punkt Selbstsicherheitstraining in kommunikativen Situationen. Bei speziellen Aphasiesyndromen und in spezifischen Behandlungsabschnitten können additiv computergestützte Sprachtherapieprogramme zum Selbsttraining hilfreich sein. Bei ausgeprägteren Aphasiesyndromen gehören auch Angehörigenseminare zum dringend notwendigen therapeutischen Repertoire.

- Dysarthrie:

Die Intensität der Therapie von dysarthrischen Störungen ist abhängig von der Art der Störung. Während es bei manchen Störungen ausreicht, in wenigen Therapiesitzungen veränderte Sprechtechniken einzuüben, ist bei anderen Störungen eine langfristige und intensive Einzeltherapie notwendig. Auch hier ist es häufig sinnvoll, zusätzlich zur Einzeltherapie Gruppentherapie anzubieten.

- Neurologische Stimmstörungen:

Der Zeitaufwand für die Therapie neurologischer Stimmstörungen ist ebenfalls abhängig von der Art und dem Schweregrad der Stimmstörung; er geht von einer kurzzeitigen Beratung bis zu einer längerfristigen Einzeltherapie.

3.2.2.6 Neuropsychologische Therapie

Während in verschiedenen neuropsychologischen Funktionsbereichen eine störungsspezifische Trainingstherapie zur (partiellen) Restitution oder zur Kompensation etabliert und zum Teil auch empirisch validiert ist, liegt für andere Defizite der Schwerpunkt der therapeutischen Arbeit im Kompensationstraining und in der Adaptation der Umwelt an die neuropsychologische Behinderung. Folgende Funktionsbereiche werden üblicherweise unterschieden:

- Aufmerksamkeits- und Konzentrationsleistungen:

Teilleistungen aus diesem Bereich sind bei fast allen zerebral geschädigten Patienten beeinträchtigt. Neben spezifischen Trainingsansätzen, meist PC-unterstützt, gibt es auch Verbesserungen durch unspezifische Begleiteffekte anderer störungsspezifischer Therapiemaßnahmen.

- Lern- und Gedächtnisleistungen:

Zur Verbesserung gestörter Lern- und Gedächtnisleistungen werden ebenfalls überwiegend relativ spezifische Trainingsmaßnahmen in Einzel und/oder Kleingruppentherapie eingesetzt.

- Cerebrale Sehleistungen und Oculomotorik (in Zusammenarbeit mit Ärzten und Orthoptisten):

Bei gestörter Oculomotorik sind meist gezielte orthoptische Maßnahmen erforderlich. Hierfür ist eine enge Zusammenarbeit mit Augenärzten notwendig. Bei langfristig mangelhafter Restitution müssen auch operative, korrigierende Verfahren erwogen werden.

Bei gestörter visueller Exploration und entsprechenden Lesestörungen ist ein störungsspezifisches, in der Regel PC-unterstütztes Kompensationstraining erfolgversprechend. Bei anderen zerebralen Sehstörungen bleibt meist nur eine intensive Beratung, wie die Umwelt (z. B. Beleuchtung) an die Behinderung zu adaptieren ist.

- **Visuelle Wahrnehmung und räumlich konstruktive Leistungen:**

Bei Patienten mit schweren räumlichen Störungen und entsprechenden Alltagsbehinderungen steht Selbsthilfetraining im Vordergrund. Für gestörte Basisleistungen der räumlich-visuellen Wahrnehmung wurde vor kurzem ein neuropsychologisches Diagnose- und Trainingsprogramm empirisch entwickelt.

- **Intelligenzleistungen und Leistungen des vorausschauenden Planens und Handelns:**

Ein spezifisches Training beeinträchtigter Fähigkeiten zielgerichteten Planens, Handelns und Problemlösens ist zur Zeit (noch) kaum möglich. Entsprechende Therapieansätze sind in experimenteller Entwicklung. Der Interventionsschwerpunkt liegt darin, den Patienten während der Untersuchung und im Alltag auf beobachtete Verhaltensauffälligkeiten hinzuweisen und in einem möglichst alltagsnahen, verhaltenstherapeutischen Setting ein kontrolliertes und/oder organisiertes Verhalten einzuüben. Angehörige können hierbei in bestimmten Phasen des Rehabilitationsprozesses eine wichtige co-therapeutische Rolle spielen. Falls sich bleibende Störungen abzeichnen, ist eine entsprechende Schulung und Ausbildung der Angehörigen dringend zu empfehlen.

3.2.3 Gesundheitsbildung

Maßnahmen zur Gesundheitsbildung treten gegenüber störungsspezifischen Therapiemaßnahmen deutlich in den Hintergrund. Sie können auch nicht schematisch verordnet werden, sondern müssen je nach individuellen neuropsychologischen und psychopathologischen Gegebenheiten in das gesamte Behandlungskonzept eingefügt werden.

Individuelle Beratung und Kleingruppentrainingsprogramme sind geeignete Strategien bei bestehenden Risikofaktoren, die gehäuft bei zerebrovaskulär geschädigten Patienten vorkommen (z. B. Diabetes-schulung, Bluthochdruckgruppen, Schulung bei Fettstoffwechselstörung, Streßbewältigung, Raucherentwöhnung). Bei Ernährungsfragen

kommt für die Informationsvermittlung und praktische Anleitung den Diätassistentinnen eine wichtige Rolle zu. Auch Angehörige sind einzubeziehen.

3.2.4 Psychotherapie

Hilfestellung bei der Krankheitsverarbeitung und -bewältigung ist bei neurologischen Patienten fast immer zu leisten. Je nach Persönlichkeit, Art der Erkrankung und den bestehenden Behinderungen erstreckt sich die Breite der möglichen therapeutischen Interventionen von wenigen stützenden Gesprächen bis hin zu einer längerfristigen, systematischen, psychotherapeutischen Einzelintervention und/oder Gruppentherapie. Kontaktmöglichkeiten zu entsprechenden Selbsthilfegruppen sollten angeboten werden. Vor allem bei Patienten mit organisch bedingten Störungen und Fehleinschätzungen der Selbst- und Körperwahrnehmung ist es notwendig, in systematischer Einzel- und/ oder Kleingruppentherapie ein entsprechendes Störungsbewußtsein bzw. eine realistische Einschätzung anzubahnen und aufzubauen. Sonst kann es spätestens beim Versuch des beruflichen Wiedereinstiegs zu erheblichen Enttäuschungen aller Beteiligten und zu einem Scheitern der Rehabilitation kommen.

Angehörige sind so intensiv wie möglich in die rehabilitativen Therapiestrategien einzubeziehen. Die Arbeit mit ihnen sollte deutlich über eine Beratung hinaus gehen, besonders dann, wenn bei dem Rehabilitanden bleibende Behinderungen zu erwarten sind, die Pflege-und/oder Betreuungsbedürftigkeit bedingen oder eine Adaptation der psychosozialen Umwelt an die Behinderung notwendig machen.

3.2.5 Soziale Beratung und Soziotherapie

Therapeutische Schwerpunkte im sozialen Bereich sind die berufliche und soziale Wiedereingliederung des Rehabilitanden. Im beruflichen Bereich wird sehr häufig im Anschluß an eine medizinische eine berufliche Rehabilitationsmaßnahme notwendig. Nach Abstimmung im therapeutischen Team über Art und Möglichkeit der beruflichen Wiedereingliederung ist eine solche Maßnahme vom Sozialdienst/Rehabilitator der Klinik mit den Vertretern entsprechender Kostenträger und ggf. Vertretern des Arbeitgebers zu planen und vorzubereiten. Am effizientesten geschieht dies durch für diesen Aufgabenbereich geschulte Außendienst-Mitarbeiter der Kostenträger, die regelmäßig die Rehabilitationseinrichtungen der Region besuchen und auch Verhandlungskompetenzen mit den jeweiligen Arbeitgebern haben.

Hilfen bei der sozialen Wiedereingliederung können sein: Beratung und Mitwirkung bei der Feststellung der Schwerbehinderten-Eigenschaft, Vermittlung von Kontakten zu Sozialstationen, Selbsthilfeorganisationen, karitativen Organisationen, Nachbarschaftshilfe, Behindertenfahrdienst usw. Letztere Tätigkeiten machen gerade bei neurologischen Rehabilitanden einen wichtigen Teil der Tätigkeit des klinikeigenen Sozialdienstes aus. Persönliche Kontakte mit sozialen Einrichtungen in den Regionen, aus denen die Patienten stammen, sind für den Erfolg dieser Arbeit unerlässlich. Für solche Kontakte sind den klinikeigenen Sozialdiensten ausreichend Zeit und Personal zur Verfügung zu stellen.

3.2.6 Berufsbezogene Rehabilitations-Maßnahmen

Neben oder nach den medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen sollte in allen Fällen, in denen eine berufliche Wiedereingliederung zur Diskussion steht, eine individuelle Überprüfung der beruflichen Situation erfolgen. Die meisten Rehabilitationszentren haben die

Möglichkeit der Überprüfung im Hause nicht. Minimalforderung ist die Erhebung einer genauen, sehr präzisen Berufs- und Arbeitsbiographie sowie eine Arbeitsplatzanalyse einschließlich ergonomischer Aspekte.

Arbeitstherapie und Belastungserprobung als medizinische Rehabilitationsleistungen können durchaus in den jetzigen neurologischen Rehabilitationszentren durchgeführt werden, dabei sollen das arbeitsrelevante Leistungsprofil, die soziale Anpassungsfähigkeit und die besondere Gefährdung durch Einwirkungen am Arbeitsplatz ermittelt werden.

Bei der Arbeitstherapie wird eine Steigerung der Belastbarkeit angestrebt im Sinne der Stabilisierung und Verbesserung der Arbeitsgrundfähigkeit und spezieller Fähigkeiten für die berufliche bzw. schulische Eingliederung unter Berücksichtigung der individuellen Behinderung.

Berufsfindung sowie Arbeitserprobung gehören zu den berufsfördernden Leistungen der Rehabilitation. Diese können nur in spezifischen Zentren, wie den medizinisch-beruflichen Rehabilitationszentren, durchgeführt werden.

Stehen konkrete berufliche Wiedereingliederungsprobleme an, so kann auch in neurologischen Rehabilitationszentren eine sehr enge und frühzeitige Zusammenarbeit mit den Berufshelfern bzw. Rehabilitationsberatern der Rehabilitationsträger in die Wege geleitet werden.

Wenn ein berufsbezogener Bereich mit den entsprechenden Werkstätten nicht zur Verfügung steht, so öffnen externe Erprobungen am Ort die Möglichkeit einer realistischen Belastungserprobung und Arbeitstherapie.

3.3 Integration der Therapiemaßnahmen

Wie schon im Kapitel 2 "Diagnostik" ausgeführt, sind alle diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen durch institutionalisierte Besprechungen des therapeutischen Teams aufeinander abzustimmen und anhand des Rehabilitationsverlaufes immer wieder neu zu formulieren. Im Klinikalltag sollte der behandelnde Arzt eine solche koordinierende und integrierende Funktion wahrnehmen. Bei bestimmten Patienten kann es sinnvoll sein, daß ein nichtärztlicher Therapeut die Rolle eines "Bezugstherapeuten" übernimmt; in der Regel wird es derjenige nichtärztliche Therapeut sein, der die für den Rehabilitationsverlauf schwerwiegendste Störung zu behandeln hat (z. B. Sprachtherapeut bei Aphasikern).

Durch interne Fort- und Weiterbildung sollen die einzelnen therapeutischen Abteilungen sich über Arbeitsschwerpunkte und -methoden austauschen. Evtl. unterstützt durch externe Supervision, ist ein Klima zu fördern, in dem wechselseitig patientenbezogene Informationen zwischen den einzelnen Abteilungen "auf dem kleinen Dienstweg" hin- und hergehen. Bei allen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen ist streng darauf zu achten, daß der Patient als steuerndes Subjekt und nicht als verwaltetes Objekt am Rehabilitationsprozeß teilnehmen kann. Auch hierfür kann eine externe Supervision des therapeutischen Teams sehr nützlich sein.

Sehr häufig ist bei neurologisch Erkrankten die psychophysische Belastbarkeit erheblich beeinträchtigt. Diese Tatsache ist bei der Planung und Durchführung aller diagnostischer und/oder therapeutischer Maßnahmen zu beachten. Eine Überforderung des Patienten wirkt sich auf den Rehabilitationsprozeß meist noch negativer aus als eine Unterforderung. Dies ist auch bei dem Angebot an Freizeitmöglichkeiten zu berücksichtigen.

4. Therapiekontrolle und Dokumentation

Die Auswahl geeigneter Dokumentations- und Meßinstrumente ist die Voraussetzung für die Qualitätskontrolle von Rehabilitationsprogrammen. Entscheidend ist hier die klinische Verlaufsbeobachtung, -kontrolle und -beurteilung. Wie bereits im Abschnitt 2.2.2 beschrieben, sind in der neurologischen Rehabilitation zwei notwendige Dokumentationsrichtungen zu unterscheiden:

(1) Die diagnostische Dokumentation: Hierbei handelt es sich meist um eine aufwendige Dokumentation, die zur Therapieplanung dient. Beispiele sind eine neuropsychologische Befunderhebung mittels einer Testbatterie und eine krankengymnastische Befunderhebung nach Bobath. Diese Dokumentation eignet sich in der Regel nicht zur Verlaufskontrolle.

(2) Zur Verlaufskontrolle sind Dokumentations- und Erfassungsverfahren notwendig, die alltagspraktische Aussagekraft besitzen und die funktionelle Beeinträchtigungen und Behinderungen erfassen.

Für die Dokumentation gelten folgende Empfehlungen:

(1) Alle therapeutischen Mitarbeiter in der neurologischen Rehabilitation sollten eine diagnostische und eine Verlaufsdocumentation führen.

(2) Die Dokumentation sollte übersichtlich bleiben und sich auf verschiedene abgrenzbare Felder erstrecken, z. B. Kommunikation, pflegerische Selbständigkeit, Motorik. Die Dokumentation sollte anwenderfreundlich und teststatistisch akzeptabel sein.

(3) Bei allen Meßinstrumenten sollte die Erfassungsebene ("impairment, disability, handicap") definiert werden.

4.1 Visiten, Teambesprechungen, Verlaufskontrollen

Die Durchführung der Behandlung wird im klinischen Alltag durch Visiten und Teambesprechungen überwacht. Beide sollten sich organisatorisch und inhaltlich ergänzen. Dabei sind folgende Ziele zu gewährleisten:

Es sollte eine kontinuierliche medizinische Supervision stattfinden; alle neu aufgenommenen Patienten müssen einem zuständigen Gebietsarzt (Oberarzt oder Chefarzt) vorgestellt werden.

In jedem therapeutischen Teilbereich ist eine enge Supervision durch den jeweils leitenden Therapeuten zu gewährleisten. Organisatorisch wird dies meist im Rahmen von Einzelfallsupervision und/oder abteilungsinternen Fallkonferenzen durchgeführt.

Wie schon im Kapitel "Therapie" ausgeführt, eignen sich Teamkonferenzen sehr gut für fallbezogene, integrative Kontrolle und Supervision der Behandlung. In diesen Teamkonferenzen werden Therapiestrategien in den einzelnen Bereichen evaluiert, der Stand des Rehabilitationsprozesses diagnostisch aktualisiert und daraus neue Therapiestrategien, -ziele und -schwerpunkte formuliert.

4.2 Entlassungsbericht

Der Entlassungsbericht muß in kurzer, prägnanter Form folgende Angaben enthalten:

- wichtige anamnestische Daten und Vorbefunde,
- in der Reha-Einrichtung erhobene Befunde, vor allem der rehabilitationsspezifischen Diagnostik,
- Therapieziele, -strategien und -effekte in den einzelnen therapeutischen Bereichen,

- detaillierte sozialmedizinische Stellungnahme mit positivem und negativem beruflichen Leistungsbild,
- Angaben zur Selbständigkeit in Alltag, Familie und Freizeit,
- Empfehlungen für die rehabilitative Weiterbehandlung,
- falls notwendig, skizzenhafte Planung des längerfristigen Rehabilitationsverlaufs.

Je nach Erfordernis des Einzelfalles sind eigene Diagnose- und Therapieberichte der therapeutischen Mitarbeiter beizufügen.

Von den unterschiedlichen therapeutischen Mitarbeitern, die den Patienten betreut haben, sollen bei weiterer Behandlungsnotwendigkeit Therapieberichte an die entsprechenden niedergelassenen Berufskollegen weitergeleitet werden.

4.3 Krankengeschichte

Grundsätzlich muß für jeden Patienten eine Krankengeschichte geführt werden. Die rein zahlenmäßige Auflistung von Behandlungseinheiten sagt über die Qualität und den Therapieerfolg noch wenig aus. Wichtiger als eine Erfassung von Therapiefrequenzen ist eine Erfassung des Therapieerfolges anhand von geeigneten Erfassungsinstrumenten (siehe oben).

5. Behandlungsdauer

Aufgrund der langen Verläufe neurologischer Rehabilitationsprozesse wird die bisher übliche, stationäre Behandlungsdauer von 4 Wochen der Sache in keiner Weise gerecht.

Vor allem bei Erkrankungen mit Ereignischarakter (z. B. Schlaganfall, Schädel-Hirn-Trauma) ist in der Regel von mehrmonatigen bis

-jährigen Rehabilitationsverläufen auszugehen. Während dieser Zeit wechseln sich häufig stationäre und ambulante Rehabilitationsmaßnahmen im Sinne einer "Intervallbehandlung" systematisch ab. Während der intensiveren stationären Maßnahmen werden bestimmte Zwischenziele (z. B. Selbständigkeit im Alltag, Fähigkeit in häuslicher Umgebung zu leben) zu erreichen versucht, die dann unter ambulanten Bedingungen weiter gefestigt und ausgebaut werden sollen. In der nächsten stationären Behandlungsmaßnahme wird auf dieser Basis ein nächstes Zwischenziel angestrebt. Eine solche Vorgehensweise ist auch von der Sache her zwingend notwendig, da aufgrund der langen Verläufe eines neurologischen Rehabilitationsprozesses nach einer AHB-Maßnahme bei einer Erkrankung mit Ereignischarakter häufig noch keine endgültigen Aussagen zur Prognose und zu bleibenden Behinderungen gemacht werden können.

Andererseits kann es bei fehlendem Rehabilitationsfortschritt durchaus angebracht sein, von einer "aufbauenden" rehabilitativen Strategie in eine "funktionserhaltende" Strategie überzugehen und den Patient vorübergehend oder auf Dauer aus dem intensiven Rehabilitationsprozeß auszugliedern. Für solche Patienten sind dringend Einrichtungen zur Langzeitbetreuung zu schaffen.

Aufgrund der individuell sehr unterschiedlichen Kombination von Beeinträchtigungen und Behinderungen sowie des nur unsicher vorhersagbaren Rehabilitationsverlaufes sollte die Behandlungsdauer der stationären und/oder ambulanten Maßnahmen in Abstimmung zwischen Klinik und Kostenträger festgelegt werden.

6. Multimorbidität

Multimorbidität oder höheres Lebensalter sind keine Kontraindikation für Rehabilitationsfähigkeit in der Neurologie. Daher sollten

neurologische Rehabilitationseinrichtungen räumlich, apparativ und personell in die Lage versetzt werden, auch solche Patienten suffizient rehabilitativ zu behandeln. Wegen einer primär ungünstigeren oder unsicheren Prognose darf keine medizinisch notwendige, rehabilitative Behandlung verweigert werden. In diesen Fällen muß die Rehabilitationsfähigkeit durch eine befristete stationäre Behandlung überprüft werden. Hierzu bedarf es auch einer intensiveren Zusammenarbeit zwischen Rentenversicherungsträgern und Krankenversicherungen, wie sie im AHB-Verfahren bereits praktiziert wird. Der im SGB V formulierte Slogan "Rehabilitation vor Pflege" sollte noch mehr in den Vordergrund gestellt werden.

In der Rehabilitation zerebrovaskulär geschädigter Patienten ist die Multimorbidität die Regel. Bei fast allen Patienten bestehen 1 - 3 internistische Risikofaktoren oder Erkrankungen (z. B. arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörung, Herzerkrankungen, periphere arteriosklerotische Gefäßerkrankungen), die einer gezielten Diagnostik und Therapie bedürfen. Die enge Zusammenarbeit mit einem internistischen Konsiliarius ist daher zwingend notwendig. Die optimale Behandlung und Kontrolle dieser internistischen Begleiterkrankungen gehört bei der Rehabilitation zerebrovaskulär Geschädigter zum Basisprogramm, auf dem die "krankheitsspezifische" Behandlung erst aufbauen kann. Leider zeigt die Erfahrung, daß selbst bei Übernahme der Patienten von internistischen Akutabteilungen die Diagnostik bezüglich dieser Erkrankungen nur ungenügend durchgeführt ist, die Therapie inkonsequent und unzureichend erfolgte. Dadurch ist leider auch häufig die Belastbarkeit des Patienten für rehabilitative Maßnahmen eingeschränkt. In der Rehabilitationseinrichtung muß dann in den ersten Wochen der Behandlung erst die entsprechende Belastungsfähigkeit wiederhergestellt werden. Ähnliches gilt auch für Patienten mit hypoxämischen Hirnschädigungen und Polyneuropathie-Syndromen.

Bei anderen neurologischen Erkrankungen, vorwiegend entzündlicher Art, ist mit Folgekomplikationen vor allem auf orthopädischem oder urologischem Gebiet (z. B. infolge neurogener Blasenentleerungsstörungen) zu rechnen.

Bei Schädel-Hirn-Traumatikern sind häufiger Begleitverletzungen oder Komplikationen im Augen- und/oder Hals-Nasen-Ohren-Bereich zu erwarten. All diese begleitenden und/oder nachfolgenden Verletzungen und/oder Komplikationen beeinträchtigen z.T. erheblich die Chancen für eine erfolgreiche berufliche und soziale Rehabilitation. Diese begleitenden Probleme werden erfahrungsgemäß während der Versorgung im Akutkrankenhaus ebenfalls nur unsystematisch und unzureichend diagnostiziert und erfaßt. So sind während des Rehabilitationsaufenthaltes häufig auch ausführliche konsiliarärztliche Untersuchungen notwendig, um entsprechende Therapiestrategien einleiten oder zumindest die Rehabilitationsprognose besser abschätzen zu können.

Die Auswahl von und die Zusammenarbeit mit geeigneten Konsiliarärzten ist daher eine wichtige Aufgabe der leitenden Ärzte in der Rehabilitationseinrichtung. Da diese Komplikationen in der Regel häufiger Patienten betreffen, die in ihrer Mobilität noch deutlich eingeschränkt sind, sind zumindest in den Schwerpunkt-Rehabilitationskliniken entsprechende apparative und personelle Voraussetzungen für das Tätigwerden der Konsiliarärzte vorzuhalten. Zu diskutieren sind auch die Abrechnungsmodalitäten für das Tätigwerden der Konsiliarärzte: Einberechnung in den Pflegesatz oder direkte Abrechnung mit dem jeweiligen Konsiliararzt?

7. Schnittstellen

Das in den Kapiteln 2 und 3 beschriebene ganzheitliche Diagnostik- und Therapiekonzept kann in der neurologischen Rehabilitation nur

unter äußerst schwierigen Bedingungen realisiert werden. Sehr hinderlich ist der durch das gegliederte System in der Bundesrepublik Deutschland vorgegebene häufige Kostenträgerwechsel im Verlauf eines längerfristigen Rehabilitationsverlaufs. Trotz erheblicher, zusätzlicher verwaltungstechnischer Arbeit wird die Kontinuität des Behandlungsprozesses häufig unterbrochen, wenn nicht sogar abgebrochen. Diese Situation ist therapeutisch hindernd, verzögernd und verschlechternd. Um mit dieser Problematik umzugehen, wurden in einzelnen Institutionen verschiedene Hilfskonstruktionen erarbeitet. Diese sind meist zeit- und arbeitsaufwendig und führen trotzdem nicht immer zum gewünschten Erfolg (Herstellung der Kontinuität des rehabilitativen Prozesses).

7.1 Einweisung

Die Einleitung von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen wird im ambulanten Bereich meist durch die Hausärzte, seltener durch niedergelassene Nervenärzte/Neurologen angeregt. Da viele Patienten nach einer neurologischen Akuterkrankung oder mit chronisch progredienten neurologischen Erkrankungen berentet sind, ist für viele Patienten die Krankenkasse nach § 40 SGB V kostenpflichtig. In einem Teil der Fälle handelt es sich auch um Wiederaufnahmen im Rahmen einer "Intervallbehandlung", für die aus formalen Gründen häufiger ebenfalls die KV als Leistungsträger verantwortlich ist. Von der Sache her haben sich alle diese Zuweisungsstrategien bewährt.

Fehleinweisungen sind relativ selten, allerdings sind die von den ambulant behandelnden Ärzten bei Patient und Angehörigen geweckten Hoffnungen und Erwartungen im Hinblick auf die Rehabilitationschancen häufig unrealistisch. Ein Unterschied zwischen Hausärzten und Nervenärzten/Neurologen in der Häufigkeit solcher Fehleinschätzungen lässt sich aus der Erfahrung nicht sicher feststellen. Andererseits

werden gerade in neurologische Schwerpunkt-Kliniken nicht selten Patienten eingewiesen, deren Rehabilitationsfähigkeit aufgrund multipler internistischer und/oder psychischer/psychosomatischer Begleiterkrankungen sehr begrenzt ist. Gerade bei dieser Patientengruppe werden häufig zu hohe Erwartungen an die Rehabilitationsmöglichkeiten geweckt. Aus ethischen und sozialen Gründen (z. B. Urlaub von betreuenden Angehörigen, Personalmangel bei Sozialstationen) ist es dennoch nur bedingt möglich, die Rehabilitationsmaßnahme vorzeitig abzubrechen und den Patient wieder zu entlassen (vgl. Teil II, Kap. 3.1).

7.2 Frührehabilitation

Frührehabilitation eröffnet im Rahmen der neurologisch-neurochirurgischen Intensivtherapie die Möglichkeit einer integrierten, den Patienten nahtlos vom Beginn der erlittenen Schädigung des zentralen oder des peripheren Nervensystems an begleitenden, interdisziplinären Therapie wechselnder Schwerpunkte. Ihr Ziel ist es, die spontane Genesung zu unterstützen und zu fördern, Sekundärkomplikationen zu vermeiden bzw. in ihrer Auswirkung derart zu vermindern, daß einer zu erwartenden dauernden Behinderung des Kranken gegengesteuert wird. Sie fördert eine intensive Nutzung der verbleibenden Plastizität des Gehirns und der Regenerationsfähigkeit vom frühestmöglichem Zeitpunkt an, um anschließend nahtlos in die längerfristige Rehabilitationsphase überzugehen. Für diesen Teil der Rehabilitation sind derzeit allein die Krankenversicherungen als Kostenträger zuständig (vgl. Teil II, Kap. 3.3).

7.3 Anschlußheilbehandlung

Das Fehlen von standardisierten Beurteilungskriterien für den funk

tionellen Zustand und die Prognose des Patienten führt im AHB-Verfahren nicht selten zu Planungs- und Koordinationsproblemen, und zwar im Hinblick auf den optimalen Zeitpunkt zur Übernahme in die AHB-Einrichtung, auf die optimale Ausnutzung der pflegerischen und therapeutischen Ressourcen der AHB-Einrichtung sowie auf die Bedarfsplanung solcher Einrichtungen. Die derzeit gültigen Voraussetzung in bezug auf den Zustand des Patienten beinhalten ein hohes Risiko für "Unterinanspruchnahme" (vgl. Kapitel 3.1 und 3.3 im Teil II). Der Übergang Frührehabilitation-AHB ist rehabilitationsmedizinisch nicht eindeutig zu definieren, sondern muß einzelfallweise entschieden werden, am besten zwischen Akut- und AHB-Klinik, unabhängig von kostenrechtlichen Regelungen.

7.4 Nachsorge

Die Basis für die Nachsorge bilden die Empfehlungen der Reha-Einrichtung.

Die Motivation der Rehabilitanden zur weiteren Nachsorge und zur langfristigen Durchführung verschiedener Therapiestrategien ist meist sehr hoch. Verschlechtert werden kann die Motivationslage durch ungünstige Krankheitsbewältigungsstrategien, durch fehlendes oder unrealistisches Störungsbewußtsein für bestimmte Funktionsdefizite oder Abbau-Tendenzen in den einzelnen Funktionsbereichen.

8. Ausstattung

8.1 Personal

Neurologische Rehabilitation ist, bedingt durch das Vorherrschen spezifischer Einzeltherapien, sehr personalintensiv. Der Personalbedarf wird noch gesteigert durch die schon mehrmals erwähnte Not

wendigkeit häufiger Teamkonferenzen sowie intensiver Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter (vgl. Kap. 12). Zumindest der Leiter jeder therapeutischen Subdisziplin ist für solche Aufgaben partiell oder vollständig von der unmittelbaren Patientenbetreuung freizustellen.

Die nachstehend genannten Anhaltzzahlen verstehen sich als Zahlen pro Planbetten. Die genannten Zahlen schließen keine Stationen für Frührehabilitation ein, da hierfür gesonderte Schlüsselzahlen erarbeitet werden müssen. Einrichtungen, die vorwiegend AHB-Patienten oder auch Patienten aufnehmen, die noch nicht ganz die jetzigen AHB-Kriterien erfüllen, müssen sich von ihrer personellen Ausstattung her eher an den unteren Eckwerten der angegebenen Spannweite orientieren.

In Schwerpunkteinrichtungen der neurologischen Rehabilitation sollten folgende Berufsgruppen vertreten sein:

(1) Ärzte (Anhaltzzahl 1:10 - 1:15)

Die leitenden Ärzte müssen Ärzte für Neurologie (und Psychiatrie) sein, mit besonderen Kenntnissen und Erfahrungen in der neurologischen Rehabilitation. Sie sollten auch sozialmedizinisch, in physikalischer Therapie und/oder Psychotherapie qualifiziert sein. Alle gängigen neurophysiologischen und neuro-radiologischen Methoden müssen von ihnen beherrscht werden. Für größere Einrichtungen wird es zudem sinnvoll sein, zusätzlich Internisten und/oder Orthopäden/ Chirurgen in Oberarztfunktion zu beschäftigen, sofern solche Disziplinen nicht selbständig in anderen Fachabteilungen des Hauses vertreten sind.

In der näheren Umgebung müssen weiterhin folgende Gebietsärzte als Konsiliarier zur Verfügung stehen: Augenarzt, HNO-Arzt, Frauenarzt, Hautarzt, Urologe, Zahnarzt.

(2) Psychologen (Anhaltzahl 1:20 - 1:30)

Die Psychologen sollten in neuropsychologischer Diagnostik und Therapie qualifiziert sein oder sich in einem entsprechenden Weiterbildungsgang befinden. Zusätzlich sollten von ihnen auch psychotherapeutische und übende Verfahren beherrscht werden.

(3) Examierte Pflegekräfte (Anhaltzahl 1:1,5 - 1:2 für Stationen mit Schwerpunkt auf AHB-Patienten, Anhaltzahl 1:2,5 - 1:3,5 für Stationen mit weniger pflegeintensiven Patienten)

Der überwiegende Teil der Pflegekräfte sollte ein großes Krankenpflegeexamen abgelegt haben und im Bereich der neurologischen Rehabilitation Zusatzqualifiziert werden. Zum Teil können auch Kräfte mit abgeschlossenem Altenpflegeexamen eingesetzt werden, da diese im psychosozialen Bereich von ihrer Ausbildung her bereits eine größere Kompetenz mitbringen.

(4) Krankengymnasten (Anhaltzahl 1:9 - 1:12)

Zumindest die leitenden Krankengymnasten müssen eine Ausbildung in den oben genannten Techniken auf neurophysiologischer Grundlage besitzen.

(5) Ergotherapeuten (Anhaltzahl 1:10 - 1:12)

Zumindestens leitende Mitarbeiter im Bereich der Ergotherapie müssen Zusatzqualifikationen in Behandlungstechniken auf neurophysiologischer Grundlage und in neuropsychologischen Verfahren besitzen.

(6) Sprachtherapeuten (Anhaltzahl 1:20 - 1:35)

Als Sprachtherapeuten sind vorwiegend Logopäden und/oder speziell weitergebildete diplomierte Neurolinguisten einzustellen. Das Verhältnis zwischen diesen beiden unterschiedlichen Berufsgruppen sollte ausgewogen sein.

**(7) Masseur/medizinische Bademeister/Elektrotherapeuten
(Anhaltzahl 1:30 - 1:40)**

Masseur sollten möglichst Zusatzqualifikationen in manueller Lymph

drainage besitzen. Wenn sie vorwiegend elektrotherapeutisch tätig sind, sollten sie sich in schmerzlindernden und muskelaktivierenden Elektrotherapie-Verfahren weitergebildet haben.

(8) Sozialarbeiter/Reha-Berater/Sozialpädagogen

(Anhaltzahl 1:40 - 1:60)

Schwerpunkte der Weiterbildung für den sozialarbeiterischen Bereich sind Reha-Beratung (berufliche Reintegration, Schwerbehindertenrecht) und/oder nachgehende Fürsorge. Eine enge Zusammenarbeit mit gemeindenahen Sozialdiensten und Reha-/Berufsberatern bei den einzelnen Kostenträgern ist anzustreben.

(9) Sportlehrer/Gymnastiklehrer (Anhaltzahl 1:50)

Eine Zusatzqualifikation im Bereich Behindertensport ist wichtig.

(10) Berufstherapeuten

In Einrichtungen, die berufliche Reha-Maßnahmen durchführen, sind Berufstherapeuten zu beschäftigen. Voraussetzung für eine Tätigkeit in diesem Bereich ist eine ergotherapeutische Ausbildung mit spezifischer Berufsausbildung oder ein qualifizierter Abschluß im jeweiligen Ausbildungsberuf mit therapeutischer Zusatzqualifikation.

(11) Freizeitherapeuten/kreative Therapeuten

(Anhaltzahl 1:50 - 1:80)

Auch diese Gruppe muß im Umgang mit neurologischen Rehabilitanden speziell geschult sein.

(12) Neurophysiologische Assistenten(innen)

(Anhaltzahl 1:80 -1:120)

Diese Berufsgruppe sollte nach den Richtlinien der deutschen EEG-Gesellschaft qualifiziert weitergebildet sein.

(13) Psychologisch-technische Assistenten(innen)

(Anhaltzahl 1:40 - 1:60)

Für die psychologische Abteilung sind qualifizierte Assistenten(innen) für die praktische Durchführung von Diagnostik- und Trainingsprogrammen zu beschäftigen.

(14) Diätassistentinnen (Anhaltzahl 1:100 - 1:130)

(15) Medizinisch-technische Röntgenassistenten(innen)

(16) Medizinisch-technische Laborassistenten(innen)

(17) Sekretärinnen und Schreibkräfte (Anhaltzahl 1:30 - 1:40)

Weiterhin wäre es wünschenswert, in Zukunft folgende Berufsgruppen in das Team einer neurologischen Rehabilitationseinrichtung zu integrieren: Reha-Ingenieure, Biomedizinische Techniker.

Allen Berufsgruppen müssen sowohl hausintern als auch extern Möglichkeiten zur fachspezifischen Weiter- und Fortbildung gewährt werden (siehe auch Kapitel 13).

8.2 Räumliche und technische Ausstattung

8.2.1 Räumliche Ausstattung

Erfahrungsgemäß fehlt es in fast allen Rehabilitationseinrichtungen an Funktionsräumen für die einzelnen therapeutischen Bereiche. Bei Erweiterungs- und Neubaumaßnahmen sind daher entsprechend großzügige Planungen notwendig.

Für die Krankengymnastik, Ergotherapie, Sprachtherapie und Psychologie/Neuropsychologie müssen Räume zur Einzelbehandlung und zusätzliche Kleingruppenräume vorhanden sein.

Für den Bereich Krankengymnastik sind weiterhin zu fordern: Gymnastikhalle, ausreichend dimensioniertes Bewegungsbad, Räume für medizinische Trainingstherapie und/oder Sporttherapie.

Im Bereich Ergotherapie sind zusätzlich notwendig: "Probewohnung" für alltagsnahes häusliches Training mit zumindest Küche, Bad und Wohn-/Schlafraum, Räume zur Lagerung und ggf. Reparatur von Hilfsmitteln, Räume für Werktherapie.

Im Bereich Psychologie/Neuropsychologie sind zusätzliche Räume für computerunterstütztes neuropsychologisches Training und für Entspannungstraining zur Verfügung zu stellen.

Räume für computerunterstütztes Training sind auch im Bereich Sprachtherapie wichtig.

Im Bereich Massage/Elektrotherapie/medizinische Bäder sind entsprechende Behandlungseinrichtungen vorzusehen. Von verschiedenen Abteilungen gemeinsam genutzt werden können Räume mit audiovisueller Ausstattung zur Aufnahme von Therapiesitzungen o.ä.

Desweiteren sind Räume für das Tätigwerden von Konsiliarärzten vorzuhalten, besonders wenn noch eine größere Zahl der Patienten wenig mobil ist.

Für den Freizeitbereich der Patienten sind entsprechende Aufenthaltsräume notwendig. Zum Standard gehört auch eine Patientenbibliothek.

8.2.2 Technische Ausstattung

8.2.2.1 In der medizinischen Diagnostik: (siehe 2.2.1)

8.2.2.2 Im therapeutischen Bereich

Neben den üblichen Kleingeräten und Materialien in den jeweiligen Therapieabteilungen sollten zumindestens in Schwerpunkteinrichtungen folgende technische Möglichkeiten vorhanden sein:

In der Krankengymnastik: Posturographie-Biofeedback, EMG-Biofeedback, funktionelle Elektrostimulation.

In der Psychologie/Neuropsychologie: PC-unterstützte Diagnostik-Trainingsgeräte, Möglichkeiten für Biofeedback, Elex-Gerät (zum Kompensationstraining visueller Explorations- und Lesestörungen).

In der Ergotherapie: PC's für Diagnostik und Trainingsprogramme. In der Sprachtherapie: PC's für Trainingsprogramme; fakultativ: Sprachsichtgerät, Laryngograph.

8.3 Abgrenzung nach Leistungsstufen

Die aufgeführten Listen für die personelle, räumliche und technische Ausstattung gelten für Schwerpunkteinrichtungen der neurologischen Rehabilitation, die AHB-Maßnahmen durchführen.

Einrichtungen, die sich nur auf die Behandlung eines Krankheitsbildes spezialisiert haben, benötigen keine so umfassende Ausstattung. Allerdings ist keine Behandlung einer neurologischen Krankheit vorstellbar, bei der nicht im therapeutischen Team zumindestens Ärzte, Pflegekräfte, Krankengymnasten, Ergotherapeuten und Psychologen zusammenarbeiten müssen. Falls es sich um Erkrankungen des

Gehirns handelt, müssen auch Sprachtherapeuten im Team integriert sein. Für alle diese Berufsgruppen ist dann auch zumindest eine adäquate räumliche Ausstattung mit Einzeltherapie- und Kleingruppentherapieräumen zu fordern. Auch die zumindest im jeweiligen ambulanten Sektor übliche Ausstattung mit technischen Therapiegeräten und -materialien ist notwendig.

9. Kooperation

9.1 Kooperation in der Klinik

In der neurologischen Rehabilitation stellt die interdisziplinäre Teamarbeit das zentrale intramurale Arbeitskonzept dar. Grundsätzlich gehören zum Team neben dem Therapeuten auch der Patient und seine Angehörigen. Zu den Kennzeichen der interdisziplinären Teamarbeit gehört, daß die Beiträge der verschiedenen Berufsgruppen als grundsätzlich gleichwertig betrachtet werden. Die Organisationsstruktur muß einen möglichst intensiven und kontinuierlichen Informationsaustausch zwischen den Teammitgliedern gewährleisten. Diese Kommunikation setzt voraus, daß die Teammitglieder über ein Basisverständnis der Denk- und Arbeitsweise der anderen Arbeitsbereiche verfügen. Die Teammitglieder sollen durch Hospitation die Möglichkeit erhalten, die anderen Arbeitsbereiche kennenzulernen. Die therapeutischen Mitglieder im Team müssen sich auf ein gemeinsames Rehabilitationskonzept einigen, das als Basis der gemeinsamen Arbeit in schriftlicher Form vorliegen sollte.

Angesichts zahlreicher Interaktionsprobleme zwischen Therapeuten und Patienten einerseits und innerhalb des therapeutischen Teams andererseits sollte eine Reflektion der Arbeit mittels Supervision oder z. B. durch die Teilnahme an Balintgruppen stattfinden. Die interdisziplinäre Teamarbeit setzt klare Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten der Mitglieder voraus. Verschiedene Auffassungen gibt es

darüber, welche Rolle dem Arzt in der neurologischen Rehabilitation zukommt. Gewährleistet werden muß die gesamtärztliche Verantwortung für die neurologische Rehabilitation. Daneben ist der Arzt Koordinator und "Integrator" (siehe auch Kap. 2.2.4, 3.4, 4.1).

9.2 Kooperation mit niedergelassenen Ärzten und weiteren niedergelassenen Therapeuten

Da ein Großteil neurologischer Patienten mit chronischen Störungsbildern von praktischen Ärzten, Allgemeinärzten und Internisten betreut wird, und hier häufig wenig Kenntnisse und Kompetenzen über neurologische Rehabilitation vorliegen, ist eine intensive Kooperation und ein umfassender Austausch anzustreben. Das gleiche gilt auch für die Zusammenarbeit mit nachbehandelnden niedergelassenen Ergotherapeuten, Logopäden, Physiotherapeuten etc. (vgl. Teil II, Kap. 5.3).

9.3 Kooperation mit Betrieben

Der Erfolg der beruflichen Wiedereingliederung hängt davon ab, inwieweit es gelingt, den Betrieb in den Rehabilitationsplan einzubinden. Für diese Kooperation sollte eine ausreichende Anzahl von Reha-Beratern/Sozialarbeitern zur Verfügung stehen. In der Regel sind mehrere Gespräche zwischen dem Reha-Berater und dem Arbeitgeber, dem Arbeitsamt, dem betriebsärztlichen Dienst oder dem Sozialdienst des entsprechenden Betriebes notwendig (vgl. Teil II, Kap. 4.3).

10. Qualitätssicherung

Die mittlerweile große Anzahl von Rehabilitationseinrichtungen im Fachgebiet Neurologie macht es notwendig, daß sowohl im diagnostischen als auch im therapeutischen Bereich Standards entwickelt werden, die von den Kostenträgern als notwendige Voraussetzung für eine Belegung gefordert werden sollten (vgl. Teil II, Kap. 7).

Innerhalb der einzelnen Einrichtungen ist es die Aufgabe der ärztlichen Leitung, dafür zu sorgen, daß die fachlichen Methoden und Behandlungsstandards in die tägliche Arbeit umgesetzt werden. Das interdisziplinäre Team wird ebenfalls durch gegenseitige Anregung und Kontrolle dazu beitragen, die entsprechenden Standards zu halten.

Ebenso werden in den einzelnen Berufsgruppen die in den leitenden Positionen Tätigen dafür Sorge zu tragen haben, daß Neuentwicklungen und deren Umsetzung in die praktische Arbeit vorgenommen werden.

Evaluationsstudien und Prozeßdiagnostik werden Informationen darüber liefern, ob die Standards den Anforderungen der realen Situation entsprechen und ob die erwartete Effizienz erreicht wird.

11. Forschung

Wie in Kapitel 10 ausgeführt, läßt sich Qualitätssicherung nur erreichen, wenn begleitende Forschung in allen entsprechenden Einrichtungen gefördert wird und in Zusammenarbeit mit universitären Institutionen dazu beitragen kann, diagnostische und therapeutische Maßnahmen auf ihre Effektivität hin zu untersuchen und gegebenenfalls zu verbessern.

Dabei sind folgende Überlegungen zu berücksichtigen: Studien zur neurologischen Rehabilitation sollten keine Legitimationsforschungen dergestalt sein, daß versucht wird, global die Wirksamkeit von Reha

bilitation im Hinblick auf die berufliche Wiedereingliederungsrate oder die Lebenszufriedenheit nachzuweisen; vielmehr sollten solche Studien dazu dienen, die in der Praxis verwendeten Methoden auf ihre Stärken und Schwächen hin zu analysieren und systematisch an einer Verbesserung zu arbeiten. Das bedeutet, daß die Forschung Ergebnisse erbringen sollte, die bei der Behandlung von Patienten verwertbar sind und in denen, wenn möglich, auch auf leicht erhältliche Meßinstrumente und therapeutische Verfahren zurückgegriffen wird. Dies erleichtert die Übertragbarkeit in den therapeutischen Alltag. Eindeutige und spezifische Kausalaussagen lassen sich in diesem komplexen Kontext aus methodischen Gründen ohnehin kaum treffen.

Da man davon ausgehen kann, daß theoretisch fundierte und jahrelang erprobte Programme Verbesserungen zumindest bei einem Teil von Patienten bewirken, bietet es sich an, die differentielle Wirksamkeit dieser Programme genauer zu untersuchen. Einige wichtige Fragen in diesem Zusammenhang sind:

- Welche Patienten profitieren von einem bestimmten Programm?
- Was könnte man an dem Programm für diejenigen Patienten verändern, die nicht profitiert haben?
- Was sind gute Prädiktoren für die Wirksamkeit solcher Programme?

Da es nahezu unmöglich ist, den Therapieerfolg in seiner Gesamtheit quantitativ zu bestimmen, bieten sich gezielte "Meßstichproben" an: Hierbei müssen für wichtig gehaltene "Outcome measures" und die durchgeführten Behandlungsmethoden reproduzierbar und operational erfaßt werden. In zumindest teilstandardisierten Fragebögen und Interviews mit Patienten und Bezugspersonen sind die Schwerpunkte des Programms zusätzlich zu evaluieren. Die Auswertung dieser "Meßstichproben" sollte dann (allerdings eingeschränkt auf diesen bestimmten Schwerpunkt) Aufschluß über die genannten Fragen geben

können. Wichtig hierfür ist eine entsprechend standardisierte Dokumentation über den gesamten Rehabilitationsverlauf bei den beteiligten Einrichtungen (siehe auch Kapitel 4).

Ebenso wichtig erscheint es zu betonen, daß die statistischen Methoden den Problemen angepaßt werden sollten, d.h. es sollte weitgehend auf (bei kleinen Stichproben nicht interpretierbare) Ergebnisse von Signifikanztests verzichtet werden. Methodisch aussagefähiger ist es oft, in Form von Einzelfallanalysen Hypothesen über die Wirksamkeit einzelner Verfahren zu gewinnen und wenn möglich an gesammelten größeren Gruppen in einer hauptsächlich deskriptiven und explorativen Vorgehensweise Prädiktoren für Trainingserfolge zu eruieren und erneut zu prüfen. Eine Förderung solcher Forschungsarbeiten sollte zum einen von den Einrichtungen selbst gefordert werden, zum anderen sollten Drittmittel Verwendung finden, wie sie z. B. vom Bundesministerium für Forschung und Technologie oder von der Deutschen Forschungsgemeinschaft über Forschungsanträge angefordert werden können.

Die Praxis zeigt, daß auch Rentenversicherungsträger bereit sind, entsprechende Mittel zur Verfügung zu stellen, wenn die Fragestellungen ausreichenden Praxisbezug aufweisen.

Im Bereich Neuropsychologie fand bisher bereits eine gute Zusammenarbeit zwischen einzelnen Universitäten und Rehabilitationseinrichtungen statt. So wurden z. B. Diplomarbeits- und Dissertationsthemen von den Institutionen vergeben, die inhaltlich sowohl zur Grundlagenforschung als auch zur praktischen Tätigkeit Informationen liefern konnten.

12. Aus-, Fort- und Weiterbildung

Ein für die Qualitätssicherung ebenso wichtiger Punkt wie die Forschung ist die Aus-, Fort- und Weiterbildung. Dabei steht die Beteiligung der Klinik und ihrer Mitarbeiter an der Fort- und Weiterbildung verschiedener Berufsgruppen im Vordergrund.

Von Berufsverbänden entworfene berufsspezifische Curricula sollen gewährleisten, daß die in den Rehabilitationseinrichtungen tätigen Mitarbeiter über einen den Anforderungen entsprechenden Kenntnisstand verfügen und in der Lage sind, diesen in die praktische Arbeit umzusetzen (vgl. auch Teil II, Kap. 6).

13. Öffentlichkeitsarbeit

Der Ausbau von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen und eine sachgerechte Öffentlichkeitsarbeit dienen dazu, daß bereits in der Akut-Klinik durch die dort tätigen Mitarbeiter eine entsprechende Vorbereitung und Motivation der Rehabilitanden auf die bevorstehende Rehabilitationsbehandlung zum Tragen kommen kann und die Patienten mit realistischen Vorstellungen solche Behandlungsmaßnahmen beginnen und daß "die richtigen Patienten" rechtzeitig zur Rehabilitation gelangen.

Neben der Information fachspezifischer Berufsgruppen erscheint aber auch eine allgemeine Information der Bevölkerung als eine wichtige Aufgabe der Öffentlichkeitsarbeit. Zum einen kann dabei eine Bereitschaft von Familienmitgliedern zur Mitarbeit an der Rehabilitation geweckt werden und zum anderen sollte auf diese Weise ein ausreichendes Verständnis für die Situation des Kranken erreicht werden. Schließlich kann Öffentlichkeitsarbeit dazu beitragen, daß auch von seiten der betroffenen Kranken die Forderung nach gezielter Rehabilitation gestellt wird (vgl. Teil II, Kap. 8).

Teil II: Neurologische Rehabilitation:
Problemfelder und Weiterentwicklungsansätze

1. Einleitung: Zuweisungskriterien und Krankheitsgruppen für die neurologische Rehabilitation

Die Neurologie ist eine Wissenschaft von den Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems unterschiedlicher Ursache. Es muß insbesondere darauf hingewiesen werden, daß bei vielen internistischen Erkrankungen auch neurologische Störungen auftreten können. Wenn diese jedoch im Vordergrund der Symptomatik stehen, gehören sie in das Gebiet der Neurologie. Die traumatischen Veränderungen am Rückenmark, am zentralen und peripheren Nervensystem gehören ebenfalls in den neurologischen Fachbereich.

Weiterentwicklungsvorschläge:

Der Indikationskatalog für neurologische Rehabilitation im Bereich der Sozialversicherungsträger ist neu zu gruppieren. Dies könnte sehr zügig und sehr schnell in einem Ad hoc-Ausschuß geschehen. Da es auch Überschneidungen zur Orthopädie gibt, könnte sich dieser Ausschuß aus Neurologen, Internisten und Orthopäden zusammensetzen. Die der Neurologie zuzuordnenden Krankheitsbilder sind mit ihren ICD-Nummern detailliert in Teil I in Kap. 1 "Einleitung - behandelte Krankheitsbilder" aufgelistet.

2. Gestuftes System der Rehabilitation

2.1 Nachsorge und ambulante Rehabilitation

Eine systematische Nachsorge neurologischer Rehabilitationspatienten existiert bislang nicht.

Seit Jahren sind die Defizite der Nachsorge bekannt. Eine qualifizierte Nachsorge müßte im medizinischen und beruflichen Bereich ansetzen.

Die Rehabilitationsberater der Sozialversicherungsträger sollten sich im Sinne des "Case-Managements" noch intensiver um den Einzelfall bemühen können. Die Rehabilitationsberater sollten vor Ort mit mehr Befugnissen ausgestattet sein, um bei den sehr wichtigen Gesprächen mit den Patienten in den Rehabilitationskliniken die beruflichen Wiedereingliederungsmöglichkeiten real abschätzen und begleiten zu können. Der individuelle Rehabilitationsplan für die berufliche Wiedereingliederung sollte möglichst vor Ort adaptiert und möglichst zügig umgesetzt werden. Bei den komplexen Behinderungen sind häufig auch unkonventionelle Nebenabsprachen notwendig, die im Vorfeld konkret geklärt werden müssen.

Außerdem bedürfen Schwerbehinderte, die in das Berufsleben zurückkehren können, einer längerfristigen ambulanten ärztlichen, psychotherapeutischen und/oder neuropsychologischen Betreuung, um den Erfolg der Wiedereingliederung zu stabilisieren oder bei Schwierigkeiten ein Krisen-Management zu ermöglichen.

Wohnortnahe und teilstationäre, oder auch regional bezogene konzertierte ambulante Rehabilitationsmaßnahmen sind besonders wichtig für Versicherte, die längerfristig medizinisch, psychosozial, logopädisch und/oder ergotherapeutisch umfassend gefördert werden müssen. Wie die Nachsorge sich auch immer im Einzelfall gestalten mag, wichtig ist, daß die Sozialversicherungsträger (RV, KV) hierfür die Kosten übernehmen.

Bisher fehlt die ambulante Rehabilitation fast völlig. Auch die Rentenversicherer sollten grundsätzlich die Möglichkeit zur Gewährung ambulanter Rehabilitationsleistungen haben. Allgemein sind in das Netz der ambulanten Rehabilitation einzubeziehen: niedergelas

sene Nervenärzte, niedergelassene (Neuro-)Psychologen, Logopäden, Ergotherapeuten, Krankengymnasten usw.

Wie oben bereits dargestellt, müssen ambulante und stationäre Einrichtungen in einem Verbund zusammenarbeiten.

2.2 Komplementäre Angebote

Das bisherige Spektrum an Behandlungsprogrammen und Institutionen für die Versorgung neurologischer Patienten ist unzureichend. Am deutlichsten, auch in der öffentlichen Diskussion, ist der Mangel an Institutionen zur Frührehabilitation (siehe auch Kap. 3.3).

Für die Nachsorge neurologischer Patienten sind dringend entsprechende Einrichtungen aufzubauen wie Ambulanzen, Tageskliniken, Praxisgemeinschaften nichtärztlicher Therapeuten u.ä. Gerade unter dem Aspekt der "Intervallbehandlung" sind wegen des meist langfristigen Rehabilitationsprozesses stationäre Behandlungen in speziellen, hochqualifizierten Rehabilitationseinrichtungen und Phasen ambulanter Weiterbehandlung und Konsolidierung wechselseitig zu integrieren, sonst muß u. U. mit einem Verlust aufgebauter Funktionen gerechnet werden, die durch das Training in der Spezialeinrichtung verbessert wurden und ohne Weiterbehandlung möglicherweise nicht aufrechterhalten werden können.

Weiterentwicklungsvorschläge:

Für eine umfassende und ausreichende Versorgung an Rehabilitationseinrichtungen für das Fachgebiet Neurologie sind folgende Einrichtungen zu errichten:

- (1) Einrichtungen zur Frührehabilitation (siehe Kap. 3.3)

- (2) **Tageskliniken:** Im Anschluß an die stationäre Rehabilitationsbehandlung bedürfen eine Reihe von Patienten noch einer intensiven Rehabilitation. Für diese Patienten sollten regionale Tageskliniken zur Verfügung stehen. Diese sollten ein breites Spektrum an Rehabilitationsprogrammen zur Verfügung stellen; auch Maßnahmen der vorberuflichen und beruflichen Rehabilitation sollten einbezogen sein.
- (3) **Langzeitpflegeeinrichtungen** für Schwerstbeeinträchtigte und apallische Patienten: Patienten mit schweren dauerhaften Beeinträchtigungen der intellektuellen und/oder motorischen Leistungen sollten langfristig in geeigneten, rehabilitativ arbeitenden Pflegeeinrichtungen betreut werden können. An jedes Rehabilitationszentrum sollte für solche Patienten eine gewisse Anzahl von Betten angegliedert werden. Bei der Einrichtung solcher Abteilungen ist auch auf die besonders starke psycho-physische Belastung des Personals Rücksicht zu nehmen.
- (4) **Übergangszentren:** Eine Reihe von Patienten hat nach der Entlassung aus den stationären Rehabilitationskliniken noch nicht ein Maß an Selbständigkeit erreicht, das es ihnen gestattet, allein oder in der Familie zu leben. Für diese Patienten sind Übergangseinrichtungen notwendig, in denen sie in Wohngruppen leben, Selbständigkeit im Alltag erlernen und, wenn möglich, an einer beruflichen Belastungserprobung teilnehmen können.
- (5) **Therapeutische Wohngemeinschaften:** Eine Reihe von Patienten ist nicht imstande, in die Familie oder in die gewohnte Umgebung zurückzukehren. Diese Patienten leiden oft an erheblichen Verhaltensstörungen oder an neurologischen Problemen, die eine kontinuierliche Betreuung, aber keine Institutionalisierung notwendig machen. Eine Reihe solcher Patienten sind

bisher in psychiatrischen Kliniken untergebracht. Für diese Gruppen sollten stattdessen therapeutische Wohngemeinschaften zur Verfügung stehen.

2.3 Regionalisierung - Wohnortnähe

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe Neurologie halten eine Regionalisierung für die Versorgung neurologischer Rehabilitationspatienten für notwendig.

Weiterentwicklungsvorschläge:

Auf regionaler Ebene sollten stationäre, halbstationäre und ambulante Angebote miteinander vernetzt werden. Dazu ist eine Institution notwendig, die als Koordinator, Informationsvermittler und Ansprechpartner für die Bürger zur Verfügung steht. Diese regionalen Koordinationszentren wären auch die geeigneten Ansprechpartner für Kooperationen mit Sozialversicherungsträgern, Arbeitsverwaltungen, Behindertenverbänden usw.

3. Vorbereitung und Einleitung der Rehabilitation

3.1 Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen

Es kommt praktisch nicht vor, daß Patienten in eine neurologische Rehabilitationsmaßnahme eingewiesen werden, die ihrer nicht bedürfen.

Eine Reihe von Hinweisen sprechen für eine spezifische **Unterinanspruchnahme** im Bereich neurologischer Rehabilitation:

In einer empirischen Untersuchung zur Aufnahme von Patienten mit zerebrovaskulären Erkrankungen in einer neurologischen Schwerpunkt- Rehabilitations-Einrichtung wurde festgestellt, daß mehr Patienten aus Krankenhäusern gehobener Versorgungsstufen (Schwerpunkt-KH, KH der Maximalversorgung) zur AHB eingewiesen werden, als aus Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung, obwohl diese in deutlich größerem Umfang die Akutversorgung von Schlaganfallpatienten durchführen. Der vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung in Auftrag gegebene Forschungsbericht über Umfang von Fehlbelegungen in Akutkrankenhäusern weist in die ähnliche Richtung. Bei anderen neurologischen Erkrankungen (z. B. Hirntumor, Encephalitis, Guillain-Barre'-Syndrom) erfolgt die Primärversorgung meist schon in Krankenhäusern der gehobenen Versorgungsstufe, so daß hier dieses Mißverhältnis zwischen notwendigen und beantragten AHB-Maßnahmen nicht so ausgeprägt sein dürfte.

Nach der klinischen Erfahrung in den Rehabilitationseinrichtungen gibt es zwei Patientengruppen, die nicht in dem notwendigen Umfang einer neurologischen Rehabilitation zugeführt werden, obwohl eine solche Maßnahme indiziert wäre ("Unteranspruchnahme"):

- Bei Patienten mit Schädel-Hirn-Trauma, die sich in ihren neurologischen und/oder psychopathologischen Befunden recht rasch normalisieren, werden von den vorbehandelnden Chirurgen/Neurochirurgen öfters leichtere neuropsychologische Defizite übersehen, die aber die Chancen zur beruflichen und sozialen Eingliederung z.T. erheblich beeinträchtigen. Aus diesem Grunde werden für solche Patienten zu wenig AHB-Maßnahmen eingeleitet.

- Patienten mit akuten neurologischen Erkrankungen, die unter den Bedingungen des Akutkrankenhauses im Sinne der jetzigen AHB-Kriterien nicht frühmobilisiert werden können, werden derzeit noch häufig ohne jegliche rehabilitative Maßnahmen

in eine Pflegeeinrichtung verlegt oder den Angehörigen zur weiteren Pflege nach Hause übergeben. Diese Vorgehensweise rührt daher, daß es derzeit noch viel zu wenig Behandlungsplätze für neurologische Rehabilitationspatienten gibt, die noch in vermehrtem Umfange einer pflegerischen Hilfestellung bedürfen (vgl. auch Kap. 2.2).

Weiterentwicklungsvorschläge:

- (1) Durch entsprechende Fortbildungsveranstaltungen für Klinikärzte sollte das Wissen über Art, Häufigkeit und Konsequenzen neuropsychologischer Störungsbilder nach Schädel-Hirn-Trauma gefördert und vertieft werden.
- (2) Die AHB-Kriterien sind zumindest im Bereich neurologischer Krankheitsbilder neu zu überdenken und anders zu formulieren. Langfristig sollte keinem Patienten nach einer akuten neurologischen Erkrankung eine rehabilitative Behandlung, zumindest probeweise für einen gewissen Zeitraum, verwehrt werden müssen. Parallel zu einer Änderung der AHB-Kriterien müssen dann die neurologischen Rehabilitationseinrichtungen durch entsprechende kostendeckende Pflegesätze in die Lage versetzt werden, ihren Personalschlüssel im pflegerischen und therapeutischen Bereich für die adäquate Behandlung solcher Patienten zu erweitern.
- (3) Für die Schnittstellenproblematik "Frührehabilitation/-AHB-Verfahren" sollten in einem gemeinsamen Ausschuß von KV, RV und Sachverständigen gemeinsame Lösungen erarbeitet werden.
- (4) Die Kooperation mit den Akutkliniken könnte dadurch verbessert werden, daß ein ständiger Konsiliardienst von Rehabilitations-Neurologen angeboten wird.

3.2 Vordiagnostik

Bei Erkrankungen mit Ereignischarakter (z. B. Schlaganfall) wird oft im Akutkrankenhaus noch keine ausreichende ätiologische Diagnostik durchgeführt. Medizinisch-diagnostische Standards, die vor Übernahme in eine Reha-Maßnahme, vor allem in eine AHB-Maßnahme, erfüllt sein müssen, können nur bedingt festgelegt werden, da die Erfüllbarkeit solcher Kriterienkataloge von der Leistungsstufe des Akutkrankenhauses abhängt. Patienten, die in Krankenhäusern der Grund- oder Regelversorgung akut behandelt werden, hätten sonst geringere Chancen, in eine Reha-Maßnahme übernommen zu werden.

Weiterentwicklungsvorschläge:

Die neurologischen Reha-Kliniken sollten daher die Möglichkeit haben, ergänzende ätiologische Abklärungen durchzuführen. Dies gilt insbesondere im AHB-Verfahren.

3.2.1 Befundbogen

Die jetzigen Befundbögen für Reha-Maßnahmen enthalten zu wenig Informationen, die in einer Reha-Einrichtung für die Aufnahmeplanung, die optimale Nutzung der pflegerischen und therapeutischen Ressourcen und für die Abschätzung der Behandlungsdauer notwendig sind. Hierzu fehlen insbesondere Angaben zum funktionellen Status des Patienten in verschiedenen Funktionsbereichen wie z. B. Selbsthilfeleistung, Mobilität, Kommunikationsfähigkeit.

Zur Reduzierung dadurch bedingter Fehleinweisungen wäre es sehr hilfreich, wenn standardisierte Fragebogen-Instrumente zur Verfügung stünden, die den aktuellen, funktionellen Zustand des Patienten in bezug auf Selbständigkeit im Alltag, krankheitsbezogene Probleme am Arbeitsplatz und den bisherigen Krankheitsverlauf abbilden und er

heben. Desweiteren sollte erfaßt werden können, welche Ziele und Erwartungen behandelnder Arzt, Patient und Angehörige mit dem Rehabilitationsaufenthalt verbinden. Damit wäre es für den Arzt, der die Rehabilitationsanmeldung bearbeitet (am besten ein erfahrener Arzt der jeweiligen neurologischen Rehabilitationseinrichtung, an zweiter Stelle ein Gutachter bei den Versicherungsträgern, der aber über umfangreiche Erfahrung aus einer Tätigkeit in einer Rehabilitationseinrichtung verfügen muß), relativ leicht möglich zu beurteilen,

- (1) ob die angegebenen Rehabilitationsziele und -erwartungen realistisch durch eine Rehabilitationsmaßnahme zu erreichen sind,
- (2) welcher Spezialisierungsgrad einer neurologischen Rehabilitationseinrichtung hierfür notwendig ist und
- (3) wie dringlich die Rehabilitationsmaßnahme ist, um bei den heute noch üblichen langen Wartelisten in neurologischen Rehabilitationseinrichtungen eine Dringlichkeitsstufe angeben zu können.

Diese Entscheidungen können aus den heute in den Antragsformularen für medizinische Rehabilitationsmaßnahmen üblichen, kurzen medizinischen Befund- und Diagnoseangaben nicht getroffen werden.

Weiterentwicklungsvorschläge:

- (1) Fragebögen, die den funktionellen Status des Patienten erfassen und bereits von verschiedenen Kliniken und einzelnen RV-Trägern verwendet werden, müssen standardisiert und einheitlich Eingang in alle Anmeldeunterlagen finden. Befundberichte von nicht-ärztlichen Therapeuten sind, sofern diese den Patienten mitbetreuen, wie ärztliche Berichte den Unterlagen beizufügen.

- (2) Seitens der Kostenträger müßte zudem stärkerer Druck auf eine ordnungsgemäße Ausfüllung der AHB-Anträge, ausreichende Übersendung von ärztlichen Unterlagen, einschließlich Röntgen-Bilder, OP-Berichte etc., ausgeübt werden.

3.3 Frührehabilitation

Unter Anwendung der jetzigen AHB-Kriterien der RV-Träger kann derzeit nur bei einer bestimmten Gruppe von neurologisch Behinderten und Kranken ein AHB-Verfahren in die Wege geleitet werden.

Für neurologisch schwer geschädigte Patienten erweisen sich die **AHB-Kriterien** als rehabilitationshinderlich. Frühmobilisierung im Sinne der bis jetzt geltenden AHB-Kriterien kann in den Akutkrankenhäusern aufgrund mangelnder personeller Kapazität im nichtärztlichen, therapeutischen Bereich oft nicht erreicht werden. Die mangelnde Selbständigkeit im Alltag und die hierdurch bedingte Pflegebedürftigkeit sollte deshalb im Bereich der neurologischen Rehabilitation, insbesondere bei der Frührehabilitation, die Einleitung einer rehabilitativen Therapie nicht verhindern. Im Gegenteil sollten die entsprechenden neurologischen Schwerpunkt-Kliniken personell und räumlich in die Lage versetzt werden, solche Patienten vermehrt aufzunehmen. Evtl. muß für dieses Stadium auch ein gesonderter Pflegesatz zugestanden werden. Denn gerade in der Postakutphase und/oder frühen Rehabilitationsphase kann nur von einem Spezialistenteam, wie es üblicherweise nur in einer neurologischen Schwerpunkt-Rehabilitationseinrichtung zu finden ist, einigermaßen zuverlässig beurteilt werden, welche Rehabilitationschancen und -möglichkeiten bei dem betreffenden Patienten bestehen. Für diese Beurteilung muß mindestens eine vierwöchige Behandlung durchgeführt werden können, deren Verlauf mit geeigneten Meßinstrumenten empirisch überprüft und kritisch bewertet wird (siehe Teil I, Kap. 7.2).

Weiterentwicklungsvorschläge:

- (1) Gemeinsame Abstimmung zwischen KV, RV und Sachverständigen über die Schnittstellenproblematik (siehe auch Abschnitt 3.1).
- (2) Schaffung ausreichender Behandlungsplätze für neurologische Frührehabilitation.

3.4 Anschlußheilbehandlung

Wie bereits in Abschnitt 3.3 ausgeführt, können viele Patienten mit neurologischen Akuterkrankungen unter den Bedingungen des Akutkrankenhauses wegen fehlender Mitarbeiter in nicht-ärztlichen therapeutischen Bereichen nicht in den Zustand der Frühmobilisierung im Sinne der jetzt gültigen AHB-Kriterien gebracht werden. Auch eine noch unsichere Prognose in bezug auf die Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit darf keinen Patienten von AHB-Maßnahmen ausschließen, wenn diese rehabilitationsmedizinisch indiziert sind. Vom Grundsatz her sollten bei allen sensomotorischen Defiziten und/oder hirnorganischen Leistungseinschränkungen oder Persönlichkeitsveränderungen so früh wie möglich umfassende rehabilitative Maßnahmen einsetzen.

Weiterentwicklungsvorschläge:

- (1) Für den Bereich der neurologischen Rehabilitation sind die bisherigen AHB-Kriterien neu zu überdenken und rehabilitationsadäquat neu zu formulieren (siehe auch Abschnitt 3.1).
- (2) Bei Patienten mit unsicherer Rehabilitationsprognose sollte zudem von den verlegenden Akutkrankenhäusern eine **"Rückübernahme-Erklärung"** abgegeben werden müssen.

- (3) Zur Schnittstellenproblematik mit Frührehabilitation siehe Kap. 3.3.

4. Stationäre Rehabilitation

4.1 Diagnostik - Funktionsdiagnostik

Der neurologischen Diagnostik vor der Aufnahme kommt bislang im wesentlichen die Aufgabe zu, akutmedizinische Probleme zu erfassen. Daher ist es notwendig, in der Rehabilitationseinrichtung eine funktionelle rehabilitationsspezifische Diagnostik durchzuführen, die im wesentlichen neben den medizinischen Befunden, den funktionellen Zustand, psychische Aspekte auch den sozialen und beruflichen Bereich umfaßt. Im Rahmen einer interdisziplinären Prozeßdiagnostik müssen die wesentlichen, alltagsrelevanten Beeinträchtigungen herausgearbeitet werden, und Behandlungsprogramme und Bewältigungsmechanismen eruiert werden. Dieser diagnostische Prozeß muß den ganzen Rehabilitationsverlauf begleiten. Hierfür gibt es eine Fülle von Methoden zur Funktions- und Leistungsbeurteilung, jedoch noch keine standardisierte Vorgehensweise, die eine Vergleichbarkeit und damit eine operationalisierte Verlaufsbeurteilung zulassen.

Weiterentwicklungsvorschläge:

- (1) Erarbeiten einer standardisierten Vorgehensweise zur Funktions- und Leistungsbeurteilung durch evaluative Forschungsansätze in Zusammenarbeit mit den bestehenden Reha-Einrichtungen. Dabei sollte auch darauf geachtet werden, neben den Methoden auch die organisatorischen Abläufe zur diagnostischen Abstimmung zu evaluieren.

- (2) Für die notwendige, umfassende Eingangsdiagnostik muß ein zeitlicher Rahmen veranschlagt werden, der bis zu 14 Tage in Anspruch nehmen kann.

4.2 Therapie und Therapieplan

Während der stationären Rehabilitation bedarf es einer Aufstellung von Prioritäten bezüglich der Alltagsrelevanz der Beeinträchtigungen und deren Behandlung. Es ist nicht möglich, alle Behinderungen parallel zu behandeln, sondern ein aufeinander aufbauendes System soll dem Patienten helfen, seine Selbständigkeit im Alltag bzw. im Beruf wiederzuerlangen. Für die neurologische Rehabilitation sind lange Zeiträume anzusetzen, stationäre und ambulante Behandlungsphasen sollten sinnvoll aufeinander aufbauen ("Intervallbehandlung"). Reine Wiederholungsbehandlungen sind weniger effektiv und oft umständlich zu verwirklichen. Sie erfordern einen erneuten Antrag des Rehabilitanden und sind an bestimmte Fristen gebunden.

Die Aufstellung eines Gesamt-Rehabilitationsplanes, in dem ambulante und stationäre Phasen von vorne herein vorgesehen sind, werden derzeit u.a. auch durch den Wechsel der Kostenträger im Rahmen des Rehabilitationsablaufes erschwert. Es kommt deshalb nur selten zur Aufstellung eines solchen Planes.

Weiterentwicklungsvorschläge:

- (1) Entwicklung von Konzepten und Indikationskriterien für eine Intervallbehandlung unter Einschluß ambulanter und stationärer Phasen mit Aufstellung eines Gesamt-Rehabilitationsplanes.

Ein solcher optimierter Ablauf ist allerdings nur möglich, wenn die notwendigen komplementären Einrichtungen vorhanden

sind. Dies bedeutet den Ausbau der ambulanten und teilstationären Einrichtungen, Beschreibung der Aufgabenfelder von Tageskliniken und Praxisgemeinschaften nicht-ärztlicher Therapeuten (Logopädie, Ergotherapie, Krankengymnastik, (Neuro-) Psychologie, Sozialarbeit, Berufstherapie) sowie Entwicklung und Erprobung von Konzepten für eine Regionalisierung der Rehabilitation neurologischer Patienten. Dies setzt auch eine Vereinbarung der Kostenübernahme ambulanter und teilstationärer Rehabilitationsleistungen sowie einen adäquaten Informationsaustausch sämtlicher an der Rehabilitation beteiligter Stellen voraus. Letzterer muß von der Akutversorgung über die stationäre Rehabilitationsmaßnahme bis hin zur ambulanten oder teilstationären Weiterbetreuung ausreichend gewährleistet sein.

- (2) Häufig können aufgrund der langen Verläufe eines neurologischen Rehabilitationsprozesses, z. B. nach einer AHB-Maßnahme, noch keine endgültigen Aussagen zur Prognose und zu bleibenden Behinderungen gemacht werden. Da im ambulanten Bereich die Fachkompetenz für neurologische Reha-Strategien noch lange nicht so ausgeprägt und differenziert ist wie in einer Schwerpunktlinik, sollte von dieser Einrichtung auch der langfristige Rehabilitationsverlauf supervidiert und koordiniert werden. Hierfür sind die entsprechenden organisatorischen Bedingungen zu schaffen: z. B. regionalisierte Zuständigkeitsbereiche, Ambulatorien, Kooperativen zwischen klinikinternen und gemeindenahen Sozialdiensten und Sozialversicherungsdienststellen, "Außenbetreuungsteam" an der Klinik, Kontakte zwischen klinikinternen und niedergelassenen Ärzten und nicht-ärztlichen Therapeuten.
- (3) Alle therapeutischen Maßnahmen, die im Rahmen eines ganzheitlichen (interdisziplinären) Ansatzes durchgeführt werden, müssen durch institutionalisierte Besprechungen des therapeu

tischen Teams abgestimmt werden und anhand des Rehabilitationsverlaufes immer wieder neu überdacht werden (Prozeßdiagnostik).

- (4) Da das von den Rentenversichern geforderte Rehabilitationsziel "berufliche Wiedereingliederung" oft nicht erreicht werden kann, bedarf es auch einer intensiveren Zusammenarbeit zwischen Rentenversicherungsträgern und Krankenversicherungen, wie sie im AHB-Verfahren bereits praktiziert wird. Der im SGB V formulierte Grundsatz "Rehabilitation vor Pflege" sollte noch mehr in den Vordergrund gestellt werden.

4.3 Medizinisch-berufliche Rehabilitationsmaßnahmen und berufliche Wiedereingliederung

Berufliche und/oder schulische Aspekte sind als zentrale Bestandteile der Rehabilitation vieler neurologischer Patienten anzusehen. Sie sind integraler Bestandteil von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen. Bis jetzt werden solche Maßnahmen nur in wenigen Rehabilitationskliniken realisiert.

Ein gestuftes System zur Wiedereingliederung hirngeschädigter Patienten in den bisherigen Beruf oder zur Adaptation an ein neues Berufsfeld fehlt weitgehend. Die bestehenden Berufsbildungswerke sind nicht auf die Bedürfnisse einer Institution zur beruflichen Rehabilitation von Hirngeschädigten eingestellt.

Weiterentwicklungsvorschläge:

- (1) Entwicklung entsprechender umfassender medizinisch-beruflicher Rehabilitationskonzepte: Berufliche Belastungserprobungsmaßnahmen sollten in allen neurologischen Reha-Kliniken, die am AHB-Verfahren teilnehmen, realisiert werden können,

sei es in eigenen Werkstätten oder Büros, sei es in externen Einrichtungen. Eine Rehabilitationsberatung durch entsprechend qualifizierte Mitarbeiter gehören zum "Muß" des Behandlungskonzeptes. Neben oder nach den medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen sollte in allen Fällen, in denen eine berufliche Wiedereingliederung zur Diskussion steht, eine individuelle berufliche Überprüfung erfolgen. Minimalforderung ist die Erhebung einer genauen, sehr präzisen Berufs- und Arbeitsbiographie sowie eine Arbeitsplatzanalyse einschließlich ergonomischer Aspekte.

Stehen konkrete berufliche Wiedereingliederungsprobleme an, so ist in neurologischen Rehabilitationskliniken eine sehr enge und sehr frühzeitige Zusammenarbeit mit den Berufshelfern bzw. Rehabilitationsberatern der Rehabilitationsträger in die Wege zu leiten.

- (2) Eine weitere Verbesserung wäre die Schaffung von **Außenbetreuungsteams**" (Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, Berufsberater), die den Patienten in der Wohnung und/oder am Arbeitsplatz weiterbetreuen. Solche Teams sollten an allen neurologischen Schwerpunktkliniken geschaffen werden. Ihnen muß ein regionalisierter Zuständigkeitsbereich zugewiesen werden. Ihre Arbeit müßte über gesonderte Gebührensätze abgerechnet werden können. Diese Vorstellung käme dem im anglo-amerikanischen Raum institutionalisierten Modell eines "Case-Managers" sehr nahe (siehe auch Kap. 4.2).
- (3) Um keine Lücken oder Abbrüche im Rehabilitationsverlauf entstehen zu lassen, muß auf regionalisierter Ebene auch eine enge Zusammenarbeit zwischen der jeweiligen Reha-Klinik, Ar

beitsverwaltungen und Sozialversicherungsträgern angestrebt werden. Solche Gremien sind dringend zu institutionalisieren, um die individuellen Gesamt-Rehabilitationspläne längerfristig koordiniert durchführen zu können.

- (4) Entsprechend der längerfristigen Planung der gesamten rehabilitativen Behandlung, auch im Sinne der "Intervallbehandlung", sollte die Koordination mit den zuständigen Trägern der Nachsorge und den zuständigen Leistungsträgern ebenfalls vom Team der Schwerpunktklinik durchgeführt werden, welche die AHB-Maßnahme durchgeführt hat. Hierfür müßte in den meisten neurologischen Kliniken die Mitarbeiterzahl im nicht-ärztlichen therapeutischen Bereich und in der Sozialarbeit erhöht werden.
- (5) Von Nutzen für die Verbesserung der beruflichen Rehabilitationsrate wäre schließlich die Verlängerung des gesetzlichen Arbeitsplatzschutzes sowie die Einführung von Teilerwerbsfähigkeit.

4.4 Einbeziehung des sozialen Umfeldes

Die Einbeziehung von Bezugspersonen geht in der neurologischen Rehabilitation weit über die reine Beratung hinaus. Angehörige müssen sehr oft aktiv am Rehabilitationsgeschehen teilnehmen. Sie spielen eine wesentliche Rolle bei der Ermittlung und Mobilisierung von weiteren Ressourcen aus dem sozialen Umfeld, welche die Coping-Möglichkeiten des Patienten zu unterstützen in der Lage sind. Sie müssen oft trainiert werden, notwendige pflegerische Hilfestellungen fachgerecht zu erbringen, pathologischen Verhaltensmustern entgegenzuwirken und mit krankheitsbedingten Funktionseinschränkungen und Persönlichkeitsveränderungen umzugehen. Dafür ist es häufig notwendig,

daß Angehörige zu bestimmten Zeiten in engem Kontakt mit den verschiedenen Mitarbeitern der Reha-Klinik stehen können.

Weiterentwicklungsvorschläge:

- (1) Die Sozialversicherungsträger sollten Modelle und Richtlinien entwickeln, wie Angehörige für eine solche intensive Mitarbeit im Reha-Prozeß zu gewinnen und zu entlasten (z. B. finanziell, arbeitsrechtlich) sind.
- (2) In diesem Zusammenhang sei auch noch auf die sozialpolitische Diskussion über die soziale Absicherung von pflegenden Angehörigen hingewiesen.

4.5 Sozialmedizinische Beurteilung

Die sozialmedizinische Beurteilung im Rahmen des Entlassungsberichtes konzentriert sich derzeit bevorzugt auf berufliche Aspekte. Aspekte der sozialen Integration und der persönlichen Lebensqualität werden zu selten berücksichtigt.

Weiterentwicklungsvorschläge:

- (1) Bei der sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Rahmen des Entlassungsberichtes sollten vermehrt neuropsychologische und persönlichkeitsbezogene Aspekte berücksichtigt werden. Die entsprechenden Formulare und die dazugehörigen Erläuterungen sollten die Bedeutung dieser Aspekte für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit neu mitaufnehmen.
- (2) Weiterhin sollten Kriterien erarbeitet werden, über welche die Ergebnisse der prozeßdiagnostischen Funktionsanalyse mit

den beruflichen und sozialen Wiedereingliederungsmöglichkeiten und der persönlichen Lebensqualität in Beziehung gesetzt werden können.

4.6 Personelle Ausstattung

Die bisherige personelle Ausstattung der neurologischen Rehabilitationskliniken ist, gemessen am Qualitätsstandard und im internationalen Vergleich, generell unzureichend. Ein so hoher Bedarf an spezialisierten Mitarbeitern ist kaum in einem anderen Fachbereich der Rehabilitation in ähnlicher Weise vorhanden. Die Mitglieder der Arbeitsgruppe halten einen Mindeststandard an personeller Ausstattung für die Erbringung einer qualitativ ausreichenden Rehabilitation für notwendig. Entsprechende Zahlen sind erarbeitet worden (siehe Teil I, Abschnitt 7.1). Diese sollten von den Sozialversicherungsträgern als Richtlinien übernommen werden. Personalschlüssel, die erheblich von diesen Zahlen abweichen, lassen Zweifel an Qualität und Seriosität der Rehabilitationseinrichtungen aufkommen.

Weiterentwicklungsvorschläge:

Aufstellung von entsprechenden Richtzahlen für die personelle Ausstattung neurologischer Rehabilitationseinrichtungen. Regelmäßige Fortschreibung dieser Richtzahlen entsprechend dem medizinisch-therapeutischen Fortschritt. Regelmäßige Überprüfung der zugelassenen neurologischen Reha-Kliniken anhand dieser Kriterien.

5. Durchführung der Rehabilitation

5.1 Leistungsstufen

Neurologische Rehabilitation sollte prinzipiell in Kliniken durchgeführt werden, die über eine umfassende personelle und strukturelle Ausstattung verfügen, somit die Kriterien einer "Schwerpunktklinik" erfüllen. Diese können sowohl ein breites Spektrum an neurologischen Erkrankungen abdecken, als auch auf die Behandlung nur eines Krankheitsbildes (z. B. Multiple Sklerose, Morbus Parkinson) spezialisiert sein.

5.2 Rehabilitationsdauer - Intervallbehandlung

Neurologische Rehabilitation läßt sich nur schwer mit der Rehabilitation anderer Krankheitsbilder vergleichen. Denn das Hauptproblem besteht darin, daß das wichtigste Organ des Menschen, welches zur Verarbeitung einer Erkrankung und zur Anpassung an die Erkrankung am meisten gefordert ist, selbst durch die Schädigung betroffen ist. Somit wird eine weit über das normale Maß der Rehabilitation anderer Krankheitsbilder hinausgehende Hilfestellung von außen notwendig. Wenn nach 6 Wochen intensiver Rehabilitationsmaßnahmen noch keine wesentliche Verbesserung, z. B. nach einem Schädel-Hirn-Trauma, eingetreten ist, so bedeutet dies nicht, daß langfristig der Behinderte nicht wieder in den Arbeitsprozeß integriert werden kann.

Im Rahmen des AHB-Verfahrens ist es zwingend notwendig, eine individuelle längerfristige Reha-Planung in Zusammenarbeit mit den RV-Trägern zu formulieren. Um die Kontinuität zu wahren, sind Intervallbehandlungen Teil des Reha-Konzeptes. Die Intervallbehandlung darf nicht mit einer Wiederholungsbehandlung organisatorisch gleichgesetzt werden.

Weiterentwicklungsvorschläge:

- (1) Bei Einweisung durch die Rentenversicherung sind vorgegebene, vier- bis sechs-wöchige Aufenthalte in vielen Fällen zu kurz. Insgesamt sollte neben einer längeren, vorher festgelegten Zeit auch eine größere Flexibilität für Verlängerungen in Absprache zwischen Klinik und Versicherungsträger bestehen.
- (2) Institutionalisierung und organisatorische Ausformulierung des Konzeptes einer "Intervallbehandlung". Hierbei bauen stationäre, teilstationäre und ambulante Reha-Maßnahmen schrittweise und im Wechsel aufeinander auf.
- (3) Sozialpolitisch sollte zudem geprüft werden, ob ein längerer Arbeitsplatzschutz für solche Rehabilitanden eingeführt werden kann.
- (4) Auch die Einführung einer Teilerwerbsfähigkeit als Rehabilitationsziel erscheint für viele Patienten zweckmäßig.

5.3 Kooperation

5.3.1 Kooperation mit den Leistungsträgern

Aus der Sicht einer qualifizierten neurologischen Rehabilitation wäre es wünschenswert, wenn seitens der Kostenträger in Zusammenarbeit mit den Rehabilitationskliniken ein System der Qualitätssicherung entwickelt würde. Dieses kann sich nicht in der statistischen Aufzählung von Geräten, Anwendungen und/oder Personal erschöpfen.

Weiterentwicklungsvorschläge:

- (1) Für bestimmte rehabilitative Maßnahmen (z. B. Frührehabilitation, AHB-Maßnahme) sollten gemeinsame Konzepte und Anforderungsprofile definiert werden.
- (2) Um die Rehabilitationsverfahren den individuellen Bedürfnissen und Gegebenheiten eines Patienten anpassen zu können, bedarf es einer noch engeren Zusammenarbeit zwischen Reha-Kliniken und Sozialversicherungsträgern. Flexiblere Vorgehensweisen und Verfahren wie "Intervallbehandlung", "Außenbetreuungsteams", teilstationäre und ambulante Maßnahmen müssen institutionalisiert werden.

5.3.2 Kooperation mit niedergelassenen Ärzten und weiteren nachbehandelnden Therapeuten

Ähnlich wie bei den Krankenhausärzten ist auch hier ein großes Informationsdefizit in Fragen neurologischer Rehabilitation bei den nicht nervenärztlich tätigen Ärzten zu verzeichnen.

Zur Verbesserung der Kooperation gehört der Ausbau entsprechender Fort- und Weiterbildungsangebote über Rehabilitationschancen und -möglichkeiten. Ärzte, die sich weiterqualifizieren, sollten auch die Möglichkeit haben, ambulante Rehabilitationsleistungen abzurechnen. Zu diesen Leistungen gehört auch die Beratung und Anleitung von Angehörigen.

Die verschiedenen Einrichtungen der Rehabilitation vom niedergelassenen Arzt bis zur Institution sollten auf regionaler Ebene eine Kooperation anstreben. Das Modell von Rehabilitationsausschüssen auf lokaler Ebene wäre ein entsprechender Weg. Ein erster Schritt in diese Richtung ist der Austausch von Befunden und Behandlungsbe-

richten zwischen Therapeuten der Institution und den niedergelassenen Therapeuten. Dies verbessert auch die Verlaufsbeurteilung.

5.3.3 Kooperation mit Nachsorgeeinrichtungen

Die jetzige Situation ist durch einen eklatanten Mangel an Nachsorge- und Rehabilitationseinrichtungen gekennzeichnet. Die Anzahl von niedergelassenen Therapeuten ist viel zu gering, als daß man von einer flächendeckenden Betreuung sprechen könnte. Leider ist die Situation so, daß chronisch kranke Schädel-Hirn-Verletzte in Alten- oder Pflegeheimen untergebracht werden. Kooperation mit Nachsorgeeinrichtungen heißt also zunächst Aufbau einer Kette von Nachsorgeeinrichtungen: z. B. Wohneinheiten für Patienten mit Schädel-Hirn-Traumen, Einrichtung von Tageskliniken, Übergangswohnheimen, Einrichtungen mit Wohn- und Arbeitsangeboten. (siehe auch Kapitel "Nachsorge").

In diesen Bereich gehört auch die intensive Förderung von Selbsthilfegruppen und der Aufbau von Selbsthilfeeinrichtungen auf kommunaler Ebene.

6. Aus-, Fort- und Weiterbildung

Rehabilitation stellt für fast alle Berufsgruppen kein besonderes Spezialisierungsfeld im Rahmen der Ausbildung dar. So gibt es weder im ärztlichen noch im pflegerischen Bereich, auch nicht bei den nichtärztlichen Therapeuten entsprechende, durch Curricula festgelegte Zusatzqualifikationen.

Die Tätigkeit in der neurologischen Rehabilitation erfordert auch eine spezielle Weiterbildung für Pflegedienstmitarbeiter. Bisher

besteht kein Weiterbildungsgang für Rehabilitationspflege, auch kein Weiterbildungsgang in spezieller Pflege neurologischer Patienten.

Weiterbildungsvorschläge:

- (1) In den nächsten Jahren sollten systematische Fort- und Weiterbildungsprogramme und entsprechende Institutionen für die Weiterqualifikation aller Mitarbeiter im Bereich neurologischer Rehabilitation errichtet werden. Es bietet sich an, gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen klinikübergreifend in Arbeitsgemeinschaften durchzuführen, um so den Mitarbeitern vieler Kliniken die Möglichkeit zu geben, gemeinsame Standards zu erlernen und diese in den Einrichtungen umzusetzen.
- (2) Die Initiativen von Berufsverbänden, durch spezielle Curricula abgesicherte Fort- und Weiterbildungsgänge im Bereich neurologischer Rehabilitation zu etablieren, sollten intensiv unterstützt werden. Solche Ausbildungen sollten in Zusammenarbeit mit den einzelnen Einrichtungen, z. B. im Rahmen von einjährigen postgraduierten Tätigkeiten, durchgeführt werden und entsprechende Zertifikate sollten nach Abschluß erworben werden können. Ähnliches ist zu fordern für alle anderen therapeutischen Berufsgruppen, ebenso für Ärzte, die neben der neurologischen Weiterbildung auch eine spezifische, auf die Rehabilitation bezogene, Ausbildung erhalten sollten.
- (3) Es sollte eine Zusatzausbildung "Rehabilitationspflege" oder "Pflege neurologischer Patienten" für examiniertes Krankenpflegepersonal geschaffen werden, bei der in einer zweijährigen Weiterbildung eine entsprechende staatlich und tarifrechtlich anerkannte Qualifikation erworben werden kann. Zwischen den Spitzenorganisationen der Krankenpflege, den neurologischen Fachorganisationen und den Leistungsträgern

sollten entsprechende Entwicklungsschritte eingeleitet werden.

- (4) Kosten für Aus-, Fort- und Weiterbildung und externe Supervision der Mitarbeiter müssen pflegesatzrelevant sein. Eine entsprechende Fachbibliothek und die Möglichkeit der Teilnahme an wissenschaftlichen Literaturdiensten sollten vorgehalten werden. Außerdem sollten die arbeitsvertraglichen und tariflichen Bedingungen mehr Möglichkeiten für Höhergruppierung bei entsprechender Weiterqualifikation vorsehen. Für langfristige Qualifizierungsprogramme von Mitarbeitern sollten mit diesen im Einzelfall spezielle Arbeitsverträge abgeschlossen werden können.
- (5) In der Praxis zeigt es sich immer wieder, daß bei niedergelassenen Ärzten bzw. Neurologen und Neurochirurgen in Akut-Kliniken der Wissensstand nicht ausreicht, um Patienten gezielt rechtzeitig entsprechenden Rehabilitationsmaßnahmen zuzuweisen. Auch hier sollten Fort- und Weiterbildungsprogramme einen Beitrag dazu leisten, den Kenntnisstand zu verbessern.
- (6) Ein weiterer Bereich ist die Fort- und Weiterbildung von Therapeuten und Ärzten, die in selbständigen Praxen die Nachsorge bzw. ambulante Behandlung fortführen. Sie sollten durch Fortbildung in die Lage versetzt werden, die in den Rehabilitationseinrichtungen entworfenen Behandlungskonzepte fortzuführen und mit Hilfe von Verlaufsmessungen deren Brauchbarkeit zu überprüfen, um gegebenenfalls therapeutische Alternativen einzusetzen oder eine Wiederaufnahme in stationäre Reha-Behandlungen zu bewirken. Dies ist nur möglich bei einem ausreichenden Kenntnisstand über Rehabilitationsmöglichkeiten bei neurologischen Erkrankungen. Entsprechende Abrechnungs

möglichkeiten mit den Kostenträgern müssen geschaffen werden.

- (7) Die Finanzierung entsprechender Fort- und Weiterbildungsprogramme sollte in Kooperation von Rentenversicherungsträgern und privaten Einrichtungen ermöglicht werden. Sinnvoll erscheint auch die Gründung von Fortbildungsinstituten, die sich durch Teilnahmegebühren selbst tragen.

7. Qualitätssicherung und Forschung

Die Erarbeitung von Qualitätsstandards entsprechend dem in Teil I vorgelegten Rehabilitationskonzept muß zum einen von den Kliniken gemeinsam geleistet werden, zum anderen in Zusammenarbeit von Fachgesellschaften mit universitären Institutionen und Rentenversicherungsträgern.

Einzelne Berufsgruppen haben sich bereits in berufsspezifischen und berufsübergreifenden Fachverbänden organisiert mit dem Ziel, Rehabilitationsinhalte zu koordinieren und berufsspezifische therapeutische und diagnostische Methoden gemeinsam zu erarbeiten. Zu einer Verbesserung der Koordination könnte sicherlich beitragen, wenn auch die Rentenversicherungsträger in den einzelnen Arbeitskreisen und Arbeitsgemeinschaften vertreten wären und dort an einer inhaltlichen Zusammenarbeit teilnähmen.

Weiterentwicklungsvorschläge:

- (1) In Zusammenarbeit mit Fachgesellschaften, Leistungsträgern und Universitäten sollten bessere Meßinstrumente zur Erfassung der prognostisch bedeutsamen Einflußgrößen, zur Verlaufsbeschreibung und zur Qualitätssicherung erarbeitet werden. Bei der Entwicklung dieser Instrumente sollte darauf

geachtet werden, daß sie eine Aussagekraft für den beruflichen und privaten Alltag besitzen und daß die Lebensqualität als Zielgröße berücksichtigt wird.

- (2) Bei der Evaluation von Behandlungskonzepten wird es von entscheidender Bedeutung sein, einzelne therapeutische Methoden auf ihre Effektivität hin zu untersuchen und Rehabilitationsbehandlungen nicht global über Behandlungserfolg oder -mißerfolg in bezug auf eine berufliche Wiedereingliederung zu beurteilen. Ebenso dürften Patientenbefragungen wenig objektive Ergebnisse zur tatsächlichen Effektivität von Behandlungsmethoden beitragen. Solche Befragungen erscheinen nur dann sinnvoll, wenn sie mit objektiven Kriterien in Zusammenhang gebracht werden und auf Übereinstimmungen oder Abweichungen untersucht werden.

- (3) Qualitätssicherungsmaßnahmen oder die Entwicklung neuer rehabilitativer Verfahren sind kostenintensiv. Aus den Pflegesätzen sind diese zusätzlichen Leistungen nicht zu erbringen. Es sollte überlegt werden, ob nicht eine wissenschaftliche Koordinationsstelle eingerichtet wird, die neben der Vergabe von Geldern für Forschungsprojekte, Qualitätssicherung und Anwendung neuer Verfahren in der Rehabilitation auch gleichzeitig die Koordination dieser Projekte vorzunehmen hat. So können koordinierte multizentrische Untersuchungen angeregt werden und in ihren Ergebnissen nicht vergleichbare Mehrfachuntersuchungen in verschiedenen Rehabilitationskliniken vermieden werden. Die Finanzierung sollte durch die Rentenversicherungsträger erfolgen. Um eine fruchtbare Zusammenarbeit zu gewährleisten, sollte ein wissenschaftlicher Beirat ins Leben gerufen werden, der sich vorwiegend aus Mitarbeitern namhafter Rehabilitationseinrichtungen konstituiert.

- (4) Bisher ist die Rehabilitationsforschung stark vernachlässigt worden. Seit kurzem besteht ein einziger Lehrstuhl für neurologische Rehabilitation in Deutschland. In Hinblick auf die Ausbildung von Medizinstudenten wären weitere Lehrstühle für neurologische Rehabilitation wünschenswert. In näherer Zukunft sollte zunächst der Schwerpunkt auf den Ausbau der Forschung an den Rehabilitationskliniken selbst gerichtet werden. Viele Rehabilitationskliniken sind schon jetzt an Fragen der Qualitätskontrolle und Forschung interessiert. Die Rentenversicherer sollten gezielt den Ausbau von Forschung und Qualitätskontrolle in den von ihnen belegten Rehabilitationseinrichtungen fördern. Insbesondere sollten katanestische Studien zur Erfolgskontrolle in Gang gebracht werden.

8. Öffentlichkeitsarbeit

Die notwendige Verbesserung der Öffentlichkeitsarbeit setzt eine deutlich verbesserte Präsenz in allen Medien voraus. Hier sollten von seiten der Rentenversicherungsträger und der Reha-Einrichtungen entsprechende Initiativen gestartet werden, um z. B. mehr Informationen zum Thema neurologische Rehabilitation zu verbreiten.