

13. Juli 2016

Bericht der AG Patientenpfade – Schnittstellenmanagement am Beispiel Schlaganfallversorgung bei der Überleitung in die Rehabilitation

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Hinweise	3
Beteiligte und Vorgehensweise	3
Schnittstelle 4: Überleitung in Rehabilitation	5
Hintergrund	5
Zielvorstellungen	7
Vorgehen und Ergebnisse	7
Sozialmedizinische Empfehlung für die Überleitung von Patienten mit Schlaganfallerkrankung in die Rehabilitation	7
I. Grundsätze	8
II. Kategorien zur Phasen- und Rehabilitationsformenzuordnung	8
III. Folgende Kriterien sprechen gegen eine ambulante und für die Befürwortung einer stationären neurologischen Rehabilitation:	9
IV. Abgrenzung der neurologischen Rehabilitation und der geriatrischen Rehabilitation/geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung:	9
V. Folgende Kriterien sprechen für eine mobile geriatrische Rehabilitation und gegen die Durchführung einer stationären geriatrischen Rehabilitation:	9
VI. Folgende Kriterien sprechen für eine Entlassung in die Häuslichkeit, stationäre Pflegeeinrichtung oder Palliativtherapie:	9
VII. Abgrenzung der rehabilitativen zur Hospiz- und Palliativversorgung:	10
Umsetzung, weiteres Vorgehen und Evaluation	10
Anlage - Schematische Übersicht: Behandlungs-/Rehabilitationsphasenzuordnung gemäß BAR-Empfehlungen	10

Allgemeine Hinweise

Hinweise zur sprachlichen Gestaltung: Im Interesse der Lesbarkeit und Übersichtlichkeit wird auf eine sprachliche Gleichbehandlung von Männern und Frauen in den Texten sowie Tabellen und Abbildungen – wenn es sich nicht wie bei Personen oder Arbeitslosen um geschlechtsneutrale Bezeichnungen handelt – auf die gleichzeitige Nennung der weiblichen und männlichen Schreibweise verzichtet (z.B. nur Patient statt Patient und Patientin).

Beteiligte und Vorgehensweise

An der Unterarbeitsgruppe zur Schnittstelle 4 - Überleitung in Rehabilitation - sind Vertreterinnen und Vertreter der Beteiligten des gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a SGB V in Berlin wie auch externe Expertinnen bzw. Experten aus den verschiedensten Fachbereichen, wie etwa der Neurologie, Geriatrie und Rehabilitation, beteiligt und haben hier an der Berichtserstellung, sowie an den darin enthaltenen Zielvorstellungen und Verbesserungsvorschlägen gemeinsam mitgewirkt. Mitwirkende der Unterarbeitsgruppe sind:

Frau Dr. Susanne Amberger, MDK BB e.V.

Frau Gerlinde Bendzuck, Landesvereinigung Selbsthilfe Berlin e. V.

Frau Dr. Susanne Bettge, Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin

Frau Dr. Diana Djouchadar, Vivantes Rehabilitation GmbH

Herr Dr. Ulrich Eggens, DRV Berlin-Brandenburg

Frau Kristina Gassana, Knappschaft

Herr Frank Gieseler, AOK Nordost

Herr Dr. Eric Hilf, LV Geriatrie

Frau Inga Jönsson, BKK Landesverband Mitte

Frau Brigitte Kemper-Bürger, Psychotherapeutenkammer Berlin

Herr Dr. Rainer Koch, LV Geriatrie

Frau Dr. Elke Kretzschmar, Brandenburgklinik Bernau

Frau Andrea Liebenau, Centrum für Schlaganfallforschung Berlin und Berliner Schlaganfall-Allianz

Herr Dr. Olaf Lück, Kliniken Beelitz

Herr Gerd Mallschützke, BARMER GEK

Herr Prof. Dr. Andreas Meisel, Charité Berlin und Berliner Schlaganfall-Allianz

Frau Prof. Dr. Ursula Müller-Werdan, Ev. Geriatriezentrum Berlin gGmbH

Frau Sibylle Kraus, Sozialdienst Alexianer St. Hedwig Kliniken Berlin

Frau Marina Otte, AOK Nordost

Frau Dr. Petra Rech, Median Klinik

Herr Christof Reinert, MDK BB e.V.

Herr Peter-Christian Reschke, Berliner Krankenhausgesellschaft

Herr Dr. Witold Rogge, UKB

Herr PD Dr. Norbert Rösler, MDK BB e.V.

Frau DM Marion Ruschitzka, MDK BB e.V.

Frau Dagmar Schmidt, AOK Nordost

Herr Dr. Christian Stofft, LV Geriatrie

Herr Prof. Dr. Heinz Theres, MedicalPark und Ärztekammer Berlin

Frau Gudrun Trepper, AOK Nordost

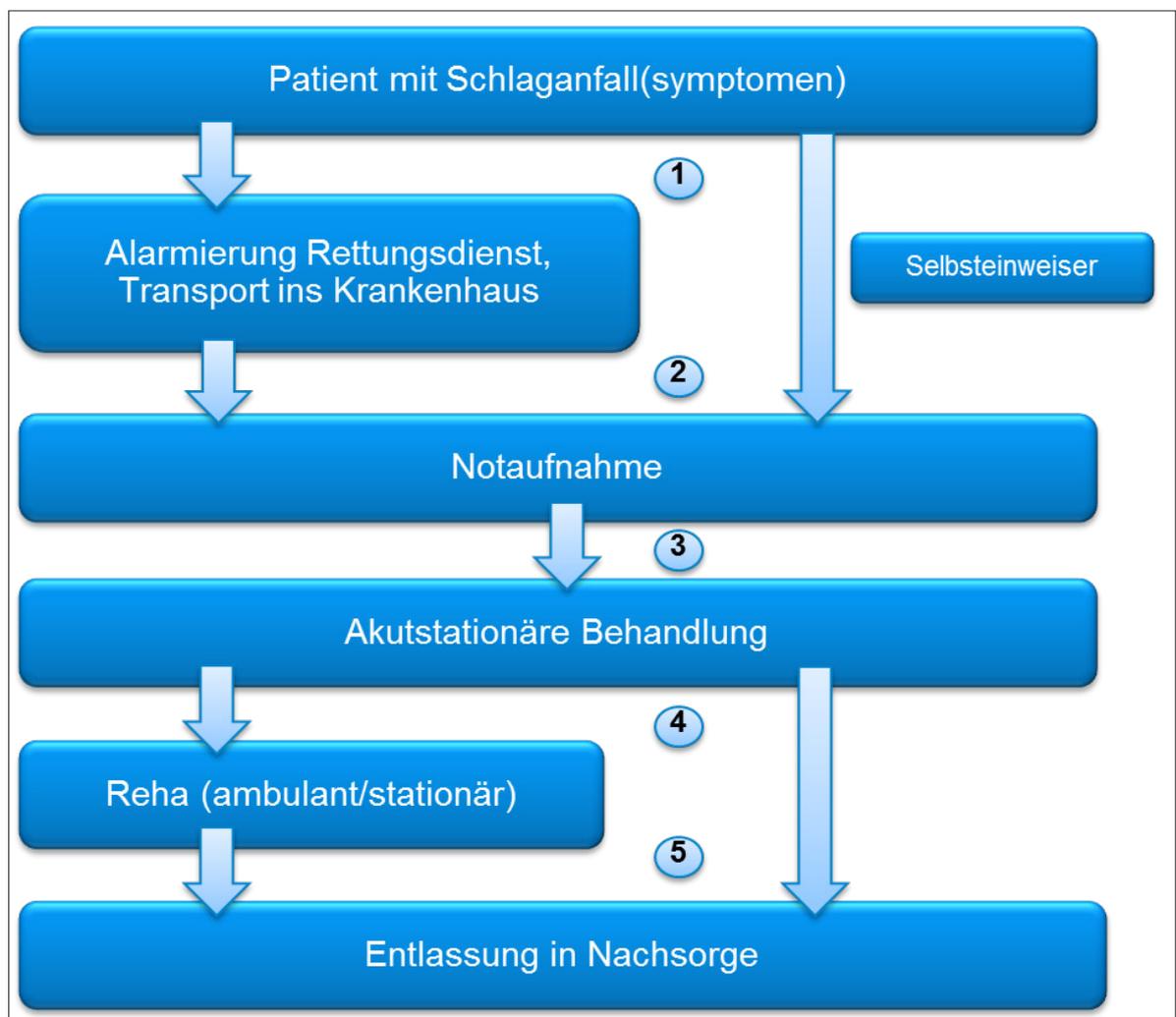
Frau Angela Treuber, BARMER GEK

Frau Ines Westfahl, BIG direkt gesund

Frau Dr. Nadine Wittmann, Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin
 Frau Dr. Brigitte Wrede, Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin
 Herr Ali Yildiz, vdek
 Frau Rebecca Zeljar, vdek

Ausgehend von einer ganzheitlichen und patientenorientierten Betrachtungsweise wurden die Versorgungsprozesse Schlaganfall-Betroffener bei der Überleitung in Rehabilitation sektorenübergreifend unter den Gesichtspunkten Versorgungssituation, Patientensicherheit und Patientenzufriedenheit betrachtet. Dabei wurden Herausforderungen im Versorgungsalltag benannt, Zielvorstellungen formuliert und Vorschläge zur weiteren Verbesserung des Schnittstellenmanagements gesammelt und diskutiert. Mit dem Beschluss des gemeinsamen Landesgremiums nach §90a SGB V in Berlin vom 2. Dezember 2014¹ wurde der Bericht zur Schnittstelle „Nachsorge“² zurückgestellt.

Abbildung 1:
 Schnittstellen entlang des Patientenpfades am Beispiel Schlaganfall



Quelle: Zwischenbericht der AG Patientenpfade vom Mai 2015, Seite 6, Definition der Schnittstellen, abrufbar unter: <http://www.berlin.de/sen/gesundheits/themen/ambulante-versorgung/landesgremium/> (Stand 07.06.2016)

Die Erarbeitung erfolgt im Anschluss an die hier vorliegende Berichtsfassung. Trotz Zurückstellung der Schnittstelle „Nachsorge“ kann der hier vorliegende Bericht dabei als in sich abgeschlossen betrachtet werden, weil er den gesamten Bereich der Überleitung in Rehabilitation von Patientinnen bzw. Patienten mit Schlaganfall abdeckt.

¹ Vgl. <http://www.berlin.de/sen/gesundheits/themen/ambulante-versorgung/landesgremium/> (Stand: 07.06.2016)

² Begriffsdefinition gemäß Zwischenbericht der AG Patientenpfade vom Mai 2015, Seite 6, Definition der Schnittstellen, abrufbar unter: <http://www.berlin.de/sen/gesundheits/themen/ambulante-versorgung/landesgremium/> (Stand 07.06.2016)

Schnittstelle 4: Überleitung in Rehabilitation

Diese Schnittstelle hat große Bedeutung für den gesamten Behandlungserfolg. Nachdem der Patient die Phase der stationären Erstbehandlung verlassen hat, erfolgt im Allgemeinen eine Klärung des Rehabilitationspotentials innerhalb der ersten acht Wochen. Dabei ist es im Weiteren für einen möglichst reibungsfreien Verlauf des medizinischen und rehabilitativen Versorgungspfades unabdingbar, dass der Sozialdienst frühestmöglich fallbegleitend einbezogen wird.

Hintergrund

Folgende Grundsätze sind zu beachten: Die Kriterien der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation³, kurz BAR-Kriterien, zur Behandlungs- und Rehabilitationsphasenzuordnung bilden das Fundament und den ständigen Bezugspunkt der hier vorgenommenen Betrachtung; eine Kompaktübersicht hierzu findet sich in Tabelle 1 der diesem Bericht beigefügten Anlage. Zu jedem Zeitpunkt ist dabei die Gesamtschau des Patienten für die Zuordnung von entscheidender Bedeutung. Es gilt also der Grundsatz, dass der ärztliche Befundbericht, der Frühreha-Barthelindex und die BAR-Kriterien zusammen mit dem Antrag auf Anschlussrehabilitation (rehabilitative/ frührehabilitative Leistungen) ein schlüssiges und konsistentes Bild ergeben müssen.

Zudem sind folgende Kriterien⁴ von zentraler Bedeutung, wobei es den Grundsatz „ambulant vor stationär“ stets zu beachten gilt:

- Rehabilitationsbedürftigkeit:
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind indiziert, wenn auf Grundlage von rehabilitationsrelevanten Schädigungen
 - Veränderungen von Körperstrukturen und Körperfunktionen und
 - unter Berücksichtigung relevanter Kontextfaktoren, d.h. Umweltfaktoren (z.B. Wohnverhältnisse, Treppe, Fahrstuhl, Angehörige, Leistungserbringer) und personenbezogener Faktoren (z.B. Einstellungen, Grundkompetenzen, Verhaltensgewohnheiten)
 - voraussichtlich nicht nur vorübergehende (> 6 Monate) Beeinträchtigungen der Aktivitäten vorliegen, aus denen Beeinträchtigungen der Teilhabe drohen oder bereits bestehen und
 - über die kurative Versorgung hinaus der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich ist.
- Rehabilitationsfähigkeit:
 - Hierfür sind Art und Schweregrad der Schädigung sowie Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe einschließlich negativer Kontextfaktoren relevant, und
 - Ressourcen im Sinne nicht beeinträchtigter Aktivitäten und Teilhabebereiche sowie positive Kontextfaktoren (Förderfaktoren).

Ein Patient ist dann rehabilitationsfähig, wenn er aufgrund seiner somatischen und psychischen Verfassung die für die Durchführung und Mitwirkung bei der Leistung zur medizinischen Rehabilitation notwendige Belastbarkeit besitzt, d.h. er sowohl körperlich als auch geistig in der Lage ist, aktiv an den einzelnen Therapien der Rehabilitation teilzunehmen. Für Phase B kann jedoch, gemäß BAR-Empfehlungen, u.a. auch gelten: “[...] Patient ist bewusstlos bzw. qualitativ oder quantitativ schwer bewusstseinsgestört; [...] Patient ist nicht fähig zur kooperativen Mitarbeit.[...]”⁵

³ vgl. <http://www.bar-frankfurt.de/> (Zuletzt abgerufen am 07.04.2016)

⁴ Begriffsdefinitionen abgebildet unter Verwendung BAR Rahmenvereinbarung zur neurologischen Rehabilitation, MDS Begutachtungs-Richtlinien Vorsorge und Rehabilitation Oktober 20005 in der aktuellen Fassung Februar 2012 und teilweise entnommen aus der Anlage Erläuterung/ Begriffsbestimmung zum Antrag auf Anschlussrehabilitation (Stand 28.04.2015) bzw. vgl. ggf. auch BAR-Empfehlungen zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation in der Neurologie <http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/downloads/EMMedBerufNeuro.pdf>

⁵ vgl. BAR-Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C vom 02.11.1995, Seite 9

- **Rehabilitationsziel:**
Zusammen mit dem Patienten formuliert der verordnende Arzt möglichst konkrete Rehabilitationsziele. Diese fokussieren auf die Beseitigung oder Verbesserung von Krankheitsauswirkungen unter Berücksichtigung seiner individuellen Kontextfaktoren (Bsp. Motivation, Familie, häusliche Versorgung, Arbeitsplatz). Dabei ist darauf zu achten, dass die Ziele sowohl alltagsrelevant als auch realistisch sind, d.h. in einem angemessenen Zeitraum erreicht werden können. Größtmögliche Selbstständigkeit für die Grundbedürfnisse ist, ebenso wie die Selbstbestimmung bei der Bewältigung und Gestaltung der Lebensbereiche, die Maxime.
- **Rehabilitationsprognose:**
Diese Prognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage für die Erreichung des mit dem Patienten zum Zeitpunkt der Entlassung avisierten Rehabilitationsziels auf der Basis des
 - bisherigen Krankheitsverlaufs und der Rückbildungsfähigkeit der Krankheit
 - unter Berücksichtigung der Ressourcen des Antragstellers (Kompensationspotential)
 - sowie seinen individuellen Umwelt- und personenbezogenen Faktoren (einschließlich der Motivation).

Zur Frage der Art der medizinisch-fachlichen Ausrichtung der Rehabilitationsform – in diesem Fall die Entscheidung zwischen neurologischer und geriatrischer Schwerpunktsetzung – sind die Vorgaben der Leistungsabgrenzung⁶ nach § 39 SGB V und § 40 SGB V⁷ zu beachten. Dabei ist folgendes festzuhalten:

Das Ziel der frührehabilitativen Leistungen im Rahmen der Akutbehandlung nach § 39 SGB V sowie der Rehabilitation als medizinische Rehabilitationsleistung nach § 40 SGB V ist die Minimierung der nicht nur vorübergehenden Beeinträchtigung der Aktivitäten (vgl. ICF-Standards) im Sinne der größtmöglichen „Wiederherstellung der Alltags- und Berufskompetenz, wobei in den einzelnen Rehabilitationsphasen unterschiedliche Teilziele im Vordergrund stehen“⁸.

Die Erreichung dieser Zielsetzungen erfolgt in der Phase B - der Behandlungs- und Rehabilitationsphase in der noch intensivmedizinische Behandlungsmöglichkeiten vorgehalten werden müssen - durch Krankenhausbehandlung im Sinne des geltenden Rechts der Sozialversicherungsträger.

In der Phase B erfolgt eine Klärung des Rehabilitationspotentials innerhalb der ersten acht Wochen. In Abhängigkeit davon entscheidet sich, ob die Behandlung in Phase B oder in Phase C - in der die Patienten bereits in der Therapie mitarbeiten können, sie aber noch kurativ-medizinisch und mit hohem pflegerischem Aufwand betreut werden müssen - fortgeführt wird.

Die neurologische Rehabilitation im Sinne des § 40 SGB V ist in der Phase C sowie der Phase D verortet. Dabei gilt für die Phase D, dass diese in ganztägig ambulanter oder in stationärer Form durchgeführt werden kann.

Die geriatrische Rehabilitation ist im allgemeinen auf Patienten ausgelegt, bei denen die überwiegende Krankheitslast nicht auf akutneurologischen, schlaganfall-induzierten Beeinträchtigungen beruht, sondern welche unter einer so genannten geriatrietypischen Multimorbidität leiden. Dieser Begriff wird im Folgenden analog zur Definition der „geriatrietypischen Multimorbidität“ aus der Rahmenempfehlung zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation verwendet. Die Definition lautet dort wie folgt:

⁶ Hinweis zur im folgenden verwendeten Nomenklatur (entsprechend BAR-Empfehlungen):

Phase B: Behandlungs-/Rehabilitationsphase in der noch intensivmedizinische Behandlungsmöglichkeiten vorgehalten werden müssen.

Phase C: Behandlungs-/Rehabilitationsphase in der die Patienten bereits in der Therapie mitarbeiten können, sie aber noch kurativ-medizinisch und mit hohem pflegerischem Aufwand betreut werden müssen.

Phase D: Rehabilitationsphase nach Abschluss der Frühmobilisation (in der die Patienten die Ausgangskriterien aus Phase C erfüllen).

⁷ Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C und SGB V

⁸ Vgl. hierzu Schönl, P.W. 1996. Frühe Phasen der Neurologischen Rehabilitation. *Neuro Rehabil* 1; 21-25.

Phase B: Behandlungs-/Rehabilitationsphase in der noch intensivmedizinische Behandlungsmöglichkeiten vorgehalten werden müssen

Phase C: Behandlungs-/Rehabilitationsphase in der die Patienten bereits in der Therapie mitarbeiten können, sie aber noch kurativ-medizinisch und mit hohem pflegerischem Aufwand betreut werden müssen

Phase D: Rehabilitationsphase nach Abschluss der Frühmobilisation (in der die Patienten die Ausgangskriterien aus Phase C erfüllen)

„Multimorbidität wird wie folgt definiert: Ein Patient ist multimorbide, wenn er multiple strukturelle oder funktionelle Schädigungen (nach ICF⁹) bei mindestens zwei behandlungsbedürftigen Erkrankungen aufweist.[...]“¹⁰

Zielvorstellungen

Für den Versorgungspfad an der Schnittstelle 4 - Überleitung in Rehabilitation - gilt, dass sowohl Rehabilitationsbedürftigkeit als auch Rehabilitationsfähigkeit, -prognose und -ziel des Patienten frühestmöglich und adäquat erfasst werden. Entsprechend ergibt die Gesamtschau des Patienten ein in sich konsistentes Bild, auf dessen Basis eine korrekte Phasen- und Rehabilitationsformenzuordnung gemäß BAR-Empfehlungen erfolgt und der Patient dabei bedarfsgerecht und ohne zeitliche Verzögerungen den für ihn geeigneten Behandlungspfad beschreiten kann.

Vorgehen und Ergebnisse

Um Deckungsgleichheit zwischen Versorgungsrealität und idealtypischer Zielvorstellung zu unterstützen bzw. eventuelle Verbesserungspotentiale an der Schnittstelle 4 - Überleitung in Rehabilitation - für Leistungserbringer und Kostenträger gleichermaßen transparent zu identifizieren, ist die Unter-AG Überleitung in Rehabilitation der AG Patientenpfade - Schnittstellenmanagement am Beispiel von Patienten mit Schlaganfall wie folgt vorgegangen:

Zunächst verständigten sich die Beteiligten der Unter-AG auf die Grundsätze sowie die Kategorien zur Zuordnung von Rehabilitationsphasen und -formen im neurologischen Bereich. Hierfür diente u.a. eine durch die Beteiligten erarbeitete tabellarisch strukturierte, schematische Übersichtsdarstellung der Rehabilitationsformen und Rehabilitationsphasenzuordnung gemäß BAR-Kriterien, welche in Tabelle 1 der Anlage diesem Bericht beigelegt ist. Im Anschluss wurden die Kriterien der Zuordnung für den geriatrischen Bereich erarbeitet.

Des Weiteren wurde im Zuge der Beratungen übereinstimmend betont, dass eine frühestmögliche Fallbegleitung durch den Sozialdienst den Überleitungsprozess an der Schnittstelle 4 für alle Beteiligten vereinfachen und positiv beeinflussen kann.

Schlussendlich erfolgte noch eine auf von der Unter-AG erarbeiteten Kriterien basierte Abgrenzung zu den Bereichen Entlassung in Häuslichkeit, stationäre Pflegeeinrichtungen, und Palliativtherapie.

Mittels des hier beschriebenen Vorgehens wurde es möglich, ein praxisnahes und alltagstaugliches Instrument zu generieren, welches eine fundierte sozialmedizinische Empfehlung für die Überleitung von Patienten mit Schlaganfallerkrankung in die Rehabilitation bieten kann. Ziel ist es, diese Empfehlung im Berliner Versorgungsalltag - d.h. in Akutkliniken, stationären, ambulanten und mobilen Rehabilitationseinrichtungen sowie bei den Kostenträgern und deren medizinischen Diensten - an Schnittstelle 4 als Handreichung einzusetzen und deren Praktikabilität und positive Effekte auf den Versorgungsalltag zu prüfen.

Sozialmedizinische Empfehlung für die Überleitung von Patienten mit Schlaganfallerkrankung in die Rehabilitation

Wie soeben ausgeführt, soll die folgende Übersicht in Form einer laminierten, maximal zweiseitigen DIN-A4 Handreichung allen an der Schnittstelle 4 tätigen Leistungserbringern sowie den entsprechenden korrespondierenden Stellen der Kostenträger zur Verfügung gestellt und von diesen bei ihrer täglichen Arbeit bei Entscheidungen bezüglich der Überleitung in Rehabilitation von Schlaganfall-Patienten genutzt werden:

⁹ ICF = Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (WHO, 2001)

¹⁰ Rahmenempfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation vom 01.01.2004, Absatz 2.3 auf S. 4ff

I. Grundsätze

Die BAR-Kriterien zur Rehabilitationsformen- und Rehabilitationsphasenzuordnung, unter besonderer Verwendung der Tabelle 1 der Anlage, müssen erfüllt sein.

Die Gesamtschau des Patienten ist für die Zuordnung entscheidend.

Der Befund, der Frühreha-Barthelindex und die BAR-Kriterien müssen zusammen mit dem Antrag auf Rehabilitation ein schlüssiges und konsistentes Bild ergeben.

Die Kriterien Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit und -prognose in Bezug auf das Rehabilitationsziel sind von zentraler Bedeutung.

Es gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“.

Der Sozialdienst ist frühestmöglich in den Gesamtprozess einzubeziehen.

Die Leistungsabgrenzung zwischen §39 SGB V und §40 SGB V (einschließlich des geltenden Rechtes auch anderer für die medizinische Rehabilitation zuständiger Rehabilitationsträger) ist darüber hinaus zu beachten.

Das **Ziel der Frührehabilitation** im Rahmen der Akutbehandlung nach § 39 SGB V sowie der **neurologischen Rehabilitation** nach § 40 SGB V ist die Minimierung der nicht nur vorübergehenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe (vgl. ICF-Standards) im Sinne der größtmöglichen „Wiederherstellung der Alltags- und Berufskompetenz, wobei in den einzelnen Rehabilitationsphasen unterschiedliche Teilziele im Vordergrund stehen“¹¹. Die Erreichung dieser Zielsetzungen erfolgt in der Behandlungs- und Rehabilitationsphase in der noch intensivmedizinische Behandlungsmöglichkeiten vorgehalten werden müssen (Phase B) durch Krankenhausbehandlung im Sinne des geltenden Rechts der Sozialversicherungsträger.

Des Weiteren erfolgt eine Klärung des Rehabilitationspotentials innerhalb der ersten 8 Wochen.

In Abhängigkeit davon entscheidet sich, ob die Behandlung in Phase B oder in Phase C, in der die Patienten bereits in der Therapie mitarbeiten können, sie aber noch kurativ-medizinisch und mit hohem pflegerischem Aufwand betreut werden müssen, fortgeführt wird.

Die neurologische Rehabilitation im Sinne des § 40 SGB V ist in der Phase C sowie der Phase D verortet. Dabei gilt für die Phase D, dass diese in teilstationärer oder in ganztägig ambulanter Form durchgeführt werden kann.

II. Kategorien zur Phasen- und Rehabilitationsformenzuordnung

Wichtiger Vorabhinweis: Phasenzuordnung nach BAR-Empfehlungen muss entsprechend erfüllt sein!

Frühreha-Barthelindex ¹² (FRB = FRI + BI)¹³:

Phase B liegt bei FRB < 30 ->¹⁴ stationär neurologisch.

Phase C liegt bei FRB 30-65 -> stationär neurologisch.

Phase D liegt bei FRB > 65 -> ganztägig ambulant neurologisch oder stationär neurologisch.

¹¹ Vgl. hierzu Schönlé, P.W. 1996. Frühe Phasen der Neurologischen Rehabilitation. Neuro Rehabil 1; 21-25.

¹² P.W. Schönlé. Der Frühreha-Barthel-Index (FRB) – eine frührehabilitationsorientierte Erweiterung des Barthel-Index. Rehabilitation 34 (1995) 69-73.

¹³ P.W. Schönlé. Der Frühreha-Barthel-Index (FRB) – eine frührehabilitationsorientierte Erweiterung des Barthel-Index. Rehabilitation 34 (1995) 69-73. „Es handelt sich um eine Kombination aus „Barthel-Index“ (BI) und zusätzlichen Kriterien des „Frührehabilitations-Index“ (FRI) mit negativen Punktwerten“ vgl. Info Service des MDK Kompetenzzentrums Geriatrie <http://www.kcgeriatrie.de/downloads/instrumente/frb.pdf> letzter Zugriff am 25.04.2016)

¹⁴ hieraus folgt

III. Folgende Kriterien sprechen gegen eine ambulante und für die Befürwortung einer stationären neurologischen Rehabilitation:

- Phase B, C (FRB < 70).
- Hohe Komorbidität mit hohem Arzt-/Pflegebedarf (Stichwort: 24-Stunden-Setting).
- Unzureichende häusliche Versorgung (trotz Pflegedienst).
- Notwendigkeit von Ruhepausen von deutlich über 1/3 der Behandlungszeit.
- Fehlende regionale ambulante Versorgungsstruktur (innerhalb von 45 Minuten Erreichbarkeit).
- Das Vorliegen einer besonderen sozialen Belastungssituation in der Häuslichkeit.

IV. Abgrenzung der neurologischen Rehabilitation und der geriatrischen Rehabilitation/geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung:

Die ärztliche Empfehlung, ob ein Patient in eine geriatrische Rehabilitation/ geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung oder eine neurologische Rehabilitation/ neurologische Frührehabilitation übergeleitet werden soll, ergibt sich aus einer kritischen Bewertung der jeweils überwiegenden Fähigkeitsstörungen/ Krankheitsfolgen. Hierbei spricht das Überwiegen geriatrietypischer Multimorbidität für eine geriatrische Rehabilitation/ geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung, das Überwiegen von Fähigkeitsstörungen/ Krankheitsfolgen auf neurologischem Gebiet (z. B. sensomotorischer oder neuropsychologischer Art) spricht für eine neurologische Rehabilitation/ neurologische Frührehabilitation.

V. Folgende Kriterien sprechen für eine mobile geriatrische Rehabilitation und gegen die Durchführung einer stationären geriatrischen Rehabilitation:

- Erhebliche Schädigung mentaler Funktionen (kognitiv/psychisch), die keine ambulante/stationäre (geriatrische/neurologische) Rehabilitation erlaubt.
- Erhebliche Schädigung der Stimm-, Sprech- und Sprachfunktion.
- Erhebliche Schädigung der Seh- und Hörfunktion und/oder
 - Patienten sind auf umfassende Erreichbarkeit (Anwesenheit) eines Angehörigen/einer Bezugsperson und deren rehabilitationsfördernde Unterstützung während der Rehabilitation angewiesen und/oder
 - Patienten müssen im gewohnten oder bereits krankheitsspezifisch adaptierten Wohnumfeld verbleiben (auch vollstationäre Pflege) und/oder
 - Rehabilitationserfolg ist nicht aus der ambulanten/ stationären geriatrischen Rehabilitation in die gewohnte oder ständige Umgebung übertragbar.

VI. Folgende Kriterien sprechen für eine Entlassung in die Häuslichkeit, stationäre Pflegeeinrichtung oder Palliativtherapie:

Es besteht kein akutneurologisches Defizit bei gleichzeitig bereits vorbestehender hochgradiger Behinderung (mRS > 3) und die Gesamtschau des Patienten ergibt keine Rehabilitationsbedürftigkeit und/ oder -fähigkeit und/ oder -prognose hinsichtlich des Rehabilitationszieles im Sinne der BAR-Empfehlungen.

Zusätzlicher Hinweis: Ambulante Therapien prüfen!

Rehabilitationseinrichtungen sind gesetzlich dazu verpflichtet, die Entlassung und anschließende Versorgung ihrer Rehabilitanden vorzubereiten. Dazu stellen sie fest, ob und ggf. welche medizinischen, rehabilitativen und/ oder pflegerischen Maßnahmen im Anschluss an die Rehabilitation erforderlich sind. Soweit es erforderlich und möglich ist, leiten sie die notwendigen Maßnahmen bereits während der Rehabilitation ein. Ziel ist die lückenlose Anschlussversorgung.

VII. Abgrenzung der rehabilitativen zur Hospiz- und Palliativversorgung:

Abhängig von Prognose, (mutmaßlichem) Patientenwillen und gemäß dem Selbstbestimmungsrecht sollen die Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung Berücksichtigung finden.

Umsetzung, weiteres Vorgehen und Evaluation

Die in diesem Bericht vorgestellte und von der Unter-AG Überleitung in Rehabilitation gemeinschaftlich erarbeitete, sozialmedizinische Empfehlung bildet die Basis für mögliche Verfahrensoptimierungen im Versorgungsalltag von Schlaganfall-Patienten an der Schnittstelle 4 - Überleitung in Rehabilitation.

Hilfreich könnte zudem auch ein voraussichtlich noch in diesem Jahr von allen Kostenträgern auf Bundesebene verabschiedetes, einheitliches Antragsformular für den Antrag auf Anschlussrehabilitation sein, welches ebenfalls seinen Teil dazu beitragen kann, die Prozesse an der Schnittstelle 4 – Überleitung in Rehabilitation – in Sachen Praktikabilität im Versorgungsalltag zu optimieren. Weiterhin wird, mit Blick auf Schnittstelle 4, aus Sicht der beteiligten Leistungsträger und der beteiligten Krankenkassen und Krankenkassenverbände, ein sektorenübergreifender fall- und bedarfsorientierter Austausch in folgender Form geplant:

Eine direkte und unmittelbare Verstärkung des fruchtbaren unterarbeitsgruppeninternen fachlichen Austausches wird in Form von regelmäßigen Treffen, z.B. halbjährlich, zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern implementiert. Eine resultierende Identifikation von möglichen Verbesserungspotentialen an der Schnittstelle 4 - Überleitung in Rehabilitation - sowie deren anschließende Umsetzung, sei es etwa hinsichtlich Antragserstellung und/oder Antragsbescheidung oder bezgl. der Inhalte und Ausgestaltung der vorliegenden sozialmedizinischen Empfehlungen, stehen hierbei im Fokus der Betrachtung. Nach einem Jahr erfolgt die Revision der sozialmedizinischen Empfehlungen auf der Grundlage der bis dahin gesammelten Erfahrungswerte.

Das gemeinsame Landesgremium nach § 90a SGB V in Berlin wird dabei über Erkenntnisse und Fortschritte regelmäßig, d.h. mindestens einmal jährlich, auf dem Laufenden gehalten.

Anlage - Schematische Übersicht: Behandlungs-/Rehabilitationsphasenzuordnung gemäß BAR-Empfehlungen

In der Tabelle 1 verwendete Nomenklatur (entsprechend BAR-Empfehlungen):

- Phase B: Behandlungs-/Rehabilitationsphase in der noch intensivmedizinische Behandlungsmöglichkeiten vorgehalten werden müssen.
- Phase C: Behandlungs-/Rehabilitationsphase in der die Patienten bereits in der Therapie mitarbeiten können, sie aber noch kurativ-medizinisch und mit hohem pflegerischem Aufwand betreut werden müssen.
- Phase D: Rehabilitationsphase nach Abschluss der Frühmobilisation (in der die Patienten die Ausgangskriterien aus Phase C erfüllen).

Tabelle 1:
Schematische Übersicht: Behandlungs-/Rehabilitationsphasenzuordnung gemäß BAR-Empfehlungen

Phase B	Phase C	Phase D
<p>Grundlegende Voraussetzungen</p> <p>Primäre Akutversorgung abgeschlossen.</p> <p>Aktuell keine operative Intervention (neurochirurgisch oder allgemein-/unfallchirurgisch, orthopädisch) erforderlich.</p> <p>Keine Sepsis, keine floride Osteomyelitis.</p> <p>Intrakranielle Druckverhältnisse stabil.</p> <p>Herzkreislauf- und Atmungsfunktionen im Liegen stabil (gilt auch für beatmete Patienten).</p> <p>Eingangskriterien</p> <p>Bestehende Begleiterkrankungen dürfen eine Mobilisierung nicht verhindern.</p> <p>In der Regel ist Sonden-Ernährung erforderlich.</p> <p>In der Regel können Ausscheidungsfunktionen nicht kontrolliert werden.</p> <p>Patient ist bewusstlos bzw. qualitativ oder quantitativ schwer bewusstseinsgestört.</p> <p>Patient ist nicht fähig zur kooperativen Mitarbeit.</p> <p>Patient ist vollständig von pflegerischer Hilfe abhängig.</p> <p>Es handelt sich um Patienten mit anderen schweren neurologischen Störungen, die noch intensivbehandlungspflichtig sind.</p> <p>Es besteht u. U. erhebliche Selbst- und/oder Fremdgefährdung bei Dyskontrollsyndrom, Verwirrheitszuständen oder anderen schweren psychischen Störungen.</p>	<p>Eingangskriterien</p> <p>Bestehende Begleiterkrankungen dürfen eine Mobilisierung nicht verhindern.</p> <p>Patient ist teilmobilisiert (z. B. längere Zeit kontinuierlich zwei bis vier Stunden im Rollstuhl verbringend).</p> <p>Patient ist nicht mehr beatmungspflichtig.</p> <p>Patient ist überwiegend bewusstseinsklar, kommt einfachen Aufforderungen nach, seine Handlungsfähigkeit reicht aus, um an mehreren Therapiemaßnahmen täglich von je etwa 30 Minuten Dauer aktiv mitzuarbeiten.</p> <p>Patient ist kommunikations- und interaktionsfähig (ggf. unter Verwendung von Hilfsmitteln).</p> <p>Patient ist für alltägliche Verrichtungen weitgehend auf pflegerische Hilfe angewiesen.</p> <p>Patient bedarf keiner intensiv-medizinischen Überwachung/ Therapie, da praktisch keine Gefahr für lebensbedrohliche Komplikationen mehr besteht (vital-vegetative Stabilität).</p> <p>Es besteht keine konkrete Selbst- und Fremdgefährdung (z. B. durch Weglauftendenz, aggressive Durchbrüche) und keine schweren Störungen des Sozialverhaltens.</p> <p>Kleingruppenfähigkeit (drei bis fünf Patienten) muss vorliegen und darf nicht durch schwere Verhaltensstörungen gefährdet werden. Diese sollten nicht nur kurzfristig beeinflussbar sein.</p>	<p>Grundlegende Voraussetzungen</p> <p>Weitgehende Selbstständigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL).</p> <p>Alltags- und berufsrelevante Störungen (insbesondere kognitive Defizite) stehen oft im Vordergrund.</p> <p>Spezielle Pflege-Aufgaben noch erforderlich.</p> <p>Kooperationsfähigkeit und -bereitschaft, Handlungs- und Lernfähigkeit.</p> <p>Belastbarkeit und Motivation für aktive Teilnahme an mehreren Therapien verteilt über 4 bis 6 Stunden am Tag.</p>

(Quelle: Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C vom 2. November 1995, verfügbar unter http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/downloads/Rahmenempfehlung_neurologische_Reha_Phasen_B_und_C.pdf (Zuletzt abgerufen am 07.04.2016))