

# Neurologische Frührehabilitation Phase B

 Fachplanung für Baden-Württemberg  
2012



**Baden-Württemberg**

MINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG,  
FAMILIE, FRAUEN UND SENIOREN

## Vorwort

Mit der vorliegenden Konzeption soll die „Versorgungskonzeption Apallisches Syndrom“ aus dem Jahr 1993 aktualisiert werden. Diese Konzeption legte ihren Schwerpunkt auf die Versorgung von Patienten mit schwersten Hirnschädigungen insbesondere nach Unfällen. Ziel der Konzeption war unter anderem, die neu eröffneten Möglichkeiten der Rehabilitation aufzunehmen und in die Strukturen der Krankenversorgung einzupassen. Dies ist zwischenzeitlich gelungen. In Baden-Württemberg findet sich eine durchgängige Versorgungskette aus sämtlichen Behandlungs- und Rehabilitationsstufen sowie vollstationärer und ambulanter Pflege.



Einige Aussagen aus dem Jahr 1993 sind unverändert aktuell: die Warnung vor unrealistischen Erwartungen an die Therapie und der Hinweis auf die Unmöglichkeit, angesichts einer schwierigen finanziellen Situation planerisch sinnvolle Dinge sofort umzusetzen.

Verändert haben sich in den letzten Jahren die Rahmenbedingungen insbesondere für den Bereich der Neurologischen Frührehabilitation. Der Großteil der dort behandelten Patienten leidet an den Folgen eines Schlaganfalles oder einer Gehirnblutung. Eine weitere Gruppe sind Patienten mit einer Hirnschädigung nach Herzstillstand. Diese Patienten sind in der Regel älter als die Unfallopfer und leiden an weiteren Erkrankungen. Dies führt dazu, dass auch die Anforderungen an die Behandlungsmöglichkeiten der Phase B- Einrichtungen gestiegen sind.

Bei der Fortschreibung des Krankenhausplans 2010 bestand Konsens, die ursprüngliche Fachplanung „Apallisches Syndrom“ aufgrund der veränderten Rahmenbedingungen in die Fachplanung „Neurologische Frührehabilitation Phase B“ umzubenennen. Dem wurde nun auch inhaltlich Rechnung getragen und die vorgelegte Konzeption aktualisiert. Eine Fortschreibung hinsichtlich der übrigen Rehabilitationsstufen und der Pflege ist derzeit nicht vorgesehen.

Wie schon 1993 ist diese Verbesserung der Versorgung nicht zum Nulltarif zu haben. Ich bin aber davon überzeugt, dass sich der Einsatz lohnt, um für diese schwerkranken Patienten die Behinderung zu reduzieren und in der Folge sowohl persönliches Leid als auch Pflegekosten zu sparen.

A handwritten signature in black ink that reads "Katrin Altpeter". The script is cursive and fluid.

Katrin Altpeter MdL  
Ministerin für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren  
Baden-Württemberg

## 1. Einleitung

Bereits während der stationären Akutbehandlung verschiedener schwerer neurologischer Störungen sollten frühzeitig Maßnahmen der Rehabilitation eingeleitet und entsprechend des Patientenbedarfs parallel zu den kurativmedizinischen Maßnahmen fortgeführt werden.

Die Arbeitsgruppe Neurologische Rehabilitation des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger hat ein Konzept einer zustands- und behinderungsangepassten Behandlungs- und Rehabilitationskette in der neurologischen und neurochirurgischen Versorgung in Deutschland entwickelt, das „Phasenmodell“ mit den Phasen A bis F<sup>1</sup>. Darauf basierend hat die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation Empfehlungen zur neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C erarbeitet.<sup>2</sup>

Zwischen der Akutbehandlung (Phase A) und der Behandlung in Rehabilitationskliniken (Phase C und D) kombiniert die Neurologische Frührehabilitation Phase B akutmedizinische und rehabilitative Behandlungsansätze. Die Neurologische Frührehabilitation Phase B ist leistungsrechtlich der Krankenhausbehandlung zuzurechnen und unterliegt damit der Krankenhausplanung des Landes (§ 4 Abs.1 Landeskrankenhausgesetz - LKHG).

Der Übergang zwischen den einzelnen Phasen soll reibungslos verlaufen. Hierzu sind enge Kooperationen von Krankenhausträgern bzw. Rehabilitationsanbietern erforderlich.

In den bestehenden Einrichtungen der Neurologischen Frührehabilitation Phase B werden bundesweit am häufigsten Patienten mit folgenden Krankheitsbildern behandelt (Pohl et al, 2011<sup>3</sup>):

- Schlaganfälle (Ischämie, Blutung) 54,6 %
- Schädel-Hirn-Traumata 16,1 %
- Hypoxische Hirnschädigung z.B. durch Herz-Kreislaufstillstand 10 %
- Guillain-Barré-Syndrom, Neuropathie 4%

Die gesteigerte Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten der Neurologischen Frührehabilitation Phase B gründet auf einer verbesserten Akut- und Notfallbehandlung der häufigsten Erkrankungen (Verbesserte Schlaganfallversorgung, verbesserte Notfallversorgung). Weitere Faktoren sind das zunehmende Lebensalter und die Erweiterung der Behandlungsmöglichkeiten in der Neurologischen Frührehabilitation Phase B sowie perinatale Schädigungen meist im Rahmen von Frühgeburten.

In Baden-Württemberg gelingt durchschnittlich 55% der Phase-B-Patienten der Übergang in die Phase C (Bertram und Brandt, 2007<sup>4</sup>).

## **2. Definition der Neurologischen Frührehabilitation Phase B**

In Baden-Württemberg hat sich der Schweregrad der in der Neurologischen Frührehabilitation Phase B behandelten Kranken erhöht. Im Interesse eines möglichst frühen Einbezugs rehabilitativer Maßnahmen zur Verbesserung der individuellen Prognose müssen in der Neurologischen Frührehabilitation Phase B noch intensivmedizinische Behandlungsmöglichkeiten vorgehalten werden, da jederzeit mit schwerwiegenden, auch lebensbedrohlichen Komplikationen zu rechnen ist. In der Neurologischen Frührehabilitation Phase B können auch kontrolliert und unterstützend beatmungspflichtige Patienten behandelt werden.

Eine allgemein anerkannte Definition der Neurologischen Frührehabilitation Phase B mit Beschreibung der Patientencharakteristika, Behandlungs-/Rehabilitationsziele, der kurativmedizinischen und rehabilitationsbezogenen Aufgaben sowie der Therapiedichte hat die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) entwickelt und veröffentlicht.<sup>2</sup> Diese wird im Folgenden dargestellt (*kursiv*).

### 2.1 Patienten-Charakteristika (Eingangskriterien)

- *bewußtlose bzw. qualitativ oder quantitativ schwer bewußtseinsgestörte Patienten (darunter auch solche mit einem sog. „apallischen Syndrom“) mit schwersten Hirnschädigungen als Folge von Schädelhirntraumen, zerebralen Durchblutungsstörungen, Hirnblutungen, Sauerstoffmangel (insbesondere mit Zustand nach Reanimation), Entzündungen, Tumoren, Vergiftungen, u.a.; neben der Bewußtseinsstörung können weitere schwerste Hirnfunktionsstörungen bestehen*
- *Patienten mit anderen schweren neurologischen Störungen (z. B. Locked-in-Syndrom, Guillain-Barré, hoher Querschnitt), die noch intensivbehandlungspflichtig sind*
- *bei den Patienten mit Schädelhirntrauma liegen häufig noch andere Verletzungen vor (polytraumatisierte Patienten)*
- *primäre Akutversorgung abgeschlossen*
- *aktuell keine operative Intervention (neurochirurgisch oder allgemein-/unfallchirurgisch, orthopädisch) erforderlich*
- *keine Sepsis, keine floride Osteomyelitis*
- *intracranielle Druckverhältnisse stabil*
- *HerzKreislauf- und Atmungsfunktionen im Liegen stabil*

- *nicht mehr (kontrolliert) beatmungspflichtig; Ausnahmen hiervon sind möglich bei Patienten, die mental nicht eingeschränkt sind, deren Atemantrieb aber gestört ist. Für diese Patienten müssen Einzelfalllösungen gefunden werden; nicht fähig zur kooperativen Mitarbeit*
- *vollständig von pflegerischer Hilfe abhängig*
- *in der Regel Sonden-Ernährung erforderlich*
- *in der Regel können Ausscheidungsfunktionen nicht kontrolliert werden*
- *u. U. erhebliche Selbst- und/oder Fremdgefährdung bei Dyskontrollsyndrom, Verwirrtheitszuständen oder anderen schweren psychischen Störungen*
- *bestehende Begleiterkrankungen dürfen eine Mobilisierung nicht verhindern*

## 2.2 Behandlungs-/Rehabilitationsziele

- *Besserung des Bewußtseinszustandes und Herstellen der Kommunikations- und Kooperationsfähigkeit*
- *beginnende Mobilisierung*
- *Minderung des Ausmaßes von Schädigungen des ZNS und PNS*
- *Vermeidung sekundärer Komplikationen*
- *Klärung des Rehabilitationspotentials*
- *Planung und Einleitung der weiteren Versorgung.*

## 2.3 Behandlungs-/Rehabilitationsaufgaben und –leistungen:

### Kurativmedizinische Aufgaben

- *Fortführung der in Phase A begonnenen kurativmedizinischen Maßnahmen (inklusive ggf. erforderlicher intensivmedizinischer Behandlung, außer kontrollierter Beatmung)*
  - *medizinische Diagnostik der ZNS-/PNS-Schädigungen und ihrer Ursachen sowie der Grund- und Begleiterkrankungen und weiterer Verletzungen (ätiologische und Funktionsdiagnostik)*
  - *kurativmedizinische Behandlung der neurologischen Schädigung sowie der Grund-/Begleiterkrankungen und weiterer Verletzungen (die Beherrschung lebensbedrohlicher und eventuell bei der Mobilisierung auftretender Komplikationen muss möglich sein)*
  - *permanente Überwachung des Krankheitsverlaufs, insbesondere Neuro-Monitoring und Intensivpflege*
- *Einleitung sekundärprophylaktischer Maßnahmen.*

## Rehabilitationsbezogene Aufgaben

- *Funktionsdiagnostik auf der Impairment- und Disability-Ebene*
- *Erfassung der Rückbildungstendenzen bei Funktionsstörungen (rehabilitationsspezifische Verlaufsdiagnostik)*
  - *aktivierende Pflege und gezielte funktionelle Behandlung zur Verhinderung von Sekundärschäden im Bereich der Bewegungsorgane*
  - *Förderung von Motorik und Sensorik*
  - *kontrolliert stimulierende Behandlung mit dem Ziel der Kontaktaufnahme über verschiedene sensorische Zugänge, Kommunikations-/Interaktionsbehandlung und Sprachtherapie*
  - *orofaciale Therapie (Kau-, Schluck- und Esstraining) und Sprechtherapie*
  - *Selbständigkeitstraining (auf basaler Ebene)*
- *Beratung, Anleitung und Betreuung von Angehörigen*
- *Klärung der Notwendigkeit und Einleitung von weiterführenden Rehabilitationsleistungen (aufgrund systematischer Verlaufsbeobachtung).*

## 2.4. Therapiedichte

- *Intensivpflege/-überwachung unter Einschluss von vier bis sechs Stunden Rehabilitationspflege(hier als aktivierende Pflege) täglich*
- *mehrfach täglich Visite*
- *Funktionstherapie insgesamt mehrere Stunden am Tag, häufig durch mehrere Therapeuten gleichzeitig.*

## 2.5. Behandlungs-/Rehabilitationszeitraum

- *In der Regel bis zu sechs Monaten, bei besonderer medizinischer Indikation und Prognose auch länger; wenn bei ungestörtem Therapieverlauf über mindestens acht Wochen kein funktioneller Zugewinn feststellbar ist, ist die Beendigung der Phase B angezeigt. Im begründeten Einzelfall kann die Behandlung auch über einen längeren Zeitraum unter Berücksichtigung der bisherigen Behandlungsdauer fortgesetzt werden. Bei Kindern kann ein wesentlich längerer Zeitraum als acht Wochen erforderlich sein.*
- *Bei Patienten mit unterbrochenen Behandlungszeiträumen (z. B. bei der Wiederaufnahme aus dem Pflegebereich) wird in der Regel von einer achtwöchigen Beobachtungsphase zur Klärung des Rehabilitationspotentials ausgegangen.*

Die Eingangskriterien der Phase C stellen gemäß BAR-Empfehlungen<sup>2</sup> gleichzeitig die Ausgangskriterien der Phase B dar:

- *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*
- *Patient ist kommunikations- und interaktionsfähig (ggf. unter Verwendung von Hilfsmitteln)*
- *Patient ist teilmobilisiert (z. B. längere Zeit kontinuierlich zwei bis vier Stunden im Rollstuhl verbringend)*
- *für alltägliche Verrichtungen weitgehend auf pflegerische Hilfe angewiesen*
- *bedarf keiner intensivmedizinischen Überwachung/Therapie, da praktisch keine Gefahr für lebensbedrohliche Komplikationen mehr besteht (vital-vegetative Stabilität)*
- *nicht mehr beatmungspflichtig*
- *bestehende Begleiterkrankungen dürfen eine Mobilisierung nicht verhindern*
- *keine konkrete Selbst- und Fremdgefährdung (z. B. durch Weglauftendenz, aggressive Durchbrüche) und 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.*

Das Behandlungsspektrum hat sich seit der Entstehung der BAR-Empfehlungen weiterentwickelt, insbesondere im Hinblick auf die Durchführung kontrollierter und unterstützender Beatmung bei Patienten der Neurologischen Frührehabilitation Phase B mit stabiler Beatmungssituation.

### **3. Versorgungsangebote im Bereich der Krankenhausbehandlung und krankenhauplanerische Grundlagen**

#### **3.1. Akutbehandlung Phase A**

Die Akutbehandlung sämtlicher Krankheitsbilder, die im Verlauf einen Behandlungsbedarf in der Neurologischen Frührehabilitation Phase B nach sich ziehen, findet in somatischen Krankenhäusern statt, insbesondere in den Fachgebieten Neurologie, Neurochirurgie, Innere Medizin, Kinderheilkunde und Chirurgie. Zunächst steht die Sicherung der Vitalfunktionen des Patienten im Vordergrund. Danach sollten aber bei vielen Erkrankungen frühzeitig Maßnahmen der Rehabilitation eingeleitet werden, um zu verhindern, dass sich Rehabilitationschancen verschlechtern und der Rehabilitationsprozess sich insgesamt verzögert. Eine enge Kooperation zwischen Akutkrankenhaus und Rehabilitationseinrichtung ist daher erforderlich.

#### **3.2. Neurologische Frührehabilitation Neurologische Frührehabilitation Phase B**

Die Neurologische Frührehabilitation Phase B ist leistungswirtschaftlich der Krankenhausbehandlung gem. § 39 SGB V zuzuordnen.

Die Neurologische Frührehabilitation Phase B gehört zu den Leistungen, die medizinisch sehr hohe Anforderungen stellen und bei deren Erbringung hohe Kosten anfallen, die aber auf der anderen Seite nur in verhältnismäßig geringer Zahl indiziert sind. Dies erzwingt die Konzentration auf eine beschränkte Anzahl von Standorten in Baden-Württemberg, insbesondere um durch ausreichende Fallzahlen die Qualität der Leistungserbringung zu sichern.

Daher ist die Fachplanung Neurologische Frührehabilitation Phase B grundsätzlich standortübergreifend angelegt und mit der Zuweisung einer konkreten Planbettenzahl verbunden.

Eine Einrichtung der Neurologischen Frührehabilitation Phase B sollte entweder an ein Krankenhaus (Phase A) oder an eine Rehabilitationseinrichtung, die Neurologische Rehabilitation der Phasen C und D erbringt, angebunden sein. Die Einrichtungen sollen aus Gründen der Qualität und Wirtschaftlichkeit mindestens 18 Betten umfassen.

Die Fachplanung des Landes erfolgt für das gesamte Spektrum der Phase-B-Patienten. Eine planerische Aufteilung in leichtere und schwerere Fälle erfolgt nicht, da diese aufgrund der hohen Varianz der Fälle schwer zu operationalisieren ist und eine zusätzliche Schnittstelle geschaffen würde.

Seit 1993 haben sich im Laufe der Jahre nicht nur Behandlungsverfahren weiterentwickelt und die Zielgruppe geändert, sondern auch die bedarfsplanerischen Grundlagen. Der stetig wachsende Bedarf wird an einer nachgewiesenen hohen Auslastung der bisherigen Einrichtungen deutlich, die in den vergangenen Jahren jeweils Kapazitätserweiterungen nach sich gezogen haben. Entsprechend der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts ist die Grundlage der Planung der „tatsächlich zu versorgende Bedarf“. Der tatsächlich zu versorgende Bedarf resultiert aus der Summe der Verordnungen für Krankenhausbehandlungen durch Ärzte und deren Anerkennung durch die jeweilige Krankenkasse.

Das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren erhebt einmal jährlich landesweit die Belegung bei allen Krankenhausträgern mit Abteilungen für Neurologische Frührehabilitation Phase B und berechnet den im Land „tatsächlich zu versorgenden Bedarf“ unter Anwendung der Burton-Hill-Formel.

Der konkrete Bedarf eines Krankenhauses wird von Amts wegen oder bei Anträgen auf Erhöhung der Bettenzahl geprüft. Entsprechend § 8 LKHG sind die Krankenhäuser verpflichtet, dem Ministerium unter Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht und des Datenschutzrechts die zur Krankenhausplanung erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Danach wird der Bettenbedarf mit Hilfe der Burton-Hill-Formel berechnet.

Bei der Berechnung des Bedarfs wird für Einrichtungen, die Erwachsene behandeln eine Bettenauslastung von 90% zugrundegelegt

Bedingt durch den individuell sehr unterschiedlichen Behandlungsverlauf weist die Verweildauer eine hohe Schwankungsbreite auf. Die durchschnittliche Verweildauer aller Patienten der Phase B in Baden-Württemberg lag 2011 bei 37,6 Tagen; die durchschnittliche Verweildauer in den einzelnen Einrichtungen zwischen 14,0 und 68,7 Tagen. Bundesweit liegt die Verweildauer nach Pohl 2011<sup>3</sup> durchschnittlich bei  $61,8 \pm 40,9$  Tagen.

Bestehende Standorte und Bettenzahlen der Einrichtungen für Neurologische Frührehabilitation Phase B sind in Kap. 5. dargestellt.

### **3.3. Frührehabilitation bei Kindern und Jugendlichen**

Die Übertragung der BAR-Kriterien auf Kinder und Jugendliche ist nur eingeschränkt möglich. Vergleichbare Leistungen werden in spezialisierten Fachkliniken erbracht und zeichnen sich durch eine Kombination aus akutmedizinischer Diagnostik und Therapie und rehabilitativen Elementen aus.

Indiziert ist diese Behandlungsform nach intensivmedizinischer Intervention wegen akuter Erkrankung oder Verletzung (Phase A) oder als Intervallbehandlung, wenn die spezifi-

schen Kompetenzen und Überwachungsmöglichkeiten einer Neurologischen Frührehabilitation Phase B-Einrichtung beispielsweise bei intensivmedizinischer Dauerintervention erforderlich sind.<sup>5</sup>

Die Mindestanforderungen zur personellen Ausstattung orientieren sich an den Mindestanforderungen zur Durchführung der Prozedur neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (OPS 8-552<sup>6</sup>). Hinsichtlich der diagnostischen Ausstattung müssen jederzeit Monitor-EKG und Pulsoxymetrie sowie Restharnsonographie verfügbar sein und für Trachealkanülenträger die flexible Tracheoskopie. Die übrige spezielle Diagnostik (zerebrale Bildgebung, telemetrische Kontrolle von zerebralen Shunt-Systemen oder intrathekaler Medikamentenapplikation, Neuro-und Elektrophysiologie, EEG, Farbduplex, apparative Dysphagie-Diagnostik, Urometrie), die internistische Diagnostik (Labor, Röntgen, Sonographie, EKG, Blutdruckmonitoring, Echokardiographie, Endoskopie, Spirometrie) und die konsiliarärztliche Betreuung müssen in einem angemessenen Rahmen grundsätzlich analog zu den Vorgaben bei Erwachsenen verfügbar sein.<sup>5</sup>

Bei der Berechnung des Bedarfs wird für Einrichtungen, die Kinder und Jugendliche behandeln, eine Bettenauslastung von 85% zugrundegelegt.

#### 4. **Ausstattungs- und Leistungsmerkmale der Einrichtungen für Neurologische Frührehabilitation Neurologische Frührehabilitation Phase B**

Ausstattungs- und Leistungsmerkmale leiten sich aus dem Behandlungs- und Rehabilitationsbedarf der in den BAR-Empfehlungen geschilderten Patientengruppe ab.

Charakteristisch für die Neurologische Frührehabilitation Phase B ist, dass intensivmedizinische Interventionsmöglichkeiten vorgehalten und die in der Phase A begonnenen kurativmedizinischen Maßnahmen fortgeführt werden müssen. Gleichzeitig müssen rehabilitative Maßnahmen durchgeführt werden.

Der rehabilitative Anteil wird in den BAR- Empfehlungen wie folgt definiert: *Einschluss von vier bis sechs Stunden Rehabilitationspflege täglich und Funktionstherapie insgesamt mehrere Stunden am Tag.* Hinweise für Mindestmerkmale hinsichtlich des rehabilitativen Anteils ergeben sich auch aus den Mindestanforderungen zur Durchführung der Prozedur neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (OPS 8-552).<sup>6</sup>

Daraus leiten sich folgende **Mindestanforderungen** an Einrichtungen der Neurologischen Frührehabilitation Phase B ab:

##### 4.1. **Krankenhausstruktur und apparative sowie räumliche Ausstattung:**

- Alle Betten sollen als Intensivüberwachungseinheiten mit im folgenden definierten Monitormöglichkeiten ausgestattet sein (Ausnahme: Versorgung desorientierter Patienten):
  - EKG, Langzeit-EKG
  - Kontinuierliche Blutdrucküberwachung
  - Überwachung der Körpertemperatur
  - Atmungskontrolle
  - Pulsoxymetrie
- Beatmungsmöglichkeit: Für Notfälle müssen pro Krankenhaus mindestens 2 Beatmungsplätze vorgehalten werden. Ein entsprechend höherer Anteil ist bei - Einrichtungen der Neurologischen Frührehabilitation Phase B mit kontrolliert und unterstützend beatmungspflichtigen Phase-B-Patienten erforderlich.
- Vorhandensein eines Defibrillators zur Notfallversorgung
- Computertomograph (CT): innerhalb 60 Minuten erreichbar mit 24/7 Bereitschaft
- Notfall-Röntgendiagnostik muss mit 24/7 Bereitschaft innerhalb der Einrichtung selbst oder in einer räumlich angegliederten Einrichtung vorgehalten werden

- Labor innerhalb 60 min. verfügbar über 24 h/ 7 Tage: Blutgasanalyse, Gerinnung, Blutbild, Elektrolyte, Blutzucker, Troponin T, d-Dimere, CRP, Liquordiagnostik
- Mobiles EKG-Gerät
- mobiles Ultraschallgerät (Farbduplex)
- Möglichkeit zur Anlage zentralvenöser Katheter, von Blasenkathetern und Ernährungssonden
- Weitere diagnostische Verfahren:
  - EEG, Schluckdiagnostik (Videoendoskopie und/oder Videofluoroskopie), Spirometrie: innerhalb der Einrichtung selbst
  - Ggfs. auch in Kooperation: Bronchoskopie (bei Einrichtungen, die Neurologische Frührehabilitation Phase B mit Beatmungsentwöhnung betreiben innerhalb der Einrichtung)
- Räumlichkeiten:  
Behindertengerecht; individuelle Sicherungsmöglichkeiten für Patienten mit schwerem hirnorganischem Psychosyndrom und eigen- oder fremdgefährdendem Verhalten.

#### **4.2. Personelle Ausstattung:**

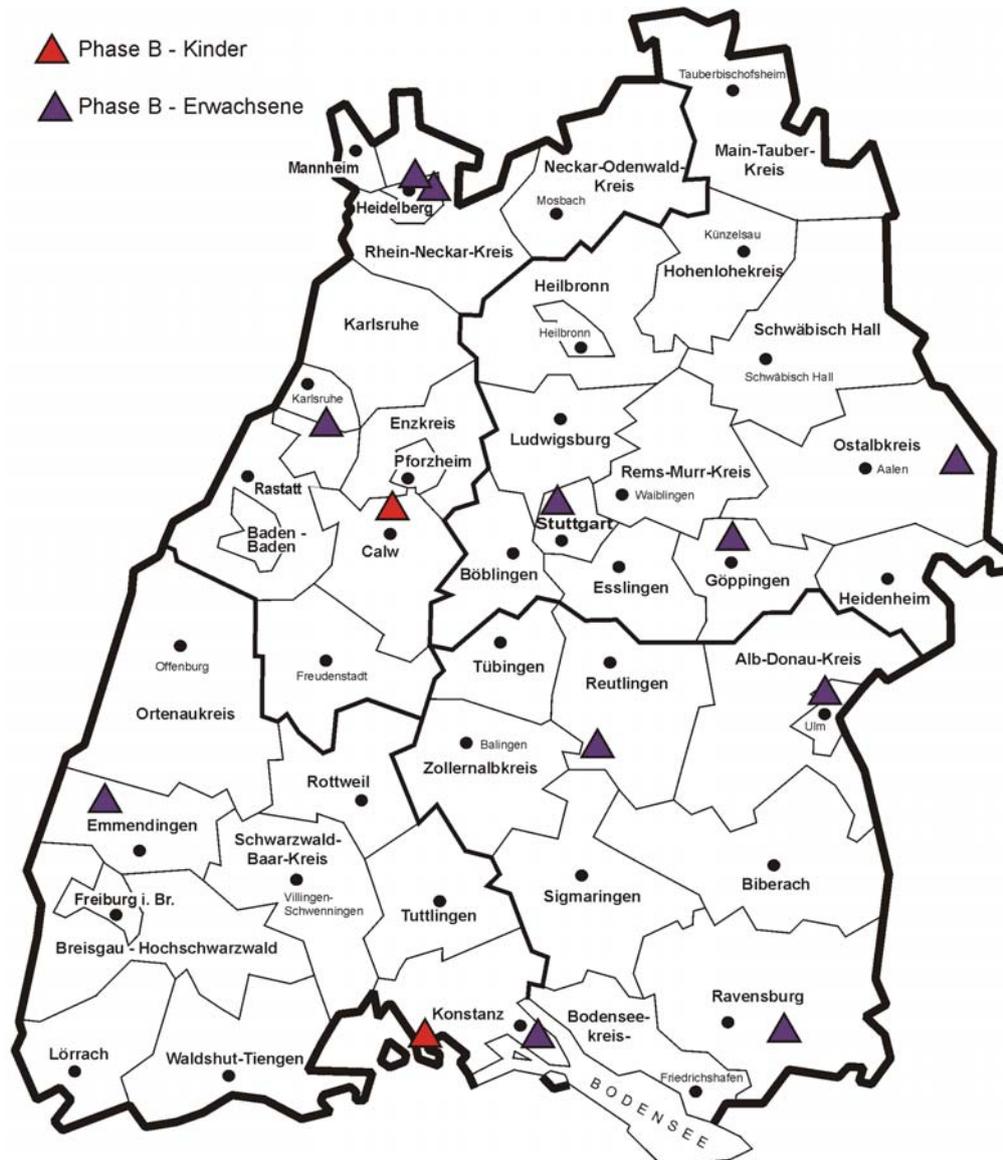
- Frührehabilitationsteam unter Leitung eines Facharztes für Neurologie, Neurochirurgie oder Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Neuropädiatrie, der über eine mindestens 3-jährige Erfahrung in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation verfügt
- Aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal auf dem Gebiet der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation
- Ärztliche und Pflegerische Mitarbeiter müssen über tätigkeitsbezogene intensivmedizinische Erfahrungen oder über mehrjährige Erfahrungen in einer Einrichtung der Neurologischen Frührehabilitation Phase B- verfügen.
- Vorhandensein und Einsatz von folgenden Therapiebereichen: Physiotherapie/Krankengymnastik, Physikalische Therapie, Ergotherapie, Neuropsychologie, Logopädie/faziorale Therapie und/oder therapeutische Pflege (Waschtraining, Anziehungstraining, Esstraining, Kontinenztraining, Orientierungstraining, Schlucktraining, Tracheostomamanagement, Isolierungspflichtige Maßnahmen u.a.)
- Ärztliche Präsenz in der Einrichtung über 24 h in der Einrichtung (Notfallversorgung)
- Konsiliarärztliche Mitbetreuung (internistisch, chirurgisch, urologisch etc.) bei dringlicher Indikation innerhalb von 24 h

### 4.3. Prozessqualität:

- Standardisierte Diagnostik und medizinische Akuttherapie nach dem aktuellen Stand der medizinischen Kenntnis
- Standardisiertes Frührehabilitations-Assessment zur Erfassung und Wertung der funktionellen Defizite in mindestens 5 Bereichen (Bewusstseinslage, Kommunikation, Kognition, Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Verhalten, Emotion) zu Beginn der Behandlung
- Wöchentliche Teambesprechung mit Festlegung der bisherigen Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele
- Intensivpflege /-überwachung unter Einschluss von 4 bis 6 Stunden aktivierend-therapeutische Pflege täglich, mehrfach täglich Visite, Funktionstherapie insgesamt mehrere Stunden am Tag, häufig durch mehrere Therapeuten gleichzeitig.
- Gewährleistung der nahtlosen Weiterverlegung in nächste indizierte Rehabilitationsstufe (ggfs. verbindliche Kooperation)
- Mitwirkung an Qualitätssicherungsmaßnahmen (intern und extern)
- Interne Fortbildungen
- Konzepte zur Notfallversorgung intensivpflichtiger Patienten
- Konzept zum Umgang mit multiresistenten Erregern
- Konzept für den Umgang mit beaufsichtigungspflichtig verhaltens- und orientierungsgestörte Patienten

Einzelne Einrichtungen der Neurologischen Frührehabilitation Phase B haben sich spezialisiert auf primär beatmete Phase-B-Patienten mit zusätzlicher Beatmungsentwöhnung, oder auf dialysepflichtige Phase-B Patienten. Die Versorgung dieser Patientengruppen erfordert das Vorhandensein zusätzlicher spezifischer Ausstattungs- und Leistungsmerkmale.

## Standorte der Einrichtungen für Neurologische Frührehabilitation Phase B



Standort	Bettenzahl
<b>Neurologische Frührehabilitation Phase B Erwachsene</b>	
Kliniken Schmieder Heidelberg	61
Kliniken Schmieder Gerlingen	42
Kliniken Schmieder Allensbach	43
SRH Kurpfalzkrankenhaus Heidelberg	10
SRH Klinikum Karlsbad-Langensteinbach	33
SRH Fachkrankenhaus Neresheim	48
Klinikum Christophsbad Göppingen	22
BDH-Klinik Elzach	70
ZfP Südwürttemberg Zwiefalten (künftig Ermstalklinik Bad Urach)	18
Fachklinik Wangen	30
RKU- Universitäts- und Rehabilitationsklinikum Ulm	3
<b>Neurologische Frührehabilitation Phase B Kinder und Jugendliche</b>	
Kinderklinik Schömberg	25
Hegau Jugendwerk Gailingen	28
<b>Summe</b>	<b>433</b>

(Stand 04.01.2013)

## Quellen:

1. Schupp W (1995) Konzept einer zustands- und behinderungsangepassten Behandlungs- und Rehabilitationskette in der neurologischen und neurochirurgischen Versorgung in Deutschland („Phasenmodell“). *Nervenarzt* 66:907-914
2. Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), Frankfurt/Main– Ausgabe 1999 –
3. Pohl et al (2011), Langzeitverlauf von Patienten der neurologischen Rehabilitation Phase B. *Nervenarzt* 82:753-763
4. Bertram M, Brandt T. (2007) Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation. Eine aktuelle Bestandsaufnahme. *Nervenarzt* 78: 1160-1174.
5. Diesener, P (2010) Frührehabilitation: Intensivmedizin unter anderem Blickwinkel aus: Kretz, Beushausen, Ure, Roth (Hrsg.) *Kinder Notfall – Intensiv* 3. Auflage 2010, Urban und Fischer
6. OPS-Katalog 2012 (DIMDI: Operationen- und Prozedurenschlüssel Version 2012. <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/index.htm>)