



DAS PHASENMODELL DER NEUROLOGISCHEN REHABILITATION

Prof. Dr. Michael Jöbges, Ärztlicher Leiter
Kliniken Schmieder Konstanz

GLIEDERUNG

- Definition Rehabilitation
- Phasenmodelle
 - Rehabilitandencharakteristika
 - Aufgaben
 - Problemfelder

DEFINITION

- Rehabilitation:
 - Etymologisch: rehabilitatio =
Wiederherstellung
- Wiederherstellung von was???

DEFINITION REHABILITATION

WHO (1981):

„Rehabilitation umfasst den koordinierten Einsatz medizinischer, sozialer, beruflicher, pädagogischer und technischer Maßnahmen sowie Einflussnahme auf das physische und soziale Umfeld zur Funktionsverbesserung zum Erreichen einer größtmöglichen Eigenaktivität zur weitestgehenden Partizipation **in allen Lebensbereichen**, damit der Betroffenen in seiner Lebensgestaltung so frei wie möglich wird.“

DEFINITION

- Rehabilitation Kostenträger
 - Bundesagentur für Arbeit,
 - gesetzliche Rentenversicherung DRV,
 - gesetzlichen Krankenkassen,
 - gesetzliche Unfallversicherung,
 - Träger der Kriegsopferversorgung und Kriegsopferfürsorge,
 - Träger der öffentlichen Jugendhilfe
 - Träger der Sozialhilfe.

- Gesetzliche Grundlagen sind das SGB:
 - SGB IX Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen,
 - SGB V für die gesetzliche Krankenversicherung,
 - SGB VI für die Rentenversicherung,
 - SGB VII für die Unfallversicherung,
 - SGB VIII für die Jugendhilfe,
 - SGB XII für die Sozialhilfe (Eingliederungshilfe),
 - SGB III für die Bundesagentur für Arbeit, auch zuständig für SGB II und SGB IX
 - BVersG für die Versorgungsverwaltung.

§ 8 Wunsch- und Wahlrecht

(1) Bei der Entscheidung über die Leistungen und bei der Ausführung der Leistungen zur Teilhabe wird berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten entsprochen.

§ 14 Leistender Rehabilitationsträger

(1) Werden Leistungen zur Teilhabe beantragt, stellt der Rehabilitationsträger innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrages bei ihm fest, ob er nach dem für ihn geltenden Leistungsgesetz für die Leistung zuständig ist.

§ 39 AUFGABEN DER „BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT REHABILITATION“

1. die Beobachtung der Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger und die regelmäßige Auswertung und Bewertung der Zusammenarbeit; hierzu bedarf es
 - a) der Erstellung von gemeinsamen Grundsätzen für die Erhebung von Daten, die der Aufbereitung und Bereitstellung von Statistiken über das Rehabilitationsgeschehen der Träger und ihrer Zusammenarbeit dienen,.....
2. die Erarbeitung von gemeinsamen Grundsätzen zur Bedarfserkennung, Bedarfsermittlung und Koordinierung von Rehabilitationsmaßnahmen und zur trägerübergreifenden Zusammenarbeit,
3. die Erarbeitung von gemeinsamen Empfehlungen zur Sicherung der Zusammenarbeit nach § 25,
4. die trägerübergreifende Fort- und Weiterbildung zur Unterstützung und Umsetzung trägerübergreifender Kooperation und Koordination,
- ...

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.

Empfehlungen

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



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

vom 2. November 1995

https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/_publikationen/reha_vereinbarungen/pdfs/Empfehlung_neurologische_Reha_Phasen_B_und_C.pdf



Empfehlungen

*zur stationären Langzeitpflege
und Behandlung von Menschen
mit schweren und schwersten
Schädigungen des Nervensystems
in der Phase F*



***BAR-Empfehlungen
zur stationären Langzeitpflege
und Behandlung von Menschen
mit schweren und schwersten
Schädigungen des Nervensystems
in der Phase F***

vom 28. Januar 2003

https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/_publikationen/reha_vereinbarungen/pdfs/Rahmenempfehlung_stationäre_Langzeitpflege.pdf

*Rahmen-
empfehlungen*

*zur ambulanten neurologischen
Rehabilitation*

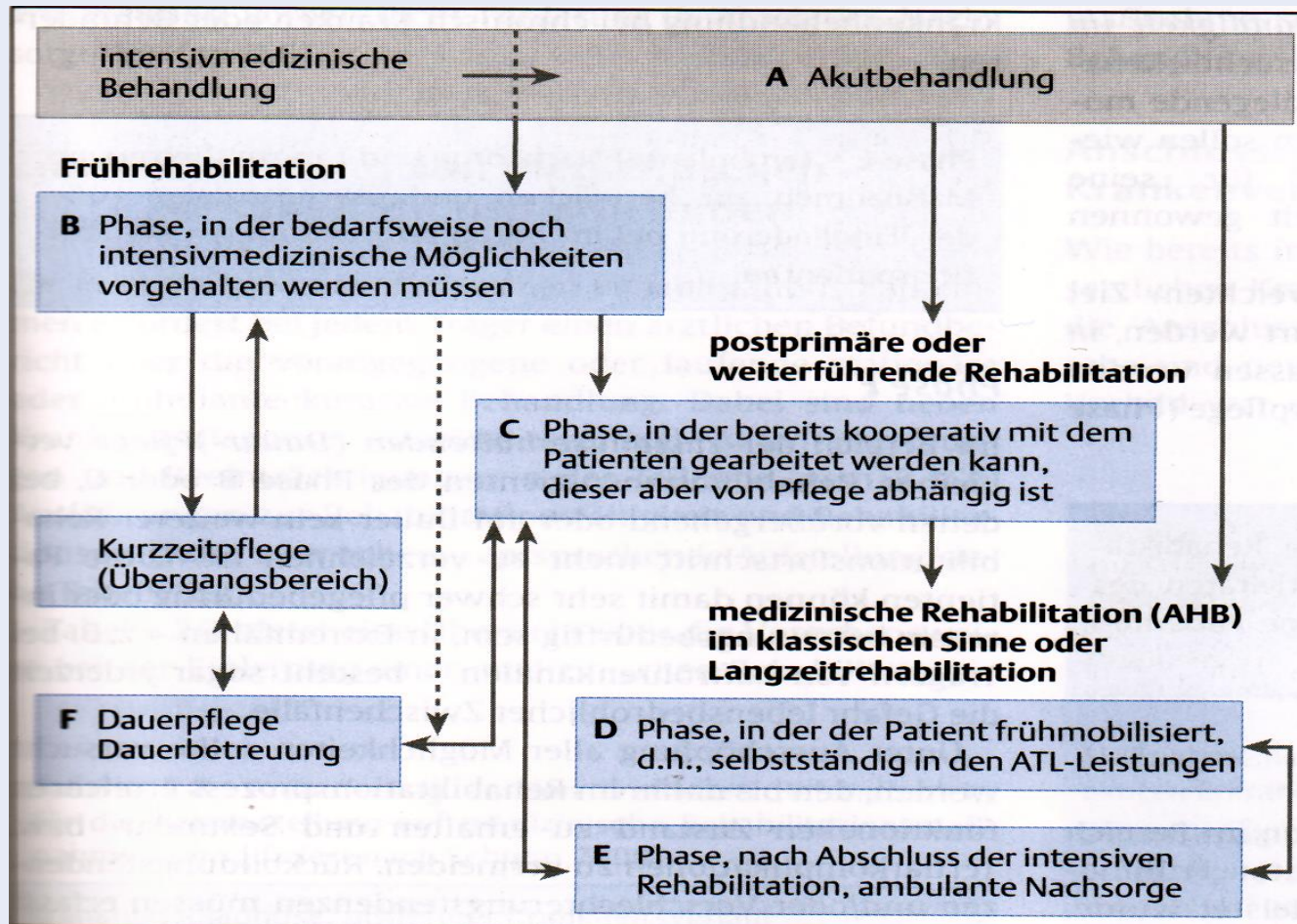


**BAR-Rahmenempfehlungen
zur ambulanten neurologischen
Rehabilitation**

vom 08. September 2005

https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/_publikationen/reha_vereinbarungen/pdfs/Rahmenempfehlung_neurologische_Rehabilitation.pdf

PHASENMODELL IN DER NEUROLOGISCHEN REHABILITATION



- Grundsätzliches:
 - Phasendefinition abhängig vom Zustand und der akutmedizinischen und rehabilitations-medizinischen Behandlungsnotwendigkeit des Rehabilitanden
 - Der Rehabilitand muss **nicht** alle Phasen hintereinander durchlaufen
 - „Intervallrehabilitation“ möglich

- Phase A = Akutbehandlung
- Wann ist eine Akutbehandlung beendet?
- Rehaziele, -prognose, -fähigkeit?

- Eingangskriterien:
 - Bewusstlose oder schwer bewusstseinsgestörte Patienten
 - Intensivbehandlungspflichtige Patienten
 - Primäre Akutversorgung abgeschlossen
 - Aktuell keine operative Intervention erforderlich
 - Keine Sepsis
 - Keine floride Osteomyelitis
 - Intracranielle Druckverhältnisse stabil

- Eingangskriterien:
 - Herzkreislauf- und Atmungsfunktion im Liegen stabil
 - Nicht fähig zur kooperativen Mitarbeit
 - Vollständig von pflegerischer Hilfe abhängig
 - In der Regel Sonden-Ernährung
 - In der Regel Inkontinenz
 - U.U. erhebliche Selbst- und/oder Fremdgefährdung

- Ausgangskriterien Phase B
= Eingangskriterien Phase C:
 - Überwiegend bewusstseinsklar
 - Keine intensivmedizinische Überwachung mehr notwendig
 - ADL weitgehend mit pflegerischer Hilfe
 - Keine konkrete Selbst- oder Fremdgefährdung

- Ausgangskriterien Phase B
= Eingangskriterien Phase C:
 - Teilmobilisiert
 - Kann an mehreren Therapieeinheiten von je etwa 30 min aktiv teilnehmen
 - Keine schweren Störungen des Sozialverhaltens
 - Kleingruppenfähigkeit (drei bis fünf Patienten) muss vorliegen

- Phasenzuordnung gelegentlich strittig
- Problemfälle, wenn einige Kriterien erfüllt werden und andere nicht
- Weitere Entscheidungshilfe Frühreha-Barthel-Index nach Schönle

- 2 Teile
 - Barthel-Index:
 - ADL Fähigkeiten werden bewertet (Essen und Trinken, Umsteigen aus dem Rollstuhl ins Bett, Persönliche Pflege, Benutzung der Toilette, Baden/Duschen, Gehen auf ebenem Grund etc.)
 - Punkte von 0 bis 100
 - 0 Punkte vollständig ADL abhängig, 100 Punkte ADL selbständig
 - Frühreha-Index

BARTHEL-INDEX

Fähigkeit (Item)	Punktzahl
Essen und Trinken	0, 5, 10
Baden/Duschen	0, 5
Körperpflege	0, 5
An- und Ausziehen	0, 5, 10
Stuhlkontrolle	0, 5, 10
Harnkontrolle	0, 5, 10
Benutzung der Toilette	0, 5, 10
Bett- /Stuhltransfer	0, 5, 10, 15
Mobilität (selbständiges Gehen/Fahren mit Rollstuhl)	0, 5, 10, 15
Treppen steigen	0, 5, 10

- Minus punkte beim Vorliegen von:
 - Intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand (-50)
 - Absaugpflichtiges Tracheostoma (-50)
 - Intermittierende Beatmung (-50)
 - Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (-50)
 - Verwirrtheit (-50)
 - Schwere Verständigungsstörung (-25)
 - Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung (-25)

PW Schönle: *Der Frühreha-Barthel-Index (FRB) – eine frührehabilitationsorientierte Erweiterung des Barthel-Index*. In: Rehabilitation 1995, Ausgabe 34, Seiten 69–73

Arbeitsgemeinschaft Neurologische Frührehabilitation Der Frühreha-Index:
Ein Manual zur Operationalisierung. In: Rehabilitation 2010, Ausgabe 49(1): Seiten 222-29

- Aus der Summation von Teil 1 und 2 ergibt sich Gesamtindexwert:
 - Gesamtindexwert < +30 Phase B
 - Gesamtindexwert zwischen +30 und +70 Phase C
 - Gesamtindexwert > +70 Phase D

REHABILITATIONSZIELE PHASE B

- Besserung des Bewusstseinszustandes
- Beginnende Mobilisierung
- Vermeidung sekundärer Komplikationen
- Klärung des Rehabilitationspotentials
- Planung und Einleitung der weiteren Versorgung
- Minderung des Ausmaßes von Schädigungen des PNS + ZNS

AUFGABEN PHASE B

- Kurativmedizinisch
- Funktionsdiagnostik auf Impairment- und Disability-Ebene
- Aktivierende Pflege
- Gezielte funktionelle Behandlung

- „...In der Regel sechs Monate, 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...“

- Die Krankenhausbehandlung wird... die akutstationäre Behandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation.
- ➔ DRG + OPS

- Frührehteam unter Leitung eines Facharztes für Neurologie, Neurochirurgie, Physikalische und rehabilitative Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Neuropädiatrie, der über eine mindestens 3-jährige Erfahrung in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation verfügt. Im Frührehteam muss der neurologische oder neurochirurgische Sachverstand kontinuierlich eingebunden sein
- Standardisiertes Frührehabilitations-Assessment zur Erfassung und Wertung der funktionellen Defizite in mindestens 5 Bereichen
- Der Patient hat einen Frührehabilitations-Barthel-Index nach Schönle bis maximal 30 Punkte zu Beginn der Behandlung. (Die Berechnung des Frührehabilitations-Barthel-Index nach Schönle ist im Anhang zur ICD-10-GM zu finden)
- Wöchentliche Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele
- Aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal auf dem Gebiet der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation

- Vorhandensein von folgenden Therapiebereichen:
Physiotherapie/Krankengymnastik, Physikalische Therapie, Ergotherapie, Neuropsychologie, Logopädie/fazioorale Therapie und therapeutische Pflege (Waschtraining, Anziehtraining, Esstraining, Kontinenztraining, Orientierungstraining, Schlucktraining, Tracheostomamanagement, Isolierungspflichtige Maßnahmen u.a.). Der vom Patienten benötigte Einsatz der Therapiebereiche erfolgt in unterschiedlichen Kombinationen von mindestens 300 Minuten täglich (bei simultanem Einsatz von zwei oder mehr Mitarbeitern dürfen die Mitarbeiterminuten aufsummiert werden) im Durchschnitt der Behandlungsdauer der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation. Leistungen der durch Musiktherapeuten durchgeführten Musiktherapie können auf die tägliche Therapiezeit angerechnet werden, wenn das therapeutische Konzept der Frührehabilitationseinrichtung Musiktherapie vorsieht

DRG SYSTEM

- DRG B42Z Verweildauer >27 Tage, ab diesem Zeitpunkt gelten tagesgleiche individuell ausgehandelte Fallpauschalen

REHABILITATIONSZIELE PHASE C

- ADL Selbständigkeit
- Wiederherstellung grundlegender Funktionen des Nervensystems (z.B. Orientierung, sensomotorische Funktionen etc.)
- Klärung des Rehabilitationspotentials und der Langzeitperspektive
- Planung und Einleitung der weiteren Versorgung

- Funktionsdiagnostik auf den Ebenen Aktivität, Funktion, Teilhabe
- Aktivierende Pflege
- Gezielte funktionelle Behandlung
- Verordnung und ggf. Anpassung von Hilfsmitteln
- Beratung von Angehörigen
- Ggf. Rehabilitationsprognose bezüglich beruflicher Leistungsfähigkeit

- Häufige Diagnosen:
 - Cerebrale Ischämie
 - Intracerebrale Blutung
 - Subarachnoidalblutung
 - Schädel-Hirn-Trauma
 - Hypoxischer Hirnschaden
 - Critical Illness Polyneuropathie
- } >60%

- Zusätzlich häufige Diagnosen
 - Parkinson Syndrome
 - Guillan Barré Syndrom
 - Multiple Sklerose
 - Z.n. Wirbelsäulenoperationen mit radikulären oder myelären Symptomen
 - Hirn- und Rückenmarkstumore
 - Meningeom

- Eingangskriterien + Ziele Phase D:
 - Kooperative und im Alltag weitgehend selbständige Patienten sollen für die Teilhabe am Arbeitsleben und für die Teilhabe am Gesellschaftsleben (wieder) befähigt werden
 - Barthel Index ≥ 70

- ICF Orientierung mit Schwerpunktsetzung auf der Partizipations-Ebene:
 - Diagnostik und Therapie von
 - motorischen, koordinativen, sensiblen Defiziten
 - sprachsystematischen Defiziten
 - Stimm- und Sprechstörungen
 - Aufmerksamkeits-, Konzentrations-, Handlungsplanungs-, Gedächtnisstörungen und Gesichtsfelddefekten
 - Problemen im Bereich Affekt und sozialen Verhaltens

- Zusätzliche Diagnosen:
 - Muskelerkrankungen
 - Hereditäre Erkrankungen z.B. im Bereich Polyneuropathien oder SCA
 - Mitochondriopathien
 - ALS
 - Gesamtes Spektrum der Neurologie, wenn Pat. rehabilitationsfähig, motiviert, kooperativ und adäquates Rehabilitationsziel bzw. –prognose bestehen
 - (Demenz??)

Kostenträgerschaft der gesetzlichen Krankenkasse:

Mitglied in einer gesetzlichen Krankenkasse und
nicht mehr im beruflich leistungsfähigen Alter

oder

im beruflich leistungsfähigen Alter und
Rentenversicherungsträger lehnt Rehabilitation ab

Anschlussheilbehandlung

erfolgt im Anschluss an Krankenhausaufenthalt
muss aus dem Krankenhaus heraus beantragt werden
muss spätestens 14 Tage nach Ende des Krankenhausaufenthaltes
angetreten werden
DRVen haben Vertragskliniken in denen Kostenzusage als erteilt gilt
gesetzliche Krankenkassen Prüfverfahren

Betrifft im Gegensatz zur oben vorgestellten Rehabilitation akuter Erkrankung die Rehabilitation **chronischer** Erkrankungen bzw. die Rehabilitation chronischer Symptome akuter Erkrankungen.

Heilverfahren

- werden aus dem ambulanten Bereich heraus durch einen Arzt beantragt
- Prüfverfahren
- können im Rahmen der Änderung der Pflegegesetzgebung auch durch den begutachtenden MDK vorgeschlagen werden

BESONDERHEITEN

AGM → Anschlussgesundheitsmaßnahme

BGSW → Berufsgenossenschaftliche Stationäre Weiterbehandlung

IRENA → DRV intensivierte Reha-Nachsorge

Tele-Reha-Nachsorge → Anforderungen an Tele-Reha Nachsorge auf Homepage der DRV
Bund zum Download

Anschlussgesundheitsmaßnahme (DRV)

Patient ist nicht gesetzlich krankenversichert

oder

AHB konnte nicht zeitnah angetreten werden (Anmeldung über
ambulanten Arzt)

Prüfverfahren

Nach einem Arbeitsunfall oder einer Berufserkrankung steht im Vordergrund die Gesundheit der Versicherten **mit allen geeigneten Mittel** wiederherzustellen und die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft zu sichern bzw. wieder zu ermöglichen.

- Multiprofessionelles Team:
 - Pfllegeteam
 - Physiotherapeuten
 - Ergotherapeuten
 - Logopäden
 - Neuropsychologen
 - Sozialarbeiter
 - Ärzte

- Nachsorge und Langzeitbetreuung: Maßnahmen zur beruflichen und psychosozialen Wiedereingliederung bei im Alltag selbständigen Rehabilitanden
- Durch die Verknüpfung der medizinischen Leistungen mit frühzeitigen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft soll eine zügige und nahtlose Rehabilitationsbehandlung „wie aus einer Hand“ gewährleistet werden. Dementsprechend sollen die „Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation“ – auch „Einrichtungen der Phase II“ genannt – eine Lücke schließen zwischen der Akutbehandlung und Erstversorgung (als Phase I bezeichnet) und der beruflichen Rehabilitation, die der Ausbildung, Umschulung beziehungsweise beruflichen (Re-)Integration dient (als Phase III bezeichnet).
- Formen des betreuenden und begleitenden Wohnens (früher als Phase G bezeichnet)

PHASENMODELLE

Medizinische Rehabilitation



Medizinisch-Berufliche Rehabilitation



Berufliche Rehabilitation

Die Empfehlungen beziehen sich auf Patienten, welche an den

Folgen von neurologischen Akutereignissen (z.B. Schädel-Hirn-Traumen, zerebrale Sauerstoffmangelschäden u.a. nach Herz-Kreislauf-Versagen), von akuten zerebralen Gefäßschäden, von entzündlichen Erkrankungsprozessen im Nervensystem oder hohen Querschnittsyndromen leiden.

Im Vordergrund stehen bei den Betroffenen **verschiedene Grade der Bewusstseinsstörung** (z.B. apallisches Syndrom/Wachkoma) und/oder **intellektuell-kognitive Einschränkungen** (z.B. Einschränkungen der Wahrnehmungs- und Auffassungsgabe, Verhaltensauffälligkeiten verschiedener Ausprägung und/oder Empfindungs- und Erlebnisverarbeitungsstörungen), und/oder **Einschränkungen der Sprach- und Sprechfähigkeit sowie verschiedene, meist sehr komplexe Ausfallmuster im Bereich der Sensorik und der Motorik.**

Bewusstseinsstörungen, schlaffe oder spastische Lähmungen und andere Schädigungen (z.B. Schluck- oder Atemstörungen) schränken dabei unter Umständen die Lebensaktivitäten so stark ein, dass **aufwändige pflegerische und medizinische Maßnahmen notwendig** werden können (z.B. Sondenernährung, spezielle Lagerung, Tracheotomie usw., im Extremfall auch apparative Beatmungshilfe).

Diese Personen sind, abhängig von ihrer Mobilität/Mobilisierbarkeit, vielfach noch **unmittelbar bedroht von einer Vielzahl sekundärer Schädigungen** und Komplikationen (z.B. Kontrakturen, Dekubiti, Infektionen), die bei der Pflege und Behandlung zu berücksichtigen sind.

PHASE F

Die Phase F ist geprägt von dauerhaften pflegerischen **sowie medizinischen**, die Selbsthilfepotenziale unterstützenden, betreuenden und/oder zustandserhaltenden

Maßnahmen. Die Phase F ist außerdem geprägt von zusätzlichen **langfristigen medizinisch-therapeutischen** Leistungen.

■ Aber:

Die **Phase F** ist leistungrechtlich bezogen auf die **Pflegeleistungen** der Pflegeversicherung, der Unfallversicherung und der Sozialhilfe zugeordnet. Die darüber hinausgehenden **ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen** (z.B. Heil- und Hilfsmittel) werden vom **jeweils zuständigen Leistungsträger** (insbesondere gesetzliche Krankenkasse oder Unfallversicherungsträger) finanziert. Dessen Zuständigkeit und der Umfang seiner Leistungspflicht richten sich im Einzelfall nach den für ihn geltenden Vorschriften.

■ Ärztliche Versorgung:

Bei der Versorgung von Phase F-Bewohnern in Fachpflege-einrichtungen durch Vertragsärzte muss das im Behandlungsplan beschriebene **durchgängige koordinierte Behandlungskonzept auch aus ärztlicher Sicht** die Grundlage für eine langfristig angelegte Behandlung darstellen. Der **behandelnde Arzt sollte persönlich an den Quartalskonferenzen** teilnehmen. Anhand des fortgeschriebenen Behandlungsplanes fasst der Arzt die wesentlichen Inhalte in einem Behandlungsbericht zusammen. **Er führt in der Regel eine wöchentliche Visite** durch. Bei Bedarf verordnet er Medikamente, Heil- und Hilfsmittel und überprüft die weitere Notwendigkeit der verordneten Leistungen.

Fragen?

Vielen Dank
für Ihre
Aufmerksamkeit