

# Ergebnisse der Phase-C-Rehabilitation im ambulanten Setting – Erfahrungen eines multidisziplinären RehaTeams mit 200 Patienten in 6 Jahren

Neurol Rehabil 2015; 21: 275–281

© Hippocampus Verlag 2015

P. Reuther, U. Bergemann

## Zusammenfassung

Die Daten aus der Phase C-Versorgung eines ambulanten neurologischen Reha-Zentrums bestätigen, dass ambulante und mobil aufsuchende NeuroReha der Phase C möglich und im Hinblick auf die Aktivitäten des täglichen Lebens (FIM) wirksam ist. Die Hauptzielaufgaben betreffen dabei die Selbstständigkeit in den ATLS und in der häuslichen (oder ggfs. einrichtungsbezogenen) Lebensführung und die Suche nach Tagesstruktur und Beschäftigung für Schwerbetroffene. Die Daten zeigen, dass die ambulante Phase-C-Rehabilitation für viele Patienten zweifelsfrei relevanten Zusatznutzen nach der vorherigen stationären Reha, hier dargestellt in der Entwicklung der funktionalen Selbstständigkeitsindizes (FIM), bringt.

Die ambulante Phase-C-Rehabilitation (vor allem die mobile Form) kann durchaus in besonderen Fällen als primäre AHB, vor allem aber als sekundäre AR und IR angewandt werden. Die Domänen sind aber eher die durchgängige Versorgungsform im Sinne einer Anschluss- oder die iterative Form einer Intervall-Reha. Die Daten belegen, dass Phase-C-Reha im ambulanten Setting im häuslichen oder einrichtungsbezogenen Lebensumfeld und selbst bei Patienten im chronischen Verlauf wirksam ist und dabei Reha-Potential erschließen kann, das im stationären Setting nicht erreicht wurde. Phase-C-Reha ist auch und gerade bei pflegebedürftigen Patienten effektiv und kann durch die prozedurale Zusammenarbeit zwischen dem Reha-Team und den pflegenden Personen der aktivierenden Pflege dienen und den nachgehenden Hilfebedarf reduzieren. Nur bei wenigen Patienten mit instabiler medizinischer oder psychosozialer Situation ist Phase C-Rehabilitation im ambulanten Setting nicht durchführbar.

Ambulante Phase-C-Reha stellt nach schwerer und schwerster Hirnschädigung eine wichtige Leistung der nachgehenden Phase E in der postakuten und chronischen Phase nach dem Übergang (Translation) aus der Klinik in das Leben im Sozialraum dar.

**Schlüsselwörter:** Phase-C-Reha, ambulante Rehabilitation, Schwerbetroffene

*Neurologische Therapie RheinAhr, Zentrum für Rehabilitation, Eingliederung und Nachsorge in Ahrweiler (heute NTRA, früher ANR)*

## Worum geht es?

Zwischen 45 und 60 Prozent (!) der Patienten der Phasen B und C werden – immer noch hilfe- und pflegeabhängig (!) – aus der Reha-Klinik in die ambulante Versorgung nach Hause oder in eine Pflegeeinrichtung entlassen [4, 9, 13]. Untersuchungen zum Langzeitverlauf zeigen, dass in Deutschland – aber auch in anderen europäischen Ländern – die klassische ambulante (Nach-)Versorgung durch Haus- und Fachärzte, durch Heilmittelerbringer und mit Hilfsmitteln, nicht in der Lage ist, die Alltagsfähigkeiten (gemessen in ATL-Indizes Barthel, FIM ...), die Mobilität und die Lebensqualität der Schwerbetroffenen in der Nachsorge im Verlauf von 1, 2,5 oder 5 Jahren zu verbessern [5, 8, 10, 14, 17, 18, 19, 21]. Für die ambulante Weiterbehandlung schwer- und schwerstbetroffener Phase-B- und C-Patienten im Lebensumfeld sind also nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation in Deutschland keine anerkannten und effektiven Konzepte verfügbar. In den bisherigen zwei Auflagen der *BAR Rahmenempfehlungen zur ambulanten neurologischen*

*Rehabilitation* (letzte Auflage 8. September 2005 [2]) gilt schwerergradige Betroffenheit (= Phase-C-Zustand) des Reha-Patienten dezidiert als Ausschlusskriterium für eine ambulante NeuroRehabilitation. Diese als untergesetzliche Norm interpretierte BAR-Empfehlung verhindert, dass geeignete Konzepte für eine primäre oder sekundäre ambulante Phase-C-Rehabilitation entwickelt wurden. Sie verhindert aber auch, dass schwerer Betroffene im Lebensumfeld und zum Erreichen von Teilhabe angemessen und bedarfsgerecht behandelt werden. Ambulante Strukturen und Prozesse für eine nachgehende Versorgung der Schwerbetroffenen sind bislang nicht oder allenfalls in Insellösungen und Modellprojekten verfügbar. Der vorliegende Beitrag berichtet die Ergebnisse der ambulanten Phase-C-Rehabilitation von über 200 Patienten durch eine Einrichtung, die sich – mit Zustimmung regionalen Kostenträger und des MDK [20] – dieser Aufgabe – der Phase-C-Rehabilitation im ambulanten Setting – widmen konnte und bei zunehmender Nachfrage weiter widmet.

### Warum eine ambulante Phase-C-Versorgung?

Die Zahl der Menschen, die die akute, postakute und chronische Phase einer schweren Hirnschädigung oder neurologischen Erkrankung mit erheblichen Beeinträchtigungen und Behinderungen überleben, nimmt zu [12, 15, 16, 19]. Trotz der Entwicklung der medizinischen Akutversorgung und medizinischer Rehabilitation bleiben Schwer- und Schwerstbetroffene im zweiten Leben auf fremde Hilfe angewiesenen und stellen eine besondere Herausforderung für die Gesellschaft dar. Gerade wegen der Verbesserung der medizinischen Versorgung und wegen der demografischen Entwicklung werden die Probleme zunehmen. Um dieser Entwicklung zu begegnen und die bislang unzureichenden ambulanten Versorgungsmöglichkeiten zu verbessern, scheint es wichtig, die bisherigen Konzepte, Strukturen und Prozesse der Versorgung weiter zu entwickeln und dabei *die Reha-Bedarfe und das Reha-Potential Schwerbetroffener im konkreten Lebensumfeld nach der klinischen Behandlungsphase zu erkennen und durch geeignete Leistungen dann auch zu fördern*.

In diesem Zusammenhang erscheint die Entwicklung und regionale Verfügbarkeit von Konzepten für eine ambulante Phase-C-Rehabilitation zwingend erforderlich.

Zur Untermauerung der Forderung werden die Ergebnisdaten aus einer ambulanten neurologischen Reha-Einrichtung vorgestellt. Einer Einrichtung, die mit einem multidisziplinären Team in einem Mittelzentrum, mit eher kleinstädtischer und ländlich-flächiger Umgebung und in einem Einzugsgebiet von 200.000 Bewohnern angesiedelt ist. Die Einrichtung ist regional gut vernetzt und arbeitet mit Versorgungsverträgen (nach SGB V §43,2) einiger (nicht aller!) gesetzlicher Krankenkassen für die Reha-Phasen C, D und E. Die Einrichtung verfügt über verschiedene Konzeptmodule – u. a. auch für mobile neurologische Reha – und eine entsprechende modulare Vergütungsstruktur. Die Einrichtung verfolgt den Anspruch, Rehabilitation, nachgehende Eingliederung und Nachsorge nahe am Lebensumfeld zu bedienen.

### Versorgungskette für Phase-C-Patienten bis ins Lebensumfeld?!

Zwei Hypothesen liegen der Versorgung Schwerbetroffener neurologischer Patienten zugrunde (und geben konstruktive Hinweise auf Anpassungsbedarf im Bereich der sozialrechtlichen Grundlagen und der Strukturen und Prozessen der ambulanten rehabilitativen Versorgung in der Neurologie)

#### ■ *Die positive Hypothese lautet:*

Eine durchgängige, stationär-ambulante rehabilitative Versorgungskette mit einer ambulanten Fortsetzung, zumindest einer ambulanten Endstrecke nach der stationären Rehabilitation ist bei schwer-

betroffenen Phase-C-Patienten ambulant erfolgreich durchführbar und unter Ergebnisaspekten dringend notwendig.

- Erst eine nachgehende ambulante Anschlussrehabilitation (AR) oder eine relativ kurzfristig durchgeführte ambulante Intervallrehabilitation können für die Betroffenen die Grundlagen für die basale Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (Umsetzung/ Transition in das Leben), die autonome Alltagskompetenz (ATLs) im Lebensalltag und konkret in vielen Fällen auch den Phasenwechsel von Phase C nach D (als Maß für die Autonomie) erfolgreich (und wirtschaftlich) erarbeiten.
- *Die negative Hypothese lautet:*  
Die Ausschlusskriterien der BAR-Frankfurt 2005 zur ambulanten neurologischen Rehabilitation beinhalten in ihrer derzeitigen Fassung Hemmnisse für eine effektive, teilhabeorientierte Rehabilitation und langfristige nachgehende Versorgung Schwer- und Schwerstbetroffener (Ausschlusskriterien).

### Ambulante Phase-C-Rehabilitation im NTRA Ahrweiler

Im neurologischen Rehabilitationszentrum in Ahrweiler ([www.neuro-therapie.de](http://www.neuro-therapie.de)) werden seit 15 Jahren Phase-C-Patienten erfolgreich ambulant behandelt. Dies geschieht, weil die Gesellschafter des Reha-Zentrums der Unterversorgung von Neuro-Patienten im Umfeld ihrer regionalen Facharzt- und Heilmittelpraxen begegnen wollten. Ärzte und Therapeuten, die mit den Möglichkeiten, aber auch Grenzen ambulanter, niedergelassener Patientenversorgung vertraut waren, wollten dabei die Diskrepanzen

- zwischen den wachsenden Erkenntnissen aus der Wissenschaft, der neuroplastischen Restauration, auch bei Schwerbetroffenen,
- der ambulanten Heilmittelerbringung nach Richtlinien und unter Budget sowie
- dem Defizit an Nachhaltigkeit und Teilhabeorientierung der klassischen Reha begegnen.

Das daraus abgeleitete eigenständige Konzept zur Durchführung von Phase-C-Rehabilitation im ambulanten Setting wurde durch den MDK-Rheinland-Pfalz (2002) im Auftrag der AOK Rheinland-Pfalz schon 2002 geprüft und positiv bestätigt [20]. Auch später wurde bei Prüfung und Bewertung des Konzeptes zur mobilen neurologischen Rehabilitation (2010) durch die gemeinsame Prüfkommision der Kostenträger in RLP festgestellt, »dass es für Schwerbetroffene in der Neurologie durchaus Rehabilitationsaufgaben gibt, die nur oder ganz überwiegend im konkreten Lebensumfeld bearbeitet werden müssen«. Ziele der ambulanten Phase-C-Reha sind neben der weiteren Arbeit an Funktionen regelhaft das Erarbeiten von Teilhabe an einem selbstständigen Leben, mit bestmöglicher

Mobilität, Kommunikation und kognitiv-mentalen und affektiv-psychozialen Skills. Dabei soll das Hilfenetz angeleitet und stabilisiert und der externe Hilfebedarf möglichst reduziert werden.

Eine Phase-C-Maßnahme im ambulanten Setting muss im NTRA – wie jede andere Reha oder AHB auch – beantragt werden; in der Regel ist die gesetzliche oder private Krankenversicherung der zuständige Reha-Träger (gelegentlich die DGUV).

Das Angebot der ambulanten (auch der mobil-aufsuchend erbrachten) Phase-C-Rehabilitation steht in Ahrweiler routinemäßig zur Verfügung. Die Phase-C-Arbeit wird vom gleichen multidisziplinären Rehabilitationsteam unter fachärztlicher Gesamtverantwortung erbracht, wie die Leistungen der Phasen D und E. Tendenziell ist bei den Phase C Patienten viel transdisziplinäre Arbeit und oft auch Co-Therapie mit zwei Therapeuten notwendig. Für die mobil-aufsuchende Form der Reha im Lebensraum sind einige der Teammitglieder speziell geschult. Die Phase-C-Komplexleistungen werden bedarfsabhängig, mehr in Einzel- als in Gruppentherapie erbracht als dies bei der Phase-D-Reha üblich ist.

Die Phaseneinteilung (und Vergütung) der Patienten orientiert sich dabei an den bekannten FIM-, an Barthel oder SINGER-Kriterien.

Die Nachfrage nach ambulanter Phase-C-Rehabilitation steigt in Ahrweiler kontinuierlich, vor allem auch für jüngere Patienten aus einem regional sich ausdehnenden Einzugsgebiet. Seit Herbst 2013 werden im NTRA mehr als die Hälfte (!) der therapeutischen Ressourcen für ambulante und mobil-ambulante Leistungen der Phase C erbracht.

Die Zuweisung zur ambulanten Phase-C-Rehabilitation erfolgt (leider) nur in geringem Umfang durch vorbehandelnde (Reha-)Kliniken, immer wieder durch das Versorgungsmanagement der Kostenträger, erfreulich oft aber auch durch Hausärzte, weniger oft durch Fachärzte. Zunehmend kommt der Zugang zur nachgehenden Komplextherapie auf Empfehlung aus dem patientenbezogenen Bekanntenkreis zustande.

Die ursprünglich geplanten Ansätze zum Aufbau von systematischen stationär-ambulanten rehabilitativen Versorgungsprozessen haben sich nicht nachhaltig etablieren lassen. Sektorale Kommunikationshemmnisse, mangelnde Überleitungskultur zwischen den Sektoren sind denkbare Ursachen. Auch die allgemeine Beschleunigung von Reha-Prozessen, Fallpauschalen-Regelungen und offen oder verdeckt kommunizierte fallabschließende Versorgung in einem Sektor mögen hier bedeutsam sein. Unterschiedliche Sichtweisen auf die Umsetzung des bio-psycho-sozialen Krankheitsfolgen-Modells der ICF (Funktion, Aktivität und Teilhabe, Kontext), auf die Anforderungen des Reha-Rechtes (SGB IX) und die UN-Behindertenrechtskonvention in den Reha-Phasen und im stationären und ambulanten Setting sind ebenfalls denkbar [12, 15, 16, 19]

Die australischen Autoren Hoyle M et al (2012) haben diesbezüglich bemerkenswerte Gedanken reflektiert als sie sich fragten, ob »wir unter Teilhabeaspekten die Rehabilitation mit den Komponenten und Wechselbeziehungen der ICF richtig verstehen«.

#### Eine Fallvignette

Phase-C-Rehabilitation im ambulanten Setting einer 77-jährigen Schlaganfall-Patientin

Frau L. A. lebt mit Ehemann in einem geräumigen, barrierearmen Haus im Ruhestand nach landwirtschaftlicher Lebenstätigkeit. Frau A. ist bis zum Schlaganfall rüstig, aktiv und zupackend. Sie hat keine Kinder aber tragende Sozialkontakte durch eine Nichte und deren Familie:

Im *Oktober 2011* kardioembolischer Schlaganfall rechte MCA-Region, NIHSS 15 und modifizierter Rankin Index 4 bei Aufnahme in der StrokeUnit, nach der Akutbehandlung 6-wöchige geriatrische AHB und Rehabilitation von Ende Oktober bis Mitte Dezember 2011, Entlassung in häusliche Pflege mit erheblichem Residualsyndrom (brachiofaziale Hemiparese links plus Neglect plus Dysphagie plus Schultergelenks- und Komorbide Gonarthrose im paretischen Bein) → ATL Score bei Entlassung aus der Rehaklinik FIM 65. Pflegestufe 2. Nachsorgend ambulante Heilmittelversorgung im Hausbesuch 2 x KG und 2 x ET pro Woche, keine LO.

*Ende Februar 2012* Vorstellung im ambulanten neurologischen Therapiezentrum durch den niedergelassenen Neurologen mit der Frage nach einer kurzfristigen Intervall-Rehabilitation.

Beantragung einer erneuten Reha mit Muster 60/61 unter Verweis auf weiteres Reha-Potential zur Verbesserung der Mobilität und zur Verbesserung der ATL Autonomie, zur Reduktion des Fremdhilfebedarfes mit dem operationalen Ziel des Phasenwechsels von C nach D → Bewilligung durch die GKV nach MDK Beurteilung.

*04. April bis 07. Juli 2012* erneute neurologische Komplexbehandlung Phase C im ambulanten Setting mit Einbezug des unterstützenden Ehemannes und der Nichte: 40 Therapietage über einem Zeitraum von 90 Tagen im C-Modul: Physiotherapie, Medizinische Laufbandtherapie, Ergotherapie, Neuropsychologische Behandlung und Dysphagiebehandlung im multidisziplinären Team mit besonderem Augenmerk auf die Neglect-Therapie und Anleitung zu Eigentaining.

#### Verlauf und Ergebnis der ambulanten Reha-Maßnahme der Phase C:

FIM-Entwicklung vom 05.04. bei Aufnahme 71, nach 3 Wochen 75, nach weiteren knapp 3 Wochen 83 und bei Entlassung nach insgesamt 9 Wochen 92 von 126 Scorepunkten = Phasenwechsel von C nach D erreicht. Bei Abschluss dieser Phase der ambulanten Phase C Reha ist die Patientin ausdauernd sitzfähig und in Haus und auf Terrasse eigenständig rollstuhlmobil, Rollatormobilität ist mit Foot-up-Orthese und familiärer Begleitperson über 10m möglich, Transfers gelingen mit Supervision in die Dusche und in den PKW. Die Paresis ist weiterhin mittelgradig vorhanden und es bestehen noch Aufmerksamkeits- und Wahrnehmungseinbrüche. Das Schlucken und die Nahrungsaufnahme haben sich verbessert. Der Pflege- und Hilfebedarf hat sich auf Pflegestufe 1 reduzieren lassen.

Planmäßige Überleitung in ambulante Heilmittelversorgung mit konkreten Empfehlungen und Abstimmung zwischen den vor- und nachgehenden Therapeuten (telefonisch). Vorschlag einer 2. Intervallrehabilitation nach 6 Monaten, sofern es der Patientin gelingen sollte, den erreichten Zustand zu halten und zu verbessern.

Im *Dezember 2012* erneute neurorehabilitative Katamneseuntersuchung der 78-Jährigen und Beantragung der geplanten 2. Intervallrehabilitation mit dem umschriebenen Ziel, die Gangfähigkeit weiter auszubauen und eine alltagstaugliche Gangausdauer und Ganggeschwindigkeit zu erarbeiten:

Bewilligt werden 18 Therapietage, diesmal im D-Modul und vom 16.01. bis 24.02.2013 mit multimodaler und forciertem Gangtraining mit Handstock, Behandlung der Vernachlässigungsprobleme und flankierendes weiteres ATL- und Haushaltstraining. Planmäßige Entlassung in einem für die Patientin zufriedenstellenden Aktivitäts- und Teilhabezustand mit einer Gehstrecke mit Handstock von über 250 m in 10 min, mit einer Ganggeschwindigkeit von 1,2 im Maximum 1,6 m/sec. Der Berg-Balance-Score als Maß der Sturzgefährdung liegt bei 45 von 56 Scorepunkte.

Katamnese *Anfang 2014*: Die jetzt 79-jährige hat ihren Zustand und ihre Mobilität erhalten können. Keine Sturzkomplikation. Weiterhin 1–2 x sensomotorische Ergotherapie pro Woche und regelmäßiges eigenständiges Gehen mit Handstock. Pflegestufe 1 und mithelfend in der praktischen Haushaltsführung.

### Die Ergebnisse der ambulanten Phase-C-Reha im NTRA in der Sechsjahresperiode 2008 bis 2013

In der Zeit von 2008 bis 2013 wurden im NTRA Ahrweiler 191 Phase-C-Patienten im Konzept der ambulanten Neuro-Rehabilitation und weitere 31 Phase-C-Patienten überwiegend in der Sonderform der mobil-aufsuchenden Neuro-Rehabilitation behandelt. Weiteren 15 Phase-C-Patienten wurden einer ambulanten Assessment-Phase unterzogen und nachgehend entweder ambulant mit einem definierten Heilmittelkonzept oder erneut stationär oder nicht weiter behandelt.

Die 191 Patienten der ersten Gruppe verteilen sich 122-mal auf Folgen eines Schlaganfalles (mRankin meist 4 und 5). 17 Patienten litten an den Folgen eines Schädelhirntraumas und 6 an den Folgen einer zerebralen Hypoxie. 16 Patienten litten an fortgeschrittenen Parkinsonsyndromen (Hoehn und Yahr 4 und 5) und 4 an Multipler Sklerose im EDSS-Stadium 5 bis 7. Die übrigen 28 Patienten verteilten sich auf andere neurologische Krankheitsbilder. Der durchschnittliche FIM-Wert der Patientengruppe lag zu Beginn der ambulanten Reha bei 67,7 (von 126) FIM-Scorepunkten mit einer Standardabweichung (SD) von 15,3; geringster FIM-Wert 29, höchster Wert bei Beginn 88 (Tab. 1).

**Tabelle 1** gibt einen Überblick über die Verteilung der ambulanten Reha-Maßnahmen in den Perioden 2008 bis 2011 und 2012 bis 2013.

**Tabelle 2** beschreibt die Phase-C-Patienten hinsichtlich Alter, durchschnittlicher Therapieleistung und Therapiezeitraum zugeordnet zur Häufigkeit des Phasenwechsels von C nach D in der ambulanten Reha-Phase.

**Tabelle 3** beschreibt den Lebensort der Phase-C-Patienten bei Ende der ambulanten Rehabilitationsphase.

**Tabelle 4** beschreibt die Ergebnisse 2008 bis 2013 der ambulanten Phase-C-Rehabilitation im NTRA bei Patienten der Indexdiagnose Schlaganfall. Es wird die durchschnittliche Entwicklung des FIM-Index in der ambulanten Reha-Phase beschrieben. Dabei wird zwischen Effekten in der AHB-Phase, der AR-Phase und der IR-Phase differenziert und die Effekte werden gewichtet (Zuwachs an FIM-Scorepunkten und Erreichen des Phasenwechsels).

#### Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Daten aus der Phase-C-Versorgung eines ambulanten neurologischen Reha-Zentrums bestätigen, dass ambulante und mobil aufsuchende NeuroReha der Phase C möglich und im Hinblick auf die Aktivitäten des täglichen Lebens (FIM) wirksam ist.

Die Hauptzielaufgaben betreffen dabei, die Selbstständigkeit in den ATLS und in der häuslichen (oder ggfs. einrichtungsbezogenen) Lebensführung und die Suche nach Tagesstruktur und Beschäftigung für Schwerbetroffene.

Die Daten zeigen, dass die ambulante Phase-C-Rehabilitation für viele Patienten zweifelsfrei relevanten Zusatznutzen nach der vorherigen stationären Reha, hier dargestellt in der Entwicklung der funktionalen Selbstständigkeitsindizes (FIM), bringt.

Die ambulante Phase-C-Rehabilitation (vor allem die mobile Form) kann durchaus in besonderen Fällen als primäre AHB, vor allem aber als sekundäre AR

Tab. 1: Übersicht über die Anzahl der Phase-C-Maßnahmen

	Gesamtzahl aller im Zeitraum ambulant durchgeführter Reha-Maßnahmen Phase C, D und E	davon Anzahl der Phase-C-Reha (durchgeführt und planmäßig beendet)	zusätzlich Anzahl der Phase-C-Reha ganz oder teilweise im mobil-aufsuchenden Setting	zusätzlich kurze Phase-C-Reha mit weniger als 8 Therapietagen (= nur Assessmentphase)
2008 bis 2011	521	121	3	6
2012 bis 2013	321	70	28	9
6 Jahres-Zeitraum	861	191 = 22% aller ambulanten Reha-Maßnahmen	31	15

Tab. 2: Details der ambulanten Phase-C-Reha-Maßnahmen (ohne mobil-aufsuchende Form)

Zeitraum	Anzahl ambulante Phase-C-Reha durchgeführt und regulär beendet	Alter der Patienten: Durchschnitt min – max	Anzahl der Therapietage der ambulanten Phase-C-Reha)	Zeitraum der Phase-C-Reha-Maßnahme in Tagen	Phasenwechsel von C nach D erreicht während der ambulanten Reha**)
2008 bis 2011	121	66,2 Jahre*) min 22 J max 89 J	38,0 TTE SD 22,0 min 22 max 130	89,5 Tage SD 54,3 min 15 Tage max 281 Tage	30 von 121 Patienten = 24,8%
2011 und 2012	70	64,9 Jahre*) min 14 J max 89 J	34,1 TTE SD 19,4 min 15 TTE max 130 TTE	85,2 Tage SD 46,1 min 15 Tage max 250 Tage	26 von 70 Patienten = 37,2%

\*) Durchschnittsalter

aller 541 Patienten in 2008 bis 2011 66,9 Jahre, min 14 max 91 Jahre

aller 342 Patienten in 2012 und 2013 66,7 Jahre, min 17 max 90 Jahre

\*\*\*) Phasenwechsel C nach D erfolgt nach den Kriterien FIM 90, SINGER 73, Barthel 70

Tab. 3: Lebensort bei Ende der ambulanten Phase-C-Reha-Maßnahme

	zu Hause		in Einrichtung	
2008 bis 2011	111/121	92 %	10/121	8 %
2003 und 2013	63/70	90 %	7/70	10 %

2 Patienten Rückkehr in ersten Arbeitsmarkt,  
7 Patienten in Berufsbildungsstufe der WfbM,  
2 Patienten Rückkehr in Schule und Ausbildung

und IR angewandt werden. Die Domänen sind aber eher die durchgängige Versorgungsform im Sinne einer Anschluss- oder die iterative Form einer Intervall-Reha.

Die Daten belegen, dass Phase-C-Reha im ambulanten Setting im häuslichen oder einrichtungsbezogenen Lebensumfeld und selbst bei Patienten im chronischen Verlauf wirksam ist und dabei Reha-Potential erschließen kann, das im stationären Setting nicht erreicht wurde.

Phase-C-Reha ist auch und gerade bei pflegebedürftigen Patienten effektiv und kann durch die prozedurale Zusammenarbeit zwischen dem Reha-Team und den pflegenden Personen der aktivierenden Pflege dienen und den nachgehenden Hilfebedarf reduzieren.

Nur bei wenigen Patienten mit instabiler medizinischer oder psychosozialer Situation ist Phase-C-Rehabilitation im ambulanten Setting nicht durchführbar.

Ambulante Phase-C-Reha stellt nach schwerer und schwerster Hirnschädigung eine wichtige Leistung der nachgehenden Phase E in der postakuten und chronischen Phase nach dem Übergang (Translation) aus der Klinik in das Leben im Sozialraum dar.

## Diskussion

Unter Berücksichtigung der Erfahrung, dass viele schwer- und schwerstbetroffene Patienten in der ambulanten, durch niedergelassene Hausärzte, Fachärzte und Heilmittelerbringer geprägten Nachsorgephase nach erworbener Hirnschädigung und neurologisch-bedingter Beeinträchtigung im ambulanten Langzeitverlauf kaum mehr ATL-wirksame Fortschritte erzielen [5, 8, 10, 14, 17, 18, 19, 21] sind die vorgelegten Ergebnisse bemerkenswert.

Mit einer multiprofessionellen Komplextherapie durch ein ambulantes ggfs. mobil aufsuchendes Reha-Team lassen sich weitere alltagsrelevante Fortschritte erarbeiten und das Ergebnis der vorherigen stationären medizinische Rehabilitation nicht nur halten, sondern weiter verbessern.

Der übergeordnete sozialgesetzliche Auftrag an Rehabilitation, eine selbstbestimmte Lebensführung des behinderten (oder von Behinderung bedrohten) Menschen zu fördern und die Behinderung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, am Leben in der Gemeinschaft und in Arbeit zu bessern, zu vermindern und drohende

Tab. 4: Ambulante Phase -C-Reha bei der Indexdiagnose Schlaganfall\*\*

Art der Ambulanten Phase-C-Reha	Primäre Anschlussheilbehandlung (AHB) nach Krankenhaus  akut	Anschluss-Rehabilitation (AR) nach vorheriger medizinischer Reha im stationären Setting postakut	Intervall- Rehabilitation (IR) 6 Monate und länger nach frühere RehaMaßnahme chronisch
<b>Patientenzahl</b>	12	38	30
<b>FIM zu Beginn</b> (Durchschnitt)	69,8 min 33 max 42	68,2 min 45 max 89	68,6 min 29 max 90
<b>Delta-FIM</b> (Scorepunktzuwachs)	Plus 18,3 min 3 max 42	Plus 21,1 min 7 max 40	Plus 18,4 min 9 max 42
<b>FIM-Zuwachs</b> unter 10 10 bis 20 über 20 Scorepunkte	3 von 12 5 von 12 4 von 12	1 von 38 11 von 38 21 von 38	3 von 30 7 von 30 20 von 30
<b>Phasenwechsel C nach D erreicht</b>	6 von 12 (50 %)	20 von 38 (53 %)	9 von 30 (30%)
<b>Anzahl der Therapietage</b> Durchschnitt)	30,16 TTE	42,21 TTE	30,73 TTE
Zeitraum der ambulanten Reha-Maßnahme (Durchschnitt)	63, 4 Tage ca 2 Monate	97,6 Tage mehr als 3 Monate	72,9 Tage ca 2,5 Monate

\*\*\*) Nur bei 80 von 122 Schlaganfall-Patienten der Phase-C war ein vollständiger FIM-Datensatz von Beginn und Abschluss verfügbar (65 %)

Behinderungen zu vermeiden, kann durch ein ambulantes Setting für die Versorgung von Phase-C-Patienten in vielen Fällen erfolgreich bedient werden.

Die hier vorgestellten Ergebnisse legen nahe

- (1) den Auftrag an die ambulante Neurorehabilitation in den Rahmenempfehlungen zur ambulanten neurologischen Rehabilitation der BAR Frankfurt zu überdenken und weiterzuentwickeln und
- (2) Konzepte der ambulanten, auch mobil aufsuchenden Phase-C-Rehabilitation nicht nur zuzulassen, sondern gezielt zu entwickeln und regional anzuwenden.

Die Weiterentwicklung (Korrektur) der Struktur- und Prozessanforderungen und der Ausschlusskriterien der Rahmenempfehlungen zur ambulanten neurologischen Rehabilitation der BAR wird eine wichtige Quelle von Fehl- und Unterversorgung beheben.

### Korrespondenzadresse:

Dr. med. habil Paul Reuther  
Neurologische Therapie RheinAhr (NTRA)  
Zentrum für Rehabilitation, Eingliederung und Nachsorge  
Schülzchenstr. 10  
53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler  
reuther@neuro-therapie.de

## ANHANG

Die bisherigen Ausschlusskriterien in den BAR-Rahmenempfehlungen zur ambulanten neurologischen Rehabilitation [2]:

### I. Allgemeiner Teil (Seite 21)

#### 8. Ausschlusskriterien

Bei der ambulanten Rehabilitation im Sinne eines komplexen Therapieprogramms sind eine Reihe allgemeiner Ausschlusskriterien zu berücksichtigen.

Gegen eine ambulante Rehabilitation sprechen folgende Kriterien:

- eine kurative Behandlung einschließlich Heil- und Hilfsmittelversorgung reicht aus
- eine stationäre Behandlung in einer Rehabilitationsklinik ist notwendig wegen
  - der Art oder des Ausmaßes der Schädigungen oder Beeinträchtigungen der Aktivitäten, die durch ambulante Rehabilitation nicht ausreichend behandelt werden können
  - stark ausgeprägter Multimorbidität, die unterschiedliche Indikationen betrifft und durch ambulante Rehabilitation nicht ausreichend behandelt werden kann
  - mangelnder psychischer Belastbarkeit
  - der Notwendigkeit pflegerischer Betreuung und ständiger ärztlicher Überwachung
  - der Notwendigkeit einer zeitweisen Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld.

Darüber hinaus sind ggf. indikationsspezifische Ausschlusskriterien zu beachten.

### II Besonderer Teil (Seite 45)

Ausschlusskriterien für die ambulante neurologische Rehabilitation sind

*die allgemeinen Ausschlusskriterien (siehe oben)*

- der Rehabilitand ist noch der Phase C nach den Empfehlungen zur neurologischen Rehabilitation der BAR zuzuordnen
- ein Barthel-Index < 80
- Inkontinenz kann ein Ausschlusskriterium sein, wenn die Selbstversorgung in diesem Bereich nicht gegeben ist und dadurch ein erhöhter Pflegebedarf besteht (...)

Diese Ausschlusskriterien für die Durchführung ambulanter neurologischer Rehabilitations- und Teilhabeleistungen sind ein Relikt aus den Anfängen der ambulanten NeuroRehabilitation Ende der Neunzigerjahre des vorherigen Jahrhunderts. Damals meinte man offenbar, dass nur vermeintlich leichter Betroffene der Phase D ambulant behandelt werden könnten, Schwerbetroffene

gehörten in die Rehaklinik. Mittlerweile wird immer klarer, dass die Rehabilitation im stationären Setting die individuellen Aktivierungs- und Teilhabeziele vor allem die Ziele des konkreten Alltags- und Berufslebens, die Teilhabe an gemeinschaftlichem und beruflichem Leben nur unzureichend erarbeiten kann [12, 16, 19].

Außerdem ist mittlerweile deutlich geworden, dass man rehabilitative Maßnahmen in das konkrete Lebensumfeld des Betroffenen hineinbringen muss, um dort wo es notwendig ist, ein konkretes Umsetzen der Reha-Erfolge (Translation) und nachhaltige Effekte der Reha zu erzielen (BAR, DVfR).

Die oft als untergesetzliche Normen interpretierten Ausschlusskriterien der Rahmenempfehlungen haben dazu geführt, dass die Strukturen, Prozesse und Konzepte für eine Phase-C-Rehabilitation im ambulanten Setting nicht entwickelt sind und allenfalls ausnahmsweise zur Anwendung kommen.

Die sozialmedizinischen Beurteilung von Anträgen zur Anschlussheilbehandlung (AHB) und vor allem zu einer Anschlussrehabilitation (AR) und Intervall-Rehabilitationen (IR) nach vorheriger Rehabilitation durch den MDK der Reha-Träger führt oft – fast regelhaft – zu der Feststellung, dass »der Phase-C-Zustand eine Kontraindikation für die ambulante Neuro-Reha« sei. Die Kostenträger neigen dann dazu, solche ambulanten, an sich besonders erfolversprechenden Komplexmaßnahmen gerade bei Schwerbetroffenen Phase-C-Patienten abzulehnen.

Der dargestellte Sachverhalt deutet auf einen gravierenden Systemfehler hin, der den spezifischen Reha-Bedarf, das Reha-Potential und die Reha-Prognose missachtet, die sich bei Entlassung aus der stationären neurologischen Reha noch Schwerbetroffenen gerade im regionalen Lebensumfeld noch ergibt.

**Die Eingangs – und Ausgangskriterien (Patienten-Charakteristika) der Phase C** (BAR-Empfehlungen zur Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C, Frankfurt 1995)

Die Aufgaben für eine Phase-C-Reha liegen zwischen den Eingangs- und Ausgangskriterien für die Phase C (siehe Kasten), also zwischen den individuellen ATL-Fähigkeiten mit den Barthel-Werten von 35–65 (von 100) oder den FIM-Werten von 50–90 (von 126). Dies dürfte eigentlich allen »im System stehenden Professionen«, auch den Sozialverwaltungen vertraut sein. Dennoch wird meist übersehen oder negiert, dass im Umweltkontext, im häusliche Wohnungs- und Familienumfeld oder bei einer vorübergehend oder dauerhaft notwendigen Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung, ganz neue Herausforderungen auf den Patienten warten. Diese erfordern neben weiteren rehabilitativen Funktionstherapien oft konkrete Kompensations- und Anpassungsarbeit für den Betroffenen und Information, Edukation

Kasten 1 3.2.1 Patienten-Charakteristika (Eingangskriterien)*)	3.2.6 Ausgangskriterien (Patienten-Charakteristiken) der Phase C**)
<ul style="list-style-type: none"> <li>– 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</li> <li>– Patient ist kommunikations- und interaktionsfähig (ggf. unter Verwendung von Hilfsmitteln)</li> <li>– Patient ist teilmobilisiert (z. B. längere Zeit kontinuierlich zwei bis vier Stunden im Rollstuhl verbringend)</li> <li>– für alltägliche Verrichtungen weitgehend auf pflegerische Hilfe angewiesen</li> <li>– bedarf keiner intensivmedizinischen Überwachung/Therapie, da praktisch keine Gefahr für lebensbedrohliche Komplikationen mehr besteht (vital-vegetative Stabilität)</li> <li>– nicht mehr beatmungspflichtig</li> <li>– bestehende Begleiterkrankungen dürfen eine Mobilisierung nicht verhindern</li> <li>– keine konkrete Selbst- und Fremdgefährdung (z. B. durch Weglauftendenz, aggressive Durchbrüche) und</li> <li>– keine schweren Störungen des Sozialverhaltens. Kleingruppenfähigkeit (drei bis fünf Patienten) muss vorliegen und darf nicht durch schwere Verhaltensstörungen gefährdet werden. Diese sollten nicht nur kurzfristig beeinflussbar sein.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Selbstständigkeit bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL), insbesondere im Bereich der Selbstversorgung, wie Waschen, Anziehen, Toilettenbenutzung, Essen und Mobilität</li> <li>– spezielle Pflege-Aufgaben noch erforderlich</li> <li>– alltags- und berufsrelevante mentale Störungen (insbesondere kognitive Defizite) stehen oft im Vordergrund</li> <li>– durchgängige Kooperationsfähigkeit und -bereitschaft, Handlungs- und Lernfähigkeit</li> </ul>
*) Die Eingangskriterien der Phase C stellen gleichzeitig die Ausgangskriterien der Phase B dar.	**) Die Ausgangskriterien der Phase C stellen gleichzeitig die Eingangskriterien der Phase D dar.

und Training für die oft überforderten und unvorbereiteten Bezugspersonen.

Beim Wechsel aus dem Schutzraum Krankenhaus oder Reha-Klinik in die neue Lebenswirklichkeit ergeben

sich gerade in diesen Zielbereichen viele neue Rehabilitations- und Integrationsaufgaben.

## Literatur

1. BAR Frankfurt 1999. Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C: [http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/downloads/Rahmenempfehlung\\_neurologische\\_Reha\\_Phasen\\_B\\_und\\_C.pdf](http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/downloads/Rahmenempfehlung_neurologische_Reha_Phasen_B_und_C.pdf) (Zugriff 10.02.2015)
2. BAR Frankfurt 2005. Rahmenempfehlungen zur ambulanten neurologischen Rehabilitation: [http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/downloads/Rahmenempfehlung\\_neurologische\\_Rehabilitation.pdf](http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/downloads/Rahmenempfehlung_neurologische_Rehabilitation.pdf) (Zugriff 10.02.2015)
3. BAR Frankfurt 2013. Phase E der neurologischen Rehabilitation Empfehlungen 2013: <http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/Startseite/BAREmpfPhaseE7.1.web.pdf> (Zugriff 10.02.2015).
4. Blumenröther C. Einflussfaktoren auf den Rehabilitationserfolg beim ischämischen Schlaganfall in der neurologischen Rehabilitationsphase C. Inauguraldissertation, Universität Mainz 2011.
5. De Wit K, Putman K, Devos H et al. Long-term prediction of functional outcome after stroke using single items of the Barthel-Index at discharge from rehabilitation center: *Disabil Rehabil* 2014; 36(5): 353-358.
6. DVfR Heidelberg 2013. Phase E der Neuro-Rehabilitation als Brücke zur Inklusion. Stellungnahme der DVfR zur Neuorientierung der postakuten Rehabilitation und Nachsorge bei Erwachsenen mit erworbenen Hirnschädigungen: [http://www.dvfr.de/fileadmin/download/Stellungnahmen/Neuro-Reha\\_Phase\\_E\\_Stellungnahme\\_DVfR.pdf](http://www.dvfr.de/fileadmin/download/Stellungnahmen/Neuro-Reha_Phase_E_Stellungnahme_DVfR.pdf) (Zugriff am 10.02.2015).
7. DVfR Heidelberg 2014. Phase E der Neuro-Rehabilitation als Brücke zur Inklusion – Positionen von Experten aus der DVfR zur Postakuten Rehabilitation und Nachsorge für Erwachsene mit erworbenen Hirnschädigungen. <http://www.dvfr.de/startseite/single-news-aus-den-spt/phase-e-der-neuro-rehabilitation-als-bruecke-zur-inklusion-positionen-von-experten-aus-der-dvfr/> (Zugriff 10.02.2015).
8. Graf J, Schupp W, De Wit L, Putman K (für die CERISE-Studiengruppe). Gemeinschaftliche Evaluation der Schlaganfallrehabilitation innerhalb von Europa – Klinische Aspekte: *Neurol Rehabil* 2009; 15(5): 275-289.
9. GS Qualitätssicherung Hessen 2011. Statistische Auswertung der Schlaganfallversorgung – Neurologische Rehabilitation – Hessen gesamt (Seite 8/17) [http://www.gqhnet.de/auswertungen-strukturierter-dialog/auswertungen/jahresauswertungen-2011/2011\\_sa\\_reha\\_gesamt](http://www.gqhnet.de/auswertungen-strukturierter-dialog/auswertungen/jahresauswertungen-2011/2011_sa_reha_gesamt) (Zugriff 10.02.2015)
10. Hoefß U, Schupp W, Schmidt R, Gräßel E. Versorgung von Schlaganfallpatienten mit ambulanten Heil- und Hilfsmitteln im Langzeitverlauf nach stationärer neurologischer Rehabilitation: *Phys Med Rehab Kuror* 2008; 18: 115-121.
11. Hoyle M, Gustafsson L, Meredith P, Ownsworth T. Participation after Stroke: Do We Understand All the Components and Relationships As Categorized in the ICF? *Brain Impairment* 2012; 13, Spezial Issue 01: 4-15.
12. Masur H, Fries W, Hömberg V, Reuther P. Perspektiven: Neurorehabilitation und restaurative Neurologie. *Akt Neurol* 2007; 34(10): 577-581.
13. MDK Rheinland-Pfalz 2011. TK EVA-Reha® Jahresbericht 2010–2011 (Kap 5,6 ff) [http://www.dbkg.de/downloads/pdf/tk\\_eva\\_reha\\_stationaere\\_neurologische\\_rehabilitation\\_jahresbericht\\_2010\\_2011.pdf](http://www.dbkg.de/downloads/pdf/tk_eva_reha_stationaere_neurologische_rehabilitation_jahresbericht_2010_2011.pdf) (Zugriff 10.02.2015).
14. Nolte CH, Jungehülsing GJ, Rossnagel K, Roll S, Willich SN, Villringer A. Schlaganfallnachsorge wird von Hausärzten erbracht. *Nervenheilkunde* 2009; 28: 135-137.
15. Reuther P, Hendrich A, Kringler W, Vespo E. Die neurologische Rehabilitationsphase E: Nachgehende Leistungen zur sozialen (Re-) Integration und Teilhabe – ein Kontinuum? *Rehabilitation* 2012; 51: 424-430.
16. Reuther P, Wallesch CW. Teilhabesicherung nach Schlaganfall Gesundheitswesen 2015 (in press).
17. Rickels E, von Wild K, Wenzlaff P. Schädel-Hirn-Verletzung – Epidemiologie und Versorgung: Ergebnisse einer Prospektiven Studie. München: Zuckschwerdt 2006.
18. Schneider K, Heise M, Heuschmann P, Berger K. Lebens- und Versorgungssituation von Schlaganfallpatienten: 3-Monats-Follow-up des Qualitätssicherungsprojektes Nordwestdeutschland. *Nervenheilkunde* 2009; 28: 114-118.
19. Schupp W. (Anschluss)Rehabilitation und Langzeitbetreuung von Schlaganfallpatienten. Wiederherstellung und Erhalt von Funktionen, Aktivitäten und Teilhabe. *Die Rehabilitation* 2014; 53: 408-421.
20. Stellungnahme des MDK Rheinland-Pfalz zur Durchführung von Phase C-Rehabilitation im ambulanten Setting: Schreiben an die Direktion der AOK-Rheinland-Pfalz 2002.
21. Unrath M, Kalic M, Berger K. Wer erhält eine Rehabilitation nach ischämischem Schlaganfall? Daten aus dem Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland. *Dtsch Arztebl Int* 2013; 110(7): 101-107.