

Stellungnahme

Stellungnahme der DGNR zu Standards der ambulanten/teilstationären neurologischen Rehabilitation

VORBEMERKUNGEN

In den letzten Jahren hat sich die Diskussion um eine Flexibilisierung der Strukturen in der Rehabilitation, nicht zuletzt auch aus Kostenbewußtsein heraus, belebt. In diesem Zusammenhang ist folgerichtig auch eine Diskussion der Möglichkeiten und Grenzen ambulanter neurologischer Rehabilitation entstanden.

Erfreulicherweise hat diese Diskussion zu einem vermehrten Interesse auch der niedergelassenen Neurologen und Nervenärzte an Aspekten der Rehabilitation geführt. Dies kann sicherlich für viele Aspekte der langfristigen Nachsorge von Patienten fruchtbar sein. Andererseits ist eine unkritische Ausweitung sog. ambulanter therapeutischer und rehabilitativer Leistungen nicht unbedingt sinnvoll.

An dieser Stelle ist es wesentlich zu unterstreichen, daß unter Rehabilitation immer eine multiprofessionelle, konzertierte und finalisierte Maßnahme, die unter ärztlicher Führung in einem Reha-Team stattfindet, verstanden wird. Nur Maßnahmen, die eine klare auf die individuellen Bedürfnisse des Patienten bezogene Definition von Endzielen haben im Sinne einer dauerhaften, über die eigentlich Behandlung hinausreichende Zustandsänderung, sind als »Rehabilitation« zu bezeichnen und müssen klar von Zielen der langfristigen statuserhaltenden nachsorgedienenden Einzeltherapiemaßnahmen abgegrenzt werden. Die Komplexität der Fälle in der neurologischen Rehabilitation macht es noch mehr als in den Fächern Kardiologie, Orthopädie oder Psychosomatik erforderlich, Rehabilitationsmaßnahmen mit adäquater sozialmedizinischer Zielsetzung in einem multidisziplinären Rehabilitationsteam durchzuführen. Dies hat unmittelbare Konsequenzen für die Konzeptgestaltung ambulanter neurologischer Therapiemaßnahmen: diese sollten vorwiegend in Form von Tageskliniken in Verantwortung eines interdisziplinären, ärztlich mitgestalteten Teams erfolgen und nicht in Form einzelner oder mehrere voneinander unabhängig und separat arbeitenden Therapeuten.

Wesentlicher Vorteil der Flexibilisierung von Rehabilitationsmaßnahmen mit ambulanten bzw. teilstationären Rehabilitationsmöglichkeiten ist, daß diese Einrichtungen mehr als die klassischen Rehabilitationskliniken nahe am familiären und sozialen Umfeld der Patienten angesiedelt sein können und daher in unmittelbarer Interaktion mit diesem Umfeld, die jeder Rehabilitation als Zielsetzung zugrundeliegende Reintegration, effektiv handhaben können.

Die DGNR geht daher davon aus, daß es erforderlich ist, Standards für Merkmale der Struktur- und Prozeßqualität für ambulante neurologische Rehabilitationsstrukturen aufzuzeigen.

INDIKATION UND VORAUSSETZUNG FÜR AMBULANTE/TEILSTATIONÄRE NEUROLOGISCHE

REHABILITATIONSMASSNAHMEN

Grundsätzlich können Patienten mit allen rehabilitationspflichtigen neurologischen Erkrankungen in teilstationären Maßnahmen behandelt werden. Voraussetzung für die Behandlung in teilstationären/ambulanten Strukturen ist dabei, daß der Patient in einem Zustand ist, in dem er keiner aufwendigen Krankenhauspflege mehr bedarf und sein soziales oder familiäres Umfeld eine Selbstversorgung an Abenden und Wochenenden ermöglicht. Weiterhin dürfen keine schwerwiegenden Orientierungs- und Affektstörungen vorliegen.

Grundsätzlich ist eine teilstationäre Rehabilitationsbehandlung auch bei nur teilweise mobilisierten Patienten (z. B. Paraplegiker oder Tetraparetiker) möglich. Wesentlich ist, daß der Patient für mehrere Stunden am Tag über Therapie zugänglich ist. Dies schließt in der Regel noch stärker pflegebedürftige, für viele Stunden auch am Tag bettlägerige Patienten aus (z. B. Phase C in der VDR-Phaseneinteilung).

Da eine Vielzahl der Patienten für die teilstationäre Behandlung die AHB-Kriterien der Rentenversicherer für die Neurologie erfüllt, können grundsätzlich teilstationäre Leistungen auch anstelle der stationären Leistungen zur Anschlußheilbehandlung (z. B. in Phase D der VDR-Phaseneinteilung) gesehen werden. Es ist sicher zu stellen, daß indikations- und störungsmusterspezifische Reha-Konzepte erstellt werden.

Weiterhin können teilstationäre/ambulante Rehabilitationseinrichtungen wichtige Leistungen auch im Bereich der Nachsorge nach vorübergehendem Aufenthalt des Patienten in einer stationären Rehabilitationseinrichtung erbringen (Phase E). Dies gilt insbesondere für Belange der »vor Ort«-Aspekte sozialer und beruflicher Integration (s. u.). Wesentliches Merkmal bleibt aber in Abgrenzung zur langdauernden, ambulanten Weiterbehandlung durch niedergelassene Ärzte und Therapeuten die klare Orientierung an finalisierten Rehabilitationszielen und der ärztlich geleitete multiprofessionelle Team-Ansatz im Gegensatz zu nebeneinander stehenden Einzeltherapien. Grundsätzlich können von teilstationären/ambulanten Rehabilitationseinrichtungen auch mobile

Einsatzteams für die Therapie im häuslichen Umfeld gebildet und organisiert werden.

Im einzelnen gelten die folgenden Indikationen:

1. Cerebrovaskuläre Erkrankungen, insbesondere Zustand nach cerebrovaskulären Insulten und Hirnblutungen (ICD-Nr. 430-438).
2. Zustand nach Schädel-/Hirn-Verletzungen mit und ohne begleitende Polytraumatisierung (ICD-Nr. 850-854).
3. Entzündliche, degenerative, metabolische und toxisch erworbene Erkrankung des Gehirns (ICD-Nr. 320-326, 330, 348).
4. Zustand nach Tumoroperation bzw. Tumorbestrahlung des Gehirns und Rückenmarks (ICD-Nr. 191, 192, 198, 225).
5. Entzündliche, traumatische und sonstige erworbene Schädigungen von Nervenwurzeln und peripheren Nerven (ICD-Nr. 350-356, 950, 951, 953-957).
6. Nichtentzündliche, z. B. metabolisch, toxische u.a. Polyneuropathie-Syndrome (ICD-Nr. 356, 367).
7. Neuromuskuläre Erkrankungen (ICD-Nr. 335, 358, 359).
8. Extrapyramidale Bewegungsstörungen (ICD-Nr. 332).
9. Hirnorganische Anfallserkrankungen soweit diese als Begleitsymptome der unter 1. bis 6. bzw. 8. aufgeführten Erkrankungen eintraten (ICD-Nr. 345).
10. Hypoxische Hirnschäden (z. B. nach Reanimation, ICD-Nr. 348.1).

ZUGANG

Zugang zur teilstationären Einrichtung sollte der Patient auf Überweisung oder eigenen Antrag bekommen, vergleichbar der bisherigen Zuweisung in eine stationäre Rehabilitationsklinik. Nach den Zielen der ambulanten-/teilstationären Rehabilitationsleistungen kommen als Kostenträger die Krankenversicherer, Rentenversicherer und Unfallversicherer in Frage.

THERAPIEDICHTE

Teilstationäre Therapieeinrichtungen sollten insbesondere zu Beginn der Therapie ein hochverdichtetes Therapieangebot von ca. 5 Behandlungseinheiten (à 45 Minuten) an 5 Therapietagen/Woche bereithalten. Im weiteren Verlauf zum Teil flankierend zu eventuell berufserprobenden Einsätzen kann dann flexibel das Therapieangebot reduziert werden (z. B. durch Reduktion der wöchentlichen Therapietage). Eine pflegetagsbezogene und nicht durchlaufende Pflegesatzgestaltung kann wünschenswerte Flexibilisierung und Kostenersparnis verbinden.

EINZUGSBEREICH/PATIENTENZAHLN

Teilstationäre/ambulante Rehabilitationseinrichtungen zielen auf Patienten aus dem unmittelbaren Umfeld vorwiegend von Ballungsräumen. Entscheidend für den Radius des Einzugsbereichs ist weniger die geographische Entfernung als die tägliche Fahrzeit (mit öffentlichen Verkehrsmitteln bzw. separatem Fahrdienst). Diese sollten 2 x 30 Minuten in der Regel nicht überschreiten.

In einer teilstationären Einrichtung mit etwa 35 Plätzen können bei einer mittleren Verweildauer von 30 Therapietagen (entsprechend 6 Wochen à 5 Therapietagen) ca. 300 Patienten pro Jahr behandelt werden.

BERÜCKSICHTIGUNG MEDIZINISCH-BERUFLICHER UND SOZIALER ASPEKTE

Wesentliches Rehabilitationsziel der Rentenversicherer ist die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben. Gerade bei Patienten mit neurologischen Erkrankungen ist neben der medizinisch-rehabilitativen Therapie zur Erreichung dieses Zieles eine auf die spezifischen Läsionsmerkmale der Patienten abgestimmte berufliche Förderung wesentlich. Hierbei ist zu berücksichtigen, daß bei Patienten mit neurologischen Erkrankungen oftmals die kognitiven und affektiven Probleme in sehr viel größerem Ausmaß als motorische Defizite die wesentlichen Hinderungsgründe für eine Wiedereingliederung ins Erwerbsleben darstellen. Um diesem Sachverhalt Rechnung zu tragen, ist es daher für optimale Wiedereingliederungserfolge unerlässlich, daß die Störungsmerkmale der Patienten auf mögliche zukünftige berufliche Perspektiven abgebildet werden können.

Eine Bestandsaufnahme der noch verbleibenden körperlichen, psychischen und kognitiven Leistungsfähigkeit des Patienten insbesondere unter dem Aspekt der Adaptierbarkeit an Arbeitsplatznotwendigkeiten kann im Rahmen der sog. »Belastungserprobung« ermittelt werden, wobei gerade bei Patienten mit neurologischen Krankheitsbildern diese Phase durch einen rehabilitativ erfahrenen Neurologen unter Hinzuziehen des Therapeutenteams koordiniert werden sollte. Die Lage der teilstationären Therapieeinrichtungen in Ballungsräumen stellt gerade für diese Aufgaben eine optimale Voraussetzung dar, da die erforderlichen Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation im unmittelbaren Lebens- und Arbeitsumfeld der Patienten erfolgen können und somit, ohne »künstliche« Arbeitswelten zu schaffen, arbeitserprobende Einsätze direkt am alten Arbeitsplatz der Patienten bzw. an neuen Reha-Arbeitsplätzen vor Ort unter enger Einbeziehung des behandelnden Therapeutenteams erfolgen können. Dies war bisher auch in vielen »Phase II«-Einrichtungen nur bedingt möglich, da diese zu weit entfernt von den Wohnorten ihrer Patienten angesiedelt waren.

Auch bei Therapiezielen, die nicht eine berufliche Wiedereingliederung beinhalten, ergeben sich für ortsnahe teilstationäre Einrichtungen günstige Voraussetzung – z. B. in der Beratung der Hilfsmittelversorgung und Veränderung der häuslichen Umgebung, regelmäßiger Beratung der Familienangehörigen und deren Einbeziehen in die Therapie, in begrenztem Umfang Durchführung von Therapien in der häuslichen Umgebung des Patienten, Verbesserung der Selbständigkeit in seiner häuslichen Umgebung, Strukturierung des Alltags, Planung und Gestaltung von besserer sozialer Integration und langfristiger Förder/Pflegemaßnahmen, Aufarbeitung von Konflikten/Spannungen mit Angehörigen und Bezugspersonen – um einige zu nennen.

DIAGNOSTISCHE ANGEBOTE

Klinisch-neurologische Untersuchungen

- Anamnese
- Befunderhebung
- Verlaufskontrolle
- Psychosoziales Umfeld

Neurotechnische Untersuchung

- Elektroencephalographie (EEG einschließlich Langzeitableitung mittels Telemetrie)
- Ableitung evozierter Potentiale: VEP, AEP, SSEP
- Elektromyographie
- Elektroneurographie
- Elektronystamographie (ENG)
- Ultraschalldiagnostik (extra- und transkranielle Dopplersonographie)
- Posturographie
- Ganganalyse
- Klinisch-chemisches Labor

Psychodiagnostik

- Psychologische Anamnese
- Verhaltensbeobachtung
- Analyse des Gesundheitsverhaltens
- Testdiagnostik
 - Intelligenz
 - Merkfähigkeit
 - Gedächtnis
 - Sensomotorik
 - Konzentration
 - Aufmerksamkeit
 - Vigilanz
 - Fahrtauglichkeit
 - Berufsfindung
 - Persönlichkeit

Sprach- und Sprechdiagnostik

- Aphasie
- Dyslexie

Physiotherapeutische Diagnostik

- Analyse von Bewegungsstörungen
- Paresen
- Koordinationsstörungen
- Bewegungseinschränkungen
- Schmerzanalyse
- Überprüfung von muskulären und sensiblen Reizerscheinungen
- Funktionelle Skores

Ergotherapeutische Analyse

- Selbständigkeit
- Feinmotorik
- Hilfsmittel
- Häusliche Versorgung

Analyse der sozialen Situation

- Familie
- Soziales Umfeld
- Finanzielle Situation
- Wohnsituation

Pflegeanalyse

- Pflegezustand
- Häusliche Pflegesituation
- Pflegebericht

Reha-Beratung

- Arbeitsanamnese
- Ausbildungsanamnese
- Soziale Beratung
- Soziale Analyse
- Umschulungsmöglichkeiten
- Wiedereingliederungsvorschläge

- Dysgraphie
- Akalkulie
- Dysarthrie
- Dysphagie
- Umweltkommunikationssysteme

THERAPEUTISCHE VERFAHREN

Ärztliche Betreuung und Beratung

- Medikamentöse Behandlung
- Reha-Koordination
 - Festlegung der therapeutischen Schwerpunkte
 - Nah/Fernziele
 - Abschätzung der Prognose
 - Koordinierung der Einzeltherapien
 - Beratung der Therapeuten
 - Patientenführung/aufklärung
- Sozialmedizinische Beratung und Betreuung von Patienten und deren Angehörigen
 - Diätische Führung
 - Sekundäre Prävention
 - Suchtbehandlung
 - Schmerztherapie
- Neuropsychologische Therapie
 - Schwindeltraining
 - Verschiedene Formen des EMG-Biofeedbacks
 - Propriozeptives Biofeedback
 - Posturographie-Feedback
 - Akupunktur
- Programme zur Erhaltung der Restgesundheit z. B.:
 - Gesundheitserziehung
 - Streßbewältigung

Psychotherapeutische Verfahren, z. B.:

- Verhaltenstherapie
- Gesprächstherapie
- Familientherapie
- Gestalttherapie

Entspannungsverfahren, z. B.:

- Autogenes Training
- Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson
- Integrative Bewegungstherapie
- Atemfeedback

Neuropsychologische Übungsverfahren

- Konzentrationstraining
- Orientierungstraining
- Gedächtnistraining
- Gesichtsfeldtraining
- Training der Feinmotorik
- Computergestütztes Dysarthrietraining
- Aufmerksamkeitstraining

Sprachtherapie

- Einzeltherapie
- Gruppentherapie
- Computergestütztes Sprachtraining
- Sprechtraining
- Schlucktraining

Krankengymnastische Therapie

- Bobath-Konzept
- Propriozeptive neuromuskuläre Facilitation (PNF)
- Entwicklungskinesiologische Therapie
- Seriengipse
- Manuelle Therapie
- Rückenschulung
- EMG-Biofeedback
- Hydrotherapeutisches Bewegungstraining
- Laufbandtherapie

Ergotherapie

- Sensomotorisch-funktionelle Einzeltherapie
- Schreibtraining
- Handwerkliche Tätigkeiten
- Gruppenarbeit
- Selbsthilfetraining
- Versorgung mit technischen Hilfen
- Abklärung des häuslichen und beruflichen Bereiches
- Beratung und Anleitung der Angehörigen
- Förderung gestörter neuropsychologischer Fähigkeiten
- Hilfsmittelberatung

Berufstherapie

- Belastungserprobung
- Arbeitserprobung
- Berufsfindung

Physikalische Therapie

- Klassische Massage
- Bindegewebsmassage
- Unterwassermassage
- Medizinische Bäder
- Manuelle Lymphdrainage
- Nemectrolyn
- Neuroton
- Ultraschall

- Hochvolttherapie

PERSONALBEDARF BEI EINER TEILSTATIONÄREN EINHEIT MIT 30 BIS 35 BEHANDLUNGSPLÄTZEN

Ärztlicher Dienst		Krankengymnastik	
Leitender Arzt	1,0	Krankengymnast	5,0
Oberarzt	1,0		
Assistenzarzt bzw. AiP	2,0		
Pflegedienst		Ergotherapie	
Krankenschwester	2,0	Ergotherapeut	4,0
Pflegehelfer	1,0		
Psychologischer Dienst		Andere Dienste	
Diplom-Psychologe	3,0	Sozialarbeiter	1,0
		Sekretärin	1,5
		Zivildienstleistender	2,0
Neurophysiologie		Verwaltungsdienst	
Assistentin	1,0	Buchhaltung	1,0
Arzthelferin	1,0	Aufnahme/Abrechnung	1,0
		Hausmeister	1,0
		Hilfskraft	0,5
Logopädischer Dienst		Insgesamt 34,0	
Logopäde/Sprachtherapeut	3,0		

RAUMPROGRAMM

Ärztlicher/Diagnostik Bereich

Ärzte	4	(à 15 qm)
Sozialarbeiter	1	(15 qm)
Verwaltung	1	(15 qm)
Sekretärin	2	(à 15 qm)
Pflegestützpunkte	1	(20 qm)
Diagnostikräume	2	(à 20 qm)
- Klinische		
Neurophysiologie	1	(20 qm)
- Dopplerverfahren	1	(30 qm)
Posturographie/ Ganganalyse/Laufband		

Therapieräume

Krankengymnastik	4	(à 20 qm)
- Gruppenraum	1	(50 qm)
Ergotherapie	3	(à 20 qm)
- Übungsküche	1	(20 qm)
Neuropsychologie	4	(à 15 qm)
Psychotherapie	1	(50 qm)
- Gruppenraum	3	(à 15 qm)
evtl. gleichzeitig als Besprechungsraum für Teamkonferenzen Sprachtherapeuten		

Allgemeiner Bereich

1
2

(20 qm)
(à 20 qm)

Reception
Ruheräume
Umkleide- und Aufenthaltsräume
für Mitarbeiter
ggfs. Cafeteria
ggfs. Aufenthaltszonen