

## Empfehlungen

### Empfehlungen der DGNR zur Interaktion der neurologischen und der geriatrischen Rehabilitation

Neurologische Rehabilitation stellt heute eine praktische Anwendung der Neurowissenschaften mit zunehmend spezialisierten Behandlungsmethoden dar. Besonders das Wissen um die Plastizität des Nervensystems und die daraus entwickelten Therapiemöglichkeiten haben die differenzierten Rehabilitationswege zum Ziel der Rückbildung und der Kompensation neurologischer Defizite wesentlich erweitert. Deshalb und wegen der Komplexität der fachspezifischen Krankheiten verfügen die neurologischen Rehabilitationseinrichtungen über einen hohen Qualitätsstandard und müssen von Fachärzten geleitet werden, die in den klinischen Neurowissenschaften ausgebildet sind.

Indikationen zur neurologischen Rehabilitation sind alle rehabilitationspflichtigen Erkrankungen, Verletzungen und vorausgegangenen Operationen des zentralen und peripheren Nervensystems (einschließlich maligner Tumore und Systemerkrankungen), neuromuskuläre Krankheiten und Myopathien.

#### Die Indikationen nach der ICD-Klassifikation sind:

- Zerebrovaskuläre Erkrankungen, insbesondere Zustand nach zerebrovaskulären Insulten und Hirnblutungen (ICD-Nr. 430 - 438)
- Zustand nach Schädel-/Hirnverletzungen mit und ohne begleitende Polytraumatisierung (ICD-Nr. 850 - 854)
- Entzündliche, degenerative, metabolische und toxisch erworbene Erkrankungen des Gehirns (ICD-Nr. 320 - 326, 330, 348)
- Zustand nach Tumoroperationen bzw. Tumorbestrahlung des Gehirns und Rückenmarks (ICD-Nr. 11, 12, 18, 225)
- Entzündliche, traumatische und sonstige erworbene Schädigungen von Nervenwurzeln und peripheren Nerven (ICD-Nr. 350 - 356, 950, 951, 953, 957)
- Nichtentzündliche, z. B. metabolische, toxische u. a. Polyneuropathie-Syndrome (ICD-Nr. 356, 357)
- Neuromuskuläre Erkrankungen (ICD-Nr. 353, 358, 359)
- Extrapiramidale Bewegungsstörungen (ICD-Nr. 332)
- Hirnorganische Anfallserkrankungen (ICD-Nr. 345)
- Hirnorganische psychische Defizite (ICD-Nr. 291, 310, 290, 294, 293)
- Psychosomatische Störungen als Begleiterscheinung von neurologischen Erkrankungen und Verletzungen (ICD-Nr. 3060 - 3079)

Vom Störungsbild her handelt es sich um Funktionsdefizite der Sensomotorik, der Kommunikation, des Schlukkens, des Vegetativums (inkl. Blasen-/Darmkontrolle), der Wahrnehmung und mental-kognitiver Leistungen.

Der Sachverstand des neurowissenschaftlich ausgebildeten Arztes ist für die Diagnosestellung und die Therapieentscheidung, und damit auch für die Indikation und Auswahl der geeigneten Rehabilitationsverfahren und Durchführung der Rehabilitation von Patienten mit einem neurologischen Syndrom erforderlich.

Die neurologische Rehabilitation umfaßt beim Erwachsenen alle Lebensabschnitte ohne obere Altersgrenze. Sie schließt dabei auch die Behandlung von Patienten mit gleichzeitig vorliegenden Nebenleiden ein.

Die neurologische Rehabilitation erfolgt in der ganzheitlichen Sichtweise des Patienten unter Beachtung der typischen Besonderheiten seines jeweiligen Alters, seiner Lebensumstände und seines Umfeldes. Sie adaptiert beim alten und beim multimorbiden Menschen alle Behandlungsmaßnahmen und Rehabilitationsziele an seine Bedürfnisse und an seine verbliebenen Möglichkeiten.

Hierfür haben die neurologischen Rehabilitationskliniken hohe Anforderungen an die Qualität der medizinisch-therapeutischen, der räumlichen und der personellen Ausstattung und an die fachliche Qualifikation der ärztlichen Leitung zu erfüllen.

Hinsichtlich der Interaktion der neurologischen und der geriatrischen Rehabilitation bedürfen folgende Merkmale der Hervorhebung aus neurologischer Sicht:

- Bei allen Patienten, bei denen die Rehabilitationsziele wesentlich durch die neurologischen Ausfallserscheinungen in Planung und Durchführung bestimmt werden, gibt es keine obere Altersgrenze für eine neurologische Rehabilitation.
- Das bei höherem Lebensalter häufiger zu erwartende Vorkommen von Leiden, die neben dem neurologischen Hauptleiden bestehen, ist nur bei bestimmten Konstellationen als Ausschlusskriterium für die neurologische Rehabilitation zu bewerten, wenn nämlich die nicht-neurologischen Behandlungsziele im Vordergrund der medizinischen Betreuung stehen.
- Liegen neben der neurologischen Hauptkrankheit weitere nicht-neurologische Diagnosen (z. B. Hypertonie, Herzleiden, Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen etc.) vor, so kann die Mitbehandlung innerhalb der neurologischen Rehabilitation erfolgen.

Hierfür müssen die Behandlungseinrichtungen über die strukturellen und personellen Voraussetzungen verfügen, die den internistischen bzw. geriatrischen Qualitätsstandard sicherstellen, d. h. in den Einrichtungen müssen zumindest konsiliarisch internistische bzw. internistisch-geriatrische Fachärzte zur Verfügung stehen.

- Ist Multimorbidität durch schwerwiegende nicht-neurologische Leiden gekennzeichnet, die alterstypisch sind und die eine vorrangige neurologische Rehabilitation nur unzureichend oder gar nicht ermöglichen (z. B. wegen Belastungsunfähigkeit durch schwere Herzkrankheit, Hüftleiden, Frakturfolgen bei Osteoporose, Atemwegserkrankung etc.), stehen internistische bzw. geriatrische Behandlungsziele im Vordergrund. Die neurologische Rehabilitationsfähigkeit soll dabei immer mit berücksichtigt werden.

Die Rehabilitation mehrfach kranker Patienten mit im Vordergrund stehender neurologischer Symptomatik kann grundsätzlich auch in geriatrischen Einrichtungen erfolgen, wenn der hierfür erforderliche neurologische Sachverstand mit Planungs- und Entscheidungsbefugnis für die Diagnostik und Therapie vorhanden ist und wenn die Einrichtung die für neurologische Patienten adäquate Struktur und personelle Ausstattung aufweist. Dies setzt voraus, daß ein Neurologe in der Leitungsebene verantwortlich für die spezielle Diagnostik, die Indikation, die Durchführung der Behandlung und die Verlaufsüberwachung ist. Ferner sollen die Ziele und die Methoden der Rehabilitation denjenigen der neurologischen Rehabilitation entsprechen. Dies gilt auch für die Organisation sowie für die Qualifikation und die Stellenplätze des medizinisch-therapeutischen, krankenschwägerischen und des flankierend eingesetzten Personals.

**D. Kutzner für die DGNR-AG**  
**Interaktion Neurologische und Geriatrische Rehabilitation**