

Empfehlungen

zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation ist die gemeinsame Repräsentanz aller Verbände der gesetzlichen Krankenversicherung, Unfallversicherung, Rentenversicherung, Kriegsopferfürsorge und Sozialhilfe, der Bundesanstalt für Arbeit, sämtlicher Bundesländer, des Deutschen Gewerkschaftsbundes, der Deutschen Angestelltengewerkschaft, der Bundesvereinigung Deutscher Arbeitgeberverbände sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu dem Zweck, die Maßnahmen der medizinischen, schulischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation zu koordinieren und zu fördern.

ISSN 0933-8462



Weitere BAR-Publikationen

Arbeitshilfen

Arbeitshilfe für die Rehabilitation schädel-hirnverletzter Kinder und Jugendlicher, Heft 1/1993

Arbeitshilfe für die Rehabilitation Koronarkranker, Heft 2/1997

Arbeitshilfe für die Rehabilitation von an Asthma bronchiale erkrankten Kindern und Jugendlichen, Heft 3/1989

Arbeitshilfe für die Rehabilitation von Schlaganfallpatienten, Heft 4/1993

Arbeitshilfe für die Rehabilitation von Rheumakranken, Heft 5/1993

Arbeitshilfe für die Rehabilitation bei älteren Menschen, Heft 6/1995

Arbeitshilfe für die Rehabilitation Krebskranker, Heft 7/1991

Arbeitshilfe für die stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß, Heft 8/1994

Arbeitshilfe für die Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter, Heft 9/1992

Arbeitshilfe für die Rehabilitation von chronisch Nierenkranken, Dialysepflichtigen und Nierentransplantierten, Heft 10/1993

Arbeitshilfe für die Rehabilitation allergischer Atemwegserkrankungen, Heft 11/1995

Arbeitshilfe für die Rehabilitation von Suchtkranken
Alkohol – Drogen – Medikamente, Heft 12/1996

Gemeinsames Rahmenkonzept für die Durchführung stationärer medizinischer Maßnahmen der Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche vom 15. August 1998

Wegweiser – Eingliederung von Behinderten in Arbeit, Beruf und Gesellschaft

Rehabilitation Behinderter – Schädigung – Diagnostik – Therapie – Nachsorge – Wegweiser für Ärzte und weitere Fachkräfte der Rehabilitation

Verzeichnis spezialisierter Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation

Filmverzeichnis – Prävention/Rehabilitation/Integration – Ausgabe 1996

Zusammenstellung von Forschungsvorhaben auf dem Gebiet der Rehabilitation 1993–1997

Rehabilitationswissenschaftler in Deutschland – Ausgabe 1999

Kongreß- und Tagungsberichte

Geschäftsberichte

Herausgeber: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
Walter-Kolb-Straße 9–11, 60594 Frankfurt/Main
Tel. (0 69) 60 50 18-0
– Ausgabe 1999 –
ISSN 0933-8462

***Empfehlungen zur
Neurologischen Rehabilitation
von Patienten mit schweren und
schwersten Hirnschädigungen
in den Phasen B und C***

vom 2. November 1995

Vorwort

In der Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen bestehen in der Phase zwischen der Erstversorgung im Akutkrankenhaus und der umfassenden Therapie in der Rehabilitationsklinik erhebliche Versorgungslücken sowie Koordinierungsbedarf bei den beteiligten Rehabilitationsträgern und in diesem Zusammenhang auch Schnittstellenprobleme.

Voraussetzung für den Aufbau einer bedarfsdeckenden Versorgungsstruktur und die Festlegung der Leistungszuständigkeiten sind einheitliche Definitionen der Patientengruppen und des neurologischen Rehabilitationsprozesses.

Dementsprechend haben die Spitzenverbände der Krankenversicherung, Rentenversicherung und Unfallversicherung unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und Beratung durch ärztliche Sachverständige diese Empfehlungen erarbeitet. Die Zuordnung der Phase B zur Krankenhausbehandlung und der Phase C zur stationären Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung bildet die Grundlage für die Bestimmung der Leistungszuständigkeiten und die Zuweisung der Strukturverantwortung für die Schaffung der erforderlichen Betten. Mit den Empfehlungen wird ein nahtloses Verfahren in der frührehabilitativen Phase der neurologischen Rehabilitation gewährleistet.

In einem weiteren Schritt werden auch für die anderen Phasen der neurologischen Rehabilitation entsprechende trägerübergreifende Empfehlungen erarbeitet.

Vorstand und Geschäftsführer danken allen an der Erarbeitung der Empfehlungen Beteiligten, insbesondere den Mitgliedern der „Arbeitsgruppe Neurologische Rehabilitation“ unter Vorsitz von Herrn Dr. F. Mehrhoff.

Geschäftsführer

B. Steinke

H. Kirsten

Vorbemerkungen

Der Grundsatz der frühzeitigen Einleitung der gebotenen Maßnahmen zur Rehabilitation bedeutet, daß Rehabilitation als Behandlungsauftrag bereits während der Akutbehandlung einsetzen muß. Wenn rehabilitative Bemühungen zu spät einsetzen, sind die Rehabilitationschancen häufig verschlechtert und der Rehabilitationsprozeß wird insgesamt verzögert.

Das Stufenkonzept der Rehabilitation, d. h. die sukzessive Steigerung der Anforderungen an den Patienten, begründet zugleich den Anspruch auf den frühestmöglichen Übergang von der Akutbehandlung in die Rehabilitation. Dies war und ist auch das Anliegen, das die beteiligten Trägergruppen mit dem Begriff Frührehabilitation verfolgt haben. Es hat sich jedoch gezeigt, daß dieser Begriff zu eng ist und dem unterschiedlichen Verlauf bzw. der Krankheitsentwicklung bei neurologischen Patienten nicht gerecht wird. Anstelle des Begriffs Frührehabilitation werden daher in den nachstehenden Empfehlungen für diesen Behandlungsabschnitt die Begriffe Phase B und Phase C verwendet.

Im Bereich der neurologischen Rehabilitation bestehen in der Phase zwischen der Erstversorgung im Akutkrankenhaus und der Behandlung in der Rehabilitationsklinik erhebliche Versorgungslücken*) sowie Koordinierungsbedarf bei den beteiligten Rehabilitationsträgern und in diesem Zusammenhang auch Schnittstellenprobleme.**)

Um für diesen Bereich eigene Rehabilitationskonzepte beschreiben und die Leistungszuständigkeiten festlegen zu können, werden einheitliche Definitionen des neurologischen Rehabilitationsprozesses sowie der Patientengruppen benötigt.

Die Spitzenverbände der Krankenversicherung, Rentenversicherung und Unfallversicherung haben daher auf der Ebene der BAR in Abstimmung mit Ländervertretern, den relevanten medizinischen Fachgesellschaften sowie mit ärztlichen Sachverständigen die nachstehenden Empfehlungen erarbeitet.

Grundlage dieser Empfehlungen bildet die „Phaseneinteilung in der neurologischen Rehabilitation“, die von der Arbeitsgruppe Neurologische Rehabilitation des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger erarbeitet wurde***) und folgende Einteilung trifft:

*) Vgl. auch Vierter Bericht der Bundesregierung über die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation, Ziffer 3.25 – Drucksache 13/9514

**) Im Zuständigkeitsbereich der Unfallversicherung bestehen die genannten Schnittstellenprobleme in diesem Umfang nicht, da sie Leistungsträger für alle Phasen der Behandlung und Rehabilitation ist.

***) Siehe hierzu Grafik, Anlage 1

- A) Akutbehandlungsphase
- B) Behandlungs-/Rehabilitationsphase, in der noch intensivmedizinische Behandlungsmöglichkeiten vorgehalten werden müssen
- C) Behandlungs-/Rehabilitationsphase, in der die Patienten bereits in der Therapie mitarbeiten können, sie aber noch kurativmedizinisch und mit hohem pflegerischen Aufwand betreut werden müssen
- D) Rehabilitationsphase nach Abschluß der Frühmobilisation (Medizinische Rehabilitation im bisherigen Sinne)
- E) Behandlungs-/Rehabilitationsphase nach Abschluß einer intensiven medizinischen Rehabilitation – nachgehende Rehabilitationsleistungen und berufliche Rehabilitation
- F) Behandlungs-/Rehabilitationsphase, in der dauerhaft unterstützende, betreuende und/oder zustandserhaltende Leistungen erforderlich sind.

Angesichts der oben angesprochenen Versorgungslücken haben sich die genannten Spitzenverbände zunächst auf Empfehlungen zur neurologischen Rehabilitation in den Phasen B und C verständigt. Die Empfehlungen werden um Vorgaben zur personellen und sachlichen Ausstattung der Einrichtungen in den Phasen B und C ergänzt.

Im Interesse eines nahtlosen Reha-Verfahrens sollten die Betten für die Phasen B, C und D möglichst in einer Einrichtung oder im unmittelbaren Verbund errichtet werden. Für die Betten der Phase B tragen die Länder, die Krankenversicherung und die Unfallversicherung, für die Betten der Phase C die Rentenversicherung, die Krankenversicherung und die Unfallversicherung die Strukturverantwortung.

Die Empfehlungen sollen die Grundlage bilden für den Aufbau einer bedarfsdeckenden Versorgungsstruktur als Voraussetzung für den rechtzeitigen Übergang aus der Akutbehandlung (Phase A) in die Behandlungs-/Rehabilitationsphasen B und C, auch zur Vermeidung der Fehlbelegung von Betten zur Akutbehandlung.

In einem weiteren Schritt werden auch für die übrigen in der Phaseneinteilung definierten Behandlungsphasen entsprechende Empfehlungen zur Koordinierung des Rehabilitationsverfahrens erarbeitet.

1. Zielgruppen

Die weiteren Ausführungen beziehen sich auf die Behandlung von erwachsenen*) Patienten mit neurologischen Akutereignissen, insbesondere zerebralen Gefäßerkrankungen (v. a. Schlaganfall), Schädigungen durch akuten Sauerstoffmangel (hypoxische Hirnschädigungen, z. B. bei Herz-Kreislauf-Stillstand), traumatischen Ereignissen (Unfallfolgen), entzündlichen Prozessen (z. B. Enzephalitis oder Polyradikulitis) oder Tumorerkrankungen des ZNS, die einer langfristig angelegten, intensiven medizinischen Behandlung/Rehabilitation bedürfen.

Für die daraus resultierenden Fähigkeitsstörungen und damit für die rehabilitativen Aufgaben ist die Ursache der zugrundeliegenden Schädigung weniger entscheidend. Vielmehr unterscheiden sich die neurologischen Ausfallmuster und Funktionsstörungen vor allem nach dem betroffenen Areal und dem Ausmaß der Schädigung.

Die Patienten können unter Lähmungen, Sprachstörungen, Konzentrations-, Aufmerksamkeits-, Wahrnehmungs- und Gedächtnisstörungen bis hin zu psychopathologischen Veränderungen leiden. Das Ziel der neurologischen Rehabilitation bei diesen Patienten ist es, eine größtmögliche physische und psychische Unabhängigkeit zu erzielen und sie weitestgehend ins Alltagsleben und, so weit wie möglich, in das Erwerbsleben wieder einzugliedern.

*) Für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen sind in den Empfehlungen Adaptationen notwendig, die in einem späteren Schritt beschrieben werden.

2. Einteilungsüberlegungen

Ausgehend von vorliegenden Ausarbeitungen sowie von den Stellungnahmen ärztlicher Sachverständiger der Arbeitsgemeinschaft Neurologisch-Neurochirurgische Frührehabilitation der Bundesarbeitsgemeinschaft medizinisch-beruflicher Rehabilitations- Zentren werden im folgenden die Behandlungs-/Rehabilitationsphasen B und C, die sich durch unterschiedliche Schwerpunktsetzungen und Aufgaben praktikabel voneinander abgrenzen lassen, aus rehabilitativer Sicht beschrieben.

Jede Bestimmung von Behandlungs-/Rehabilitationsphasen geschieht anhand mehrerer Kriterien. Da der Verlauf bzw. die Krankheitsentwicklung bei neurologischen Patienten jedoch nicht in allen relevanten Dimensionen gleichsinnig verläuft, wird man nicht in allen Fällen eine eindeutige Zuordnung treffen können und beträchtliche Überschneidungen akzeptieren müssen, bei denen im Einzelfall im Sinne des Patienten entschieden werden sollte.

Die Feststellung des funktionellen Zugewinns ist bislang nicht operationalisiert. Der Zugewinn bzw. die Stagnation sollte möglichst objektiv bzw. intersubjektiv anhand von überprüfbaren Kriterien erfaßt, beschrieben und dokumentiert werden, z. B. mit Hilfe von neurophysiologischen Parametern oder einer geeigneten Beurteilungsskala. Allerdings ist festzustellen, daß derzeit keine Skala existiert, die die funktionellen Aspekte der Patienten in diesen Phasen der Rehabilitation in ihrem ganzen Spektrum erfaßt.

Generell besteht in der Phase B und der Phase C das Problem, daß Patienten mit unterschiedlichen Krankheitsbildern und unterschiedlichen Funktionsstörungen behandelt werden, die von Patient zu Patient in unterschiedlicher Weise kombiniert sind und jeweils einen veränderlichen Schweregrad (von sehr schwer bis leicht) aufweisen. Für die Erfassung von Störungen des Bewußtseins, einer der wichtigsten Funktionen, wurde von der Arbeitsgemeinschaft Neurologisch-Neurochirurgische Frührehabilitation die Koma-Remissions-Skala (KRS) entwickelt. Sie eignet sich prinzipiell, die Patienten in der Phase B in differenzierter Weise hinsichtlich der Bewußtseinsstörungen zu erfassen, Veränderungen zu beschreiben und Verbesserungen bzw. eine Stagnation zu dokumentieren. Sie wird bereits in breitem Umfang erfolgreich eingesetzt.

Auf Grund dieser Situation wird empfohlen, neben der Verwendung der Koma-Remissions-Skala für den Aspekt der Bewußtseinsstörung zunächst die funktionellen Veränderungen (Fortschritt, Stagnation, Verschlechterung) frei formuliert zu beschreiben und im Einzelfall, falls notwendig, mit Video zu dokumentieren. In einer Übergangsphase sollten vorhandene Skalen überprüft und gegebenenfalls angepaßt werden. Wenn dies nicht möglich ist, sollte eine neue Skala speziell für die Phasen B und C zur Erfassung der funktionellen Aspekte entwickelt werden.

Für die Erfassung der Selbständigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens und des Schweregrades der allgemeinen Abhängigkeit gibt es verschiedene Er-

hebungsinstrumente. Derzeit werden eine modifizierte Form der Barthel-Skala*) und der Funktionale Selbstständigkeitsindex (Functional Independence Measure – FIM)**) erprobt. Mit ihrer Hilfe kann der kurativ-medizinische und rehabilitative Pflege- und Betreuungsaufwand für einen Patienten angegeben werden.

Um sicherzustellen, daß die weiterbehandelnden Einrichtungen die relevanten Befunde der zuweisenden Kliniken sowie die Rehabilitationsträger die wesentlichen Informationen für ihre Entscheidungen erhalten, wird die Entwicklung eines einheitlichen Befund- bzw. Dokumentationsbogens empfohlen, mit dessen Hilfe die beteiligten Kliniken in vergleichbarer Weise die entscheidenden Charakteristika des Patienten, seiner Funktionsstörungen und deren Verlauf erheben.

*) Vgl. Der Frühreha-Barthelindex (FRB) eine frührehabilitationsorientierte Erweiterung des Barthelindex, Die Rehabilitation, 1995, Heft 2, Thieme Verlag Stuttgart, New York

***) Vgl. Messung des funktionalen Selbständigkeit in der Rehabilitation mit dem Funktionalen Selbstständigkeitsindex (FIM), Die Rehabilitation 1995, Heft 1, Thieme Verlag Stuttgart, New York

3. Phaseneinteilung

3.1 Phase B – Behandlungs-/Rehabilitationsphase, in der noch intensivmedizinische Behandlungsmöglichkeiten vorgehalten werden müssen

3.1.1 Patienten-Charakteristika (Eingangskriterien)

- bewußtlose bzw. qualitativ oder quantitativ schwer bewußtseinsgestörte Patienten (darunter auch solche mit einem sog. „apallischen Syndrom“) mit schwersten Hirnschädigungen als Folge von Schädelhirntraumen, zerebralen Durchblutungsstörungen, Hirnblutungen, Sauerstoffmangel (insbesondere mit Zustand nach Reanimation), Entzündungen, Tumoren, Vergiftungen, u.a.; neben der Bewußtseinsstörung können weitere schwerste Hirnfunktionsstörungen bestehen
- Patienten mit anderen schweren neurologischen Störungen (z. B. Locked-in, Guillain-Barré, hoher Querschnitt), die noch intensivbehandlungspflichtig sind
- bei den Patienten mit Schädelhirntrauma liegen häufig noch andere Verletzungen vor (polytraumatisierte Patienten)
- primäre Akutversorgung abgeschlossen
- aktuell keine operative Intervention (neurochirurgisch oder allgemein-/unfallchirurgisch, orthopädisch) erforderlich
- keine Sepsis, keine floride Osteomyelitis
- intracranielle Druckverhältnisse stabil
- Herzkreislauf- und Atmungsfunktionen im Liegen stabil
- nicht mehr (kontrolliert) beatmungspflichtig*)
- nicht fähig zur kooperativen Mitarbeit
- vollständig von pflegerischer Hilfe abhängig
- in der Regel Sonden-Ernährung erforderlich
- in der Regel können Ausscheidungsfunktionen nicht kontrolliert werden
- u. U. erhebliche Selbst- und/oder Fremdgefährdung bei Dyskontrollsyndrom, Verwirrheitszuständen oder anderen schweren psychischen Störungen
- bestehende Begleiterkrankungen dürfen eine Mobilisierung nicht verhindern.

*) Ausnahmen hiervon sind möglich bei Patienten, die mental nicht eingeschränkt sind, deren Atemantrieb aber gestört ist. Für diese Patienten müssen Einzelfalllösungen gefunden werden.

3.1.2 Behandlungs-/Rehabilitationsziele

- Besserung des Bewußtseinszustandes und Herstellen der Kommunikations- und Kooperationsfähigkeit
- beginnende Mobilisierung
- Minderung des Ausmaßes von Schädigungen des ZNS und PNS
- Vermeidung sekundärer Komplikationen
- Klärung des Rehabilitationspotentials
- Planung und Einleitung der weiteren Versorgung.

3.1.3 Behandlungs-/Rehabilitationsaufgaben und -leistungen

Kurativmedizinische Aufgaben

- Fortführung der in Phase A begonnenen kurativmedizinischen Maßnahmen (inklusive ggf. erforderlicher intensivmedizinischer Behandlung, außer kontrollierter Beatmung)
 - medizinische Diagnostik der ZNS-/PNS-Schädigungen und ihrer Ursachen sowie der Grund-/Begleiterkrankungen und weiterer Verletzungen (ätiologische und Funktionsdiagnostik)
 - kurativmedizinische Behandlung der neurologischen Schädigung sowie der Grund-/Begleiterkrankungen und weiterer Verletzungen (die Beherrschung lebensbedrohlicher und eventuell bei der Mobilisierung auftretender Komplikationen muß möglich sein)
 - permanente Überwachung des Krankheitsverlaufs, insbesondere Neuro-Monitoring und Intensivpflege
- Einleitung sekundärprophylaktischer Maßnahmen.

Rehabilitationsbezogene Aufgaben

- Funktionsdiagnostik auf der Impairment- und Disability-Ebene*)
- Erfassung der Rückbildungstendenzen bei Funktionsstörungen (rehabilitationspezifische Verlaufsdagnostik)
- aktivierende Pflege und gezielte funktionelle Behandlung

*) Vgl. ICDH International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, Ullstein Mosby Verlag, Berlin/Wiesbaden 1995

- zur Verhinderung von Sekundärschäden im Bereich der Bewegungsorgane
- Förderung von Motorik und Sensorik
- kontrolliert stimulierende Behandlung mit dem Ziel der Kontaktaufnahme über verschiedene sensorische Zugänge, Kommunikations-/Interaktionsbehandlung und Sprachtherapie
- orofaciale Therapie (Kau-, Schluck- und Eßtraining) und Sprechtherapie
- Selbständigkeitstraining (auf basaler Ebene)
- Beratung, Anleitung und Betreuung von Angehörigen
- Klärung der Notwendigkeit und Einleitung von weiterführenden Rehabilitationsleistungen (aufgrund systematischer Verlaufsbeobachtung).

3.1.4 Therapiedichte

- Intensivpflege/-überwachung unter Einschluß von vier bis sechs Stunden Rehabilitationspflege (hier als aktivierende Pflege) täglich
- mehrfach täglich Visite
- Funktionstherapie insgesamt mehrere Stunden am Tag, häufig durch mehrere Therapeuten gleichzeitig.

3.1.5 Behandlungs-/Rehabilitationszeitraum

- in der Regel bis zu sechs Monaten, bei besonderer medizinischer Indikation und Prognose auch länger; wenn bei ungestörtem Therapieverlauf über mindestens acht Wochen kein funktioneller Zugewinn feststellbar ist, ist die Beendigung der Phase B angezeigt. Im begründeten Einzelfall kann die Behandlung auch über einen längeren Zeitraum unter Berücksichtigung der bisherigen Behandlungsdauer fortgesetzt werden. Bei Kindern kann ein wesentlich längerer Zeitraum als acht Wochen erforderlich sein.
- bei Patienten mit unterbrochenen Behandlungszeiträumen (z. B. bei der Wiederaufnahme aus dem Pflegebereich) wird in der Regel von einer achtwöchigen Beobachtungsphase zur Klärung des Rehabilitationspotentials ausgegangen.

3.1.6 Anschließende Behandlungs-/Rehabilitationsphase

- je nach Verlauf entweder Phase C oder zustandserhaltende Dauerpflege (F)
- ggf. Intervallbehandlung, d. h. nach Zwischenaufenthalt zu Hause Wiederaufnahme in Phase B oder C.

3.1.7 Leistungsrechtliche Zuordnung

Die Phase B ist leistungsrechtlich der Krankenhausbehandlung gem. § 39 SGB V bzw. der stationären Behandlung in einem Krankenhaus gem. § 559 RVO zuzuordnen. Die Zuständigkeit der Rehabilitationsträger richtet sich im Einzelfall nach den für sie geltenden gesetzlichen Vorschriften.

3.2 Phase C – Behandlungs-/Rehabilitationsphase, in der die Patienten bereits in der Therapie mitarbeiten können, sie aber noch kurativmedizinisch und mit hohem pflegerischen Aufwand betreut werden müssen

3.2.1 Patienten-Charakteristika (Eingangskriterien)*)

- Patient ist überwiegend bewußtseinsklar, kommt einfachen Aufforderungen nach, seine Handlungsfähigkeit reicht aus, um an mehreren Therapiemaßnahmen täglich von je etwa 30 Minuten Dauer aktiv mitzuarbeiten
- Patient ist kommunikations- und interaktionsfähig (ggf. unter Verwendung von Hilfsmitteln)
- Patient ist teilmobilisiert (z. B. längere Zeit kontinuierlich zwei bis vier Stunden im Rollstuhl verbringend)
- für alltägliche Verrichtungen weitgehend auf pflegerische Hilfe angewiesen
- bedarf keiner intensivmedizinischen Überwachung/Therapie, da praktisch keine Gefahr für lebensbedrohliche Komplikationen mehr besteht (vital-vegetative Stabilität)
- nicht mehr beatmungspflichtig
- bestehende Begleiterkrankungen dürfen eine Mobilisierung nicht verhindern
- keine konkrete Selbst- und Fremdgefährdung (z. B. durch Weglauftendenz, aggressive Durchbrüche) und keine schweren Störungen des Sozialverhaltens. Kleingruppenfähigkeit (drei bis fünf Patienten) muß vorliegen und darf nicht durch schwere Verhaltensstörungen gefährdet werden. Diese sollten nicht nur kurzfristig beeinflussbar sein.

*) Die Eingangskriterien der Phase C stellen gleichzeitig die Ausgangskriterien der Phase B dar. Ergibt sich bei der individuellen Bewertung unter Verwendung von Bewertungsinstrumenten und der Bewertung nach den Eingangskriterien eine Diskrepanz, ist die Bewertung nach den Eingangskriterien maßgebend.

3.2.2 Behandlungs-/Rehabilitationsziele

- Selbständigkeit bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL)
- Wiederherstellung grundlegender Funktionen des Nervensystems: Antrieb, Affekt, Motivation, Orientierung, einfache Aufmerksamkeits- und Gedächtnisleistungen, Kommunikation, sensomotorische und koordinative Funktionen bis hin zur vollen Handlungsfähigkeit
- Klärung des Rehabilitationspotentials und der Langzeitperspektive
- Festlegung eines Langzeit-Therapieplans
- Planung und Einleitung der weiteren Versorgung.

3.2.3 Behandlungs-/Rehabilitationsaufgaben und -leistungen

Kurativmedizinische Aufgaben

- definitive Diagnosestellung und therapeutische Versorgung der Grund- und Begleitkrankheiten, soweit sie bisher noch nicht erfolgt ist und/oder fortgeführt werden muß
- allgemeine und spezielle Pflege (keine Intensivpflege)
- engmaschige Überwachung des Krankheitsverlaufs
- Einleitung sekundärprophylaktischer Maßnahmen.

Rehabilitationsbezogene Aufgaben

- Funktionsdiagnostik auf der Ebene der Impairments, Disabilities und Handicaps, soweit noch nicht erfolgt, sowie eine rehabilitationsspezifische Verlaufsdagnostik
- aktivierende Rehabilitationspflege und gezielte funktionelle Behandlung
 - zur Verhinderung von Sekundärschäden
 - sensorischer und motorischer Funktionsdefizite sowie von koordinativen und autonomen Störungen (Kontinenztraining),
 - orofaciale Therapie (Kau-, Schluck- und Eßtraining) und Sprechtherapie
 - Kommunikations-/Interaktionsbehandlung und Sprachtherapie
 - Selbständigkeitstraining (Antrieb, Affekt, Orientierung, Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Kommunikation etc. bis hin zur vollen Handlungsfähigkeit)
- weitere Förderung der Mobilität (Ziel: Selbständiges Gehen oder selbständige Fortbewegung im Rollstuhl)

- Verordnung und ggf. Anpassung von Hilfsmitteln für den privaten Bereich
- Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung
- Beratung, Anleitung und Betreuung von Angehörigen
- Klärung der Notwendigkeit und Einleitung von weiterführenden Rehabilitationsleistungen auf der Basis einer Rehabilitationsprognose
- ggf. Erstellen einer ersten Rehabilitationsprognose bezüglich der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben.

3.2.4 Therapiedichte

- tägliche ärztliche Visite
- rehabilitationsbezogener Therapie-Aufwand etwa wie in Phase B
- überwiegend Einzeltherapie (allerdings auch in Kleingruppen), ggf. durch Therapeuten verschiedener Disziplinen gleichzeitig oder durch Therapeut und Pflegekraft
- Rehabilitationspflege vier bis fünf Stunden täglich (über 24 Stunden verteilt) unter Einschluß von allgemeiner und spezieller Pflege.

3.2.5 Behandlungs-/Rehabilitationszeitraum

- in der Regel achtwöchige Beobachtungsphase zur Klärung des Rehabilitationspotentials
- bis zu sechs Monaten, bei besonderer medizinischer Indikation und günstiger Prognose auch länger
- Abbruch der Phase C, wenn über mindestens acht Wochen kein funktioneller Zugewinn feststellbar ist. Im begründeten Einzelfall kann die Behandlung auch über einen längeren Zeitraum unter Berücksichtigung der bisherigen Behandlungsdauer fortgesetzt werden. Bei Kindern kann ein wesentlich längerer Zeitraum als acht Wochen erforderlich sein.

Für die Kostenbewilligung gelten die „Empfehlungen zur kriterienbezogenen Dauer der Kostenbewilligung bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen von Patienten mit schweren und schwersten neurologischen Erkrankungen in der Phase C vom 9. November 1998“, s. Anlage 2

*) Die Ausgangskriterien der Phase C stellen gleichzeitig die Eingangskriterien der Phase D dar.

3.2.6 Ausgangskriterien (Patienten-Charakteristiken) der Phase C*)

- Selbständigkeit bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL), insbesondere im Bereich der Selbstversorgung, wie Waschen, Anziehen, Toilettenbenutzung, Essen und Mobilität
- spezielle Pflege-Aufgaben noch erforderlich
- alltags- und berufsrelevante mentale Störungen (insbesondere kognitive Defizite) stehen oft im Vordergrund
- durchgängige Kooperationsfähigkeit und -bereitschaft, Handlungs- und Lernfähigkeit.

3.2.7 Anschließende Behandlung-/Rehabilitationsphase

- je nach Verlauf und weiteren Behandlungserfordernissen entweder Phase D (ggf. in teilstationärer Form), E oder F
- ggf. Intervallbehandlung, d. h. nach Zwischenaufenthalt zu Hause erneut Phase C oder D.

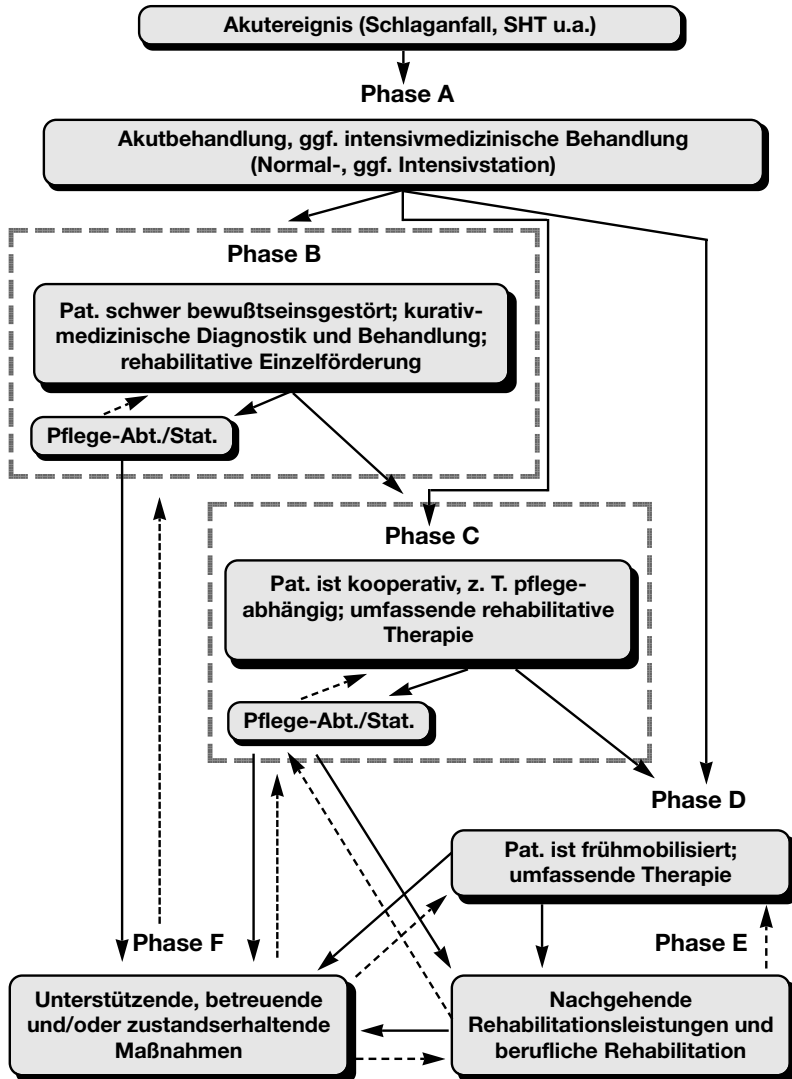
3.2.8 Leistungsrechtliche Zuordnung

Die Phase C ist leistungsrechtlich der stationären Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung gem. §§ 40 Abs. 2 SGB V, 15 SGB VI bzw. § 559 RVO zuzuordnen. Die Zuständigkeit der Rehabilitationsträger richtet sich im Einzelfall nach den für sie geltenden gesetzlichen Vorschriften.

Zu beachten ist der „Anwendungshinweis zur leistungsrechtlichen Zuordnung der Phase C“ und das dazugehörige „Neurologische Reha-Assessment und Hinweise zur Prognoseeinschätzung in der Phase C vom 22. Juni 1998“, s. Anlage 3.

Anlage 1

Flußdiagramm „Behandlungs- und Reha-Phasen in der Neurologie“^{*)}



^{*)} Vgl. Weiterentwicklung der neurologischen Rehabilitation, Deutsche Rentenversicherung 1994, S. 111.

Anlage 2

Empfehlungen zur kriterienbezogenen Dauer der Kostenbewilligung bei stationären neurologischen Rehabilitationsmaßnahmen von Patienten mit schweren und schwersten neurologischen Erkrankungen in der Phase C

vom 9. November 1998

Inhalt:

Vormerkungen

1. Aktuelle Probleme
2. Empfehlungen zur ersten Kostenzusage bei Patienten der Phase C
3. Reihenfolge der einzelnen Phasen der neurologischen Rehabilitation
4. Kriterienbezogene Fallgruppen in der Phase C
 - 4.1 Neurologische Rehabilitation nach Krankenhausbehandlung bis zu 18 Monate nach Akutereignis
 - 4.2 Neurologische Rehabilitation nach mehr als 18 Monate zurückliegendem Akutereignis
 - 4.3 Neurologische Rehabilitation bei chronisch fortschreitenden neurologischen Erkrankungen bei vorhandenem Rehabilitationspotential
5. Behandlungsdauer bei den Fallgruppen
 - 5.1 Neurologische Rehabilitation nach Krankenhausbehandlung bis zu 18 Monate nach Akutereignis
 - 5.2 Neurologische Rehabilitation nach mehr als 18 Monate zurückliegendem Akutereignis oder bei chronisch fortschreitenden neurologischen Erkrankungen
6. Übersicht über die medizinisch notwendige Behandlungsdauer bei den Fallgruppen in der Phase C
7. Beendigung der Phase C
8. Geriatrische Rehabilitation

Vorbemerkungen

Die neurologische Rehabilitation von Patienten der Phase C, aber auch der anderen Phasen, besonders der Phase D, stellt an die durchführende Einrichtung hohe Anforderungen. Eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Erbringung der Rehabilitationsleistungen ist nur in darauf spezialisierten, ausgewiesenen neurologischen Reha-Fachkliniken sichergestellt.

Grundlage der folgenden Ausführungen sind die „Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) vom 02. November 1995.

Nach Ziffer 3.2.5 dieser Empfehlungen (Seite 14) benötigt man in der Phase C folgende Behandlungs-/Rehabilitationszeiten:

- In der Regel 8-wöchige Beobachtungs- und Rehabilitationsphase zur Klärung des Rehabilitationspotentials
- bis zu 6 Monate, bei besonderer medizinischer Indikation und günstiger Prognose auch länger
- Abbruch der Phase C, wenn über mindestens 8 Wochen kein funktioneller Zugewinn feststellbar ist. Im begründeten Einzelfall kann die Behandlung auch über einen längeren Zeitraum unter Berücksichtigung der bisherigen Behandlungsdauer fortgesetzt werden. Bei Kindern kann ein wesentlich längerer Zeitraum als 8 Wochen erforderlich sein.

1. Aktuelle Probleme

Im Bereich der neurologischen Rehabilitation ist es durch die Neufassung der §§ 40 Abs. 3 Satz 1 SGB V und 15 Abs. 3 SGB VI („3-Wochen-Regeldauer“ medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen) zu einer Entwicklung gekommen, die die Qualität der stationären neurologischen Rehabilitation gefährden und in unproduktiver Weise Ressourcen binden kann:

- Die primär auf 3 Wochen beschränkte Kostenzusage impliziert häufig, daß die Entscheidung zur Verlängerung und Formulierung des Verlängerungsantrages bereits zum Ende der ersten Behandlungswoche erfolgen muß. Dies führt zu wenig fundierten Aussagen über Rehabilitationsdiagnosen und Rehabilitationsziele und stellt eine erhebliche Arbeitsbelastung der Klinikärzte, Sachbearbeiter der Krankenkassen und Gutachter beim Medizinischen Dienst dar.
- Es besteht die Gefahr, daß gerade neurologisch schwerkranke Patienten (Phase C), bei denen das Rehabilitationsziel erst erarbeitet werden muß, durch die verkürzte Kostenzusage und die nach einer Behandlungswoche noch unvollständig zu erkennenden Rehabilitationsziele aus dem Rehabilitationsprozeß herausfallen.

2. Empfehlung zur ersten Kostenzusage bei Patienten der Phase C*)

Die erste Kostenzusage sollte bei neurologischen Patienten der Phase C mindestens 4 Wochen betragen.

Denn in der neurologischen Rehabilitation verläuft die Therapie in wichtigen Anteilen in aufeinander aufbauenden Stufen. Im Sinne des Wiedererlernens nach der Hirnschädigung werden zur Verbesserung der Funktionen zunächst basale Funktionen geübt und erst nach befriedigendem Fortschritt höhere Funktionen darauf aufgebaut.

Grundlage für die Festlegung der Rehabilitationsziele und die Abschätzung der Rehabilitationsfähigkeit sowie des Rehabilitationspotentials ist ein umfassendes neurologisches Reha-Assessment**) eines in der neurologischen Rehabilitation erfahrenen Facharztes für Neurologie und Psychiatrie (Zusatzbezeichnung Rehabilitationswesen bzw. Sozialmedizin), das zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt wird. In Anbetracht der Komplexität der Funktionsstörungen nach einer Hirnschädigung (z.B. Sprachstörungen, Gedächtnisstörungen, motorische und sensorische Störungen) benötigt man für dieses Assessment in der Regel bis zu 10 Kalendertage. Ein erforderlicher Verlängerungsantrag über die erste Kostenzusage von vier Wochen hinaus kann daher nicht vor Abschluß der zweiten Behandlungswoche gestellt und begründet werden. Es ist erforderlich, die Entlassung mindestens eine Woche vorher zu planen.

3. Reihenfolge der einzelnen Phasen der neurologischen Rehabilitation

Die Phaseneinteilung (A bis F) basiert auf der Klassifizierung des kurativmedizinischen, pflegerischen und rehabilitativen Aufwands. Ein chronologischer Ablauf wird durch diese Phaseneinteilung nicht vorgegeben. Entsprechend dem Krankheitsverlauf können auch Phasen (z.B. Phase B oder C) übersprungen werden. Der entgegengesetzte Verlauf, z.B. von den Phasen F oder E in Richtung der Phasen D, C, B oder sogar A ist bei fortschreitenden neurologischen Erkrankungen ebenfalls möglich.

4. Kriterienbezogene Fallgruppen in der Phase C

In der Phase C, wie sie in den BAR-Empfehlungen zur neurologischen Rehabilitation definiert ist, werden Patienten ähnlichen kurativmedizinischen, pflegerischen und rehabilitativen Aufwands eingruppiert. Abhängig von der zugrunde liegenden neurologischen Erkrankung und deren Aktualität bzw. Chronizität ist bei diesen Patienten mit unterschiedlichen Verläufen zu rechnen.

*) Vgl. Anlage 3

**) Vgl. Anlage 3

In der Phase C werden Patienten mit u.a. folgenden Krankheitsbildern rehabilitiert:

4.1 Neurologische Rehabilitation nach Krankenhausbehandlung bis zu 18 Monate nach Akutereignis

⇨ wegen eines Akutereignisses, z.B.

- Schädel-Hirn-Trauma
- Schlaganfall
- Hirnblutung
- Hirnentzündung
- Hirnabszeß
- neurochirurgische Behandlung eines Hirntumors
- Guillain-Barré-Syndrom,

⇨ oder wegen einer akuten Verschlechterung einer chronischen Erkrankung, z.B.

- Multiple Sklerose
- chronisch inflammatorische demyelinisierende Polyneuropathie (CIDP)

4.2 Neurologische Rehabilitation nach mehr als 18 Monate zurückliegenden Akutereignis

Die stationäre Rehabilitation dient der Ausschöpfung, ggf. der Überprüfung des Rehabilitationspotentials bei Patienten, die bisher keine adäquate Rehabilitation erhalten haben oder die einer erneuten Rehabilitation bedürfen.

Im Rahmen der in den BAR-Empfehlungen (s. S. 13) aufgeführten Rehabilitations-/Behandlungsziele der Phase C liegen folgende Behandlungsschwerpunkte vor:

- Funktions- und Fähigkeitsstörungen zu bessern,
- eine Behinderung zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten,
- Pflegebedürftigkeit zu beseitigen, zu bessern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten.

4.3 Neurologische Rehabilitation bei chronisch fortschreitenden neurologischen Erkrankungen bei vorhandenem Rehabilitationspotential

(ohne vorausgegangene Krankenhausbehandlung), z.B.

- Multiple Sklerose (mit chronisch progredientem Verlauf)
- Parkinson-Syndrom
- neuro-degenerative Systemerkrankungen
- hirnatrophische Prozesse
- Myopathien.

Im Rahmen der in den BAR-Empfehlungen (s. S. 13) aufgeführten Rehabilitations-/Behandlungsziele der Phase C liegen folgende Behandlungsschwerpunkte vor:

- Funktions- und Fähigkeitsstörungen zu bessern,
- eine Behinderung zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten,
- Pflegebedürftigkeit zu beseitigen, zu bessern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten.

5. Behandlungsdauer bei den Fallgruppen

5.1 Neurologische Rehabilitation nach Krankenhausbehandlung bis zu 18 Monate nach Akutereignis (Ziffer 4.1)

Die Empfehlungen der BAR zur neurologischen Rehabilitation in den Phasen B und C (Ziffer 3.2.5, S. 14) sollten hier uneingeschränkt angewandt werden.

5.2 Neurologische Rehabilitation nach mehr als 18 Monate zurückliegendem Akutereignis (Ziff. 4.2) oder bei chronisch fortschreitenden neurologischen Erkrankungen (Ziff. 4.3)

In diesen Fällen wird in der Regel eine 4-8-wöchige stationäre Rehabilitationsbehandlung ausreichen. Eine länger als 8-wöchige stationäre Behandlung wird nur in seltenen, besonders gelagerten Einzelfällen erforderlich sein. Bei diesen Krankheitsbildern soll die stationäre Rehabilitationsbehandlung beendet werden, wenn bei ungestörtem Therapieverlauf über 2 Wochen kein funktioneller Zugewinn mehr erreicht werden kann. Dabei wird unter „funktionellem Zugewinn“ ein Behandlungsfortschritt bezüglich der verschiedenen individuellen Behandlungsziele der Phase C verstanden.

6. Übersicht über die medizinisch notwendige Behandlungsdauer bei den Fallgruppen in der Phase C*

Phase	Akutereignis		chronisch progrediente Erkrankung
Kurzbeschreibung	Neurologische Rehabilitation nach Krankenhausbehandlung bis zu 18 Monate nach Akutereignis	Neurologische Rehabilitation nach mehr als 18 Monate zurückliegendem Akutereignis	Neurologische Rehabilitation bei chronisch fortschreitenden neurologischen Erkrankungen
Behandlungsdauer	bis zu 6 Monate, bei besonderer medizinischer Indikation und günstiger Prognose auch länger Abbruch, wenn in den letzten 8 Wochen kein funktioneller Zugewinn feststellbar ist	in der Regel 4-8 Wochen** Abbruch, wenn in den letzten 2 Wochen kein funktioneller Zugewinn feststellbar ist	in der Regel 4-8 Wochen Abbruch, wenn in den letzten 2 Wochen kein funktioneller Zugewinn feststellbar ist
Kostenzusage	Erste Kostenzusage: mindestens 4 Wochen	Erste Kostenzusage: mindestens 4 Wochen	Erste Kostenzusage: mindestens 4 Wochen

* Jeweils bezogen auf Rehaleistungen, die von spezialisierten, ausgewiesenen neurologischen Reha-Fachkliniken ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich erbracht werden.

** Falls in den 18 Monaten nach Krankenhausbehandlung keine adäquate Rehabilitation erfolgte, gelten die zeitlichen Vorgaben wie bei neurologischer Rehabilitation bis zu 18 Monate nach Akutereignis (Spalte 1).

7. Beendigung der Phase C

Die Phase C endet, sobald die sie charakterisierenden Voraussetzungen nicht mehr vorliegen. Dies bedeutet insbesondere, daß die Phase C endet, sobald die Voraussetzungen der Phase D oder F erreicht sind.

8. Geriatrische Rehabilitation

Hinsichtlich der geriatrischen Rehabilitation wird auf die Rahmenkonzeption zur Entwicklung der geriatrischen Rehabilitation in der Gesetzlichen Krankenversicherung vom 28. März 1995 verwiesen.

Anlage 3

Anwendungshinweis zur leistungsrechtlichen Zuordnung der Phase C

vom 22. Juni 1998

1. Die Krankenversicherung erteilt der Rehabilitationseinrichtung eine vorläufige Kostenzusage für mindestens 4 Wochen, bis auf der Grundlage des neurologischen Reha-Assessments (s. Anlage) die Leistungsträgerschaft geklärt ist.

Bei Aufnahme der Patienten in die Phase C wird spätestens bis zum 10. Kalendertag nach Aufnahme im Rahmen einer sozialmedizinischen Begutachtung auf der Basis einer funktionalen Analyse ein klinisches neurologisches Reha-Assessment zur Beurteilung der Verlaufsprognose, der Erwerbsprognose, des Reha-Potentials, der Reha-Ziele sowie der Alltags- und Berufskompetenz des Patienten durchgeführt.

Wird hierbei eine positive Erwerbsprognose gestellt, übernimmt die Rentenversicherung bei Vorliegen der übrigen Leistungsvoraussetzungen die Kosten für die Rehabilitationsmaßnahme in der Phase C einschließlich des für das neurologische Reha-Assessment erforderlichen Begutachtungszeitraums.

2. Kann im Rahmen des ersten Reha-Assessments eine positive Erwerbsprognose nicht gestellt werden, übernimmt die Krankenversicherung weiterhin die Kosten entsprechend der Ziffer 3.2.5 der BAR-Empfehlungen*) und den „Empfehlungen zur kriterienbezogenen Dauer der Kostenbewilligung bei stationären neurologischen Rehabilitationsmaßnahmen von Patienten mit schweren und schwersten neurologischen Erkrankungen in der Phase C“**).

In diesen Fällen wird während des Aufenthalts in der Phase C in regelmäßigen, dem Reha-Verlauf angemessenen Zeitabständen (z.B. im Zuge der Verlängerungsanträge) geprüft, ob aufgrund des Verlaufs eine positive Erwerbsprognose gestellt werden kann. Ab dem Zeitpunkt der Feststellung einer positiven Erwerbsprognose werden bei Vorliegen der übrigen Leistungsvoraussetzungen die Kosten für die Rehabilitationsmaßnahme in der Phase C von der Rentenversicherung übernommen.

3. Wird eine positive Erwerbsprognose im Verlauf der Erkrankung negativ, führt dies zu einem Wechsel der Leistungsträgerschaft.

Anlage

*) Vgl. Anlage S. 14

**) Vgl. Anlage 2

**Das neurologische Reha-Assessment
und
Hinweise zur Prognoseeinschätzung in der Phase C**

Inhalt

	Seite
1. Neurologisches Reha-Assessment	27
1.1 Ziele und Aufgaben	27
1.2 Durchführung	28
1.3 Struktur und Inhalte des neurologischen Reha-Assessments	28
2. Untersuchungsverfahren	30
3. Aspekte der prognostischen Beurteilung	31
3.1 Einschätzung der Prognose unter kurativneurologischer Beurteilung des Krankheitsverlaufs	31
3.2 Prognosefaktoren und Outcome-Parameter	32
3.3 Hinweise zur Prognoseeinschätzung	34
4. Neurologische Reha-Assessment-Checklisten A-C	35
5. Aufbau eines neurologischen Reha-Assessment-Befundberichts	43

1. Neurologisches Reha-Assessment

1.1 Ziele und Aufgaben

Das neurologische Reha-Assessment, das zu Beginn jeder Rehabilitationsmaßnahme durchzuführen ist, erfüllt verschiedene Aufgaben. Es dient den

- *Rehabilitationseinrichtungen* als Grundlage der detaillierten inhaltlichen Planung und Durchführung der jeweiligen Rehabilitationsmaßnahme (Klinik-Fallmanagement), ferner u.a. den
- *Leistungsträgern* der Kranken- und Rentenversicherung und ihren ärztlichen Diensten zur Klärung der Zuständigkeit.

Das neurologische Reha-Assessment zielt darauf ab, die körperlichen, mental/kognitiven und psychischen Schädigungen (Funktionsstörungen) und die daraus resultierenden Fähigkeitsstörungen eines Patienten nach oder bei einer in Frage stehenden Affektion des Nervensystems und die Krankheitsverarbeitung¹⁾ des Patienten zu *erfassen* (Befund-/Datenerhebung), die einzelnen Störungen zu *interpretieren* (Konsistenz der Befunde, Beziehung zur zugrundeliegenden Krankheitsursache, Lokalisation etc.) und im anamnestisch-biographischen, sozial- und kurativ-medizinischen Kontext *zusammenfassend* zu bewerten (psychische und soziale Auswirkung).

Dabei sind die Funktions-²⁾ und Fähigkeitsstörungen und die sozialen Auswirkungen insbesondere im Hinblick auf die Leistungsfähigkeit im Alltag und im Erwerbsleben zu berücksichtigen. In der zusammenfassenden Beurteilung ist auf dem Hintergrund der rehabilitationsneurologischen³⁾ Beurteilung, die die sozialmedizinische und akutneurologische Beurteilung einbezieht, ein *Rehabilitationsplan* mit Angabe der kurz-, mittel- und langfristigen Rehabilitationsziele aufzustellen, eine Einschätzung der Rehabilitationsprognose abzugeben und der *Rehabilitationsverlauf* zu dokumentieren.

1) Unter Krankheitsverarbeitung ist der Umgang des Patienten mit der Erkrankung und den Krankheitsfolgen zu verstehen (Krankheitseinsicht; positive oder negative Verarbeitung; z.B. reaktive Depression). Prinzipiell ist auch die Fähigkeit zur Krankheitsverarbeitung zu beurteilen, da sie bei neurologischen Erkrankungen als solche beeinträchtigt sein kann.

2) Die Abgrenzung von Funktionsstörungen (impairments) und Fähigkeitsstörungen (disabilities) ist unscharf. Funktionen sind Leistungen eines Organs (z.B. ist Sprache eine Leistung des Gehirns), Fähigkeiten sind deren Anwendung/Umsetzung in einem alltagsrelevanten Kontext (z.B. sprachliche Kommunikation im Alltag). Verschiedene Funktionen bündeln sich zu einer Fähigkeit. Z.B. sind für die sprachliche Kommunikation verschiedene Funktionen wie Sprache, Sprechen, Hören, Sehen, Erkennen (Gesichtererkennen, Erkennen von kommunikativen Signalen („cues“), Antrieb, Verhaltenskontrolle, etc. zu integrieren.

3) Die Integration akutneurologischer, restitutiver und sozialmedizinischer Aspekte macht den Kern der neurologischen Rehabilitationsmedizin (Rehabilitationsneurologie) aus.

1.2 Durchführung

Das neurologische Reha-Assessment obliegt einem in der neurologischen Rehabilitation mindestens zwei Jahre erfahrenen Facharzt für Neurologie und möglichst Psychiatrie mit Zusatzbezeichnung Sozialmedizin und/oder Rehabilitationswesen. Es wird unter stationären oder ambulant/teilstationären Bedingungen in einer anerkannten neurologischen Rehabilitationseinrichtung durchgeführt. Es kann – insbesondere bei der Erstuntersuchung – einen längeren Zeitraum (bis zu 10 Tagen) in Anspruch nehmen. Das neurologische Reha-Assessment wird innerhalb der ersten Behandlungstage – und falls erforderlich im Verlauf – sowie am Ende einer Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt. Häufig sind zur Leistungsbeurteilung Verhaltensbeobachtungen unter Alltagsbedingungen und unter diagnostisch-therapeutischer Intervention notwendig. Gegebenenfalls ist für eine Einschätzung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben im Verlauf der Rehabilitationsmaßnahme eine Belastungserprobung erforderlich.

1.3 Struktur und Inhalte des neurologischen Reha-Assessments

Das neurologische Reha-Assessment ist ein *strukturiertes Verfahren* unter Ein-schluß der anamnestisch/biographischen Exploration, verschiedener Untersuchungen (klinisch, explorativ, observativ, psychometrisch, apparativ), rehabilitativer Intervention¹⁾ und einer zusammenfassenden interpretativen Bewertung und Beurteilung aller erhobenen Informationen.

Tabelle 1

Ebenen des neurologischen Reha-Assessments

- Anamnese und Exploration
- Untersuchung
- Bewertung/Beurteilung
- Schlußfolgerungen/Reha-Plan

Es wird in verschiedenen Komplexitätsgraden durchgeführt: orientierende klinische Untersuchung, erweiterte klinische Untersuchung, psycho- und physiometrische Untersuchung²⁾, apparative Untersuchung. In der Regel erfolgt beim Erstkontakt im Kontext des anamnestischen Gesprächs eine erste klinische Untersuchung, die alle Funktionsbereiche (körperlich, mental/ kognitiv, psychisch) umfaßt, Funktionsstörungen exploriert und in ihrer Bedeutung für den Patienten im Sinne von alltags- und/oder erwerbsrelevanten Fähigkeitsstörungen ab-

1) Diagnostisch wichtig ist es, zu eruieren, ob der Patient auf eine rehabilitative Intervention anspricht

2) Bei den standardisierten Verfahren ist sicherzustellen, daß die Verfahren zu wiederholten Messungen geeignet sind

schätzt und die Wissensressourcen (Alltagswissen, schulisches, berufliches Wissen) mit einbezieht. Neben den Störungen sind insbesondere die intakten Funktionen und erhaltenen Fähigkeiten herauszustellen. In Abhängigkeit von den jeweiligen Ziel- und Aufgabenstellungen des Assessments (Therapieplanung, Kontrolluntersuchung, Rehabedarfsteststellung, Prognoseeinschätzung, Verlängerungsantrag, Entlassungsbericht) kommen dann weitere psycho- und physiometrische oder apparative Verfahren zur Anwendung (adaptatives, flexibles, zielgeleitetes und patientenorientiertes Vorgehen).

Das neurologische Reha-Assessment enthält je nach Objektbereich der Untersuchung (z.B. Motorik, Sprache, Gedächtnis, Affekt, Persönlichkeit) nicht-standardisierte und standardisierte Verfahren, die qualitativ beschreibende, quantitativ objektivierende sowie verhaltensbeobachtende intersubjektiv definierte (z.B. in Form von Beobachtungsskalen¹⁾) Anteile einschließen.

Die Struktur und die Elemente eines neurologischen Reha-Assessments und eines Reha-Assessment-Befundberichts sind in den Tabellen im Anhang zusammengefaßt. Diese sind jedoch immer den Gegebenheiten des jeweiligen Patienten anzupassen.

Das Leistungsprofil (Funktions- und Fähigkeitsstörungen) muß ganz individuell herausgearbeitet werden. In der Neurologischen Rehabilitation ist dies wegen der Komplexität und der individual-biographischen Ausprägung der psychischen und mental/kognitiven Funktionen von besonderer Bedeutung. Aufzuführen und zu beschreiben sind alle für die Bewältigung des Alltags- und Erwerbslebens wichtigen erhaltenen und gestörten somatischen, mentalen und psychischen Fähigkeiten und Leistungen. Bei der Bewertung sollte der Arzt sich dabei jedoch auf die für die Beurteilung relevanten Einschränkungen konzentrieren und Leistungseinbußen, die von untergeordneter Bedeutung sind, nicht heranziehen. Wegen der Bedeutung des sozialen und beruflichen Umfelds für das Leistungsvermögen sind Informationen zur sozialen und beruflichen Situation des Patienten besonders wichtig (familiäre Situation, Belastungen im sozialen Umfeld, Wohnsituation, Pflege von Angehörigen, soziale Unterstützung, finanzielle Situation, Freizeitverhalten, Berufsausbildung – mit oder ohne Abschluß, Arbeitssituation, derzeitige Tätigkeit mit aktueller Arbeitsplatzbeschreibung, Arbeitsplatzprobleme unter Berücksichtigung der Selbstauskunft am Arbeitsplatz, Erreichen der Arbeitsstelle, Arbeitsunfähigkeitszeiten und deren Ursache während der vergangenen 12 Monate, gegenwärtige Arbeitslosigkeit).

Detailliert soll die Beschreibung des Anforderungsprofils der zuletzt ausgeübten Tätigkeit sein, da sich hieraus in Zusammenschau mit den verbleibenden Fähigkeiten zum einen therapeutische Schwerpunkte in der Rehabilitation ergeben können, sich zum anderen Überlegungen zu evtl. erforderlichen berufsför-

1) Selbst- und Fremdbeurteilungsskalen (Pflegekräfte, Therapeuten, Ärzte, Angehörige) können das Assessment ergänzen.

dernden Maßnahmen, z. B. Arbeitsplatzumsetzung oder Umschulung, ableiten lassen (medizinisch/berufliche Rehabilitation Phase II).

2. Untersuchungsverfahren

Die im Rahmen des neurologischen Reha-Assessments angewandten Untersuchungen umfassen qualitative und quantitative Verfahren. Sie sind z. T. standardisiert, z. T. handelt es sich um strukturierte Verfahren (z. B. neurologische Untersuchung), z. T. werden experimentelle Verfahren aus wissenschaftlichen Untersuchungen angewandt.

Wenn möglich sollten standardisierte, quantifizierende Verfahren angewandt werden, gleichwohl ist bei der Interpretation der Daten zu beachten, daß die standardisierten Testverfahren häufig an gesunden Probanden standardisiert wurden und die Standarduntersuchungsbedingungen bei der Untersuchung von Patienten oft nicht gegeben sind. Ferner ist zu berücksichtigen, daß die psychometrischen Untersuchungsergebnisse auf dem Hintergrund der klinischen Erfahrung immer auf ihre klinische Plausibilität hin überprüft werden sollten, selbst wenn die Verfahren an Patienten standardisiert wurden¹⁾. Beobachtungsskalen, wie z. B. FIM oder Barthelindex, sind zwar in der Lage bestimmte Fähigkeitsstörungen zu erfassen, ersetzen aber keine für die Therapie und Rehabilitationsplanung erforderliche funktionale Analyse.

Bei standardisierten Verfahren ist sicherzustellen, daß die Verfahren zu wiederholten Messungen geeignet sind. Andernfalls sind Verbesserungen nicht von Lern-/Gewöhnungseffekten hinsichtlich des Verfahrens abzugrenzen.

In der Praxis ist das Vorgehen bei der Untersuchung am jeweiligen Patienten orientiert und beginnt mit einer orientierenden klinischen Untersuchung, die erste Hinweise und Hypothesen hinsichtlich der Störungsbereiche gibt. Die einzelnen Störungsbereiche werden dann in einer erweiterten klinischen Untersuchung detailliert und ggf. psycho- bzw. physiometrisch quantifiziert. Unter intrinsisch-rehabilitationsmedizinischen Gesichtspunkten kommt der qualitativen Analyse der Funktionsprozesse, der Art und Weise der Ausführung einzelner Leistungen durch den Patienten und den Lösungsstrategien des Patienten die größte Bedeutung zu, insbesondere im Hinblick auf die rationale Detailplanung der funktionstherapeutischen Maßnahmen.

In jedem Fall sind die Ergebnisse der quantitativen Untersuchungen und die der qualitativen klinischen Untersuchungen zu integrieren: das Ausmaß ihrer Übereinstimmung sollte festgestellt und diskrepante Ergebnisse im besonderen diskutiert werden.

1) Auch die an Patienten standardisierten Verfahren wurden mit dem klinischen Urteil korreliert. So wurde z. B. der Aachener Aphasietest unter Einbeziehung der klinischen Beurteilung der Patienten durch die Untersucher standardisiert.

Tabelle 2

Adaptive Untersuchungsstrategie beim neurologischen Reha-Assessment

- Orientierende klinische Untersuchung (qualitativ)
- Erweiterte klinische Untersuchung (qualitativ)
- Apparative Untersuchung (qualitativ/quantitativ: z.B. Elektroenzephalographie, Kernspintomographie)
- Psycho- und physiometrische Untersuchung (quantitativ)

3. Aspekte der prognostischen Beurteilung

3.1 Einschätzung der Prognose unter kurativneurologischer Beurteilung des Krankheitsverlaufs

Die Notwendigkeit, die Prognose eines Patienten hinsichtlich seiner Leistungsfähigkeit im Alltagsleben und seiner Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben einzuschätzen, ergibt sich sozialrechtlich wegen der unterschiedlichen leistungrechtlichen Zuständigkeit der Rehabilitationsträger.

Bei Erfüllung der übrigen gesetzlichen Voraussetzungen ist im Fall der positiven Erwerbsprognoseeinschätzung die Rentenversicherung, im Fall der nicht positiven Erwerbsprognoseeinschätzung weiter die gesetzliche Krankenversicherung¹⁾ für die Rehabilitationsmaßnahme als Leistungsträger zuständig. Die Zuständigkeit der Unfallversicherung bleibt hiervon unberührt.

In der neurologischen Rehabilitation ist die Prognoseeinschätzung²⁾ bei jedem Patienten eine rehabilitationsmedizinische *Einzelfallbeurteilung* auf komplexer Informationsgrundlage, die die im neurologischen Reha-Assessment gewonnenen Informationen auf dem Hintergrund der kurativmedizinischen Situation integriert und interpretiert.

Die Prognose kann nur von einem Arzt beurteilt werden, der eine mehrjährige rehabilitations- und sozialmedizinische Kompetenz und Erfahrung in der neurologischen Rehabilitation besitzt (siehe Abschnitt 1.2)³⁾. Die Prognoseeinschätzung

1) Die Krankenversicherung erteilt der Rehabilitationseinrichtung eine vorläufige Kostenzusage für mindestens 4 Wochen, bis auf der Grundlage des neurologischen Reha-Assessments die Leistungsträgerschaft geklärt ist. (Siehe: Anwendungshinweis zur leistungrechtlichen Zuordnung der Phase C vom 22. Juni 1998)

2) Es wird hier der Begriff „Prognoseeinschätzung“ gewählt, da zum Ausdruck gebracht werden soll, daß es sich um keine exakte „Berechnung“ der Prognose handelt.

3) Die Kompetenz und Erfahrung muß insbesondere auch in der Phase der Rehabilitation vorliegen, in der sich der zu beurteilende Patient gerade befindet.

setzt immer eine Verlaufsbeobachtung unter rehabilitativer Intervention⁴⁾ und ggf. mehrfache neurologische Reha-Assessments voraus⁵⁾.

Die Grundproblematik, eine individuelle prospektive Prognose aus einer retrospektiven Gruppenprognostik abzuleiten, ist bei schweren Hirnschädigungen im Vergleich zur Prognosestellung bei anderen Organerkrankungen unvergleichlich komplizierter. Die Vorhersage des Outcome wird dadurch kompliziert, daß eine Vielzahl von körperlichen, mental/kognitiven und psychischen Hirnleistungen durch eine Schädigung gestört werden kann und viele Faktoren den Verlauf beeinflussen. Da die Prognose immer auf eine Funktion, eine Leistung, eine Fähigkeit, ein Handicap bezogen ist, gibt es eine Vielzahl von möglichen Rückbildungsergebnissen (Outcome als Zielparameter).

Wegen der extremen Heterogenität der prämorbidien Eigenschaften, Fähigkeiten und Fertigkeiten, der Heterogenität der neurobiologischen Schädigungsvariablen, der medizinischen Behandlungsmaßnahmen, der persönlichen und sozialen Ressourcen (social support) und wegen der unbekannten Interaktion dieser Faktoren gibt es keine einfache rechnerische Zusammenfassung (z. B. Addition von einzelnen Werten).

3.2 Prognosefaktoren und Outcome-Parameter

Aufgrund der klinischen Erfahrung ist bekannt, daß bestimmte Parameter, wie z.B. das Alter oder der Schweregrad einer Hirnschädigung, einen größeren Einfluß auf die Rückbildung haben als andere. Um aber verlässliche Aussagen machen zu können, müssen

1. die verschiedenen Wiederherstellungs-/Rückbildungsergebnisse (Outcome) definiert werden, die vorhergesagt werden sollen (Zielkategorien),
2. die Zeitpunkte nach der Hirnschädigung angegeben werden, zu denen die Prognosefaktoren und der Outcome am besten erfaßt werden
3. und valide Erhebungsverfahren verfügbar sein, welche die Faktoren erfassen, die den Outcome vorhersagen sollen (Prädiktorvariablen).

Grundsätzlich können zwei Klassen von Prognosefaktoren unterschieden werden. *Unveränderliche Faktoren* sind Faktoren, die sich nicht verändern, wie Alter (zum Zeitpunkt der Erkrankung, des Unfalls), Geschlecht, Vorerkrankungen, Ursache und Art der Schädigung, Ausbildungsniveau, prämorbidier sozioökonomischer und beruflicher Status. *Veränderliche Faktoren* spiegeln die Veränderung

4) Reagiert der Patient auf eine bestimmte therapeutische Intervention hin (therapeutisches Ansprechen), ist dies ein Hinweis auf das Vorliegen eines Reha-Potentials und das wichtigste positive Prognosekriterium.

5) Wegen der Instabilität cerebraler Leistungen, die für Funktionsstörungen insbesondere in der Frühphase nach einer Hirnschädigung charakteristisch ist, muß ein Reha-Assessment (ggf. in Teilen) wiederholt durchgeführt werden, da sonst u.U. phasisch (kurzandauernd) intakte Funktionen nicht erkannt werden. Wiederholte Untersuchungen sind andererseits erforderlich, um Leistungsverbesserungen als Indikatoren für einen Reha-Erfolg nachzuweisen.

gen des Funktionszustandes des Gehirns (Rückbildungsdynamik von Funktionsstörungen) und die Auseinandersetzung (Kompensation, Adaptation, Coping) des Patienten und seines sozialen Umfelds (Angehörige, Arbeitgeber, u.a.) mit den Folgen einer Hirnschädigung wider und sind deshalb für eine positive Rehabilitationsprognose von besonderer Bedeutung.

Die veränderlichen Faktoren, die Zustandsänderungen des Patienten, können durch therapeutische Interventionen und fortlaufende Beobachtung und Aufzeichnung der besten und schlechtesten Reaktionen und durch technische Untersuchungen in den verschiedenen Stadien nach einer Hirnschädigung erfaßt werden.

Neben globalen Beobachtungsskalen, die eine Verhaltensbeschreibung ohne Erklärung der funktionellen Genese beinhalten, sind für eine differenzierte Prognosebeurteilung die Ergebnisse von detaillierten *qualitativen* Untersuchungen, die sich an den Funktionsprozessen orientieren, und, wenn möglich, quantitativen Meßverfahren insbesondere für kognitive Funktionen (z.B. Sprache, Sprechen, Aufmerksamkeit, Gedächtnis, etc.) erforderlich, die kontinuierlich sowohl die frühen Phasen der Rückbildung in der Frührehabilitation als auch die späteren Rehabilitationsphasen einschließlich der Wiedereingliederung ins Erwerbsleben abbilden.¹⁾

Zu berücksichtigen ist insgesamt, daß die Prognosestellung *verlaufsabhängig* ist. Die Datenbasis, von der aus die Prognose zu stellen ist, und die Vorhersagekategorien ändern sich mit Verlauf und mit der Dauer der Hirnschädigung und ihrer Folgezustände.

1) Die Instrumente für diese Untersuchungsbereiche müssen in Zukunft weiterhin entwickelt und erprobt werden. Verfahren, die in allen Phasen durchgängig eingesetzt werden können, stehen derzeit nur bedingt zur Verfügung.

Tabelle 3

Für die Prognosestellung wichtige Faktoren	
<u>Äußere Faktoren</u>	<u>Innere Faktoren</u>
– Reha-Management – Bisheriger Rehabilitationsverlauf – Angemessenheit – Gesamtkoordination – Einzelmaßnahmen – Soziale Unterstützung (social support) Angehörige, Arbeitgeber, Gemeinde, Gesellschaft	<i>Unveränderliche Faktoren bei Eintritt der Erkrankung/des Ereignisses</i> – Alter – Geschlecht – Biographische Situation – Ursache der Schädigung, Grunderkrankung ereignishaft oder prozeßhaft, Schwere der Grunderkrankung, Begleiterkrankungen, Art der Schädel-/Hirnverletzungen, extrakranielle Verletzungen, Polytrauma, Dauer des Herz- oder Atemstillstandes, Dauer des Komas, Dauer der Hypoglykämie, Dauer der Hypoxie, Dauer der post-traumatischen Amnesie – Ausbildungsniveau, sozioökonomischer und beruflicher Status <i>Veränderliche Faktoren</i> – Reaktion des Patienten auf rehabilitative Intervention – Dynamik im Rehabilitationsprozeß – Krankheitsverarbeitung, Coping, Adaptation, neuer Lebensentwurf

3.3 Hinweise zur Prognoseeinschätzung

Das langfristige Ergebnis der Rehabilitation ist multifaktoriell bedingt, wobei die Faktoren sich im Verlauf hinsichtlich ihrer Bedeutung verändern. Für eine Prognoseeinschätzung können u.a. die nachstehenden Hinweise dienlich sein.

- Eine Prognosestellung sollte immer zielorientiert erfolgen, d.h. auf einen bestimmten Outcome, ein bestimmtes Ergebnis bezogen sein. Ziel/Outcome kann u.a. die Wiederherstellung einer bestimmten Funktion, Fähigkeit und der Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sein.
- Die Prognoseeinschätzung ist ein kontinuierlicher Prozeß, der der Dynamik des Rehabilitationsprozesses folgt. Die Prognose selbst ist abhängig von der Verlaufsdynamik („Prognose unterwegs“). Treten über längere Zeit keine Verbesserungen auf, ist die Prognose eher als ungünstig einzustufen. Kommt es hingegen innerhalb kurzer Zeit zu großen Fortschritten, ist eher mit einem günstigen Ergebnis, z.B. hinsichtlich der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben zu rechnen. Dieselben Verbesserungen können u.U. nur langsam erreicht wer-

den; die Prognose ist dann gleich gut, aber in einem anderen Zeitraum. *Häufig wird gute Prognose fälschlicherweise mit schneller Zielerreichung gleichgesetzt.* Ist die Dynamik hoch, muß die Prognose ggf. häufiger, ist sie niedrig, weniger häufig überprüft werden.

- Einer der wichtigsten Prognosefaktoren ist die Reaktion des Patienten auf eine rehabilitative Intervention. Reagiert der Patient auf eine geeignete Maßnahme von angemessener Dauer, ist dies als Hinweis auf ein Rehabilitationspotential zu werten (*Ansprechen auf Rehabilitationsmaßnahmen*).
- Der Rehabilitationsprozeß verläuft nicht ausschließlich linear. An eine Plateauphase kann sich eine erneute Phase der Leistungsverbesserung anschließen. Ferner gibt es fluktuierende Verläufe und Phasen von Leistungseinbrüchen und negative Entwicklungen (primär durch den zugrundeliegenden Krankheitsprozeß oder sekundär, z.B. durch eine reaktive Depression bedingt). Bei einem Schlaganfall (einmaliges Ereignis) ändert sich die Prognose, wenn ein zweiter Schlaganfall auftritt; bei einer Multiplen Sklerose (MS) ist die Dynamik des primären Krankheitsgeschehens mit entscheidend (ereignishafte Erkrankung versus prozeßhafte Erkrankung). Mit zunehmender Dauer des Verlaufs ohne positive Veränderung nimmt die Wahrscheinlichkeit einer Besserung oder Wiederherstellung ab.
- Bei der Prognosestellung sollten der *Zeitraum* bis zum Eintritt der vorhergesagten Zustände, bis zum Erreichen der Verbesserung einer Funktion, Fähigkeit, etc. und die *Voraussetzungen* (z.B. durchzuführende Rehabilitationsmaßnahmen) angegeben werden, unter denen die Prognose gestellt wurde. Die Einschätzung der Prognose sollte immer mit dem Hinweis der Bedingungen versehen werden, unter denen sie abgegeben wurde.
- Das langfristige Reha-Ergebnis hängt wesentlich von der Konsequenz ab, mit der die Rehabilitationsplanung durchgeführt und umgesetzt wird (Behandlungsphasenübergreifendes Rehabilitationsmanagement¹⁾).

4. Neurologische Reha-Assessment-Checklisten²⁾ A – C

Die im folgenden aufgeführten Reha-Assessment-Checklisten A bis C erfassen Bereiche, die im Rahmen des Reha-Assessments ausführlich zu berücksichtigen und im Reha-Assessment-Befundbericht gesondert zu dokumentieren sind (vgl. Fußnote 1 auf Seite 43). Die einzelnen Parameter der Checklisten sind nicht erschöpfend oder abschließend.

- 1) Gibt es eine konsequente Reha-Koordination, in der alle kurativ- und rehabilitationsmedizinischen Informationen gesammelt, integriert und die notwendigen Maßnahmen geplant, umgesetzt und kontrolliert werden? Wurde der Patient, der prognostisch zu beurteilen ist, kurativ- und rehabilitationsmedizinisch angemessen behandelt?
- 2) Zu berücksichtigen ist, daß die Checklisten eine Schematisierung der wichtigsten Aspekte darstellen, die einzelnen Funktionen einen unterschiedlichen Komplexitätsgrad aufweisen, eine strikte Hierarchisierung nicht durchgängig möglich ist und daher Überlappungen vorkommen. Die Leerzeilen lassen Raum für Ergänzungen.

Wegen der extremen Heterogenität der prämorbidem Eigenschaften, Fähigkeiten und Fertigkeiten, der Heterogenität der neurobiologischen Schädigungsvariablen, der medizinischen Behandlungsmaßnahmen, der persönlichen und sozialen Ressourcen (social support) und wegen der unbekannten Interaktion dieser Faktoren gibt es keine einfache rechnerische Zusammenfassung (z.B. Addition von einzelnen Werten).

Neurologisches Reha-Assessment-Checkliste A (Funktionsstörungen im Alltag und /oder Beruf)¹⁾

Störung mit Auswirkung auf (1=ja,0=nein)	Alltag	Beruf	Störung mit Auswirkung auf (1=ja,0=nein)	Alltag	Beruf
Körperliche Funktionen			Psychische Funktionen		
<i>vegetative (autonome) Leistungen</i>			<i>Integration der Persönlichkeit /Verhalten</i>		
• Bewußtsein			• Antrieb		
• Wachheit/Schlaf-/Wachrhythmus			• Motivation		
• Steuerung von Herz/Kreislauf			• Emotionalität		
• Atmungssteuerung			• Affekt		
• Neuroendokrine F./Stoffwechsel			• Befinden		
• Temperaturregelung			• Erleben		
• Miktion			• Irritierbarkeit		
• Defäkation			• Aggressivität		
			• Umgang mit „sich selbst“		
			• Selbsteinschätzung und Eigenreflexion		
<i>motorische Leistungen</i>			• Umgang mit anderen, Gruppen- /Teamfähigkeit		
• Regulierung der Muskelkraft					
• der Muskelspannung (Tonus)			Mental/kognitive Funktionen		
• Ausführung einfacher u. komplexer Bewegungen			• Wahrnehmung		
• Sprechen			• Aufmerksamkeit (Konzentration, ..)		
• Kauen, Schlucken, Trinken			• Auffassung		
<i>sensorische/sensible Leistungen</i>			• Gedächtnis (Merk-, Lernfähigkeit, ..)		
• Berührungsempfindung			• Orientierung		
• Lagesinn, Stereognosie			• Wissen (Alltagswissen, berufliches W.)		
• Vibrationsempfinden			• Sprache, Sprechen, Lesen, Schreiben (Sprachproduktion und -verständnis [mündlich, schriftlich])		
• Schmerz			• visuell-räuml. Verarbeitung		
• Temperatur			• visuell-räuml. Vorstellung		
• Sehen			• Umgang mit Zahlen/Rechenfähigkeit		
• Hören			• Planen und Handeln (exekutive F.)		
• Riechen			• Kontroll- und Steuerungsfähigkeit		
• Schmecken			• Problemlösefähigkeit		
<i>Koordination</i>			• Kritik- und Urteilsvermögen		
• Gleichgewicht			•		
• Stehen			•		
• Sitzen			• Flexibilität, Umstellungsfähigkeit, Wendigkeit		
• Transfer			• Ausdauer, „Wille“		
• Gehen			•		
• Greifen			• Psychomotorik		
• Explorationsverhalten			• Informationsverarbeitungs- geschwindigkeit		
• Objektmanipulation			• Reaktionsgeschwindigkeit		
• Fertigkeiten im Alltag/Beruf (z. B. automatisierter Objektgebrauch [Schreibmaschinenschreiben, ...])					

¹⁾ Die einzelnen Punkte sind in den einzelnen Phasen der neurologischen Rehabilitation unterschiedlich relevant.

Neurologisches Reha-Assessment-Checkliste B
(Fähigkeitsstörungen im Alltag, Alltagskompetenz)

Mobilität und Orientierung	
• Drehen-im-Bett, Aufrichten, Aufstehen, Hinsetzen, Gehen, Treppensteigen, Transfer, Aufzugsbenutzung, Zu-Bett-Gehen	
• Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel	
• Autofahren (Führerschein)	
• Fahrradfahren	
• Orientierung auf Wohnungsebene	
• Orientierung in unmittelbarer Wohnungsumgebung/Nachbarschaft (Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung)	
• Orientierung auf Ortsebene	
• Orientierung auf Landesebene	
Selbstorganisation und Selbstversorgung	
• Körperpflege/ Hygiene (Waschen, Baden/Duschen, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren, Schminken, u.a.)	
• Toilettenbenutzung (Miktion, Defäkation)	
• Aus-/Anziehen/oben /unten, Umgang mit Kleidung	
• Ernährung: Kochen, mundgerechtes Zubereiten oder Aufnahme der Nahrung	
•	
• Haushaltsführung/Hausarbeiten (Kochen, Einkaufen, Abwaschen, Säubern, Wäschewechseln, Wäschewaschen, Bügeln, Heizen, u.a.)	
• (Haushalts-) Gerätebenutzung	
• Einkaufen (Lebensmittel, Kleider, u.a.)	
• Umgang mit Geld	
• Kontrollfähigkeit	
• Einsichts- und Verantwortungsfähigkeit	
• Erledigung der laufenden Geschäfte (Post, Bank, Behörden, u.a.)	
• Geschäftsfähigkeit	
Sozialkontakte	
• Kontaktfähigkeit	
• Kritik- und Frustrationstoleranz	
• Interaktion mit der Umwelt	
• Kommunikation (mündlich, schriftlich)	
• Telefonbenutzung	
• Freizeitverhalten	
• u. a.	

Neurologisches Reha-Assessment-Checkliste C: Funktionen und Fähigkeiten im Erwerbsleben (Vergleich des posit./negat. Leistungsprofils und des Anforderungsprofils in der individuellen Erwerbstätigkeit) ¹		
	(posit./negat. Leistungsprofil des Patienten)	individuelle Berufs-/Tätigkeitsanforderungen/ (berufliches Anforderungs-profil)
Körperliche Funktionen		
<i>vegetative (autonome) Leistungen</i>		
• Bewußtsein		
• Wachheit/Schlaf/Wachrhythmus		
<i>motorische Leistungen</i>		
• Regulierung der Muskelkraft		
• der Muskelspannung (Tonus)		
• Ausführung einfacher u. komplexer Bewegungen		
• Sprechen		
• Kauen, Schlucken, Trinken		
<i>sensorische/sensible Leistungen</i>		
• Berührungsempfindung		
• Lagesinn, Stereognosie		
• Vibrationsempfinden		
• Schmerz		
• Temperatur		
• Sehen		
• Hören		
• Riechen		
• Schmecken		
<i>Koordinative Leistungen unterschiedlichen Komplexitätsgrades</i>		
• Gleichgewicht		
• Stehen		
• Sitzen		
• Transfer		

¹ Die neurokognitiven Anteile sind etwas breiter dargestellt.

Fortsetzung: Neurologisches Reha-Assessment-Checkliste C: Funktionen und Fähigkeiten im Erwerbsleben (Vergleich des posit./negat. Leistungsprofils und des Anforderungsprofils in der individuellen Erwerbstätigkeit) ¹		
	(posit./negat. Leistungsprofil des Patienten)	individuelle Berufs-/Tätigkeitsanforderungen/ (berufliches Anforderungs-profil)
• Gehen		
• Greifen		
• Objektmanipulation		
• Explorationsverhalten		
Psychische Funktionen		
Integration der Persönlichkeit /Verhalten		
• Antrieb		
• Motivation		
• Emotionalität		
• Affekt		
• Befinden		
• Erleben		
• Irritierbarkeit		
• Aggressivität		
• Selbsteinschätzung und Eigenreflexion		
Mental/kognitive Funktionen		
• Wahrnehmung		
• Aufmerksamkeit (Konzentration, ..)		
• Auffassung		
• Gedächtnis (Merk-, Lernfähigkeit, ..)		
• Orientierung		
• Wissen (Alltagswissen, berufliches W.)		

¹ Die neurokognitiven Anteile sind etwas breiter dargestellt.

Fortsetzung: Neurologisches Reha-Assessment-Checkliste C: Funktionen und Fähigkeiten im Erwerbsleben (Vergleich des posit./negat. Leistungsprofils und des Anforderungsprofils in der individuellen Erwerbstätigkeit)¹		
	<i>(posit./negat. Leistungsprofil des Patienten)</i>	<i>individuelle Berufs-/Tätigkeitsanforderungen/ (berufliches Anforderungsprofil)</i>
• visuell-räuml. Vorstellung		
• Umgang mit Zahlen/Rechenfähigkeit		
• Planen und Handeln (exekutive F.)		
• Kontroll- und Steuerungsfähigkeit		
• Problemlösefähigkeit		
• Kritik- und Urteilsvermögen		
• Flexibilität, Umstellungsfähigkeit, Wendigkeit		
• Ausdauer, „Wille“		
• Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit		
• Reaktionsgeschwindigkeit		
•		

¹ Die neurokognitiven Anteile sind etwas breiter dargestellt.

Fortsetzung: Neurologisches Reha-Assessment-Checkliste C: Funktionen und Fähigkeiten im Erwerbsleben (Vergleich des posit./negat. Leistungsprofils und des Anforderungsprofils in der individuellen Erwerbstätigkeit)¹		
	<i>(posit./negat. Leistungsprofil des Patienten)</i>	<i>individuelle Berufs-/Tätigkeitsanforderungen/ (berufliches Anforderungsprofil)</i>
Basisfähigkeiten im Erwerbsleben		
• Mobilität und Orientierung (z. B. Wegefähigkeit, Führerschein)		
• Physische und psychische Belastbarkeit (Stehen, Sitzen, Gehen, Heben, Tragen, Frustrations-/Stresstoleranz, Publikumsverkehr, Multi-Tasking, ..)		
• Führerschein		
• Manipulationsfähigkeit (Gebrauch von Objekten/Werkzeugen, Maschinen, ..)		
• Handlungsfähigkeit (einfache, komplexe Arbeitsabläufe, ..)		
• Kommunikation (sprachliche (mündlich, schriftlich))		
• Gruppen-/Team-/Interaktionsfähigkeit (Kontakt-/ Einordnungsfähigkeit, ..)		
• Psychische Ausdauer und Belastbarkeit (z. B. reguläre Pausen ausreichend, ..)		
• Eigensteuerung und -organisation (inkl. Selbständigkeit, Eigenverantwortlichkeit, -kontrollfähigkeit, Problemerkennung, -lösefähigkeit, Entscheidungsfähigkeit)		
Erledigung übertragener Aufgaben		
Pünktlichkeit		
Ordnungsfähigkeit		
„Projekt“-organisation und -ausführung		
• Leitungsfähigkeit		
• Verantwortungsfähigkeit		
• Einsatzfähigkeit		
(Berufs-) Spezifische(s) Fähigkeiten/ Fertigkeiten, Wissen		

¹ Die neurokognitiven Anteile sind etwas detaillierter dargestellt.

5. Aufbau eines neurologischen Reha-Assesment-Befundberichts

Aufbau eines neurologischen Reha-Assesment-Befundberichts¹⁾	
1. Anamnese/Vorgeschichte	
1.1. Biographische und soziale Vorgeschichte	• Frühkindliche Entwicklung (körperlich, mental/kognitiv, psychisch; insbes. Sprachentwicklung) • Schulische Entwicklung, Pubertät, Sozialisation • <i>Erlerner Beruf</i>, beruflicher Werdegang (ungefähre Zeitangaben) • <i>Jetzige Tätigkeit</i> (kurze Beschreibung der Arbeitsabläufe/des Arbeitsplatzes, besondere Belastungen, Entlastungsphasen in der Tätigkeit, Pausengestaltung) • <i>Arbeitsunfähigkeitszeiten</i> (derzeitige/frühere Rehabilitationen, früherer Rentenbezug) • <i>Familienstand</i>, Erwerbstätigkeit des Ehepartners, häusliche oder wirtschaftliche Belastungen besonderer Art. • <i>Hobbies und Freizeitbeschäftigungen</i> (z. B. Sport, Garten, Musik).
1.2 Krankheitsvorgeschichte	• Frühere Erkrankungen, Unfälle • Jetzige Beschwerden (wie wirken sich ggf. die Belastungen der privaten Situation und Arbeitsplatzes auf die derzeitigen Beschwerden aus?)
2. Untersuchung	• Komplette neurologische und psychiatrische Untersuchung einschl. des mental-kognitiven Status, allgemeinmedizinische Untersuchung • Nach Möglichkeit metrisch/quantitative Daten und Dokumentation
3. Kurativ- und rehabilitationsmedizinische Diagnosen	• Aufzählung entsprechend der rehabilitationsmedizinischen Bedeutung • Aufnahme wichtiger Funktions- und Fähigkeitsstörungen in die Diagnosen
4. Krankheitsfolgen	
4.1 Funktionsstörungen	• Körperliche • Mental/kognitive • Psychische • Ggf. Bewertung durch den Patienten (welche Funktionsstörungen empfindet der Patient als relevant für sich?) • Ggf. Bewertung durch die Angehörigen (welche Funktionsstörungen empfinden die Angehörigen als relevant für sich?) • Bewertung durch den Arzt (welche Funktionsstörungen liegen objektiv vor, welche objektiven Auswirkungen haben sie auf die Fähigkeiten des Patienten? Welche Auswirkungen haben sie allgemein für den Patienten und die Angehörigen, welche Auswirkungen ergeben sich für die Krankheitsverarbeitung durch den Patienten und die Angehörigen)
4.2 Fähigkeitsstörungen	• Alltagsrelevante • Erwerbstätigkeitsrelevante (soweit nicht auch alltagsrelevant) • Bewertung durch den Patienten (welche Fähigkeitsstörungen empfindet der Patient als relevant für sich?) • Bewertung durch die Angehörigen (welche Fähigkeitsstörungen empfinden die Angehörigen als relevant für sich?) • Bewertung durch den Arzt (welche Fähigkeitsstörungen liegen objektiv vor, welche objektiven Auswirkungen haben sie für den Patienten und die Angehörigen? Welche Auswirkungen ergeben sich für die Krankheitsverarbeitung durch den Patienten und die Angehörigen?)
5. Krankheitsverarbeitung	
6. Reha-Notwendigkeit/-bedürftigkeit, Reha-Fähigkeit, Reha-Motivation	
7. Reha-Ziele	kurzfristig, mittelfristig, langfristig
8. Rehabilitationsmedizinische Beurteilung (ggf. Epikrise)²⁾	Kurze Zusammenfassung der wichtigsten Krankheitsbefunde und Funktions-/Fähigkeitsstörungen und ihrer Auswirkung auf die Leistungsfähigkeit im Alltag und Erwerbsleben

¹⁾ Es handelt sich um generelle Hinweise auf die Elemente eines neurologischen Reha-Assessments. Welche Elemente jeweils zum Tragen kommen, hängt u.a. vom Schweregrad der Funktionsstörungen und davon ab, zu welchem Zeitpunkt der Rehabilitation das Assessment durchgeführt wird. Ein erstes Assessment unterscheidet sich von einem Abschlußassessment oder einem Zwischenassessment. Im Rahmen der Beurteilung der Erwerbsprognose sind nur die jeweils relevanten Aspekte zu berücksichtigen.

²⁾ Das Reha-Assessment sollte bei Wiederholung eine Epikrise beinhalten.

8.1 Negatives Leistungsbild	Alltags- und Arbeitsanforderungen, die nicht mehr geleistet werden können
8.1.1 Qualitative Einschränkungen	<u>hinsichtlich Alltagsanforderungen</u> • Eigenversorgung • Fremdversorgung (z. B. Familie,...) <u>hinsichtlich Arbeitsanforderungen</u> • Allgemeine Schwere der Arbeiten (leicht, mittelschwer, schwer) unter körperlichen, mental-kognitiven und psychischen Aspekten • Heben und Tragen (evtl. Angabe oberer Gewichtsgrenzen) • Überwiegendes Sitzen oder Stehen, häufiges Bücken • Häufige oder längere Zwangshaltungen, Überkopfarbeiten • Monotone Belastungen (z. B. eines Armes oder einer Hand) • Keine volle Gebrauchsfähigkeit beider Hände • Absturzgefahr (Leitern, Gerüste) • Arbeiten an gefährdenden Maschinen • Arbeiten im Freien bei ungünstiger Witterung, in Zugluft, Nässe, Kälte, Hitze • Exposition gegenüber atemreizenden oder hautreizenden Stoffen • Exposition gegenüber Lärm • Arbeiten unter Zeitdruck, Akkordarbeit, Wechselschicht • Arbeiten in gehobener Verantwortung • Arbeiten unter Voraussetzung der vollen Sehfähigkeit, des beidäugigen Sehens • Mental-kognitive Anforderungen (Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit, Flexibilität, Ausdauer, Kommunikation, ...) (Publikumsverkehr, „Multitasking“,...)
8.1.2 Zusätzliche Einschränkungen	• Beschränkung der Wegefähigkeit (4x500m bei zumutbarem Zeitaufwand) • Erfordernis betriebsunüblicher Pausen
8.2 Positives Leistungsbild	• Tätigkeiten und Arbeitsanforderungen, die der Versicherte leisten kann • Festlegung der täglichen Arbeitsdauer (vollschichtig, halb- bis untervollschichtig, 2 Stunden bis unterhalbschichtig).
9. Zeitliche Festlegung des Beginns und der voraussichtlichen Dauer der Leistungseinschränkung	• Beginn der Leistungsminderung (der rentenrelevanten Erkrankung) (wichtig im Fall der Rentengewährung), u. U. abzuleiten aus der Vorgeschichte, aus der Befunddokumentation, aus dem Eintritt der letzten Arbeitsunfähigkeit • Ist der Beginn nicht eruierbar, ist dies mitzuteilen (Entscheidung über Rentenbeginn durch Rentenversicherungsträger)
10. Einschätzung der Reha-Prognose unter kurativneurologischer Beurteilung des Krankheitsverlaufs	• Prognostische Beurteilung auf Grund des bisherigen Verlaufs (z. B. Ansprechen auf Rehabilitationsmaßnahmen?) • Liegt eine überwiegend positive Erwerbsprognose vor? • Wann ist diese voraussichtlich einzuschätzen? • Falls schon einschätzbar, wann wird die Alltagskompetenz, Berufskompetenz wieder erreicht?
11. Zusammenfassende Beurteilung und integrative Ableitung eines Rehabilitationsplans	• Integration der relevanten rehabilitations- und kurativmedizinischen Aspekte • Ableiten eines Rehabilitationsplans (kurz-, mittel- und langfristigen Reha-Ziele, Reha-Notwendigkeit/-bedürftigkeit und Rehabilitationsfähigkeit (einschl. der Rehabilitationsmotivation) und Konkretisierung des weiteren Vorgehens (wann sind welche Maßnahmen von wem zu veranlassen und durchzuführen?)) • Ggf. Feststellung des zuständigen Fallmanagers/Reha-Sachbearbeiters/Reha-Beraters • Umsetzung des Rehabilitationsplans (beim Aufnahmeassessment bezogen auf die in Frage stehende Maßnahme, beim Entlaß-Assessment bezogen auf weitere Maßnahmen)
12 Rehabilitationsmanagement (Beurteilung des bisherigen RM)	• Wurde der Rehabilitationsplan umgesetzt? (falls nicht, warum?) Wurden die Rehabilitationsziele erreicht? (falls nicht, warum?) Konnte das Rehabilitationsergebnis erhalten werden? (falls nicht, warum?) Besteht die Gefahr einer erneuten Verschlechterung?

Weitere BAR-Publikationen

Arbeitshilfen

Arbeitshilfe für die Rehabilitation schädel-hirnverletzter Kinder und Jugendlicher, Heft 1/1993

Arbeitshilfe für die Rehabilitation Koronarkranker, Heft 2/1997

Arbeitshilfe für die Rehabilitation von an Asthma bronchiale erkrankten Kindern und Jugendlichen, Heft 3/1989

Arbeitshilfe für die Rehabilitation von Schlaganfallpatienten, Heft 4/1993

Arbeitshilfe für die Rehabilitation von Rheumakranken, Heft 5/1993

Arbeitshilfe zur geriatrischen Rehabilitation, Heft 6/2006

Arbeitshilfe für die Rehabilitation Krebskranker, Heft 7/1991

Arbeitshilfe für die stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß, Heft 8/1994

Arbeitshilfe für die Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter, Heft 9/1992

Arbeitshilfe für die Rehabilitation von chronisch Nierenkranken, Dialysepflichtigen und Nierentransplantierten, Heft 10/1993

Arbeitshilfe für die Rehabilitation allergischer Atemwegserkrankungen, Heft 11/1995

Arbeitshilfe für die Rehabilitation von Suchtkranken
Alkohol – Drogen – Medikamente, Heft 12/1996

Gemeinsames Rahmenkonzept für die Durchführung stationärer medizinischer Maßnahmen der Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche vom 15. August 1998

Wegweiser – Eingliederung von Behinderten in Arbeit, Beruf und Gesellschaft

**Rehabilitation Behinderter – Schädigung – Diagnostik – Therapie
– Nachsorge – Wegweiser für Ärzte und weitere Fachkräfte
der Rehabilitation**

Verzeichnis spezialisierter Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation

Filmverzeichnis – Prävention/Rehabilitation/Integration – Ausgabe 1996

**Zusammenstellung von Forschungsvorhaben auf dem Gebiet
der Rehabilitation 1993–1997**

Rehabilitationswissenschaftler in Deutschland – Ausgabe 1999

Kongreß- und Tagungsberichte

Geschäftsberichte

Trägerübergreifende Zusammenarbeit – Koordinierung und Kooperation

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) ist die gemeinsame Repräsentanz der Verbände der Rehabilitationsträger, der Bundesagentur für Arbeit, der Bundesländer, der Spitzenverbände der Sozialpartner sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Förderung und Koordinierung der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen .

ISSN 0933-8462