

IQMP-Katalog Neurologie

IQMP-Reha-Katalog für die Phasen B – F der neurologischen Rehabilitation

Stand der Konsentierung: 27.01.2004

Die Indikationsspezifischen Anforderungskataloge verstehen sich als zusätzliches Angebot, welches den Reha-Kliniken eine fachliche Einordnung indikationsspezifischer Fragestellungen erleichtern soll.

Wesentliche Quellen der Kataloge sind Veröffentlichungen der Reha-Träger, des VDR, der BAR und weitere fachspezifische Publikationen.

Die Konsentierung erfolgte mit ausgewiesenen Experten aus den jeweiligen Indikationsbereichen sowie den zuständigen Gremien des BDPK. Dazu gehören auch Mitglieder von Fachgesellschaften und indikationsspezifischen Arbeitsgruppen sowie weitere Fachexperten.

Die indikationsbezogenen Spezifizierungen sind eingeordnet in die IQMP-Reha-Systematik. Für die praktische Anwendung werden die Indikationsspezifischen Kataloge mit dem IQMP-Reha zusammengeführt, so dass Kliniken mit der entsprechenden Indikation nur ein IQMP-Reha-Manual für den Aufbau und die Weiterentwicklung ihres Qualitätsmanagementsystems benötigen.

Vorbemerkung

Im Bereich der neurologischen Rehabilitation werden u.a. Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen betreut. Für diese Patienten besteht aufgrund der Schwere der Erkrankung ein kontinuierlicher Betreuungs- und Therapiebedarf, der von der Erstversorgung im Akutkrankenhaus über mehrere, auch länger andauernde Phasen der Wiedererlangung einzelner Körperfunktionen und Fähigkeiten bis zur umfassenden Therapie in der Rehabilitationsklinik verläuft. Als Voraussetzung für bedarfsdeckende Versorgungsstrukturen und eindeutige Leistungszuständigkeiten wurden einheitliche Definitionen der Patientengruppen und des neurologischen Rehabilitationsprozesses festgeschrieben. Von der Arbeitsgruppe Neurologische Rehabilitation des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger wurde die folgende Phaseneinteilung in der neurologischen Rehabilitation¹ erarbeitet:

- 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.

Der Begriff der „Frührehabilitation“ wird dabei durch die aufeinander aufbauenden Phasen B und C ersetzt. Phase B ist der Krankenhausbehandlung zugeordnet und die Phase C der stationären Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung. Phase D umfasst die medizinische Rehabilitation im bisherigen Sinne. Im Interesse eines nahtlosen Reha-Verfahrens wird angestrebt, dass die Betten für die Phasen B, C und D möglichst in einer Einrichtung oder im unmittelbaren Verbund vorhanden sind.

Auch bei den im Folgenden beschriebenen indikationsspezifischen Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität sollten phasenspezifische Anforderungen unterschieden werden. Mehrere Publikationen, die Anforderungen an die neurologische Rehabilitation enthalten², wurden in die Erstellung des vorliegenden Katalogs einbezogen. Allerdings wurden in diesen Veröffentlichungen hauptsächlich Anforderungen bezogen auf Phase D formuliert. Spezielle Anforderungen für Kliniken, die Patienten in Phase C bzw. B betreuen³, liegen kaum in veröffentlichter Form vor. Soweit es möglich war, wurden bei den Aspekten, bei denen eine phasenspezifische Ausgestaltung sinnvoll erschien, spezielle Anforderungen für die Phasen B, C und D formuliert.

¹ Vgl. Weiterentwicklung der neurologischen Rehabilitation, Deutsche Rentenversicherung 1994

² BAR – Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Rahmenempfehlungen zur ambulanten neurologischen Rehabilitation vom 20. Oktober 2000, Frankfurt a. M.

BfA – Bundesversicherungsanstalt für Angestellte. Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. Abschlußberichte, Band III, Arbeitsbereich „Rehabilitationskonzepte“, Teilband 3, Teil B-6.4 „Neurologie“, Berlin, 1991

³ BAR – Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C, Frankfurt a. M., 1999

Kriterium 1 Führung: *zzt. keine Neurologie-Spezifizierungen*

Kriterium 2 Politik und Strategie: *zzt. keine Neurologie-Spezifizierungen*

Kriterium 3 Mitarbeiter

Teilkriterium 3a: *Neurologie-Spezifizierungen*

Teilkriterien 3b-3e: *zzt. keine Neurologie-Spezifizierungen*

3a1 Personalbedarf planen

3a1 – Neurologie 1 Ärzte

Die neurologische Rehabilitationseinrichtung steht unter Leitung eines(r) Neurologen/Neurologin⁴ oder Neurochirurgen (mind. ein Jahr Weiterbildung in der Psychiatrie) oder Nervenarztes/Arztes für Neurologie und Psychiatrie mit mind. zweijähriger vollzeitiger Erfahrung⁵ in einer neurologischen Rehabilitationseinrichtung und der Zusatzbezeichnung Rehabilitationswesen oder Sozialmedizin oder Weiterbildung zum Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin. Der leitende Arzt hat neben der gebietsbezogenen Fortbildung auch seine ständige Fortbildung in der Sozialmedizin zu gewährleisten, einschließlich der Anleitung und Weiterbildung der ärztlichen Mitarbeiter. Die genannten Anforderungen sollten in gleicher Weise auch durch den vertraglich vereinbarten Abwesenheitsvertreter erfüllt werden.

Werden Rehabilitanden mit Diagnosen außerhalb des Schwerpunktes behandelt, muss die Rehabilitationseinrichtung durch vertragliche Vereinbarung sicherstellen, dass Ärzte mit der entsprechenden Gebietsbezeichnung zur Verfügung stehen.

3a1 Personalbedarf planen

3a1 – Neurologie 2 Rehabilitationsteam

Die medizinische Rehabilitation bei neurologischen Erkrankungen erfordert ein interdisziplinäres Rehabilitationsteam, das in der Regel über die nachstehend aufgeführte Qualifikation und Berufserfahrung verfügen muss. Für alle aufgeführten Berufsgruppen gilt, dass Mitarbeiter, die eine leitende Funktion ausüben, über eine mindestens zweijährige rehabezogene Berufserfahrung in der Neurologie verfügen müssen. Wenn innerhalb der entsprechenden Berufsgruppe keine leitende Funktion besetzt wurde, dann muss mindestens ein Mitarbeiter die o.g. Anforderung hinsichtlich der Berufserfahrung erfüllen.

1. Arzt (siehe auch 3a1 – Neurologie 1)
Neurologische, psychotherapeutische, psychiatrische, ggf. internistische Qualifikation ist bei dem in der neurologischen Rehabilitation tätigen Arzt wünschenswert; zusätzlich arbeiten im Ärztlichen Dienst je nach Erfordernissen auch Fachärzte für Innere Medizin, Neurochirurgen und Orthopäden.
Gilt für alle Ärzte in der neurologischen Reha, Punkt 3a1 nur für den leitenden Arzt.

⁴ Im Folgenden wird auf die weibliche Form der Berufsbezeichnung verzichtet.

⁵ Bei Teilzeitkräften verlängert sich der Zeitraum der erforderlichen Berufserfahrung entsprechend.

2. Physiotherapeut/Krankengymnast
 - Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut/Krankengymnast und
 - spezielle neurologischer Qualifikation (z.B. Bobath)
3. Sportlehrer/Sporttherapeut (fakultativ)
 - Diplom-Sportlehrer mit medizinischer Ausrichtung (z.B. Fachrichtung Rehabilitation) oder Zusatzqualifikation Bewegungs-/Sporttherapie
4. Masseur und Medizinischer Bademeister
(eventuell in Zukunft entbehrlich; Ausnahme: Lymphdrainage)
 - Staatliche Anerkennung als Masseur und Medizinischer Bademeister und
 - anerkannte Weiterbildung in manueller Lymphdrainage
5. Ergotherapeut
 - Staatliche Anerkennung als Ergotherapeut
6. Logopäde/Sprachtherapeut
 - Staatliche Anerkennung als Logopäde oder
 - Klinischer Linguist
7. Klinischer Psychologe/Klinischer Neuropsychologe
 - Diplom als Psychologe und
 - Erfahrung als klinischer Neuropsychologe und
 - Anerkennung durch Fachgesellschaften und
 - Kenntnisse und Erfahrung in psychologischer und neuropsychologischer Diagnostik und Psychotherapie und
 - Erfahrung in Entspannungstechniken (z.B. Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung nach Jacobson)

Die Aufgaben der klinischen Neuropsychologie können je nach Gegebenheiten und vorhandenen Ressourcen durch einen Arzt mit Weiterbildung in Neuropsychologie übernommen werden, wenn er eine Anerkennung durch eine Fachgesellschaft nachweisen kann und in der neurologischen Rehabilitation tätig war.
8. Sozialarbeiter/Sozialpädagoge
 - Diplom/staatliche Anerkennung als Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagoge und
 - Qualifikation/Berufserfahrung in Beratung/Gesprächsführung und
 - Aus-, Fort- und Weiterbildung in Gesundheitsfürsorge
9. Diätassistent
 - Staatliche Anerkennung als Diätassistent
10. Krankenpflegefachkraft
 - Staatliche Anerkennung als Krankenpflegefachkraft oder Altenpfleger und
 - Erfahrung in der fachlichen Beratung, Anleitung und praktischen Unterstützung von medizinischen Laien (z.B. Angehörigen/Bezugspersonen)
 - wünschenswert: Weiterbildung in Rehabilitationspflege

11. Berufstherapeut

- Grundlagenkenntnisse in arbeitsrehabilitativen Maßnahmen, Ergonomie, Beratung zur Belastungserprobung und Arbeitstherapie, Arbeitsplatzanpassung
- muss Belastungserprobung und Arbeitstherapie sowie die qualifizierte Beratung hinsichtlich beruflicher Fragestellungen sicherstellen

Wenn im Einzelfall Kinder unter 16 Jahren in der Einrichtung behandelt werden, müssen die Therapeuten Erfahrung in der Behandlung von Kindern haben. Neuropädiatrische und neuropädagogische Mitbehandlung müssen gewährleistet sein.

Kriterium 4 Partnerschaften und Ressourcen

- Teilkriterium 4a:** *Neurologie-Spezifizierungen*
- Teilkriterium 4b:** *zzt. keine Neurologie-Spezifizierungen*
- Teilkriterium 4c:** *Neurologie-Spezifizierungen*
- Teilkriterien 4d - 4e:** *zzt. keine Neurologie-Spezifizierungen*

4a1 Externe und patientenbezogene Partnerschaften werden gemanagt**4a1 – Neurologie 1 Kooperationen**

Es bestehen Kooperationen mit Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten, ambulanten Pflege- und Sozialdiensten sowie Selbsthilfegruppen für neurologische Krankheiten und deren Institutionen.

4c1 Managen von Gebäuden und Einrichtungen**4c1 – Neurologie 1 Apparative Ausstattung**

In den einzelnen Funktionstherapien (z.B. Krankengymnastik, Logopädie/Sprachtherapie, Neuropsychologie, Psychotherapie, Ergotherapie) kommen spezielle Untersuchungs-, Test- und Therapiemethoden zum Einsatz. Diese sollten, einschließlich der hierfür benötigten technischen Ausstattung, im Rehabilitationskonzept benannt werden. Je nach Schwerpunktbildung und indikationsbezogenen Rehabilitationskonzepten verändern sich die Anforderungen an die Art und Anzahl der Apparate.

Die apparative Ausstattung sollte u.a. umfassen:

- Therapieliegen (für Krankengymnastik/Physiotherapie, Ergotherapie und physikalische Therapie nutzbar, bei Bedarf höhenverstellbar)
- Arbeitstische, adaptierbar
- Arbeitsstühle, adaptierbar
- Bodenmatten
- Sprossenwand
- Gehbarren
- Spiegel (körperhoch für Physiotherapie und Ergotherapie)
- Laken, Tücher, Lagerungskissen, Polster und Decken
- Geräte für Therapie und Diagnostik in der Physiotherapie:
 - je nach Indikation: Muskeltrainingsgeräte
 - je nach Indikation: Geräte zur Muskelkraftmessung

- passive Bewegungsgeräte mit Spastikschtaltung
- Balance-/Gleichgewichtsgeräte (z.B. Kreisel, instabile Flächen)
- Thermo-therapie- (Kryo-Wärme-therapie) Geräte
- Elektro- und Elektrome- chano- Therapie- geräte
- Geräte (z.B. Matten, Liegen, Stühle) für Entspannungsübungen oder für spastiksenkende Lagerung
- Diagnostik- und Therapiematerial für mental/kognitive, psychische und/oder cerebral be- dingte Sprach- und Sprechstörungen (u.a. auch für computergestützte und apparative Dia- gnostik und Therapie)
- Werkzeug und Materialien für unterschiedliche funktionelle Therapien (z.B. für sensomo- torische, mental/kognitive Therapie)
- Artikulationsspiegel
- Sehtrainingstherapiemöglichkeiten
- Spiele und Spielmaterial
- Material zur Herstellung von Schienenmaterial oder Hilfen für den Alltag
- Materialien für Alltags- und Haushaltstraining
- Werktsche
- Videoaufzeichnungs- und Wiedergabemöglichkeit
- Dia-/Overheadprojektor
- Tonband/Kassettenrecorder
- zusätzliche Ausstattung je nach Erfordernissen.

Ergänzungen zur apparativen Ausstattung für Kliniken, die Maßnahmen der Phasen B und C durchführen!

Kriterium 5 Prozesse

Teilkriterium 5a : zzt. keine Neurologie-Spezifizierungen

Teilkriterien 5b – 5c: zzt. keine Neurologie-Spezifizierungen

Teilkriterium 5d: Neurologie-Spezifizierungen

Teilkriterium 5e: zzt. keine Neurologie-Spezifizierungen

5d1 Aufnahmeprozess planen

5d1 – Neurologie 1 Diagnosen

Vorbedingung für alle Formen der neurologischen Rehabilitation ist das Vorliegen einer Er- krankung des zentralen oder peripheren Nervensystems oder einer Myopathie. Dazu zählen vor allem:

- vaskuläre Erkrankungen (z.B. Zustand nach Hirninfarkt oder -blutung, Subarachnoidalblu- tung, cerebrale Hypoxie, vaskuläre Erkrankung im Bereich des Rückenmarks)
- Hirn- oder Rückenmarksverletzungen
- sonstige Erkrankungen mit toxischen/metabolischen Schädigungen des Gehirns
- entzündliche Erkrankungen des Gehirns und des Rückenmarks und ihrer Häute (z.B. Me- ningitis, Meningoenzephalitis, Enzephalitis, Enzephalomyelitis disseminata, Myelitis)
- Neubildungen an Hirn oder Rückenmark (Zustand nach operativ, strahlentherapeutisch oder konservativ behandelten Hirn- oder Rückenmarktumoren)

- degenerative Hirn- oder Rückenmarkerkrankungen (z.B. Parkinsonsyndrom, aber auch Demenzen, wie z.B. M. Alzheimer in frühen Stadien)
- Erkrankungen und Verletzungen des peripheren Nervensystems (z.B. Polyneuropathie, Guillain-Barré-Syndrom, Plexuslähmung)
- Myopathien.⁶

5d1 Aufnahmeprozess planen**5d1 – Neurologie 2 Ausschlusskriterien**

Die Teilnahme an einer stationären Leistung der neurologischen Rehabilitation in allen Phasen, vor allem aber in der Phase D ist in der Regel nicht angezeigt bei:

- nicht ausreichender körperlicher Belastbarkeit wegen einer akuten behandlungsbedürftigen Erkrankung oder einer dekompensierten chronischen Erkrankung
- Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen bei Kontrollverlust, d.h. wenn die rehabilitative Behandlung direkt behindert wird
- akut behandlungsbedürftigen psychiatrischen Begleiterkrankungen, wenn sie die rehabilitative Behandlung direkt behindern.

5d3 Anamnese, Exploration und Diagnostik managen**5d3 – Neurologie 1 Rehabilitationsdiagnostik**

Die Rehabilitationsdiagnostik bedient sich neben der klinischen Untersuchung apparativer und nicht apparativer Untersuchungsverfahren, die erlauben, Schädigungen/Funktionsstörungen sowie Fähigkeitsstörungen/Beeinträchtigungen festzustellen.

Die Untersuchung soll u.a. Auskunft geben über:

- den rehabilitationsrelevanten klinischen Status
- Schädigungen/Funktionsstörungen, z.B. in den Bereichen
 - motorische Funktionen
 - sensorische und sensible Funktionen
 - mental/kognitive Funktionen
 - affektive und Willensfunktionen
 - begleitende psychische Probleme
 - Sprache und Sprechen
- Fähigkeitsstörungen, z.B. in den Bereichen
 - Alltagsfähigkeiten
 - Bewegung
 - Kommunikation
 - Verhalten (Umgang mit anderen)
- Beeinträchtigungen, z.B.
 - im Alltag
 - im Beruf
- Risikofaktoren und Krankheitsbewältigung.

⁶ Die Differentialindikationsstellung zur Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen ist zu beachten.

Die Untersuchungsverfahren in freier, strukturierter oder standardisierter Form müssen geeignet sein, die körperlichen, mentalen, kognitiven und psychischen Störungen angemessen zu dokumentieren. Die Feststellung einschließlich der Dokumentation erfolgt durch klinische Untersuchung und Testverfahren bei Beginn, im Verlauf und am Ende der Rehabilitationsmaßnahme. Die Rehabilitationsdiagnostik wird vom Arzt und dem Rehabilitationsteam entsprechend der Aufgabenstellung erbracht; ggf. sind validierte Verfahren (Assessments) einzusetzen. Berücksichtigung finden muss hierbei die Bewertung der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen durch den Rehabilitanden, ggf. durch die Angehörigen. Eine gezielte psychiatrische Exploration ist häufig notwendig. Die genannte Rehabilitationsdiagnostik kann bei Bedarf ergänzt werden durch spezielle neuro-physiologische Methoden. Dazu zählen u.a. EEG, evozierte Potentiale, EMG, ENG. Gegebenenfalls ist eine neuroradiologische Bildgebung (CCT, MRT) sowie Röntgenanlage vorzuhalten bzw. eine entsprechende Kooperation nachzuweisen. Wird eine diagnostische Klärung weiterer Erkrankungen notwendig, sind erforderlichenfalls entsprechende Fachärzte einzuschalten.

5d4 Behandlungs-/Rehabilitationsprozess individuell planen

5d4 – Neurologie 1 Ermittlung der Rehabilitationsziele

Ziele der neurologischen Behandlung/Rehabilitation Phase B

- 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

Ziele der neurologischen Behandlung/Rehabilitation Phase C

- 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

Ziele der neurologischen Rehabilitation Phase D

Verminderung/Beseitigung von Schädigungen und Fähigkeitsstörungen sowie Erwerb von Ersatzstrategien und Adaptation bezogen auf die Bereiche:

- Selbstorganisation
- Selbstversorgung
- Fortbewegung (z.B. Gehen, Treppensteigen, Benutzen von Verkehrsmitteln, Heben und Tragen)
- körperliche Beweglichkeit (z.B. Haushaltsführung, Körperbewegung)
- Geschicklichkeit (z.B. manuelle Geschicklichkeit, Gleichgewichtskontrolle)

- Ausdauer/Belastbarkeit
 - Kommunikation (z.B. Sprechen, Hören und Verstehen, Sehen und Erkennen, Schreiben und Lesen)
 - Verhalten (z.B. in der zeitlichen und räumlichen Orientierung, in der persönlichen Sicherheit, in alltäglichen Situationen, in der familiären oder beruflichen Beziehungsfähigkeit, in der Krankheitsverarbeitung)
- ⇒ *Wiederherstellung/Verbesserung der Orientierung in der Umgebung, der physischen und psychischen Unabhängigkeit, der Mobilität, der Beschäftigung und der sozialen Integration*

5d4 Behandlungs-/Rehabilitationsprozess individuell planen**5d4 – Neurologie 2 Prozessplanung in der neurologischen Reha****Prozessplanung in der neurologischen Rehabilitation Phase B**

Die im Folgenden aufgeführten Behandlungs- und Rehabilitationsaufgaben sind Bestandteile der Behandlungsplanung.

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
 - gegebenenfalls intensive Überwachung von neurologischen Atemstörungen bis hin zu konkreter Beatmungsmöglichkeit mit Entwöhnungsprotokoll (*Sonderentgelt*)
- Einleitung sekundärprophylaktischer Maßnahmen

Rehabilitationsbezogene Aufgaben

- Funktionsdiagnostik auf der Ebene von Körperfunktionen und Körperstrukturen und hinsichtlich der Aktivitäten
- Erfassung der Rückbildungstendenzen bei Funktionsstörungen (rehabilitationsspezifische Verlaufsdagnostik)
- aktivierende Pflege und gezielte funktionelle Behandlung
 - 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).

Prozessplanung in der neurologischen Rehabilitation Phase C

Die im Folgenden aufgeführten Behandlungs- und Rehabilitationsaufgaben sind Bestandteile der Behandlungsplanung.

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 von Körperfunktionen und Körperstrukturen, hinsichtlich der Aktivitäten und der Partizipation, soweit noch nicht erfolgt, sowie eine rehabilitationsspezifische Verlaufsdiagnostik
- 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

Prozessplanung in der neurologischen Rehabilitation Phase D

Die im Folgenden aufgeführten rehabilitationstherapeutischen Verfahren und Methoden sind Bestandteile der Behandlungsplanung. Sie sollten nach im Einzelfall noch zu entwickelnden standardisierten funktionsdiagnostischen Verfahren durchgeführt werden.

Therapie bei Schädigungen auf Struktur-Funktionsebene

- Schulung der Sensomotorik
- Schulung der Stand- und Gangmotorik
- Schulung der Hand- und Fingermotorik

- Kau-/Schlucktherapie
- Schulung der Kognition, u.a.
 - Aufmerksamkeit
 - Gedächtnis
 - Planen-Handeln
- Schulung der in der Schule erworbenen Kulturfertigkeiten, wie Lesen, Schreiben, Rechnen
- Sprach-/Sprechtherapie
- Psycho- und Verhaltenstherapie
- Hilfsmittelberatung und -schulung

Therapie bei Störungen von Fähigkeiten und der Norm entsprechenden Aktivitäten

- Schulung der Selbstversorgung im Alltagsleben
- Training der Fortbewegung in der näheren und weiteren Umgebung
- Training der Selbstorganisation unter Berücksichtigung der Aufmerksamkeit, des Gedächtnisses, der Planungs- und Handlungsfähigkeit
- Training der Haushaltsführung und alltäglicher Aktivitäten
- Training der physischen Ausdauer
- Kommunikationstraining
- Verhaltensmodifizierende Therapie, u.a. mit dem Ziel der Krankheitsverarbeitung

Therapie bei Beeinträchtigungen in der Erfüllung einer sozialen Rolle

- Maßnahmen der Sozialarbeit/Sozialpädagogik
- Belastungserprobung/Arbeitstherapie
- Beratung hinsichtlich sozialer u. beruflicher Fragestellungen

Anmerkungen

Die Förderung des Rehabilitanden durch aktivierende und rehabilitative Krankenpflege ist in Phase D in allen Bereichen anzustreben. Bei Bedarf können die Verfahren der Neuropädagogik und Neurophonetik eingesetzt werden. Im Bedarfsfalle sind Besuche vor Ort (Wohnung, Arbeitsplatz) durchzuführen.

Für alle Phasen der neurologischen Rehabilitation gilt, dass die Angehörigen, soweit es erforderlich ist, in die Rehabilitation einbezogen werden sollten. Ggf. ist eine regelmäßige Einbeziehung einer Bezugsperson erforderlich.

Sollte sich während der Therapie zeigen, dass bestimmte Strukturschäden/Funktionsstörungen nicht behandelbar sind, sollte eine Verbesserung der Fähigkeiten durch Kompensation, Erwerben von neuen Kenntnissen, Fertigkeiten und Verhaltensweisen angestrebt werden.

5d5 Behandlungsprozess individuell managen.

5d5 – Neurologie 1 Behandlungsprozess in der neurologischen Reha

Die Durchführung der Behandlung erfolgt unter Berücksichtigung der unter 5d4 – Neurologie 2 aufgeführten rehabilitationstherapeutischen Verfahren und Methoden nach folgenden Empfehlungen und Leitlinien.

Leitlinien für die neurologische Rehabilitation sind noch zu entwickeln und von den unterschiedlichen verantwortlichen Leistungsträgern und –erbringern gemeinsam und phasenbezogen zu verabschieden.

5d5 – Neurologie 2 Therapiedichte und Rehabilitationszeitraum in der neurologischen Reha**Neurologische Rehabilitation Phase B****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

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.

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

Neurologische Rehabilitation Phase C**Therapiedichte**

- tägliche ärztliche Visite
- rehabilitationsbezogener Therapieaufwand 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

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.

Anschließende Behandlung-/Rehabilitationsphase

- je nach Verlauf und weiteren Behandlungserfordernissen entweder Phase D (ggf. in teilstationärer Form), E oder F
- Eingangsvoraussetzungen für Phase D:
 - Selbständigkeit bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL), insbesondere im Bereich der Selbstversorgung, wie Waschen, Anziehen, Toilettenbenutzung, Essen und Mobilität
 - spezielle Pflegeaufgaben noch erforderlich
 - alltags- und berufsrelevante mentale Störungen (insbesondere kognitive Defizite) stehen oft im Vordergrund
 - durchgängige Kooperationsfähigkeit und -bereitschaft, Handlungs- und Lernfähigkeit
- ggf. Intervallbehandlung, d.h. nach Zwischenaufenthalt zu Hause erneut Phase C oder D

Neurologische Rehabilitation Phase D**Therapiedichte**

- individuell erforderliche Rehabilitationsdauer und Therapiedichte flexibel, je nach Schweregrad der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen und den sich daraus ergebenden Rehabilitationszielen
- in der Regel: täglich mindestens vier bis maximal sechs Stunden Therapiezeit an fünf bis sechs Tagen in der Woche

Behandlungs-/Rehabilitationszeitraum

- in der Regel drei Wochen

Anschließende Behandlungs-/Rehabilitationsphase

- bei positivem Verlauf schließt sich Phase E an, wenn nicht die Entlassung sinnvoll ist

Kriterium 6 - 9: zzt. keine Neurologie-Spezifizierungen