

Aktuelle Neurologie

Herausgeber

G. Deuschl, Kiel
H. C. Diener, Essen
R. Gold, Bochum
H. C. Hopf, Mainz
G. Krämer, Zürich (Redaktion)
H. Reichmann, Dresden
C.-W. Wallesch, Magdeburg

Gründungsherausgeber

H. Schliack, Hannover

Beirat

T. Brandt, München
W. G. Daniel, Erlangen
R. Dengler, Hannover
A. Ferbert, Kassel
H. Förstl, München
H.-J. Heinze, Magdeburg
C. W. Hess, Bern
D. Kömpf, Lübeck
R. Korinthenberg, Freiburg
R. von Kummer, Dresden
M. Maschke, Essen
M. Mehdorn, Kiel
U. Meier, Grevenbroich
W. Paulus, Münster
W. Poewe, Innsbruck
P. Rieckmann, Vancouver
G. Schackert, Dresden
M. Schumacher, Freiburg
S. Schwab, Erlangen
A. J. Steck, Basel
J.-C. Tonn, München
K. Wessel, Braunschweig
J. Weis, Aachen

Organschaften

Deutsche Gesellschaft für Neurologie
Berufsverband Deutscher Neurologen
Deutsche Gesellschaft für Neurologische
Intensiv- und Notfallmedizin
Gesellschaft für Neuropädiatrie e.V.
Deutsche Gesellschaft für Neurotrauma-
tologie und Klinische Neurorehabilitation
e.V.
Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung
für Intensiv- und Notfallmedizin

Verlag

Georg Thieme Verlag KG

Rüdigerstraße 14
70469 Stuttgart
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart

www.thieme-connect.de/ejournals
www.thieme.de/fz/aktneu

Indexiert

Neuroscience Citation Index
Current contents/Clinical Medicine
EMBASE/Excerpta Medical Abstract
Journals
PSYINDEX

Sonderdruck

© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York

Nachdruck nur mit Genehmigung
des Verlags

Perspektiven: Neurorehabilitation und restaurative Neurologie

Outlook in Neurorehabilitation

Autoren

H. Masur¹, W. Fries², V. Hömberg³, P. Reuther⁴

Institute

- ¹ Edith-Stein-Klinik, Fachklinik für Neurologische Rehabilitation Bad Bergzabern
- ² Praxis für neurologische und neuropsychologische Rehabilitation München-Pasing
- ³ St. Mauritius Therapieklinik Meerbusch
- ⁴ Ambulantes Neurologisches Rehabilitationszentrum Ahrweiler

Schlüsselwörter

- Rehabilitation neurologischer Krankheiten
- Neurorehabilitation
- restaurative Neurologie

Key words

- rehabilitation in neurological diseases
- neurorehabilitation
- restorative neurology

Zusammenfassung

Die neurologische Rehabilitation liefert wesentliche Bestandteile der neurologischen Patientenversorgung. Speziell die Erkenntnisse zur Neuroplastizität des Gehirns und deren Umsetzung in neurorestaurativen und adaptativen Interventionen erlaubt zunehmend neurowissenschaftliche fundierte, effektive und evidenzbasierte Therapien. Der Bedarf an Rehabilitation wird durch die Bevölkerungsentwicklung zunehmen, weil die Zahl der chronisch neurologisch Kranken und Behinderten weiter steigen wird. Durchgängige rephasenabhängige, stationäre und ambulante Versorgungsstrukturen und alltags- und zielorientiert arbeitende, multiprofessionelle Teams müssen bis in die wohnortnahe Versorgung hinein erreichbar werden. Sektorenübergreifende klinische Behandlungspfade müssen abgestimmt und angewendet werden. Die sozialrechtlichen Rahmenbedingungen der letzten Jahre, die Aufgabenstellung „Reha zur Teilhabe“, die Bestätigung der Rehabilitation als Pflichtleistung der Sozialversicherungen, die Strukturförderung für sektorenübergreifende Versorgungsformen erleichtern die Entwicklung der Neurorehabilitation. Weitere Anreize zu hoher Ergebnisqualität sollten geschaffen werden. Intern und extern muss die Neurorehabilitation ihre Ergebnisse transparent machen und sich einem, an den Reha-Zielen orientierten Benchmarkingprozess unterziehen. Den sozialrechtlichen Paradigmenwechsel von der bislang dominierenden Funktionsbehandlung zur zusätzlichen teilhabeorientierten Reintegrationsbehandlung mit Einbezug des Patienten und seines Lebensrahmens muss von der Neurorehabilitation geleistet werden (community integration). Entsprechende neurologische, neuropsychologische und sozialmedizinische, wohnortnahe (community-based) Reintegrationskonzepte sind bekannt, aber bislang in Deutschland nur sehr begrenzt verfügbar und

Abstract

Rehabilitation plays a central role in the treatment of neurological diseases. The enormous progress in neurosciences sets a major challenge for restorative neurology. Because of the demographic development in Germany with increasing numbers of old-aged people, also the number of age-related neurological diseases will increase. Thus, inpatient and outpatient neurological rehabilitation facilities must be generally available in order to achieve community integration for those affected. In a shift of paradigms German social laws stipulate now that participation in social life has to be the goal of all rehabilitation efforts rather than functional improvement alone. Correspondingly, new structural options have to be offered. It seems important to implement rational, evidence-based treatment and to adopt known community-based integration strategies in order to meet the high targets set by the official health policy. The current economic competition between rehabilitation suppliers should not undermine these goals by means of a „rehabilitation light“.

Bibliografie

DOI 10.1055/s-2007-986246
Akt Neurol 2007; 34: 577–581
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York ·
ISSN 0302-4350

Korrespondenzadresse

**Dr. Dr. med. habil.
Paul Reuther**
ANR Ahrweiler
Schülzchenstr. 10
53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
preuther@rz-online.de

unzureichend finanziert. Diese Therapieverfahren müssen z.B. nachgehend nach der akuten Schlaganfallversorgung oder in der Versorgung der Schädel-Hirn-Verletzten erreichbar werden. Neurorehabilitation und ambulante Heilmittelanwendung müssen sich inhaltlich und konzeptionell ergänzen und weiterentwickeln, um die Nachhaltigkeit der Versorgung zu sichern. Zur Umsetzung dieser positiven Entwicklungen und der Nachhaltigkeit ihrer Ergebnisse muss die Neurorehabilitation ausreichende, qualitative und quantitative Ressourcen einfordern und erhalten. Zurzeit läuft ein kritischer, ökonomischer Wettbewerb, der die wissenschaftlich und sozialmedizinisch basierte Neurorehabilitation und die Patientenversorgung durch „Reha-Light“-Konzepte gefährdet. Die Leistungserbringer der Neurorehabilitation und die Sozialverwaltungen sollten sich aufgefordert fühlen, den hohen Auftrag des Gesetzgebers an die Rehabilitation wirklich umzusetzen und zu gestalten.

Die Neurorehabilitation ist ein wesentlicher Bestandteil der Neurologie und stellt wesentliche Elemente für die neurologische Therapie bereit. Innerhalb der neurologischen Versorgung wird sie als Anschlussheilbehandlung (AHB-Verfahren) nach der Akutbehandlung oder als Heilverfahren (HV) in Form multiprofessioneller und zielorientierter Komplextherapie angewandt.

Während das Ziel der kurativen Medizin darin liegt, Krankheitsursachen zu erkennen und auszuschalten und die Symptome zu lindern und somit die Krankheit zu heilen, ist die Rehabilitation final orientiert und auf die Krankheitsfolgen ausgerichtet. Ihre zentralen Kategorien sind *Funktionsstörungen* und *Beeinträchtigungen* von Aktivitäten, die aus der Schädigung resultieren, sowie *Behinderung in der Teilhabe*, die in komplexer Weise auch von *Kontextfaktoren (Rahmenbedingungen)* mitbestimmt werden. Rehabilitation ist also auch in der Neurologie auf die Beseitigung oder Verminderung von Behinderung, nicht von Krankheit ausgerichtet [1].

Besonderheiten der Neurorehabilitation

Innerhalb der Rehabilitationslandschaft nimmt die Rehabilitation nach neurologischen Erkrankungen eine gewisse Sonderstellung ein [2], für die spezifische Strukturen und Behandlungskonzepte notwendig sind. Dies hat der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) bereits 1991 erkannt: „Neurologische Rehabilitation lässt sich nur schwer mit der Rehabilitation anderer Krankheitsbilder vergleichen. Denn das Hauptproblem liegt darin, dass das wichtigste Organ des Menschen, welches zur Verarbeitung und zur Anpassung an die Erkrankung am meisten gefordert ist, durch die Schädigung selbst betroffen ist. Somit wird eine weit über das normale Maß der Rehabilitation anderer Krankheitsbilder hinausgehende Hilfestellung von außen notwendig“ [3].

Denn das Gehirn, respektive das Nervensystem, sind das zentrale Organ aller Wahrnehmungsfunktionen, der Steuerung und Regulation von Willkürbewegungen und -handlungen, der Sitz aller kognitiven Leistungen und Emotionen. Die Möglichkeiten der Neurorehabilitation – der restaurativen Neurologie – gehen durch die neuroplastische Anpassungsfähigkeit des Gehirns [4] weit über die rehabilitativen Aufgaben der anderen Reha-Fächer (z.B. orthopädische, kardiologische Rehabilitation) hinaus, die

sich mehr mit der reinen Übungsbehandlung, der Trainingstherapie und der Funktionskompensation befassen.

Im Mittelpunkt der neurologischen Rehabilitation steht also der Mensch mit seiner chronischen neurologischen Erkrankung, dessen Behinderungen aufgehoben, verbessert, kompensiert oder vor einer Verschlimmerung bewahrt werden müssen.

Sozialrechtlicher Rahmen

▼ 2001 hat der Gesetzgeber mit der Verabschiedung des Sozialgesetzbuches zur Rehabilitation (SGB IX) einen zentralen Paradigmenwechsel in der Konzeption von Rehabilitation und in der gesetzlichen Zielsetzung der Rehabilitation eingeleitet. Im Vordergrund steht, wie die Bundesregierung auch im Jahresbericht zur Teilhabe Behinderter 2004 nochmals betont, „das Ziel, die vollständige Teilhabe behinderter Menschen am Leben in der Gesellschaft zu verwirklichen. Dieses Ziel kann nur erreicht werden, wenn behinderte Menschen dabei unterstützt werden, ihr Leben selbstbestimmt und eigenverantwortlich zu gestalten, und wenn Hindernisse, die ihrer Teilhabechance im Wege stehen, beseitigt werden“ [5]. Auch die Gesundheitsreform 2007 (GKV-WSG) hat die Rehabilitation als eine der Pflichtleistungen der gesetzlichen Sozialversicherungen klar gestärkt und die Modalitäten zur Erbringung rehabilitativer Leistungen in zahlreichen Gesetzespassagen neu und klärend definiert.

In den kommenden Jahren wird die Neurorehabilitation in Zusammenarbeit mit den übrigen neurowissenschaftlichen Disziplinen und den Sozialverwaltungen die Aufgabe haben, ihre Strukturen und Prozesse, die Art der neurorehabilitativen Leistungserbringung und vor allem die durchgängige Zusammenarbeit der verschiedenen Behandlungssektoren (kurative Medizin, Rehabilitation, Nachsorge und Pflege) orientiert am Bedarf der Patienten, an den neurobiologischen Erkenntnissen und den sozialrechtlichen Ansprüchen weiterzuentwickeln und zu gestalten.

Im Sinne der vom SGB IX geforderten *Teilhabe und selbstbestimmten Lebensführung* [6] geht es gerade in der neurologischen Rehabilitation immer um die Autonomie, d.h. die Fähigkeit selbstbestimmten Handelns des neurologisch Kranken und behinderten Menschen. Allerdings hängt der Grad der Autonomie von der Schwere der Beschädigung und im Verlauf der Rehabilitation von der jeweiligen Phase der Behandlung ab (Phasenmodell der BAR). Dabei ergeben sich in den Phasen der neurologischen Rehabilitation unterschiedliche, aufeinander aufbauende Zielsetzungen. Unabhängige, selbstbestimmte Lebensführung (soziale Autonomie) setzt voraus, dass die Körperfunktionen (biologische und vegetative Autonomie) und die motorischen, kognitiven und emotionalen Fertigkeiten und Aktivitäten (funktionelle Autonomie) bereits weitgehend zurückgewonnen sind. Diese verschiedenen Stufen der Autonomieziele verfolgen die Rehabilitationseinrichtungen mit stationären, ambulant/teilstationären und mobil aufsuchenden Konzepten in jeweils unterschiedlicher Aufgabenstellung und Gewichtung mit ihren multiprofessionellen Teams.

Verfügbarkeit

Stationäre Neurorehabilitation ist auf hohem Leistungsniveau (Phase B, C und D) flächendeckend verfügbar. Die Zuweisung von der Akutklinik zur Rehabilitationsklinik ist jedoch in vielen Fällen noch unbefriedigend und zu bürokratisch. Häufig kostet sie zu viel Zeit. Bewährte und aufeinander eingespielte Partner sollten sich Patienten ohne umständliche Rückfragen und Genehmigungen zuweisen dürfen. Außerdem bedarf es klarerer Kriterien für die Überleitung in die unterschiedlichen Rehabilitationsdisziplinen (z.B. unter welchen Bedingungen soll ein Patient in die orthopädische oder die neurologische Rehabilitation oder ein anderer Patient in die geriatrische oder neurologische Rehabilitation gelangen).

Ambulante (wohnrnahe) neurologische Rehabilitation mit dem Ziel der Teilhabeförderung und der sozialen Reintegration (Phase D und E) ist im Gegensatz zur stationären Versorgung nur unzureichend verfügbar [7] und muss als eigenständige wohnortnah erreichbare Versorgungsform in der neurologischen Rehabilitation mit eigenen Zielen und spezifischen Behandlungsformen gefördert werden [8]. Gerade unter der teilhabebezogenen Rehabilitationszielsetzung und der Patientenbefähigung kommt in der neurologischen Rehabilitation den wohnortnahen Konzepten eine besondere – und auch zunehmende – Bedeutung zu, da nur diese aufgrund ihrer Verankerung im Lebensumfeld der Rehabilitanden der Aufgabe einer psychosozialen Reintegration des neurologisch Behinderten spezifisch Rechnung tragen können [9].

Die Durchgängigkeit der Versorgung von stationärer zu ambulanter Behandlung und zur Rehabilitation und von der Rehabilitation zu ambulanter Nachsorge und Langzeitbehandlung ist oft nicht verfügbar und oft nicht sachgerecht geregelt und führt oft zu einer Unter- und Fehlversorgung der neurologisch Behinderten

Bedarf

Aufgrund der demografischen Entwicklung und der hohen und zunehmenden Prävalenz neurologischer Krankheiten in der zweiten Lebenshälfte (Schlaganfall, Parkinson, degenerative Erkrankungen und Demenz etc.) ist mit der weiteren Zunahme von neurologischen Rehabilitationsfällen zu rechnen. Die Notwendigkeit für einen möglichst guten und langen Erhalt der Autonomie und einer eigenständigen aktiven Lebensführung, die Reduktion und Vermeidung von Fremdpflege und die Entlastung der sozialen Sicherungssysteme leiten sich ebenfalls aus der demografischen Situation ab.

Die Verkürzung der Verweildauer in der akutmedizinischen stationären Versorgung (DRG-System) ist ohne eine gut funktionierende nachgehende Rehabilitation in der neurologischen Versorgung nicht umsetzbar.

Ausreichende Finanzierung

Effektive und effiziente, evidenzbasierte Behandlungsformen stehen in der neurologischen Rehabilitation zunehmend zur Verfügung, werden aber von den Sozialverwaltungen und Reha-Trägern vielfach nur unzureichend und/oder nicht ausreichend lange finanziert.

Leitliniengerechte Therapie zur motorischen Rehabilitation [10,11], repetitives, fraktioniertes Üben alltagsrelevanter Aufgaben, Therapie nach dem Konzept des erzwungenen Gebrauches [12], Gangrehabilitation mit dem therapeutischen Laufband mit Gewichtsentlastung [13] oder mit anderen Lokomotionsgeräten, ziel- und konzeptgesteuerte Restitutions-, Kompensations- und Adaptationsbehandlung kognitiver und affektiver Funktionen [14,15] aber auch nachhaltige Information und Edukation von Patienten und Angehörigen [16] mit dem Ziel einer nachhaltigen Anpassung erfordern in der neurologischen Rehabilitation regelhaft viel Zeit und intensive personelle Ressourcen.

Die fiskalische Ökonomisierung der medizinischen Versorgung, der Wettbewerb um den billigsten Leistungspreis – oft ohne die Berücksichtigung von Zielsetzung, Prozessqualität, Ergebnis und Nachhaltigkeit –, ein Preisdumping durch Verminderung von qualifizierten personellen Ressourcen und die Einführung von Komplexpauschalen müssen in der Neurorehabilitation besonders kritisch hinterfragt werden, wenn es den Beteiligten mit der politisch gewünschten Teilhabezielsetzung ernst ist.

Hier liegt es sicher an den Leistungserbringern und den Fachgesellschaften, sich um die Transparenz der Ergebnisse, speziell die Darstellung der Teilhabeergebnisse zu bemühen und sich intensiver mit den Reha-Trägern und Sozialverwaltungen um die Ressourcen für die (neuen) evidenzbasierten Verfahren auseinanderzusetzen.

Das langjährige Drama der Nichtverfügbarkeit und der völlig unterfinanzierten ambulant/teilstationären Neurorehabilitation muss z.B. endlich gelöst werden, wenn Teilhabe das Ziel der neurologischen Rehabilitation und nicht nur Lippenbekenntnis bleiben soll. Einer Entwicklung zur Leistungsvergütung (= „pay for performance“) sollte sich die Neurorehabilitation nicht verschließen, wenn sie die Umsetzung (= Performance) die Teilhabe (= Partizipation) mit und trotz der Hirnerkrankung berücksichtigt.

Evidenzbasierte Neurorehabilitation und Verbesserung der Qualität

Intern muss die Neurorehabilitation flächendeckend die bereits verfügbaren evidenzbasierten, neurobiologisch fundierten Therapieinterventionen systematisch anwenden und wissenschaftlich weiterentwickeln und evaluieren. In dieser Hinsicht kann neurologische Rehabilitation auch als angewandte Neurowissenschaft verstanden werden. Im Gegensatz zu den auf rein klinischer Empirie beruhenden klassischen physio- und ergotherapeutischen Verfahren existieren heute eine Vielzahl evidenzbasierter Therapieansätze, die zum Teil auf sehr hohen Evidenzniveaus angesiedelt sind [11]. Momentan erarbeitet die DGNR eine Leitlinie auf hohem Evidenzniveau zur Frage der motorischen Therapie nach Schlaganfall. Auch für die Diagnostik und Interventionen der kognitiven Neurologie und klinischen Neuropsychologie stehen zunehmend evidenzbasierte Interventionen vor [15]. DGN und GNP und BDN/BVDN erarbeiten aktuell Leitlinien zu den kognitiven Teilleistungsstörungen.

Die Neurorehabilitation muss sich mit den Fachgesellschaften der Neurowissenschaften, den Fachverbänden der Therapeuten, den Fachhochschulen für die systematische neurowissenschaftliche Basierung der Ausbildung und die Fortbildung der Therapeuten (und Fachärzten) einsetzen. Die traditionellen Therapieschulen müssen weiterentwickelt und orientiert an den neurobiologischen Befunden und Interventionsverfahren umstrukturiert werden.

riert werden. In diesem Prozess muss die Neurorehabilitation auch vorbildhaft helfen, die ambulante neurologische Patientenversorgung und die ambulante Heilmittelerbringung zu reformieren. Der Systemfehler mit der faktischen Nichtverfügbarkeit fundierter neuropsychologischer Diagnostik und Therapie in der ambulanten Versorgung muss beendet werden.

ICF in der Neurorehabilitation

Das konzeptionelle Bezugssystem für den Paradigmenwechsel zur medizinischen Teilhaberehabilitation ist das Krankheitsfolgenmodell der Weltgesundheitsorganisation WHO (ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit).

Zentrale Neuerung in diesem Modell ist es, neben der nach ICD (International Classification of Diseases) beschriebenen Erkrankung oder Schädigung, die Krankheitsfolgen, also die Funktions- und Aktivitätsstörungen in Bezug auf die Teilhabebehinderung zu klassifizieren [1,8].

Es geht um eine neue Sichtweise, eine neue Form der Kommunikation und Dokumentation der neurologischen Krankheitsfolgen. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass die Teilhabe des neurologischen Patienten durch Umweltfaktoren wie Barrieren (z.B. für Gehbehinderte die Wohnung im 3. Stock ohne Lift), aber auch durch überfürsorgliche oder überfordernde Angehörige, durch Fehlanreize in sozialen Sicherungssystemen und nicht zuletzt durch gesellschaftliche Vorurteile gegenüber Behinderten beeinträchtigt werden kann. Neurorehabilitation wird auch entscheidend – und im Verlauf zunehmend – durch personbezogene Faktoren beeinflusst. Hier sind vor allem Motivation, Antrieb, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sowie das Ausmaß an Depression von Bedeutung. Diese multifaktoriellen Ursachen für die Teilhabestörung müssen neben den komplexen neurologischen und neuropsychologischen Interventionen in die ganzheitlichen Behandlungskonzepte der neurologischen Rehabilitation eingehen. Letztendlich ist entscheidend ob der neurologisch erkrankte und behinderte Mensch nach der Rehabilitation – im Rahmen seiner Möglichkeiten – tatsächlich wieder am sozialen Leben teilnimmt, und nicht, ob er es im Prinzip wieder könnte. Allein an der konkreten Performanz und Umsetzung sind der Erfolg und die Wirksamkeit von Rehabilitation zu messen und zu dokumentieren. So wichtig die Sicherung von Teilhabeaspekten innerhalb der ICF-Nomenklatur ist, darf andererseits nicht vergessen werden, dass viele für den Patienten wesentliche Behinderungsmerkmale auf Schädigungs- bzw. Funktionsniveau angesiedelt sind. Ein Patient mit einer Hemiparese wird immer den Wunsch äußern „wieder Gehen zu lernen“, was in der Regel eine mehrwöchige intensive motorische Therapie erforderlich macht. Teilhabe allein könnte aber in diesem Fall formal z.B. durch die kurzzeitige Bereitstellung eines Rollstuhls und ein wenige Tage dauerndes Rollstuhltraining erreicht werden. Die Qualitätssicherung und die Assessmentverfahren der Neurorehabilitation müssen neben den Funktions- und basalen ADL-Scores auch die Rehabilitationsergebnisse im Hinblick auf die Teilhabesituation (Partizipation) transparent darstellen.

Technische Hilfsmittel

Im Bereich technischer Hilfsmittel zur Überwindung von neurologischen Behinderungen und Teilhabestörungen gibt es ein umfassendes und rasant wachsendes und vielschichtiges Angebot. Manchmal wird bisher in diesem Bereich in den verschiedenen Rehabilitationsphasen fehl-, unter- und übertornt. Oft wird die Hilfsmittelanpassung nach langwierigem Bewilligungs- und Auslieferungsprozess im nächsten Versorgungssektor nicht mehr kontrolliert und es kommt zur Fehladaptation mit entsprechender Unwirtschaftlichkeit. Es ist schon jetzt erkennbar, dass die Entwicklung von Neuroprothesen mit Einsatz neurophysiologischer und elektronischer und elektromechanischer Verfahren, die Anwendung von Reiz- und Stimulationsverfahren, bis hin zu Brain-Computer Interfaces ein völlig neues Arbeitsfeld der neurologischen Therapie und der Neurorehabilitation zu werden versprechen.

Versorgungsforschung für eine wissenschafts- und evidenzbasierte Neurorehabilitation

Interdisziplinäre systematische Forschung, multizentrische Studien und ausreichende Forschungsförderung sind für die Entwicklung, Erprobung, Evaluation und Umsetzung von interventionellen Übungs- und Therapieverfahren, von rehabilitationspharmakologischen und -technischen Verfahren in der Neurorehabilitation notwendig.

Jeder einzelne Versorgungssektor – stationär, ambulant-teilstationär und jede Institutionsebene – Universität, Fachklinik, Fachhochschule und ambulante Einrichtung und die Fachgesellschaften und Spitzenverbände der Leistungserbringer und jede einzelne in der Neurorehabilitation beteiligte Berufsgruppe haben eine Fülle von weiteren Aufgaben zu bewältigen. Die Ergebnisse müssen der Gesundheitspolitik und den Sozialverwaltungen vermittelt werden, um damit letztlich die Rahmenbedingungen der Neurorehabilitation zu sichern.

Der Weg von der empiriegeleiteten zur evidenz- und neurowissenschaftlichbasierten Neurorehabilitation und deren pragmatische Umsetzung in der Versorgung von neurologisch Kranken und Behinderten hat wohl gerade erst begonnen.

Schnittstellenentwicklung und Integration der Sektoren

In der Versorgungspraxis muss die Neurorehabilitation die Schnittstellen zwischen den Sektoren klarer definieren. Zielorientierte und phasengerechte Versorgungsleitlinien müssen entwickelt werden. Für die Zuweisung in die verschiedenen Einrichtungen und Konzepte müssen transparente Behandlungspfade konsentiert, diese mit den Reha-Trägern und deren medizinischen Diensten abgestimmt und dann auch im Alltag angewendet werden. Es sollte nicht mehr vorkommen, dass inhaltlich gut funktionierende, sektorübergreifende und integrierende Kooperationen zwischen Krankenhaus und Reha-Einrichtung von den Reha-Trägern unter ökonomischen Gesichtspunkten und ohne Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse gesteuert werden.

Es geht um verbesserte und zielorientierte Übergänge von der Akutklinik zur Reha-Einrichtung, um klare und transparente an den medizinischen und sozialmedizinischen Befunden, den Pa-

tientenbedürfnissen und -zielen und den regionalen Bedingungen orientierte Zuweisung in stationäre, ambulante, neurologische oder geriatrische Rehabilitationseinrichtungen. Es geht um klare Überleitung in die ambulante Nachsorge um die Verstärkung und Nachhaltigkeit der Rehabilitationsergebnisse zu fördern. Ein solches durchgängiges System muss durch ein Fallmanagement und durch Anreize gesteuert werden.

Die Neurorehabilitation könnte eine zentrale Funktion in einem regionalen System der integrierten Versorgung sein (z. B. Rehabilitation, Nachsorge und Sekundärprävention des Schlaganfallpatienten, integrierte neurologisch-neuropsychologische Versorgung des Schädel-Hirn-Traumapatienten auch im Langzeitverlauf, integrierte Versorgung entzündlicher und degenerativer Neurokrankheiten, Integrierte Komplextherapie und Versorgung von Demenzkranken).

Neurorehabilitative Basisdokumentation

Die Verständigung der Leistungserbringer und der Reha-Träger auf eine gemeinsame neurorehabilitative Basisdokumentation ist wichtig. Ein korrespondierendes einheitliches Katamnesesystem mit einfachen, wirtschaftlich erbringbaren, funktions-, aktivitäts- und teilhabe(partizipations)-bezogenen Elementen unter Einbezug von Lebensqualitätsindizes könnte helfen, die Ergebnisse der Neurorehabilitation transparent zu machen. Die erfolgreichen bundeseinheitlichen Maßnahmen zur Qualitätssicherung der akuten Schlaganfallversorgung (Schlaganfallregister) könnten dabei Pate stehen. Der Schlaganfallrehabogen in Hessen, die Arbeit der Arbeitsgruppe Ergebnismessung des Bundesverbandes Neurorehabilitation (BNR e. V.) sind diesbezüglich auf einem richtungsweisenden Weg. Aber auch die Instrumente einzelner Kostenträger (oder Kostenträgerverbände) (Eva-Reha-RLP, Schlaganfallprojekt-Sachsen) könnten bei zusätzlicher ICF Orientierung und bei Vermeidung eines bürokratischen Überbaues in diese Richtung entwickelt werden. Ein Blick in die angloamerikanische und skandinavische Literatur zeigt, dass dort der Outcome und der Ressourceneinsatz überwiegend an Partizipations- und Lebensqualitätskriterien gemessen werden.

Schlussfolgerung

Neurorehabilitation und restaurative Neurologie haben eine anspruchsvolle wissenschaftliche und gesellschaftliche Zukunft vor sich. Sie sind ein essenzieller Bestandteil der neurologischen Versorgung.

Interessenkonflikte

Die Autoren sind leitende Ärzte der angegebenen neurologischen Rehabilitationseinrichtungen. Sie erfüllen zusätzlich ehrenamtliche Vorstandsaufgaben in den Fachgesellschaften und Verbänden DGNR, BNR, BVANR oder BDN/BVDN.

Literatur

- Hüller E, Schuntermann MF. Behinderung/chronische Krankheit und Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). In: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg): Rehabilitation und Teilhabe. Wegweiser für Ärzte und andere Fachkräfte der Rehabilitation. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 2005: 12–22
- Gerdes N, Baum R, Greulich W et al. Eingangsbelastung der Patient(inn)en und Ergebnisqualität der Rehabilitation nach Schlaganfall. Rehabilitation 2003; 42: 269–283
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, VDR (Hrsg). Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Abschlussberichte Band III, Arbeitsbereich „Rehabilitationskonzepte“, Teilband 3. Frankfurt am Main: VDR, 1991: 902
- Weiller C, Rijntjes M. Einsichten aus dem Studium der Reorganisation des Gehirns nach Schlaganfall. In: Dettmers C, Weiller C (Hrsg): Update neurologische Rehabilitation, Bad Honnef: Hippocampus, 2005: 177–189
- Deutscher Bundestag. Bericht der Bundesregierung über die Lage behinderter Menschen und Entwicklung ihrer Teilhabe 2004, Drucksache 15/4575. 16.12.2004
- Stähler T. Ziele von Rehabilitation und Teilhabe. In: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg): Rehabilitation und Teilhabe. Wegweiser für Ärzte und andere Fachkräfte der Rehabilitation. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 2005: 23
- Koch U, Morfeld M. Weiterentwicklungsmöglichkeiten der ambulanten Rehabilitation in Deutschland. Rehabilitation 2004; 43: 284–295
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Die Zukunft der Rehabilitation und Teilhabe – Orientierungsrahmen für die Arbeit der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) ab 2004. Rehabilitation 2005; 44: 50–57
- Fries W, Lössl H, Wagenhäuser S. Teilhaben! Neue Konzepte der Neuro-Rehabilitation – für eine erfolgreiche Rückkehr in Alltag und Beruf. Stuttgart: Thieme, 2007
- Freivogel S, Hummelsheim H. Qualitätskriterien und Leitlinien für die motorische Rehabilitation von Patienten mit Hemiparese. Aktuelle Neurologie 2003; 30: 401–406
- Hömberg V. Evidence based medicine in neurological rehabilitation – a critical review. Acta Neurochir 2005; 93, Suppl: 3–14
- Miltner WH, Bauder H, Sommer M et al. Effects of constraint-induced movement therapy on patients with chronic motor deficits after stroke: a replication. Stroke 1999; 30: 586–592
- Hesse S, Bertelt C, Jahnke MT et al. Treadmill training with partial body weight support compared with physiotherapy in nonambulatory hemiparetic patients. Stroke 1995; 26: 976–981
- Gauggel S. Grundlagen und Empirie der Neuropsychologischen Therapie: Neuropsychiatrie oder Hirnjogging? Zeitschrift für Neuropsychologie 2003; 14: 217
- Cicerone KD, Dahlberg C, Malec JF et al. Evidence-Based Cognitive Rehabilitation: Updated review of the literature. Arch Phys Med Rehabil 2005; 86: 1681–1692
- Fries W. Das soziale Netz I: Angehörige informieren und unterstützen. In: Fries W, Lössl H, Wagenhäuser S (Hrsg): Teilhaben! Neue Konzepte der Neuro-Rehabilitation – für eine erfolgreiche Rückkehr in Alltag und Beruf. Stuttgart: Thieme, 2007: 135–143