

**BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT
FÜR REHABILITATION**

II Besonderer Teil

Konzeption zur ambulanten neurologischen Rehabilitation

(Stand: 11.04.2005)

Inhaltsverzeichnis

1.	Allgemeines.....	4
2.	Indikationsstellung / Medizinische Voraussetzungen.....	4
2.1	Vorbedingung / Diagnosen.....	4
2.2	Anforderungen an die medizinische Diagnostik vor Einleitung der Rehabilitation.....	5
2.3	Körperfunktionen und Körperstrukturen	6
2.4	Aktivitäten	7
2.5	Teilhabe.....	8
2.6	Kontextfaktoren	8
2.7	Individuelle Voraussetzungen.....	10
3.	Rehabilitationsziele.....	11
3.1	Rehabilitationsziele bezogen auf Körperfunktionen und Körperstrukturen.....	11
3.2	Rehabilitationsziele bezogen auf Aktivitäten.....	12
3.3	Rehabilitationsziele bezogen auf Teilhabe.....	12
3.4	Rehabilitationsziele bezogen auf Kontextfaktoren	13
4.	Behandlungsfrequenz und Rehabilitationsdauer	13
5.	Ausschlusskriterien	14
6.	Anforderungen an die ambulante Rehabilitationseinrichtung.....	14
6.1	Rehabilitationskonzept	14
6.2	Ärztliche Leitung und Verantwortung.....	15
6.3	Ärztliche Aufgaben	15
6.4	Rehabilitationsdiagnostik.....	16
6.5	Rehabilitationsplan	17
6.6	Behandlungselemente.....	18
7.	Personelle Ausstattung	20
7.1	Rehabilitationsteam und Qualifikation	20
7.2	Personalbemessung.....	23
8.	Räumliche Ausstattung	24
9.	Apparative Ausstattung	25
10.	Verlängerungskriterien	26

11. Beendigung der Maßnahme 26

1. Allgemeines

Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems sind hinsichtlich ihrer Ätiologie, Lokalisation, Ausdehnung und ihres Krankheitsverlaufes heterogen und führen zu komplexen Krankheitsfolgen. Sie erfordern daher ein entsprechend differenziertes und komplexes Behandlungs- und Rehabilitationskonzept.

Die ambulante Rehabilitation umfasst auch die teilstationäre Rehabilitation.

2. Indikationsstellung / Medizinische Voraussetzungen

Die ambulante neurologische Rehabilitation ist indiziert, wenn

- als Folge von Schädigungen und/oder beeinträchtigten Aktivitäten, die vor allem durch eine Erkrankung des zentralen oder peripheren Nervensystems verursacht sind, Beeinträchtigungen der Teilhabe drohen oder bereits manifest sind, d.h. Rehabilitationsbedürftigkeit besteht
- Rehabilitationsfähigkeit besteht
- eine positive Rehabilitationsprognose gestellt werden kann
- die individuellen Voraussetzungen erfüllt sind.

Die vorstehenden Begriffe sind im Allgemeinen Teil definiert.

Die sozialmedizinische Indikation zu einer ambulanten neurologischen Rehabilitation hat also nicht allein eine medizinische Diagnose zur Voraussetzung, sondern ergibt sich erst aus der zusammenfassenden Analyse und Bewertung der unter Ziffer 2.3 bis 2.6 beschriebenen Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Beeinträchtigungen der Teilhabe unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren.

2.1 Vorbedingung / Diagnosen

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

- vaskuläre Erkrankungen (z.B. Zustand nach Hirninfarkt oder -blutung, Subarachnoidalblutung, 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. Meningitis, 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)
- Erkrankungen und Verletzungen des peripheren Nervensystems (z.B. Polyneuropathie, Guillain-Barré-Syndrom, Plexuslähmung)
- Myopathien¹.

2.2 Anforderungen an die medizinische Diagnostik vor Einleitung der Rehabilitation

Die Diagnostik der Erkrankung, die zur Rehabilitation führt, einschließlich der Differentialdiagnostik, sollte vor Einleitung der Rehabilitationsmaßnahme abgeschlossen sein.

Zu dieser Diagnostik zählen u.a.

- klinisch neurologische Untersuchungen (einschl. psychischer und mentaler Status)
- konventionelle Röntgenuntersuchungen
- spezielle Untersuchungen wie CT, NMR
- EEG
- EMG, ENG
- evozierte Potentiale
- Liquordiagnostik

zur Abklärung der Ätiologie, Pathogenese und Prognose der Erkrankung.

Bestehen weitere Erkrankungen, die die Rehabilitation beeinflussen können, wie z.B. kardiopulmonale Erkrankungen, sollten diese vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme diagnosti-

¹ Die Differentialindikationsstellung zur ambulanten Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen ist zu beachten.

ziert sein. Dabei sind die sich daraus ergebenden Störungen im Hinblick auf die allgemeine Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit genau zu bezeichnen.

2.3 Körperfunktionen und Körperstrukturen

Die neurologischen Erkrankungen gehen mit Schädigungen einher, die sich

- akut
- als akute Verschlechterung bei chronischem Verlauf
- als langsame Verschlechterung bei chronischem Verlauf
- mit Besserungstendenz bei chronischem Verlauf

manifestieren können, wobei es vielfältige Überschneidungsmöglichkeiten gibt.

Charakteristische Schädigungen bei den o.g. Erkrankungen sind

- Störungen der aktiven und/oder passiven Beweglichkeit, z.B. bei Lähmungen
- Sensibilitätsstörungen einschl. Missempfindungen, Schmerzen und regionale Schmerzsyndrome einschl. Reflexdystrophie
- Störungen der Sinneswahrnehmungen, z.B. cerebrale Seh- oder Hörstörungen
- mental/kognitive und/oder psychische Störungen, z.B. Störungen der räumlich/visuellen Wahrnehmung, Apraxie, Neglect, Agnosie, Aufmerksamkeitsstörungen, Lern- und Gedächtnisstörungen, Störungen der zeitlichen und räumlichen Orientierung, Störungen des problemlösenden Denkens und Planens, Akalkulie, Störungen des Antriebs und der Motivation, des Affektes oder des Willens, fehlende Krankheitseinsicht, Persönlichkeitsänderungen
- Störungen der Sprachfunktion und des Sprechens (z.B. Aphasie, Dysarthrie)
- Störungen der Schluckfunktion
- Störungen der Harnblasen- und Darmentleerung.

2.4 Aktivitäten

Rehabilitationsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten² in der neurologischen Rehabilitation manifestieren sich in folgenden Bereichen hinsichtlich Planung, Organisation und Ausführung u.a.³

- in der Selbstversorgung/Selbstorganisation, wie
 - Nahrungszubereitung
 - Nahrungsaufnahme
 - Körperpflege
 - An- und Auskleiden
 - Toilettenbenutzung
 - Strukturierung des Tagesablaufs

- in der Mobilität (z.B. Fortbewegung, körperliche Beweglichkeit, Geschicklichkeit), wie
 - Gehen
 - Treppensteigen
 - Benutzen von Verkehrsmitteln
 - Heben und Tragen
 - Hand- und Armgebrauch

- im häuslichen Leben
 - Erledigung von Einkäufen
 - Haushaltsführung

- in der Kommunikation (Informationsaufnahme und -verarbeitung), wie
 - Sprechen
 - Hören und Verstehen
 - Sehen und Erkennen (Symbolverständnis)

² Die Abgrenzung von **Schädigungen und Beeinträchtigungen von Aktivitäten ist besonders im neurologischen Bereich oft schwierig. Aktivitäten setzen** Integration und Bündelung **verschiedener Funktionen voraus. So sind beispielsweise für die sprachliche Kommunikation (Aktivität) Funktionen u.a. der Bereiche** Sprache, Sprechen, Verständnis hörbarer Botschaften und Erkennen kommunikativer Signale **erforderlich.**

³ Diese Aufzählung ist nicht hierarchisch angeordnet; es können Überschneidungen vorkommen.

- Schreiben und Lesen (Lesesinnverständnis)

- in den Bereichen Lernen, Anwendung des Erlernten, allgemeine Aufgaben
 - Lesen
 - Schreiben
 - Probleme lösen
 - tägliche Routine durchführen
 - mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen

im (situationsgerechten Verhalten, im Hinblick auf

- die persönliche Sicherheit
- alltägliche Situationen
- die Ausübung der beruflichen, familiären oder gesellschaftlichen Rolle (soziale Interaktionen)
- die Krankheitsverarbeitung.

2.5 Teilhabe

Zu den Beeinträchtigungen der Teilhabe zählen Einschränkungen in der

- Unabhängigkeit zur Führung eines möglichst erfüllten und selbständigen Lebens (in Bezug auf Selbstversorgung, Selbstorganisation)
- Mobilität in der näheren oder weiteren Umgebung
- Bildung und Ausbildung
- Beschäftigung (z.B. Schulbesuch, Haushaltsführung, Alltags- oder Erwerbstätigkeit, Freizeitaktivitäten)
- sozialen Integration/Reintegration (z.B. im Hinblick auf soziale Beziehungen, Regeln und Verhaltensweisen).

2.6 Kontextfaktoren

Kontextfaktoren stellen den gesamten Lebenshintergrund einer Person dar. Sie umfassen alle Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren, die für die Gesundheit einer Person von Bedeutung sind. Die Kontextfaktoren stehen in Wechselwirkung mit allen Komponenten der ICF (Körperfunktionen und Körperstrukturen, Aktivitäten und Teilhabe).

Umweltfaktoren beziehen sich auf die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der die Menschen ihr Leben gestalten.

Personbezogene Faktoren sind die Attribute oder Eigenschaften der Person, z.B. Alter, Geschlecht, Bildung und Ausbildung, Erfahrung, Persönlichkeit und Charakter, andere Gesundheitsprobleme, Fitness, Lebensstil, Gewohnheiten, Erziehung, Bewältigungsstile, Beruf sowie vergangene und gegenwärtige Erlebnisse.

Kontextfaktoren können einen positiven, fördernden Einfluss (Förderfaktoren) auf alle Komponenten der funktionalen Gesundheit und somit auf den Rehabilitationsverlauf haben. Daher gilt es, diese möglichst früh zu erkennen und ihre rehabilitationsfördernde Wirkung zu nutzen (Ressourcenkonzept der Rehabilitation).

Kontextfaktoren können auch einen negativen, hemmenden Einfluss (Barrieren) auf alle Komponenten der funktionalen Gesundheit haben. Einige solcher negativ wirkenden Kontextfaktoren bedeuten sogar Gesundheits- bzw. Krankheitsrisiken, wobei die Wirkungsmechanismen nicht immer hinreichend geklärt sind. Im Rahmen der negativ wirkenden Kontextfaktoren ist auch das etablierte Risikofaktorenkonzept der Rehabilitationsmedizin (z.B. Übergewicht, Rauchen, Alkohol) zu beachten.

Positiv und negativ wirkende Kontextfaktoren sind deshalb bei der Indikationsstellung für die ambulante medizinische Rehabilitation, bei deren Durchführung und bei der sozialmedizinischen Beurteilung zu berücksichtigen. Auf diese Weise werden die individuelle Lebenssituation und der Bewältigungsstil des Rehabilitanden sowie die Einflussmöglichkeiten auf das soziale Netzwerk und die sozialen Unterstützungsformen (Social support) einbezogen.

Eine auf die individuellen Fähigkeiten des Rehabilitanden positiv oder negativ einwirkende physikalische oder soziale Umwelt beeinflusst den Rehabilitationserfolg nachhaltig. Zu diesen Umweltfaktoren, deren positive Wirkung für die ambulante neurologische Rehabilitation von besonderer Bedeutung sein können, zählen z.B.

- Hilfstechnologie/Hilfsmittel zur Unterstützung bei der Ausübung von Aktivitäten
- Produkte und Substanzen für den persönlichen Verbrauch (z.B. Medikamente)
- Produkte und Technologien zum persönlichen Gebrauch im täglichen Leben oder bei der Erwerbstätigkeit
- Produkte für Transport und persönliche Mobilität
- - Produkte und Technologien zur Kommunikationpersönliche Unterstützung und Assistenz durch Bezugspersonen
- Gesundheitsaufklärung und -bildung
- soziale Sicherung und soziale Einrichtungen, z.B. zur weiteren rehabilitativen Versorgung

- natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt mit barrierefreier Gestaltung z.B. von Wohn-, Geschäfts- und öffentlichen Gebäuden sowie Wegeführung.

2.7 Individuelle Voraussetzungen

Neben den medizinischen Voraussetzungen muss der Rehabilitand für eine ambulante Rehabilitation

- über die somatische und psychische Belastbarkeit verfügen
- eine entsprechende Motivation⁴ besitzen
- über Selbständigkeit im Bereich der Selbstversorgung und des aktiven Fortbewegens, evtl. mit Hilfsmitteln; im allgem. entsprechend Barthel-Index⁵ ≥ 80 und durchgängige Kooperationsfähigkeit und -bereitschaft, Handlungs- und Lernfähigkeit sowie hinreichende Orientierung verfügen
- die ambulante Rehabilitationseinrichtung in einer zumutbaren Fahrzeit erreichen können.

Die häusliche Versorgung des Rehabilitanden sowie seine sonstige medizinische Versorgung müssen sichergestellt sein.

3. Rehabilitationsziele

Ziele der medizinischen Rehabilitation sind die drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gesellschaft durch frühzeitige Einleitung der gebotenen Rehabilitationsmaßnahmen abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Der Rehabilitand soll durch die Rehabilitation (wieder) befähigt werden, eine Erwerbstätigkeit oder bestimmte Aktivitäten des täglichen Lebens möglichst in der Art und in dem Ausmaß auszuüben, die für diesen Menschen als „normal“ (für seinen persönlichen Lebenskontext typisch) erachtet werden.

Dieses Ziel kann in der ambulanten neurologischen Rehabilitation erreicht werden durch

⁴ Bei der Berücksichtigung der Motivation ist zu beachten, dass ggf. eine organisch bedingte Störung der Motivation vorliegen kann.

⁵ Vgl. Biefang/Potthoff/Schliehe, Assessmentverfahren für die Rehabilitation, Hogrefe Verlag, Göttingen, 1999

- Behebung oder Verminderung der Schädigungen (auf körperlicher, geistiger und psychischer Ebene)
- Wiederherstellung oder Verbesserung der beeinträchtigten Fähigkeiten (Ebene der Aktivitäten)
- Kompensation (Ersatzstrategien)
- Adaptation
- Krankheitsverarbeitung.

3.1 Rehabilitationsziele bezogen auf Körperfunktionen und Körperstrukturen

Verbesserung z.B. im Hinblick auf

- toxische, entzündliche, metabolische oder degenerative Schädigungen des Nervensystems
- Bewegungsstörungen (z.B. schlaffe oder spastische Paresen, Rigor, Tremor, Akinese)
- Cerebrale Seh-, Hör-, Sprach- und Sprechstörungen,
- mental/kognitive und psychische Störungen (z.B. im Hinblick auf zeitliche und örtliche Orientierung, Krankheitseinsicht, Gedächtnis, Körperwahrnehmung)
- Sensibilitätsstörungen und Schmerzen (z.B. Neuropathie, Kausalgie, Phantomschmerz, Cephalgie)
- Gleichgewichtsstörungen, Schwindel, Kopfschmerz
- Antriebslosigkeit
- Ängstlichkeit, Depression
- Ausdauer/Belastbarkeit.

3.2 Rehabilitationsziele bezogen auf Aktivitäten

Verbesserung z.B. im Hinblick auf

- Selbstorganisation (z.B. Planung und Durchführung der täglichen Routine, Treffen von Entscheidungen)
- Selbstversorgung (z.B. selbständiges Essen und Trinken, Benutzen der Toilette, An- und Ausziehen der Kleidung),
- allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z.B. kontrollierter Umgang mit Stress und psychischen Anforderungen, Durchführung komplexer Handlungen, (Wieder-)Erlernen und Aneignen von Fertigkeiten)

- Mobilität (z.B. körperliche Beweglichkeit, Aufrechterhalten und Änderung der Körperposition, Arm- und Handgebrauch, Fortbewegung (z.B. Gehen, Treppensteigen, Benutzen von Verkehrsmitteln), Heben und Tragen, Geschicklichkeit (z.B. manuelle Geschicklichkeit), Gleichgewichtskontrolle)
- Haushaltsführung (z.B. Einkaufen, Zubereiten von Mahlzeiten, Erledigung der Hausarbeiten)
- in der Kommunikation (z.B. Sprechen, Hören und Verstehen, Sehen und Erkennen, Schreiben und Lesen)
- im Verhalten (z.B. in der persönlichen Sicherheit, in alltäglichen Situationen, in der familiären oder beruflichen Beziehungsfähigkeit, in der Krankheitsverarbeitung).

3.3 Rehabilitationsziele bezogen auf Teilhabe

Verbesserung z.B. im Hinblick auf

- Selbstversorgung
- Mobilität (z.B. Erweiterung des Aktionsradius über die Wohnung oder die nähere Umgebung hinaus)
- Beschäftigung (z.B. Verbesserung oder Wiedererlangung der Fähigkeit, einer üblichen Beschäftigung, Erwerbstätigkeit oder Freizeitaktivität nachzugehen)
- soziale Integration/Reintegration (z.B. Verbesserung oder Normalisierung des sozialen Verhaltens mit Beseitigung von Vereinsamung)
- ökonomische Eigenständigkeit (zur Sicherung des Lebensunterhaltes).

3.4 Rehabilitationsziele bezogen auf Kontextfaktoren

Art und Ausmaß der funktionalen Problematik¹⁾ können durch Kontextfaktoren (Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren, vgl. Kap. 2.6) verstärkt oder vermindert werden, so dass diese bei der Bestimmung der Rehabilitationsziele zu berücksichtigen sind. Hierzu können u. a. Arbeitsplatzbegehungen, Wohnraumbesichtigungen und Gespräche mit dem Arbeitgeber bzw. den Bezugspersonen erforderlich sein, mit dem Ziel, die Umweltbedingungen an verbleibende Beeinträchtigungen der Aktivitäten des Rehabilitanden anzupassen (Adaptation). Hierzu können z.B. in Betracht kommen:

- Maßnahmen der Arbeitsplatzanpassung
- geeignete Anpassung der Wohnung
- Ausstattung mit Mobilitätshilfen und technischen Hilfen.

Die Möglichkeiten zur Vermeidung bzw. Verringerung negativ wirkender und zur Unterstützung positiv wirkender umwelt- und personbezogener Kontextfaktoren sind sowohl durch den Rehabilitanden selbst (z.B. Gewichtsreduktion, geeignetes Stressbewältigungstraining) als auch im Rahmen von Maßnahmen der Rehabilitationsträger (z.B. Planung geeigneter Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) zu prüfen. Der Rehabilitand soll auch unterstützt werden, mit nicht veränderbaren Kontextfaktoren krankheits- und behinderungsgerecht umzugehen und insofern sinnvolle Bewältigungsstrategien für die Erkrankung zu finden.

Jede Rehabilitationsmaßnahme hat auch das Ziel, somatische, psychische und soziale, Auswirkungen der neurologischen Erkrankung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Der Rehabilitand ist anzuleiten, mit Krankheitsauswirkungen zu leben (Coping) und negativ wirkenden Kontextfaktoren zu vermeiden, zu beseitigen bzw. deren Wirkung zu vermindern und die positiv wirkenden zu unterstützen und ihren Einfluss bestmöglich nutzbar zu machen. Hierzu soll gemeinsam mit dem Rehabilitanden ein Programm erarbeitet werden.

4. Behandlungsfrequenz und Rehabilitationsdauer

Je nach Schweregrad der Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten sowie der Teilhabe und den sich daraus ergebenden Rehabilitationszielen gestalten sich die individuell erforderliche Rehabilitationsdauer und Therapiedichte. In der Regel ist eine Therapiezeit von täglich mindestens vier bis maximal sechs Stunden an fünf bis sechs Tagen in der Woche einzuhalten. Auf die individuelle Belastbarkeit des Rehabilitanden ist dabei Rücksicht zu nehmen.

Unter dem Gesichtspunkt einer Flexibilisierung des zeitlichen Ablaufs der ambulanten neurologischen Rehabilitation bei gleichwertigem Rehabilitationsprogramm können die unterschiedlichen Rehabilitationskomponenten zum Erreichen des Rehabilitationszieles ggf. über einen längeren Zeitraum gestreckt erbracht werden.

5. Ausschlusskriterien

Ausschlusskriterien für die ambulante neurologische Rehabilitation sind

- die allgemeinen Ausschlusskriterien (Ziffer 8 Allgemeiner Teil)
- der Rehabilitand ist noch der Phase C nach den Empfehlungen zur neurologischen Rehabilitation der BAR⁶ zuzuordnen
- ein Barthel-Index < 80.

Inkontinenz kann ein Ausschlusskriterium sein, wenn die Selbstversorgung in diesem Bereich nicht gegeben ist und dadurch ein erhöhter Pflegebedarf besteht.

6. Anforderungen an die ambulante Rehabilitationseinrichtung

6.1 Rehabilitationskonzept

Jede ambulante neurologische Rehabilitationseinrichtung erstellt ein strukturiertes Rehabilitationskonzept evtl. unter Berücksichtigung von Schwerpunkten, das die erforderliche rehabilitative Diagnostik und Behandlung sowie die personelle, räumliche und apparative Ausstattung der Einrichtung und Angaben zur voraussichtlichen Behandlungsdauer enthält.

6.2 Ärztliche Leitung und Verantwortung

Die ambulante neurologische Rehabilitationseinrichtung steht unter ständiger Leitung und Verantwortung

⁶ Vgl. Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Frankfurt a.M., 1999

- eines(r) Neurologen/Neurologin⁷ (mind. 1 Jahr Weiterbildung in der Psychiatrie) oder Nervenarztes/Arztes für Neurologie und Psychiatrie mit mind. 3jähriger vollzeitiger Erfahrung in einer neurologischen Rehabilitationseinrichtung und der Zusatzbezeichnung Rehabilitationswesen oder Sozialmedizin oder Weiterbildung zum Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin.

Der Vertreter des Leiters der Einrichtung muss Arzt für Neurologie oder Nervenarzt/Arzt für Neurologie und Psychiatrie sein.

Der leitende Arzt oder sein benannter ständiger Vertreter müssen während der Öffnungszeiten der Einrichtung präsent und verfügbar sein. Ist die Rehabilitationseinrichtung an eine neurologische Gemeinschaftspraxis angebunden, muss eine räumliche und organisatorische Trennung gegeben sein.

6.3 Ärztliche Aufgaben

Der leitende Arzt ist für die Umsetzung eines ganzheitlichen und umfassenden Rehabilitationskonzepts, entsprechend den Zielen des jeweiligen Rehabilitationsträgers und bezogen auf den einzelnen Rehabilitanden verantwortlich. Dabei ist den o.g. Krankheitsdimensionen, den darauf bezogenen Rehabilitationszielen sowie der langfristigen Rehabilitationsprognose und den nach der Rehabilitation ggf. einzuleitenden Maßnahmen Rechnung zu tragen.

Zu den ärztlichen Aufgaben gehören

- Aufnahme-, Zwischen- und Abschlussuntersuchungen
- Durchführung bzw. Veranlassung und Auswertung der Rehabilitationsdiagnostik mit Konkretisierung des Behandlungsbedarfs
- Erstellung und Anpassung des Rehabilitationsplans
- Abstimmung des Rehabilitationsziels sowie des Rehabilitationsplans mit dem Rehabilitanden und dem Rehabilitationsteam
- Durchführung aller für die ambulante Rehabilitation erforderlichen ärztlich-therapeutischen Maßnahmen
- funktionelle Therapiemaßnahmen
- Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln
- Versorgung mit Hilfsmitteln

⁷ Im Folgenden wird auf die weibliche Form der Berufsbezeichnung verzichtet.

- Durchführung von Visiten in den Behandlungsräumen und Sprechstundenangebot für den Rehabilitanden
- Koordination, Anpassung und Verlaufskontrolle der Therapiemaßnahmen
- Leitung des Rehabilitationsteams und der Teambesprechungen (mind. einmal pro Woche)
- Information und Beratung des Rehabilitanden unter Einbeziehung der Bezugspersonen
- Erstellung des ärztlichen Entlassungsberichts mit sozialmedizinischer Beurteilung, Empfehlungen für die Weiterbehandlung unter Einbeziehung der Befundberichte des nicht-ärztlichen Rehabilitationsteams
- Kooperation mit vor- und nachbehandelnden Ärzten, Konsiliarärzten und Konsiliardiensten und den in der Nachsorge eingebundenen Diensten sowie Selbsthilfegruppen
- Qualitätssicherung und Sicherstellung der Dokumentation.

6.4 Rehabilitationsdiagnostik

Am Beginn, im Verlauf und am Ende der Rehabilitation ist die Rehabilitationsdiagnostik durchzuführen. Die Befunde der Vorfelddiagnostik sind zu berücksichtigen. Die Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten und drohende bzw. manifeste Beeinträchtigungen der Teilhabe sowie die relevanten Kontextfaktoren sind zu beschreiben und zu bewerten; zeitnahe Befunde sind zu berücksichtigen.

Die Untersuchung soll Auskunft geben u.a. über

- den rehabilitationsrelevanten klinischen Status
- Schädigungen, z.B. in den Bereichen
 - motorische Funktionen
 - sensorische und sensible Funktionen
 - mental/kognitive Funktionen
 - affektive und Willensfunktionen
 - Sprache und Sprechen
- Beeinträchtigungen der Aktivitäten, z.B. in den Bereichen
 - Alltagsfähigkeiten
 - Bewegung
 - Kommunikation
 - Verhalten (Umgang mit anderen)

- Beeinträchtigungen der Teilhabe, z.B.
 - im Alltag
 - im Beruf

sowie Kontextfaktoren und Krankheitsbewältigung.

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, Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Beeinträchtigungen der Teilhabe durch den Rehabilitanden, ggf. durch die Angehörigen/Bezugspersonen.

Die genannte Rehabilitationsdiagnostik kann bei Bedarf ergänzt werden durch spezielle neurophysiologische Methoden. Dazu zählen u.a. EEG, evozierte Potentiale, EMG, ENG.

Wird eine diagnostische Klärung weiterer Erkrankungen notwendig, sind erforderlichenfalls entsprechende Fachärzte einzuschalten.

6.5 Rehabilitationsplan

Anhand der Ergebnisse der Rehabilitationsdiagnostik werden für jeden Rehabilitanden ein individueller Rehabilitationsplan erstellt und das individuelle Rehabilitationsziel bzw. -teilziel definiert.

Regelmäßige Besprechungen des neurologischen Rehabilitationsteams geben Auskunft über den Verlauf. Der Rehabilitationsplan ist dem Verlauf anzupassen. Änderungen im Bereich der Körperfunktionen und Körperstrukturen, der Aktivitäten sowie ggf. der Teilhabe sind in regelmäßigen Abständen unter Nutzung der relevanten Untersuchungsmethoden zu dokumentieren.

6.6 Behandlungselemente

Der ambulanten neurologischen Rehabilitation stehen zur Behandlung der Schädigungen und der daraus resultierenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten oder der Teilhabe ärztliche Leistungen, medikamentöse Therapie, Ernährungsberatung sowie folgende Therapieformen, die vom gesamten Rehabilitationsteam mit unterschiedlicher Schwerpunktbildung durchgeführt werden, zur Verfügung:

*Schädigungen auf Körperstruktur- oder
Körperfunktionsebene, z.B.*

Therapieformen

der Sensomotorik,

Physiotherapie
Ergotherapie

Funktionen, wie u.a.

– Stand- und Gangmotorik

Physiotherapie

– Hand- und Fingermotorik

Ergotherapie
Physiotherapie

– Kau-/Schluckmotorik

Sprachtherapie
Physiotherapie
Ergotherapie

der Kognition, wie u.a.

– Aufmerksamkeit

Neuropsychologie

– Gedächtnis

Ergotherapie

– Planen-Handeln

der in der Schule erworbenen
Kulturfertigkeiten wie

– Lesen, Schreiben, Rechnen

Sprachtherapie
Neuropsychologie

der Sprache/des Sprechens

Sprachtherapie

Therapieformen

der Psyche

verhaltensmodifizierende

– des Verhaltens

Therapie

*Beeinträchtigungen von weiteren Fähigkeiten
bzw. Aktivitäten, z.B.*

in der Selbstversorgung im Alltagsleben

Ergotherapie (Hilfsmittelbe-
ratung und -schulung)

in der Fortbewegung in der näheren und
weiteren Umgebung

Physiotherapie
Ergotherapie (Hilfsmittelbe-
ratung und -schulung)

in der Selbstorganisation unter Berücksichtigung
der Aufmerksamkeit, des Gedächtnisses, der
Planungs- und Handlungsfähigkeit

Ergotherapie

in der Haushaltsführung und bei
alltäglichen Aktivitäten

Ergotherapie (Hilfsmittelbe-
ratung und -schulung)

in der physischen Leistungsfähigkeit

Physiotherapie
Ergotherapie
(Sporttherapie)

in der Kommunikation

Sprachtherapie
Ergotherapie

im Verhalten / Krankheitsverarbeitung

(Neuro-)Psychologie
verhaltensmodifizierende
Therapie

*Beeinträchtigung in der Erfüllung einer
sozialen Rolle*

Alle Therapieformen
Sozialarbeit/Sozialpädagogik
Belastungserprobung/Arbeits-
therapie, Beratung hinsichtlich
sozialer u. beruflicher Frage-
stellungen

Die Förderung des Rehabilitanden durch aktivierende und rehabilitative Krankenpflege ist in allen Bereichen anzustreben. Bei Bedarf können die Verfahren der Neuropädagogik und Neurophonetik eingesetzt werden.

Bei Bedarf sind Besuche vor Ort (Wohnung, Arbeitsplatz) durchzuführen. Die Angehörigen/Bezugspersonen sind, soweit für die Erreichung des Rehabilitationszieles erforderlich, in die Rehabilitation einzubeziehen.

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

7. Personelle Ausstattung

7.1 Rehabilitationsteam und Qualifikation

Die ambulante neurologische Rehabilitation erfordert ein interdisziplinäres Rehabilitationsteam, dessen Mitglieder über die nachstehend aufgeführte Qualifikation und Berufserfahrung⁸ in der Regel verfügen müssen.

Arzt

- Neurologe (mind. 1 Jahr Weiterbildung in der Psychiatrie) oder Nervenarzt/Arzt für Neurologie und Psychiatrie mit zusätzlicher Qualifikation:
 - Zusatzbezeichnung Rehabilitationswesen oder Sozialmedizin oder Weiterbildung zum Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin und
 - Erfahrung in interdisziplinärer Teamarbeit und mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung in einer neurologischen Rehabilitationseinrichtung.

Physiotherapeut / Krankengymnast

- Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut/Krankengymnast und
- mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Physiotherapeut/Krankengymnast in der neurologischen Rehabilitation; wenn in hauptverantwortlicher Tätigkeit 3 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Physiotherapeut/Krankengymnast in einer Einrichtung der neurologischen Rehabilitation.

Masseur und Medizinischer Bademeister

- Staatliche Anerkennung als Masseur und Medizinischer Bademeister und

⁸ Bei Teilzeitkräften verlängert sich der Zeitraum der erforderlichen Berufserfahrung entsprechend.

- anerkannte Weiterbildung in manueller Lymphdrainage und
- mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Masseur und Medizinischer Bademeister in einer Rehabilitationseinrichtung.

Ergotherapeut

- Staatliche Anerkennung als Ergotherapeut und
- mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Ergotherapeut in der neurologischen Rehabilitation; wenn in hauptverantwortlicher Tätigkeit 3 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Ergotherapeut in einer Einrichtung der neurologischen Rehabilitation und
- Grundlagenkenntnisse in arbeitsrehabilitativen Maßnahmen, Ergonomie, Beratung zur Belastungserprobung und Arbeitstherapie, Arbeitsplatzanpassung.

Logopäde / Sprachtherapeut

- Staatliche Anerkennung als Logopäde und
- mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Logopäde in der neurologischen Rehabilitation; wenn in hauptverantwortlicher Tätigkeit 3 Jahre vollzeitige Berufserfahrung in einer Einrichtung der neurologischen Rehabilitation.

Klinischer Psychologe / Klinischer Neuropsychologe

- Diplom als Psychologe und
- Anerkennung als klinischer Neuropsychologe durch Fachgesellschaften und
- Kenntnisse und Erfahrung im Bereich der klinischen Neuropsychologie durch
 - mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung im Bereich neurologischer Rehabilitation
 - Kenntnisse und Erfahrung in psychologischer und neuropsychologischer Diagnostik und Psychotherapie
- Erfahrungen in Entspannungstechniken (z.B. Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung nach Jacobson).

Die Aufgaben der klinischen Neuropsychologie können auch 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.

Sozialarbeiter / Sozialpädagoge

- Diplom/staatliche Anerkennung als Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagoge und

- mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagoge im Bereich der Rehabilitation und
- Qualifikation/Berufserfahrung in Beratung/Gesprächsführung und
- Aus-, Fort- und Weiterbildung im Gesundheitswesen.

Diätassistent

- Staatliche Anerkennung als Diätassistent und
- mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung in Diät- und Ernährungsberatung.

Gesundheits- und Krankenpfleger

- Staatliche Ausbildung als Gesundheits- und Krankenpfleger und
- mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Gesundheits- und Krankenpfleger in der neurologischen Rehabilitation; wenn in hauptverantwortlicher Tätigkeit 3 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Gesundheits- und Krankenpfleger in der neurologischen Rehabilitation und
- Erfahrung in der fachlichen Beratung, Anleitung und praktischen Unterstützung von medizinischen Laien (z.B. Angehörigen/Bezugspersonen)
- wünschenswert: Weiterbildung in Rehabilitationspflege.

Sportlehrer / Sporttherapeut (fakultativ)

- Diplom-Sportlehrer mit medizinischer Ausrichtung (z.B. Fachrichtung Rehabilitation) oder Zusatzqualifikation Bewegungs-/Sporttherapie und
- mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Sportlehrer/Sporttherapeut in einer neurologischen Rehabilitationseinrichtung.

Belastungserprobung und Arbeitstherapie sowie die qualifizierte Beratung hinsichtlich beruflicher Fragestellungen müssen durch die personelle Ausstattung sichergestellt sein.

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.

7.2 Personalbemessung

Die personelle Ausstattung muss die Umsetzung des Rehabilitationskonzeptes ermöglichen. Die Berechnung des Personalbedarfs einer Einrichtung richtet sich nach der Anzahl der Therapieplätze und den Angaben im Rehabilitationskonzept.

Das Rehabilitationskonzept sollte den erforderlichen Aufwand transparent machen. Notwendig sind daher Angaben

- zur Frequenz und dem zeitlichen Umfang aller therapeutischen Leistungen
- zum prozentualen Anteil an Einzeltherapien
- zur Gruppengröße
- zu den benötigten Rüstzeiten (Vor- und Nachbereiten von Therapieterminen)
- zum zeitlichen Aufwand für Teamkonferenzen
- zum zeitlichen Aufwand für ärztliche Aufgaben.

Für eine ambulante Rehabilitationseinrichtung mit 40 Rehabilitanden mit ganztägiger Rehabilitation wird folgender Personalschlüssel empfohlen:

Arzt	1 : 15 - 1 : 20
Gesundheits- und Krankenpfleger	1 : 12 - 1 : 14
Physiotherapeut / Krankengymnast	1 : 10 - 1 : 14
Ergotherapeut	1 : 10 - 1 : 14
Logopäde / Sprachtherapeut	1 : 20 - 1 : 30
Klinischer (Neuro)psychologe	1 : 20 - 1 : 30
Masseur und Med. Bademeister	1 : 40
Sozialarbeiter / Sozialpädagoge	1 : 80
Diätassistent	1 : 100

Zusätzlich sind Verwaltungsaufgaben, Laboranbindung sowie Urlaubs- und Krankheitsvertretung sicherzustellen.

8. Räumliche Ausstattung

Die räumliche Ausstattung der ambulanten Rehabilitationseinrichtung muss die Umsetzung des Rehabilitationskonzeptes ermöglichen.

Für die speziellen Gegebenheiten der ambulanten neurologischen Rehabilitation sind Räume mit ausreichender Grundfläche und sachgerechter Ausstattung vorzusehen, insbesondere

- Raum für ärztliche Untersuchung und fachärztliche rehabilitationsspezifische Funktionsdiagnostik
- Notfallzimmer
- Einzeltherapieräume
- Gruppentherapieräume, auch geeignet für Schulungen und Seminare
- Aufenthalts- und Ruheräume mit ausreichender Anzahl von Sitz- und Liegeplätzen
- Umkleieräume, Wasch- bzw. Duschplätze und WC, davon in ausreichender Anzahl mit barrierefreier Gestaltung sowie abschließbare Schrankfächer für jeden Rehabilitanden
- Rezeption
- Raum für Patientenaufnahme, Kartei/Archiv, Verwaltung und sonstige Infrastruktur
- Wartebereich mit ausreichender Sitzgelegenheit
- Abstellraum, Geräteraum
- Personalaufenthaltsraum
- Personalumkleideraum mit Dusche, WC und abschließbarem Schrankraum.

Die Räume müssen barrierefrei zugänglich sein.

Allen therapeutischen Professionen muss, außer der typischen Einrichtung und des berufsüblichen Arbeitsmaterials, die sich aus dem Rehabilitationskonzept ergebende räumliche und gerätetechnische Ausstattung zur Verfügung stehen.

9. Apparative Ausstattung

Die Geräte müssen in geeigneter Ausführung (sicherheitstechnische Standards, TÜV/ S MedGV) vorhanden sein. Über die vorhandenen Geräte ist eine aktuelle Geräteliste zu führen. Je nach Schwerpunktbildung und indikationsbezogenen Rehabilitationskonzepten verändern sich die Anforderungen an die Art und Anzahl der Apparate.

Im Rehabilitationskonzept sind die für die einzelnen Funktionstherapien (z.B. Krankengymnastik, Logopädie/Sprachtherapie, Neuropsychologie, Ergotherapie) entsprechend verwendeten Untersuchungs-, Test- und Therapiemethoden einschließlich der hierfür technischen Ausstattung zu benennen.

Dazu zählen u.a.

- 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- (Kryo-Wärmetherapie) Geräte
- Elektro- und Elektromechano-Therapiegeräte
- Geräte (z.B. Matten, Liegen, Stühle) für Entspannungsübungen oder für spastiksenkende Lagerung
- Diagnostik- und Therapiematerial für mental/kognitive, psychische und/oder cerebral bedingte Sprach- und Sprechstörungen (u.a. auch für computergestützte und apparative Diagnostik und Therapie)
- Werkzeug und Materialien für unterschiedliche funktionelle Therapien (z.B. für sensomotorische, mental/kognitive Therapie)
- Artikulationsspiegel
- Sehtrainingstherapiemöglichkeiten
- Spiele und Spielmaterial
- Material zur Herstellung von Schienenmaterial oder Hilfen für den Alltag
- Materialien für Alltags- und Haushaltstraining
- Werkzeuge
- Videoaufzeichnungs- und Wiedergabemöglichkeit
- Dia-/Overheadprojektor
- Tonband/Kassettenrecorder.

10. Verlängerungskriterien

Unter dem Gesichtspunkt einer individualisierten und ergebnisorientierten Rehabilitation ist auch im ambulanten Bereich nach vorheriger Genehmigung durch den jeweiligen Leistungsträger in begründeten Fällen eine Verlängerung möglich bei

- Verzögerung im Erreichen des Rehabilitationszieles bei bestehender positiver Rehabilitationsprognose und gegebener Rehabilitationsfähigkeit (z.B. interkurrente Erkrankungen).

11. Beendigung der Maßnahme

Die ambulante neurologische Rehabilitationsmaßnahme ist zu beenden, wenn sich erst während der Rehabilitationsmaßnahme die unter Ziffer 5 genannten Ausschlusskriterien zeigen, oder wenn das Rehabilitationsziel erreicht ist, oder die medizinischen Voraussetzungen nicht mehr vorliegen.