

Konzept
zur trägerübergreifenden umfassenden Behandlung
und Rehabilitation querschnittgelähmter Menschen

In-Kraft-Treten: 01. Mai 2007

Inhaltsverzeichnis

	Vorwort	4
1.	Definition „Querschnittlähmung“	6
2.	Entstehungsursachen	6
2.1	Trauma	6
2.2	Erkrankung	6
2.3	Fehlbildung	7
3.	Probleme bei der Behandlung querschnittgelähmter Menschen	7
4.	Behandlungs- und Rehabilitationsziele	9
5.	Ablauf der Behandlung und Rehabilitation nach Eintritt einer Querschnittlähmung.....	10
5.1	Stationäre Krankenhausbehandlung.....	10
5.2	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	11
5.2.1	Rehabilitationsbedürftigkeit.....	11
5.2.2	Rehabilitationsfähigkeit	12
5.2.3	Rehabilitationsprognose	12
5.2.4	Aktivitäten	13
5.2.5	Teilhabe	14
5.2.6	Kontextfaktoren.....	14
6.	Aufgaben der medizinischen Rehabilitation	15
7.	Aufgaben der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft	17
7.1	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.....	17
7.1.1	Begleitende Hilfe im Arbeits- und Berufsleben.....	19
7.1.2	Leistungsrechtliche Einordnung der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.....	19
7.1.2.1	Bundesagentur für Arbeit	19
7.1.2.2	Gesetzliche Rentenversicherung	20
7.1.2.3	Gesetzliche Unfallversicherung	20
7.2	Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.....	20
8.	Behandlung von Komplikationen	21
9.	Konzept der lebenslangen medizinischen Betreuung.....	22
10.	Leistungsrechtliche Einordnung der Krankenhausbehandlung und der medizinischen Rehabilitation	24
11.	Behandlungseinrichtungen	24
11.1	Anforderungen an Krankenhäuser zur Behandlung querschnittgelähmter Menschen.....	25
11.1.1	Funktionsbereiche	25

11.1.2	Qualifikation des Personals	27
11.2	Anforderungen an Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation querschnittgelähmter Menschen.....	28
11.2.1	Qualifikation des Personals	29
11.2.2	Sachausstattung zur Diagnostik	31
11.2.3	Sachausstattung zur Therapie	31
11.2.4	Raumausstattung zur Therapie.....	31
11.2.5	Spezifische Ausstattung der Einrichtungen für die Behandlung und Rehabilitation von querschnittgelähmten Menschen.....	32

Vorwort

Mit den modernen Verfahren des Rettungswesens und der Akuttherapie und den in den Behandlungszentren für querschnittgelähmte Menschen entwickelten Behandlungsmethoden gelingt es bei über 90 % der Menschen mit Rückenmarkverletzungen das Leben zu erhalten und ihre Lebensqualität wesentlich zu verbessern. Allerdings sind damit bei vielen querschnittgelähmten Menschen dauernde Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft verbunden. Diese können durch differenzierte Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen auf der Grundlage einer interdisziplinären Konzeption so ausgeglichen werden, dass weitgehende Selbstständigkeit und Unabhängigkeit erreicht werden können und damit die Rückkehr in Arbeit, Beruf, Familie und Gesellschaft ermöglicht wird.

Gleichwohl ist nach Eintritt einer Querschnittlähmung davon auszugehen, dass im Fall einer fortbestehenden inkompletten oder kompletten Lähmung u. U. lebenslang Behandlungs- und Rehabilitationsbedarf besteht, der sich aus den in dieser Konzeption beschriebenen Behandlungs- und Rehabilitationszielen ableitet.

Um eine bedarfsgerechte Behandlung und Rehabilitation der querschnittgelähmten Menschen zu gewährleisten, haben die Spitzenverbände der Krankenversicherung, Rentenversicherung einschl. der Alterssicherung der Landwirte und Unfallversicherung unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation das folgende Konzept zur trägerübergreifenden umfassenden Behandlung und Rehabilitation querschnittgelähmter Menschen erarbeitet.¹ Dieses Konzept berücksichtigt nicht die Besonderheiten bei der Behandlung und Rehabilitation querschnittgelähmter Kinder und Jugendlicher.

Die langjährigen Erfahrungen der Unfallversicherung einbeziehend, beschreibt das Konzept die Aufgabenstellung und das Verfahren zur umfassenden Behandlung und Rehabilitation querschnittgelähmter Menschen und schafft die Grundlage für eine an einheitlichen Grundsätzen ausgerichtete Behandlung und Rehabilitation dieses Personenkreises und für die Planung einer bedarfsdeckenden Versorgung.

Bei der Erarbeitung des Konzeptes zur trägerübergreifenden umfassenden Behandlung und Rehabilitation querschnittgelähmter Menschen hat die Bundesarbeitsgemeinschaft für

¹ Besondere Regelungen der Unfallversicherung bleiben unberührt.

Rehabilitation neben dem am 01. Juli 2001 in Kraft getretenen SGB IX auch die ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) als konzeptionelles Bezugssystem der medizinischen Rehabilitation berücksichtigt.

Vorstand und Geschäftsführung danken den Mitgliedern der Projektgruppe zur Erarbeitung des Konzeptes zur trägerübergreifenden umfassenden Behandlung und Rehabilitation querschnittgelähmter Menschen, insbesondere den beteiligten Experten.

B. Petri

Geschäftsführer der
Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

1. Definition „Querschnittlähmung“

Querschnittlähmungen sind die Folge einer durch Unfälle, angeborene Fehlbildungen oder durch Erkrankung hervorgerufenen Funktionsunterbrechung des Rückenmarks. Dieses stellt die Verbindung zwischen dem zentralen Steuerungsbereich des Groß- und Kleinhirns und den Erfolgsorganen in der Peripherie her und leitet die von dort und von der Haut aufgenommenen Wahrnehmungen an die höhergelegenen Zentren zurück. Die Funktionsunterbrechung führt in Abhängigkeit von ihrem Ausmaß und ihrer Höhe zu teilweisen oder vollständigen Ausfällen der Gefühlsempfindungen, der aktiven Bewegung der Gliedmaßen, der Muskulatur des Brustkorbes und des Zwerchfelles sowie der Funktionen von Blase und Mastdarm und der Sexualfunktion, ferner zu Regulationsstörungen von Atmung und Kreislauf.

Schädigungen des Brust-, Lenden- und Sakralmarkes können eine Paraplegie, Schädigungen im Halsmarkbereich eine Tetraplegie hervorrufen. Bei der Paraplegie ist die Muskulatur des Rumpfes und der unteren Gliedmaßen, bei der Tetraplegie sind alle vier Gliedmaßen und die Brustkorb- und Rumpfmuskulatur betroffen. Von einer kompletten Lähmung spricht man bei vollständigem Ausfall aller Funktionen unterhalb des Schädigungsortes, von einer inkompletten Lähmung bei nur teilweisem Ausfall.

2. Entstehungsursachen

2.1 Trauma

Traumatische Querschnittlähmungen entstehen durch äußere Gewalteinwirkung, überwiegend durch instabile Brüche und Verrenkungen im Bereich der Wirbelsäule, durch Stich- und Schussverletzungen, nur sehr selten jedoch ohne erkennbare Verletzungen der Wirbelsäule durch kontusionelle Blutungen des Rückenmarks.

2.2 Erkrankung

Nichttraumatische Querschnittlähmungen werden durch gut- und bösartige Tumorerkrankungen verursacht, die entweder das Rückenmark selbst erfassen oder den Wirbelkanal, durch Gefäßerkrankungen mit entsprechenden Verschlüssen, durch bakterielle Entzündungen entweder der Wirbelsäule oder des Rückenmarkkanals, durch Virusinfektionen oder durch Bandscheibenvorfälle im Bereich von Hals- und Brustwirbelsäule.

2.3 Fehlbildung

Störungen in der embryonalen Entwicklung der Wirbelsäule und des Neuralrohrs führen zu Spaltbildungen in unterschiedlichen Höhen des Rückenmarks und damit zu einer angeborenen Querschnittlähmung. Diese ist häufig kombiniert mit knöchernen Fehlbildungen im gelähmten Bereich und Hydrocephalus.

3. Probleme bei der Behandlung querschnittgelähmter Menschen

Alle Tetraplegien und hohen Brustmarkschädigungen haben einen Ausfall der Intercostalmuskulatur und damit eine erhebliche **Verminderung des Atemvolumens** durch die ausschließliche Zwerchfellatmung zur Folge, weshalb über die anfangs notwendige maschinelle Beatmung hinaus besondere Erfahrungen in der Atemtherapie erforderlich sind. Mit Ausnahme der dauerbeatmungspflichtigen Lähmungen mit Verlust der Zwerchfellinnervation muss die maschinelle Beatmung auf die kürzest mögliche Zeit begrenzt werden.

Durch den spinalen Schock kommt es zu einer **Weitstellung der Gefäße** im gelähmten Bereich und dadurch bedingte Blutdruckabfälle, die von den Auswirkungen eines hämorrhagischen Schocks abgegrenzt werden müssen, um nachhaltige Komplikationen für die Atemwege durch Überinfusionen zu vermeiden.

Die Blase kann nach Eintritt einer Querschnittlähmung nicht willkürlich entleert werden. Anfangs besteht in der Regel eine **schlaaffe Blasenlähmung**, die eine Urinableitung entweder über intermittierenden Katheterismus oder eine suprapubische Katheterableitung erfordert. Die transurethrale Dauerkatheterableitung führt unausweichlich zur Infektion innerhalb der ersten Tage und muss deshalb vermieden werden. Das Überleben und die Lebensqualität des querschnittgelähmten Menschen hängen wesentlich davon ab, dass urologische Komplikationen mit Infektionen der oberen Harnwege und damit zunehmender Niereninsuffizienz vermieden werden.

Insbesondere bei einer traumatischen Querschnittlähmung besteht zunächst eine **Darmlähmung**, die von einem Ileus anderer Ursache unterschieden werden muss. Dies setzt entsprechende Erfahrungen und Kenntnisse voraus, um die geeigneten Behandlungsmethoden einleiten zu können und vermeidbare Operationen auch tatsächlich zu verhindern.

Querschnittgelähmte Menschen sind im Hinblick auf das Auftreten von **Weichteilkomplikationen (Druckgeschwüre)** sowohl durch die **Sensibilitätsverluste** besonders gefährdet als auch durch den lähmungsbedingten Verlust der Gefäßregulierung und den initial vorhandenen spinalen Schock. Spezielle Lagerungstechniken sowie die Erfahrung der Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten sind erforderlich, um diese vermeidbaren Komplikationen zu verhindern.

Von Beginn der Behandlung an muss die Entstehung von **Gelenkkontrakturen**, insbesondere der Schulter-, Hüft- und Kniegelenke vermieden werden, wozu entsprechende gezielte Behandlungen und Lagerungen erforderlich sind, da sonst eine Rehabilitation und Reintegration unmöglich werden können. Besonderes Augenmerk ist dabei auch auf die Fingerstellung der Menschen mit einer Tetraplegie zu richten, da sonst das Ziel, mit einer Funktionshand primitive Griffe durchzuführen, nicht erreicht werden können.

Auch wenn durch operative Maßnahmen ein Einfluss auf das Ausmaß der Lähmung kaum genommen werden kann, ist die operative **Wiederherstellung von Form und Funktion der Wirbelsäule** unabdingbar erforderlich. Bei der wirbelsäulenchirurgischen Versorgung mit Implantaten ist den später erforderlichen Ansprüchen an die Funktion der Wirbelsäule Rechnung zu tragen. Die zügige Mobilisation nach erfolgter Wirbelsäulenstabilisierung setzt besondere Erfahrungen voraus.

Insbesondere bei traumatischen Querschnittlähmungen liegt sehr häufig ein **Polytrauma** vor, das einer ausgedehnten interdisziplinären Versorgung bedarf unter besonderer Berücksichtigung der vielfältigen Einschränkungen beim querschnittgelähmten Menschen.

Nach Abklingen des spinalen Schocks setzt beim querschnittgelähmten Menschen eine **spinale Spastik** ein, die häufig so ausgeprägt ist, dass hieraus weitere Komplikationen entstehen, weshalb besondere Erfahrungen in der Behandlung der spinalen Spastik vorliegen müssen, um lebenslange negative Auswirkungen zu vermeiden.

In den ersten drei Monaten besteht eine extrem hohe **Thromboemboliegefahr** trotz Ausnutzung aller prophylaktischen Maßnahmen. Aus wissenschaftlich nicht geklärten Gründen kommt es im Langzeitverlauf der Querschnittlähmung trotz gleicher Verursachungsvoraussetzungen nur noch äußerst selten zu Thrombosekomplikationen. Bei chronisch bestehenden derben Schwellungen liegt in den meisten Fällen ein Lymphödem vor.

Aus unbekannter Ursache entstehen bei vielen querschnittgelähmten Menschen trotz vollständiger Leitungsunterbrechung im Rückenmark schwerwiegende **Schmerzsyndrome** im Bereich der gelähmten Körperregion, deren Behandlung außerordentlich schwierig ist.

4. **Behandlungs- und Rehabilitationsziele**

Ziele der umfassenden Behandlung und Rehabilitation bei einer Querschnittlähmung sind:

- Das Überleben zu sichern z.B. durch:
 - Stabilisierung der Vitalfunktionen – Herz-Kreislauf, Atmung, Temperatur
 - Dekompression des Rückenmarks und operative Stabilisierung der Wirbelsäule
 - Versorgung von Begleitverletzungen und Behandlung von Begleiterkrankungen
 - Vermeidung, Diagnostik und Behandlung akut lebensbedrohender Komplikationen, insbesondere der Thrombosen.

- Abwendung, Beseitigung, Minderung, Verhütung der Verschlimmerung von Schädigungen bei querschnittgelähmten Menschen z.B. durch:
 - Behandlung der Blasen- und Darmfunktionsstörung und Stabilisierung der Blasen- und Darmfunktion
 - Regulierung der spinalen Spastik nach Abklingen des spinalen Schocks
 - Vermeidung und Behandlung sonstiger typischer Komplikationen, z.B. Kontrakturen, Weichteilverknöcherungen, Druckgeschwüre, chronisches Schmerzsyndrom und Lähmungsskoliosen.

- Abwendung, Beseitigung, Minderung, Verhütung der Verschlimmerung der Beeinträchtigungen der Aktivitäten z.B. durch:
 - Optimierung der Krankheitsbewältigung (Coping)
 - Erwerb von Problemlösungsfähigkeiten / Problembewältigungsfähigkeiten
 - Umgang mit Belastungssituationen.

- Drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern z.B. durch:
 - größtmögliche Wiederherstellung der Selbstständigkeit bei den Aktivitäten des täglichen Lebens und der beruflichen und sozialen Integration.

5. Ablauf der Behandlung und Rehabilitation nach Eintritt einer Querschnittlähmung

5.1 Stationäre Krankenhausbehandlung

Unmittelbar nach Eintritt einer Querschnittlähmung und Beherrschung der lebensbedrohlichen Situation, vor allem nach Unfällen, sollte die unverzügliche Einweisung in ein Behandlungszentrum für querschnittgelähmte Menschen erfolgen. Zumindest muss unmittelbar nach der Akutversorgung eine Verlegung durchgeführt werden, da auch große Krankenhäuser allgemeiner Art weder über die personelle und räumliche Ausstattung noch die notwendige Erfahrung bei der Behandlung querschnittgelähmter Menschen verfügen. Dies gilt auch für die größte Zahl der nicht traumatischen Querschnittlähmungen.

Insbesondere müssen an die Dekompression des Rückenmarks und die operative Stabilisierung der Wirbelsäule bei querschnittgelähmten Patienten besondere Anforderungen gestellt werden, da sonst die Behandlungs- und Rehabilitationsziele nicht erreicht werden können und u. U. weitere sekundäre operative Maßnahmen erforderlich werden. Diese Behandlung sollte daher nur dann in einer orthopädisch-unfallchirurgischen oder neurochirurgischen Klinik / Fachabteilung erfolgen, wenn ein Behandlungszentrum für querschnittgelähmte Menschen nicht aufnahmefähig ist.

Nach der Konzeption zur umfassenden Behandlung und Rehabilitation (Comprehensive care) müssen im Rahmen der stationären Krankenhausbehandlung zeitgleich Maßnahmen mit rehabilitativer Zielsetzung durchgeführt werden. In Betracht kommen vorrangig Krankengymnastik, außerdem z.B. Ergotherapie, psychosoziale Betreuung und Beratung.

Nach Erreichen der Rehabilitationsfähigkeit (s. Ziffer 5.2.2) sind die Patienten in eine für die Behandlung querschnittgelähmter Menschen spezialisierte Rehabilitationsklinik (s. Ziffer 11.2) zu verlegen.

Besonderheiten der Behandlungszentren der Unfallversicherung

Die Konzeption der Unfallversicherung richtet sich nach der Denkschrift² des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften „Zur Neuordnung der Behandlungszentren

² Denkschrift des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG) „Zur Neuordnung der Behandlungszentren für Querschnittgelähmte in der Bundesrepublik Deutschland mit Planungsrichtwerten für Neubauten“. HVBG, Sankt Augustin, 1995.

für Querschnittgelähmte in der Bundesrepublik Deutschland mit Planungsrichtwerten für Neubauten“ und zielt darauf ab, dass nach Abschluss der stationären Behandlung das Selbsthilfepotential des Patienten erreicht ist, so dass weitere stationäre Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation nicht erforderlich sind. Dementsprechend verfügen die Behandlungszentren für querschnittgelähmte Menschen neben den Funktionsbereichen für die Intensiv- und die Akutbehandlung über Funktionsbereiche für Krankengymnastik, Sporttherapie/ klinischen Sport, Ergotherapie, Hilfsmittelversorgung, Arbeitstherapie und Belastungs-erprobung und psychosoziale Betreuung (Psychologischer Dienst und Sozialdienst).

5.2 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Indikationsstellung / Medizinische Voraussetzungen

Die medizinische Rehabilitation ist indiziert, wenn

- Rehabilitationsbedürftigkeit und
- Rehabilitationsfähigkeit bestehen und
- eine positive Rehabilitationsprognose gestellt werden kann.

Die sozialmedizinische Indikation zu einer medizinischen Rehabilitation hat also nicht allein eine Krankheitsdiagnose zur Voraussetzung, sondern ergibt sich erst aus der zusammenfassenden Analyse und Bewertung der Schädigungen, der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren.

5.2.1 Rehabilitationsbedürftigkeit

Rehabilitationsbedürftigkeit bezieht sich auf eine gesundheitlich bedingte drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigung der Teilhabe, die über die kurative Versorgung hinaus den mehrdimensionalen und interdisziplinären Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich macht.

Dabei bezieht sich das gesundheitliche Problem auf die durch Funktionsunterbrechungen des Rückenmarks verursachten Schädigungen (s. Ziffer 3) und die Beeinträchtigungen der Aktivitäten unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren.

5.2.2 Rehabilitationsfähigkeit

Der Begriff der Rehabilitationsfähigkeit bezieht sich auf die somatische und psychische Verfassung des Rehabilitanden (z.B. Motivation / Motivierbarkeit und Belastbarkeit) für die Teilnahme an einer geeigneten Rehabilitation.

Rehabilitationsfähigkeit ist bei querschnittgelähmten Rehabilitanden gegeben, wenn alle nachfolgenden Kriterien insgesamt erfüllt sind:

- die vitalen Parameter (Atmung, Kreislauf, Körpertemperatur) stabil sind
- die notwendige Krankenbehandlung krankheitsspezifischer Komplikationen (z.B. Dekubitus, urologische Probleme) in der auf die Behandlung querschnittgelähmter Menschen spezialisierten Rehabilitationseinrichtung (s. Ziffer 11.2) erfolgen kann
- bestehende Begleiterkrankungen und Komplikationen die Mobilisierung nicht verhindern
- die primäre Diagnostik abgeschlossen und die medizinische Therapie weitgehend festgelegt ist (Die darüber hinaus gehende Diagnostik dient der Anpassung der medikamentösen und insbesondere der rehabilitativen Therapie.)
- die körperliche und psychische Belastbarkeit mehrmals tägliche Therapiemaßnahmen im Sitzen oder Stehen (ggf. unter Einsatz von Hilfsmitteln) möglich macht.

5.2.3 Rehabilitationsprognose

Die Rehabilitationsprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage für den Erfolg der Rehabilitation

- auf der Basis der Erkrankung, des bisherigen Verlaufs, des Kompensationspotentials / der Rückbildungsfähigkeit unter Beachtung und Förderung individueller Ressourcen (Rehabilitationspotential einschließlich psychosozialer Faktoren)
- über die Erreichbarkeit eines festgelegten Rehabilitationsziels
- durch eine geeignete Rehabilitationsmaßnahme
- in einem notwendigen Zeitraum.

5.2.4 Aktivitäten

Infolge der Schädigungen können bei querschnittgelähmten Menschen Beeinträchtigungen der Aktivitäten z.B. in folgenden Bereichen auftreten:³

- in der Selbstversorgung, wie
 - Nahrungszubereitung
 - Nahrungsaufnahme
 - Körperpflege
 - An- und Auskleiden
 - Exkretion

- in der Bewegung (z.B. Fortbewegung, körperliche Beweglichkeit, Geschicklichkeit), wie
 - Gehen
 - Treppensteigen
 - Benutzen von Verkehrsmitteln
 - Heben und Tragen
 - Erledigung von Einkäufen
 - Haushaltsführung

- in der Kommunikation, wie
 - Sprechen
 - Schreiben und Lesen

- im (situationsgerechten) Verhalten, wie
 - in der persönlichen Sicherheit
 - in alltäglichen Situationen
 - in der Ausübung der beruflichen, familiären oder gesellschaftlichen Rolle
 - in der Krankheitsverarbeitung.

³ Diese Aufzählung ist nicht hierarchisch angeordnet; es können Überschneidungen vorkommen.

5.2.5 Teilhabe

Infolge der Schädigungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten können Beeinträchtigungen der Teilhabe insbesondere in folgenden Bereichen auftreten, wie in der:

- Unabhängigkeit zur Führung eines möglichst erfüllten und selbstständigen Lebens (in Bezug auf Selbstversorgung und Selbstorganisation)
- Mobilität in der näheren oder weiteren Umgebung
- Beschäftigung (z.B. Schulbesuch, Haushaltsführung, Arbeits- oder Erwerbstätigkeit, Freizeitaktivitäten)
- Integration/Reintegration in den üblichen sozialen Beziehungen.

5.2.6 Kontextfaktoren

Kontextfaktoren stellen den gesamten Lebenshintergrund einer Person dar. Sie umfassen alle Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren, die für die Gesundheit einer Person von Bedeutung sind. Die Kontextfaktoren stehen in Wechselwirkung mit allen Komponenten der ICF⁴ (Körperfunktionen und Körperstrukturen, Aktivitäten und Teilhabe).

Umweltfaktoren beziehen sich auf die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der die Menschen ihr Leben gestalten.

Personbezogene Faktoren sind die Attribute oder Eigenschaften der Person, z.B. Alter, Geschlecht, Bildung und Ausbildung, Erfahrung, Persönlichkeit und Charakter, andere Gesundheitsprobleme, Fitness, Lebensstil, Gewohnheiten, Erziehung, Bewältigungsstile, Beruf sowie vergangene und gegenwärtige Erlebnisse. Personbezogene Faktoren sind nicht in der ICF klassifiziert.

Kontextfaktoren können einen positiven fördernden Einfluss (Förderfaktoren) auf alle Komponenten der funktionalen Gesundheit und somit auf den Rehabilitationsverlauf haben. Daher gilt es, diese möglichst früh zu erkennen und ihre rehabilitationsfördernde Wirkung zu nutzen (Ressourcenkonzept der Rehabilitation).

⁴ Vgl. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), 2004. www.dimdi.de

Kontextfaktoren können auch einen negativen, hemmenden Einfluss (Barrieren) auf die Komponenten der funktionalen Gesundheit haben. Einige solcher negativ wirkenden Kontextfaktoren bedeuten sogar Gesundheits- bzw. Krankheitsrisiken, wobei die Wirkungsmechanismen nicht immer hinreichend geklärt sind.

Im Rahmen der negativen Kontextfaktoren ist auch das etablierte Risikofaktorenkonzept der Rehabilitationsmedizin (z.B. Übergewicht, Rauchen, Alkohol) zu beachten.

Positiv und negativ wirkende Kontextfaktoren sind deshalb bei der Indikationsstellung für eine medizinische Rehabilitation, bei deren Durchführung und bei der sozialmedizinischen Beurteilung zu berücksichtigen. Auf diese Weise werden die individuelle Lebenssituation und der Bewältigungsstil des Rehabilitanden sowie die Einflussmöglichkeiten auf das soziale Netzwerk und die sozialen Unterstützungsformen (social support) einbezogen.

Als relevante Kontextfaktoren bei querschnittgelähmten Menschen sind u.a. zu nennen:

- persönliche Unterstützung und Assistenz durch Bezugspersonen
- soziale oder wirtschaftliche Einrichtungen zur weiteren rehabilitativen Versorgung
- gestaltete Umwelt (z.B. Wohngebäude)
- natürliche Umwelt (Klima, Geographie, Licht, Lärm, Luft)
- individuelle Arbeitssituation
- Hilfstechnologie/Hilfsmittel zur Unterstützung bei der Ausübung von Aktivitäten
- Produkte zum persönlichen Gebrauch im täglichen Leben oder bei der Erwerbstätigkeit
- Produkte für Transport und Kommunikation.

6. Aufgaben der medizinischen Rehabilitation

Nach Aufnahme in die Rehabilitationseinrichtung erfolgt im Rahmen der ärztlichen Untersuchung die Feststellung der Schädigungen, deren Ausprägungsgrad sowie eine Einschätzung der Rückbildungstendenz.

Aufbauend auf der im Krankenhaus durchgeführten organbezogenen Diagnostik und den aktuell festgestellten Schädigungen führt das Rehabilitationsteam der Rehabilitationseinrichtung unter Leitung des Arztes die Rehabilitationsdiagnostik durch. Soweit vorhanden, ist die Rehabilitationsdiagnostik mit Hilfe geeigneter Assessment-Instrumente durchzuführen. Diese

können insbesondere für die Einschätzung der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe eingesetzt werden.

Das Rehabilitationsteam legt unter Beachtung der Kontextfaktoren das alltagsrelevante Rehabilitationsziel / die alltagsrelevanten Rehabilitationsziele fest, das / die sich aus den im Rahmen der Rehabilitationsdiagnostik festgestellten Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten und den drohenden bzw. bereits manifesten Beeinträchtigungen der Teilhabe ergeben. In einem weiteren Schritt werden die zur Erreichung des Rehabilitationsziels / der Rehabilitationsziele notwendigen Behandlungen und deren erforderliche Frequenz festgelegt und in einem individuellen Rehabilitationsplan zusammengefasst.

Der Rehabilitand ist in die Festlegung von Teil- und Gesamtzielen einzubeziehen. Die erforderlichen Behandlungselemente sind im Rahmen regelmäßiger Teambesprechungen dem aktuellen Rehabilitationsverlauf zeitnah anzupassen, ggf. sind Kompensationsstrategien zu bestimmen.

Darüber hinaus ist es Aufgabe der Rehabilitationseinrichtung, die während der Krankenhausbehandlung festgelegte, z.B. medikamentöse Behandlung dem weiteren Verlauf anzupassen.

Bei querschnittgelähmten Menschen umfasst die Rehabilitation auch die Vermittlung eines Grundwissens über mögliche Komplikationen aufgrund der irreparablen Schädigungen sowie die intensive Schulung hinsichtlich der lebenslang notwendigen prophylaktischen und hygienischen Maßnahmen, um die typischen Komplikationen, z.B. Hautschäden, Harnwegsinfektionen und Sekundärschäden durch die Spastik möglichst zu vermeiden.

Auch gehört das Training von (noch) vorhandenen Aktivitäten und die Ausbildung neuer Fertigkeiten zur Kompensation von Beeinträchtigungen der Aktivitäten zu den vorrangigen Aufgaben der Rehabilitation.

Des Weiteren müssen eine Beratung der Rehabilitanden im Hinblick auf die berufliche Tätigkeit und das Alltagsleben auf der Basis der erreichten Leistungen sowie eine sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit erfolgen.

Zu den Aufgaben der medizinischen Rehabilitation gehören ferner die Planung und Anregung weiterer Maßnahmen (Nachsorge, Berufsförderung, Indikationsstellung für weitere

diagnostische und/oder therapeutische Maßnahmen) sowie die Vorbereitung der Rehabilitanden darauf; nötigenfalls ist auch die Fortführung, ggf. Anpassung der medizinischen Therapie und Durchführung von physikalischen, psychologischen und weiteren Therapiemaßnahmen (z.B. Ergotherapie) nach der Entlassung sicherzustellen.

Da die positive Krankheitsverarbeitung und die Akzeptanz bleibender Schädigungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten durch den Rehabilitanden von großer und oft entscheidender Bedeutung für die aktive Teilnahme an der medizinisch notwendigen Rehabilitation und insbesondere für das Erreichen der festgelegten Rehabilitationsziele sind, ist es Aufgabe der Rehabilitationseinrichtung sicherzustellen, dass der Rehabilitand jederzeit, d.h. auch im Sinn der Krisenintervention, aktiv bei der Krankheitsbewältigung unterstützt werden kann. In die Hilfen zur Krankheitsbewältigung ist auch das soziale Umfeld einzubeziehen, das frühzeitig auf notwendig werdende Veränderungen vorzubereiten und bei deren Realisierung zu unterstützen ist. Die Bezugspersonen sind sowohl in die Krankheitsbewältigung einzubeziehen als auch in die Schulung zur Vermeidung bzw. zum frühzeitigen Erkennen möglicher Komplikationen.

7. Aufgaben der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

Die Leistungen zur Teilhabe umfassen die notwendigen Sozialleistungen, um unabhängig von der Ursache der Behinderung die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern oder die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und dadurch die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbstständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern.

7.1 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Ziel der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist es, die Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der querschnittgelähmten Menschen oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern und sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben (wieder-) einzugliedern. Bei der Auswahl der Leistungen werden Eignung, Neigung, bisherige Tätigkeit sowie Lage und Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt angemessen entsprechend den Leistungsgrundsätzen der zuständigen Sozialleistungsträger berücksichtigt.

Als Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben kommen insbesondere in Betracht:

- Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes einschließlich Leistungen zur Beratung und Vermittlung, Trainingsmaßnahmen und Mobilitätshilfen
- Berufsvorbereitung einschließlich einer wegen der Querschnittlähmung erforderlichen Grundausbildung
- berufliche Anpassung und Weiterbildung, auch soweit die Leistungen einen zur Teilnahme erforderlichen schulischen Abschluss einschließen
- berufliche Ausbildung, auch soweit die Leistungen in einem zeitlich nicht überwiegenden Abschnitt schulisch durchgeführt werden
- sonstige Hilfen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben, um querschnittgelähmten Menschen eine angemessene und geeignete Beschäftigung oder eine selbstständige Tätigkeit zu ermöglichen und zu erhalten.

Darüber hinaus kommen für querschnittgelähmte Menschen insbesondere folgende Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Betracht:

- Kraftfahrzeughilfe im Sinne der Kfz-Hilfe-Verordnung
- die Kosten einer notwendigen Arbeitsassistenz als Hilfe zur Erlangung eines Arbeitsplatzes⁵
- Kosten für Hilfsmittel, die zur Berufsausübung, zur Teilnahme an einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben oder zur Erhöhung der Sicherheit auf dem Weg vom und zum Arbeitsplatz erforderlich sind
- Kosten für technische Arbeitshilfen, die zur Berufsausübung erforderlich sind
- Kosten der Beschaffung, der Ausstattung und der Erhaltung einer behinderungsgerechten Wohnung in angemessenem Umfang.

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben umfassen auch ggf. erforderliche medizinische, pädagogische und psychologische Hilfen wie Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung, Aktivierung von Selbsthilfepotentialen, Beratung von Angehörigen, Vorgesetzten und Kollegen, Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbsthilfe- und Beratungsmöglichkeiten, Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, u.a. durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen, Training lebenspraktischer Fähigkeiten, Anleitung und Motivierung zur Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

⁵ Die Leistung wird in Abstimmung mit dem zuständigen Rehabilitationsträger durch das zuständige Integrationsamt ausgeführt.

7.1.1 Begleitende Hilfe im Arbeits- und Berufsleben

Die begleitende Hilfe im Arbeits- und Berufsleben umfasst Leistungen an schwerbehinderte Menschen und an Arbeitgeber. Schwerbehinderte Menschen erhalten persönliche und finanzielle Hilfen. Sie werden beispielsweise in allen Fragen, die das Arbeitsleben, den Arbeitsplatz oder die Schwerbehinderung betreffen, beraten oder werden von Fachleuten betreut, wenn dies zur Lösung von Konflikten erforderlich ist. Ebenso haben schwerbehinderte Menschen, die zur Ausübung einer Berufstätigkeit eine persönliche Arbeitshilfe benötigen, Anspruch auf eine notwendige Arbeitsassistenten.

Leistungen an Arbeitgeber haben das Ziel, Betriebe in die Lage zu versetzen, behinderten Menschen – im Sinne einer Chancengleichheit mit nichtbehinderten Menschen -, eine Beschäftigung zu ermöglichen. Hier spielt die Beratung durch Fachkräfte der Integrationsämter eine große Rolle. Finanzielle Hilfen dienen beispielsweise dazu, Arbeitsplätze behindertengerecht auszustatten oder neue Arbeitsplätze zu schaffen. Häufig sind viele schwerbehinderte Menschen in ihrer Arbeitsleistung nicht eingeschränkt, wenn ihr Arbeitsplatz behindertengerecht ausgestattet ist. Wenn es dennoch Schwierigkeiten am Arbeitsplatz gibt, wie z.B. häufiges Kranksein, kann dies ein Hinweis sein, dass der Arbeitsplatz der Behinderung nicht ausreichend angepasst ist.

Auch der Ausgleich außergewöhnlicher Belastungen, die mit der Beschäftigung schwerbehinderter Menschen entstehen können, gehören zu den finanziellen Leistungen im Rahmen der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben.

Zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben, vor allem bei der Betreuung im Rahmen der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben, beauftragen die Integrationsämter sogenannte Integrationsfachdienste.

7.1.2 Leistungsrechtliche Einordnung der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

7.1.2.1 Bundesagentur für Arbeit

Die Bundesagentur für Arbeit ist für die Erbringung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zuständig, soweit nicht die Zuständigkeit der gesetzlichen Rentenversicherung bzw. nicht die Zuständigkeit der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung oder des sozialen Entschädigungsrechts gegeben ist.

7.1.2.2 Gesetzliche Rentenversicherung

Für die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 16 SGB VI ist die gesetzliche Rentenversicherung zuständig, wenn infolge der Querschnittlähmung die Erwerbsfähigkeit des betroffenen Versicherten entweder erheblich gefährdet ist und durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben voraussichtlich eine Minderung der Erwerbsfähigkeit abgewendet oder bei bereits geminderter Erwerbsfähigkeit dadurch voraussichtlich eine wesentliche Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit erzielt oder eine wesentliche Verschlechterung abgewendet werden kann. Gleichzeitig müssen die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sein und die Zuständigkeit darf nicht bei den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung oder des sozialen Entschädigungsrechts liegen.

Besteht infolge der Querschnittlähmung eine teilweise Erwerbsminderung ohne Aussicht auf eine wesentliche Besserung der Erwerbsfähigkeit, so besteht auch dann ein Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, wenn hierdurch ein bereits vorhandener Arbeitsplatz erhalten werden kann.

7.1.2.3 Gesetzliche Unfallversicherung

Der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung hat (§ 35 SGB VII i.V.m. §§ 33 – 38 SGB IX) mit allen geeigneten Mitteln möglichst frühzeitig den Versicherten einen ihren Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz im Arbeitsleben zu sichern.

7.2 Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

Als Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft werden die Leistungen erbracht, die den querschnittgelähmten Menschen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ermöglichen oder sichern oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege machen.

Zu den Leistungen gehören insbesondere:

- Versorgung mit Hilfsmitteln
- heilpädagogische Leistungen für Kinder, die noch nicht eingeschult sind

- Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten, die erforderlich und geeignet sind, querschnittgelähmten Menschen die für sie erreichbare Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen
- Hilfen zur Förderung der Verständigung mit der Umwelt
- Hilfen bei der Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer Wohnung, die den besonderen Bedürfnissen des querschnittgelähmten Menschen entspricht
- Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten
- Hilfen zur Teilnahme am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben.

Weitere Leistungen können sich im Rahmen der Nachteilsausgleiche nach den besonderen Regelungen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen (Schwerbehindertenrecht Teil 2 SGB IX) ergeben.

Als Leistungsträger der Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft kommen entsprechend der gesetzlich geregelten Zuständigkeit die gesetzliche Unfallversicherung, die Träger der Leistungen nach dem sozialen Entschädigungsrecht, die Träger der öffentlichen Jugendhilfe und die Träger der Sozialhilfe in Betracht.

8. Behandlung von Komplikationen

Treten während der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation behandlungsbedürftige Komplikationen auf, wird in der Regel erneute stationäre Krankenhausbehandlung erforderlich. Die Behandlung lähmungstypischer Komplikationen erfordert die besonderen Kenntnisse von in der Behandlung querschnittgelähmter Menschen erfahrenen Ärzten und Therapeuten. Deshalb sollte bei Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit die Behandlung möglichst in einem Behandlungszentrum für querschnittgelähmte Menschen erfolgen. Dabei muss, wie auch in der Erstbehandlung, gewährleistet werden, dass auch die rehabilitativen Elemente in der Gesamtbehandlung berücksichtigt werden.

Wenn die Aufnahme in ein Behandlungszentrum für querschnittgelähmte Menschen nicht möglich ist, kann die Behandlung von Komplikationen auch in einem Krankenhaus durchgeführt werden, wenn durch Zusammenarbeit mit einem Behandlungszentrum für querschnittgelähmte Menschen oder mit einer auf die Behandlung querschnittgelähmter Menschen spezialisierten Rehabilitationsklinik die erforderliche krankengymnastische Behandlung durch in der Behandlung von querschnittgelähmten Menschen erfahrene Krankengymnasten gewährleistet ist. Darüber hinaus muss - z.B. durch Konsiliarvertrag - für die ärztliche Mitbetreuung

ein in der Behandlung der neurogen geschädigten Blase erfahrener Arzt zur Verfügung stehen, der mindestens ein Jahr vollzeitig querschnittgelähmte Menschen neurourologisch versorgt hat.

9. Konzept der lebenslangen medizinischen Betreuung

Bei einer Querschnittlähmung besteht lebenslang die Gefahr typischer Komplikationen. Dies erfordert eine lebenslange medizinische Betreuung zur fortlaufenden Überwachung und Sicherung des Rehabilitationsergebnisses sowie der Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Komplikationen wie z.B.

- Blasenfunktionsstörungen
- Kontrakturen
- Druckgeschwüre
- spinale Spastik
- spezifische, schwer therapierbare Schmerzsyndrome
- psychische Dekompensation.

Die lebenslange medizinische Betreuung erfolgt in Form regelmäßiger Kontrollen, deren Häufigkeit dem Verlauf des Einzelfalles anzupassen ist. Die Betreuung kann aufgrund mangelnder spezieller Kenntnisse nicht alleine von niedergelassenen Hausärzten durchgeführt werden, sondern macht regelmäßige Kontrollen durch Ärzte und Einrichtungen⁶ erforderlich, die über das notwendige Spezialwissen⁷ verfügen.

Beim querschnittgelähmten Menschen gelten lebenslang insbesondere die folgenden Behandlungs- und Rehabilitationsziele:

- **Erhaltung der Blasenfunktion,**
- **Vermeidung und Behandlung von Kontrakturen und Druckgeschwüren,**
- **Regulierung der spinalen Spastik.**

⁶ An der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen können nur zugelassene und ermächtigte Ärzte sowie ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen teilnehmen.

⁷ Siehe Denkschrift (Fußnote 2, Seite 3).

- **Erhaltung der psychischen Stabilität**

Abhängig von den individuellen Ressourcen des Patienten, die Behinderung psychisch zu verarbeiten und anzunehmen und abhängig von seiner sozialen Integration sind Hilfen zur Krankheitsbewältigung auch nach Abschluss der stationären Behandlung erforderlich. Lähmungsspezifische Schmerzsyndrome können auch langfristige psychotherapeutische Behandlungen erforderlich machen. Außerdem kommt die Teilnahme an Selbsthilfegruppen und am Rehabilitationssport in Betracht.

- **Erhaltung der größtmöglichen Selbstständigkeit**

Bei erkennbarer Verschlechterung der Alltagskompetenz ist zu prüfen, ob durch Heilmittel, Hilfsmittel oder Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe eine Besserung der Alltagskompetenz zu erreichen ist oder deren Verschlechterung verhindert werden kann.

- **Diagnostik und Therapie der Schädigungen**

Bei der Querschnittlähmung können infolge der Schädigungen sekundäre Spinalkanalstenosen, Höhlenbildungen im Rückenmark im Sinne von Syringo- und Hydromyelielen und Lähmungsskoliosen auftreten mit Ausweitung der ursprünglichen Ausfallerscheinungen. Bei Verdacht sind diese Veränderungen nur durch entsprechende diagnostische Verfahren bei den regelmäßig erforderlichen ärztlichen Kontrolluntersuchungen zu erkennen. Vor allem bei Patienten mit Eintritt der Lähmung im Kindesalter droht die Lähmungsskoliose, die einer zielgerichteten, vornehmlich operativen Behandlung bedarf.

- **Diagnostik und Therapie unter besonderer Berücksichtigung des zunehmenden Alters**

Mit zunehmendem Alter wirken sich bei querschnittgelähmten Menschen ohne Änderung der Läsionshöhe die Alterungsprozesse allgemein auf den zu erhaltenden funktionellen Zustand aus, wodurch früher erworbene Fähigkeiten wieder verloren gehen können. Dies kann ambulante oder ggf. stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation notwendig machen.

10. Leistungsrechtliche Einordnung der Krankenhausbehandlung und der medizinischen Rehabilitation

Die leistungsrechtliche Einordnung der Krankenhausbehandlung und der medizinischen Rehabilitation ergibt sich

- in der gesetzlichen Krankenversicherung aus § 39 SGB V in Verbindung mit § 108 SGB V sowie aus § 40 SGB V in Verbindung mit § 111 SGB V,
- in der gesetzlichen Unfallversicherung aus §§ 26, 27 und 33 SGB VII.

Die gesetzliche Rentenversicherung erbringt – ebenso wie die Alterssicherung der Landwirte

– keine Krankenhausbehandlung. Für die medizinische Rehabilitation gelten

- in der gesetzlichen Rentenversicherung die §§ 9 ff. SGB VI,
- in der Alterssicherung der Landwirte die §§ 7 ff. ALG.

11. Behandlungseinrichtungen

Da Querschnittlähmungen mit ihrem komplexen Krankheits- und Behinderungsbild nicht so häufig auftreten, kann nicht an allen Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen ein ausreichendes Wissen um die speziellen Krankheitsverläufe, Komplikationsgefahren, Therapieverfahren und Hilfemöglichkeiten vorausgesetzt werden. Besondere Anforderungen müssen an die personelle, räumliche und apparative Ausstattung gestellt werden.

Zu unterscheiden sind Einrichtungen zur umfassenden Behandlung und Rehabilitation unmittelbar nach Eintritt einer Querschnittlähmung, d.h., Behandlungszentren für querschnittgelähmte Menschen von geeigneten Krankenhäusern zur Akutbehandlung sowie von geeigneten ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen.

11.1 Anforderungen an Krankenhäuser zur Behandlung querschnittgelähmter Menschen

Im Idealfall sollte ein Behandlungszentrum bzw. eine Fachabteilung für querschnittgelähmte Menschen an ein Krankenhaus der Maximalversorgung angegliedert sein, das über sämtliche klinischen Fachabteilungen verfügt, so dass Patienten nach Eintritt einer Querschnittlähmung in jeder Hinsicht bedarfsgerecht behandelt werden können. Die Besonderheiten in der Behandlung querschnittgelähmter Menschen machen eine weitgehende räumliche und organisatorische Selbstständigkeit der zuständigen Fachabteilung erforderlich. Bei Fehlen einzelner Fachabteilungen muss die Kooperation mit Fachabteilungen an anderen Kliniken in unmittelbarer Nähe gesichert sein. Eine konsiliarärztliche Betreuung durch niedergelassene Ärzte ist in der Regel unzureichend.

Behandlungszentren bzw. Fachabteilungen für querschnittgelähmte Menschen unter 30 Betten sind als ungünstig anzusehen, da in diesen Einrichtungen weder die notwendigen umfassenden Erfahrungen gesammelt werden können noch Wirtschaftlichkeit wegen der umfangreichen besonderen personellen, apparativen und räumlichen Voraussetzungen zu erreichen ist.

11.1.1 Funktionsbereiche

Krankenhäuser zur Behandlung von querschnittgelähmten Menschen müssen über folgende Funktionsbereiche verfügen:

Intensivbereich für akut verletzte Patienten und Risikopatienten

Operationsbereich zur chirurgischen Behandlung der Wirbelsäule, aller Begleiterkrankungen und Verletzungen, der septischen Komplikationen sowie der plastisch-chirurgischen Behandlung der Druckgeschwüre.

Zur **Diagnostik und Behandlung** unmittelbar nach Eintritt einer Querschnittlähmung sind hohe apparative Anforderungen zu stellen, die auch Rund-um-die-Uhr zur Verfügung stehen müssen. Dies gilt insbesondere für die bildgebenden Verfahren einschließlich Kernspintomographie sowie die klinisch-chemischen und bakteriologischen Laboruntersuchungen. Elektrophysiologische Untersuchungsmöglichkeiten müssen zur Verfügung stehen.

Pflegebereich mit besonderem Raumbedarf im Hinblick auf die Barrierefreiheit sowie die besonderen sanitären Einrichtungen. Bei beatmungspflichtigen Patienten müssen technische Überwachungsmöglichkeiten vorhanden sein. Eine räumliche Abgrenzung von Patienten mit septischen Komplikationen muss gewährleistet werden.

Urologischer Bereich. Ein urodynamischer Messplatz unter der Verantwortung eines neurologisch erfahrenen Arztes ist zwingend erforderlich, um ohne zeitliche Verzögerungen jederzeit die unverzichtbare neurourologische Diagnostik gewährleisten zu können. Zur Durchführung operativer Therapien sollte eine neurourologische Fachabteilung dem Behandlungszentrum bzw. der Fachabteilung für querschnittgelähmte Menschen direkt angegliedert sein, zumindest müssen entsprechende Therapien durch eine geeignete urologische Fachabteilung in unmittelbarer Nähe gesichert werden können.

Krankengymnastik und physikalische Therapie. In räumlicher wie personeller Hinsicht muss die zwingend notwendige Einzeltherapie gesichert sein. Die Behandlung kann sich nicht auf rein physikalische und gruppentherapeutische Maßnahmen beschränken, sondern macht u.a. den Einsatz spezieller Behandlungsmethoden erforderlich.

Ergotherapie. Die personelle und räumliche Ausstattung richtet sich nach der Notwendigkeit der zwingend erforderlichen Einzeltherapie. Hilfsmittel müssen bereitgestellt oder speziell angefertigt werden.

Logopädie. Bei beatmungspflichtigen Patienten sowie Patienten mit Schluck- und Stimmstörungen muss eine logopädische Behandlung sichergestellt werden können.

Psychologischer Dienst. Notwendig sind eine psychologische und psychotherapeutische Betreuung und Behandlung der Patienten und ihrer Bezugspersonen (Krisenintervention).

Sozialdienst. Psychosoziale Betreuung der Patienten und ihrer Bezugspersonen. Beratung z.B. in Fragen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, Wohnungshilfe, Kraftfahrzeughilfe sowie in sozialrechtlichen Angelegenheiten.

Ambulanzbereich. Räumliche und personelle Möglichkeiten müssen vorhanden sein, um die spezifische Behandlung sicherstellen zu können. An der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen können nur zugelassene und ermächtigte Ärzte sowie ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen teilnehmen.

11.1.2 Qualifikation des Personals

Ärztliche Leiter

Die ärztlichen Leiter des Behandlungszentrums bzw. der Fachabteilung sowie deren Vertreter müssen Fachärzte für Orthopädie/Unfallchirurgie oder Neurologie/Neurochirurgie sein und über eine mindestens 3-jährige vollzeitige Berufserfahrung in der Behandlung querschnittgelähmter Menschen verfügen.

Die Mitarbeit eines festangestellten Urologen mit speziellen Kenntnissen in der Behandlung der neurogen geschädigten Blase (mindestens ein Jahr Tätigkeit in einer neurourologischen Abteilung) muss gewährleistet sein.

Gesundheits- und Krankenpfleger

- Staatliche Ausbildung als Gesundheits- und Krankenpfleger
- und
- wenn in hauptverantwortlicher Tätigkeit (Stationsleiter/Stellvertreter) 3-jährige vollzeitige Berufserfahrung in der Behandlung querschnittgelähmter Menschen
- Erfahrung in der fachlichen Beratung, Anleitung und praktischen Unterstützung von medizinischen Laien (z.B. Angehörigen/Bezugspersonen).

Physiotherapeut / Krankengymnast

- Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut/Krankengymnast
- und
- wenn in hauptverantwortlicher Tätigkeit (Leiter oder Stellvertreter) 3-jährige vollzeitige Berufserfahrung als Physiotherapeut/Krankengymnast in einer Einrichtung für querschnittgelähmte Menschen.

Ergotherapeut

- Staatliche Anerkennung als Ergotherapeut
- und
- wenn in hauptverantwortlicher Tätigkeit 3-jährige vollzeitige Berufserfahrung als Ergotherapeut in einer Einrichtung für querschnittgelähmte Menschen.

Logopäde / Sprachtherapeut (bei Bedarf)

- Staatliche Anerkennung als Logopäde / Sprachtherapeut und
- mindestens 2-jährige vollzeitige Berufserfahrung als Logopäde / Sprachtherapeut mit querschnittgelähmten Menschen.

Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut

- Approbation als Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut
- mindestens 2-jährige vollzeitige Berufserfahrung in der Behandlung/Rehabilitation in einer Akutklinik/Rehabilitationseinrichtung
- Erfahrungen in Entspannungstechniken.

Sozialarbeiter/-pädagoge

- Diplom/staatliche Anerkennung als Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagoge und
- mindestens 2-jährige vollzeitige Berufserfahrung als Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagoge
- Qualifikation/Berufserfahrung in Beratung/Gesprächsführung.

Sporttherapeut / fakultativ Sportlehrer

- Wissenschaftliche Ausbildung zum Diplom-Sportlehrer mit medizinischer Ausrichtung (z.B. Fachrichtung Rehabilitation) oder Zusatzqualifikation Bewegungstherapie / Sporttherapie und
- Weiterbildung in medizinischer Aufbautherapie und
- mindestens 2-jährige vollzeitige Berufserfahrung als Sportlehrer / Sporttherapeut in einer Rehabilitationseinrichtung.

11.2 Anforderungen an Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation querschnittgelähmter Menschen

Die Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation querschnittgelähmter Menschen müssen nach Ausstattung und Personalschlüssel geeignet sein, die umfassende Therapie, die auch im Rahmen der medizinischen Rehabilitation regelhaft Einzeltherapie ist, zu gewährleisten. Hierzu müssen folgende Anforderungen erfüllt sein:

11.2.1 Qualifikation des Personals

Ärztlicher Leiter

Der ärztliche Leiter und sein Vertreter müssen Fachärzte für Orthopädie/Unfallchirurgie oder Neurologie/Neurochirurgie sein. Die Zusatzbezeichnung „Rehabilitationswesen“ oder „Sozialmedizin“ oder Weiterbildung zum Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin ist notwendig. Er hat über mehrjährige vollzeitige Berufserfahrung in der Behandlung querschnittgelähmter Menschen zu verfügen.

Die Mitarbeit eines festangestellten Urologen mit speziellen Kenntnissen in der Behandlung der neurogen geschädigten Blase (mindestens ein Jahr Tätigkeit in einer neuro-urologischen Abteilung) muss gewährleistet sein.

Physiotherapeut / Krankengymnast

- Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut/Krankengymnast und
- wenn in hauptverantwortlicher Tätigkeit (Leiter oder Stellvertreter) 3-jährige vollzeitige Berufserfahrung als Physiotherapeut/Krankengymnast in einer Einrichtung zur Rehabilitation von querschnittgelähmten Menschen.

Ergotherapeut

- Staatliche Anerkennung als Ergotherapeut und
- wenn in hauptverantwortlicher Tätigkeit (Leiter oder Stellvertreter) 3-jährige vollzeitige Berufserfahrung als Ergotherapeut in einer Einrichtung der Rehabilitation von querschnittgelähmten Menschen und
- Grundlagenkenntnisse in arbeitsrehabilitativen Maßnahmen, Ergonomie, Beratung zur Belastungserprobung und Arbeitstherapie, Arbeitsplatzanpassung.

Gesundheits- und Krankenpfleger

- Staatliche Ausbildung als Gesundheits- und Krankenpfleger und

- mindestens 1-jährige vollzeitige Berufserfahrung in der Rehabilitation querschnittgelähmter Menschen; wenn in hauptverantwortlicher Tätigkeit (Stationsleitung oder Stellvertretung) 3-jährige vollzeitige Berufserfahrung in der Rehabilitation querschnittgelähmter Menschen
- Erfahrung in der fachlichen Beratung, Anleitung und praktischen Unterstützung von medizinischen Laien (z.B. Angehörigen/Bezugspersonen)
- wünschenswert: Weiterbildung / Erfahrung in der Rehabilitationspflege.

Logopäde / Sprachtherapeut (bei Bedarf / auf Konsiliarbasis)

- Staatliche Anerkennung als Logopäde / Sprachtherapeut und
- mindestens 2-jährige vollzeitige Berufserfahrung als Logopäde / Sprachtherapeut mit querschnittgelähmten Menschen.

Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut

- Approbation als Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut und
- mindestens 2-jährige vollzeitige Berufserfahrung in der Rehabilitation
- Erfahrungen in Entspannungstechniken.

Sportlehrer / Sporttherapeut

- Wissenschaftliche Ausbildung zum Diplom-Sportlehrer mit medizinischer Ausrichtung (z.B. Fachrichtung Rehabilitation) oder Zusatzqualifikation Bewegungstherapie / Sporttherapie und
- Weiterbildung in medizinischer Aufbautherapie und
- mindestens 2-jährige vollzeitige Berufserfahrung als Sportlehrer / Sporttherapeut in einer Rehabilitationseinrichtung.

Sozialarbeiter / -pädagoge

- Diplom/staatliche Anerkennung als Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagoge und
- mindestens 2-jährige vollzeitige Berufserfahrung als Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagoge im Bereich der Rehabilitation
- Qualifikation/Berufserfahrung in Beratung/Gesprächsführung.

11.2.2 Sachausstattung zur Diagnostik

- Skelettröntgen
- Ultraschall
- Doppler
- EKG/Langzeit-EKG
- Lungenfunktion
- Langzeit-RR
- Endoskopie
- Urodynamischer Messplatz.

11.2.3 Sachausstattung zur Therapie

- Behandlungsliegen
- höhenverstellbare Behandlungsliegen
- höhenverstellbare Bobathbänke
- Schlingentisch
- Gehbarren, mindestens zwei hintereinander
- Stehgeräte, Stehstühle, Stehtisch
- Laufband mit Gurtaufhängung
- Muskeltrainingsgeräte
- elektrischer Bewegungstrainer
- Handkurbelergometer
- Elektrotherapiegeräte
- Übungsauto.

11.2.4 Raumausstattung zur Therapie

- Krankengymnastik: Gruppenbehandlungsraum und Einzelbehandlungsraum
- Geh- und Rollstuhlschulung im Innen- und Außenbereich
- Sporthalle für Rollstuhlsport
- Lagerräume für Rollstühle, Stehübungsgeräte, Elektrorollstühle usw.
- Ergotherapie: Einzelbehandlungsraum, Gruppenbehandlungsraum
- Übungsküche

- Übungsbad
- Raum für Übungsauto für Transferübungen und Rollstuhlverladen
- Raum für Physikalische Therapie
- Bewegungsbad mit Patientenlifter
- Raum für Muskeltrainingsgeräte.

11.2.5 Spezifische Ausstattung der Einrichtungen für die Behandlung und Rehabilitation von querschnittgelähmten Menschen

- Fahrbarer Patientenlifter oder Deckenlifte
- Duschtrage oder Badewanne mit Hebevorrichtung
- Abgestufte Antidekubitusmatratzen
- Ultraschallgerät (Bladder-scan) für die Restharnmessung
- Duschstühle für alle Zimmer
- Mechanische Rollstühle.

In der Regel werden die Rehabilitanden in Einzel- oder Doppelzimmern untergebracht, jeweils mit angeschlossener eigener Duschgelegenheit und Toilette. Die Größe der Räume sind entsprechend den Empfehlungen der Denkschrift des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften (s. Fußnote 2, Seite 10) zu gestalten.

Die Räume müssen barrierefrei zugänglich sein.