

RehaUpdate: Neurologische Rehabilitation

Übersicht über die Versorgungsstruktur

Claus-W. Wallesch

BDH-Klinik Elzach

claus.wallesch@neuroklinik-elzach.de



Was ist das Besondere an der Neurologischen Rehabilitation?



1. Neurologische Krankheiten sind die häufigste und volkswirtschaftlich bedeutsamste Ursache anhaltender Behinderung (Schädelhirntrauma, Schlaganfall...)
2. In der Regel besteht kein chronisch fortschreitender Erkrankungsprozess (vs. z.B. Rheumatologie, Pulmologie)
3. Bei Ende der Akutphase besteht oft eine schwere Beeinträchtigung der Teilhabe
4. Patienten mit nichtneurologischer Grunderkrankung werden nach längerer Intensivbehandlung wegen neurologischer Folge- und Begleiterkrankungen in die neurologische Frührehabilitation verlegt
5. Neurologische Rehabilitation erfolgt oft bei noch hochgradig pflegebedürftigen Patienten, Pflege als Therapie
6. Neurologische Rehabilitation wird von einem multiprofessionellen Team erbracht

Das Team der neurologischen Rehabilitation international



Team im engeren Sinne – die „hands-on professions“:

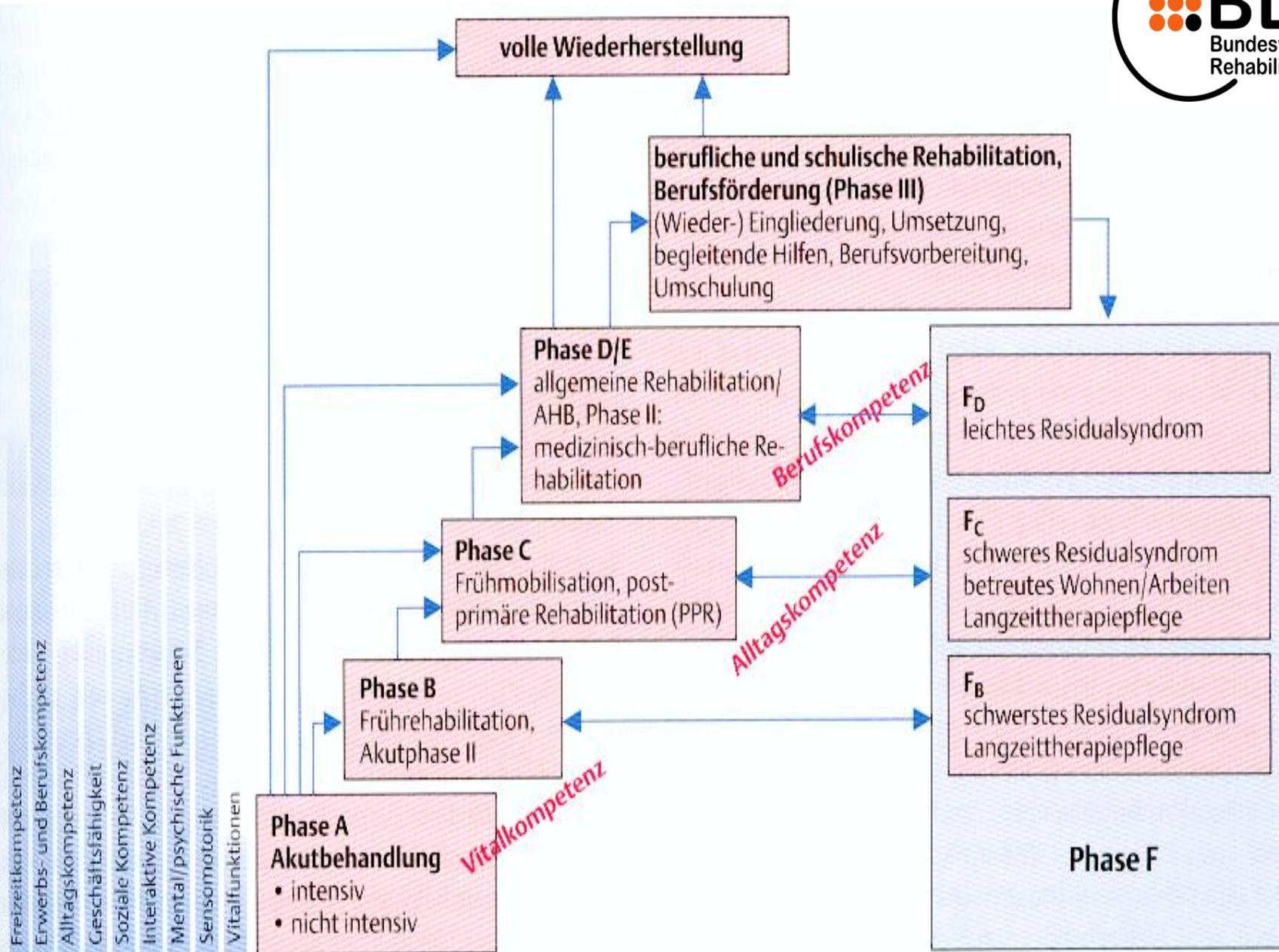
- Physiotherapie
- Ergotherapie
- Logopädie
- therapeutische Pflege
- ggf. Neuropsychologie/ Psychotherapie
- ggf. Rehabilitand (z.B. Querschnitt)

regelmäßige Teambesprechungen, gemeinsame Therapieplanung, Case Management

„Consultants“:

Ärzte: Eingangs- und Abschlussdiagnostik, medikamentöse Therapie, Komplikationsmanagement, Rehaassessment (BAR), Verlängerungsanträge
Neuropsychologen: Eingangs- und ggf. Abschlussdiagnostik
Sozialarbeiter (Planung der weiteren Versorgung)

Phasen der neurologischen Rehabilitation



Phasen der neurologischen Rehabilitation



Phase A Akutbehandlung (z.B. Stroke Unit)

- akute Erkrankung/ Verletzung
- Diagnostik erforderlich
- Operative Interventionen notwendig
- sehr unterschiedliches Ausmaß an Behinderungen
- Gefahr von Komplikationen
- Häufig vitale Gefährdung/ Intensivpflichtigkeit

Frührehabilitation im Akutkrankenhaus (§39 SGB V). Z.B. sind im Team der Stroke Unit Physio-, Ergotherapie und Logopädie verbindlich vertreten

Phasen der neurologischen Rehabilitation



Phase B „Frührehabilitation“ in spezialisierter Einrichtung

- schwer bewusstseinsgetrübt oder bewusstlos
- schwere organische Wesens- und Verhaltensstörung
- nicht kooperationsfähig
- nicht intensivpflichtig, ggf. noch beatmungspflichtig. Für Komplikationen muss Intensivmedizin vorgehalten werden
- Mobilisierbarkeit nicht durch nichtneurologische Störungen beeinträchtigt
- Häufig neurologische Komplikationen nichtneurologischer Grunderkrankungen (Sepsis, Hypoxie, critical illness Neuropathie)

Ziel: Kooperationsfähigkeit, medizinische Stabilisierung

Besonderheiten der Neurologischen Frührehabilitation Phase B:

- **Krankenhausbehandlung noch nicht rehafähiger Patienten (Verlegung!)**
- unterliegt DRG-System
- unterliegt G-AEP-Protokoll (akutstationärer Behandlungsbedarf erforderlich)
- Behandlung auch von Patienten mit nichtneurologischer Grunderkrankung (Sepsis, Hypoxie, COPD)
- intensivmedizinische und rehabilitationsmedizinische Kompetenz
- hoher Stellenwert therapeutischer Pflege
- Weaning von Beatmungspatienten mit neurologischen Weaninghindernissen
- Weaning und Dekanülierung sind hinsichtlich Lebensqualität und weiterem Ressourceneinsatz der Kostenträger (Behandlungspflege) wichtige Rehazielle
- **Rehazielformulierung und Prognosestellung im Verlauf**
- Spezialisierung und Größe (> 30 Behandlungsplätze, BDH-Klinik Elzach 70) der Phase B-Einrichtungen ermöglichen medizinische (Weaningquote > 80%, Dekanülierungsquote > 80%) und ökonomische Effizienz

Hauptdiagnosen in der Phase B: BDH-Klinik Elzach 2011:

„Schlaganfall“ etwa 50%, Tendenz leicht abnehmend

Hirnfarkt 33%

Hirnblutung 12%

Schädel-Hirntrauma 10%

Hypoxischer Hirnschaden 7%

Subarachnoidalblutung 6%

Neuropathie (GBS, CIP) 6%

Septische Enzephalopathie 2%

Andere 13%

Zuweiser: Neurologie/ Neurochir. 70%

andere ITS 30%

Beatmungsanteil 10% (steigend)

Aktuelle Herausforderungen der neurologischen Rehabilitation: Frühere Verlegung in die Rehabilitation



Patienten kommen zur Aufnahme:

4-7 Tage nach Schlaganfall

7-10 Tage nach schwerem Schädel-Hirntrauma

7-14 Tage nach Subarachnoidalblutung

7-14 Tage nach hypoxischen Hirnschäden

Ein Großteil ist bewusstseinsgestört oder verwirrt (also nicht „rehabfähig“)

Behandlungsziel der Phase B: Rehabfähigkeit, medizinische Stabilisierung

Outcome der Phase B der neurologischen Frührehabilitation



BdH-Klinik Elzach, 2010; n = 657 Patienten

Entlassungsarten:

Entlassung in eine Rehaeinrichtung	56%
Verlegung anderes Krankenhaus (Komplikation)	19%
- diese Patienten kommen in der Regel wieder und erhöhen die Anteile der anderen Entlassungsarten -	
Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	15%
Entlassung nach Hause/ ambulante Pflege	7%
Tod	3%

Die Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation unterliegt als Krankenhausbehandlung dem DRG-System (OPS 8-552)



Mindestmerkmale:

- 1) **Frührehteam** unter Leitung eines Facharztes für Neurologie (...), der über eine mindestens 3-jährige Erfahrung in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation verfügt. Im Frührehteam muss der neurologische (...) Sachverstand kontinuierlich eingebunden sein.
- 2) Standardisiertes **Frührehabilitations-Assessment** zur Erfassung und Wertung der funktionellen Defizite in mindestens 5 Bereichen (Bewusstseinslage, ...) zu Beginn der Behandlung. Der Patient hat einen Frührehabilitation- Barthel-Index nach Schönle bis maximal 30 Punkte zu Beginn der Behandlung.
- 3) **Wöchentliche Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele.**

Mindestmerkmale:

- 4) **Aktivierend-therapeutische Pflege** durch besonders geschultes Pflegepersonal auf dem Gebiet der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation
- 5) Vorhandensein und Einsatz von folgenden Therapiebereichen: Physiotherapie/ Krankengymnastik, Physikalische Therapie, Ergotherapie, Neuropsychologie, Logopädie/ fazioorale Therapie, und/ oder therapeutische Pflege (Wasch**training**, Anzieh**training**, Es**training**, Kontinenz**training**, Orientierung**training**, Schluck**training**, Tracheostomamanagement, isolierungspflichtige Maßnahmen u.a.) **in patientenbezogen 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 Frührehabilitation.

Was ist aktivierend therapeutische Pflege?



- Von der Pflegewissenschaft bislang kaum bearbeitet
- Bislang keine Theorie („Alle Pflege ist Therapie“)
- Integration von Stimulation, Orientierung, Kommunikation und Training von Alltagsaktivitäten in Pflegehandlungen
- Anpassung von Pflegehandlungen an beobachtetes Verhalten
- Erarbeitung des „Elzacher Konzepts und Leistungskatalogs der Therapeutischen Pflege in der Neurologischen Frührehabilitation“ gemeinsam mit dem MDK Baden-Württemberg“ (Rehabilitation 2011)
- Ausschreibung eines Promotionsstipendiums Pflegewissenschaften zur Erforschung der therapeutischen Pflege in der neurologischen Frührehabilitation durch den BDH – Bundesverband Rehabilitation

Anbahnung von Kooperation in der Neurologischen Frührehabilitation Phase B



- Bewusstseinslage und Wachheit fluktuieren
- Reaktionen treten nicht nur zur werktäglichen Arbeitszeit auf
- Wenn Reaktionen vorhanden sind, muss die Reagibilität gefördert und aufrechterhalten werden
- Dabei müssen möglichst viele Sinneskanäle stimuliert werden
- Dabei müssen kommunikative Handlungen und Handlungssequenzen gefördert werden
- Nur die Pflege ist 24 Stunden am Tag und 7 Tage die Woche beim Patienten

Phasen der neurologischen Rehabilitation



Phase C „weiterführende Rehabilitation“

- Patienten überwiegend bewusstseinsklar
- Patienten kommunikations-, interaktions- und kleingruppenfähig
- zu kooperativer Mitarbeit über 30 Minuten fähig
- In vielen Aktivitäten des täglichen Lebens noch auf pflegerische Hilfe angewiesen

Ziele:

Selbständigkeit in Alltagsleistungen

Wiederherstellung grundlegender motorischer, kognitiver und psychischer Funktionen

Die Phase C der neurologischen Rehabilitation:

(Empfehlungen der BAR – Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation)

Therapiedichte (bei € 230.-/ d):

- Funktionstherapien mehrere Stunden am Tag. Überwiegend Einzeltherapie, aber auch Kleingruppen
- **Rehabilitationspflege vier bis fünf Stunden täglich** (über 24 Stunden verteilt)

Ausgangskriterien Phase C = Eingangskriterien Phase D:

- ADL-Selbständigkeit
- spezielle Pflege-Aufgaben noch erforderlich
- weiterhin bestehende alltags- und berufsrelevante mentale Störungen
- durchgängige Kooperationsfähigkeit und –bereitschaft, Handlungs- und Lernfähigkeit

Phasen der neurologischen Rehabilitation



Phase D Anschlussheilbehandlung, Medizinische Rehabilitation, stationär oder ambulant

- Patienten in ADL weitgehend selbständig, ggf. mit Hilfsmitteln
- voll kooperationsfähig (4 x 45 min/ Tag)
- in Übungsbehandlungen belastbar
- setzt sich mit Defiziten emotional und kognitiv auseinander

Ziele:

Teilhabe am Arbeitsleben

Teilhabe am familiären und gesellschaftlichen Leben

„ambulant vor stationär“

Phase E: Unterstützung der Teilhabe im Sozialraum (BAR 2013)

Wie lassen sich funktionelle Defizite nach ZNS-Schädigung verringern?



Neurologische Rehabilitation ist Arbeit des Patienten, bei der er professionell unterstützt wird:

Das ZNS ist prinzipiell eine lernfähige Struktur und zu Leistungsverbesserung durch Training sowie zu Kompensationsleistungen fähig:

- 1) Optimierung der Lernfähigkeit durch pharmakologische Intervention (Antidepressiva, Dopaminergika, Amphetamine)
- 2) Wiederherstellung gestörter Funktionen durch Training
- 3) Kompensation gestörter oder ausgefallener Funktionen durch Ersatzstrategien
- 4) Anpassung der Umgebung, Einsatz von Hilfsmitteln

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit

