

POSITIONSPAPIER
ZUR FACHÜBERGREIFENDEN FRÜHREHABILITATION

Gemeinsame Arbeitsgruppe DRG (gAG-DRG)

der Bundesarbeitsgemeinschaft der Akutkrankenhäuser mit Abteilungen für Fachübergreifende Frührehabilitation
des Berufsverbandes der Rehabilitationsärzte und
der Deutschen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation

Beyer J, Berliner M, Beyer HM, Fischbacher U, Glaesener JJ, , Reiners A, Römer A, Schwarzkopf S,
Stier-Jarmer M, Gutenbrunner C

Inhaltsverzeichnis:

Präambel

Executive Summary

Hintergrundpapier

1. Zielstellung und Adressaten des Positionspapiers
2. Notwendigkeit rehabilitativer Maßnahmen im Akutkrankenhaus
3. Recht auf Frührehabilitation, Europäische und internationale Forderungen
4. Ziele der Frührehabilitation im Akutkrankenhaus
5. Strukturvoraussetzungen der Frührehabilitation im Akutkrankenhaus
 - 5.1. Strukturvorgaben des OPS-Katalogs
 - 5.2. Fachliche Qualifikation, Team- und Raumstruktur
 - 5.3. Prozesse (incl. Assessments)
6. Indikationen und patientenseitige Voraussetzungen für die Fachübergreifende Frührehabilitation
7. Erfahrungen mit der Frührehabilitation im Akutkrankenhaus
8. Abgrenzung: Frühmobilisation, Frührehabilitation, weiterführende Rehabilitation
9. Versorgungsstruktur der Frührehabilitation in Deutschland
10. Finanzierungssystem der Frührehabilitation – Stand und Perspektiven
 - 10.1. Problembeschreibung
 - 10.2. Bisherige Entwicklung der Finanzierung der Frührehabilitation im DRG-System
 - 10.3. Lücken der Abbildung der Frührehabilitation im DRG-System
 - 10.4. Erfassung des rehabilitativen Ressourcenverbrauchs in der Pflege
11. Folgerungen für die Versorgung

Autoren:

CA Prof. Dr. med. M. Berliner, Helios-Kliniken, Klinik für Physikalische Medizin, Rehabilitation und Naturheilverfahren, Hobeckstraße 100, 13125 Berlin

Dr. med. H. M. Beyer, Kaiser-Maximilian-Platz 3, 87629 Füssen

CA Dr. med. J. Beyer, Krankenhaus Ludmillerstift, Abteilung für medizinische Frührehabilitation, Ludmillerstr. 4, 49716 Meppen

OA. Dr. med. L. Fischbacher, Klinikum Bogenhausen, Städtisches Klinikum München GmbH, Abteilung Physikalische Medizin und Medizinische Rehabilitation, Englschalkinger Str. 77, 81925 München

CA Dr. med. J.J. Glaesener, Unfallkrankenhaus Hamburg, Zentrum für Rehabilitationsmedizin Hamburg, Bergedorfer Str. 10, 21033 Hamburg

CA Prof. Dr. med. Chr. Gutenbrunner, Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Rehabilitationsmedizin, Carl-Neuberg-Str.1, 30625 Hannover

CA Dr. med. A. Reiners, Klinikum Bogenhausen, Städtisches Klinikum München GmbH, Abteilung Physikalische Medizin und Medizinische Rehabilitation, Englschalkinger Str. 77, 81925 München

CA Dr. med. A. Römer, Klinikum Schwabing, Städtisches Klinikum München GmbH, Klinik für Physikalische Medizin und Frührehabilitation, Kölner Platz 1, 80804 München

Ltd. OÄ Dr. med. S. Schwarzkopf, Klinikum der Universität München, Klinik und Poliklinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Marchioninistr. 15, 81377 München

Dr. rer. biol. hum. M. Stier-Jarmer, Klinikum der Universität München, Klinik und Poliklinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Marchioninistr. 15, 81377 München

Präambel

Frührehabilitation ist die frühestmöglich einsetzende kombinierte akutmedizinische und rehabilitationsmedizinische Behandlung von Krankenhauspatienten verschiedener medizinischer Fachgebiete mit einer akuten Gesundheitsstörung und relevanter Beeinträchtigung von Körperfunktionen und Strukturen, Aktivitäten und Partizipation gemäß der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health). Sie zielt auf die Wiederherstellung der körperlichen und mentalen Funktionen der Patienten, die Verhütung von Komplikationen und die Verhinderung von bleibenden Behinderungen und (Schwerst-)Pflegebedürftigkeit. Sie erfolgt interdisziplinär unter fachärztlicher Leitung und Beteiligung therapeutischer Berufsgruppen einschließlich der aktivierend-therapeutischen Pflege. Sie ist gesetzlich geforderter integraler Bestandteil der Krankenhausbehandlung und so als erstes Glied einer nahtlosen Rehabilitationskette zu verstehen.

„Executive Summary“

1. Ziele dieses Positionspapiers sind die Beschreibung des erreichten Stands der Umsetzung des gesetzlichen Behandlungsauftrages der Frührehabilitation im Akutkrankenhaus, der Perspektiven und Weiterentwicklung sowie der hierfür notwendigen Maßnahmen. Es richtet sich an alle politisch zuständigen Körperschaften, die medizinischen Fachgesellschaften und Berufsverbände, die Verbände der Pflege und Therapeutengruppen sowie an die Interessenverbände der Patienten und die Medien.

2. Da die Überlebenswahrscheinlichkeit bei schweren Unfällen und Erkrankungen stark angestiegen ist und kontinuierlich weiter ansteigt, muss heute auch die Rehabilitation früher einsetzen und intensiver durchgeführt werden. Ziel ist es, so früh wie möglich mit rehabilitativen Maßnahmen zu beginnen, um einen zusätzlichen Funktionsverlust und immobilisationsbedingte Schäden zu verhindern und um das regenerative Potential optimal zu nutzen. Untersuchungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass eine frühe intensive rehabilitative Therapie die funktionelle Wiederherstellung von schwer betroffenen Patienten tatsächlich beschleunigen und Liegezeiten im Krankenhaus verkürzen kann.

3. Rehabilitation zielt definitionsgemäß auf eine bestmögliche Funktionsfähigkeit von Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen sowie auf eine uneingeschränkte Teilhabe an allen Lebensbereichen ab. Ein umfassendes Recht auf Teilhabe wird von den wichtigsten internationalen Organisationen als grundlegendes Menschenrecht definiert. Dementsprechend haben sowohl die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und die Europäische Union als auch der deutsche Gesetzgeber die Frührehabilitation im Akutkrankenhaus in ihre rehabilitativen Strategien aufgenommen.

4. Die wichtigsten und übergeordneten Ziele der Frührehabilitation im Akutkrankenhaus sind die Wiederherstellung der basalen körperlichen und mentalen Funktionen der Patienten und die Verhütung einer bleibenden Be-

einträchtigung von Aktivitäten und Teilhabe. Der Schwerpunkt der Frührehabilitation liegt dabei auf der frühest möglichen Wiedergewinnung und Verbesserung der Selbständigkeit bei alltäglichen Verrichtungen und der Verhinderung von (Schwerst-)Pflegebedürftigkeit. Darüber hinaus hat die Frührehabilitation das Ziel, die Rehabilitationsfähigkeit der Patienten für weiterführende Rehabilitationsformen (z.B. Anschlussrehabilitation) so rasch wie möglich zu bewirken sowie diese zu planen und einzuleiten. Die Leistungen der Frührehabilitation beinhalten immer auch akutmedizinische Aufgaben, insbesondere die Fortführung der begonnenen Diagnostik und Behandlungsmaßnahmen einschließlich gegebenenfalls erforderlicher intensivmedizinischer Leistungen.

5. Die fachübergreifende Frührehabilitation ist als multi- und interdisziplinäre, patientenzentrierte Teamarbeit organisiert. Fachübergreifende Frührehabilitation bedeutet dabei, dass Patienten aus verschiedenen medizinischen Fachbereichen, mit zumeist multiplen Schädigungen in unterschiedlichen Organsystemen, behandelt werden. Dabei ergänzen sich zwei unterschiedliche Formen der Leistungserbringung. In Abhängigkeit vom Zustand des Patienten und der Situation in den verschiedenen Akutkrankenhäusern kann die Frührehabilitation sowohl auf eigenständigen bettenführenden Frührehabilitationsabteilungen als auch durch mobile Frührehabilitationsteams auf Intensiv-, Intermediate Care oder anderen hoch spezialisierten Fachstationen erfolgen. Die Strukturvoraussetzungen für die Frührehabilitation sind in den OPS-Kodes (DIMDI 2008ff) beschrieben.

6. Die Voraussetzungen für eine Patientenübernahme auf eine eigenständige Station der fachübergreifenden Frührehabilitation sind gegeben, wenn bei nach wie vor hohem akutmedizinischen Behandlungsbedarf frühzeitig dringender intensiver rehabilitativer Interventionsbedarf einschließlich der therapeutischen Pflege besteht. Der Anteil der Patienten, bei denen diese Voraussetzungen bestehen, wird heute auf ca. 2% aller Krankenhauspatienten geschätzt.

7. Die bestehenden Abteilungen für fachübergreifende Frührehabilitation werden von den zuweisenden Abteilungen in hohem Maße und zunehmend nachgefragt. Die Erfahrung zeigt, dass weniger Folgekomplikationen eintreten, die gesundheitlichen Ziele der Patienten schneller erreicht und der Erfolg der Akutbehandlung gesichert werden kann. Die Zahl der Entlassungen in Pflegeeinrichtungen nimmt ab.

8. Die Frührehabilitation beschränkt sich auf die Krankheitsphase, in der noch akutstationärer Behandlungsbedarf besteht und ist von der weiterführenden Rehabilitation (z.B. Anschlussrehabilitation) abzugrenzen.

9. Die flächendeckende Etablierung der Frührehabilitation im Akutkrankenhaus erfordert zum einen das Vorhandensein zentraler, von PRM-Fachärzten geleiteten Abteilungen für Physikalische und Rehabilitative Medizin (PRM) an Akutkrankenhäusern und zum anderen das Vorhandensein bettenführender Frührehabilitationsabteilungen in den großen Akutkrankenhäusern oder im Verbund kleinerer Akutkrankenhäuser. Die derzeit vorhandenen Strukturen der fachübergreifenden Frührehabilitation sind bei weitem noch nicht ausreichend, um alle rehabilitationsbedürftigen Krankenhauspatienten im Sinne des SGB V zu versorgen.

10. Seit Inkrafttreten des SGB IX am 1. Juli 2001 gilt nach § 39 SGB V für die Krankenhausbehandlung: „[...] die akutstationäre Behandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation“. Entsprechend wird im Fallpauschalengesetz von 2002 die Frührehabilitation als Bestandteil der akutstationären Behandlung aufgeführt. Dabei besteht das grundsätzliche Problem, dass im DRG System der Ressourcenverbrauch der Frührehabilitation nicht adäquat erfasst wird.

Aus oben gesagtem ergeben sich folgende Notwendigkeiten:

- Flächendeckende Umsetzung der Forderung gemäß SGB V und IX zur frühzeitigen rehabilitativen Versorgung von Patienten mit schwersten Erkrankungen und Funktionsstörungen, die zu bleibenden schweren Behinderungen führen können.
- Schaffung und Erhaltung adäquat qualifizierter Frührehabilitationseinrichtungen in allen Krankenhäusern, mindestens aber in Krankenhäusern der Schwerpunkt- und Maximalversorgung (einschließlich adäquat weitergebildeter Ärzte, Therapeuten und Pflegekräfte sowie Qualitätsstandards bezüglich Ausstattung und Stellschlüssel).
- Sicherstellung einer frührehabilitativen Versorgung für alle Patienten mit entsprechendem Versorgungsbedarf. Eine exklusive Einrichtung fachspezifischer Frührehabilitationsabteilungen (z.B. Neurologie, Geriatrie) sollte vermieden werden, da sonst die Gefahr besteht, dass Patienten ohne Zuordnung zu diesen Fachgebieten von der frührehabilitativen Versorgung ausgeschlossen werden.
- Kostendeckende Finanzierung der Frührehabilitation (z.B. durch Zusatzentgelte oder andere Modelle).
- Zur Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben zur Frührehabilitation erscheint es notwendig, sich mittelfristig auf nur eine Struktur der Frührehabilitation an Akutkrankenhäusern der Schwerpunkt- bzw. Maximalversorgung zu einigen. Hierzu ist die unbürokratische Einbindung des unterschiedlichen Fachwissens erforderlich. Da auch geriatrische oder neurologische Erkrankungen zumeist mit einem multimorbiden Schädigungsbild einhergehen, ist es sinnvoll, an solchen Akutkrankenhäusern primär eigenständige bettenführende Abteilungen der fachübergreifenden Frührehabilitation aufzubauen. Hierbei müssen die Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin und die rehabilitativ arbeitenden Geriater und Neurologen sinnvoll und zielgerichtet zusammenwirken. Ausschlusskriterien über entsprechende OPS-Codes müssen hierfür aufgehoben werden

Hintergrundpapier

Präambel

Frührehabilitation ist die frühestmöglich einsetzende kombinierte akutmedizinische und rehabilitationsmedizinische Behandlung von Krankenhauspatienten verschiedener medizinischer Fachgebiete mit einer akuten Gesundheitsstörung und relevanter Beeinträchtigung von Körperfunktionen und Strukturen, Aktivitäten und Partizipation gemäß der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health). Sie zielt auf die Wiederherstellung der körperlichen und mentalen Funktionen der Patienten, die Verhütung von Komplikationen und die Verhinderung von bleibenden Behinderungen und (Schwerst-) Pflegebedürftigkeit. Sie erfolgt interdisziplinär unter fachärztlicher Leitung und Beteiligung therapeutischer Berufsgruppen einschließlich der aktivierend-therapeutischen Pflege. Sie ist gesetzlich geforderter integraler Bestandteil der Krankenhausbehandlung und so als erstes Glied einer nahtlosen Rehabilitationskette zu verstehen.

1. Zielstellung und Adressaten des Positionspapiers

Ziele dieses Positionspapiers sind die Beschreibung des erreichten Stands der Umsetzung des gesetzlichen Behandlungsauftrages zur Frührehabilitation im Akutkrankenhaus, der Perspektiven und Weiterentwicklung sowie der hierfür notwendigen Maßnahmen.

Das Papier richtet sich an die politisch Verantwortlichen auf Bundes- und Länderebene, insbesondere die Ministerien für Arbeit, Soziales und Gesundheit, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Krankenhausträger, die zuständigen Kostenträger (GKV, PKV, DRV, GUV), insbesondere der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS), das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) und das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) sowie die im Bereich Frührehabilitation tätigen medizinischen Fachgesellschaften und Berufsverbände (Neurologie, Neurochirurgie, Chirurgie, Innere Medizin, Geriatrie u.a.), die Verbände der Pflege und Therapeutengruppen sowie die elektronischen und Printmedien (z.B. Ärzteblätter) sowie die Interessenverbände der Patienten.

2. Notwendigkeit rehabilitativer Maßnahmen im Akutkrankenhaus

Es besteht kein Zweifel, dass die Überlebenschancen nach Unfällen und bei schweren Erkrankungen durch die Fortschritte der Notfallmedizin, der operativen und anderen interventionellen Möglichkeiten (einschließlich Organtransplantationen) und der medikamentösen Therapie (incl. Zytostatika- und Antibiotikatherapie) stark angestiegen ist und kontinuierlich weiter ansteigt. In vielen Fällen verbleiben allerdings körperliche Schäden und funktionelle Beeinträchtigungen. Daher muss auch die Rehabilitation parallel zum Fortschritt der Akutmedizin früher einsetzen und intensiver durchgeführt werden (vgl. Stucki et al. 2005). Ziel ist es, so früh wie möglich mit rehabilitativen Maßnahmen zu beginnen, und zwar einerseits, um einen zusätzlichen Funktionsverlust und immo-

bilisationsbedingte Schäden zu verhindern und andererseits, um das regenerative Potential optimal zu nutzen. Immobilisationsbedingte Funktionsverluste können alle Körperfunktionen betreffen, wie z.B. Verlust von Muskelkraft und Knochenfestigkeit, Abnahme motorisch-koordinativer und kognitiver Fähigkeiten und Verschlechterung der Kreislaufregulation. Durch Immobilisation verursachte Komplikationen sind z.B. Thrombosen mit nachfolgenden Lungenembolien, Pneumonien und Dekubitalulzera. Einige dieser Komplikationen können tödlich sein.

Untersuchungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass eine frühe intensive rehabilitative Therapie die funktionelle Wiederherstellung von schwerbetroffenen Patienten beschleunigen und Liegezeiten im Krankenhaus verkürzen kann (Shiel et al. 2001; vgl. auch Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1999; Fuhrmann u. Liebig 1999). Dabei sind die Verkürzung der Liegezeiten im Akutkrankenhaus und die besseren funktionellen Ergebnisse an eine hohe Intensität der rehabilitativen Interventionen geknüpft (Shiel et al. 1999). Dies trägt auch zu einer Verminderung der Komplikationsrate (Bernspang et al 1987) und zu einer Verbesserung der körperlichen und sozialen Funktionsfähigkeit im Langzeit-follow-up bei (Musicco et al. 2003).

Bei Schlaganfällen kann eine unverzügliche und intensive Rehabilitation und funktionelle Therapie die Funktionsfähigkeit der Betroffenen durch Nutzung der Neuroplastizität steigern (Ottenbacher u. Jannell 1993). Ähnliche Ergebnisse haben Studien nach Schädel-Hirn-Trauma und Querschnittsläsionen ergeben (Yarkoney et al. 1987; Hall u. Cope 1995). Aufgrund solcher Ergebnisse wurden z.B. in England Empfehlungen für eine frühestmögliche rehabilitative Intervention erarbeitet, die neben dem frühzeitigen Beginn auch den Einsatz eines vom Rehabilitationsarzt geleiteten multiprofessionellen Rehabilitationsteams beinhalten. Der im deutschen Sozialgesetzbuch V geforderte frühestmögliche Beginn der Rehabilitation schon im Akutkrankenhaus sowie die im Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) (DIMDI 2008) beschriebenen Qualitätskriterien mit Einbeziehung der Pflege und eines multiprofessionellen Teams entsprechen dieser internationalen Forderung.

3. Recht auf Frührehabilitation, europäische und internationale Forderungen

Rehabilitation zielt definitionsgemäß auf eine bestmögliche Funktionsfähigkeit von Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen sowie eine uneingeschränkte Teilhabe an allen Lebensbereichen. Ein umfassendes Recht auf Teilhabe wird von den wichtigsten internationalen Organisationen als grundlegendes Menschenrecht definiert. Dementsprechend haben sowohl die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und die Europäische Union als auch der deutsche Gesetzgeber (§ 39 SGB V) die Frührehabilitation im Akutkrankenhaus in ihre rehabilitativen Strategien aufgenommen. So wird in der WHO-Resolution 58.23 mit dem Titel „Disability, including prevention, management and rehabilitation“ vom 25. Mai 2005 u.a. gefordert, eine frühe Intervention zu fördern, mit dem Ziel der vollen Teilhabe von Menschen mit Behinderung und deren Gleichbehandlung in der Gesellschaft.

Der Europäische Rat fordert in seiner Recommendation 5 vom 4. April 2006 („Action Plan to promote the rights and full participation of people with disabilities in society: improving the quality of life of people with disabilities in Europe 2006-2015“) umfassende Rehabilitationsdienste zu schaffen, zu stärken und auszuweiten. Er bezieht dies

auch auf frühe Maßnahmen, Behinderungen zu erkennen, zu diagnostizieren und zu behandeln sowie hierfür effektive Richtlinien zu erarbeiten.

Die Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) führt in ihrem „White Book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe“ (Gutenbrunner et al. 2007) folgerichtig aus, dass spezialisierte Frührehabilitationseinrichtungen im Akutkrankenhaus unverzichtbar sind und in enger Kooperation mit Intensivstationen und anderen Akutstationen arbeiten müssen. Dabei wird speziell darauf verwiesen, dass der Übergang eines Patienten von der auf die akutmedizinische Diagnostik und Behandlung von schweren Krankheitssymptomen und die Erhaltung von (lebenswichtigen) Körperfunktionen ausgerichteten Intensiv- oder Akutstation auf eine funktionell-rehabilitativ ausgerichtete fachübergreifende Frührehabilitationsstation für die Betroffenen von großer Bedeutung ist.

Eine Umfrage der Sektion für Physikalische und Rehabilitative Medizin in der Europäischen Facharztunion hat darüber hinaus ergeben, dass in der überwiegenden Mehrzahl der Europäischen Länder (13/16) Akutrehabilitationseinrichtungen vorgehalten und ergänzend auch mobile Frührehabilitationsteams eingesetzt werden (11/15). Diese Studie ist allerdings dadurch limitiert, dass Sie nur Daten von zwei Dritteln der EU-Länder beinhaltet. Für die übrigen Länder liegen bisher keine verlässlichen Statistiken vor.

4. Ziele der Frührehabilitation im Akutkrankenhaus

Die wichtigsten und übergeordneten Ziele der Frührehabilitation im Akutkrankenhaus (Stucki et al. 2002; BAR 2006) sind

- die Wiederherstellung der basalen körperlichen und mentalen Funktionen der Patienten,
- die Vermeidung einer drohenden bleibenden Beeinträchtigung der Aktivitäten und Teilhabe und
- das Erreichen der Rehabilitationsfähigkeit für weiterführende Rehabilitationsmaßnahmen.

Dabei kommt es darauf an, alltagsrelevante Beeinträchtigungen von Körperfunktionen und Strukturen, Aktivitäten und Partizipation möglichst frühzeitig zu beseitigen oder zumindest zu vermindern sowie drohende Beeinträchtigungen abzuwenden und bei bereits manifesten Beeinträchtigungen, deren Verschlimmerung zu verhüten. Die alltagsrelevanten Rehabilitationsziele werden unter kritischer Würdigung des individuellen Grades von Rehabilitationsfähigkeit und der Rehabilitationsprognose aus den Beeinträchtigungen des Patienten in der selbständigen Bewältigung und Gestaltung solcher Lebensbereiche abgeleitet, die als Grundbedürfnisse menschlichen Daseins beschrieben werden. Der unter Berücksichtigung der individuellen sozialen Kontextfaktoren anzustrebende Grad der Selbständigkeit ergibt sich aus der Alltagskompetenz in den Grundbedürfnissen, die der Patient oder die Patientin hatte, bevor die Beeinträchtigungen der Körperfunktionen und Strukturen, Aktivitäten und Partizipation auftraten, die die aktuelle Rehabilitationsbedürftigkeit begründen.

In diesem Kontext liegt der Schwerpunkt der Frührehabilitation in der Wiedergewinnung und Verbesserung der Selbständigkeit bei den alltäglichen Verrichtungen im Sinne der folgenden Basisfunktionen:

- Bereich der Körperfunktionen und Strukturen
 - Wachheit und Kooperationsfähigkeit
 - vegetative Stabilität und Schlaf-Wach-Rhythmus
 - situative, zeitliche und räumliche Orientierung sowie Orientierung zur Person
 - Wahrnehmung
 - kognitive Funktionen
 - sensorische und motorische Funktionen
 - Kommunikation
 - Schluckfunktion
 - Unabhängigkeit von der maschinellen Beatmung
 - Kontinenz

- Aktivitäten und Partizipation
 - Mobilität
 - Essen, Trinken (Kostaufbau)
 - persönliche Hygiene
 - selbständiges An- und Auskleiden
 - alltagsorientierte Funktionen
 - soziale Reintegration

Bei der Vermeidung sekundärer Komplikationen liegt der Schwerpunkt auf der Verhütung von

- (Aspirations-)Pneumonie
- Dekubitus
- Kontrakturen
- Thrombosen und Embolien

Darüber hinaus ist es Aufgabe der Frührehabilitation, die Krankheitsbewältigung (Coping) durch geeignete Strategien zu fördern und einen Plan für die weiterführende Rehabilitation zu erstellen. Dies beinhaltet

- die Erfassung der Rückbildungstendenzen bei Funktionsstörungen durch rehabilitationsspezifische Verlaufsdagnostik,
- die Klärung des Rehabilitationspotentials und
- die Planung und Einleitung der weiteren rehabilitativen Versorgung, der Nachsorge, der Pflegeüberleitung und der indikationsspezifischen Rehabilitation
- Bestimmung der geeigneten indikationsspezifischen Rehabilitationsklinik sowie gegebenenfalls die Beurteilung der Erwerbsprognose

- Beratung, Anleitung und Betreuung von Angehörigen.

Die Aufgaben und Leistungen der Frührehabilitation beinhalten immer auch die Fortsetzung der akutmedizinischen Maßnahmen, einschließlich der gegebenenfalls erforderlichen intensivmedizinischen Diagnostik und Behandlung. Diese Aufgaben umfassen im Einzelnen:

- die medizinische (Verlaufs-)Diagnostik der die Frührehabilitation begründenden Schädigungen und ihrer Ursachen sowie bestehender Grund- und Begleiterkrankungen
- die Behandlung der Schädigung sowie der Grund- und Begleiterkrankungen
- die Beherrschung auftretender Komplikationen und
- die notwendigen Maßnahmen der Tertiärprävention.

5. Strukturvoraussetzungen der Frührehabilitation im Akutkrankenhaus

Die Strukturvoraussetzungen für die fachübergreifende Frührehabilitation sind abhängig von dem Aufgabenspektrum der verschiedenen Akutkrankenhäuser (z.B. Maximalversorgung). Dabei ergänzen sich die folgenden Formen der Frührehabilitation:

- die Leistungserbringung durch Frührehabilitationsteams, u.a. auf Intensivstationen, Stroke Units und anderen hochspezialisierten Fachstationen (Acute Rehab Team, ART¹)
- die Leistungserbringung auf eigenständigen bettenführenden fachübergreifenden Frührehabilitationsstationen (Acute Rehabilitation Unit; ARU)

Das Frührehabilitationsteam wird insbesondere dann eingesetzt, wenn hochspezialisierter akutmedizinischer Behandlungsbedarf besteht und dieser nur auf einer bestimmten Fachstation erbracht werden kann. Eine Verlegung auf eine Frührehabilitationsstation ist dann indiziert, wenn – bei nach wie vor hohem akutstationären Behandlungsbedarf – der Bedarf an gleichzeitiger rehabilitativer Intervention einschließlich der therapeutischen Pflege hoch ist oder sogar in den Vordergrund tritt.

Die fachübergreifende Frührehabilitation ist als multi- und interdisziplinäre, patientenzentrierte Teamarbeit organisiert. Fachübergreifende Frührehabilitation bedeutet dabei, dass Patienten aus verschiedenen medizinischen Fachbereichen mit zumeist multiplen Schädigungen in unterschiedlichen Organsystemen behandelt werden. Je nach Bedarf werden dabei mehrere akutmedizinische Fachbereiche einbezogen.

5.1. Strukturvorgaben des OPS-Katalogs

¹ Vgl. Ward AB, Gutenbrunner C, Delarque A: A Position Paper on Physical & Rehabilitation Medicine in Acute Settings. Professional Practice Committee of the UEMS-PRM-Section (in Press)

Die Strukturvoraussetzungen für die Frührehabilitation sind in den OPS-Kodes (DIMDI 2008ff) beschrieben. Sie beinhalten sowohl fachliche Qualifikationen und eine Teamstruktur als auch einige Beschreibungen von Prozessen einschließlich diagnostischer Maßnahmen und Assessments. Im Einzelnen werden die folgenden Merkmale gefordert (OPS-Code 8-559 „Fachübergreifende und andere Frührehabilitation“):

- Frührehabilitationsteam unter fachärztlicher Behandlungsleitung (mindestens 5 Jahre in der Rehabilitationsmedizin tätig oder 5 Jahre Tätigkeit in der Physikalischen und Rehabilitativen Medizin oder Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin)
- standardisiertes Frührehabilitationsassessment oder Einsatz von krankheitsspezifischen Scoring-Systemen zur Erfassung und Wertung der funktionellen Defizite in mindestens 5 Bereichen (Bewusstseinslage, Kommunikation, Kognition, Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Verhalten, Emotion) zu Beginn und im Verlauf der Behandlung
- wöchentliche Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele
- aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal (Therapeutische Lagerung, Mobilisierung, Körperpflege, Kleiden, Essen und Trinken; Ausscheidungstraining, Wahrnehmungsförderung, Aktivierungstherapie, Trachealkanülenmanagement u.a.)
- Vorhandensein von mindestens vier der folgenden Therapiebereiche: Physiotherapie/Krankengymnastik, Physikalische Therapie, Ergotherapie, Neuropsychologie, Psychotherapie, Logopädie/faziorale Therapie/Sprachtherapie, künstlerische Therapie (Kunst- und Musiktherapie), Dysphagietherapie und Einsatz von mindestens drei dieser Therapiebereiche in patientenbezogenen unterschiedlichen Kombinationen und unterschiedlichem Zeitaufwand
- Entlassungsassessment zur gezielten Entlassung oder Verlegung des Patienten

Für die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (OPS 8-550) und die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (OPS 8-552) gelten ähnliche Kriterien, wobei zusätzlich der geriatrische bzw. neurologische Sachverstand in der Teamleitung gefordert werden.

5.2. Fachliche Qualifikation, Team- und Raumstruktur

Sämtliche Rehabilitationsprozesse werden vom Rehabilitationsarzt bzw. von der Rehabilitationsärztin gesteuert, integriert und koordiniert. Er oder sie ist auch für die Qualitätssicherung verantwortlich. Frührehabilitation von schwer oder schwerst betroffenen, häufig multimorbiden Patienten setzt eine fundierte und breit angelegte Weiterbildung im Akutkrankenhaus voraus. Besondere Kenntnisse in der Behandlung der häufig internistischen Komplikationen von Frührehabilitationspatienten sind erforderlich. Als Leiter einer fachübergreifenden Frührehabilitation ist aufgrund seiner Aus- und Weiterbildung insbesondere der Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin geeignet.

Beide Formen der Frührehabilitation (Frührehabilitationsteams und fachübergreifende Frührehabilitation auf eigenständiger bettenführender Abteilung) sind nur in einer multiprofessionellen und interdisziplinären Teamstruktur durchführbar. Folgende Fachbereiche sind im Frührehabilitationsteam neben den konsiliarisch eingebundenen ärztlichen Fachspezialisten je nach Indikation vertreten: der Pflegedienst (mit besonderer Qualifikation und Weiterbildung in aktivierend-therapeutischer Pflege), die Physiotherapie, die Ergotherapie, die Neuropsychologie, die Psychotherapie, die Logopädie, Physikalische Therapien, die Musiktherapie, die Kunsttherapie und die Sozialarbeit. Ein verbindlicher Stellenplan wurde bisher allerdings nicht definiert und ist wegen des unterschiedlichen Krankheitsspektrums einzelner Einrichtungen als allgemeinverbindliche Vorgabe auch nicht sinnvoll.

Die Räumlichkeiten und ihre Ausstattung, insbesondere die von Frührehabilitationsstationen, müssen die oben genannten Aufgaben der Frührehabilitation ermöglichen und fördern. Beispielsweise sollten die Räume flexibel gestaltet werden können (z.B. bei Isolierungsbedarf von Patienten). Die Patientenzimmer müssen groß genug sein, um das erforderliche Pflege- und Therapiematerial zum Einsatz bringen zu können. Die Nasszellen müssen behinderten- und therapiegerecht ausgestattet sein und das bei Frührehabilitationspatienten notwendige Selbsthilfetraining ermöglichen.

Bettenführende Frührehabilitationsabteilungen müssen in der Lage sein, akutmedizinisch kranke Patienten hinsichtlich ihrer Kreislauffunktion kontinuierlich überwachen zu können. Die Therapieräume sollten in die bettenführende Abteilung integriert werden, um eine interdisziplinäre Teamarbeit und kurze Wege zur Behandlung zu gewährleisten.

5.3. Prozesse (inklusive Assessments)

Die Behandlungsprozesse in der fachübergreifenden Frührehabilitation berücksichtigen die folgenden wesentlichen Faktoren:

- Ursache und Schwere der Erkrankung einschl. evtl. Vorerkrankungen und Komplikationen
- Primärpersönlichkeit und soziale Bindung des Patienten
- Aktuelles Verhalten und Befinden des Patienten
- Zeitpunkt, Intensität und Dauer der individuell und aktuell erforderlichen Behandlung
- Art und Umfang der Behandlung
- Motivation und Kompetenz der Mitarbeiter
- Reaktion und Interaktion des Teams
- Interaktion zwischen Mitarbeiter und Patient
- Verhalten und Befinden der Angehörigen
- Kooperation von Leistungsträger und Management (ärztlich und administrativ)

Das rehabilitative Qualitätsmanagement erfordert die aktive Beteiligung aller Teammitglieder in regelmäßigen Besprechungen zur Planung und Beurteilung des individuellen Rehabilitationsverlaufes. Die entsprechenden Teamsitzungen müssen strukturiert und standardisiert sowie regelmäßig durchgeführt und dokumentiert werden. Ein wesentliches Qualitätsmerkmal der fachübergreifenden Frührehabilitation ist – wie auch im OPS-Code 8-559 festgeschrieben – ein standardisiertes Frührehabilitationsassessment (Voss et al. 2000). Erfasst und gewertet werden zu Beginn, im Verlauf und bei Entlassung des Patienten funktionelle Defizite in mindestens fünf Funktionsbereichen. Gebräuchliche Frührehabilitationsassessments genügen den Gütekriterien Reliabilität, Validität, Änderungssensibilität sowie Praktikabilität.

Gebräuchliche Assessments sind z.B.

- Glasgow-Coma-Scale (GCS): Bewusstseinslage
- Komaremissionsskala (KRS): Bewusstseinslage
- EFA (Early Functional Abilities): Bewusstseinslage, Kommunikation, Kognition
- Frühreha-Barthel-Index: Behandlungsintensität, Kommunikation, Kognition, Mobilität und Selbsthilfefähigkeit
- Barthel-Index: Mobilität, Selbsthilfefähigkeit
- Functional Independence Measure (FIM): Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kommunikation, Kognition
- Dysphagie-Score (BODS): Schluckstörung
- Geriatrische Depressionsskala (GDS): Emotion
- Visuelle Analogskala (VAS): Schmerz
- In Entwicklung: spezifische ICF – Core – Sets (Grill et al. 2005)

Neben den Assessments zur Erfassung funktioneller Defizite muss eine standardisierte Sozialanamnese erhoben werden. Die Prozessqualität in der fachübergreifenden Frührehabilitation wird durch standardisierte, leitlinienorientierte und evidenzbasierte Therapieprozesse in allen Therapiebereichen gesichert. Die zeit- und personalaufwändige Teamarbeit, insbesondere der interdisziplinäre Austausch kann nur durch interne Fort- und Weiterbildung sowie Förderung der Arbeitszufriedenheit und Motivation des Teams gewährleistet werden.

6. Indikationen und patientenseitige Voraussetzungen für die Aufnahme in die fachübergreifende Frührehabilitation

Das Indikationsspektrum der Frührehabilitation im Akutkrankenhaus ist, was die zugrunde liegenden Krankheitsbilder und -diagnosen angeht, naturgemäß sehr breit. Grund hierfür ist, dass die Aufnahmekriterien aus der Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit begründet sind, und zwar unabhängig von der ICD-Diagnose. Beispiele für Krankheitsbilder in der Frührehabilitation sind (vgl. auch Leistner et al. 2005):

- Patienten mit erworbenen Hirnschädigungen, z.B. durch Schädel-Hirn-Trauma, Hypoxie, Schlaganfall, Meningoencephalitis
- Patienten, welche schwere Verletzungen am Stütz- und Bewegungsapparat bzw. an den inneren Organen erlitten haben, z.B. durch Polytrauma
- Patienten mit schwerwiegenden akuten neurologischen Erkrankungen, z.B. Guillain-Barré-Syndrom, Para- und Tetraparese, akuter Schub einer neurologischen Systemerkrankung wie z.B. Enzephalomyelitis disseminata
- Patienten mit schwerer vorbestehender Behinderung zur Wiederherstellung der funktionellen Selbständigkeit nach akuter Erkrankung
- Patienten nach Amputationen bei vorliegenden Begleiterkrankungen und erheblicher zusätzlicher Behinderung
- Patienten nach Langzeitbeatmung und Langzeitintensivbehandlung und Entwicklung eines Critical-Illness-Syndroms

Die Voraussetzungen für eine Patientenübernahme auf eine Station der fachübergreifenden Frührehabilitation sind gegeben, wenn bei nach wie vor hohem akutmedizinischen Behandlungsbedarf frühzeitig dringender intensiver rehabilitativer Interventionsbedarf einschließlich der therapeutischen Pflege besteht. Diese Konstellation besteht insbesondere, wenn mehrere der folgenden Kriterien gleichzeitig vorliegen:

- Behandlungsbedarf durch aufwändige und/oder invasive Verlaufsdagnostik
- weiterer Operationsbedarf (z.B. bei Polytrauma, neurochirurgischen Krankheitsbildern, Brandverletzungen)
- aufwändige Grundversorgung
- aufwändige medikamentöse Therapien (z.B. i.v.-Antibiose, Immunsuppression, Chemotherapie)
- Bedarf an intermittierender Beatmung oder dauerhafter O₂-Zufuhr
- Dialysepflichtigkeit
- Bedarf an parenteraler Ernährung
- notwendige weitere akutmedizinische Diagnostik und Behandlung von zusätzlichen Gesundheitsstörungen
- Bedarf an hochspezialisierter rehabilitativer Diagnostik und Therapie bei
 - Schluckstörungen
 - kognitiven Störungen

- neurogenen Blasenentleerungsstörung
- aufwändiger Spastikbehandlung
- aufwändiger Orthesen- und/oder Prothesenversorgung
- Notwendigkeit der Evaluation der Funktionsfähigkeit bzw. des Rehabilitationspotenzials und der Rehabilitationfähigkeit, wenn konsiliarisch dies nicht sicher beurteilbar ist und einer umfassenden Abklärung unter stationären Bedingungen bedarf (ggf. auch in Form eines Reha-Versuchs)
- Aufwändiger Pflegebedarf, welcher nur im Akutkrankenhaus erfolgen kann, z.B.
 - wenn der zu rehabilitierende Patient noch schwerst pflegebedürftig und/oder in großem Umfang auf fremde Hilfe angewiesen ist.
 - hoher Grundpflegebedarf aufgrund des hohen akutmedizinischen Behandlungsbedarfs
 - gravierende Begleiterkrankungen oder Komplikationen
 - ausgeprägte beeinträchtigende Vorerkrankungen
 - bei spezifischen Pflegemaßnahmen, wie
 - Pflege des Tracheostomas
 - Pflege von Ulcus oder Decubitus
 - kontinuierliche Überwachung der Vitalfunktionen
 - kontinuierliche Überwachung der Patienten bei Weglauftendenz
 - kontinuierliche Überwachung der i.v.-Medikation und der parenteralen Ernährung
 - pflegerische Versorgung aufwändiger zu- und ableitender Systeme (z.B. Zentralvenenkatheter, Harnleitungssysteme, Periduralkatheter, Thoraxdrainagen, gastrointestinale Sonden, Sauerstoff-Versorgung)
 - bei speziellen rehabilitativen Konzepten der aktivierenden therapeutischen Pflege unter Nutzung der funktionellen Fähigkeiten und Potentiale der Patienten

Ausschlusskriterien zur Aufnahme von Patienten in die fachübergreifende Frührehabilitation sind vital bedrohliche Komplikationen und andere Gründe für eine fortgesetzte intensivmedizinische Behandlungsbedürftigkeit. Andere akutmedizinisch zu behandelnde Zustände und Krankheitsbilder wie erhöhter Hirndruck, Sepsis und kontinuierliche Beatmungspflicht können je nach Ausstattung der Frührehabilitationsabteilungen beherrscht oder im Rahmen der interdisziplinären Kooperation im Akutkrankenhaus behandelt werden. So gelingt z.B. die Entwöhnung von der Beatmung bei intensivierter gezielter Physiotherapie schneller als ohne diese Therapie. Dies setzt entsprechende Möglichkeiten und einen adäquaten Stellenschlüssel voraus.

Die Frage, wie viele Patienten eines Krankenhauses einer Frührehabilitation bedürfen, ist stark abhängig von dem Patientenspektrum des jeweiligen Hauses. Es gibt für diesen Bereich nach wie vor keine evidenzbasierten Bedarfsschätzungen. Aufgrund von Erfahrungswerten kann jedoch als realistisch angenommen werden, dass derzeit bei ca. 2% aller Krankenhauspatienten (mit zunehmender Tendenz aufgrund des demographischen Faktors) eine Indikation zur Frührehabilitation besteht.

7. Erfahrungen mit der Frührehabilitation im Akutkrankenhaus

Die bestehenden Abteilungen für fachübergreifende Frührehabilitation werden von den zuweisenden Abteilungen in hohem Maße nachgefragt, was zu längeren Wartelisten führt. Die Erfahrung zeigt, dass weniger Folgekomplikationen eintreten, die gesundheitlichen Ziele bei den Patienten rascher erreicht und der Erfolg der Akutbehandlung gesichert werden können. Die Zahl der Entlassungen in Pflegeeinrichtungen nimmt ab.

Ein wesentliches Merkmal der Frührehabilitation ist die Integration von Akutmedizin und früh einsetzenden rehabilitativen Maßnahmen. So besteht, im Gegensatz zu den meisten Rehabilitationseinrichtungen außerhalb von Akutkrankenhäusern, bei Komplikationen, welche in dieser frühen Phase der Rehabilitation erfahrungsgemäß häufiger auftreten, über 24 Stunden Rückgriffmöglichkeit auf akutmedizinische Diagnostik, wie z.B. auf Laboruntersuchungen, bildgebende Verfahren einschließlich CT und MRT, die Coronarangiographie und auf die Konsiliardienste aus zahlreichen hochspezialisierten Fachbereichen (fachspezifische Chirurgie, (Neuro-)Urologie, Intensivbehandlung u.a.).

Erste Evaluationen aus den Abteilungen für fachübergreifende Frührehabilitation ergeben erwartungsgemäß eine hohe Komplikationsrate, darunter schwerwiegende Komplikationen (z.B. rezidivierende pulmonale Infektionen, rezidivierende Wundheilungsstörungen mit problematischem Keimspektrum wie z.B. MRSA) mit relevanter Verlängerung der Behandlungsdauer.

Nach den Erfahrungen in den bestehenden Abteilungen für fachübergreifende Frührehabilitation bestehen deutliche positive Effekte der Frührehabilitation auf das Ausmaß der funktionellen Einschränkung bei den meist schwer oder schwerst betroffenen Patienten. Durch die Frührehabilitation konnte in regelhafter Weise die Rehabilitationsfähigkeit der Patienten erst hergestellt werden. Im Rahmen der intensiven frührehabilitativen Maßnahmen, insbesondere der interdisziplinären Behandlungen im multidisziplinären Team (s.o.) kann im Großteil der Fälle eine deutliche Verbesserung des funktionellen Status erzielt werden, messbar an den wöchentlich durchgeführten rehabilitativen Assessments. So können schon während der akutstationären Phase des Krankheitsverlaufes optimale Voraussetzungen für die weitergehende Rehabilitation erreicht werden.

Ein weiterer positiver Effekt besteht in der Optimierung der Organisation der weiterführenden Rehabilitation. Durch den Einsatz rehabilitativer Kompetenz schon im Akutkrankenhaus ergibt sich eine deutliche Verbesserung der Übergänge in die weiterführende Rehabilitation. Rückmeldungen aus weiterführenden Rehabilitationskliniken zeigen, dass nach Frührehabilitation die Rehabilitationspotentiale der Patienten besser genutzt werden können.

8. Abgrenzung der Frührehabilitation von der Frühmobilisation und der weiterführenden Rehabilitation

Die Frührehabilitation im Akutkrankenhaus beginnt im Rahmen einer akuten Gesundheitsstörung mit Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit und umfasst zwei Formen der umfassenden teamintegrierten ärztlich-

therapeutischen Leistungserbringung (s.o.), die von der (einfachen) funktionsorientierten Physiotherapie (sog. Frühmobilisation) abzugrenzen ist. Sie beinhaltet Rehabilitationsmaßnahmen während der Krankheitsphase, in der ein akutstationärer Behandlungsbedarf besteht. Sie ist somit von der weiterführenden Rehabilitation abzugrenzen. Ziel der Frührehabilitation ist das Erreichen der Rehabilitationsfähigkeit für andere Rehabilitations- (z.B. Anschlussrehabilitation) und Versorgungsformen. Wie **Tabelle 1** zeigt, beginnt Frührehabilitation im Akutkrankenhaus so früh wie möglich und zielt auf die Wiederherstellung von Basisfunktionen und Vermeidung drohender bleibender Einschränkungen von Aktivitäten und Partizipation. Eine Rehabilitationsfähigkeit im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung (Fähigkeit zur Teilnahme an aktiven Therapiemaßnahmen, Reisefähigkeit u.a.) ist noch nicht gegeben (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger 2003). Dennoch muss auch in der Frührehabilitation ein Rehabilitationspotential vorhanden oder zumindest möglich sein.

	Frührehabilitation	Weiterführende Rehabilitation
Phase	Akutphase	nichtakute Phase
Zeitlicher Bezug zur Gesundheitsstörung	Früh im Rahmen einer akuten Gesundheitsstörung mit Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit einsetzend	spät in der Sequenz nach einer akuten Gesundheitsstörung mit Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit einsetzend
Hauptzielsetzung der Rehabilitation	Wiederherstellung der Basisfunktionen Vermeidung einer drohenden bleibenden Beeinträchtigung der Partizipation	Wiederherstellung der über die Basisfunktionen hinausgehenden Fähigkeiten Verminderung oder Behebung einer manifesten Beeinträchtigung der Partizipation
Rehabilitationspotential	Vorhanden oder möglich	vorhanden
Rehabilitationsfähigkeit (im Sinne der DRV)	nicht gegeben	gegeben
Akutmedizinischer Behandlungsbedarf	hoch, dauernd oder intermittierend	nicht vorhanden oder gering
Akutmedizinische diagnostische und/oder therapeutische Infrastruktur	Notwendig	nicht notwendig
Konzeption	Frührehabilitation im Akutkrankenhaus mit umfassendem Programm bezogen auf alle Komponenten der ICF: <ul style="list-style-type: none"> • <u>Frührehabilitationsteams</u> (Acute Rehab Team, ART) • <u>Frührehabilitationsstationen</u> (Acute Rehabilitation Unit; ARU) 	Leistungserbringung in Rehabilitationsklinik oder ambulantem Rehabilitationszentrum mit umfassendem Programm bezogen auf alle Komponenten der ICF

Tabelle 1: Abgrenzung der Frührehabilitation gegenüber der weiterführenden Rehabilitation (nach Stucki et al 2002a, modifiziert)

9. Versorgungsstrukturen der Frührehabilitation in Deutschland

Basierend auf den konzeptionellen Beschreibungen der Frührehabilitation (Stucki et al. 2002a, b; Stier-Jarmer et al. 2002a,b) hat sich in den letzten Jahren in Modellprojekten und anderen Kliniken eine funktionierende Praxis der Frührehabilitation entwickelt.

Die flächendeckende Etablierung der Frührehabilitation im Akutkrankenhaus erfordert zum einen das Vorhandensein zentraler, von PRM-Fachärzten geleiteten Abteilungen für Physikalische und Rehabilitative Medizin (PRM)

an Akutkrankenhäusern und zum anderen das Vorhandensein bettenführender fachübergreifender Frührehabilitationsabteilungen in den großen Akutkrankenhäusern oder im Verbund kleinerer Akutkrankenhäuser.

Besonders in großen Krankenhäusern mit einem hohen Anteil an Intensivbetten und deren im Vergleich zu kleineren Krankenhäusern überdurchschnittlichen Nutzungsgrad ist der Bedarf für Leistungen der fachübergreifenden Frührehabilitation mit ihrem breiten Spektrum an Patienten mit unterschiedlichsten Gesundheitsstörungen in hohem Maße gegeben.

Eine Analyse der frührehabilitativen Versorgungsstrukturen aus den Jahren 2001/2002 (Stucki et al. 2002b; Stier-Jarmer et al. 2002a, b) zeigt, dass zu diesem Zeitpunkt bundesweit höchstens jedes vierte bis fünfte allgemeine Akutkrankenhaus in der Größenklasse über 400 Betten mit einer Abteilung für Frührehabilitation, sei es geriatrische, neurologische oder fachübergreifende, ausgestattet war.

Einrichtungen der neurologischen Frührehabilitation Phase B fanden sich zum damaligen Zeitpunkt (2001/2002) in ca. 4% aller großen Akuthäuser (über 400 Betten). Die Abteilungen der fachübergreifenden Frührehabilitation sind fast alle in großen Akuthäusern angesiedelt. Da es sich dabei aber insgesamt um nur wenige Einrichtungen handelt, versorgt auch dieser Bereich nur einen sehr geringen Anteil großer Krankenhäuser mit frührehabilitativer Kompetenz.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Akutkrankenhäuser mit Abteilungen der fachübergreifenden Frührehabilitation e.V. zählt derzeit 17 Mitgliedseinrichtungen mit insgesamt etwa 500 Betten. Mindestens eine weitere Einrichtung dieser Art befindet sich im Aufbau. Die Anzahl der für die fachübergreifende Frührehabilitation zur Verfügung stehenden Betten ist damit in den letzten Jahren im Wesentlichen unverändert geblieben. Mit einer Ausnahme sind die o.g. bettenführenden Abteilungen für fachübergreifende Frührehabilitation ausschließlich an großen Akutkrankenhäusern (mind. 400 Betten) angesiedelt. Regionale Schwerpunkte finden sich in Berlin (drei Einrichtungen), in Hamburg (zwei Einrichtungen) sowie in Bayern mit derzeit drei Einrichtungen in München und jeweils einer in Ingolstadt, Nürnberg und Feldafing.

Die DRG-Statistik des Statistischen Bundesamtes zeigt, dass in den Krankenhäusern im Jahr 2006 für insgesamt 6.158 Patienten eine Fachübergreifende Frührehabilitation (OPS 8-559) kodiert wurde. Es wurden Patienten aus allen Altersgruppen behandelt. Etwa die Hälfte der betroffenen Patienten (51%) war jünger als 60 Jahre.

	1999	2006	Veränderung 1999 / 2006
Physiotherapeuten	15.802	15.932	+ 130 (+ 0,8 %)
Ergotherapeuten	5.821	6.412	+ 591 (+ 10,2 %)
Logopäden	1.069	1.250	+ 181 (+ 16,9 %)
Heilpädagogen	370	446	+ 76 (+ 20,5 %)
Psychologen	4.025	5.826	+1.801 (+ 44,7 %)
Masseure / med. Bademeister	4.941	3.463	-1.478 (- 29,9 %)

Diätassistenten	2.902	2.446	- 456 (- 15,7 %)
Sozialarbeiter	5.378	6.672	+1.294 (+ 24,1 %)
Gesamt	40.308	42.447	+2.139 (+ 5,3 %)

Tab. 2: Nichtärztliches therapeutisches Personal in Krankenhäusern 1999 / 2006. Quelle: Statistisches Bundesamt

Für die Durchführung der Frührehabilitation und anderer rehabilitativer Maßnahmen in den Akutkrankenhäusern steht zurzeit medizinisch-therapeutisches Personal mit insgesamt mehr als 42.000 Mitarbeitern aus acht verschiedenen Berufen zur Verfügung (**Tab. 2**), wobei weitere therapeutische Berufe wie Musik-, Kunst- und Rekreationstherapeuten nicht erfasst und Neuropsychologen, klinische Psychologen und Psychotherapeuten subsummiert wurden. Ein Vergleich mit den Zahlen aus dem Jahr 1999 (Stucki et al. 2002b) zeigt, dass zwischenzeitlich in den Krankenhäusern weiterhin in mehreren Berufsgruppen (Psychologen: +45%; Sozialarbeiter: +24%; Heilpädagogen: +21%; Logopäden: +17%; Ergotherapeuten: +10%) Personal aufgebaut wurde, entsprechend dem höheren Therapiebedarf bei schweren Erkrankungen und einer Tendenz zu kürzeren Verweildauern. Lediglich die Zahl der Masseur/medizinischen Bademeister (-30%) und der Diätassistenten (-16%) ist rückläufig. Personelle Defizite bestehen noch immer zum Beispiel im Bereich der Ergotherapie und Psychologie, die heute in etwa 40% aller Krankenhäuser vertreten sind. Der Anteil der Krankenhäuser, die nicht einmal Physiotherapeuten beschäftigen, hat sich von 21% auf 24% leicht erhöht (**Abb. 1**). Die fachlich qualifizierte ärztliche Führung des medizinisch-therapeutischen Personals (Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin) ist ebenfalls in den Akutkrankenhäusern deutlich unterrepräsentiert (BÄK 2007).

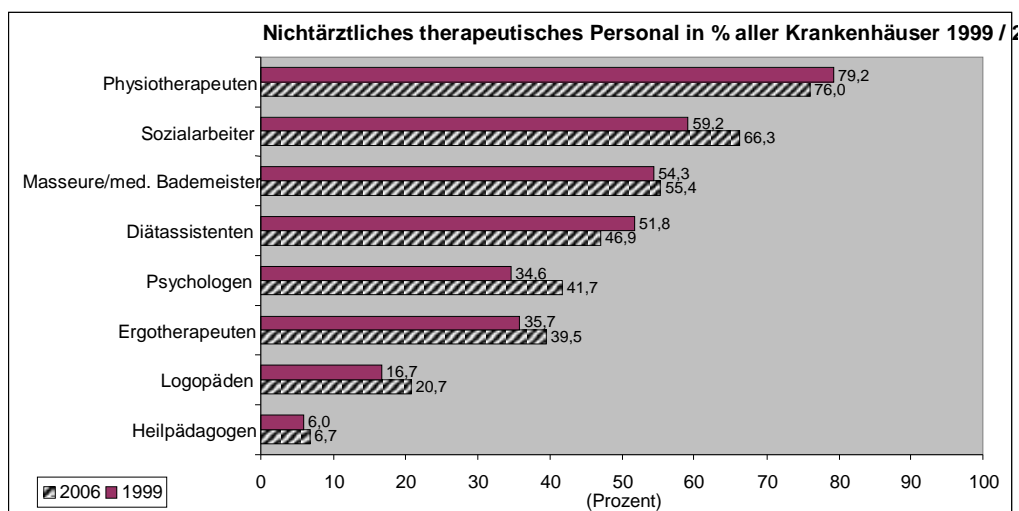


Abbildung 1: Nichtärztliches therapeutisches Personal in % aller Krankenhäuser 1999 / 2006; Quelle: Statistisches Bundesamt

Die derzeit vorhandenen Strukturen der fachübergreifenden Frührehabilitation sind bei weitem noch nicht ausreichend, um alle rehabilitationsbedürftigen Patienten im Sinne des SGB V zu versorgen.

10. Finanzierungssystem der Frührehabilitation - Stand und Perspektiven

10.1. Problembeschreibung

Seit Inkrafttreten des SGB IX am 1. Juli 2001 gilt nach § 39 SGB V: Krankenhausbehandlung „... die akutstationäre Behandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation“. Entsprechend wird im Fallpauschalengesetz von 2002 die Frührehabilitation als Bestandteil der akutstationären Behandlung aufgeführt.

Das grundsätzliche Problem bei der Abbildung von Rehabilitationskosten im DRG System besteht darin, dass in einem Diagnoseorientierten Fallpauschalensystem die Abbildung der Kosten der Akuterkrankung durch ICD 10-Diagnosen, fallgewichtsherswerende ICD 10-Nebendiagnosen und die die Behandlung umfassenden Prozeduren des OPS bestimmt werden. Nicht erfasst wird dabei der Ressourcenverbrauch in der gleichzeitigen Frührehabilitation, der durch die Krankheitsfolgen (Einschränkungen von Körperstrukturen und -funktionen, Aktivitäten und Partizipation gemäß ICF) bestimmt ist.

10.2. Bisherige Entwicklung der Finanzierung der Frührehabilitation im DRG System

Um den Gesetzesauftrag der Entwicklung von Fallpauschalen für die frührehabilitativen Leistungen des akutstationären Aufenthaltes umzusetzen, wurden Prozeduren für die frührehabilitative Komplexbehandlung im OPS entwickelt, die zum einen die Kosten der Rehabilitation abbilden und zum anderen die Qualitätssicherung in der Frührehabilitation gewährleisten sollen.

Die Frührehabilitation wird durch die Prozedur 8-559 Fachübergreifende und andere Frührehabilitation, durch die Prozedur 8-552 Neurologische-neurochirurgische Frührehabilitation und die Prozedur 8-550 Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung abgebildet. Frührehabilitationsprozeduren, die den jeweiligen Fall zu einer Frührehabilitations-DRG triggern, sind ein systemkonformer Ansatz, Frührehabilitation im DRG System abzubilden.

Dabei bestehen derzeit folgende Probleme:

- Ansätze, den Ressourcenverbrauch bestimmenden Schweregrad der funktionellen Einschränkungen abzubilden, wurden bisher nicht verfolgt. Die ICF steht für den praktischen Einsatz noch nicht zur Verfügung.
- Parameter, die die Schwere der funktionellen Einschränkungen bestimmen – wie die Items des Frührehabilitation-Bartel-Index ICD 10 GM U52 – oder die Schwere der motorischen Funktionsstörung (U50) und der kognitiven Funktionseinschränkung (U51), konnten bisher nicht in die Ausdifferenzierung der Frührehabilitations-DRGs eingebracht werden.
- Parameter, die den zeitlichen Verlauf der Frührehabilitation erfassen und damit eine erhebliche Varianz des Ressourcenverbrauches bedingen, gibt es noch nicht.

- Die Dauer der Frührehabilitation wird erheblich durch die Komplikationen der zugrundeliegenden Akuterkrankung mitbestimmt. Diese bedingen eine unkalkulierbare Varianz der Kosten.
- Die Anzahl der zur Auswertung durch das InEK erfassten Fälle der fachübergreifenden Frührehabilitation ist aufgrund der nicht flächendeckenden Versorgung mit Einrichtungen der fachübergreifenden Frührehabilitation in Deutschland zu klein für die Berechnung eigener Fallpauschalen.
- In vielen DRGs, z.B. prae-MDCs sind die erbrachten frührehabilitativen Leistungen nicht erlösrelevant.

Es ist daher folgerichtig, dass die fachübergreifende Frührehabilitation und teilweise auch die neurologische – neurochirurgische Frührehabilitation durch DRGs der Anlage 3 nach § 6 KH-Entgeltgesetz Abs. (1) mit krankenhausspezifisch auszuhandelnden Tagessätzen oder als Zusatzentgelte vergütet wird (vgl. auch Helling et al. 2008).

10.3. Lücken der Abbildung der Frührehabilitation im DRG System

Im Fallpauschalensystem wird aufgrund der derzeit gültigen Systematik ein großer Teil der nicht-geriatrischen bzw. nicht primär neurologischen Patienten mit Frührehabilitationsbedarf von der Finanzierung der Frührehabilitation ausgeschlossen.

Zur Umsetzung des Anspruches auf Frührehabilitation während des akutstationären Aufenthaltes müssen auch Patienten mit Diagnosen, die nicht als zulässige Hauptdiagnosen in den jeweiligen MDCs zur Triggerung einer Frührehabilitations-DRG aufgeführt sind, Frührehabilitation erhalten. Dies wird nur geschehen, wenn dafür eine Finanzierung vorgesehen ist. Auch dürfen Patienten (z.B. mit kardiochirurgischen Eingriffen, die häufig Komplikationen mit schwersten funktionellen Einschränkungen erleiden) nicht ausdrücklich von Frührehabilitation ausgeschlossen werden. Es kann nicht im Sinne des SGB V sein, dass Patienten mit neurologischen Diagnosen nur dann Frührehabilitation erhalten können, wenn sie 300 Minuten an rehabilitativen Interventionen pro Tag benötigen und bekommen.

Es handelt sich um einen systematischen Fehler: Die die DRG bestimmende Haupt-Diagnose ist die zur stationären Aufnahme führende Diagnose. Die die Frührehabilitation erfordernde funktionelle Einschränkung – häufig Folge einer Komplikation der Grunderkrankung - kann diese Fallgroupierung nicht verändern. Also müssen zur Umsetzung des gesetzlichen Anspruches auf Frührehabilitation Frührehabilitationsprozeduren bei allen zulässigen Hauptdiagnosen eine Finanzierung von Frührehabilitation triggern. Diese Frührehabilitationsprozeduren müssen eine Abbildung des bei dem jeweiligen Patienten erforderlichen Ressourcenverbrauches ermöglichen.

Für Fälle, die noch nicht in den bereits etablierten Frührehabilitations-DRGs der Anlage 3 erfasst werden, muss zur Gewährleistung des Anspruches auf Frührehabilitation eine Zusatzvergütung zur Erstattung der Kosten nach § 17 b KHG (Krankenhausfinanzierungsgesetz) der in der Prozedur erfassten Therapie und Rehabilitationspflege-

leistung führen. Unabhängig von der Ausgangs DRG muss die Prozedur 8-559 ein aufwandbezogenes Zusatzentgelt triggern, das auch die Vorhaltekosten entsprechender Abteilungen umfasst. Dies erscheint derzeit als einzige Lösung, Frührehabilitation im DRG System außerhalb der Anlage 3-DRGs zu etablieren.

10.4. Erfassung des rehabilitativen Ressourcenverbrauchs in der Pflege

Während die Erfassung des Aufwandes für die rehabilitativen Therapien z.B. anhand des Kostenkatalogs der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG NT) einfach durchzuführen ist, gibt es kein etabliertes Verfahren, den Aufwand der Rehabilitationspflege zu dokumentieren. Der Katalog der therapeutischen Pflege (KtP) in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation (Phase B) ist das derzeit am schnellsten zu etablierende Leistungserfassungssystem für die Rehabilitationspflege.

Es bedarf jedoch noch einer Vereinfachung bei der Erfassung von höherem Zeitaufwand als im Katalog vorgesehen, hier ist eine Abstimmung der beteiligten Fachgesellschaften notwendig. Kriterien zur Qualitätssicherung sind unabhängig vom Zeiterfassungssystem zu etablieren. Es ist nicht zielführend, die aktivierend-therapeutische Pflege in geriatrische, neurologische und fachübergreifende zu splitten.

11. Folgerungen für die Versorgung

Zusammenfassend ergibt sich aus dem oben beschriebenen Stand der Umsetzung die Notwendigkeit zur Weiterentwicklung des bestehenden Frührehabilitationssystems. Insbesondere müssen die folgenden Maßnahmen ergriffen bzw. umgesetzt werden:

- Eine flächendeckende Umsetzung der Forderung der SGB V und IX zur frühzeitigen rehabilitativen Versorgung von Patienten mit schwersten Erkrankungen und Funktionsstörungen, die zu bleibenden schweren Behinderungen führen können.
- Die Schaffung und Erhaltung adäquat qualifizierter Frührehabilitationseinrichtungen in allen Krankenhäusern, mindestens aber in Krankenhäusern der Schwerpunkt- und Maximalversorgung (einschließlich adäquat weitergebildeter Ärzte, Therapeuten und Pflegekräfte sowie Qualitätsstandards bezüglich Ausstattung und Stellenschlüssel).
- Sicherstellung einer frührehabilitativen Versorgung für alle Patienten mit entsprechendem Versorgungsbedarf. Eine exklusive Einrichtung fachspezifischer Frührehabilitationsabteilungen (z.B. Neurologie, Geriatrie) sollte vermieden werden, da sonst die Gefahr besteht, dass Patienten ohne Zuordnung zu diesen Fachgebieten von der frührehabilitativen Versorgung ausgeschlossen werden.
- Eine kostendeckende Finanzierung der Frührehabilitation (z.B. durch Zusatzentgelte oder andere Modelle). Zur Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben zur Frührehabilitation erscheint es notwendig, sich mittelfristig auf nur eine Struktur der Frührehabilitation an Akutkrankenhäusern der Schwerpunkt- bzw. Maximalversorgung zu einigen. Hierzu ist die unbürokratische Einbindung des unterschiedlichen Fachwis-

sens erforderlich. Da auch geriatrische oder neurologische Erkrankungen zumeist mit einem multimorbiden Schädigungsbild einhergehen, ist es sinnvoll, an solchen Akutkrankenhäusern v.a. die eigenständigen bettenführenden Abteilungen der fachübergreifenden Frührehabilitation aufzubauen. Hierbei müssen die Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin, die rehabilitativ arbeitenden Geriater und Neurologen sinnvoll und zielgerichtet zusammenwirken. Ausschlusskriterien über entsprechende OPS-Codes müssen hierfür aufgehoben werden

Danksagung

Die Autoren danken Herrn Prof. Dr. med. Gerold Stucki für die detaillierte Durchsicht des Positionspapiers und seine sehr konstruktiven Kommentare und Anregungen.

Literatur:

- Bernspang B, Asplund K, Erikson S, Fugl-Meyer AR. Motor and perceptual impairments in acute stroke patients: effect on self-care ability. *Stroke* 1987; 18: 1081-1086
- Bundesärztekammer (BÄK). Ärztstatistik 2007. <http://www.bundesaerztekammer.de>
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR). Positionspapier des Sachverständigenrates der Ärzteschaft der BAR http://www.bar-frankfurt.de/upload/Perspektiv161007-ergaenz_511.pdf
- Bundesarbeitsgemeinschaft medizinisch-beruflicher Rehabilitationszentren. Phase. II, Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation. Heft 8, zweite Auflage, Bonn, Dezember 1994.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR). Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C. Frankfurt/Main November 1995, Ausgabe 2002.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.). Fachübergreifende Rehabilitation im Akutkrankenhaus, Prognos - WIAD / Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands e.V. Forschungsbericht Sozialforschung 275, 1999
- DIMDI (2008). Operationen und Prozedurenschlüssel, Version 2008 (OPS 2008). www.dimdi.de
- Fuhrmann R, Liebig O. Frührehabilitation im Krankenhaus – Zeit für Strukturveränderungen. *Rehabilitation* 1999; 38: 65-71
- Grill E, Ewert T, Chatterji S, Kostanjsek N, Stucki G. ICF Core Sets development for the acute hospital and early post-acute rehabilitation facilities. *Disabil Rehabil*, 2005; 27(7/8): 361 – 366
- Gutenbrunner C, Ward AB, Chamberlain MA. White Book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe. *J Rehabil Med* 2007; 45, Suppl. 1: 1-48
- Hall KM, Cope N. The benefits of rehabilitation in traumatic brain injury: a literature review. *Journal of Head Trauma* 1995; 10: 1- 13
- Helling J, Roeder N, Beyer J, Wolken W. DRG-Evaluationsprojekt Frührehabilitation – Eine prospektive Untersuchung der DRG-Research-Group am Universitätsklinikum Münster im Auftrag der Bundesarbeitsgemeinschaft der Akutkrankenhäuser mit Abteilungen der fachübergreifenden Frührehabilitation e.V. (BAG). Münster: Schöningh-Verlag, 2008
- Klaes L, Helmreich T, Reiche R, Schmidt EH, Wieseler S, Winkler J. Fachübergreifende Frührehabilitation im Akutkrankenhaus - Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojektes am Klinikum Ingolstadt. Schriftenreihe Forschungsberichte des Bundesministeriums für Arbeit, Nr. 275. Bonn/Köln 1999.
- Leistner K, Stier-Jarmer M, Berleth B, Braun J, Koenig E, Liman W, Lüttje D, Meindl R, Pientka L, Weber G, Stucki G. Frührehabilitation im Krankenhaus – Definition und Indikation, *Phys Med Rehab Kuror* 2005; 15: 157 – 167

- Musicco M, Emberti L, Nappi G, Caltagirone C. Early and long-term outcome of rehabilitation in stroke patients. The role of patient characteristics, time of indication, and duration of interventions. *Arch Phys Med Rehab* 2003; 84: 551-558
- Ottenbacher KJ, Jannell S. Results of clinical trials in stroke rehabilitation research. *Arch Neurol* 1993; 50: 37-44
- Shiel A, Henry D, Clark J, McLellan DL, Wilson BA, Burn J. Effect of increased intervention on rate of functional recovery after brain injury: preliminary results of a controlled trial. *Clinical Rehabilitation* 1999; 13 (1): 76
- Shiel A, Burn JP, Henry D, Clark J, Wilson BA, Burnett ME, McLellan DL. The effects of increased rehabilitation therapy after brain injury: results of a prospective controlled trial. *Clinical Rehabilitation* 2001; 15 (5): 501-514
- Stucki G, Stier-Jarmer M, Gadomski M, Berleth B, Smolenski UC. Konzept zur indikationsübergreifenden Frührehabilitation im Akutkrankenhaus, *Phys Med Rehab Kuror* 2002a; 12: 134 – 145
- Stucki G, Stier-Jarmer M, Berleth B, Gadomski M. Indikationsübergreifende Frührehabilitation, *Phys Med Rehab Kuror* 2002b; 12: 146 – 156
- Stucki G, Stier-Jarmer M, Grill E, Melvin, J. Rationale and principles of early rehabilitation care after an acute injury or illness. *Disabil Rehabil* 2005; 27: 353-359
- Stier-Jarmer M, Koenig E, Stucki G. Strukturen der neurologischen Frührehabilitation (Phase B) in Deutschland, *Phys Med Rehab Kuror* 2002a; 12: 260 – 271
- Stier-Jarmer M, Pientka L, Stucki G. Frührehabilitation in der Geriatrie, *Phys Med Rehab Kuror* 2002b; 12: 190 – 202
- Statistisches Bundesamt: Statistisches Bundesamt. Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) - Fachserie 12 Reihe 6.4 – 2006 <https://www-ec.destatis.de>
- Statistisches Bundesamt. Grunddaten der Krankenhäuser - Fachserie 12 Reihe 6.1.1 – 2006: 2.5.3 Nichtärztliches Personal am 31.12. <https://www-ec.destatis.de>
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.). Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung, 6. Auflage. Springer, Berlin-Heidelberg 2003
- Voss A, von Wild K, Prosiegel M. Qualitätsmanagement in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation. W. Zuckschwerdt-Verlag, München 2000.
- World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. Geneva: World Health Organization, 2001
- Yarkoney GM, Roth EJ, Heinemann AW, Wu Y, Katz RT. The benefits of rehabilitation for traumatic spinal cord injury: a multi-varied analysis in 711 patients. *Arch Neurol* 1987; 44: 93-96