



Ralf Schmidt, Heike Thiele,
Armin Leibig (Hrsg.)

Pflege in der Rehabilitation

Medizinische Rehabilitation
und Pflegeinterventionen

Kohlhammer

Ralf Schmidt
Heike Thiele
Armin Leibig (Hrsg.)

Pflege in der Rehabilitation

Medizinische Rehabilitation
und Pflegeinterventionen

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Es konnten nicht alle Rechtsinhaber von Abbildungen ermittelt werden. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

1. Auflage 2012

Alle Rechte vorbehalten

© 2012 W. Kohlhammer GmbH Stuttgart

Umschlag: Gestaltungskonzept Peter Horlacher

Umschlagabbildung: © HELIOS Klinik Lutherstadt Eisleben,

Annett Riedel (aus: H. Freund (2010).

Geriatrisches Assessment und Testverfahren. Stuttgart: Kohlhammer)

Gesamtherstellung:

W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart

Printed in Germany

ISBN 978-3-17-021167-4

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-026458-8

Geleitwort

Rehabilitation und Pflege – Eine Chance für Betroffene und die Pflegeberufe

Rehabilitation ist aus pflegerischer Sicht ein in jüngerer Zeit wieder sehr interessanter Aufgabenbereich geworden. Wegen des politischen und ökonomischen Drucks im Gesundheitssystem rücken Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation stärker in das Blickfeld. Hier werden Ressourcen für eine bessere Gesundheit und v.a. bessere Lebensqualität gesehen, die mittelbar auch zu Einsparungen beitragen sollen. Im pflegerischen Kontext wird politisch immer noch das Motto „Rehabilitation vor Pflege“ verfolgt, wobei in der sprachlichen Verkürzung der Ansatz und die Möglichkeiten der professionellen Pflege übersehen werden: Diese wirkt per se rehabilitativ, denn sie hat die Selbständigkeit des Betroffenen zum Ziel. Sprachlich korrekt müsste also im o. g. Kontext „Pflege“ durch „Pflegebedürftigkeit“ ersetzt werden.

Schon das Krankenpflegegesetz greift Rehabilitation im Ausbildungsziel auf: „Die Ausbildung für die Pflege soll insbesondere dazu befähigen, [...] die folgenden Aufgaben im Rahmen der Mitwirkung auszuführen: [...] Maßnahmen der medizinischen Diagnostik, Therapie oder Rehabilitation.“

Im Altenpflegegesetz wird als Ziel der Ausbildung formuliert: „Die Ausbildung in der Altenpflege soll die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten vermitteln, die zur selbständigen und eigenverantwortlichen Pflege einschließlich der Beratung, Begleitung und Betreuung alter Menschen erforderlich sind. Dies umfasst insbesondere: [...] die Erhaltung und Wiederherstellung individueller Fähigkeiten im Rahmen geriatrischer und gerontopsychiatrischer Rehabilitationskonzepte.“

Im Bereich der Rehabilitation hat sich aber auch durch den demografischen Wandel eine starke Veränderung der Klientel ergeben. Und nicht zuletzt hat die Weiterentwicklung rehabilitativer Interventionen zu einer Veränderung der Angebote, Zielgruppen und möglichen Behandlungserfolge geführt.

Alle pflegerischen Interventionen werden Teil des Rehabilitationskonzepts. Pflegenden nutzen die Aktivitäten des täglichen Lebens zur Aktivierung und Unterstützung, erkennen, fördern und fordern die Ressourcen der Betroffenen, unterstützen sie dabei, Verantwortung für ihren Gesundheitszustand und seine Verbesserung zu übernehmen und tragen mit all diesem dazu bei, dass die Betroffenen ihre Selbständigkeit wiedererlangen bzw. mit geeigneten Hilfen weitgehend selbstständig und mit verbesserter Lebensqualität leben können. Einen besonderen Stellenwert nimmt auch die Beratung durch Pflegende ein.

Für die in der Rehabilitation tätigen pflegerischen Mitarbeiter bedeutet all dies einen tiefgreifenden Wandel. Die Aufgaben der Pflegenden ändern sich und auch ihr Beitrag zu Behandlung und Behandlungserfolg verändert sich. Damit wird Rehabilitation als Arbeitsbereich für viele Pflegefachkräfte gleichzeitig sehr interessant. Hier bietet sich zum einen die Möglichkeit, in einem längeren Kontakt mit den Betroffenen die Beziehungen zu ihnen ganz anders zu leben und zu gestalten als in der Akutversorgung und zum anderen gibt es viele Erfolgsgeschichten.

Rehabilitation erfordert in besonderem Maße eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit einer Vielzahl von Berufen. Pflege kann mit ihrer spezifischen Kompetenz einen wichtigen Beitrag leisten. Dieses Buch bietet Pflegenden in der Rehabilitation eine ausgezeichnete und umfassende Grundlage für eine sachlich fundierte und dem aktuellen Stand des Wissens entsprechende Pflege als Teil des Rehabilitationsteams.

Ich wünsche dem Buch eine weite Verbreitung und viele interessierte Leser!

Franz Wagner M. Sc., RbP
Bundesgeschäftsführer
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V.

Inhalt

Geleitwort: Rehabilitation und Pflege – Eine Chance für Betroffene und die Pflegeberufe	5
<i>Franz Wagner</i>	
1 ICF – Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit: Eine praxisrelevante Zusammenfassung	11
<i>Michael Schilder</i>	
1.1 Die Perspektive der ICF und ihre Grundelemente	11
1.2 Die Anwendung der ICF auf ein Fallbeispiel	13
2 Gesetzliche Grundlagen und Formen der Rehabilitation	16
2.1 Gesetzliche Grundlagen der Rehabilitation	16
<i>Jan Betz und Ralf Schmidt</i>	
2.2 Formen der Rehabilitation	18
<i>Jan Betz und Ralf Schmidt</i>	
2.3 Das neurologische Phasenmodell	19
<i>Ralf Schmidt und Wilfried Schupp</i>	
3 Professionalisierung der Pflege in der medizinischen Rehabilitation	24
3.1 Aktuelle Entwicklungen in der Rehabilitationspflege	24
<i>Ralf Schmidt</i>	
3.2 Aufgaben- und Verantwortungsbereiche der Mitarbeiter im Pflegedienst in Rehabilitationseinrichtungen	25
<i>Ralf Schmidt</i>	
3.3 Der Katalog der therapeutischen Pflege (KtP) in der neurologischen Frührehabilitation	27
<i>Ralf Schmidt</i>	
3.4 Klassifikation therapeutischer Leistungen in der Rehabilitation (KTL)	31
<i>Ralf Schmidt</i>	
3.5 Fachweiterbildung Rehabilitation	34
<i>Armin Leibig</i>	
4 Rehabilitationspflege im interdisziplinären Team	37
4.1 Bewegungskonzepte	37
<i>Lothar Urbas, Harry Wolpert, Michael Sailer und Ralf Schmidt</i>	

4.2	Wahrnehmungsförderung: Basale Stimulation® in der Pflege, Anwendung von Aromaölen	63
	<i>Heike Thiele</i>	
4.3	Nichtmedikamentöse Interventionen bei desorientierten Patienten	73
	<i>Ralf Schmidt</i>	
4.4	Alternativen zu freiheitsentziehenden Maßnahmen.	79
	<i>Ralf Schmidt</i>	
4.5	Selbsthilfetraining: Wasch- und Anziehtraining, Esstraining	84
	<i>Tanja Gottmeier</i>	
4.6	Pflegerische und klinische Interventionen bei Fehlernährung	90
	<i>Ralf Schmidt</i>	
4.7	Kau-/Schlucktraining	99
	<i>Angela Dittrich</i>	
4.8	Tracheostomaversorgung	109
	<i>Roland Winkler</i>	
4.9	Inkontinenzversorgung und Kontinenztraining.	121
	<i>Ralf Schmidt und Nicol Herbert</i>	
4.10	Modernes Wundmanagement.	126
	<i>Armin Leibig</i>	
4.11	Stumpf- und Prothesenpflege	136
	<i>Nicole Vorrath</i>	
4.12	Behandlung von akuten und chronischen Schmerzen	149
	<i>Nicol Herbert</i>	
4.13	Notfallmanagement, Fehlermanagement, Krankenhaushygiene	162
	<i>Ralf Schmidt</i>	
5	Medizinische Rehabilitation bei Erkrankungen und Verletzungen des Bewegungssystems.	174
	<i>Bernd Kladny</i>	
5.1	Allgemeine Rehabilitation bei Erkrankungen des Bewegungssystems: Indikationen, Ziele, Diagnostik und Therapie	174
5.2	Spezielle Erkrankungen des Bewegungssystems in der Rehabilitation	177
5.3	Rehabilitationspflege in der Orthopädie an zwei Beispielen	186
6	Medizinische Rehabilitation in der Neurologie/Neurochirurgie	189
6.1	Allgemeine neurologische Rehabilitation	189
	<i>Wilfried Schupp</i>	
6.2	Besonderheiten der Neurorehabilitation	194
	<i>Wilfried Schupp</i>	

6.3	Spezielle Krankheitsbilder in der Neurorehabilitation.	198
	<i>Wilfried Schupp</i>	
6.4	Rehabilitationspflege in der Neurologie/Neurochirurgie an zwei Beispielen	211
	<i>Heike Thiele und Wolfgang Erler</i>	
7	Medizinische Rehabilitation in der Inneren Medizin/Kardiologie. . .	222
7.1	Allgemeine internistisch-kardiologische Rehabilitation: Indikation, Ziele, Diagnostik und Therapie	222
	<i>Josef Gerling</i>	
7.2	Spezielle internistisch-kardiologische Krankheitsbilder in der Rehabilitation	225
	<i>Josef Gerling</i>	
7.3	Pflege in der internistisch-kardiologischen Rehabilitation/Besonderheiten bei Patienten mit Herzunterstützungssystemen	231
	<i>Ralf Schmidt und Josef Gerling</i>	
8	Medizinische Rehabilitation in der Geriatrie.	234
8.1	Stationäre geriatrische Rehabilitation.	234
	<i>Heinrich Dorner</i>	
8.2	Mobile geriatrische Rehabilitation	244
	<i>Lukas Niese</i>	
9	Interdisziplinäre Therapien und Organisation von Teamarbeit in der medizinischen Rehabilitation	247
9.1	Organisation von interdisziplinärer Teamarbeit	247
	<i>Roman Lorz</i>	
9.2	Physiotherapie und physikalische Therapie.	254
	<i>Nadine Brinkmann</i>	
9.3	Sport- und Bewegungstherapie	260
	<i>Manuela Lange</i>	
9.4	Ergotherapie.	268
	<i>Jürgen Knörrer</i>	
9.5	Therapie von Sprach-, Sprech- und Kau-/Schluckstörungen	272
	<i>Christa Sous-Kulke</i>	
9.6	Klinische Psychologie und Neuropsychologie	274
	<i>Hartwig Kulke</i>	
9.7	Klinische Sozialarbeit in der medizinischen Rehabilitation	277
	<i>Jan Betz</i>	
10	Pflegeüberleitung und Nachsorge in der medizinischen Rehabilitation	281
10.1	Entlassungsmanagement und häuslich-ambulante Pflegesituationen	281
	<i>Ralf Schmidt</i>	

10.2	Belastungsaspekte pflegender Angehöriger	285
	<i>Ralf Schmidt und Elmar Gräßel</i>	
10.3	Beratung von Angehörigen in der Rehabilitation am Beispiel der Fachstellen für pflegende Angehörige (Fachberatung Demenz) im Netzwerk Pflege Bayern.	291
	<i>Hans-Dieter Mückschel</i>	
10.4	Hightech-Homecare – Intensivpflege im außerklinischen Bereich	297
	<i>Ludger Kosan</i>	
10.5	Beispiele für Nachsorgekonzeptionen in der Rehabilitation	300
	<i>Ralf Schmidt und Peter Miller</i>	
11	Assessmentinstrumente in der medizinischen Rehabilitation (Auswahl)	320
	<i>Ralf Schmidt</i>	
11.1	Messung der funktionellen Selbstständigkeit	320
11.2	Messung von kognitiven Alltagsfähigkeiten	323
11.3	Der Frühreha-Barthel-Index (FRI)	324
11.4	Screening des Ernährungszustands	324
11.5	Subjektive Schmerzmessung	326
11.6	Subjektive Lebensqualität.	327
11.7	Angehörigen-Assessment	329
	Nachwort der Herausgeber.	331
	Verzeichnis der Autoren und Autorinnen	335
	Stichwortverzeichnis	337

1 ICF – Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit: Eine praxisrelevante Zusammenfassung

Michael Schilder

Einleitung

Klassifikationssysteme in den Gesundheitsberufen dienen dazu, in verschlüsselter und systematischer Form diejenigen Begriffe und deren Beziehungen zueinander zu bündeln, die für den jeweiligen Beruf zur Abbildung des beruflichen Handlungsprozesses von Bedeutung sind. Als interdisziplinäre Fachsprache soll die ICF dazu beitragen, Phänomene im Zusammenhang mit funktionaler Gesundheit bzw. funktionalen Problemen eindeutig für alle professionellen Berufsgruppen im Gesundheits- und Sozialwesen zu definieren, was die Voraussetzung für deren einheitliches Verständnis und darauf bezogenes Handeln darstellt. Gesellschaftliche Entwicklungen in den Industrieländern, wie die steigende Lebenserwartung und die Zunahme chronischer Erkrankungen mit Zuständen, die zumeist nicht medizinisch therapiert und ausgeheilt werden, sondern mit länger währenden funktionalen Folgeproblemen verbunden sind, machten in den 70er Jahren des vergangenen Jahrhunderts die Ergänzung der bestehenden medizinischen Nomenklatur ICD durch die ICF erforderlich (DIMDI 2005; Schuntermann 2009). Diese ergänzt als Klassifikation der Gesundheitscharakteristiken die medizinische Klassifikation (ICD) und die pflegerischen (wie z. B. NANDA-I), indem vor allem die sozialen Folgen einer Erkrankung in den Blick genommen werden. Mit der Zusammenführung der biologischen, individuellen und sozialen Ebenen basiert die ICF auf einem bio-psycho-sozialen Modell. Dieses beschreibt „die Wechselwirkung zwischen einer Person mit einem Gesundheitsproblem (ICD) und ihren Kontextfaktoren auf ihre Körperfunktionen und -strukturen, ihre Aktivitäten und ihre Teilhabe an Lebensbereichen“ (DIMDI 2005, Schuntermann 2009).

Mit der ICF ist der Anspruch einer gemeinsamen Sprache aller Gesundheitsberufe verbunden. Als solche kann sie vor allem eine Perspektive im diagnostischen Prozess, zur interdisziplinären Strategiefindung und Erfolgsmessung bieten. Im Rahmen dieses Beitrags soll aufgezeigt werden, was die ICF im Kern ausmacht. An einem Fallbeispiel wird exemplarisch die Anwendung der ICF veranschaulicht, um daraus Anhaltspunkte für ihre Verwendung im Rahmen der Rehabilitation abzuleiten.

1.1 Die Perspektive der ICF und ihre Grundelemente

Die ICF bietet als Gesundheitsklassifikation Elemente zur Beschreibung von funktionaler Gesundheit bzw. funktionalen Problemen. Wo die ICD Krankheiten und deren verursachende Faktoren beschreibt, nimmt die ICF die negativen Auswirkungen dieser auf

das Leben eines Betroffenen in den Blick. Damit erweitert sie die Perspektive um die sozialen Folgen, die aus der Wechselwirkung des von einem Gesundheitsproblem betroffenen Individuums mit der gesellschaftlichen Reaktion resultieren und die sich darin zeigen, ob und in welcher Weise der Betroffene von der Teilhabe an Lebensbereichen wie Arbeit, Bildung und Gemeinschaftsleben ausgeschlossen ist. Mit dieser Schwerpunktsetzung verspricht die ICF auch einen Beitrag zur Verwendung in der beruflichen Pflege zu leisten, wenn der American Nurses Association (ANA)-Definition von Pflege – als die „Diagnose und Therapie menschlicher Reaktionen auf aktuelle oder potenzielle Gesundheitsprobleme“ – gefolgt wird, da sich auch die berufliche Pflege innerhalb des Lebens der Betroffenen abspielt (Gordon & Bartolomeyczik 2001). Wenn sich die Rehabilitation bei einer drohenden oder bestehenden Störung der Teilhabe des Menschen auf „das multi- und interdisziplinäre Management der Funktionalen Gesundheit einer Person“ in Form von Wiederherstellung oder Besserung dieser Gesundheit ausrichtet, erfasst die ICF eben diesen Gegenstand (Schuntermann 2009). So enthält die ICF als Klassifikation diejenigen Elemente, die zur Abbildung von funktionaler Gesundheit oder deren Einschränkung erforderlich sind. Demgemäß ist der Mensch funktional gesund, wenn

- die körperlichen Strukturen und Funktionen einschließlich geistiger und seelischer Aspekte allgemein anerkannten statistischen Normen entsprechen (dieser Sachverhalt wird in den Teilklassifikationen der „Körperfunktionen“ und „Körperstrukturen“ abgebildet),
- der Mensch all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsprobleme erwartet wird und
- die Person damit zu all den Lebensbereichen Zugang hat, die für sie wichtig sind, und innerhalb derer sie sich entfalten kann (die beiden letztgenannten Sachverhalte finden sich in der Teilklassifikation der „Aktivitäten und der Teilhabe“) (DIMDI 2005, Schuntermann 2009).

Körperfunktionen und -strukturen beziehen sich auf den menschlichen Organismus einschließlich des mentalen Bereichs (Schuntermann 2009). Stellen Körperfunktionen auf die physiologischen und psychologischen Funktionen von Körpersystemen ab, bilden Körperstrukturen innerhalb der ICF anatomische Teile des Körpers, wie Organe, Gliedmaßen, und ihre Bestandteile, wie z. B. Strukturen des Nervensystems, ab. Die individuelle Ebene des einzelnen handelnden Menschen in seiner Daseinsentfaltung in der Gesellschaft und Umwelt findet sich hingegen in den Teilklassifikationen der „Aktivitäten“ (wie z. B. Mobilität) und der „Partizipation“ (z. B. Teilhabe am Lebensbereich Beruf) wieder (DIMDI 2005; Schuntermann 2009). Die soziale Dimension der funktionalen Gesundheit ist durch die Kontextfaktoren in Form von Umweltfaktoren (Klassifikation „Umweltfaktoren“) repräsentiert, wie z. B. gesellschaftliche Einstellungen. Zu den Kontextfaktoren zählen außerdem personbezogene Faktoren, die gegenwärtig noch kein definierter Bestandteil der ICF sind und die besonderen Gegebenheiten der Person wie Alter, Geschlecht und Motivation bei der Therapiemitwirkung umfassen. Beide Kontextfaktoren wirken in positiver (dann als Förderfaktor) oder in negativer Hinsicht (dann als Barriere) auf die funktionale Gesundheit des Menschen ein. Daraus wird ersichtlich, dass sich ein und dasselbe Krankheitsbild durchaus sehr unterschiedlich in der Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit widerspiegeln kann, da sich diese letztlich aus der Wechselwirkung des Individuums mit dessen gesellschaftlichen Kontext konstituiert. Dies soll nachfolgend an einem Fallbeispiel erläutert werden.

1.2 Die Anwendung der ICF auf ein Fallbeispiel

Der 75-jährige Rentner Herr Fritz (fiktiver Name) ist vor drei Wochen mit einem akuten Schlaganfall (cerebri-media-Infarkt, links) in ein Krankenhaus eingeliefert worden. Er lebte bis zum Krankheitseintritt mit seiner berenteten Ehefrau zusammen in einer Mietwohnung im dritten Stock eines Mehrfamilienhauses ohne Aufzug. Die zwei Kinder des Ehepaars leben 200 km entfernt in anderen Städten. Der Betroffene, auch in Rente, übte den Beruf des Schlossers aus, war bis zum Krankheitseintritt Hobbygärtner und aktiv im Vorstand eines Fußballvereins tätig. Während der akuten Krankheitsphase unterstützte ihn seine Ehefrau im Krankenhaus, was besonders wichtig für ihn war, da er eher pessimistisch eingestellt ist und dazu neigt, schnell aufzugeben. Nach zwei Wochen intensiver Therapie und Frührehabilitation, verbesserten sich seine Fähigkeiten zur Bewegung, Wahrnehmung und Kommunikation und er wurde im Anschluss an seinen Krankenhausaufenthalt in eine Rehabilitationsklinik eingeliefert.

Der **Abbildung 1.1** kann die Struktur dieses Falls innerhalb der ICF entnommen werden (vgl. BAR 2006, 2008). Ausgangspunkt der Betrachtung der mit dem Fall verbundenen funktionalen Probleme bildet die medizinische Diagnose Cerebri-media-infarkt links (ICD), welche Voraussetzung für die Anwendung des Falls in der ICF ist und sich außerhalb dieses Klassifikationssystems befindet. Die eigentliche Struktur der ICF ist mittels der grauschattierten Kästchen abgebildet. Der Schlaganfall manifestiert sich auf der Ebene der Körperstrukturen als Schädigung in Form eines linksseitigen Hirninfarkts. Schädigungen in den Körperfunktionen liegen in Form rechtsseitiger Schädigungen der Muskelkraft, des Muskeltonus, des Körperschemas sowie als Empfindungsstörungen, halbseitigen Gesichtsfeldausfall und Beeinträchtigungen im Redefluss und Sprechrhythmus vor.

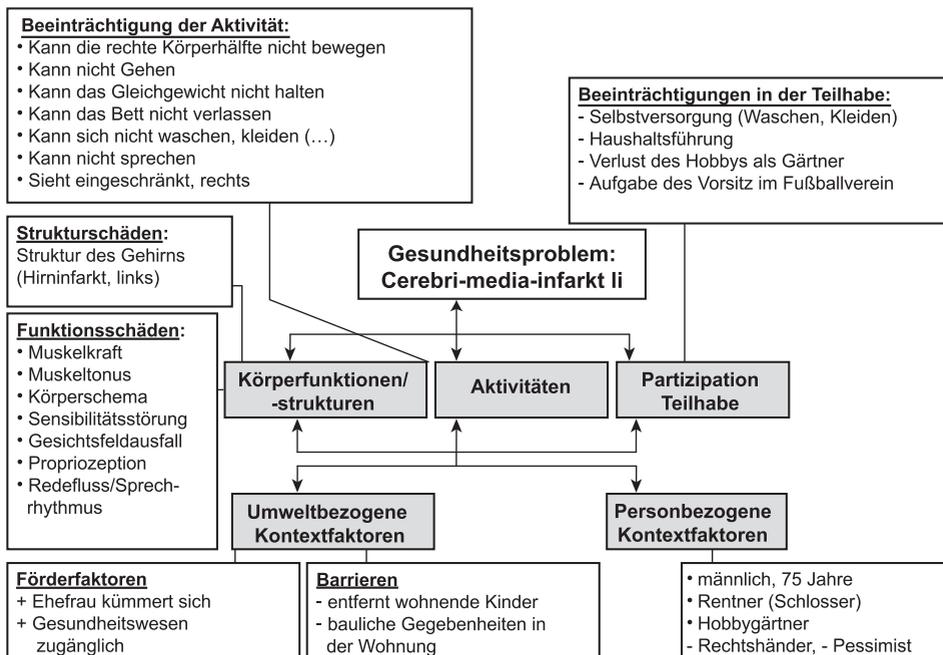


Abb. 1.1: Fallstruktur in der ICF

Auf der individuellen Ebene der Aktivitäten erschließen sich aus Beobachtungen der Interaktionen des Betroffenen u. a. Beeinträchtigungen in mobilitätsbezogenen Aktivitäten wie Bewegungsdefizite der rechten Körperhälfte, die wiederum Folgen in Form von Fähigkeitsstörungen beim Gehen und bei der Körperpflege bedingen. Als Beeinträchtigung der Teilhabe zeigt sich, dass Herr Fritz seine vor dem Krankheitseintritt gewohnten Rollen, wie die des Gärtners oder Vorsitzenden eines Fußballvereins, derzeit nicht mehr ausüben kann. Auf die genannten Teilklassifikationen wirken als Kontextfaktoren Förderfaktoren in Form des zugänglichen und genutzten Gesundheitsdienstes der Rehabilitation und der motivierenden und Selbstvertrauen spendenden Ehefrau ein. Barrieren für die Teilhabe des Betroffenen nach der Entlassung in den häuslichen Bereich zeigen sich in folgenden Punkten:

- Die Mietwohnung stellt durch das Fehlen eines Aufzugs angesichts der erwartbaren Mobilitätseinbußen eine infrastrukturelle Barriere dar.
- Die Tatsache, dass die Kinder der Familie einen weit entfernten Wohnsitz haben, ist insofern eine Barriere, als dass sie die Ehefrau im Rahmen der Angehörigenpflege wenig kontinuierlich vor Ort unterstützen können.
- Schließlich wirkt auf der Ebene der personbezogenen Faktoren die rechtsseitige Lähmung aufgrund der Rechtshändigkeit von Herrn Fritz als Barriere für die Aktivität, feinmotorische Bewegungen wieder zu erlernen, wie das Schreiben.
- Nicht zuletzt ist Herrn Fritz' Neigung zum Pessimismus und die sich daraus ergebende fehlende Motivation, sich dauerhaft und auch nach Rückschlägen aktiv in den Rehabilitationsprozess einzubringen, als Barriere aufzufassen.

Die Anwendung der ICF anhand dieser Fallstruktur verdeutlicht:

1. welche biologischen, individuellen und gesellschaftlichen Ebenen die funktionale Gesundheit des Betroffenen beeinflussen und inwiefern sie dies tun, da nicht allein das Krankheitsgeschehen die Einschränkung der funktionalen Gesundheit bedingt, sondern ebenso die genannten Kontextfaktoren. Gesundheitsstörungen wirken sich je nach konkreten Bedingungen unterschiedlich auf die funktionale Gesundheit des Menschen aus;
2. in welchen Lebensbereichen Rehabilitationsziele zu verorten sind. So können Ziele u. a. in der Befähigung zur Selbstversorgung in dem Bereich der Körperpflege und den vormals gewohnten Routinen des Lebens gesehen werden;
3. welche konkreten Rehabilitationsmaßnahmen erforderlich sind, wie z. B die Förderung der Bewegung und Körperwahrnehmung durch Physiotherapeuten und Pflegende. Des Weiteren werden auch notwendige soziale Interventionen angezeigt, die in der Unterstützung der Ehefrau bezüglich der Bewältigung der Lebenssituation und etwaiger Veränderungen im Bereich des Wohnens liegen. Zudem ist die pessimistische Grundhaltung von Herrn Fritz im Rahmen der Rehabilitationsmaßnahmen zu berücksichtigen, denn nur bei Beachtung dieser Einstellung werden diese Maßnahmen ihre Ziele erreichen können;
4. inwiefern und innerhalb welcher Komponenten der ICF sich die ursprüngliche Einschränkung der funktionalen Gesundheit nach Anwendung von Rehabilitationsmaßnahmen zugunsten oder zuungunsten der Teilhabe an für Herrn Fritz relevanten Lebensbereichen verändert, also welche Ergebnisse im Rahmen des Rehabilitationsprozesses erreicht wurden.

Zusammenfassung

Im Rahmen dieses Beitrags soll deutlich geworden sein, in welcher Weise die ICF zur Bestimmung des Rehabilitationsanlasses, der zu erreichenden Ziele, der Strategie und der Erfassung der Ergebnisse eingesetzt werden kann. So finden Anwender der ICF in den benannten Teilklassifikationen standardisierte Begriffe, die zur systematischen Abbildung innerhalb der aufgezeigten Ebenen der funktionalen Gesundheit eingesetzt werden können. Neben der Verwendung im klinischen Bereich könnte die ICF als Perspektive auf den Rehabilitationsprozess auch in der Lehre, der Forschung und im Rahmen von Kodierungen in der Abrechnung von Rehabilitationsleistungen Verwendung finden. Nicht zuletzt verspricht die ICF als interdisziplinäre Rahmensprache zur Verständigung jeweils fach(-fremd-)sprachiger Disziplinen im Sinne der interdisziplinären Ausrichtung der gemeinsamen Arbeit in der Rehabilitation beizutragen.

Literatur

- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2006). ICF – Praxisleitfaden 1, Frankfurt am Main.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2008). ICF – Praxisleitfaden 2, Frankfurt am Main.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information DIMDI (Hrsg.) (2005). Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, World Health Organization, Genf. (<http://www.dimdi.de>; Zugriff am 08.11.2006)
- Gordon M. & Bartholomeyczik S. (2001). Pflegediagnosen, Theoretische Grundlagen. München: Urban & Fischer.
- Schuntermann M. (2009). Einführung in die ICF, Grundkurs, Übungen, offene Fragen. 3., überarb. Aufl. Heidelberg: ecomed.

2 Gesetzliche Grundlagen und Formen der Rehabilitation

2.1 Gesetzliche Grundlagen der Rehabilitation

Jan Betz und Ralf Schmidt

Wer körperlich, geistig oder seelisch behindert ist oder wem eine solche Behinderung droht, hat unabhängig von der Ursache ein Recht auf Hilfen, die notwendig sind, um

- die Behinderung abzuwenden, zu bessern, eine Verschlimmerung oder Behinderungsfolgen zu verhüten,
- Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder die Pflegebedürftigkeit zu vermeiden und/oder zu überwinden,
- einen seinen Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz in der Gemeinschaft und im Arbeitsleben zu sichern,
- seine Entwicklung zu fördern und eine Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und eine möglichst selbstständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen sowie
- einer Benachteiligung aufgrund von Behinderung entgegenzuwirken
(nach § 10 Teilhabe behinderter Menschen SGB I).

Die Rehabilitation wird von Trägern der Sozialen Sicherheit wahrgenommen (vgl. Kap. 9.7). Dabei besteht ein enger Zusammenhang zwischen Rehabilitationsleistungen und anderen Grundaufgaben der Kostenträger (s. **Tab. 2.1**).

Tab. 2.1: Kostenträger der Sozialen Sicherheit und Grundaufgaben

Kostenträger	Beispiele	Grundaufgaben
Krankenversicherung	Krankenkassen Bundesknappschaft	<ul style="list-style-type: none"> • Krankenbehandlung • Medizinische Rehabilitation
Pflegeversicherung	Pflegekassen der Krankenkassen	<ul style="list-style-type: none"> • Leistungen der aktivierenden Pflege nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit
Rentenversicherung einschließlich Alterssicherung der Landwirte	Deutsche Rentenversicherung	<ul style="list-style-type: none"> • Rentenleistungen • Rente bei verminderter Erwerbsfähigkeit • Medizinische Rehabilitation
Unfallversicherung	Berufsgenossenschaften Unfallversicherungskassen und -verbände	<ul style="list-style-type: none"> • Prävention • Entschädigung durch Geldleistungen • Medizinische Rehabilitation

Kostenträger	Beispiele	Grundaufgaben
Arbeitsförderung	Bundesagentur für Arbeit	<ul style="list-style-type: none"> • Aus-, Fort- und Weiterbildung • Arbeitsvermittlung Behinderter
Soziale Entschädigung	Versorgungsämter Fürsorgestellen	<ul style="list-style-type: none"> • Renten • besondere Hilfen im Einzelfall • Berufsförderung nach dem Recht der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden
Kinder- und Jugendhilfe	Örtliche und überörtliche Träger der öffentlichen Jugendhilfe	<ul style="list-style-type: none"> • Hilfen zur Erziehung bei seelischer Behinderung
Sozialhilfe	Örtliche und überörtliche Träger der öffentlichen Sozialhilfe	<ul style="list-style-type: none"> • Hilfen in besonderen Lebenslagen

Als Rechtsgrundlage dienen die Sozialgesetzgebung, vorrangig das Sozialgesetzbuch (vgl. Kap. 9.7) (s. **Tab. 2.2**), andere Gesetze und Verordnungen, wie das Schwerbehindertengesetz (SchwbG) sowie besondere Rechtsvorschriften für den einzelnen Kostenträger, die Voraussetzungen, Art und Umfang von Rehabilitationsleistungen regeln.

Tab. 2.2: Relevante Teile des Sozialgesetzbuches

Sozialgesetzbuch (SGB)	Inhalte
SGB I	Allgemeiner Teil
SGB III	Arbeitsförderung
SGB IV	Vorschriften für die Sozialversicherung
SGB V	Gesetzliche Krankenversicherung
SGB VI	Gesetzliche Rentenversicherung
SGB VII	Gesetzliche Unfallversicherung
SGB VIII	Kinder- und Jugendhilfe
SGB IX	Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
SGB X	Verwaltungsverfahren, Schutz der Sozialdaten, Zusammenarbeit der Leistungsträger
SGB XI	Soziale Pflegeversicherung
SGB XII	Sozialhilfe

2.1.1 Das SGB IX

Im neunten Sozialgesetzbuch (in Kraft: 1. Juli 2001) hat der Gesetzgeber alle auf andere Sozialgesetzbücher verteilte Rechte zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen zusammengefasst. Die vereinheitlichten Regelungen des SGB IX umfassen die

Rehabilitationsleistungen, die Praxis des Rehabilitationsrechts und die Leistungserbringung. Sie sollen die Schnittstellenprobleme des gegliederten Sozialgesetzbuches überwinden helfen. Darüber hinaus fördert das SGB IX die Selbstbestimmung und die Rechte der Betroffenen u. a. durch folgende Regelungen:

- Leistungen als persönliches Budget
- Wunschrecht
- Wahlrecht
- Rücksichtnahme auf die persönliche Lebenssituation

2.2 Formen der Rehabilitation

Jan Betz und Ralf Schmidt

Rehabilitation ist ein komplexer Prozess und auch wenn verschiedene Phasen der Rehabilitation beschrieben werden (vgl. Kap. 2.3), sollten diese nicht getrennt voneinander betrachtet werden, sondern als fließend übergehend oder parallel verlaufend. Es werden folgende Formen der Rehabilitation unterschieden:

- *Medizinische Rehabilitation:* Das akute Leiden bzw. der Gesundheitsschaden soll geheilt und die Gesundheit optimal wiederhergestellt werden, um eine berufliche und gesellschaftliche Wiedereingliederung zu gewährleisten.
- *Berufliche Rehabilitation:* Unterstützt durch begleitende Hilfen sollen Behinderte möglichst dauerhaft in Arbeit und Beruf eingegliedert werden.
- *Soziale Rehabilitation:* Behinderten soll ein angemessener Platz in der Gemeinschaft gewährleistet werden.
- *Schulische Rehabilitation:* Behinderten Kindern und Jugendlichen soll im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht oder von weiterführenden Schulen die üblicherweise erreichbare Bildung ermöglicht werden.

Leistungen der Rehabilitation werden auf Antragstellung des Betroffenen erbracht. Anträge zur Kostenübernahme sind dabei grundsätzlich vor Beginn einer Maßnahme zu stellen. Mit Zustimmung des Betroffenen können Rehabilitationsleistungen auch durch die Beantragung des behandelnden Arztes, eines Krankenhauses bzw. dessen Sozialer Arbeit (vgl. Kap. 9.7) eingeleitet werden. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) hat darüber hinaus die Entscheidung zu treffen, ob und in welchem Umfang Rehabilitationsleistungen (s. **Tab. 2.3**) geeignet, notwendig und zumutbar sind – vor allem bezüglich der Vermeidung und Überwindung von Pflegebedürftigkeit.

Tab. 2.3: Beispiele für Rehabilitationsleistungen

Rehabilitationsleistungen	Beispiele
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	<ul style="list-style-type: none"> • Ärztliche Behandlung • Arzneimittel • Heilmittel, z. B. Physiotherapie • Hilfsmittel • Stufenweise Wiedereingliederung

Rehabilitationsleistungen	Beispiele
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	<ul style="list-style-type: none"> • Erhaltung eines Arbeitsplatzes • Berufliche Anpassung und Weiterbildung • Arbeitsassistenz
Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft	<ul style="list-style-type: none"> • Heilpädagogische Leistungen für Kinder vor der Schulpflicht • Hilfen zur Verständigung mit der Umwelt • Hilfen zum selbstbestimmten Leben • Hilfen zur Ausstattung einer Wohnung • Hilfen zur Teilhabe am gesellschaftlichen und kulturellen Leben
Sonstige, unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen zur Teilhabe	<ul style="list-style-type: none"> • Krankengeld • Rehabilitationssport • Kraftfahrzeughilfen • Sonstige Hilfen, um den Rehabilitationserfolg zu sichern

Literatur

- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.) (1998). Wegweiser – Eingliederung von Behinderten in Arbeit, Beruf und Gesellschaft. 10. Aufl. Frankfurt am Main.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.) (2005). Rehabilitation und Teilhabe – Wegweiser für Ärzte und andere Fachkräfte der Rehabilitation. 3. Aufl. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.) (2010). Wegweiser – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. 13. völlig neu bearbeitete Auflage. Frankfurt/Main
- Fuchs H. (2009). Überwindung von Schnittstellen. Forum Sozialarbeit + Gesundheit. Heft 4, 16–20. www.bar-frankfurt.de

2.3 Das neurologische Phasenmodell

Ralf Schmidt und Wilfried Schupp

Einleitung

Unter Federführung des Verbands Deutscher Rentenversicherungsträger (DRV) wurde 1995 durch eine Projektgruppe das Modell einer Behandlungs- und Rehabilitationskette (Phasenmodell) entwickelt und von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) in die Versorgungsstrukturen umgesetzt. Das Modell wurde zunächst für Patienten mit akutem Schlaganfall oder Schädel-Hirn-Trauma erstellt, mit der Möglichkeit, dass auch Patienten nach länger zurückliegendem Ereignis mit einem noch rehabilitativen Potential teilhaben können. Im Weiteren wurde durch Modifikationen auch die Übertragung auf Patienten mit anderen neurologischen Erkrankungen möglich bis hin zur geriatrischen Rehabilitation innerhalb der Neurologie.

Unter den gesundheitspolitischen Stichworten „Reha vor Rente“, „Reha vor Pflege“ und „Teilhabe“ hat der Gesetzgeber Vorgaben geschaffen, die von Behinderung be-

drohten und behinderten Patienten einen Anspruch auf und die Mitgestaltung von rehabilitativer Versorgung zu sichern, um so eine möglichst gute gesundheitliche Wiederherstellung und individuell angepasste familiäre, berufliche und gesellschaftliche Wiedereingliederung und Teilhabe zu erreichen (§ 10 SGB 1, SGB IX). Die als defizitär betrachteten Versorgungsstrukturen bei neurologischen Erkrankungen wurden durch die Entwicklung und Etablierung des neurologischen Phasenmodells verbessert. Es hat als einheitliches Gesamtkonzept der BAR in verschiedenen Bundesländern Eingang in die Versorgungsverträge mit neurologischen Rehabilitationseinrichtungen gefunden.

In diesem Konzept werden abhängig von der funktionellen Selbstständigkeit des einzelnen Patienten entsprechende medizinische Behandlungs- und Rehabilitationsnotwendigkeiten abgeleitet und in unterschiedliche Phasen eingeteilt. Dabei kann ein Patient in Abhängigkeit von den Auswirkungen seines neurologischen Defizits und dessen Rückbildungstendenz in unterschiedlichen Phasen starten und übergeleitet werden. Es ist dabei auch möglich, dass ein Patient nach Erreichung erster Rehabilitationsziele, z. B. die familiäre Wiedereingliederung, zur Konsolidierung entlassen wird und zu einem späteren Zeitpunkt zur Erreichung weiterer Rehabilitationsziele, z. B. berufliche Wiedereingliederung, erneut Rehabilitationsleistungen in Anspruch nimmt.

2.3.1 Aufgaben und Ziele der neurologischen Rehabilitation in den einzelnen Phasen

Phase A: Medizinische Akutbehandlung

Sie erfolgt stationär im Akutkrankenhaus auf Intensiv- oder Normalstationen und zunehmend häufig auf Stroke Units. Dies sind Spezialstationen zur Akutbehandlung von Patienten mit Schlaganfall und ein integraler Bestandteil von Behandlungskonzepten für Schlaganfallpatienten. Die primären Ziele sind durch eine schnelle Diagnostik und Therapie der aufgetretenen Hirnschädigung zu erreichen:

- eine Progredienz der cerebralen Läsion sowie
- Sekundärkomplikationen zu vermeiden und
- für eine schnellstmögliche Rehabilitationseinleitung zu sorgen.

Die Grenzen der Akutbebehandlung und des eigentlichen Rehabilitationsprozesses sind dabei fließend und medizinisch nicht exakt definiert. Basale Rehabilitationsleistungen, wie aktivierende Pflegeinterventionen, z. B. Bewegungsförderung und Frühmobilisation, sollten daher bereits in dieser frühen Phase beginnen.

Phase B: Frührehabilitation

Behandelt werden schwer bewusstseinsgetrübte, -gestörte Patienten mit vegetativen Instabilitäten und gravierenden funktionellen Defiziten sowie ohne oder mit geringer Kooperationsfähigkeit. Der Patient soll nicht mehr beatmungs- und intensivbehandlungspflichtig sein, entsprechende Behandlungsmöglichkeiten sollen aber vorgehalten werden. Begleiterkrankungen sollten soweit in therapeutischer Kontrolle sein, dass Mobilisationen sich nicht verbieten oder behindert werden.

Die Hauptziele sind die Bewusstseinsförderung und Schaffung einer Grundlage für die kooperative Mitarbeit des Patienten am Rehabilitationsprozess. Anhand prognostischer Beurteilungen und systematischer Verlaufsbeobachtungen wird regelmäßig geprüft,

ob der Patient die Kriterien für die Überleitung in eine weitere geeignete Behandlungsphase erfüllt.

Im Rahmen der BAR-Empfehlungen zur Phase B von 1995 wird eine Therapiedichte von vier bis sechs Stunden aktivierende Pflege einschließlich notwendiger intensiv- und überwachungspflegerischer Leistungen erwartet, mit interdisziplinärer funktioneller Therapie von mehreren Stunden und mehrfach täglicher Visite.

Da die Frührehabilitation noch zur Akutbehandlung zählt, kann sie in besonderen Einrichtungen, wie spezialisierten Rehabilitationskliniken, nach den BAR-Empfehlungen durchgeführt werden oder im Akutkrankenhaus auf spezialisierten Stationen, wie im DRG-System abgebildet und abgerechenbar, stattfinden. In diesen Fällen sind definierte Kriterien der in 2007 modifizierten OPS 8-552 für die neurologische-neurochirurgische Frührehabilitation zu erbringen:

- Stationäre Akutbehandlungsbedürftigkeit muss bestehen
- Frühreha-Team unter Leitung eines Facharztes für Neurologie, Neurochirurgie, physikalische und rehabilitative Medizin mit mindestens dreijähriger Berufserfahrung
- Standardisiertes Frührehabilitations-Assessment zur Erfassung der funktionellen Selbstständigkeit, von Bewusstseins-, Verhaltens-, Kommunikations- und Schluckstörungen sowie der medizinischen Überwachungspflicht. Hierzu werden Messinstrumente wie den Barthel-Index und Frühreha-Barthel-Index verwendet (vgl. Kap. 11)
- Wöchentliche fallbezogene Teambesprechungen
- Aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal
- Einsatz von folgenden Therapien: Physiotherapie, physikalische Therapie, Ergotherapie, Neuropsychologie, Logopädie, Schlucktherapie und therapeutische Pflege (vgl. Kap. 3.3) mit mindestens 300 Minuten durchschnittlicher täglicher Behandlungsdauer nach patientenbezogenem Bedarf

Phase C: Weiterführende Rehabilitation

Für viele neurologisch neuerkrankte Patienten stellt Phase C die typische Eingangsstufe in die Rehabilitation dar. In dieser Phase bestehen grundlegende Defizite in den Alltagsfähigkeiten, so dass umfassende aktivierend-therapeutische Pflege nötig ist. Der Patient soll überwiegend bewusstseinsklar sein und zur kooperativen Teilnahme an täglich mehreren Therapieinterventionen fähig. Bestehende Begleiterkrankungen sollen in therapeutischer Kontrolle sein und weiterführende Mobilisierungen nicht ver- oder behindern. Als Hauptziele sind die Wiederbefähigung des Patienten im Alltag, die Reduzierung oder Vermeidung von Pflegebedürftigkeit sowie die familiäre Wiedereingliederung zu nennen. Je nach prognostischer Einschätzung kann der Patient in die Phase D zur Weiterbehandlung, in die ambulante Nachsorge oder die zustandserhaltende Dauerpflege übergeleitet werden.

Phase D: Anschlussheilbehandlung

Die Patienten in dieser Phase befinden sich im fortschreitenden Genesungsprozess und wurden von anderen Phasen übergeleitet oder kommen bei rascher Rückbildungstendenz der neurologischen Defizite direkt aus der Akutbehandlung. Sie sollen dabei auf der Zimmerebene ggf. unter Einsatz von Hilfsmitteln weitgehend selbstständig sein und zur kooperativen, aktiven Mitarbeit bei mehreren Therapien täglich bereit. Die Hauptziele sind die Wiederbefähigung zur selbstständigen Lebensführung, Wiederherstellung und Besserung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben und Reduzierung krankheitsbedingter Behinderungen. Die Phase D kann stationär und/oder ambulant erbracht werden. Ein

höheres Lebensalter mit bestehenden Komorbiditäten und altersphysiologischen Beeinträchtigungen sind häufig Indikationen für die stationäre Anschlussheilbehandlung, aber auch für das noch nicht flächendeckende Angebot von konzeptioneller ambulanter Rehabilitation. Die Behandlungsdauer liegt bei drei bis vier Wochen, oft verbunden mit einer anschließenden beruflichen Wiedereingliederung und/oder ambulanten Nachsorge.

Phase E: Ambulante Nachsorge und medizin-berufliche Wiedereingliederung

Diese Phase ist für Patienten mit der Fähigkeit zur selbstständigen Lebensführung geeignet, da die Hauptziele die Stabilisierung der Patienten in häuslich-ambulanter Nachsorge und/oder im Erwerbsleben sind. Die Dauer der Maßnahmen hängt von der Zielsetzung ab. Bei beruflichen Wiedereingliederungsmaßnahmen, wie einer stufenweisen Wiedereingliederung und Belastungserprobung, sind sie zeitlich befristet – in der Regel zwischen sechs Wochen und sechs Monaten. Die häuslich-ambulante Nachsorge wird theoretisch lebenslang erfolgen und durch ambulante ärztliche Betreuung und verordnete ambulante Nachsorgeleistungen erbracht, wie Heil- und Hilfsmittelverordnungen.

Phase F: Zustandserhaltende Dauerpflege

Neurologisch erkrankte, pflegebedürftige Patienten werden nach der Rehabilitation in der Phase B und/oder Phase C, wenn vorübergehend oder auf Dauer kein weiterer Rehabilitationsfortschritt zu erwarten ist, in die zustandserhaltende Dauerpflege übergeleitet. Die Ziele sind die Stabilisierung des in der Rehabilitation erreichten funktionellen Zustands und die Vermeidung von Folgeschäden und einer zunehmenden Pflegebedürftigkeit. Zeigen sich wieder Rehabilitationspotenziale oder droht dem Patienten die funktionelle Verschlechterung, ergibt sich der erneute Anspruch auf Rehabilitationsleitungen – auch bei bestehender Pflegestufe. Nach dem Umfang der Pflegebedürftigkeit und der Möglichkeit des psychosozialen Umfelds des Patienten ergibt sich entweder eine häuslich-ambulante Pflegesituation durch familiäre Pflegepersonen, die von ambulanten Pflegediensten unterstützt werden, oder eine Weiterversorgung in einer institutionellen Pflegeeinrichtung. Mit der Etablierung von Phase F-Einrichtungen stehen Institutionen zur Verfügung, die sich inhaltlich auf die Langzeitpflege von neurologisch Erkrankten spezialisiert haben. Neben dauerhafter ärztlicher Versorgung ist außerdem in vielen Fällen eine kontinuierliche physiotherapeutische Behandlung nötig.

Phase G: Betreutes und begleitetes Wohnen

Diese Phase ist nicht formeller Bestandteil des Phasenmodells, wird aber von Interessenvertretungen wie Schädelhirnpatienten in Not e. V. zur Diskussion gestellt. In dieser Phase soll dem neurologisch erkrankten Patienten nach den erfolgten Rehabilitationsleistungen durch Therapie-, Beratungs-, Betreuungs- und Pflegeangebote auf dem Weg zurück zum selbstbestimmten Leben geholfen werden. Spezielle Patientengruppen werden auch zeitweise in spezialisierten Nachsorgeeinrichtungen im Anschluss an die medizinische Rehabilitation gefördert. Unzweifelhaft ist der Kenntnisstand der betroffenen Erkrankten und Angehörigen zu den genannten Dienstleistungen schwach ausgeprägt, so dass die Inanspruchnahme dadurch behindert ist.

Zusammenfassung

Das neurologische Phasenmodell ist in die Behandlungskonzepte für viele neurologische Erkrankungen integriert und hilfreich, Patienten in die geeignete rehabilitative Versorgung überzuleiten. Neuste, für die Patientenversorgung gewinnbringende Entwicklungen, wie die Etablierung von Stroke Units, haben sich daran orientiert.

Literatur

- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.) (1999). Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C. 2. November 1995. Frankfurt/Main: BAR-Publikationen.
- Krocek G, Schaumberg K, Hilfen T, Husberg A, Kalb S & Seifert H. (2002). Stroke Unit. Ein interdisziplinärer Praxisleitfaden zur Akutbehandlung des Schlaganfalles. München: Richard Pflaum.
- Schupp W, Ackermann H. (2000). Konzept der Behandlungs- und Rehabilitationskette nach Schlaganfall (Neurologisches Phasenmodell). In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin Heft 76, 173–177.

3 Professionalisierung der Pflege in der medizinischen Rehabilitation

3.1 Aktuelle Entwicklungen in der Rehabilitationspflege

Ralf Schmidt

Die medizinische Rehabilitation unterliegt seit Jahren weitreichenden Veränderungen:

- Die Einführung des neurologischen Phasenmodells (Schupp 1995; vgl. Kap. 2.3),
- wohnortnahe Rehabilitation (Linden et al. 2005),
- die Etablierung von Stroke-Units in der Schlaganfallversorgung (Krocek et al. 2002),
- frühere Patientenüberleitungen und vermehrt Direktverlegungen aus Akutkrankenhäusern nach der DRG-Einführung (von Eiff 2005),
- die Auswirkung der DRG-Einführung selbst auf die Pflegeinterventionen in Akutkrankenhäusern (Galatsch et al. 2007) sowie nicht zuletzt
- die Zunahme des Lebensalters der Patienten und komorbider Krankheitsverläufe

haben Einfluss auf die Inhalte der pflegerischen Versorgung und die Positionierung des Pflegedienstes in Rehabilitationskliniken. Akutmedizinische Pflege mit Anteilen aus der Intensivpflege (in der Frührehabilitation) (Krocek et al. 2002), aktivierend-therapeutische Pflegeinterventionen mit dem Fokus auf die alltagsnahe Mobilisation und basale Bedürfnisse sowie anleitende, beratende, nachsorgende und präventive Konzepte haben den Schwerpunkt übernommen. Bis zu 92 % der Arbeitszeit im Pflegedienst werden dabei patientenorientiert eingesetzt (Ryser et al. 2007). Die Zufriedenheit mit dem Pflegedienst ist zudem einer der Hauptfaktoren, die zur Patientenzufriedenheit und Weiterempfehlung einer Rehabilitationsklinik führen (Haase et al. 2006).

Die Rehabilitation als medizinisches Fachgebiet ist vielschichtig, umfasst unterschiedliche Indikationen und Berufsgruppen und wird überwiegend von medizinischen Fachgesellschaften dominiert. Die Professionalisierung der Pflege in der Rehabilitation liegt damit nicht in einer Hand, und dennoch lassen sich erfolgreiche Professionalisierungsinterventionen seit Mitte der 1990er Jahre nachvollziehen, oft von unterschiedlichen Ideengebern initiiert, die in diesem Kapitel skizziert werden sollen. 1994 wurde bereits die berufsbegleitende Fachweiterbildung „Krankenpflege für Rehabilitation“ (vgl. Kap. 3.5) auf Initiative der Klinikgruppe Enzensberg mit Unterstützung des Freistaats Bayern und des bayrischen Arbeitskreises für Rehabilitationspflege entwickelt und etabliert (Klinikgruppe Enzensberg 1994). Die zweijährige Weiterbildung erlangte DKG-Anerkennung und wird mittlerweile auch bundesweit von anderen Institutionen durchgeführt. Die Klinikgruppe Enzensberg ist mit bisher elf Weiterbildungskursen und der Fachklinik Herzogenaurach als Kooperationspartner beteiligt. Federführend ist derzeit die Akademie für Gesundheits- und Pflegeberufe am Universitätsklinikum Erlangen (www.akademie.klinikum.uni-erlangen.de).

2003 wurden im Krankenpflegeausbildungsgesetz die präventiven und rehabilitativen Inhalte verstärkt in den Unterricht und die praktische Ausbildung eingebaut, was auch den gesundheitssystematischen Bedarf an rehabilitativ ausgerichteter Pflege aufzeigt (BMG Presse BMGS 2003). Die Fachkompetenzen von rehabilitativ gut ausgebildeten Pflegekräften (vgl. Klinikgruppe Enzensberg 1994) – scheinen außerdem gut für neue Rehabilitationsformen wie Mobile Rehabilitation (BAG Mobile Rehabilitation e. V. 2005) und Interventionen im Rahmen eines Präventionsgesetzes geeignet.

Zu den neueren Entwicklungen gehört beispielsweise die Veröffentlichung des Positionspapier „Pflege in der Rehabilitation“ des Arbeitskreises „Reha und Pflege“ der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation (DEGEMED 2008). Es beinhaltet als Themenschwerpunkt acht Thesen wie

- die Stärkung der Pflege im Klinikmanagement,
- die Umsetzung eines Bezugspflegesystems,
- den Ausbau nachsorgender Elemente und
- die berufliche Motivationsförderung der Pflegekräfte in der Rehabilitation.

Als jüngere Entwicklung ist weiterhin die Gründung und Wahl einer Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) „Prävention, Rehabilitation, Beratung“ innerhalb des DBfK (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe) im Jahr 2008 zu nennen. Die BAG nennt als ihre Aufgaben, das Profil der Pflege innerhalb der Rehabilitation zu schärfen, insbesondere mit den Möglichkeiten zu präventiven Interventionen und der Etablierung der Pflegeberatung als originäres Aufgabengebiet. Als weitere Ziele werden die Schaffung von Transparenz in den komplexen Aufgabengebieten innerhalb der Rehabilitation und die Darstellung möglicher neuer Handlungsfelder für die Pflege in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention genannt. Wesentliche Aktivitäten in den Veröffentlichungen der BAG waren bisher die Darstellung von Inhalten und Hintergründen zur Beratung von pflegenden Angehörigen und zur Beratung durch Pflegekräfte in der Rehabilitation. Die BAG veröffentlicht im Publikationsorgan des DBfK oder auf der Internetseite www.dbfk.de. Die zukünftige verbesserte, systematische Erarbeitung und Verbreitung von rehabilitativen Themen innerhalb der Pflege ist zu begrüßen und zu erwarten.

3.2 Aufgaben- und Verantwortungsbereiche der Mitarbeiter im Pflegedienst in Rehabilitationseinrichtungen

Ralf Schmidt

Neben Rahmenempfehlungen und Tagungsberichten veröffentlicht die Bundesarbeitsgemeinschaft medizinisch-beruflicher Rehabilitationseinrichtungen (BAG mbReha Phase II) seit Beginn der 1990er Jahre in einer Schriftenreihe berufsgruppen- oder aufgabenspezifische Empfehlungen zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation. Bisher liegen elf Hefte vor, die als Download auf der Internetseite www.mbreha.de zur Verfügung stehen. Heft 11 beschäftigt sich mit Empfehlungen zu Aufgaben- und Verantwortungsprofilen in der Rehabilitationspflege, die von Fachleuten verschiedener teil-

nehmender Rehabilitationseinrichtungen in Arbeitsgruppen erarbeitet wurden, und im Januar 2000 veröffentlicht wurde. Die Teilnehmer der Arbeitsgruppen und deren pflegfachlichen Expertisen sind für das Heft 11 nicht ausgewiesen. Zu folgenden Funktionen wurden Empfehlungen formuliert: Stationsleitung, stellvertretende Stationsleitung, Gesundheits- und Krankenpfleger mit und ohne Fachweiterbildung Krankenpflege für Rehabilitation (vgl. Kap. 3.5), Mentoren, Heilerziehungspflege, Krankenpflegehilfe, Sozialhilfe, Praktikanten. Diese und ergänzende Berufsgruppen, wie Arzhelferinnen, und ergänzende Funktionen, wie Stationsassistenten, Praxisanleitung, Pflegeüberleitung, sind im Pflegedienst in Rehabilitationseinrichtungen aktiv. Überwiegend dominiert dabei die Berufsgruppe der Gesundheits- und Krankenpfleger. Die weiteren Betrachtungen der empfohlenen Aufgabenprofile sind daher daran orientiert.

In der Präambel zum Aufgabenprofil stellt die BAG mbReha fest, dass Pflegekräfte innerhalb des interdisziplinären Rehabilitationsteams einen herausragenden Beitrag leisten, indem sie die fachgerechte pflegerische Versorgung der Patienten sicherstellen. „Fachgerecht pflegerisch“ wird hierbei mit Therapie gleichgesetzt. Die Rehabilitationspflege soll innerhalb eines ärztlich geleiteten individuell erstellten Rehabilitationsplans als Hilfe zur Selbsthilfe zur Verbesserung der Selbstständigkeit in alltäglichen Verrichtungen beitragen. Rehabilitationspflege soll dabei nach aktivierenden, mobilisierenden und stimulierenden Kriterien durchgeführt werden. Die Tätigkeit der Gesundheits- und Krankenpflege erfordert hierfür Kompetenzen in der Pflege, die durch besondere fachliche Qualifikationen und Zusatzausbildungen erworben werden müssen (vgl. Kap. 3.5). Die Zielsetzung des Aufgabenprofils für Gesundheits- und Krankenpflege wird in **Kasten 3.1** zusammengefasst.

- Individuelle, fachgerechte Betreuung durch eigenverantwortliche Pflege
- Aktivierende Rehabilitationspflege
- Mitgestaltung der Arbeitsabläufe
- Wahrnehmung von Verantwortung für die Abteilung und Patientenbetreuung
- Aktive Mitwirkung bei Weiterentwicklungen innerhalb der Klinik
- Wirtschaftliche Verwendung betrieblicher Ressourcen
- Mitwirkung im Qualitätsmanagement
- Mithilfe für die Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege

Kasten 3.1: Zielsetzung des Aufgabenprofils für Gesundheits- und Krankenpflege

Das Aufgabenprofil wird durch die BAG mbReha in allgemeine patientenbezogene Aufgaben (s. **Kasten 3.2**), in solche mit speziell rehabilitativen Inhalten (s. **Kasten 3.3**) sowie betriebs- und mitarbeiterbezogene Aufgaben unterteilt. Aus den Zusammenfassungen in den **Kästen 3.2** und **3.3** lässt sich erkennen, dass Prävention, Förderung, Patientenedukation und Angehörigenanleitung im interdisziplinären Kontakt Schwerpunkte der Rehabilitationspflege darstellen. Als besondere Verpflichtungen wird auf die kontinuierliche Fortbildung, die Teilnahme an internen Arbeitskreisen und die verantwortliche Repräsentanz der Station gegenüber Patienten, Angehörigen sowie internen und externen Kooperationspartnern hingewiesen.

- Patientenbeobachtung
- Ausführung ärztlicher Anordnungen und Assistenz bei ärztlichen Maßnahmen
- Pflege- und Sozialanamnese einschließlich individueller Maßnahmenplanung
- Belastbare individuelle Pflegedokumentation
- Durchführung von Pflegemaßnahmen auf Grundlage der individuellen Maßnahmenplanung, vorgegebener Standards oder Leitlinien; beinhaltet auch präventive Maßnahmen im medizinisch-pflegerischen und sozialen Bereichen.
- Aufnahme und Verlegung von Patienten unter Berücksichtigung von Alter und Patientenentwicklung
- Patientenentlassung orientiert nach an der individuellen Patienten- und Angehörigensituationen

Kasten 3.2: Zusammenfassung: Allgemeine patientenbezogene Aufgaben

- Förderung der Selbsthilfe zur Erreichung einer bestmöglichen Selbstständigkeit und Lebensqualität
- Fördernde Maßnahmen bei Störungen der Motorik oder Psychomotorik, bei der Selbstpflege, beim Sozialverhalten, bei der Umgebungsgestaltung und dem Gesundheitsverhalten
- Einsatz von und Anleitung im Umgang mit Hilfsmitteln
- Förderung der Patientensicherheit einschließlich der Begleitung zu Therapie und Diagnostik
- Psycho-soziale Aktivierung im Stationsalltag einschließlich der Befähigung zu Freizeitaktivitäten
- Pflegerische Patientengespräche zur Informationsvermittlung und Bewältigungshilfe bis hin zur würdevollen Sterbebegleitung
- Beratung und Anleitung von Angehörigen
- Teilnahme an regelmäßigen patientenbezogenen interdisziplinären Teambesprechungen oder Visiten zur Festlegung, Überprüfung und Korrektur von Rehabilitationszielen

Kasten 3.3: Zusammenfassung: Aufgaben mit speziell rehabilitativen Inhalten

3.3 Der Katalog der therapeutischen Pflege (KtP) in der neurologischen Frührehabilitation

Ralf Schmidt

Die Arbeitskreise Neurologischer Kliniken in Bayern und Thüringen sowie angeschlossene Kliniken veröffentlichen in Zusammenarbeit mit dem MdK Bayern den Katalog der therapeutischen Pflege (KtP) in der neurologischen Frührehabilitation (Phase B) (Hagen et al. 2007). Die Entwicklung und die Inhalte des KtP sollen aufzeigen, welche Pflegeinterventionen in der Frührehabilitation als therapeutisch sinnvoll eingeschätzt werden und wie sie innerhalb des DRG-Systems unter der OPS 8-552 definiert werden können.

Die neurologische Rehabilitation in Deutschland ist gemäß dem Phasenmodell der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation in sechs Phasen gegliedert (Schupp 1995; vgl. Kap. 2.3). Die Phase B folgt der Akutbehandlung (Phase A) und ist als Frührehabilitation im Sinne der frühestmöglichen Rehabilitation definiert. Sie zählt in vielen Bundesländern zur Akutbehandlung und kann in Akutkrankenhäusern oder besonderen Einrichtungen (Rehabilitationskliniken) durchgeführt werden. In der Phase B werden Patienten nach schweren Hirnschädigungen mit Störungen der basalen Lebensfunktionen behandelt, wie z. B. Bewusstseinsstörungen, Störungen der Vitalfunktionen und schweren funktionellen Defiziten, wenn sie nicht mehr intensivbehandlungspflichtig sind. Hierfür sind komplexe, individualisierte Therapiekonzepte mit definierten therapeutisch-pflegerischen Interventionen so früh wie möglich nach dem schädigenden Ereignis nötig. Die Therapiekonzepte sind personell aufwändig, da interdisziplinäre Behandlungsteams aus Ärzten, Pflegekräften und Therapeuten intensiv und individuell mit dem Patienten arbeiten. Hinzu kommen hohe Kosten für Medizintechnik, Medikamente und Verbrauchsmaterial, wie z. B. für die Tracheostomapflege. Die Behandlungskosten und Verweilzeiten pro Fall sind daher kaum kalkulierbar. In Deutschland wird dennoch versucht, diese Leistungen unter der Bezeichnung „Frührehabilitation“ im DRG-System abzubilden, da sie als Akutbehandlungen gelten. Der OPS 8-552 für die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation beinhaltet nach der Modifikation im Jahr 2007 Merkmale, die erbracht werden müssen (vgl. Kap. 2.3, Abschnitt Phase B: Frührehabilitation). Darunter fallen die aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal sowie der Einsatz von folgenden Therapien: Physiotherapie, physikalische Therapie, Ergotherapie, Neuropsychologie, Logopädie, F.O.T.T. und therapeutische Pflege mit mindestens 300 Minuten durchschnittlicher täglicher Behandlungsdauer nach patientenbezogenem Bedarf.

Nicht hinreichend definiert sind die Anforderungen für besonders geschultes Pflegepersonal und der Begriff der therapeutischen Pflege. Im OPS-Schlüssel 8-552 sind lediglich einige Beispiele genannt, wie Wasch- und Anziehtraining, Ess- und Kau-/Schlucktraining. Es ist daher abzuleiten, dass die Anforderungen für besonders geschultes Personal Schulungen sind, die es zur Umsetzung solcher Interventionen befähigt.

3.3.1 Entwicklung des Katalogs therapeutischer Pflege

Die inhaltliche Festlegung der therapeutischen Pflege mit der Orientierung an unterschiedlichen Hilfsbedürfnissen und Angaben zum Zeitaufwand war die Zielsetzung des Projekts. Die empirische Basis für die Ermittlung des Zeitaufwands pro Pflegeintervention waren explorative Voruntersuchungen in einigen beteiligten Rehabilitationskliniken. Angelehnt an bestehende Dokumentationssysteme wurden Art und Zeitdauer von Pflegeinterventionen durch das betreuende Pflegepersonal pro Patient und Tag erfasst. In den Interventionslisten wurden durch mehrstufige Konsensusverfahren Pflegemaßnahmen ausgeschlossen, die überwiegend der Grund- bzw. Behandlungspflege angehören. Eingang in den Katalog fanden schließlich 14 Pflegeinterventionen mit Untergruppen, die inhaltlich aktivierend-therapeutische Anteile haben (s. **Abb. 3.1**). Darüber hinaus enthält der Katalog für jede Pflegeintervention eine kurze Erläuterung mit Zielangabe. Durch Mittelwertbestimmung und Anhörung von Praxisexpertisen der beteiligten Pflegedienstleitungen und Fachärzte konnten pro Intervention die Pflegeminuten für ein bis zu dreistufiges Modell ermittelt werden. Dieses unterscheidet vollkompensatorische, teilkompensatorische und anleitende pflegetherapeutische Interventionen und orientiert sich an dem Selbstpflegekonzept von Orem (Orem 1997):

- Aktivierend vollkompensatorische Pflegetherapie: Der Patient kann die Pflegemaßnahme nicht selbst übernehmen. Sie erfolgt durch Pflegepersonal mit der gezielten Anregung von Sinnesreizen und Nutzung beginnender Funktionen.
- Aktivierend teilkompensatorische Pflegetherapie: Der Patient ist teilweise befähigt, bedarf aber noch der ergänzenden direkten Hilfe durch eine Pflegekraft.
- Anleitung und Begleitung: Der Patient ist zur Durchführung der Pflegemaßnahme weitgehend selbst fähig, braucht aber noch Anleitung, Kontrolle oder Beratung.

- Training der Körperpflege
- Kontinenztraining
- Toiletentraining
- Ernährung
- Therapeutische Lagerung und Mobilität
- Training der Aktivität und Fortführung fachtherapeutischer Therapiemaßnahmen
- Training der kognitiven und der emotionalen Aktivitäten
- Situative Krisenintervention
- Basales Wahrnehmungstraining
- Basales Kommunikationstraining
- Angehörigenberatung/-schulung
- Trachealkanülenmanagement
- Isolationspflichtige Maßnahmen
- Dokumentationszeiten

Kasten 3.4: Die 14 Pflegemaßnahmen des KtP in einer Kurzdarstellung

Katalog der therapeutischen Pflege (KtP) in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation (Phase B)

	Aktivierende, vollkompensatorische Pflegetherapie	Min.	Aktivierende, teilkompensatorische Pflegetherapie	Min.	Anleitung / Begleitung	Min.
Training der Körperpflege						
Waschtraining komplett	Übernahme durch Pflegekraft Führen bei einzelnen Tätigkeiten unter Einbeziehung der Ressourcen	20	Selbsthilfettraining bei überwiegender Übernahme durch Pflegekraft Führen bei einzelnen Tätigkeiten Aktivierung von Ressourcen	25	Anleitung mit Teilübernahme geringfügige Hilfestellungen und Kontrolle durch Pflegekraft Überwiegend selbständig durch Patienten Aktivierung und Nutzen von vorhandenen Ressourcen	15
Ziel: Verbesserung der Selbständigkeit beim Waschen und der Wahrnehmung, z.B. durch die beruhigende Ganzkörperwaschung: Waschung mit der Haarwuchsrichtung, Wassertemperatur ist 10° C über der Körpertemperatur die belebende Ganzkörperwaschung: Waschung gegen der Haarwuchsrichtung, Wassertemperatur ist 10° C unter der Körpertemperatur						
Waschtraining inkomplett	Übernahme durch Pflegekraft Führen bei einzelnen Tätigkeiten unter Einbeziehung der Ressourcen	10	Selbsthilfettraining bei überwiegender Übernahme durch Pflegekraft Führen bei einzelnen Tätigkeiten Aktivierung von Ressourcen	10	Anleitung mit Teilübernahme geringfügige Hilfestellungen und Kontrolle durch Pflegekraft Überwiegend selbständig durch Patienten	10
Ziel: Verbesserung der Selbständigkeit beim Waschen und der Wahrnehmung, z.B. durch die beruhigende Ganzkörperwaschung: Waschung mit der Haarwuchsrichtung, Wassertemperatur ist 10° C über der Körpertemperatur die belebende Ganzkörperwaschung: Waschung gegen der Haarwuchsrichtung, Wassertemperatur ist 10° C unter der Körpertemperatur						

Abb. 3.1: Pflegeintervention mit Untergruppen aus dem KtP am Beispiel „Training der Körperpflege“ (Fortsetzung nächste Seite)