

Rahmenempfehlungen zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation in der Neurologie (Phasen D und E)

M. Spranger, B. Schmiedel, B. Rüscher, L. Lehmler, U. Lebrecht, J. Allmann, D. Claros-Salinas und P.W. Schönle

Bundesarbeitsgemeinschaft medizinisch-beruflicher Rehabilitationseinrichtungen, Magdeburg

Rahmenempfehlungen in der medizinisch-beruflichen Rehabilitation

Schon seit dem Jahr 1995 sind Empfehlungen zur neurologischen Rehabilitation in Kraft. Sie beziehen sich auf Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C. Sie markieren den Beginn, das Phasenkonzept A – F der neurologischen Rehabilitation trägerübergreifend zu definieren.

Im Jahre 2003 kamen Empfehlungen zur stationären Langzeitpflege und Behandlung von Menschen mit schweren und schwersten Schädigungen des Nervensystems in der Phase F hinzu.

Mit den nun vorliegenden Rahmenempfehlungen für die Phasen D und E wird nicht nur das Modell vervollständigt; das allein wäre zu kurz gegriffen. Die Implementierung des Konzepts der medizinisch-beruflichen Rehabilitation auf der inhaltlichen Ebene ist gleichzeitig die Umsetzung des Teilhabeanspruchs entsprechend der ICF.

Das bio-psycho-soziale Modell, auf dem die ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) basiert, ist gegenüber dem früheren Krankheitsfolgenmodell der ICDH (Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen) erheblich erweitert und damit der Lebenswirklichkeit betroffener Menschen besser angepasst. Insbesondere wird nun der gesamte Lebenshintergrund der Betroffenen berücksichtigt (Kontextfaktoren: Umweltfaktoren, personenbezogene Faktoren). Die ICF er-

möglicht, die biologischen, psychosozialen und individuellen Aspekte eines Gesundheitsproblems miteinander zu verknüpfen (Modell der Wechselwirkung).

Die Rahmenempfehlungen zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation in der Neurologie (Phasen D und E) ergänzen auch die Empfehlungen anderer Indikationen, indem sie auf der inhaltlichen Seite indikationsspezifisch und -übergreifend die Umsetzung der ICF auf dem Weg zu einer erwerbsbezogenen Teilhabe beschreiben.

Aufgaben der Bundesarbeitsgemeinschaft

Der Wandel im Krankheitsspektrum, gekennzeichnet durch die Zunahme chronischer Krankheiten, die demografische Entwicklung mit einer steigenden Zahl älterer Menschen sowie auch die Tendenz zur Verlängerung der Lebensarbeitszeit durch den Gesetzgeber führen zu einem zunehmenden Bedarf an Rehabilitation, der den individuellen Lebensbedingungen und -gewohnheiten Rechnung trägt.

Dabei rückt die aktuelle Thematisierung von Präventivmaßnahmen den Ansatz der medizinisch-beruflichen Rehabilitation noch stärker in den Vordergrund. Der frühzeitige ganzheitliche Teilhabeansatz bedeutet Nahtlosigkeit, Nachhaltigkeit, Rehabilitation mit allen Mitteln und aus einer Hand.

Es ist daher geboten, neben ambulanten und stationären medizinischen Rehabilitationseinrichtungen medizinisch-berufliche Strukturen zu erhalten und auszubauen, die

interdisziplinäre therapeutische und berufsvorbereitende Angebote vorhalten und damit die Möglichkeit bieten, die angestrebte Teilhabe den gesundheitlichen und beruflichen Bedingungen des Einzelfalles flexibel anzupassen.

Die medizinisch-berufliche Rehabilitation geht von einem ganzheitlichen Ansatz aus, der die physischen, psychischen und sozialen Aspekte der Rehabilitation umfasst. Gleichermaßen gelten die Grundsätze der Komplexität, der Interdisziplinarität und der Individualität wie in der Rehabilitation allgemein.

Allgemeiner Teil: Grundsätze

Die medizinisch-berufliche Rehabilitation im neurologischen Phasenmodell

Die Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation zur neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C stellen eine wesentliche Orientierungshilfe zur Koordinierung des Rehabilitationsverfahrens dar. Während die Rehabilitationsphase D nach Abschluss der Frühmobilisation die medizinische Rehabilitation im bisherigen Sinne beinhaltet, zielt die Phase E auf nachgehende Rehabilitationsleistungen und die berufliche Rehabilitation (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben). Da die Rehabilitation in der Phase D bei positiver Erwerbsprognose auf die (Re-)Integration in das Arbeitsleben zielt, müssen die beruflichen Anforderungen bereits in die Phase der medizinischen Rehabilitation integriert werden.

Auch wenn die Phasen D und E leistungsrechtlich unterschiedlich zugeordnet sind, ist eine inhaltliche Trennung von Leistungen zur Teilhabe in Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Verlauf der Rehabilitation nicht sinnvoll. Die medizinisch-berufliche Rehabilitation gewährleistet durch die Verknüpfung der medizinischen Therapie von Störungen von Körperfunktionen und Aktivitäten mit frühzeitigen Teilhabeleistungen für Schule und Beruf und am gesellschaftlichen

Leben eine zügige und nahtlose Rehabilitationsbehandlung "aus einer Hand".

ICF und das Konzept der funktionalen Gesundheit

Im Zusammenhang mit der Einführung der Internationalen Klassifikation von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) wurde der Begriff der funktionalen Gesundheit etabliert. Sie beinhaltet sowohl die Funktionsfähigkeit als auch deren Beeinträchtigungen in Bezug auf die in der ICF beschriebenen Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten und Teilhabe an Lebensbereichen (siehe BAR, ICF-Praxisleitfaden, Frankfurt 2006).

Die funktionale Gesundheit wird vor dem gesamten individuellen Lebenshintergrund (umwelt- und personenbezogene Kontextfaktoren) betrachtet und beschreibt das Ergebnis der Wechselwirkung zwischen dem Gesundheitsproblem und den Kontextfaktoren, die auch die psycho-soziale Situation einer Person berücksichtigen. Im Sinne der ICF ist Behinderung vor allem eine Beeinträchtigung der Teilhabe. Sie ist damit nicht mehr nur ein personenbezogenes Merkmal, sondern entsteht aus dem Zusammenwirken von gesundheitlichen Problemen und der Umwelt einer Person. Demnach sind nicht in erster Linie die medizinischen Diagnosen, sondern Art und Umfang der Symptomatik sowie deren Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben unter Einschluss der schulischen Bildung entscheidend für die rehabilitative Beurteilung.

Diese Sichtweise wurde im Grundsatz in das SGB IX übernommen. Sie entspricht aber ebenso dem Konzept der medizinisch-beruflichen Rehabilitation, das notwendigerweise neben dem Gesundheitsproblem eines Rehabilitanden die positiv bzw. negativ wirkenden Kontextfaktoren im schulisch/beruflichen und privaten Umfeld berücksichtigen muss, um erfolgreich zu sein.

Rehabilitationsansatz

Medizinisch-berufliche Rehabilitation geht von einem ganzheitlichen Ansatz aus, der über das Erkennen, Behandeln und Heilen

einer Krankheit hinaus auf die wechselseitigen Beziehungen zwischen den Gesundheitsproblemen einer Person und ihren Kontextfaktoren fokussiert. Durch die Analyse der individuellen Lebenssituation und des Bewältigungsstils des Rehabilitanden ergeben sich Einflussmöglichkeiten auf das soziale Netzwerk und soziale Unterstützungsformen, die gemeinsam mit dem schulisch-beruflichen Training einen bestmöglichen Rehabilitationserfolg im Sinne der Teilhabe am gesellschaftlichen und beruflichen Leben gewährleisten.

Der Ansatz bezieht sich gleichermaßen auf Kinder, Jugendliche und Erwachsene und zielt auf die schulische, vorberufliche und berufliche Situation. Er analysiert die Leistungsfähigkeit in Bezug auf die schulische oder berufliche Eingliederung, eine ausgeübte Erwerbstätigkeit bzw. den Berufsberuf oder eine berufliche Neuorientierung.

Dieser Rehabilitationsansatz erfordert die Anwendung von einerseits individuell auf den einzelnen Rehabilitanden zugeschnittenen, andererseits komplexen Rehabilitationsleistungen in medizinischen, therapeutischen, pädagogischen, beruflichen und psychosozialen Fachgebieten. Diese müssen zwingend miteinander verzahnt werden und von Hilfen zur Bewältigung der Krankheitsfolgen und zur Verhaltensänderung begleitet werden, mit dem Ziel des Abbaus von negativ wirkenden Kontextfaktoren.

Abgrenzung zur kurativen Versorgung und weiteren Berufsförderung

Auch wenn es eine strikte Trennung der verschiedenen Versorgungsbereiche nicht geben kann und soll, sind die besonderen Schwerpunkte und primären Ziele von Kuration und Rehabilitation zu beachten. Schematisch betrachtet ergeben sich folgende Unterschiede:

Die kurative Versorgung im Sinne des SGB V ist im Unterschied zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation zentriert auf das klinische Bild als Manifestation einer Krankheit/Schädigung. Sie zielt auf Heilung bzw. Remission oder bei chronischen Krankheiten auf Vermeidung einer Verschlimmerung sowie Linderung der Krankheitsbeschwerden

ab. Kurative Versorgung ist a priori kausal orientiert. Ihr konzeptionelles Bezugssystem ist in der Regel das bio-medizinische Krankheitsmodell und die entsprechende Klassifikation der ICD.

Demgegenüber liegt der medizinisch-beruflichen Rehabilitation ein bio-psycho-soziales Modell von funktionaler Gesundheit und deren Beeinträchtigung zugrunde, das in der ICF klassifiziert ist. Sie begreift Gesundheit, Krankheit und Leistungsfähigkeit als Ergebnis des Ineinandergreifens physiologischer, psychischer und sozialer Vorgänge und fokussiert auf die (Re-)Integration in Schule, Ausbildung, Beruf und Gesellschaft. Folgerichtig werden Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bereits in die Phase der medizinischen Rehabilitation integriert. Diese Leistungen werden im Zuge der fortschreitenden Genesung bei gleichzeitiger Reduktion der medizinischen Rehabilitation sukzessiv gesteigert.

Im Bereich von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben grenzt sich medizinisch-berufliche Rehabilitation zu Ausbildung, Umschulung oder Weiterbildung ab, wie sie in Berufsbildungs- oder Berufsförderungswerken oder anderen überbetrieblichen Sondereinrichtungen durchgeführt werden. Während in der beruflichen Rehabilitation in der Phase III funktionelle Störungen weitgehend beseitigt sind, stehen diese in der medizinisch-beruflichen Rehabilitation noch im Vordergrund. Die funktionelle Therapie wird im Zuge der Nahtlosigkeit und Zielorientierung auf die schulisch-berufliche Re-Integration jedoch durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ergänzt.

Dementsprechend unterscheiden sich Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation in qualitativer und quantitativer Hinsicht von Phase-III-Einrichtungen: Die noch bestehenden medizinischen Probleme erfordern einerseits eine ständig präsente fachspezifische Versorgung durch entsprechend qualifizierte Ärzte und Therapeuten verschiedener Fachrichtungen. Andererseits erlauben nur geringe Gruppengrößen – mit entsprechenden Auswirkungen auf den Stellenplan – die notwendige individuelle Berücksichtigung medizinischer Besonderheiten.

Struktur der medizinisch-beruflichen Rehabilitation

Zentrale Komponenten der medizinisch-beruflichen Rehabilitation sind

- die Rehabilitationsdiagnostik, die die Körperfunktionen und Körperstrukturen, Aktivitäten und Teilhabe sowie die Kontextfaktoren mit ihrem fördernden oder hemmenden Einfluss mit geeigneten, validierten Assessment-Verfahren beschreibt und bewertet,
- der Teilhabeplan mit Beschreibung des Rehabilitationsziels,
- die Durchführung der medizinischen und beruflichen Rehabilitation und ihre Überprüfung,
- die Dokumentation des Rehabilitationsverlaufs und der -ergebnisse, insbesondere im Hinblick auf das Rehabilitationsziel,
- die Nachsorge.

Voraussetzungen und Indikation zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation

Zur Klärung der Notwendigkeit und der Zielsetzung einer Maßnahme der medizinisch-beruflichen Rehabilitation sind folgende Voraussetzungen sozialmedizinisch zu prüfen:

Rehabilitationsbedürftigkeit

Rehabilitationsbedürftigkeit bezieht sich auf eine gesundheitlich bedingte drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigung der Teilhabe, die über die kurative Versorgung hinaus den mehrdimensionalen und interdisziplinären Ansatz der medizinisch-beruflichen Rehabilitation erforderlich macht.

Rehabilitationsfähigkeit

Der Begriff der Rehabilitationsfähigkeit bezieht sich auf die somatische und psychophysische Verfassung des Rehabilitanden (zum Beispiel Motivation bzw. Motivierbarkeit und Belastbarkeit) für die Teilnahme an einer geeigneten medizinisch-beruflichen Rehabilitationsleistung.

Rehabilitationsprognose

Die Rehabilitationsprognose ist eine begründete Wahrscheinlichkeitsaussage für den Erfolg der Rehabilitation

- auf der Basis der Erkrankung, des bisherigen Verlaufs, des Kompensationspotenzials/der Rückbildungsfähigkeit unter Beachtung und Förderung individueller Ressourcen (Rehabilitationspotenzial einschließlich psychosozialer Faktoren),
- über die Erreichbarkeit eines festgelegten Rehabilitationsziels,
- durch eine geeignete Rehabilitationsmaßnahme,
- in einem notwendigen bzw. gesetzlich festgelegten Zeitraum,
- hinsichtlich der jeweiligen Arbeitserfordernisse (Arbeits- und Erwerbsfähigkeit).

Arbeitsfähigkeit als Begriff der Krankenversicherung bezieht sich auf die Beanspruchung an einem vorhandenen Arbeitsplatz. Erwerbsfähigkeit unter Einschluss der Erwerbsminderung als Begriff der Rentenversicherung differenziert nach der Beanspruchung in einem erlernten Beruf, in einer zuletzt ausgeübten Tätigkeit, nach einer gesundheitlich künftig zumutbaren Tätigkeit. In die Beurteilung fließt ein die mögliche zeitliche Beanspruchung (unter 3 Stunden, 3 – 6 Stunden, über 6 Stunden).

Die medizinisch-berufliche Rehabilitation kommt in Betracht bei Einschränkungen der funktionalen Gesundheit als Folge einer erworbenen oder angeborenen Hirnschädigung,

- deren Prognose hinsichtlich der Arbeits-, Berufs- oder/und Erwerbsfähigkeit positiv ist,
- die die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und im Beruf einschränkt oder gefährdet, so dass aktueller medizinischer Behandlungsbedarf besteht,
- die als komplexe Krankheitsfolge mehr als einen Bereich der Aktivitäten und Teilhabe betrifft (Lernen und Wissensanwendung, allgemeine Aufgaben und Leistungsanforderungen, Kommunikation, Mobilität, Selbstversorgung, Haushalt, interpersonale Interaktionen, Hauptlebensbereiche),
- die auch innerhalb eines Bereichs komplexe Einschränkungen zum Beispiel der

- Mobilität mit Störungen der Fein- und Sensomotorik, des Gleichgewichts oder der Fortbewegung oder der neurokognitiven und insbesondere exekutiven Funktionen betrifft mit resultierenden Störungen des Sozial- und Arbeitsverhaltens, insbesondere fehlende Handlungsplanung und -kontrolle, mangelnde Flexibilität, Impulskontrollstörung, Missachtung sozialer Regeln, fehlende Krankheitseinsicht, enthemmtes Verhalten,
- die eine Überprüfung der Selbstversorgung und der interpersonalen Interaktionen im Alltag erfordert, insbesondere des Sozialverhaltens, der personen- oder umweltbezogenen Kontextfaktoren und daher komplexe Strukturen verlangt.

Rehabilitationsziele

Allgemeines Rehabilitationsziel

Ziel der medizinisch-beruflichen Rehabilitation ist, die drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen der Teilhabe 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, einen Schulabschluss zu erwerben, eine Ausbildung oder Weiterbildung aufzunehmen/abzuschließen oder eine Erwerbstätigkeit in der Art und in dem Ausmaß auszuüben, die seinem Leistungsbild möglichst dauerhaft und optimal entspricht.

- Dieses Ziel kann erreicht werden durch
- größtmögliche Herstellung der ursprünglichen Körperstrukturen und -funktionen bzw. Aktivitäten und Teilhabe,
 - die größtmögliche Förderung von personenbezogenen Faktoren (zum Beispiel Lebensstil, Fitness, Bildung, Erfahrung, Bewältigung von Krankheit und deren funktionellen Folgen),
 - Einsatz von "Nachteilsausgleichen", zum Beispiel in Form von besonderen Lernhilfen und/oder technischen Hilfen bzw. Nutzung verbliebener Funktionen bzw. Aktivitäten (Kompensation),
 - Anpassung der Umweltbedingungen an die Beeinträchtigung der Aktivitäten bzw.

der Teilhabe des Rehabilitanden (Adaptation).

Das individuelle Rehabilitationsziel wird auf der Grundlage sozialmedizinischer Aussagen zur Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und Rehabilitationsprognose des Rehabilitanden bestimmt.

Trägerspezifische Rehabilitationsziele

Die medizinisch-berufliche Rehabilitation zielt

- entsprechend des SGB IX auf den Erhalt, die Verbesserung oder die Wiederherstellung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit, um die Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern,
- in der Krankenversicherung (SGB V) darauf, eine Behinderung abzuwenden, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern, insgesamt eine Schul- und Arbeitsfähigkeit zu erreichen,
- in der Arbeitsförderung (SGB III) auf den Erhalt oder die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit unter Einschluss des Verfahrens zur Auswahl der Leistungen,
- in der Rentenversicherung (SGB VI) einschließlich der Alterssicherung der Landwirte darauf, den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Schul- oder Erwerbsfähigkeit entgegenzuwirken und dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben einzugliedern,
- in der Unfallversicherung (SGB VII) darauf, den durch den Arbeitsunfall oder die Berufskrankheit verursachten Gesundheitsschaden zu beseitigen oder zu bessern, seine Verschlimmerung zu verhüten und seine Folgen zu mildern, den Rehabilitanden möglichst auf Dauer beruflich einzugliedern.

Gleichlautend kommen für andere Anspruchsberechtigte das BVG, das SGB XII (Sozialhilfe) und das SGB XIII (Jugendhilfe) zur Anwendung.

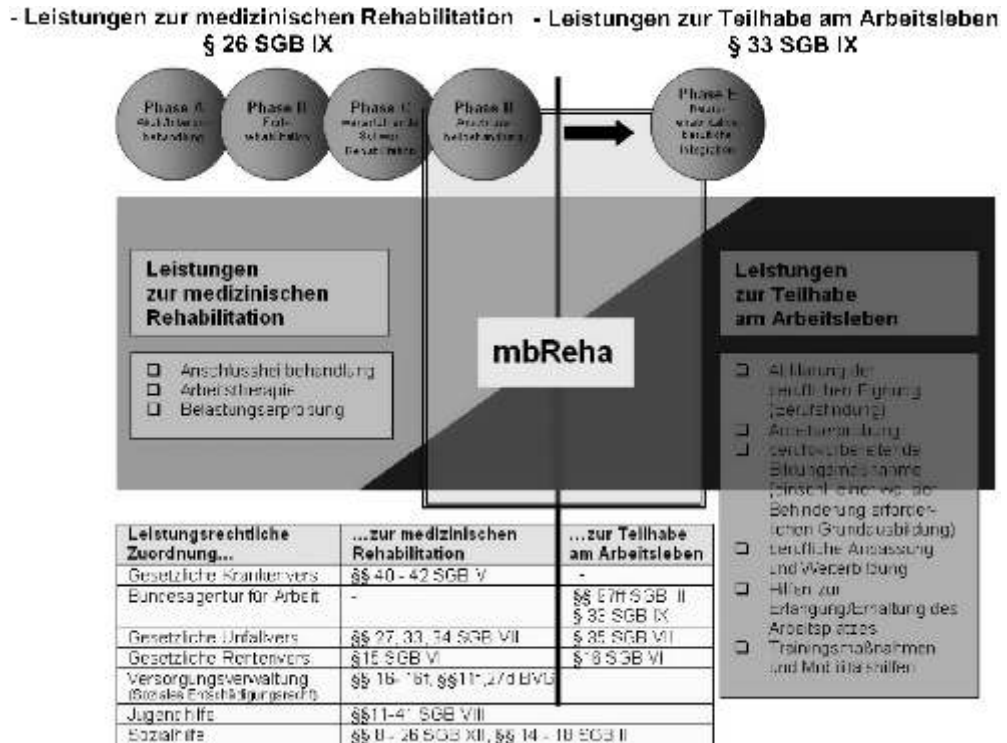


Abb. 1. Trägerspezifische sozialrechtliche Zuordnung an der Schnittstelle. "Über die in der Tabelle angegebenen Leistungen und ihre rechtlichen Grundlagen hinausgehend werden weitere Leistungen einzelner Träger erbracht... Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind in der Heilbehandlung enthalten bei der gesetzlichen Unfallversicherung (§§ 27 – 34 SGB VII) sowie im sozialen Entschädigungsrecht nach dem Bundesversorgungsgesetz (§ 11 BVG)."

Trägerspezifische leistungsrechtliche Zuordnung

Zur Zielerreichung wird im Rahmen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation ein differenziertes Leistungsspektrum angeboten. In Abhängigkeit von den Zielen der Träger können unterschiedliche Leistungen erbracht werden.

Leistungsbewilligung

Bewilligung: Medizinisch-berufliche Rehabilitationsleistungen bedürfen vor Beginn der Bewilligung durch den zuständigen Rehabilitationsträger. Umfang, Dauer und Intensität der Maßnahmen richten sich nach den Rehabilitationsanforderungen und dem individuellen Rehabilitationsziel. Sie werden für den Zeitraum erbracht, der vorgeschrieben oder allgemein üblich ist oder mit den Kostenträgern vereinbart wurde.

Verlängerungskriterien: Unter dem Gesichtspunkt einer individualisierten und ergebnisorientierten Rehabilitation ist nach vorheriger Genehmigung durch den jewei-

ligen Leistungsträger eine Verlängerung möglich bei Verzögerung des Erreichens von Rehabilitationszielen bei weiterhin positiver Rehabilitationsprognose und gegebener Rehabilitationsfähigkeit (zum Beispiel bei interkurrenten Erkrankungen), oder zum Erreichen eines höher qualifizierten Rehabilitationsziels.

Beendigung der Leistung: Die Rehabilitationsleistung ist vorzeitig zu beenden, wenn sich während des Verlaufs zeigt, dass das Rehabilitationsziel nicht erreicht werden kann oder vorzeitig erreicht wird.

Besonderer Teil

Angebote der medizinisch-beruflichen Rehabilitation

Leitgedanken: Umfassendes Behandlungskonzept im multiprofessionellen Team

Eine medizinisch-berufliche Rehabilitation benötigt wegen der Komplexität der Fol-

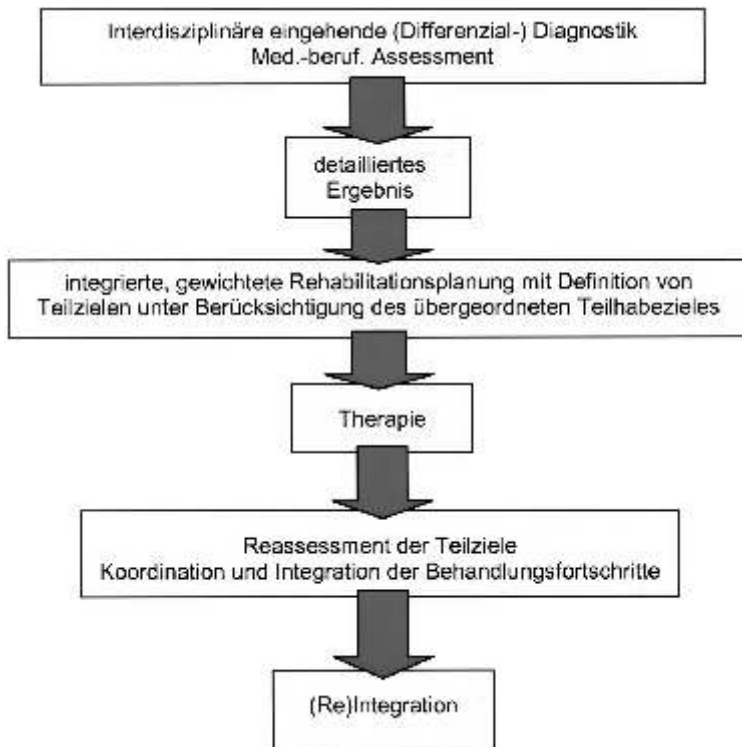


Abb. 2. Prozess der medizinisch-beruflichen Rehabilitation.

gen einer Schädigung des Nervensystems ein integriertes, „holistisches“ Behandlungskonzept mit dem Ziel einer ganzheitlichen Behandlung und Förderung in einem altersadäquaten therapeutischen Milieu. Dieses wird geschaffen und getragen durch eine koordinierte interdisziplinäre Arbeit eines multiprofessionellen Teams. An den vielfältigen Schnittstellen, die sich im Rahmen einer integrierten Bildungsmaßnahme durch die Vernetzung berufsgruppenspezifischer Aufgabengebiete sinnvollerweise ergeben, bedarf es einer engen und zielorientierten Kooperation. Nicht die Summierung, sondern die Integration unterschiedlicher therapeutischer Leistungen in einem auf ganzheitliche Förderung ausgerichteten Behandlungskonzept ist erforderlich.

Im Zentrum der medizinisch-beruflichen Rehabilitation steht der/die Rehabilitand/in. Insbesondere die übergeordneten Ziele müssen durch individuelle pädagogische und/oder berufstherapeutische Maßnahmen gemeinsam mit dem Rehabilitanden erarbeitet werden. Hierzu gehören eigenverantwortliches Handeln, Entfaltung der (eigenen) Per-

sönlichkeit, beständige Lernmotivation sowie soziale Verhaltensweisen, die für Berufsausbildung und Berufstätigkeit von Bedeutung sind.

Prozess der medizinisch-beruflichen Rehabilitation: zielorientierte integrierte Behandlungspfade

Aufgrund der Vielfältigkeit neurologischer Symptome, Funktionsstörungen und Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe ist eine individuell angepasste Behandlung notwendig. In Anlehnung an integrierte Behandlungspfade in der Medizin durchlaufen alle Rehabilitanden einen leitliniengestützten Verfahrensablauf:

- Multidisziplinäre Diagnostik mit validierten Assessment-Verfahren auf der Basis der ICF mit Fokussierung auf Teilhabe und Kontext,
- anschließend Entscheidung für ein Förderkonzept, welches gemeinsam mit dem/der Rehabilitanden/in auf der Grundlage der ärztlichen, neuropsychologischen, logopädischen, ergotherapeutischen, physiotherapeutischen, schul- und berufspädagogischen Befunde sowie der Beobachtungen des sozial- und heilpädagogisch geschulten Betreuungspersonals erstellt wird,
- Durchführung der Maßnahme, welche gezielt an Neigungen und Leistungsbereitschaft der Rehabilitanden anknüpft und ihre Entwicklungspotenziale planvoll fördert,
- regelmäßige Überprüfung der Rehabilitationsfortschritte und gegebenenfalls Anpassung der Rehabilitationsmethoden und -ziele,
- abschließende Erfolgskontrolle mit geeigneten Assessment-Instrumenten, Reflexion und Einschätzung der erzielten Ergebnisse mit dem Rehabilitanden, um so die weitere Förderung festzulegen,
- detaillierte Empfehlungen zur schulisch-beruflichen (Re-)Integration,
- bedarfsgerechtes und nahtlos anschließendes Nachsorgeprogramm zur Sicherung des Rehabilitationsergebnisses.

Medizinisch-berufliche Rehabilitation basiert auf einem Reha-Assessment. Als

Grundlage einer inhaltlichen Planung und deren Durchführung besteht es aus umfassenden diagnostischen und folgenden fördernden Leistungen. Der Rehabilitationsplan beschreibt die Funktions- und Fähigkeitsstörungen, die Entwicklungspotenziale und die Teilhabeziele.

Qualitätskriterien medizinisch-beruflicher Rehabilitationseinrichtungen

Die medizinisch-berufliche Rehabilitation wird in qualifizierten Einrichtungen nach indikationsspezifischen Konzepten erbracht, die auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse und im Einklang mit den Qualitätsanforderungen der Sozialleistungsträger die Inhalte und Ziele der Rehabilitation bestimmen. Die Leistungserbringung durch die Rehabilitationseinrichtung ist an eine vertragliche Basis gebunden. Dies gilt sowohl für die Anerkennung als eine Einrichtung medizinisch-beruflicher Rehabilitation als auch für die Durchführung einzelner Leistungen. Entsprechend § 20 SGB IX besteht für die medizinisch-beruflichen Rehabilitationseinrichtungen die Verpflichtung, an einem externen Qualitätssicherungsprogramm teilzunehmen und selbst ein internes Qualitätsmanagement sicherzustellen. Eine Mitgliedschaft in der BAG medizinisch-beruflicher Rehabilitationseinrichtungen ist nur möglich, wenn diese Qualitätsstandards erfüllt sind. Neben den indikationsbezogenen Förderansätzen ist im Konzept der Einrichtung insbesondere auf die Teilhabe am Arbeitsleben und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, die Probleme der Multimorbidität, der Krankheitsverarbeitung sowie auf die positiv und negativ wirkenden Kontextfaktoren einzugehen. Die sozialmedizinische Beurteilung ist gewährleistet.

Strukturqualität: Zur qualitätsgesicherten Struktur müssen die in Rahmenempfehlungen gestellten Anforderungen an die personelle, räumliche und apparative Ausstattung der medizinisch-beruflichen Rehabilitationseinrichtungen indikationsspezifisch erfüllt sein.

Prozessqualität: Grundlage des qualitätsgesicherten Ablaufs der Rehabilitation sind

das Rehabilitationskonzept der Einrichtung und die individuellen Rehabilitationspläne der Rehabilitanden. Die Einhaltung der Rehabilitationspläne (Art, Häufigkeit, Dauer und Intensität der Förderung) und deren Dokumentation werden gewährleistet.

Ergebnisqualität: Es ist zu überprüfen und zu dokumentieren, ob und in welchem Ausmaß das im individuellen Rehabilitationsplan definierte Rehabilitationsziel erreicht wurde.

Katamnestic Erhebungen mit dem Ziel des Erkenntnisgewinns über die Realisierung vorgeschlagener Maßnahmen und Empfehlungen sind durchzuführen.

Allgemeine Standards medizinisch-beruflicher Rehabilitation

Zu den allgemeinen medizinisch-beruflichen Rehabilitationsstandards zählen

- fachärztliche Behandlung und Betreuung, Planung und Überwachung des Rehabilitationsprogramms,
- Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln,
- Physiotherapie/Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage einschließlich Physikalischer Therapie, Bewegungstherapie und Sporttherapie,
- Hilfsmittelberatung, -erprobung und -versorgung,
- Berufs-, Arbeits- und Ergotherapie,
- Sprachtherapie mit Spezialisierung in Diagnostik und Therapie der Sprech- und Sprachstörungen,
- Neuropsychologie und Psychotherapie,
- psychosoziale Beratung und sozialrechtliche Information,
- Krankenpflege,
- Bildungsbegleitung bzw. Case-Management,
- schulische Bildung auf Sonder- oder Regelschulniveau einschließlich Übergangsmöglichkeit,
- medizinisch-berufliches Assessment,
- berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen einschließlich Eignungsanalyse, Grundstufe, Förder- und Übergangsqualifizierung,
- berufliche Anpassung und Weiterbildung, Grundausbildung,
- Integrationsmaßnahmen als Rückkehr an den Arbeitsplatz im Wege der stufenweisen Wiedereingliederung, Umgestaltung

- des Arbeitsplatzes oder Umsetzung an einen anderen Arbeitsplatz,
- Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes einschließlich Leistungen zur Beratung und Vermittlung,
- Programme zur Information, Motivation und Schulung (Gesundheitsbildung, -training),
- Ernährungsberatung.

Räumliche und apparative Ausstattung

Die räumliche Ausstattung der Rehabilitationseinrichtung ist baulich und technisch behinderungsgerecht.

Die apparative Ausstattung muss die Durchführung der speziellen neurologischen Funktionsdiagnostik und Therapie sowie der schulisch-beruflichen Vorbereitung gewährleisten.

Medizinisch-berufliches Assessment

Neben der neurorehabilitativen Diagnostik muss eine umfassende Sozial-, Schul- und Berufs- bzw. Arbeitsplatzanamnese durchgeführt werden können. Im Einzelnen:

- *Schul- und Berufseignungsdiagnostik, zum Beispiel mit*
 - handlungsorientierten Modulen zur Erfassung und Förderung beruflicher Basiskompetenzen für Ausbildungsberufe mit manuellem Schwerpunkt;
 - Fähigkeits- und Anforderungsvergleichen zur Integration für Menschen mit Behinderungen in die Arbeitswelt,
 - allgemeinen und berufsbezogenen Grundwissen-Tests (Rechnen und Rechtschreibung),
 - Tests zur Erfassung des physikalisch-technischen Problemlösens.
- *Neurologische Funktionsdiagnostik, zum Beispiel von*
 - neurokognitiver Leistungsfähigkeit wie Aufmerksamkeit, Konzentration, Gedächtnis,
 - Störungen der exekutiven Funktionen, zum Beispiel Handlungsplanung,

- Beeinträchtigungen des Visus und Gesichtsfeldes,
- visuell- und räumlich-konstruktiven Störungen,
- Neglect,
- Aphasien und anderen zentralen Sprachstörungen,
- Sprech- und Schluckstörungen,
- Handfunktion,
- Apraxien,
- Mobilität,
- Wahrnehmungsfunktionen einschließlich zum Beispiel Hören, Riechen, Gleichgewicht, Sensibilität,
- Fahrtüchtigkeit und Verkehrstauglichkeit.

Unter Berücksichtigung der Relevanz für Ausbildung und Berufstätigkeit ist für eine hypothesengestützte – und damit ökonomische – Auswahl der zu untersuchenden Funktionen mit geeigneten Assessment-Verfahren nachgewiesene fachärztliche und neuropsychologische Kompetenz erforderlich.

Die resultierende arbeitsmedizinische Beurteilung einschließlich schul-, arbeitsplatz- und berufsbezogener sozialmedizinischer Begutachtung kann durchgeführt werden im Rahmen einer

- diagnostischen Belastungserprobung zur Ermittlung des bildungs- und arbeitsrelevanten Leistungsprofils,
- Abklärung der schulischen und beruflichen Eignung als Arbeitserprobung oder Berufsfindung,
- Eignungsanalyse im Rahmen einer BvB.

Rehabilitationsplan

Auf der Basis der genannten umfangreichen Assessments wird für jeden Rehabilitanden ein detaillierter und individueller Rehabilitationsplan erstellt, der die Zielsetzungen der verschiedenen Therapie- und Lernbereiche integriert. Er ist vom Rehabilitationsteam unter ärztlicher Verantwortung zu erstellen. Im Laufe der medizinisch-beruflichen Rehabilitation ist der aktuelle Stand hinsichtlich der Zielerreichung zu überprüfen und der Rehabilitationsplan gegebenenfalls anzupassen. Der/die Rehabilitand/in und gegebenenfalls seine Angehörigen sind bei der Erstellung und Durchführung zu beteiligen.

Ihre Einwilligung und Kooperation sind unverzichtbare Voraussetzung für einen erfolgreichen Rehabilitationsprozess.

Ärztliche Leitung und Verantwortung

Medizinisch-berufliche Rehabilitation muss unter Leitung und Verantwortung eines Arztes mit Gebietsbezeichnung Neurologie, Neurochirurgie oder Neuropädiatrie stehen, der über rehabilitative und sozialmedizinische Erfahrung verfügt und die Zusatzbezeichnung Rehabilitationswesen oder Sozialmedizin führen soll.

Aufgaben des leitenden Arztes sind insbesondere

- Leitung des Rehabilitationsteams und Delegation von Einzelaufgaben,
- Koordination und Abstimmung der Rehabilitationsplanung bzw. deren Delegation in nichtärztlichen Bereichen,
- Durchführung von regelmäßigen rehabilitandenbezogenen Teambesprechungen,
- Kooperation mit vor- und nachbehandelnden Ärzten, Konsiliarärzten und -diensten,
- Durchführung von Zwischen- und Abschlussuntersuchung mit Entlassungsbericht bzw. Erstellung der sozialmedizinischen Beurteilung mit Empfehlung weiterführender Leistungen,
- Dokumentationsverantwortung im Rahmen der Qualitätssicherung.

Rehabilitationsteam und Kooperationen

Das Rehabilitationsteam setzt sich entsprechend den indikationsspezifischen Anforderungen aus Ärzten und nichtärztlichen Fachkräften zusammen aus:

- Physiotherapeuten, Masseuren und Medizinischen Bademeistern,
- Ergotherapeuten, Arbeits- und Berufstherapeuten,
- Sprachtherapeuten (Schwerpunkt Aphasiediagnostik und -behandlung),
- Diplom-Psychologen (Schwerpunkt Klinische und Neuropsychologie),
- Lehrern,
- Sozial- und Reha-Beratern, Bildungsbegleitern,
- Ausbildern und Berufspädagogen,
- Erziehern und Heilerziehungspfleger,

- Sportlehrern/Sporttherapeuten,
- Diätassistenten,
- Krankenpflegern (examiniert mit ergänzenden Aus- und Weiterbildungen auf neurologischem Fachgebiet).

Das Rehabilitationsteam kooperiert unter anderem mit niedergelassenen Ärzten, Akutkrankenhäusern, Rehabilitationskliniken, Betriebsärzten, Integrationsfachdiensten, öffentlichem Gesundheitsdienst, Sozialstationen, Selbsthilfegruppen sowie Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation. Durch zweckmäßige Organisations- und Kooperationsformen ist sicherzustellen, dass die medizinisch-berufliche Rehabilitation als integrativer Bestandteil der regionalen und überregionalen Versorgungsstruktur zur möglichst raschen und dauerhaften Eingliederung der Rehabilitanden beiträgt.

Dokumentation

Für jeden Rehabilitanden ist eine Dokumentation anzulegen, aus der alle rehabilitationsrelevanten Diagnosen, Befunde sowie die durchgeführten/geplanten Therapieformen und der Leistungsstand entnommen werden können, damit der Rehabilitationsprozess transparent und vergleichbar wird. Die Dokumentation muss die besonderen Merkmale medizinisch-beruflicher Rehabilitation individuell abbilden:

- den individuellen Rehabilitationsplan des Rehabilitanden betreffend Art, Häufigkeit und Intensität der Behandlungselemente,
- die Teilnahmedokumentation des Rehabilitanden, gegebenenfalls der Angehörigen,
- sämtliche anamnестischen Daten, klinischen Befunde und deren Interpretation,
- das übergeordnete Rehabilitationsziel insbesondere hinsichtlich der beruflichen Perspektiven und Teilziele,
- eine Bewertung des Rehabilitationserfolgs, zum Beispiel in Bezug auf eine Verkürzung von Schul- oder Arbeitsunfähigkeit bzw. das Abwenden von Erwerbsunfähigkeit,
- die Organisation der Nachsorge (zum Beispiel Kontaktaufnahme zum Betrieb zwecks frühzeitiger Einleitung innerbetrieblicher Maßnahmen zur Förderung der beruflichen Wiedereingliederung, die Nut-

- zung eingliederungsfördernder Ressourcen eines vorhandenen sozialen Netzwerkes von Hilfen (zum Beispiel Außenbetreuung, Sozialstationen, Integrationsfachdienste), Rehabilitationssport, Kontaktabahnung zu Selbsthilfegruppen, Kooperation mit niedergelassenen Ärzten),
- den Entlassungs- bzw. Abschlussbericht. Dieser enthält
 - Angaben zum Rehabilitationsverlauf unter Angabe der durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen,
 - Ergebnisse der abschließenden Leistungsdiagnostik und der sozialmedizinischen Beurteilung mit Angaben zur Krankheitsfolgenerarbeitung, zur Lebensführung, zur Leistungsfähigkeit im Alltag und im Erwerbsleben unter Bezugnahme auf den beruflichen Kontext,
 - Empfehlungen für weiterführende Leistungen zur Sicherung des Rehabilitationserfolgs (zum Beispiel Schulhilfen, ausbildungsbegleitende Hilfen oder weitere Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben),
 - Empfehlungen zur Wiedereingliederung in das soziale Umfeld bzw. zur psychosozialen Betreuung.

Werden im Entlassungsbericht betriebliche Maßnahmen vorgeschlagen, sollten mit Einwilligung des Rehabilitanden auch der betriebsärztliche Dienst oder andere dafür zuständige Stellen diese Vorschläge erhalten.

PD Dr. med. M. Spranger
Neurologisches Rehabilitationszentrum
Friedehorst
Rotdornallee 64
D-28717 Bremen
Spranger@friedehorst.de