

Aus der  
Klinik und Poliklinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation  
der Ludwig-Maximilians-Universität München  
Direktor: Professor Dr. med. G. Stucki

**Frührehabilitation in Deutschland**  
-  
**Versorgungsstrukturen und Prozesse**

Dissertation  
Zum Erwerb des Doktorgrades der Humanbiologie  
an der Medizinischen Fakultät der  
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von  
Marita Stier-Jarmer M.A., M.P.H. postgrad.  
aus Hanau / Main  
2004

Mit Genehmigung der medizinischen Fakultät  
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. med. G. Stucki

Mitberichterstatter: Prof. Dr. med. G. Hamann  
Prof. Dr. Dr. H.-E. Wichmann

Mitbetreuung durch:

Dekan: Prof. Dr. med. Dr. h.c. K. Peter

**Tag der mündlichen Prüfung: 12.07.2004**

Für meine Töchter Sarah und Nora

Diese Arbeit wurde unterstützt von der Deutschen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (DGPMR) und dem Berufsverband der in Rehabilitation, Physikalischer Medizin und Prävention tätigen Ärzte e.V..

---

## Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5
Kurzfassung / Summary	7
1. Einleitung	11
<b>Teil 1: Strukturen und Prozesse der Frührehabilitation in Deutschland</b>	<b>21</b>
2. Frührehabilitation im Akutkrankenhaus – Gesetzliche Grundlagen	23
3. Indikationsübergreifende Frührehabilitation	35
4. Frührehabilitation in der Geriatrie	63
5. Strukturen der Neurologischen Frührehabilitation (Phase B) in Deutschland	101
<b>Teil 2: Konzept indikationsübergreifende Frührehabilitation</b>	<b>133</b>
6. Konzept zur indikationsübergreifenden Frührehabilitation im Akutkrankenhaus	135
7. Zusammenfassung und Diskussion	163
Danksagung	177
Curriculum vitae	179

## Vorwort

Mit Ausnahme der Kapitel 1 (Einleitung) und 7 (Zusammenfassung und Diskussion) wurden alle hier enthaltenen Aufsätze bereits im Jahr 2002 in fünf Beiträgen in der Zeitschrift "*Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*" publiziert und in der vorliegenden Arbeit unverändert gelassen. Jedes einzelne Kapitel behandelt ein in sich abgeschlossenes Thema und steht für sich allein, so dass es auch unabhängig von den anderen gelesen werden kann. Zur Einordnung der Aufsätze in den Kontext der Frührehabilitation in Deutschland vor dem Hintergrund der neuen Gesetzgebung (SGB IX / SGB V und FPG) waren gewisse thematische Überschneidungen und Wiederholungen jeweils in den Einleitungen zu den verschiedenen Themenbereichen unumgänglich.

Die Genehmigung einer vorzeitigen Veröffentlichung der Artikel wurde im März 2002 beantragt und mit Schreiben vom 11.03.2002 durch den Vorsitzenden des Promotionsausschusses im Dekanat der Medizinischen Fakultät erteilt.



## Kurzfassung

**Ziel:** Basierend auf den neuen gesetzlichen Vorgaben (SGB IX / § 39 Abs.1 SGB V) wurden die Steuerungsmechanismen, die Fragen der Qualitätssicherung und der Finanzierung, die Zahlen zur Leistungserbringung und die derzeit bereits vorhandenen Versorgungsstrukturen der Frührehabilitation in Deutschland für drei relevante Fachbereiche - Geriatrie, Neurologie und indikationsübergreifende Frührehabilitation - analysiert und dokumentiert. Von Interesse waren dabei insbesondere die vorhandenen Strukturen in großen Akutkrankenhäusern, weil dort aufgrund der Patientenstruktur ein entsprechend hoher Bedarf besteht. Auf Basis dieser Resultate aus den im ersten Teil der Arbeit untersuchten Strukturen und Prozessen der Frührehabilitation wurden im zweiten Teil neben einer Definition der indikationsübergreifenden Frührehabilitation ein Strukturkonzept sowie Kriterien für die indikationsübergreifende Frührehabilitation und ihre Umsetzung im Krankenhaus entwickelt.

**Material und Methoden:** Mit Hilfe systematischer Literaturrecherchen in Datenbanken ebenso wie im Internet wurde die Datenerhebung in Bezug auf die gesetzlichen Grundlagen und Stellungnahmen hierzu, Meinungen zur Frührehabilitation und den Strukturen und Prozessen im Bereiche der Neurorehabilitation, der Geriatrie und der indikationsübergreifenden Frührehabilitation durchgeführt. Die Datenerhebung zu den vollstationären Versorgungsstrukturen erfolgte durch Befragungen der Landesministerien, des Kuratoriums ZNS und der BAG der Akutkrankenhäuser mit Abteilungen der fachübergreifenden Frührehabilitation e.V.. Die Zahlen betreffend die in den Krankenhäusern tätigen medizinisch-therapeutischen Berufe wurden ebenso wie die Zahlen zur Leistungserbringung den allgemein zugänglichen Datenbeständen der amtlichen Statistik entnommen und speziell aufbereitet.

**Ergebnisse Strukturerhebung:** Seit Mitte der 90er Jahre wurden in sechzehn Krankenhäusern bettenführende Abteilungen für fachübergreifende Frührehabilitation mit derzeit insgesamt 535 Betten eingerichtet. Zudem waren 1999 in fast 80% der Krankenhäuser Physiotherapeuten sowie, allerdings in deutlich geringerer Anzahl, zum Teil auch andere medizinisch-therapeutische Berufe mit rehabilitativer Ausrichtung tätig. Die Datenerhebung im Bereich der Geriatrie ergibt für Deutschland eine Gesamtanzahl von 314 stationären geriatrischen Einrichtungen (Akutgeriatrie und geriatrische Rehabilitation) mit insgesamt 16.297 Betten. Mehr als die Hälfte dieser Betten stehen in kleinen bis mittleren Akutkrankenhäusern (< 400 Betten), gut ein Viertel befindet sich in Rehabilitationskliniken. Der Anteil an großen Krankenhäusern ( $\geq$  400 Betten) mit geriatrischen Abteilungen unterscheidet sich sehr stark in den einzelnen Bundesländern. Insgesamt überwiegt in den meisten Bundesländern der Anteil akutgeriatrischer Betten. Neurologische Frührehabilitation

der Phase B findet in Deutschland größtenteils in neurologischen Fachkrankenhäusern und in Rehabilitationskliniken statt, sehr viel seltener in allgemeinen Krankenhäusern. Insgesamt gibt es mehr als 2000 Phase-B-Betten, etwa jedes dritte davon steht in Bayern. Bundesweit ist höchstens jedes vierte bis fünfte allgemeine Krankenhaus in der Größenklasse  $\geq 400$  Betten mit einer Abteilung für geriatrische, neurologische oder indikationsübergreifende Frührehabilitation ausgestattet.

**Konzept:** Zu unterscheiden sind die ergänzende Frührehabilitation, in der ersten oder zweiten Akutphase durch ärztlich geleitete mobile Rehtteams auf den Intensiv-, Intermediate-Care- und Fachstationen eines Krankenhauses erbracht und die umfassende Frührehabilitation auf einer frührehabilitativen Abteilung in der zweiten Akutphase. Von beiden abzugrenzen ist die funktionsorientierte Physiotherapie als heute obligatorischer Bestandteil moderner akutmedizinischer Behandlung im Krankenhaus.

Die Indikation für eine ergänzende oder umfassende Frührehabilitation ist gegeben, wenn bei einem akutmedizinischen Krankenhauspatienten Frührehabilitationsbedürftigkeit und -fähigkeit besteht und eine positive Frührehabilitationsprognose anzunehmen ist. Entscheidendes Kriterium für die Frührehabilitation ist die Notwendigkeit einer gleichzeitigen akutmedizinischen Versorgung.

### **Schlussfolgerung:**

Die gesetzlich geforderte Frührehabilitation kann zumindest teilweise auf vorhandenen Ressourcen aufbauen. Wichtig ist für die Zukunft die Frage der optimalen Zuweisung von Patienten in indikationsspezifische oder -übergreifende Frührehabilitations-Einrichtungen. Gegebenenfalls sind hier bestehende Strukturen bedarfsgerecht zu ergänzen. Anzustreben ist künftig auch eine konzeptionelle Abstimmung und Entwicklung von gemeinsamen und differentiellen Kriterien zur umfassenden indikationsübergreifenden Frührehabilitation und verschiedenen umfassenden indikationsspezifischen frührehabilitativen Konzepten. Der künftige Bettenbedarf in der Frührehabilitation ist derzeit nur schwer abzuschätzen. Die demografische Entwicklung wird darauf ebenso einen Einfluss haben, wie etwaige Veränderungen der Verweildauern in der Frührehabilitation beispielsweise aufgrund weiterer Fortschritte der medizinischen Behandlungsmöglichkeiten oder als Folge des neuen DRG-basierten Vergütungssystems für die Krankenhäuser. Das nach wie vor drängendste Problem im Bereich der Frührehabilitation in Deutschland bleibt die Frage der künftigen Finanzierung. Das Fortbestehen dieser Versorgungsform wird stark davon abhängen, wie die DRGs letztendlich gestaltet werden respektive ob aufwändige Behandlungen mit unbestimmter Dauer wie die Frührehabilitation zumindest vorübergehend aus dem DRG-System ausgenommen werden.



---

## Summary

**Objective:** This study is based on new legal demands (SGB IX / § 39 Abs.1 SGB V). It explores aspects of management, quality assurance and funding, along with the facts and figures related to the provision of services and the presently existing structure of care for early rehabilitation in Germany in three relevant clinical specialities - geriatrics, neurology and general early rehabilitation. The existing structures in large general hospitals were of special interest, as they have an increased requirement due to their specific mix of patients. On the basis of the results concerning the structures and processes of early rehabilitation investigated in the first part of the survey, a definition of general early rehabilitation, a structural concept and criteria for general early rehabilitation and its implementation in the hospital setting were developed in the second part of this study.

**Material and Methods:** The data collection with regard to the fundamental legal principles and relevant statements, opinions pertaining to early rehabilitation and to the structures and processes of neurological rehabilitation, geriatrics and general early rehabilitation was carried out by means of systematic searches in relevant databases and in Internet. Data concerning inpatient care structures was collected by inquiries to the sixteen ministries of the federal states of Germany, to the *Kuratorium ZNS e.V.* and to the *Bundesarbeitsgemeinschaft der Akutkrankenhäuser mit Abteilungen der fachübergreifenden Frührehabilitation e.V.*. The number of remedial therapy professions working in hospitals as well as the figures concerning service provision were taken from public datasets of the official statistics and have been specifically processed for this study.

**Results:** Since the mid nineties 16 hospitals in Germany have set up inpatient departments for interdisciplinary early rehabilitation with a present total of 535 beds. In 1999 physiotherapists worked in almost 80% of all hospitals along with, although in much smaller numbers, members of other remedial therapy professions. Currently there are no evidence based estimations of the demand for therapy or for inpatient general early rehabilitation.

The data collection in geriatrics shows that there are now 314 inpatient geriatric institutions (acute and rehabilitative geriatric settings) with a total of 16.297 beds. More than half of these beds are situated in small- or medium-sized acute hospitals (< 400 beds), a fourth is situated in rehabilitation hospitals. The portion of large hospitals (≥ 400 beds) with geriatric departments is much different in the various regions of the FRG. Overall predominantly acute geriatric settings are to be found in the most states of the FRG.

Early rehabilitation in neurology (phase B) in Germany is mainly carried out in specialised neurological hospitals and in rehabilitation hospitals and, very rarely, in general hospitals.

Overall more than 2000 phase-B-beds exist, approximately one third of which are in Bavaria. At the most 20-25% of the larger German hospitals are provided with departments for geriatric, neurological or general early rehabilitation.

**Concept:** It is possible to differentiate between complementary early rehabilitation, provided by medically managed mobile rehabilitation-teams in intensive- or intermediate-care-units or in specialized departments of an hospital during the first or second acute phase, and comprehensive early rehabilitation provided in inpatient early rehabilitation departments during the second acute phase. It is important to distinguish both from the function-oriented physiotherapy which is today a mandatory part of modern acute inpatient care.

Complementary or comprehensive early rehabilitation is indicated if an in-patient with acute-medical needs exhibits the necessity and ability to participate in early rehabilitation and a positive rehabilitation prognosis can be assumed. The criteria are primarily based on both rehabilitative and acute-medical needs.

**Conclusion:** Legally required early rehabilitation can at least partly be based on existing structures. In the future the optimal allocation of patients to indication specific early rehabilitation departments or to general early rehabilitative institutions will be very important. If necessary, existing structures will need to be supplemented according to the current requirements. Conceptual agreement and the development of common and specific criteria for comprehensive general early rehabilitation and for other comprehensive indication specific early rehabilitative concepts are also desirable. The future demand for beds in early rehabilitation is currently hard to assess. This will be influenced by demographic developments and by possible changes in inpatient time during early rehabilitation as a result of, for example, further advances in medical care. The new DRG-based payment-system in hospitals could also result in an increased demand for early-rehabilitation-structures.

One of the most urgent problems for early rehabilitation in Germany remains the future funding. The continuity of this type of care will highly depend on the final design of the DRG-system. It is of great importance that complex treatments with undefined duration such as early rehabilitation may be, at least temporarily, excluded from the DRG-system.

## 1. Einleitung

Über viele Jahre hinweg existierten in Deutschland die akutstationäre Behandlung und die Rehabilitation von Patienten nebeneinander als zwei völlig getrennte Bereiche der medizinischen Versorgung. Infolge der Erkenntnis, dass Rehabilitation zur optimalen Nutzung der Rehabilitationschancen eines Patienten frühzeitig, umfassend und als einheitlicher nicht strikt von der Kuration getrennter Vorgang stattfinden muss [1-6], wurden in den 80er und verstärkt in den 90er Jahren in deutschen Krankenhäusern zunehmend Strukturen zur akutstationären Frührehabilitation geschaffen. Zu nennen sind hier insbesondere die indikations- oder fachübergreifende Frührehabilitation, die Geriatrie, die Neurologische Frührehabilitation (Phase B), die Neuropädiatrie sowie die Paraplegiologie und die Behandlung von Schwerbrandverletzten [7-11].

Unter Frührehabilitation ist die gleich- und frühzeitige akutmedizinische und rehabilitative Behandlung von Patienten zu verstehen, die aufgrund einer akuten Gesundheitsstörung stationärer Versorgung im Krankenhaus bedürfen und zugleich in ihrer funktionalen Gesundheit gemäß der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) [12] relevant beeinträchtigt sind. Sie betrifft insbesondere Patienten mit schweren akuten Gesundheitsstörungen (Erkrankungen / Unfällen), Komplikationen und Multimorbidität, Zustand nach langdauernder intensivmedizinischer Versorgung, vorbestehenden chronischen Krankheiten sowie vorbestehenden Behinderungen oder altersbedingten Veränderungen.

Entsprechend findet Frührehabilitation an der Schnittstelle zwischen Akutbehandlung und Rehabilitation statt. Ziel der Frührehabilitation ist es, die spontane Genesung des Patienten zu unterstützen und zu fördern und Sekundärschäden zu verhindern oder zumindest in ihren Auswirkungen so zu mindern, dass Behinderungen und Beeinträchtigungen möglichst gering bleiben [7,13,14].

Von Anschlussheilbehandlung (AHB) und weiterführender Rehabilitation unterscheidet sich die Frührehabilitation im wesentlichen durch drei Charakteristika. Während erstens die AHB / weiterführende Rehabilitation in der Zeit nach Abschluss der Akutbehandlung stattfindet, wird Frührehabilitation zeitgleich mit der Akutbehandlung durchgeführt. Folglich ist zweitens der Anteil der Akutmedizin in dieser Behandlungs-

phase wesentlich höher als während der AHB / weiterführenden Rehabilitation. Ein dritter Unterschied liegt schließlich in der Rehabilitationsfähigkeit des Patienten. Der Patient in der AHB / weiterführenden Rehabilitation muss frühmobilisiert und ausreichend belastbar, motiviert und in der Lage sein, aktiv mitzuarbeiten. Frührehabilitation dagegen findet auch bei solchen Patienten Anwendung, die zunächst noch nicht kooperationsfähig sind und deren allgemeine psychische und physische Belastbarkeit noch eingeschränkt sein kann [15].

Einzelne Elemente der Frührehabilitation sind in Deutschland, meist unter der Bezeichnung Frühmobilisation, bereits seit langem integraler Bestandteil der akutmedizinischen Versorgung. Neben der Erhaltung und Förderung der vitalen Lebensfunktionen und der funktionellen Mobilität beinhalten sie auch die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln und die Sozialberatung. In der Mehrzahl der Krankenhäuser arbeiten heute Physiotherapeuten. Andere medizinisch-therapeutische Berufe, die für die Frührehabilitation von Bedeutung sind, findet man dort allerdings sehr viel seltener. Die Leistungserbringung erfolgt meist in Form von berufsgruppenspezifischen Einzelmaßnahmen. In neuerer Zeit gibt es darüber hinaus beispielsweise am Klinikum der Universität München Versuche zur Organisation der medizinisch-therapeutischen Berufe in multidisziplinären mobilen Rehabilitations-Teams. Etwa seit den 80er Jahren wurden in Deutschland zunehmend auch bettenführende Abteilungen für die Frührehabilitation von zunächst hauptsächlich neurologischen oder geriatrischen Patienten in Krankenhäusern und in Rehabilitationskliniken eingerichtet.

### **Historischer Hintergrund**

Die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation in Deutschland hat ihre Wurzeln in der Frühversorgung von Kriegsverletzten während des 2. Weltkrieges. Nach dem Ende des Krieges waren und sind zunehmend Unfallopfer sowie Patienten mit schweren Schäden des zentralen und des peripheren Nervensystems aufgrund verschiedenster Erkrankungen diejenigen, die eine neurologische (Früh-) Rehabilitation benötigen. Die Überlebensrate nach schweren Unfällen und Erkrankungen, wie beispielsweise Schlaganfall ist dank eines verbesserten Rettungswesens und aufgrund einer zunehmend leistungsfähigeren Intensivmedizin seit den 70er und 80er Jahren in Deutschland deutlich gestiegen. Deshalb überleben

heute immer mehr Kranke und Verletzte auch mit schwersten Hirnschädigungen. Ein Indikator für diese Entwicklung ist beispielsweise die Anzahl der Intensivbetten in deutschen Krankenhäusern, die, entgegen dem Trend einer allgemein rückläufigen Entwicklung bei der Gesamtanzahl Krankenhausbetten, im Laufe von 10 Jahren um 45% auf mehr als 23.000 im Jahre 2000 zugenommen hat. Die rehabilitative Versorgung dieser Patienten jedoch, in Form einer effektiven Frührehabilitation im direkten Anschluss an die Intensivbehandlung der ersten Akutphase, stagnierte zunächst auf einem eher bescheidenen Niveau. Erst in den 90er Jahren, nachdem Modellversuche ihre Wirksamkeit belegt hatten [16], wurde die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation in Deutschland verstärkt ausgebaut.

Eine weitere Folge des medizinischen Fortschritts ist die stetig steigende Lebenserwartung der Bevölkerung. Aufgrund dieser Entwicklung sind immer mehr chronisch kranke und multimorbide alte Menschen medizinisch zu versorgen, weshalb die Geriatrie zunehmend an Bedeutung gewinnt. Bei einem Patienten, der in die Geriatrie überwiesen wird, sollen nicht nur die Erkrankung medizinisch therapiert, sondern gleichzeitig auch die funktionellen Fähigkeiten verbessert werden. Vorrangiges Ziel der medizinischen Behandlung in der Geriatrie ist die Erhaltung bzw. Wiederherstellung einer höchst möglichen Selbständigkeit für den Patienten und die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit. Eine zentrale Rolle spielt deswegen auch in der Akutgeriatrie die Rehabilitation. Es überrascht daher nicht, dass der Ursprung der klinischen Geriatrie in Deutschland in der rehabilitativen Arbeit liegt. [9]. Im Gegensatz zu Großbritannien, wo bereits seit den 50er Jahren stationäre geriatrische Versorgungsstrukturen existieren, gab es in der BRD aber selbst in den 60er und 70er Jahren nur vereinzelt geriatrische Einrichtungen. Erst 1980 begann mit der bundesweit ersten Modelleinrichtung für geriatrische Rehabilitation, dem Albertinen-Haus in Hamburg, auch in Deutschland die zügige Entwicklung der Geriatrie.

Noch heute findet Frührehabilitation in Deutschland überwiegend in der Neurologie und in der Geriatrie, den beiden Bereichen in denen Strukturen der Frührehabilitation zuerst etabliert wurden, statt. Doch nicht jeder Patient, der eine Frührehabilitation braucht, ist ein geriatrischer oder ein neurologischer Patient. Aus diesem Grunde wurden erstmals 1984 in München, später auch außerhalb Bayerns bettenführende

Abteilungen der indikations- oder fachübergreifenden Frührehabilitation in Akutkrankenhäusern, die meisten gefördert vom damaligen Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA), eingerichtet.

Weitere klinische Bereiche, in denen Frührehabilitation eine wesentliche Rolle spielt, sind die Neuropädiatrie, die Paraplegiologie und die Versorgung von Schwerbrandverletzten, für die in Deutschland spezielle Versorgungsstrukturen vorgehalten werden. Aufgrund der besonderen Anforderungen stehen für Patienten dieser Gebiete spezifische Behandlungszentren zur Verfügung.

- Neuropädiatrie (12 Schwerpunktkliniken sowie neuropädiatrische Abteilungen in Akutkrankenhäusern und Rehabilitationskliniken)
- Paraplegiologie (24 Spezialzentren für Rückenmarkverletzte in Akutkrankenhäusern und Rehabilitationskliniken [10])
- Schwerbrandverletzte (39 Stationen für Schwerbrandverletzte in Akutkrankenhäusern mit Schwerpunkt in NRW, Abteilungen meist in Universitäts- oder Berufsgenossenschaftlichen Kliniken [11])

### **Gesetzliche Rahmenbedingungen**

Zwei aktuelle Entwicklungen im deutschen Gesundheitswesen werden künftig für die Frührehabilitation von besonderer Bedeutung sein

- das neue Sozialgesetzbuch IX „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ und
- die Implementierung des DRG-basierten Vergütungssystems für die akutstationäre Versorgung.

### **Sozialgesetzbuch IX**

Im Sommer 2001 haben sich mit dem Inkrafttreten des neuen Sozialgesetzbuches IX (SGB IX) [17] die Rahmenbedingungen der Frührehabilitation in Deutschland grundlegend geändert. Nachdem die deutsche Gesetzgebung in der Vergangenheit Frührehabilitation in der Akutphase zwar zugelassen, aber nicht explizit gefordert hatte, wird jetzt erstmals ausdrücklich im Gesetz klargelegt, dass zur **„akutstationären Behandlung auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation“** (§ 39 Abs.1 SGB V) gehören [18]. Basierend auf dieser gesetzlichen Grundlage muss der Auftrag

zur Frührehabilitation nun umgesetzt werden. Die Frührehabilitation ist in bezug auf Versorgungsstrukturen, Organisation und Finanzierung so zu gestalten, dass möglichst alle Patienten, bei denen die Notwendigkeit für eine Frührehabilitation besteht, erfasst und optimal versorgt werden.

### **Fallpauschalengesetz (FPG)**

Veranlasst durch die Vorgaben der Gesundheitsreform 2000 wurde in Deutschland für alle Krankenhäuser im Geltungsbereich der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschaliertes Vergütungssystem (G-DRG-System) eingeführt [19,20]. Seit Januar 2003 können demnach Krankenhäuser freiwillig auf das neue Vergütungssystem umsteigen, ab 2004 ist es für alle Krankenhäuser in Deutschland zwingend vorgeschrieben. Der Einstieg in das neue System erfolgt in den beiden ersten Jahren 2003 und 2004 zunächst budgetneutral. Die einzelnen Pauschalen sind in diesem Zeitraum lediglich Abschlagszahlungen auf die zwischen Kliniken und Leistungsträgern vereinbarten Jahresbudgets. In dieser Phase erhalten Krankenhäuser weiter unterschiedliche Vergütungen für vergleichbare Leistungen. In der anschließenden Konvergenzphase werden bis Ende 2006 die Vergütungen für festgelegte Behandlungsfälle schrittweise vereinheitlicht. Erst ab 2007 werden die Kassen landesweit gleiche Preise für Leistungen bezahlen. Mit der Anwendung dieses DRG-basierten Vergütungssystems in der akutstationären Versorgung wird es zu einer drastischen Verkürzung der Krankenhausverweildauern kommen. Infolgedessen ist eine Verschiebung von Leistungen, die bisher im Rahmen der Krankenhausbehandlung erbracht wurden, in nachfolgende Versorgungsbereiche zu erwarten. Es wird mit einem erhöhten Bedarf und mit steigenden Anforderungen an die Rehabilitation respektive Frührehabilitation zu rechnen sein. Weiter wird zu entscheiden sein, wo die Leistungen der Frührehabilitation in Zukunft erbracht werden sollen. Anders als beispielsweise in Australien, wo Patienten, die eine Rehabilitation, eine chronisch geriatrische, eine psychiatrische oder eine palliative Betreuung benötigen vom DRG-System ausgenommen blieben [21], beabsichtigt man bisher in Deutschland, nahezu alle akutstationären Leistungen (ausgenommen werden nach bisherigem Stand der Diskussion lediglich die Psychiatrie und die Psychosomatik) durch das DRG-System abzubilden. Damit stellt sich gleichzeitig die Frage, wie die Leistungen der Frührehabilitation im Krankenhaus in Zukunft vergütet werden sollen [22]. Im DRG-

System werden sie sich nicht adäquat abbilden lassen, weil dort eine ausschließliche Orientierung an Diagnosen (ICD-10) erfolgt. Die Entwicklung von Vergütungsmodellen in der (Früh-) Rehabilitation muss sich jedoch an den Krankheitskonsequenzen und am individuellen Rehabilitationsbedarf des Patienten orientieren [21-24].

### **Teil 1: Strukturen und Prozesse der Frührehabilitation in Deutschland**

Eine genaue Analyse und Beschreibung der aktuellen Versorgungssituation ist die Voraussetzung und zugleich der erste Schritt auf dem Weg zur flächendeckenden Implementierung einer patientengerechten und qualifizierten, evidenzbasierten und kosten-effektiven Frührehabilitation im Akutkrankenhaus. Basierend auf den oben skizzierten gesetzlichen Vorgaben sollten deshalb im Rahmen der hier berichteten Studie die Steuerungsmechanismen, die Fragen der Qualitätssicherung und der Finanzierung, die Zahlen zur Leistungserbringung und vor allem die derzeit bereits vorhandenen Versorgungsstrukturen der Frührehabilitation in Deutschland für drei relevante Fachbereiche - Geriatrie, Neurologie und indikationsübergreifende Frührehabilitation - analysiert und dokumentiert werden. Von Interesse waren dabei insbesondere die vorhandenen Strukturen in großen Akutkrankenhäusern, weil dort aufgrund der Patientenstruktur ein entsprechend hoher Bedarf besteht. Diese Analyse erfolgt im ersten Teil der vorliegenden Arbeit. Nicht gesondert untersucht wurden dabei die weiter oben erwähnten Spezialeinrichtungen für Rückenmark- und Schwerbrandverletzte sowie die Abteilungen der Neuropädiatrie.

### **Teil 2: Konzept indikationsübergreifende Frührehabilitation**

Auf Basis der Resultate aus den im ersten Teil der Arbeit untersuchten Strukturen und Prozessen der Frührehabilitation werden im zweiten Teil neben einer Definition der indikationsübergreifenden Frührehabilitation ein Strukturkonzept sowie Kriterien für die indikationsübergreifende Frührehabilitation und ihre Umsetzung im Krankenhaus entwickelt.



## Literatur

- <sup>1</sup> Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.). Die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation. Zweiter Bericht der Bundesregierung. Bonn 1989
- <sup>2</sup> Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.). Die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation. Dritter Bericht der Bundesregierung. Bonn 1994
- <sup>3</sup> Grigoleit HP. Frührehabilitation im Krankenhaus. Gesundheitswesen 1993; 55: 234-238
- <sup>4</sup> Regler K. Das Akutkrankenhaus als eigenständiges Glied in der Rehabilitationskette. Das Krankenhaus 1996; 5: 222-228
- <sup>5</sup> Steinke B, Schäfer G. Rehabilitation im Krankenhaus. KrV 1989; 7-8/89 Doku-Nr. 840.7: 232-236
- <sup>6</sup> Steinke B, Schäfer G. Frührehabilitation im Krankenhaus. Die Krankenversicherung 1992; 6: 168-171
- <sup>7</sup> Fuhrmann R. Frührehabilitation im Krankenhaus - Zeit für Strukturveränderungen. Rehabilitation 1999; 38: 65-71
- <sup>8</sup> Petersmann L. Fachübergreifende Frührehabilitation im St.-Antonius-Hospital in Eschweiler. Das Krankenhaus 1996; 8: 419-423
- <sup>9</sup> Meier-Baumgartner HP. Geriatrie – Einbettung in die Versorgungslandschaft der Bundesrepublik Deutschland. Z Gerontol Geriat 2001; 34, Suppl 1: I/1-I/9.
- <sup>10</sup> Deutsche Stiftung Querschnittlähmung (DSQ). Daten zur Querschnittlähmung 2001. <http://www.dsqa.de/>

<sup>11</sup> Freie und Hansestadt Hamburg – Behörde für Inneres. Bereitstellung von Betten für Schwerbrandverletzte in der Bundesrepublik Deutschland 2001. [www.feuerwehr-hamburg.org/brandbetten](http://www.feuerwehr-hamburg.org/brandbetten)

<sup>12</sup> World Health Organization. ICF - International Classification of Functioning, Disability and Health. Genf: 2001

<sup>13</sup> Gadomski M. Die Frührehabilitation des mehrfachverletzten Patienten. DGU – Mitteilungen und Nachrichten 1999; 40: 44-49

<sup>14</sup> Gadomski M. Frührehabilitation im Krankenhaus. Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin 2000; 10: 127-132

<sup>15</sup> Fuchs H. Frührehabilitation und Anschlussheilbehandlung - Instrumente der nahtlosen Versorgung. Mitteilungen des Bundesverbandes Deutscher Privatkrankeanstalten f&w 2001; 18. Jg: 505-510

<sup>16</sup> von Wild K. Neurochirurgie und Neurorehabilitation – ein Beitrag zur Geschichte der neurochirurgischen Rehabilitation. In: Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie: Neurochirurgie in Deutschland. Berlin/Wien: Blackwell Wissenschafts-Verlag, 2001: 424-428

<sup>17</sup> Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen [http://www.bma.bund.de/download/gesetze\\_web/SGB09/sgb09xinhalt.htm](http://www.bma.bund.de/download/gesetze_web/SGB09/sgb09xinhalt.htm)

<sup>18</sup> Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung – [http://www.bmgs.bund.de/download/gesetze\\_web/Sgb05/sgb05xinhalt.htm](http://www.bmgs.bund.de/download/gesetze_web/Sgb05/sgb05xinhalt.htm)

<sup>19</sup> Bundesregierung Deutschland. Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz – FPG). Bundesgesetzblatt Jahrgang 2002 Teil I Nr.27; Bonn 2002: 1412-1432

<http://217.160.60.235/BGBl/bgbl1f/GGTSPU-28588-155562-DAT/BGBl102027s1412.pdf>

<sup>20</sup> Knorr G. Krankenhausrecht. München: Beck, 2003

<sup>21</sup> Köhler F. Auswirkungen des DRG-Systems auf Anschluss- und Rehabilitationsbehandlung in Sydney, New South Wales, Australien. Rehabilitation 2002; 41: 10-13

<sup>22</sup> Rochell B, Roeder N. DRGs als Grundlage der künftigen Krankenhausfinanzierung – Stand der Umsetzung und Einfluss auf die Rehabilitation. Rehabilitation 2002; 41: 1-9

<sup>23</sup> Brach M, Piek S, Stucki G. Finanzierung der Frührehabilitation. Phys Med Rehab Kuror 2002; 12: 317-324

<sup>24</sup> Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter. Sicherstellung der Frührehabilitation und Krankenhausbehandlung von Menschen mit Behinderungen bei der Umsetzung des Fallpauschalengesetzes - Stellungnahme der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e.V. Rehabilitation 2002; 41: 348-350



---

## **Teil 1**

# **Strukturen und Prozesse der Frührehabilitation in Deutschland**



## **2. Frührehabilitation im Akutkrankenhaus – Gesetzliche Grundlagen**

Early Rehabilitation in acute settings – Fundamental Legal Principles

M. Stier-Jarmer und G. Stucki

*Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin 2002; 12: 129-133*

## **Zusammenfassung**

Akute Gesundheitsstörungen mit relevanten Beeinträchtigungen der funktionalen Gesundheit erfordern gleichzeitig eine akutmedizinisch-kurative und eine rehabilitative Behandlung des Patienten. Aus diesem Grund ist die frühzeitige Einleitung von Rehabilitationsleistungen noch während der akutmedizinischen Versorgung im Krankenhaus kein neues Anliegen. Trotzdem wurde in der Vergangenheit Rehabilitation im Krankenhaus, abgesehen von bestimmten Indikationsbereichen (z.B. in der Neurologie und Geriatrie) häufig nicht zum frühestmöglichen Zeitpunkt oder nicht in ausreichendem Maße begonnen. Aus rechtlicher Sicht stand einer derartigen Kombination aus Akutmedizin und Rehabilitation nichts entgegen. Bereits in den 70er Jahren beispielsweise wurde im Reha-Angleichungsgesetz die frühzeitige Einleitung gebotener Rehabilitationsmaßnahmen festgeschrieben. Krankenhäuser wurden im gleichen Gesetz als eine der möglichen Einrichtungsarten benannt, in denen Rehabilitationsleistungen erbracht werden können. Dennoch hat der Gesetzgeber es offenbar für nötig befunden, im Rahmen der Einführung des neuen Sozialgesetzbuches „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ (SGB IX) nochmals zu verdeutlichen, dass Leistungen der frühen Rehabilitation ohne jeden Zweifel als Bestandteil der akutstationären Versorgung zu betrachten sind. Die Darstellung der gesetzlichen Grundlagen der Frührehabilitation im Akutkrankenhaus vor und nach dem Inkrafttreten des SGB IX ist Thema dieses Artikels.



## **Abstract**

Acute health disorders with relevant impairments of functional health require the simultaneous acute-medical, curative and rehabilitative treatment of the patient. The early initiation of rehabilitation during acute medical care is therefore not a new matter of concern. Nevertheless, up until now, excepting certain indications such as neurology and geriatrics, rehabilitation has often not been initiated at the earliest possible opportunity and not to a sufficient degree in acute settings. Legally, nothing has stood in the way of a combination of acute medicine and rehabilitation. As early as in the seventies, for instance, in the *Reha-Angleichungsgesetz* established the need for the early initiation of adequate rehabilitation. In the same law, hospitals were mentioned as one of the possible types of institution suitable for the implementation of rehabilitation. During the introduction of new *Sozialgesetzbuch "Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen"* (SGB IX) it was nevertheless thought necessary to reiterate that early rehabilitation needs, beyond doubt, to be considered as a part of acute inpatient care. This article describes the legal basis for early rehabilitation in the acute hospital setting both before and after SGB IX came into effect.

## Einleitung

Die frühzeitige Einleitung von Rehabilitationsleistungen im Akutkrankenhaus ist kein neues Anliegen. So wurde bereits 1974 im Reha-Angleichungsgesetz die frühzeitige Einleitung gebotener Rehabilitationsmaßnahmen festgeschrieben.

Schon nach geltendem Recht konnten die Kassen also auch bisher den Einsatz rehabilitativer Verfahren und Methoden als Bestandteil der Krankenhausbehandlung finanzieren. Allerdings wurde dies bis jetzt nur unzureichend umgesetzt. Strukturen der Frührehabilitation wurden in der Vergangenheit vor allem im Bereich der Neurorehabilitation, der Geriatrie und mit einigen Modellvorhaben zur indikationsübergreifenden Frührehabilitation zwar in nicht unerheblicher Zahl, aber bisher nicht in ausreichendem Maße etabliert [1,2,3].

Dass Leistungen der frühen Rehabilitation ohne jeden Zweifel als Bestandteil der akutstationären Versorgung zu betrachten sind, wurde nun vom Gesetzgeber noch einmal eindeutig bekräftigt. Das Sozialgesetzbuch IX in Verbindung mit der Ergänzung des § 39 Abs.1 SGB V in Kraft getreten am 1. Juli 2001 bildet dazu die gesetzliche Grundlage. So umfasst die **„akutstationäre Behandlung auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation“**.

Im vorliegenden Artikel werden die gesetzlichen Grundlagen zur Frührehabilitation dargestellt.

## Historische Entwicklung

Die im folgenden auszugsweise aufgeführten Gesetzestexte (Tab.1) zeigen, dass die Durchführung medizinischer Frührehabilitation im Akutkrankenhaus nicht erst durch das Inkrafttreten des SGB IX und die damit verbundene Erweiterung des § 39 SGB V ermöglicht wurde.

Bereits im 1974 in Kraft getretenen Reha-Angleichungsgesetz wurde die frühzeitige Einleitung gebotener Rehabilitationsmaßnahmen festgeschrieben (§4/2 RehaAnglG). § 10 des gleichen Gesetzes beschrieb Krankenhäuser als eine der möglichen Einrichtungsarten, in denen Rehabilitationsleistungen erbracht werden können.

Der 1976 in Kraft getretene erste Teil des Sozialgesetzbuches gewährte Menschen, die körperlich, geistig oder seelisch behindert sind oder denen eine solche Behinderung droht, unabhängig von der Ursache der Behinderung, ein Recht auf Hilfe, die notwendig ist, um eine Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu bessern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern (§ 10 SGB I).

Auch der fünfte Teil des Sozialgesetzbuches sicherte den Patienten schon früher für die Krankenhausbehandlung alle Leistungen zu, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig waren (§ 39 Abs. 1 SGB V). Nach § 11 Abs. 2 SGB V schlossen die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung schon lange auch notwendige medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation mit ein. Über den Ort, an dem Rehabilitationsleistungen erbracht werden können, ließ und lässt das Gesetz unterschiedliche Möglichkeiten zu. Wirtschaftlich und organisatorisch selbständige, gebietsärztlich geleitete Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen an Krankenhäusern wurden ausdrücklich für die Erbringung von Rehabilitationsleistungen zugelassen (§ 111 Abs. 6 SGB V).

Nach geltendem Recht konnten die Kassen folglich auch bisher schon den Einsatz rehabilitativer Verfahren als Bestandteil der Krankenhausbehandlung finanzieren. Dass die Methoden der Rehabilitation im Krankenhaus abgesehen von bestimmten Indikationsbereichen (z.B. in der Neurologie und Geriatrie) häufig nicht zum frühestmöglichen Zeitpunkt oder nicht in ausreichendem Maße eingesetzt werden, hat keine rechtlichen Ursachen. Dennoch hat der Gesetzgeber es offenbar für nötig befunden, mit der Ergänzung des § 39 Abs.1 SGB V nochmals zu verdeutlichen, dass Leistungen der frühen Rehabilitation ohne jeden Zweifel als Bestandteil der akutstationären Versorgung zu betrachten sind. Dabei zeigt ein Blick auf den letzten Abschnitt der Begründung zu dieser Gesetzesänderung (Tab.3), dass es sich bei der Ergänzung des § 39 SGB V ausdrücklich nicht um eine Erweiterung des Versorgungsauftrages der Krankenhäuser auf den Bereich der weiterführenden Rehabilitation handelt.

#### **Reha-Angleichungsgesetz (1974)**

**§ 4 Abs. 2:** Die Rehabilitationsträger haben auf **die frühzeitige Einleitung** und die zügige Durchführung der gebotenen Maßnahmen zur Rehabilitation hinzuwirken. ...

**§ 10:** Die medizinischen Leistungen zur Rehabilitation sollen alle Hilfen umfassen, die erforderlich sind, um einer drohenden Behinderung vorzubeugen, eine Behinderung zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten, insbesondere

1. ärztliche und zahnärztliche Behandlung,
2. Arznei- und Verbandmittel,
3. Heilmittel einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie und Beschäftigungstherapie,
4. ...
5. ...

**auch in Krankenhäusern, Kur- und Spezialeinrichtungen einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung.**

#### **SGB I (1976)**

##### **§ 10 Eingliederung Behinderter**

Wer körperlich, geistig oder seelisch behindert ist oder wem eine solche Behinderung droht, hat unabhängig von der Ursache der Behinderung ein **Recht auf die Hilfe, die notwendig ist**, um

1. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu bessern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,
2. ihm einen seinen Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz in der Gemeinschaft, insbesondere im Arbeitsleben, zu sichern.

#### **SGB V (1988)**

##### **§ 2 Leistungen**

(1) Die Krankenkassen stellen den Versicherten die im Dritten Kapitel genannten Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12) zur Verfügung, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden. Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen sind nicht ausgeschlossen. Qualität und Wirksamkeit der **Leistungen** haben dem **allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse** zu entsprechen und den **medizinischen Fortschritt** zu berücksichtigen.

##### **§ 11 Leistungsarten**

(2) Versicherte haben auch **Anspruch auf medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation**, die notwendig sind, um einer drohenden Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorzubeugen, sie nach Eintritt zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Leistungen der aktivierenden Pflege nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit werden von den Pflegekassen erbracht. (über den Ort, an dem Rehaleistungen erbracht werden können, lässt das Gesetz verschiedene Möglichkeiten zu: Versorgungsverträge mit Rehaeinrichtungen; Versorgungsverträge mit Rehaabteilungen in Krankenhäusern; Vereinbarungen mit Krankenhäusern über Rehaleistungen während der Akutbehandlung; Steinke & Schäfer 1992)

##### **§ 39 Krankenhausbehandlung**

(1) Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär (§ 115a) sowie ambulant (§ 115b) erbracht. Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Die **Krankenhausbehandlung umfasst** im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses **alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind**, insbesondere ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung.

##### **§ 111 Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen**

(6) Soweit eine wirtschaftlich und organisatorisch selbständige, gebietsärztlich geleitete **Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung an einem zugelassenen Krankenhaus** die Anforderungen des Absatzes 2 Satz 1 erfüllt, gelten im übrigen die Absätze 1 bis 5.

#### **Tab. 1 Gesetzliche Grundlagen der Frührehabilitation vor Verabschiedung des SGB IX**

### **Aktuelle gesetzliche Situation**

Im neuen Sozialgesetzbuch IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen), das am 1. Juli 2001 in Kraft getreten ist, wird das Recht der Rehabilitation Behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen in einem Buch zusammengefasst und weiterentwickelt. Damit beabsichtigt der Gesetzgeber, die Divergenz und Unüber-

sichtigkeit des in der Vergangenheit bestehenden Rehabilitationsrechts zu beenden und den Zugang und die Erbringung von Leistungen zur Rehabilitation und zur Teilhabe bürgernah zu organisieren. Die Leistungen sollen besser koordiniert und die Kooperation der Leistungsträger verstärkt werden. Gemäß dem Gesetzgeber sollen damit zukünftig noch konsequenter die Chancen der medizinischen Rehabilitation genutzt werden, indem die Rehabilitation von Anfang an integraler Bestandteil einer lückenlosen medizinischen Versorgung wird.

Weiter fortbestehen wird das gegliederte System der Rehabilitation, das sich insbesondere durch die Zuständigkeit unterschiedlicher Rehabilitationsträger mit jeweils trägerspezifischen Rehabilitationszielen auszeichnet. Die Zuordnung von Rehabilitationsleistungen erfolgt zu jetzt insgesamt sieben möglichen Rehabilitationsträgern (die gesetzlichen Krankenkassen, die gesetzliche Rentenversicherung, die gesetzliche Unfallversicherung, die gesetzliche Rentenversicherung / Alterssicherung der Landwirte, die Kriegsopferversorgung / Kriegsopferfürsorge, die öffentliche Jugendhilfe und die Sozialhilfe).

Sozialgesetzbuch der Bundesrepublik Deutschland	
SGB I	Allgemeiner Teil
SGB III	Arbeitsförderung
SGB IV	Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung
SGB V	Gesetzliche Krankenversicherung
SGB VI	Gesetzliche Rentenversicherung
SGB VI	Gesetzliche Unfallversicherung
SGB VIII	Kinder- und Jugendhilfe
SGB IX	Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
SGB X	Verwaltungsverfahren, Schutz der Sozialdaten, Zusammenarbeit der Leistungsträger
SGB XI	Soziale Pflegeversicherung

**Tab. 2: Sozialgesetzbuch der Bundesrepublik Deutschland**

Mit Einführung des SGB IX wurden das Schwerbehindertengesetz (SchwbG) und das Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation (RehaAnglG) außer Kraft gesetzt. Die Bücher des Sozialgesetzbuches (Tab. 2) sowie zahlreiche andere Gesetze und Verordnungen wurden an die inhaltlichen Vorgaben und an den Sprachgebrauch des SGB IX angepasst.

Durch eine Erweiterung des § 39 Abs. 1 im fünften Sozialgesetzbuch (Tab. 3) bekräftigt der Gesetzgeber, dass die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation als originäre Bestandteile der akutstationären Behandlung im Krankenhaus zu sehen sind.

## **Frührehabilitation im SGB IX**

### **Gesetzestext:**

#### **§ 27 SGB IX Krankenbehandlung und Rehabilitation**

*Die in § 26 Abs. 1 (Leistungen zur medizinischen Rehabilitation) genannten Ziele sowie § 10 (Koordinierung der Leistungen) gelten auch bei Leistungen der Krankenbehandlung.*

#### **§ 26 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation**

*(1) Zur medizinischen Rehabilitation behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen werden die erforderlichen Leistungen erbracht, um*

- 1. Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder*
- 2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern.*

*(2) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen insbesondere*

- 1. Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe, soweit deren Leistungen unter ärztlicher Aufsicht oder auf ärztliche Anordnung ausgeführt werden, einschließlich der Anleitung, eigene Heilungskräfte zu entwickeln,*
- 2. Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder,*
- 3. Arznei- und Verbandmittel,*
- 4. Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie,*
- 5. Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung,*
- 6. Hilfsmittel,*
- 7. Belastungserprobung und Arbeitstherapie.*

*(3) Bestandteil der Leistungen nach Absatz 1 sind auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen, soweit diese Leistungen im Einzelfall erforderlich sind, um die in Absatz 1 genannten Ziele zu erreichen oder zu sichern und Krankheitsfolgen zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten, insbesondere*

- 1. Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung,*
- 2. Aktivierung von Selbsthilfepotentialen,*
- 3. mit Zustimmung der Leistungsberechtigten Information und Beratung von Partnern und Angehörigen sowie von Vorgesetzten und Kollegen,*
- 4. Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbsthilfe- und Beratungsmöglichkeiten,*
- 5. Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, unter anderem durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen,*
- 6. Training lebenspraktischer Fähigkeiten,*
- 7. Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation.*

#### **§ 10 Koordinierung der Leistungen**

*(1) Soweit Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder mehrerer Rehabilitationsträger erforderlich sind, ist der nach § 14 leistende Rehabilitationsträger dafür verantwortlich, dass die beteiligten Rehabilitationsträger im Benehmen miteinander und in Abstimmung mit den Leistungsberechtigten die nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Leistungen funktionsbezogen feststellen und schriftlich so zusammenstellen, dass sie nahtlos ineinander greifen. Die Leistungen werden entsprechend dem Verlauf der Rehabilitation angepasst und darauf ausgerichtet, den Leistungsberechtigten unter Berücksichtigung der Besonderheiten des Einzelfalls*

die den Zielen der §§ 1 und 4 Abs. 1 entsprechende umfassende Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zügig, wirksam, wirtschaftlich und auf Dauer zu ermöglichen. Dabei sichern die Rehabilitationsträger durchgehend das Verfahren entsprechend dem jeweiligen Bedarf und gewährleisten, dass die wirksame und wirtschaftliche Ausführung der Leistungen nach gleichen Maßstäben und Grundsätzen erfolgt.

(2) Absatz 1 gilt entsprechend auch für die Integrationsämter in Bezug auf Leistungen und sonstige Hilfen für schwerbehinderte Menschen nach Teil 2.

(3) Den besonderen Bedürfnissen seelisch behinderter oder von einer solchen Behinderung bedrohter Menschen wird Rechnung getragen.

(4) Die datenschutzrechtlichen Regelungen dieses Gesetzbuchs bleiben unberührt.

[www.bma.de/download/gesetze\\_web/SGB09/sqb09x027.htm](http://www.bma.de/download/gesetze_web/SGB09/sqb09x027.htm)  
**übernommen am 17.7.2001**

### **Begründung des BMA:**

#### **Zu § 27 SGB IX: Krankenbehandlung und Rehabilitation**

Die Vorschrift stellt klar, dass die in § 26 Abs. 1 genannten Ziele sowie die in § 10 festgehaltenen Grundsätze nicht nur bei den rehabilitationsspezifischen, sondern bei allen medizinisch orientierten Leistungen zu beachten sind, damit die „Rehabilitationskette“ schon während der Akutbehandlung zum Beispiel in den Krankenhäusern beginnt. Deshalb wird auch in Artikel 5 durch Ergänzung von § 39 Abs. 1 des Fünften Buches klargestellt, **dass die akutstationäre Behandlung auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation umfasst.**

[www.bma.bund.de/download/gesetzesentwurfe/begruendung-SGB9.pdf](http://www.bma.bund.de/download/gesetzesentwurfe/begruendung-SGB9.pdf)  
**übernommen am 17.7.2001**

### **Frührehabilitation im SGB V**

#### **Gesetzestext:**

#### **§ 39 SGB V: Krankenhausbehandlung**

(1) Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär (§ 115 a) sowie ambulant (§ 115 b) erbracht. Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Die Krankenhausbehandlung umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung; **die akutstationäre Behandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation.**

[www.bma.de/download/gesetze\\_web/SGB05/sqb05x039.htm](http://www.bma.de/download/gesetze_web/SGB05/sqb05x039.htm)  
**übernommen am 17.7.2001**

#### **Begründung:**

#### **Zu § 39 Abs. 1 SGB V: Frührehabilitation im Rahmen akutstationärer Behandlung**

Die Neuregelung stellt im Grundsatz klar, dass im Rahmen der Behandlung im Krankenhaus, die bereits heute viele Elemente einer Frührehabilitation z.B. die Frühmobilisation/Motivation, die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln, die psychologische Betreuung bei lebensbedrohlichen Erkrankungen und die Sozialberatung beinhaltet, zukünftig noch konsequenter die Chancen der medizinischen Rehabilitation genutzt werden sollen. Die Rehabilitation soll von Anfang an integraler Bestandteil der medizinischen Versorgung sein. Ärzteschaft, Pflegepersonal und das spezifische Fachpersonal haben an dieser Aufgabe mitzuwirken.

Für die Feststellung des individuellen medizinischen Rehabilitationsbedarfs im Akutkrankenhaus sind Art und Schwere der Erkrankung und die individuellen Voraussetzungen wie z.B. Lebensalter und

*Multimorbidität des Patienten zugrunde zu legen. Hierfür sowie für Art und Umfang der medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen im Rahmen der Krankenhausbehandlung sind Kriterien aufzustellen. Vorrangiges Ziel dieser frühen Rehabilitation im Krankenhaus ist die Wiederherstellung der Basisfähigkeiten, wozu neben der Mobilität die weitgehende Unabhängigkeit in den einfachen Aktivitäten des täglichen Lebens gehört sowie die Kommunikation mit und die Orientierung in der Umwelt; hinzu kommen die frühzeitige Auseinandersetzung mit Fähigkeitsstörungen in der Folge von Erkrankungen/Unfällen und der frühzeitige Einstieg in das Erlernen von Bewältigungsstrategien. Soweit medizinisch erforderlich, sind auch fachspezifische Rehabilitationsansätze zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu integrieren.*

*Über die bereits vorhandenen Rehabilitationsansätze im Krankenhaus hinaus sind zukünftig bereits bei Aufnahme in das Akutkrankenhaus der funktionelle Status, das Rehabilitationspotential und der Rehabilitationsbedarf des Patienten in die Diagnosestellung einzubeziehen und ein am individuellen Bedarf ausgerichtetes Rehabilitationskonzept in die Krankenbehandlung zu integrieren. Die medizinisch notwendigen rehabilitativen Maßnahmen im Krankenhaus sind dabei differenziert an den individuellen Voraussetzungen der Patienten auszurichten. Auch hierfür sind Kriterien zu entwickeln und die Qualität sicherzustellen. Dabei ist zu beachten, dass sowohl rehabilitative Unter- als auch Überversorgung ausgeschlossen wird.*

*Das Erbringen von medizinischen Leistungen zur Rehabilitation hat im Rahmen der für die jeweilige Akutbehandlung erforderlichen Verweildauer zu erfolgen. Das Krankenhaus kann und soll die Rehabilitationseinrichtung nicht ersetzen, sondern die Ausschöpfung des Rehabilitationspotentials im Rahmen der Krankenhausbehandlung verbessern bis zur Entlassung des Patienten bzw. der Fortsetzung der Rehabilitation in einer spezifischen ambulanten oder stationären Rehabilitationseinrichtung. Die Integration der medizinischen Rehabilitation in die Krankenhausbehandlung stellt vor allem eine Qualitätsverbesserung der stationären Versorgung dar. Für weitergehende Rehabilitationsziele stehen die fachspezifischen Rehabilitationseinrichtungen zur Verfügung.*

<http://www.behindertenbeauftragter.de/sozialgesetzbuch.stm>

**Begründung zum Gesetzestext der Bundesregierung vom 17.1.2001 übernommen am 11.12.2001**

**Tab. 3: Gesetzliche Grundlagen mit Einführung des SGB IX**

## Diskussion

Die Verabschiedung des SGB IX ist ein entscheidender Durchbruch für die umfassende Versorgung von Menschen mit akuten Gesundheitsstörungen und einer relevanten Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit. Denn eine akute Gesundheitsstörung mit einer relevanten Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit bedingt eine Kombination von akutmedizinisch-kurativer und rehabilitativer Behandlung. Dies betrifft insbesondere Patienten mit Komplikationen und Multimorbidität, langdauernder intensivmedizinischer Versorgung, vorbestehenden chronischen Krankheiten und vorbestehenden Behinderungen oder altersbedingten Veränderungen.

Bei der Umsetzung des Gesetzes wird es entscheidend sein, die Zuständigkeit und die Kriterien des Wechsels zwischen den verschiedenen Rehabilitationsträgern für die verschiedenen Phasen der Frührehabilitation zu klären. Voraussetzung dazu ist



ein breit abgestütztes Konzept zur Frührehabilitation wie es als Entwurf in einem weiteren Artikel dieses Heftes dargestellt ist [4].

Ebenfalls von entscheidender Bedeutung für die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben zur Frührehabilitation wird deren Vergütung sein. Erschwerend wirkt hier das Zusammentreffen der gesetzlich geforderten Frührehabilitation mit der Einführung des DRG-basierten Zahlungssystems für die stationäre Versorgung. Die Frage der Vergütung von frührehabilitativen Leistungen im Rahmen eines DRG-basierten Zahlungssystems wird in einem weiteren Artikel in der Septemberausgabe der Zeitschrift für Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin und Kurortmedizin besprochen [5].

Nur wenn die notwendigen Frührehabilitationsleistungen auch nach Einführung des Fallpauschalengesetzes während der gesamten Versorgungskette geleistet und vergütet werden können, wird die Frührehabilitation zum Nutzen von Patienten, Angehörigen und schlussendlich der Gesellschaft in Deutschland auf der Basis der neuen gesetzlichen Grundlagen verwirklicht werden können.

## Literatur

<sup>1</sup> Stier-Jarmer M, Koenig E, Stucki G.

Strukturen der neurologischen Frührehabilitation (Phase B) in Deutschland. Phys Rehab Kur Med 2002; 12: 260-271

<sup>2</sup> Stier-Jarmer M, Pientka L, Stucki G.

Frührehabilitation in der Geriatrie. Phys Rehab Kur Med 2002; 12: 190-202

<sup>3</sup> Stucki G, Stier-Jarmer M, Berleth B, Gadomski M.

Indikationsübergreifende Frührehabilitation. Phys Rehab Kur Med 2002; 12: 146-156

<sup>4</sup> Stucki G, Stier-Jarmer M, Gadomski M, Berleth B, Smolenski U.

Konzept zur indikationsübergreifenden Frührehabilitation im Akutkrankenhaus. Phys Rehab Kur Med 2002; 12: 134-145

<sup>5</sup> Brach M, Piek S, Stucki G.

Finanzierung der Frührehabilitation. Phys Rehab Kur Med 2002; 12: 317-324

### **3. Indikationsübergreifende Frührehabilitation**

General Early Rehabilitation

G. Stucki, M. Stier-Jarmer, B. Berleth, M. Gadomski

*Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin 2002; 12: 146-156*

## Zusammenfassung

Indikationsübergreifende oder auch fachübergreifende Frührehabilitation im Akutkrankenhaus ist die rehabilitative Behandlung von Patienten aus verschiedenen medizinischen Fachgebieten mit relevanter Beeinträchtigung der Körperfunktionen und Strukturen, Aktivitäten und Partizipation gemäß der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) zum frühest möglichen Zeitpunkt zeitgleich mit der akutmedizinischen Versorgung. Sie ist von besonderer Bedeutung für Patienten mit schweren akuten Gesundheitsstörungen (Erkrankungen/Unfälle), Komplikationen und Multimorbidität, sowie bei vorbestehenden chronischen Krankheiten, Behinderungen oder altersbedingten Veränderungen. Mit Inkrafttreten des SGB IX im Jahr 2001 erhielt die Frührehabilitation im Krankenhaus eine neue gesetzliche Grundlage. Frührehabilitation wird in § 39 Abs.1 SGB V nun erstmals explizit als Bestandteil der Krankenhausbehandlung beschrieben. Auf dieser Basis gilt es die Frührehabilitation nun so zu gestalten, dass möglichst alle Patienten, bei denen die Notwendigkeit dafür besteht, erfasst und optimal versorgt werden. Bei der Umsetzung müssen bereits vorhandene Ressourcen, beispielsweise in der Geriatrie, der Neurologie (Phase B) oder der indikationsübergreifenden Frührehabilitation berücksichtigt werden. Der vorliegende Artikel beschreibt die indikationsübergreifende Frührehabilitation in bezug auf ihre Entwicklung, Strukturen und Prozesse. Seit Mitte der 90er Jahre wurden in 16 Krankenhäusern bettenführende Abteilungen für fachübergreifende Frührehabilitation mit derzeit insgesamt 535 Betten eingerichtet. Zudem waren 1999 in fast 80% der Krankenhäuser Physiotherapeuten sowie, allerdings in deutlich geringerer Anzahl, zum Teil auch andere medizinisch-therapeutische Berufe mit rehabilitativer Ausrichtung tätig. Die nun gesetzlich geforderte Frührehabilitation kann somit zumindest teilweise auf vorhandenen Strukturen im Bereich der medizinisch-therapeutischen Berufe und der indikationsübergreifenden Frührehabilitation aufbauen. Weder für das therapeutische Personal noch für bettenführende Abteilungen der indikationsübergreifenden Frührehabilitation gibt es zur Zeit evidenzbasierte Bedarfsschätzungen.

**Abstract**

General or interdisciplinary early rehabilitation in the acute hospital setting describes the earliest possible rehabilitative treatment coupled with the necessary acute medical care of patients from various medical specialist fields who have relevant impairment of their body functions and structures, activities and participation, as described by the ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health). It is of special importance for patients with serious acute health disorders (illness/accidents), complications and multi-morbidity, as well as for those with previously existing chronic illness, handicaps or a problem associated with aging. With the *Sozialgesetzbuch IX* (SGB IX) coming into force in the year 2001, early rehabilitation in hospital obtained a new legal basis. In § 39 section 1 SGB V, early rehabilitation is now for the first time explicitly described as part of hospital treatment. It is therefore necessary to organise early rehabilitation so that as many patients with the medical need for rehabilitation as possible are registered and optimally cared for. Already existing resources such as in geriatrics, neurology (phase B) or in general early rehabilitation must be taken into consideration when planning the implementation of the new law. This article describes the development, structure and processes of general early rehabilitation. Since the mid nineties 16 hospitals have set up inpatient departments for interdisciplinary early rehabilitation with a present total of 535 beds. In 1999 physiotherapists worked in almost 80% of all hospitals along with, although in much smaller numbers, members of other remedial therapy professions. The legally required early rehabilitation can at least partly be based on the existing structures of the remedial therapy professionals and general early rehabilitation. Currently there are no evidence based estimations of the demand for therapy or for inpatient general early rehabilitation.

## Einleitung

In den letzten Jahrzehnten hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass Rehabilitation frühzeitig, umfassend und als einheitlicher nicht strikt von der Kuration getrennter Vorgang stattfinden muss, damit die Rehabilitationschancen der Patienten optimal genutzt werden können. Dementsprechend wurden in Deutschland in verschiedenen Bereichen Strukturen zur akutstationären Frührehabilitation etabliert. Zu nennen sind hier insbesondere die indikations- oder fachübergreifende Frührehabilitation, die Geriatrie, die Neurologie (Phase B) und die Paraplegiologie. Zudem sind in einem Großteil der Krankenhäuser Physiotherapeuten und zum Teil auch andere medizinisch-therapeutische Berufe mit rehabilitativer Ausrichtung tätig. Die Leistungserbringung erfolgt in der Regel im Sinne von berufsgruppen-spezifischen Einzelmaßnahmen z.B. in Form einer funktionsorientierten Physiotherapie (sog. Frühmobilisation).

Die Rahmenbedingungen der Frührehabilitation haben sich mit Inkrafttreten des Sozialgesetzbuchs IX in Verbindung mit der Ergänzung des § 39 Abs.1 SGB V am 1. Juli 2001 grundlegend geändert. So gehören nun zur **„akutstationären Behandlung auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation“**.

Auf der Basis dieser gesetzlichen Grundlage muss der Auftrag zur Frührehabilitation nun umgesetzt werden. Die Frührehabilitation ist in bezug auf Versorgungsstrukturen, Organisation und Finanzierung so zu gestalten, dass möglichst alle Patienten, bei denen die Notwendigkeit für eine Frührehabilitation besteht, erfasst und optimal versorgt werden. Ziel ist die patientengerechte und qualifizierte, evidenzbasierte und kosten-effektive sowie schlussendlich flächendeckende Frührehabilitation im Akutkrankenhaus.

Eine Voraussetzung für die Erreichung dieses Ziels ist die genaue Analyse und Beschreibung der aktuellen Situation. In diesem Artikel geschieht das für die indikationsübergreifende Frührehabilitation in bezug auf ihre Entwicklung, Strukturen und Prozesse. Außerdem in dieser Ausgabe der Zeitschrift für Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin und Kurortmedizin enthalten ist eine detaillierte Darstellung der gesetzlichen Grundlagen [1], sowie ein Konzept zur indikationsübergreifenden Frührehabilitation [2]. Die Strukturen und Prozesse im Bereich der Geriatrie [3] und in der neurologischen Frührehabilitation [4], sowie Überlegungen zur Finanzierung der Frührehabilitation [5] insbesondere im Rahmen des DRG-basierten Entgeltsystems

für die stationäre Versorgung in den Akutkrankenhäusern werden in der folgenden Ausgabe der Zeitschrift für Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin und Kurortmedizin publiziert.

## **Historische Entwicklung der Frührehabilitation**

### ***Medizinisch-therapeutische Berufe***

Elemente der Frührehabilitation sind bereits seit langem integraler Bestandteil der akutmedizinischen Versorgung. Sie umfassen insbesondere die Erhaltung und Förderung der vitalen Lebensfunktionen (z.B. Atmung) und der funktionellen Mobilität bis hin zur komplexen Fortbewegung mit/ohne Hilfsperson, sowie die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln und die Sozialberatung. Es besteht auch ein enger Bezug zur Akutmedizin. So wurde beispielsweise die heutige Berufsfachschule für Physiotherapie am Klinikum der Universität München 1926 ins Leben gerufen.

Heute sind in einem Großteil der Krankenhäuser Physiotherapeuten tätig, alle anderen medizinisch-therapeutischen Berufe sind dort aber in deutlich geringerem Ausmaß vertreten. Die Leistungserbringung erfolgt in der Regel im Sinne von berufsgruppen-spezifischen Einzelmaßnahmen.

In neuerer Zeit gibt es beispielsweise am Klinikum der Universität München Versuche zur Organisation der medizinisch-therapeutischen Berufe in multidisziplinären mobilen Rehabilitations-Teams. Das Ergebnis der koordinierten multidisziplinären Arbeit im Rehabilitations-Team ist mehr als die Summe der Einzelmaßnahmen. Im Sinne der Definition der Frührehabilitation ist sie auf die Bewältigung der Krankheitsfolgen ausgerichtet.

Der erfolgreichen Umsetzung der Frührehabilitation mit mobilen Rehabilitations-Teams stehen heute im besonderen die nicht ausreichende ärztliche Kompetenz, aber auch die zu knappe personelle Ausstattung und die fehlenden räumlichen Voraussetzungen entgegen. So fehlen in den meisten Kliniken auf den Stationen in aller Regel adäquate Behandlungsräume mit den notwendigen apparativen Einrichtungen, wie sie exemplarisch beispielsweise am Universitätsklinikum Zürich geschaffen werden konnten.

### ***Abteilungen für indikationsübergreifende Frührehabilitation***

Bereits vor Inkrafttreten des Sozialgesetzbuchs IX in Verbindung mit der Ergänzung des § 39 Abs.1 SGB V war auch die Einrichtung organisatorisch selbständiger **Rehabilitationsabteilungen** in Krankenhäusern aus Sicht des Gesetzgebers möglich und notwendig [1].

Angesichts des offenkundigen Bedarfs errichtete die Stadt München 1984 als bundesweit erster Krankenhausträger im damals neu erbauten Krankenhaus München-Bogenhausen eine bettenführende Abteilung für fachübergreifende Frührehabilitation. Ein absolutes Novum, denn bis dahin durften sich Krankenhausversorgung und Rehabilitation nicht überschneiden und Rehabilitation im Krankenhaus war schlicht nicht denkbar. Möglich gemacht hatten das Projekt die Genehmigung des Bayerischen Arbeits- und Sozialministeriums, sowie der Landesverband der AOK Bayern, der sich bereit erklärte, das personalaufwendige Konzept durch einen Sonderpflegesatz mit zu finanzieren.

Ende der 80er Jahre wurde durch zwei Studien [6, 7] der Bedarf an Rehabilitation im Akutkrankenhaus deutlich gemacht. Das BIAS-Beratungsinstitut führte im Januar 1988 im Auftrag der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) eine repräsentative Befragung an 275 Krankenhäusern zum Stand der medizinischen Rehabilitation im Krankenhaus durch. Auch die von der BAR 1990 veranlasste Studie durch die Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung (BASYS) ergab, dass sich die Krankenhäuser überwiegend noch nicht als eigenständiges erstes Glied in der Rehabilitationskette verstehen, sondern die Rehabilitation unter konzeptionellen Gesichtspunkten als reine Behandlungsphase sehen, die zeitlich in aller Regel erst nach Abschluss der Akutbehandlung Platz greift. Beide Untersuchungen fanden erhebliche Defizite im Hinblick auf die therapeutisch notwendigen Rehabilitationsleistungen im Krankenhaus. Bemängelt wurden die fehlende bzw. nicht ausreichende personelle und räumliche/apparative Ausstattung, das fehlende rehabilitationsmedizinische Know-How bei den Krankenhausärzten, sowie das fehlende Verständnis dafür, dass Rehabilitation bereits im Krankenhaus im Rahmen der Akutbehandlung notwendig ist. Trotz der Bedeutung der Frührehabilitation für die Patienten und der Aufgaben des Krankenhauses in diesem Bereich waren den Krankenhäusern zu diesem Zeitpunkt rehabilitative



Aufgabenstellungen noch immer fremd und fanden in der Zielsetzung der klinischen Arbeit kaum Berücksichtigung.

Nach Auffassung der Bundesregierung war es deshalb dringend erforderlich, diese Mängel in der Krankenhausbehandlung zu überwinden und der Frührehabilitation das erforderliche Gewicht einzuräumen. Die seit längerem geführten Diskussionen sollten endlich in die Erarbeitung konkreter Konzepte für die Frührehabilitation im Krankenhaus einmünden.

Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA) initiierte und förderte deshalb bundesweit Abteilungen für die fachübergreifende Frührehabilitation in Krankenhäusern unterschiedlicher Versorgungsstufen. 1994 begann das BMA ein dreijähriges Modellprojekt „Fachübergreifende Frührehabilitation im Krankenhaus“ am Klinikum Ingolstadt. Wissenschaftlich begleitet wurde das Projekt vom Wissenschaftlichen Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) und der Prognos Consult GmbH [8]. Die Untersuchung ergab, dass durch das Konzept der fachübergreifenden Frührehabilitation sowohl die Dauer als auch die Kosten der Behandlung deutlich gesenkt werden konnten. Allerdings wurde die Studie in Bezug auf die Patientenklassifikation, die Nichtvergleichbarkeit der Gruppen, die hohe Drop Out Quote und die Definition des Studienendpunktes kritisiert. Es stellt sich allerdings die Frage, ob die Frührehabilitation alleine in Bezug auf die Behandlungsdauer und Kosten im Akutkrankenhaus zu bewerten ist. Entscheidend wäre es vielmehr, die funktionale Gesundheit und die Kosten über einen Zeitraum von ein bis zwei Jahren über die gesamte Versorgungskette zu vergleichen. Trotz der methodischen Diskussion um die Begleitstudie wurde die Abteilung im Krankenhaus Ingolstadt am 1. Januar 1998 in die Regelversorgung übernommen. Heute gibt es bundesweit in sechzehn Akutkrankenhäusern bettenführende Abteilungen der fachübergreifenden Frührehabilitation.

### **Definitionen der Fachgesellschaften und Arbeitsgemeinschaften**

***Bundesarbeitsgemeinschaft der Akutkrankenhäuser mit Abteilungen der fachübergreifenden Frührehabilitation e.V. (BAG Frührehabilitation)***

Auf Anregung des BMA schlossen sich die Krankenhäuser mit Abteilungen der fachübergreifenden Frührehabilitation 1999 zu einer Bundesarbeitsgemeinschaft zusammen. Diese Arbeitsgemeinschaft erarbeitete die nachfolgenden Definitionen.

*„Unter fachübergreifender Frührehabilitation im Akutkrankenhaus ist die wohnortnahe Behandlung von Patienten aus den verschiedenen medizinischen Fachgebieten mit schwerwiegenden Funktions-/Aktivitätsstörungen und der Gefahr bleibender Partizipationsstörungen (Behinderungen) zum frühest möglichen Zeitpunkt zu verstehen. Sie ist damit als erstes Glied einer nahtlosen Rehabilitationskette notwendiger Bestandteil des therapeutischen Spektrums eines Akutkrankenhauses. Ziel der fachübergreifenden Frührehabilitation im Akutkrankenhaus ist die Schaffung von Voraussetzungen für ein optimales Rehabilitationsergebnis durch rasches Nutzen des in der Frühphase großen Rehabilitationspotentials. Dieses Ziel ist durch einen verzögerten Beginn gefährdet, insbesondere auch im Hinblick auf die Entstehung von Sekundärschäden.“*

## **Aktuelle Strukturen**

### ***Medizinisch-therapeutische Berufe***

In fast 80% aller Krankenhäuser in Deutschland arbeiten Physiotherapeuten, in mindestens jedem zweiten Krankenhaus gibt es Sozialarbeiter, Masseur / medizinische Bademeister und Diätassistenten, mehr als ein Drittel aller deutschen Krankenhäuser beschäftigen Psychologen und Ergotherapeuten.

Die Zahl der Physiotherapeuten, als zahlenmäßig stärkste Gruppe der nichtärztlichen Therapeuten, hat im Zeitraum 1991 bis 1999 von über 12.000 auf fast 16.000 zugenommen. Im Bereich der übrigen medizinisch-therapeutischen Berufe ist die Zahl entweder annähernd konstant (Diätassistenten, Heilpädagogen, Masseur) oder stark zunehmend (Logopäden: +52,9 %, Psychologen +32,7%, Sozialarbeiter +41,8%, Ergotherapeuten +27,2%).

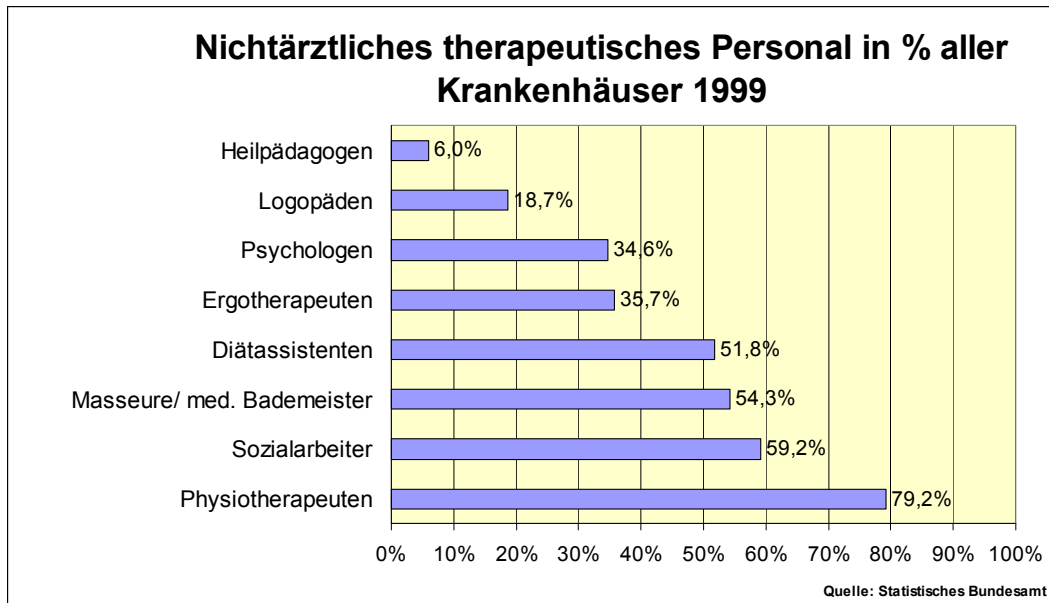
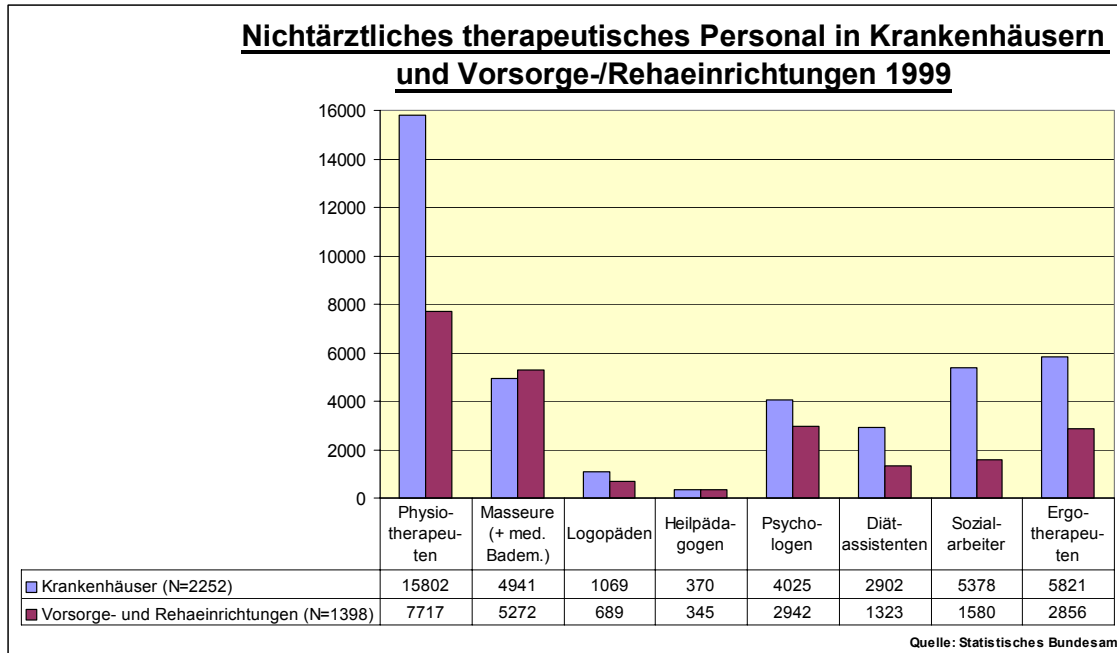


Abb. 1: Nichtärztliches therapeutisches Personal in % aller Krankenhäuser 1999

<b>Nichtärztliches therapeutisches Personal in Krankenhäusern 1991 / 1999</b>			
	1991	1999	Veränderung 91/99
<b>Physiotherapeuten</b>	12.558	15.802	+3.244 (+25,8%)
<b>Ergotherapeuten</b>	4.576	5.821	+1245 (+27,2%)
<b>Logopäden</b>	699	1.069	+370 (+52,9%)
<b>Heilpädagogen</b>	340	370	+30 (+8,8%)
<b>Psychologen</b>	3.033	4.025	+992 (+32,7%)
<b>Masseur / Med. Bademeister</b>	5.698	4.941	-757 (-13,3%)
<b>Diätassistenten</b>	3.146	2.902	-244 (-7,8%)
<b>Sozialarbeiter</b>	3.794	5.378	+1584 (+41,8%)
<b>Gesamt</b>	33.844	40.308	+6464 (+19,1%)

Quelle: Statistisches Bundesamt

Tab. 1: Nichtärztliches therapeutisches Personal in Krankenhäusern 1991 / 1999



**Abb. 2: Nichtärztliches therapeutisches Personal in Krankenhäusern und Vorsorge-/Rehaeinrichtungen 1999**

### ***Abteilungen „Physikalische Therapie“ in Krankenhäusern***

In den 2.252 im Deutschen Krankenhausadressbuch [9] aufgeführten Krankenhäusern haben 1.401 die Physikalische Therapie als speziellen Bereich hervorgehoben. Damit verfügten fast zwei von drei Krankenhäusern über einen definierten Bereich Physikalische Therapie. Als ärztlich geleitet ausgewiesen waren allerdings nur 198 dieser Einrichtungen. Eine Erhebung zur ärztlichen Leitung solcher Bereiche gibt es bisher nicht, entsprechend ist diese Zahl kritisch zu betrachten. Zur Zeit liegen auch keine Zahlen darüber vor, in wievielen Krankenhäusern die Abteilungen für Physikalische Therapie fachärztlich geleitet werden. Etwa jedes fünfte Krankenhaus (528) war mit einem speziellen Bereich Ergotherapie oder Beschäftigungs- und Arbeitstherapie ausgestattet.

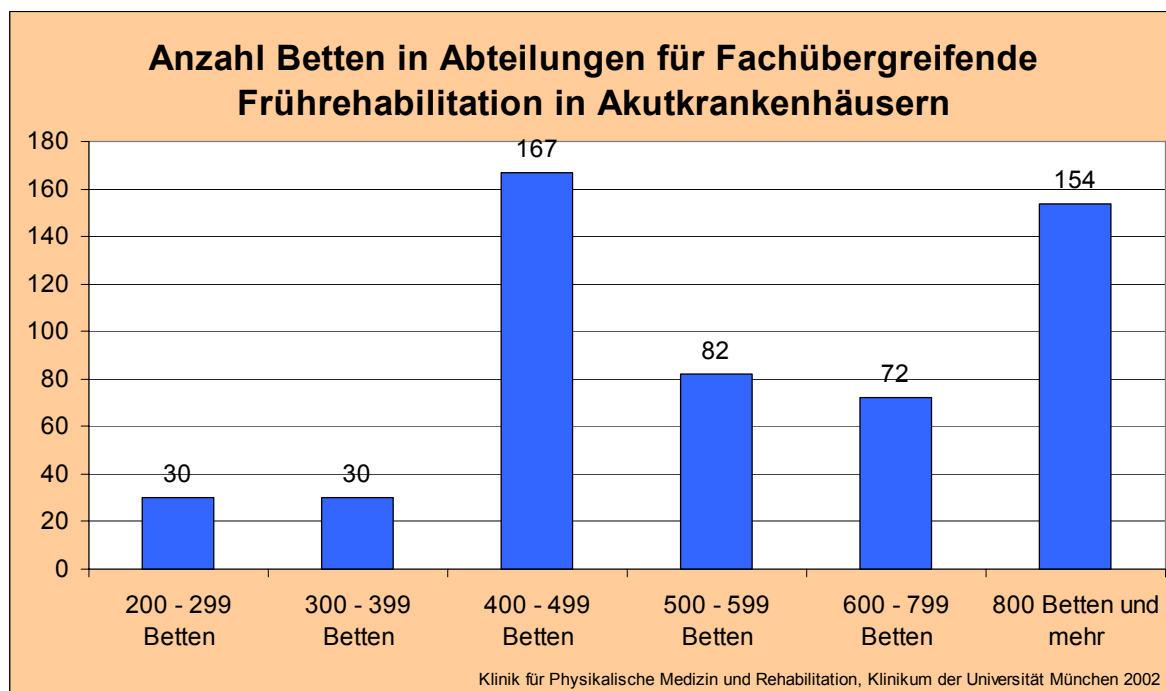
### ***Bettenführende Einrichtungen fachübergreifende Frührehabilitation***

In Deutschland gibt es derzeit 16 bettenführende Abteilungen für fachübergreifende Frührehabilitation in Akutkrankenhäusern mit insgesamt 535 Betten. Drei weitere Einrichtungen dieser Art befinden sich in Planung oder im Aufbau. Bundesweit

wurden neun dieser Einrichtungen seit Mitte der 90er Jahre vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung als Modelleinrichtungen gefördert.

Bettenführende Abteilungen für fachübergreifende Frührehabilitation sind überwiegend an großen Akutkrankenhäusern (> 400 Betten) angesiedelt. Regionale Schwerpunkte finden sich in Bayern mit derzeit drei Einrichtungen in München und jeweils einer in Ingolstadt und Nürnberg.

Zwölf Leiter der 16 bettenführenden Einrichtungen für Frührehabilitation sind Fachärzte für physikalische und rehabilitative Medizin. Die anderen Leiter führen den Facharzt für Innere Medizin (3) oder Neurologie (1). Von den zwölf Leitern mit Facharzt für physikalische und rehabilitative Medizin sind neun Doppelfachärzte und führen zusätzlich den Facharzt für Innere Medizin (5), Rheumatologie (1), Chirurgie (1), Neurologie und Psychiatrie (1) oder Orthopädie (1).



**Abb. 3: Anzahl Betten in Abteilungen für fachübergreifende Frührehabilitation – nach Größe des Krankenhauses**

## Organisationsformen

### *Therapeutisches Personal in Krankenhäusern*

Die verschiedenen medizinisch-therapeutischen Berufsgruppen sind in den meisten Krankenhäusern in Berufsgruppen organisiert und unterschiedlich stark vernetzt. In

neuerer Zeit gibt es am Klinikum der Universität München Versuche zur Organisation der medizinisch-therapeutischen Berufe in multidisziplinären mobilen Rehabilitations-Teams. So sind im Klinikum der Universität München fünf mobile Reha-Teams (siehe Tab.2) in den verschiedenen Fachabteilungen an den beiden Standorten des Klinikums tätig.

### ***Bettenführende Einrichtungen fachübergreifende Frührehabilitation***

Entsprechend der unterschiedlichen Krankenhausstruktur ergeben sich gemäß der BAG Frührehabilitation zwei unterschiedliche Modelle:

#### 1. Integration einer fachübergreifenden Frührehabilitationsabteilung in Krankenhäuser mit Schwerpunktcharakter:

In Krankenhäusern der Maximalversorgung sowie Schwerpunktkrankenhäusern, in denen aufgrund ihres komplexen Versorgungsspektrums eine große Zahl von schwerkranken, frührehabilitationsbedürftigen Patienten der verschiedensten Gebiete versorgt werden müssen, sollte die fachübergreifende Frührehabilitation als bettenführende Abteilung integriert sein. Erfahrungsgemäß sind 3 – 5 Betten pro 100 Betten für die fachübergreifende Frührehabilitation notwendig. In jedem Fall sollte eine organisatorisch vernünftige Stationsgröße resultieren. Die Zuweisung der Patienten erfolgt vorwiegend aus den Fachabteilungen dieses Krankenhauses, kann jedoch unter regionalen Gesichtspunkten auch aus umliegenden Krankenhäusern erfolgen, so dass dafür unter Umständen ein mobiler Konsiliardienst erforderlich ist.

#### 2. Integration einer bettenführenden fachübergreifenden Frührehabilitationsabteilung in einem Krankenhaus der Grundversorgung

Die Zuweisung der Patienten erfolgt in diesem Modell im Sinne eines Krankenhausverbundes auch aus den umliegenden Versorgungskrankenhäusern der Region. Dies setzt einen mobilen Konsiliardienst voraus, damit die Rehabilitationsbedürftigkeit und –fähigkeit fachgerecht beurteilt und eine zügige Übernahme dieser Patienten in die entsprechende Abteilung für fachübergreifende Frührehabilitation des hierfür ausgewählten Krankenhauses der Grundversorgung erfolgen kann. Unter Umständen ist ein Assessment über einen detaillierten Fragebogen ausreichend.

Die Integration einer bettenführenden fachübergreifenden Frührehabilitationsabteilung sollte ohne Auswirkung auf die Bettenkapazität des betreffenden Krankenhauses erfolgen. Anzustreben ist die Vernetzung einer solchen Abteilung mit einer Tagesklinik und einer ambulanten PRM-Einheit.

## **Zahlen zur Leistungserbringung**

### ***Medizinisch-therapeutische Einzelmaßnahmen und Reha-Teams***

Beispielhaft werden hier die Zahlen zur Leistungserbringung für medizinisch-therapeutische Maßnahmen aus dem Klinikum der Universität München und dem Klinikum Ingolstadt präsentiert.

Stationäre Patienten der verschiedenen Kliniken und Fachabteilungen des Klinikums der Universität München werden von fünf multidisziplinären Reha-Teams betreut. Die Teams bestehen aus Mitgliedern der medizinisch-therapeutischen Berufsgruppen (Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Masseur, Psychologen) sowie aus Ärzten der Klinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation.

Im stationären und ambulanten Bereich wurden im Jahr 2000 an den beiden Standorten Großhadern und Innenstadt nachfolgende Leistungen der medizinisch-therapeutischen Berufsgruppen erbracht:

Physiotherapie	88.094
Ergotherapie	7.467
Massage	13.909

Einsatzbereiche der Reha-Teams der Klinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation im Klinikum der Universität München						
Klinik-Teams		Mobile Reha-Teams				
Großhadern (Innenstadt)		Großhadern				Innenstadt
<u>Klinik-Team</u> K22 B	<u>Klinik-Team</u> Poli-/Tagesklinik	<u>Reha-Team</u> operativ	<u>Reha-Team</u> Chirurgie	<u>Reha-Team</u> Neurologie / Neurochirurgie	<u>Reha-Team</u> Innere / Gyn / Pädiatrie	<u>Reha-Team</u> IST
16 Betten Station der Klinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation	Poliklinik GH/IST, Tagesklinik GH/IST, Schmerzambulanz GH, Münchner Rückenintensivpro- gramm, Ergotherapie für Reha-Teams ohne Ergotherapeuten, Massage für Reha- Teams ohne Masseure	341 Betten 15 Stationen der Orthopädischen Klinik, der Urologischen Klinik, der HNO-Klinik, der Klinik für Anästhesio-logie, der Chirurgischen Klinik (Nierentransplan- tation) und der Med. Klinik 3 (Knochenmark transplantation)	257 Betten 12 Stationen der Chirurgischen Klinik und der Herzchirurgischen Klinik	159 Betten 9 Stationen der Neurologischen Klinik und der Klinik für Neurochirurgie	581 Betten 23 Stationen der Medizinischen Kliniken, der Klinik für Strahlentherapie, der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und der Kinderklinik	439 Betten Stationen der Medizinischen Klinik, der Medizinischen Poliklinik, der Klinik für Hals-, Nasen-, Ohrenranke, der Klinik für Kieferchirurgie und der Augenklinik

Stand Februar 2002

**Tab. 2: Einsatzbereiche der Reha-Teams der Klinik für PMR im Klinikum der Universität München – Standort Großhadern**

Tabelle 3 zeigt exemplarisch die Anzahl Behandlungseinsätze, die 1999 von den medizinisch-therapeutischen Berufsgruppen des Instituts für physikalische und rehabilitative Medizin für die verschiedenen Fachabteilungen des Klinikums Ingolstadt erbracht wurden. Hierbei fällt zunächst auf, dass in allen Fachabteilungen ein deutlicher Bedarf für rehabilitative Therapien besteht. Gleichzeitig zeigt sich, dass im Verhältnis zur Bettenzahl die Therapiedichte auf der Frührehabilitationsstation (21 Betten) wesentlich höher liegt als auf den anderen Abteilungen (gesamt 1045 Betten).



<b>Behandlungseinsätze nichtärztlicher Therapeuten für alle Abteilungen des Klinikums Ingolstadt 1999</b>						
<b>Abteilung</b>	<b>Ergotherapie</b>	<b>Logopädie</b>	<b>(Neuro-) Psychologie</b>	<b>Physiotherapie</b>	<b>Physik. Therapie</b>	<b>gesamt</b>
Allg. Chirurgie	175	62	274	3.006	412	3.929
Anästhesie/Intensiv	1.088	581	77	4.652	256	6.654
Frauenklinik	2	3	325	4.075	314	4.719
Frührehabilitation	3.550	1.396	1.907	14.202	4.578	25.633
HNO	4	12	63	493	203	775
Med. Klinik I	419	880	340	7.816	3.769	13.224
Med. Klinik II	419	616	817	5.160	2.693	9.705
Mund-,K.-,G.-Chirurgie	3		7	41	28	79
Neurochirurgie	169	232	77	2.060	1.455	3.993
Neurologie	1.420	1.761	400	6.727	1.654	11.962
Orthopädie	164	32	77	16.680	6.319	23.272
Psychiatrie	91	202	18	2.390	3.236	5.937
Strahlentherapie	56	57	80	383	123	699
Unfallchirurgie	297	49	173	8.259	2.418	11.196
Urologie	39	21	44	528	445	1.077
<b>gesamt</b>	<b>7.896</b>	<b>5.904</b>	<b>4.679</b>	<b>76.472</b>	<b>27.903</b>	<b>122.854</b>

**Tab. 3: Anzahl Behandlungseinsätze für alle Abteilungen des Klinikums Ingolstadt im Jahr 1999**

### ***Bettenführende Einrichtungen fachübergreifende Frührehabilitation***

Am Standort München-Großhadern sind 16 stationäre Betten für Frührehabilitation, Physikalische Medizin und Schmerztherapie ausgewiesen. Im multidisziplinären Team werden Patienten, die von den Fachabteilungen und zum Teil von den Intensivstationen in Großhadern und aus der Innenstadt zur stationären Weiterbehandlung verlegt werden, betreut. Dabei handelt es sich um Patienten nach Langzeitbeatmung, beispielsweise nach Transplantation, ARDS, Sepsis oder Multiorganversagen, die einer frühest möglich einsetzenden Rehabilitation bedürfen. Im Jahre 2000 wurden auf der Station für Physikalische Medizin und Rehabilitation am Standort Großhadern 277 Patienten betreut. Insgesamt fielen 6.014 Behandlungstage an, wodurch ein Nutzungsgrad von 102% erreicht werden konnte. Die mittlere Verweildauer betrug 22,3 Tage.

Die Zahl der in der Klinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation behandelten Patienten umfasst allerdings nicht nur Patienten zur Frührehabilitation sondern auch Patienten mit Schmerzstörungen. Andererseits konnte aufgrund der begrenzten Kapazitäten in der Vergangenheit nur ein geringer Teil der zur Frührehabilitation

angemeldeten Patienten auf die Bettenstation der Klinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation übernommen werden. Diese Patienten mussten notgedrungen auf den Fachstationen mit Hilfe der mobilen Reha-Teams behandelt werden. Beispielsweise konnte aus den Abteilungen für Herzchirurgie und für Lungentransplantation im Jahr 2001 nur etwa einer von vier angefragten Patienten auf die Frührehabilitationsstation der Klinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation verlegt werden. Es kann derzeit also keine gültige Aussage darüber getroffen werden, wie hoch der Gesamtanteil an Patienten ist, welche einer indikationsübergreifenden Frührehabilitation bedürfen.

Auf der 21-Betten-Station für fachübergreifende Frührehabilitation des Instituts für physikalische und rehabilitative Medizin im Klinikum Ingolstadt wurden im Jahr 1999 369 Patienten betreut. Die mittlere Verweildauer betrug 16,7 Tage bei einer Auslastung von 92%. Tabelle 5 zeigt die häufigsten Behandlungsdiagnosen der Patienten auf dieser Station.

### **Bedarfsschätzungen**

Für den Bereich der indikationsübergreifenden Frührehabilitation gibt es zur Zeit keine evidenzbasierten Bedarfsschätzungen für das therapeutische Personal oder für bettenführende Abteilungen. Allenfalls kann auf Erfahrungswerte zurückgegriffen werden [10].

Den Erfahrungen im Universitätsklinikum München zufolge bedarf die adäquate Versorgung von circa 1.500 Betten mindestens 50 Physio- und/oder Ergotherapeuten (ca. 1 medizinischer Therapeut für 30 Betten). Für die notwendige Zahl der anderen medizinisch-therapeutischen Berufe liegen keine Erfahrungswerte vor.

Gemäß Erfahrung der BAG Frührehabilitation sind 3 – 5 Betten pro 100 Betten für die fachübergreifende Frührehabilitation notwendig. Es muss davon ausgegangen werden, dass die notwendige Zahl aber stark von verschiedenen Faktoren wie der Anzahl an Intensiv- und Intermediate-Care Betten und der verfügbaren Betten in spezifischen Bereichen wie der Neurorehabilitation und Geriatrie abhängig ist.

## Finanzierung

Sowohl therapeutische Einzelmaßnahmen, Leistungen durch mobile Reha-Teams und die Leistungen der Abteilungen für Frührehabilitation werden zur Zeit durch Pflegesätze über die Krankenkassen finanziert. Wie die Finanzierung in Zukunft, nach Einführung des DRG-basierten Entgeltsystems in den Akutkrankenhäusern aussehen wird, ist noch unklar. Entsprechend werden prinzipielle Möglichkeiten der Finanzierung in einem Artikel in der Septemerausgabe der Physikalischen Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin diskutiert [5].

## Indikationen, Steuerung und Qualitätssicherung

### *Indikationsgruppen gemäß DVfR 2001*

Gemäß der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter (DVfR) ist die Frührehabilitation insbesondere für die in Tabelle 4 aufgeführten Patientengruppen von Bedeutung [11].

#### Für die Frührehabilitation insbesondere infrage kommende Patientengruppen

- Patienten aller Altersgruppen mit erworbenen Hirschädigungen im Sinne von Schädelhirntrauma, Hypoxie, Schlaganfall, Meningoenzephalitis, Hirntumoren u. a.
- Patienten mit erworbener Querschnittlähmung bzw. bei Komplikationen bei angeborener Querschnittlähmung
- Patienten mit schwerwiegenden akuten neurologischen Erkrankungen, z. B. Guillain Barré-Syndrom, Critical-Illness-Polyneuropathie
- Patienten mit Multimorbidität und akuten Erkrankungen mit erheblichen Auswirkungen auf die funktionelle Selbständigkeit, z. B. geriatrische Patienten
- Patienten mit schwerer vorbestehender Behinderung zur Erhaltung / Verbesserung der funktionellen Selbständigkeit oder der gesundheitlichen Stabilität nach Akuterkrankungen bzw. operativer Versorgung
- Patienten nach Amputation bei Vorliegen begleitender Erkrankungen und erheblicher zusätzlicher Behinderung
- Patienten nach Langzeitbeatmung

Tab. 4: Für die Frührehabilitation insbesondere infrage kommende Patientengruppen (nach DVfR 2001)

## **Indikationen zur Frührehabilitation auf bettenführenden Einrichtungen fachübergreifende Frührehabilitation**

Tabelle 5 zeigt beispielhaft die häufigsten Hauptdiagnosen der auf den indikationsübergreifenden Frührehabilitationsabteilungen in Bogenhausen und Ingolstadt behandelten Patienten.

Bemerkenswert ist hierbei, dass in Ingolstadt trotz des Vorhandensein einer neurologischen Frührehabilitationseinrichtung in unmittelbarer Nähe der Bedarf für die Behandlung von Patienten mit neurologischen und neurochirurgischen Diagnosen sehr hoch ist, was sich aus der Komplexität der Begleitdiagnosen bzw. –erkrankungen ergibt. Die Hauptdiagnosen nach ICD10 per se sagen nichts über die tatsächliche Schwere des Behandlungsfalls aus, was eine weitere Erschwernis für die Abbildung der Komplexität im Rahmen der DRGs darstellt.

<b>Aufstellung der 15 häufigsten Diagnosen 2001 Bettenführende Abteilungen für Fachübergreifende Frührehabilitation</b>					
<b>Klinikum Ingolstadt</b>			<b>Krankenhaus München-Bogenhausen</b>		
I63	Hirinfarkt	55	M48	Spinalstenose	29
S06	Schädel-Hirn-Trauma (Grad II - III)	29	I64	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	28
I60	Subarachnoidalblutung	14	I63	Hirinfarkt	27
I73	Arterielle Verschlusskrankheit	14	R13	Dysphagie	25
M51	Bandscheibenvorfall (kompl. Verlauf)	14	M50	Zervikale Bandscheibenschäden	18
I64	Apoplex o.n. A.	12	G82	Paraplegie und Tetraplegie	13
T07	Polytrauma	10	S06	Intrakranielle Verletzung	11
I61	Intracerebrale Blutung	9	I61	Intrazerebrale Blutung	10
D32	Meningeom	8	I67	Zerebrovaskuläre Krankheiten	10
M48	Spinalstenose	8	G93	Krankheiten des Gehirns	9
M16.9	Coxarthrose	7	I60	Subarachnoidalblutung	9
R52	Schmerzsyndrom	7	S32	Fraktur der LWS und des Beckens	8
S72 4-9	Femurfraktur, auch mehrfach	7	S72	Fraktur des Femurs	7
S72 0-3	Schenkelhalsfraktur	6	T07	Polytrauma	6
G61	Polyradikulitis	5	M16	Koxarthrose	5
Gesamt		205*	Gesamt		215**

\*Dies entspricht mit 205 von insgesamt 331 Fällen einem Prozentsatz von 61,9% aller Fälle.

\*\*Dies entspricht mit 215 von insgesamt 565 Fällen einem Prozentsatz von 38,1% aller Fälle.

**Tab. 5: Die 15 häufigsten Diagnosen bei Patienten der Frührehabilitationsstationen im Klinikum Ingolstadt und im Städtischen Krankenhaus München-Bogenhausen**

### **Eingangs-/Ausgangskriterien für medizinisch-therapeutische Einzelmaßnahmen und mobile Reha-Teams**

Die Verordnung von Einzelmaßnahmen wird in den meisten Krankenhäusern direkt durch den Arzt der Fachstation durchgeführt. Zahl und Intensität der Verordnungen orientieren sich zwangsläufig an den verfügbaren Ressourcen, die aber vielerorts

und für manche medizinisch-therapeutischen Berufe nicht oder nur ungenügend vorhanden sind. In der in einigen Kliniken im Ansatz vorhandenen Frührehabilitation mit mobilen Reha-Teams werden zur Zeit kaum standardisierte Assessmentverfahren eingesetzt. Es erfolgt entsprechend keine systematische Abstimmung zwischen den medizinisch-therapeutischen Bereichen und auch nur selten eine formale gemeinsame Festlegung eines Rehabilitationszieles.

Allgemein anerkannte Richtlinien gibt es bisher nicht, allenfalls sind es die jeweiligen in den verschiedenen Krankenhäusern individuell definierten Verordnungsbögen, welche die Verordnung beeinflussen. So gilt beispielsweise am Klinikum Großhadern mit mobilen Reha-Teams unter der Leitung eines Facharztes für Physikalische und Rehabilitative Medizin (PRM) ein folgendermaßen abgestuftes Vorgehen :

1. Bei ausgewählten **physiotherapeutischen Einzelmaßnahmen** für definierte Patientengruppen erfolgt eine Direktverordnung durch den Arzt der Fachstation. Optional kann ein Konsil des PRM-Facharztes durch die Ärzte der Fachstationen erfolgen. Das therapeutische Personal kann vom anfordernden Arzt der Fachstation ein Konsil des PRM-Facharztes vor Beginn der rehabilitativen Intervention anregen bzw. sich direkt an ihn wenden.

2. Bei **ergänzender Frührehabilitation** mit Beteiligung **mehrerer Berufsgruppen** erfolgt ein Konsil durch den PRM-Facharzt und die multidisziplinäre Festlegung des Rehabilitationszieles und der Rehabilitationsmaßnahmen.

Zur Zeit bestehen keine evidenzbasierten Indikationslisten. Diese wären bei großteils fehlenden Studien zur Wirksamkeit und „Dosierung“ kaum möglich zu erstellen. Die Indikationsstellung erfolgt auf der Basis einer langjährigen Erfahrung und klinischer Fallbeschreibungen [12].

### ***Eingangs-/Ausgangskriterien für bettenführende Einrichtungen fachübergreifende Frührehabilitation***

Die Übernahme zur Frührehabilitation auf eine bettenführende Abteilung erfolgt zur Zeit gemäß den Kriterien der BAG Frührehabilitation entweder 1) aus den Fach-

abteilungen des Krankenhauses oder unter regionalen Gesichtspunkten auch aus nahen Krankenhäusern mit entsprechend erforderlichem mobilen Konsiliardienst, oder 2) beim Verbundmodell aus den umliegenden Versorgungskrankenhäusern der Region mit entsprechend erforderlichem mobilen Konsiliardienst.

Für das Assessment auf den bettenführenden Abteilungen zur Feststellung der Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit und zur Formulierung realistischer Rehabilitationsziele stehen derzeit nur bedingt geeignete Verfahren zur Verfügung. Verschiedene Kliniken verwenden versuchsweise zum Beispiel den FIM oder den Barthel-Index. Im Rahmen eines Projektes des Lehrstuhls für physikalische und rehabilitative Medizin an der Universität München wird zur Zeit ein ICF-basiertes Klassifikationsverfahren sowohl für die ergänzende Frührehabilitation mit mobilen Reha-Teams als auch für die umfassende Frührehabilitation in bettenführenden Abteilungen entwickelt.

Die Eingangs- und Ausgangskriterien für Patienten zur fachübergreifenden Frührehabilitation der BAG Frührehabilitation sind in den Tabellen 6 und 7 dargestellt.

<b>Eingangskriterien für Patienten zur fachübergreifenden Frührehabilitation</b>	
<p>Die Indikation für die <b>Übernahme</b> auf die <b>Bettenstation einer Abteilung für fachübergreifende Frührehabilitation</b> ist gegeben, wenn bereits dringender <b>Rehabilitationsbedarf</b> besteht, der Patient aber wegen einer der unten aufgeführten <b>Kriterien</b> noch nicht aus dem <b>Akutkrankenhaus</b> verlegt werden kann.</p> <p><b><u>1. Akutmedizinischer Bedarf</u></b></p> <p><b>a) Diagnose</b> Diagnose gesichert, es besteht aber noch akutmedizinischer Diagnostik- und Therapiebedarf, die <b>Rehabilitation tritt für den Patienten aber in den Vordergrund</b></p> <p><b>b) Diagnostik und Therapie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kurzfristige aufwendige und/oder invasive Verlaufsdiagnostik</li> <li>• Weitere Operationen oder medikamentöse Behandlungszyklen (z.B. Chemotherapie) innerhalb kurzer Frist</li> <li>• Aufwendige Wundversorgung (ev. weitere operative Eingriffe)</li> <li>• Engmaschiges Medikamentenmonitoring (z.B. Einstellung von immunsuppressiven Therapien)</li> <li>• Zeitlich beschränkte aufwendige medikamentöse Therapien (z.B. iv Antibiose, Chemotherapie, Immunsuppression)</li> <li>• O2 Pflichtigkeit</li> <li>• Dialysepflichtigkeit (z.B. Dialyse über Sheldon-Katheter, Anlage Shunt vorgesehen)</li> <li>• Parenterale Ernährung</li> <li>• Akutmedizinische Diagnostik und Behandlung von weiteren Gesundheitsstörungen</li> </ul> <p><b>c) Fachspezifische Weiterbetreuung bzw Mitbehandlung</b> z.B. KMT, Transplantation, neurochirurgischen Interventionen, Polytraumen, usw</p> <p><i>und/oder</i></p>	<p><b><u>2. Bedarf an rehabilitativer Diagnostik</u></b></p> <p><b>a)</b> rehabilitative <b>Spezialdiagnostik</b> unter Verwendung akutmedizinischer Diagnostikmöglichkeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abklärung Schluckstörung (apparativ)</li> <li>• Kognitive Störungen</li> <li>• Urologie, Augen, usw</li> </ul> <p><b>b)</b> Evaluation der Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit, des Rehabilitationspotentials und der Rehafähigkeit (Defizite konsiliarisch nicht sicher beurteilbar und bedürfen der umfassenden <b>Abklärung</b> und/oder eines <b>Rehaversuchs</b>)</p> <p><i>und/oder</i></p> <p><b><u>3. Pflegebedarf</u></b></p> <p><b>a)</b> Der zu rehabilitierende Patient ist <b>noch</b> schwerst pflegebedürftig und / oder in großem Umfang auf fremde Hilfe angewiesen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens, insbesondere bei der Durchführung des Transfers bzw. bei der Mobilisation auf Stationsebene.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• hoher Grundpflegebedarf aufgrund des hohen akutmedizinischen Bedarfs (PPR-Einstufung, FIM, ICIDH)</li> <li>• bei gravierenden Begleiterkrankungen oder Komplikationen</li> <li>• bei beeinträchtigenden Vorerkrankungen</li> </ul> <p><b>b) Spezifische Pflege</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ulcus-, Dekubitus- und Wundversorgung, Tracheostoma u.a.</li> <li>• Kontinuierliche Überwachung (Vitalfunktionen, Weglauftendenz)</li> <li>• Kontinuierliche Überwachung der iv Medikation und parenteralen Ernährung</li> <li>• Verabreichung und pflegerische Versorgung aller zu- und ableitenden Systeme ( z.B. Zentralvenenkatheter, Harnableitungssysteme, Periduralkatheter, Thoraxdrainagen, gastrointestinale Sonden, Sauerstoffversorgung)</li> <li>• Spezielle rehabilitative Pflegekonzepte</li> </ul>

**Tab. 6: Eingangskriterien für Patienten zur fachübergreifenden Frührehabilitation der Bundesarbeitsgemeinschaft der Akutkrankenhäuser mit Abteilungen der fachübergreifenden Frührehabilitation e.V.**

### Ausgangskriterien für Patienten zur fachübergreifenden Frührehabilitation

Die fachübergreifende Frührehabilitation ist **abzuschließen** wenn,

**a) bei weiterbestehender Rehabedürftigkeit:**

- ein akutmedizinischer Bedarf nicht mehr gegeben ist  
und
- die rehabilitative Diagnostik abgeschlossen ist  
und
- die Pflegesituation die Verlegung in die weiterführende Rehabilitation ermöglicht

**b) eine rehabilitative Intervention zur Zeit ohne Erfolg bleibt**

**Tab. 7: Ausgangskriterien für Patienten zur fachübergreifenden Frührehabilitation der Bundesarbeitsgemeinschaft der Akutkrankenhäuser mit Abteilungen der fachübergreifenden Frührehabilitation e.V.**

Es ist ersichtlich, dass sich die Ausgangskriterien der BAG Frührehabilitation an den Eingangskriterien zur weiterführenden Rehabilitation orientieren. So werden die medizinischen Voraussetzungen für die Anschlussheilbehandlung (AHB) gemäß der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) 1998 wie folgt beschrieben [13]:

Der Patient muss

- **frühmobilisiert** sein (in der Lage, ohne fremde Hilfe zu essen, sich zu waschen, sich auf Stationsebene zu bewegen)
- **ausreichend belastbar** sein
- **motiviert** und in der Lage sein, **aktiv** bei der Rehabilitation **mitzuarbeiten**

Eine **Kontraindikation** ergibt sich u.U. wenn **schwerwiegende Begleiterkrankungen** vorliegen.

Auch zahlreiche Krankenkassen (z.B. BARMER, BKK Post, AOK S-H, IKK S-H u.a.) setzen für ihre AHB- und AR-Verfahren (Anschlussrehabilitation) die Selbsthilfefähigkeit, ausreichende Belastbarkeit, Motivation und aktive Mitarbeit der betroffenen Patienten voraus. Für eine Reihe von Versicherern (LVA Schleswig-Holstein/AOK S-H/BKK-LV Nord/IKK S-H/VdAK/AEV LV S-H 06/99) beinhaltet die Rehabilitationsfähigkeit des Patienten auch, dass die Akutphase abgeklungen ist, seit 3 Tagen stabile Verhältnisse bestehen und die Wundheilung abgeschlossen ist.

Mit Verabschiedung des SGB IX sind nun neue Kriterien für die Frührehabilitation in Erarbeitung [2].



## Qualitätssicherung und Leitlinien

Bisher gibt es für die indikationsübergreifende Frührehabilitation keine allgemein anerkannten Kriterien im Sinne von Qualitätssicherung oder Leitlinien. Mit Verabschiedung des SGB IX wird zur Zeit eine Richtlinie zur Frührehabilitation durch die BAG Frührehabilitation erarbeitet.

Von Seiten der DVfR wurden im Jahr 2001 Kriterien für die erforderliche Struktur- und Prozessqualität gefordert. Gemäß der DVfR [11] hängen

*„Die Kriterien für die jeweils notwendigen Standards bzgl. des Umfangs an vorzuhaltenden Fachdiensten und Leistungen u. a. auch davon ab, ob es sich ausschließlich um komplementäre Frührehabilitation in den jeweiligen Fachabteilungen handelt oder um eigene Abteilungen für Frührehabilitation fachübergreifend oder mit speziellem Versorgungsauftrag. Eigenständige Frührehabilitation kann nicht in jedem Krankenhaus angeboten werden, sondern nur in darauf spezialisierten Abteilungen. Dies ist zum Beispiel der Fall in*

- *Abteilungen für Frührehabilitation*
- *Abteilungen für Geriatrie, sofern diese einen primär rehabilitativen Ansatz verfolgen*
- *Abteilungen für Querschnittgelähmte*
- *Krankenhäusern mit eigener klinischer Abteilung für physikalische und rehabilitative Medizin oder vergleichbarer Infrastruktur“*

Erforderliche Struktur- und Prozessqualität für die Frührehabilitation
- diagnostische und therapeutische Kompetenzen zur notwendigen Versorgung im Rahmen eines fachlich fundierten Rehabilitationskonzeptes u. a. mit Rehabilitationsplan, interdisziplinärer Teamarbeit, Evaluation Rehabilitationsmedizin (ärztlicher Dienst) Rehabilitationspflege Physiotherapie physikalische Therapie Ergotherapie
- Logopädie
- Psychologie/Neuropsychologie
- Sozialarbeit/Sozialpädagogik
- Umsetzung Betreuungsrecht
- Diätberatung
- Musik-/Kunsttherapie
- Enge Kooperation mit dem Orthopädietechniker und der Hilfsmittelfachkraft
- Zusammenarbeit mit den Angehörigen, u. a. mit Rooming-in, praktischer Anleitung, Motivation, Erarbeitung und Entwicklung sowie Stützung familiärer Ressourcen vor allem bei schwerstbehinderten Menschen einschl. einer Längzeitpflegeplanung
- Sicherung zuverlässiger Überleitung und strukturierte, zuverlässige, nahtlos einsetzende Nachsorge, u. a. durch Überleitungspflege und Hausbesuche

**Tab. 8: Erforderliche Struktur- und Prozessqualität für die Frührehabilitation (nach [11])**

## Diskussion

Aufgrund der Analyse und Beschreibung der aktuellen Situation im Bereich der indikationsübergreifenden Frührehabilitation lassen sich eine Reihe von wichtigen Schlussfolgerungen ziehen.

Zuerst zeigt die Analyse eindrücklich, dass bereits heute in Deutschlands Krankenhäusern medizinisch-therapeutische Berufe in großer Zahl tätig sind. Weiter zeigte die Analyse, dass in annähernd 2/3 aller Akutkrankenhäuser die Physikalische Therapie als spezieller Bereich existiert.

Basierend auf diesen Zahlen könnte nun geschlossen werden, dass die Frührehabilitation im Akutkrankenhaus ja bereits existiert und keine wesentlichen Änderungen notwendig sind, um der neuen gesetzlichen Lage gerecht zu werden. Dass dem nicht so ist, lässt sich ebenfalls unserer Analyse entnehmen. So sind nach wie vor 20% der Krankenhäuser in Deutschland ohne Physiotherapeuten und nur in etwas mehr als einem Drittel der Häuser werden beispielsweise Ergotherapeuten und Psychologen beschäftigt. Die scheinbar große Zahl von 2/3 aller Akutkrankenhäuser mit einer Physikalischen Therapie als speziellem Bereich wird dadurch relativiert, dass diese Abteilungen anscheinend nur in vergleichsweise geringer Zahl ärztlich geleitet sind. Die Mehrzahl der Leistungen der medizinisch-therapeutischen Berufe wird zur Zeit offenbar im Sinne einer funktionsorientierten Therapie, aber nicht im Sinne einer eigentlichen Frührehabilitation im multidisziplinären Team unter fachärztlicher Supervision erbracht. Auch ist anzunehmen, dass die Organisationsform in der Regel berufsgruppenorientiert und nicht mit multidisziplinären Reha-Teams erfolgt.

Die aktuellen Versorgungsstrukturen im medizinisch-therapeutischen Bereich stimmen bedenklich, wenn man beispielsweise davon ausgehen muss, dass zur Zeit ein Großteil der Patienten mit einem Schlaganfall nicht frühzeitig in einer speziellen Einrichtung zur neurologischen, indikationsübergreifenden oder geriatrischen Frührehabilitation versorgt werden können, sondern auf die medizinisch-therapeutischen Möglichkeiten während der Versorgung im Akutkrankenhaus angewiesen sind. Die hierbei meist eingesetzte nur funktionsorientierte Einzeltherapie wird diesen Patienten oft nicht gerecht. Erschwerend kommt hinzu, dass bis zur Verlegung in eine Rehaklinik häufig sehr viel Zeit vergeht [14].

Um also die Frührehabilitation im Akutkrankenhaus flächendeckend zu etablieren, müssen die Versorgungsstrukturen im medizinisch-therapeutischen Bereich qualitativ und quantitativ reorganisiert werden. Dies trifft insbesondere auf den ärztlichen Bereich, aber auch auf Ergotherapie und Psychologie zu. Vorschläge für ein rehabilitationsärztlich geleitetes multidisziplinäres, auf die Bewältigung der Krankheitsfolgen ausgerichtetes Frührehabilitationskonzept findet sich in diesem Heft im Artikel „Konzept zur indikationsübergreifenden Frührehabilitation im Akutkrankenhaus“ [2].

Die Analyse zeigt weiterhin auf, dass sich die neuen bettenführenden Einrichtungen zur indikationsübergreifenden Frührehabilitation etabliert und bewährt haben. Derzeit sind weitere Einrichtungen geplant oder im Aufbau.

Es ist nun entscheidend, diese flächendeckend und in enger Abstimmung mit den spezialisierten Einrichtungen, wie insbesondere der neurologischen Frührehabilitation und der geriatrischen Frührehabilitation einzurichten. Dabei wird es immer notwendig sein, lokale Gegebenheiten zu berücksichtigen.

Genauso entscheidend wird es sein, die Kriterien zur indikationsübergreifenden Frührehabilitation auf einer bettenführenden Abteilung mit den Eingangskriterien der weiterführenden Rehabilitation abzustimmen. Die in diesem Artikel in den Tabellen 6 und 7 dargestellten Kriterien der BAG Frührehabilitation haben sich, wie aufgezeigt, an den Kriterien der weiterführenden Rehabilitation orientiert. Sie erscheinen deshalb als „weich“, das heißt, sie erlauben auch die Frührehabilitation von Patienten, welche nicht mehr notwendigerweise im Akutkrankenhaus oder in einer Rehabilitationsklinik mit entsprechender akutmedizinischer Ausstattung behandelt werden müssten. Dies ist zumeist nicht zweckmäßig und aufgrund der in der Regel höheren Overhead-Kosten eines Akutkrankenhauses kaum je wirtschaftlich. Sich klar an der akutmedizinischen Notwendigkeit oder der Praktikabilität (z.B. Frührehabilitation zwischen zwei akutmedizinischen Maßnahmen) orientierende Kriterien finden sich in diesem Heft im Artikel „Konzept zur indikationsübergreifenden Frührehabilitation im Akutkrankenhaus“ [2].

In diesem Artikel nicht im Detail diskutiert wurde die Finanzierung der Frührehabilitation. Hier ist zu berücksichtigen, dass die Neugestaltung der Frührehabilitation mit der geplanten Einführung des DRG-basierten Entgeltsystems für die stationäre Versorgung zusammenfällt. Auswirkungen des DRG-basierten Entgeltsystems, beispielsweise die generelle Verkürzung der Krankenhausverweildauer und der damit immer kürzer werdenden Zeit, in der eine Frührehabilitation

überhaupt stattfinden kann, sind dementsprechend bei der Umsetzung der gesetzlich geforderten Frührehabilitation zu berücksichtigen. Eine patientengerechte Regelung der Finanzierung an der Schnittstelle zwischen der DRG-finanzierten Akutmedizin, der Frührehabilitation und der nachgeordneten Rehabilitation ist von entscheidender Bedeutung für die vom Gesetzgeber vorgegebene und breit abgestützte Implementierung der Frührehabilitation im Akutkrankenhaus.

Zusammenfassend kann die nun gesetzlich geforderte Frührehabilitation zumindest teilweise auf vorhandenen Ressourcen, Strukturen und Prozessen im Bereich der medizinisch-therapeutischen Berufe, der indikationsübergreifenden Frührehabilitation und weiterer spezialisierter Einrichtungen insbesondere zur neurologischen und geriatrischen Frührehabilitation aufbauen. Bei der Umsetzung muss dem demographisch zu erwartenden erhöhten Bedarf und den steigenden Anforderungen an die Frührehabilitation durch die Erfolge der hochtechnisierten Akutmedizin Rechnung getragen werden. Nur wenn die notwendigen Frührehabilitationsleistungen auch nach Einführung des Fallpauschalengesetzes während der gesamten Versorgungskette erbracht und vergütet werden können, wird die Frührehabilitation zum Nutzen von Patienten, Angehörigen und wegen des besseren und in kürzerer Zeit erreichbaren Rehabilitationsergebnisses auch zum Nutzen der Kostenträger und letztendlich der Gesellschaft in Deutschland verwirklicht werden können.

## Literatur

<sup>1</sup> Stier-Jarmer M, Stucki G.

Frührehabilitation im Akutkrankenhaus – Gesetzliche Grundlagen. Phys Rehab Kur Med 2002; 3: 129-133

<sup>2</sup> Stucki G, Stier-Jarmer M, Gadomski M, Berleth B, Smolenski U.

Konzept zur indikationsübergreifenden Frührehabilitation im Akutkrankenhaus. Phys Rehab Kur Med 2002; 3: 134-145

<sup>3</sup> Stier-Jarmer M, Pientka L, Stucki G.

Frührehabilitation in der Geriatrie. Phys Rehab Kur Med 2002; 12: 190-202

<sup>4</sup> Stier-Jarmer M, Koenig E, Stucki G.

Strukturen der neurologischen Frührehabilitation (Phase B) in Deutschland. Phys Rehab Kur Med 2002; 12: 260-271

<sup>5</sup> Brach M, Piek S, Stucki G.

Finanzierung der Frührehabilitation. Phys Rehab Kur Med 2002; 12: 317-324

<sup>6</sup> BIAS-Beratungsinstitut für angewandte Statistik GmbH.

Medizinische Rehabilitation im Krankenhaus – Repräsentativbefragung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation bei 275 Krankenhäusern im Januar 1988. Berlin, 1988

<sup>7</sup> Biene-Dietrich P, Gabany M.

Inanspruchnahme von Leistungen zur Rehabilitation in Allgemeinkrankenhäusern. BASYS – Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung mbH, Augsburg, 1990

<sup>8</sup> WIAD, Prognos.

Fachübergreifende Frührehabilitation im Akutkrankenhaus – durchgeführt im Klinikum Ingolstadt. Forschungsbericht Nr. 275 des BMA, Köln/Bonn, 1998

<sup>9</sup> Deutsches Krankenhausadressbuch 2001. Freiburg: Rombach, 2001

<sup>10</sup> Gadomski M.

Frührehabilitation im Krankenhaus. Die BKK 2000; 3: 110-115

<sup>11</sup> Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter.

DRGs und Rehabilitation – Memorandum der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter. Rehabilitation 2001, 40, 361-368

<sup>12</sup> Gärtner U, Roth GR.

Physiotherapie in der Intensivmedizin. München: Pflaum, 2000

<sup>13</sup> Bundesversicherungsanstalt für Angestellte.

AHB Anschlußheilbehandlung – Informationsschrift für Krankenhäuser. Internet <http://www.bfa-berlin.de>, 1. Auflage 1998

<sup>14</sup> Schönle PW, Ritter K, Diesener P, Ebert J, Hagel KH, Hauf D, Herb E, Hülser PJ, Lipinski C, Manzl G, Maurer P, Schmalohr D, Schneck M, Schumm F.

Frührehabilitation in Baden-Württemberg – Eine Untersuchung aller Frührehabilitationseinrichtungen Baden-Württembergs. Rehabilitation 2001; 40: 123-130.

## **4. Frührehabilitation in der Geriatrie**

Early rehabilitation in geriatrics

M. Stier-Jarmer, L. Pientka, G. Stucki

*Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin 2002; 12: 190-202*

## Zusammenfassung

Geriatrie ist das medizinische Fachgebiet für die Erkrankungen alter Menschen. Mit dem Ziel, für den Patienten eine höchst mögliche Selbständigkeit zu erhalten bzw. wiederherzustellen und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, werden beim Patienten, der in die Geriatrie überwiesen wurde, nicht nur die Erkrankung medizinisch therapiert, sondern auch gleichzeitig die funktionellen Fähigkeiten verbessert. Eine zentrale Rolle spielt deshalb in der Geriatrie die (Früh-) Rehabilitation. Sie stellt beim geriatrischen Patienten einen integralen Anteil an der Akutbehandlung dar.

Mit Inkrafttreten des SGB IX im Jahr 2001 erhielt die Frührehabilitation im Krankenhaus eine neue gesetzliche Grundlage. Frührehabilitation wird in § 39 Abs.1 SGB V nun erstmals explizit als Bestandteil der Krankenhausbehandlung beschrieben. Auf dieser Basis gilt es die Frührehabilitation nun so zu gestalten, dass möglichst alle Patienten, bei denen die Notwendigkeit dafür besteht, erfasst und optimal versorgt werden. Bei der Umsetzung müssen bereits vorhandene Ressourcen, beispielsweise in der Neurologie (Phase B), der indikationsübergreifenden Frührehabilitation oder Geriatrie berücksichtigt werden. Der vorliegende Artikel beschreibt die geriatrische Frührehabilitation in bezug auf ihre Entwicklung, Strukturen und Prozesse.

Eine Befragung der zuständigen Landesministerien im Sommer 2001 ergibt für Deutschland eine Gesamtanzahl von 314 stationären geriatrischen Einrichtungen mit insgesamt 16.297 Betten. Mehr als die Hälfte dieser Betten stehen in kleinen bis mittleren Akutkrankenhäusern (< 400 Betten), gut ein Viertel befindet sich in Rehabilitationskliniken. Der Anteil an großen Akutkrankenhäusern (≥ 400 Betten) mit geriatrischen Abteilungen unterscheidet sich sehr stark in den einzelnen Bundesländern. Bundesweit sind nicht einmal 20% aller Krankenhäuser dieser Größe mit geriatrischen Abteilungen ausgestattet.

Eine Besonderheit der Geriatrie in Deutschland ist ihre sozialrechtlich verankerte, aber medizinisch nicht begründete Unterteilung in Akutgeriatrie nach § 108 / 109 SGB V und geriatrische Rehabilitation nach § 111 SGB V. Hier setzen die Bundesländer unterschiedliche Schwerpunkte. Während die einen (z.B. Hamburg) Geriatrie ausschließlich als Krankenbehandlung nach § 108 / 109 SGB V im Akutkrankenhaus definieren, geben andere (z.B. Rheinland-Pfalz) der geriatrischen Rehabilitation nach § 111 SGB V den Vorzug. Insgesamt überwiegt in den meisten Bundesländern der Anteil akutgeriatrischer Betten.




Die gesetzlich geforderte Frührehabilitation kann folglich zumindest teilweise auf vorhandenen Ressourcen im Bereich der geriatrischen Frührehabilitation aufbauen. Wichtig ist für die Zukunft die Frage der optimalen Zuweisung von Patienten in die Geriatrie, ebenso wie in andere indikationsspezifische oder -übergreifende Frührehabilitations-Einrichtungen. Gegebenenfalls sind bestehende Strukturen bedarfsgerecht zu ergänzen. Dabei kann auch eine Kombination von indikationsübergreifenden und indikationsspezifischen frührehabilitativ ausgerichteten Einrichtungen in Betracht gezogen werden.

## Abstract

Geriatrics is the medical specialist domain concerned with the diseases and care of the elderly. The objective of geriatric care is to sustain or to restore to maximum autonomy for the patient and to prevent the need of long-term nursing care. To achieve this aim, simultaneous acute-medical and rehabilitative treatment of the patient is necessary. Therefore (early) rehabilitation plays a prominent role in geriatrics. It is an integral part of the acute medical care of geriatric patients.

With the *Sozialgesetzbuch IX* (SGB IX) which came into effect in the year 2001, early rehabilitation in hospital obtained a new legal basis. In § 39 section 1 SGB V, now early rehabilitation is for the first time explicitly described as part of hospital treatment. It is therefore necessary to organise early rehabilitation in a way that as many patients as possible with the medical need for rehabilitation are registered and optimally cared for. Resources already existing in geriatrics, neurology (phase B) or in general early rehabilitation must be taken into consideration when planning the implementation of the new law. This article describes the development, structures and processes of early rehabilitation in geriatrics.

An inquiry from the ministries of the regions of the Federal Republic of Germany (FRG) in summer 2001 shows that there are now 314 inpatient geriatric institutions with a total of 16.297 beds. More than half of these beds are situated in small- or medium-sized acute hospitals (< 400 beds), a fourth is situated in rehabilitation hospitals. The portion of big hospitals ( $\geq$  400 beds) with geriatric departments is much different in the regions of the FRG. Totally there are less than 20% of the big hospitals provided with geriatric departments.

In Germany the situation in geriatrics is in so that special as there is a  junction between acute (§ 108 / 109 SGB V) and rehabilitative geriatric settings (§ 111 SGB V). This situation is embodied in social law but not explained by medical reasons. In this case the regions of the FRG assign different priorities. While some (e.g. Hamburg) regard geriatrics exclusively associated with acute hospital settings according to § 108 / 109 SGB V, others (e.g. Rheinland-Pfalz) prefer geriatric rehabilitation according to § 111 SGB V. Overall you find predominantly acute geriatric settings in the FRG.

Therefore the legally required early rehabilitation can partly be based on the existing structures of the early rehabilitation in geriatrics.

In the future it will be essential to allocate patients to the most suitable department, in terms of geriatric departments as well as other indication specific or general early rehabilitative institutions. If necessary, existing structures have to be supplemented according to the actual requirements. In this context a combination of general and indication specific early rehabilitative institutions can be taken into consideration as well.

## Einleitung

Es bestehen heute keine Zweifel mehr, dass Rehabilitation frühzeitig, umfassend und als einheitlicher Vorgang stattfinden muss, damit die Rehabilitationschancen der Patienten optimal genutzt werden können. Das bedeutet, Rehabilitation muss bereits im Krankenhaus parallel zur akutmedizinischen Behandlung beginnen.

Seit etwa zwanzig Jahren wurden in Deutschland entsprechend dieser Erkenntnis in verschiedenen Fachbereichen Strukturen zur akutstationären Frührehabilitation etabliert. Zu nennen sind hier insbesondere die indikations- oder fachübergreifende Frührehabilitation, die Geriatrie, die Neurologie (Phase B) und die Paraplegiologie, nicht zu vergessen die zahlreichen nichtärztlichen Therapeuten, die in einem Großteil der Krankenhäuser auch rehabilitativ tätig sind, allerdings oft ohne die für die Frührehabilitation wichtige Koordination aller rehabilitativ relevanten Maßnahmen. Dennoch werden die Methoden und Verfahren der Rehabilitation im Krankenhaus auch heute noch häufig nicht zum frühestmöglichen Zeitpunkt oder nicht in ausreichendem Maße eingesetzt.

Mit einer Ergänzung des § 39 Abs.1 SGB V im Zusammenhang mit dem Inkrafttreten des Sozialgesetzbuchs IX am 1. Juli 2001 hat die Bundesregierung nun den entscheidenden Schritt unternommen, der Frührehabilitation zur effektiven Umsetzung in den Krankenhäusern zu verhelfen.

So gehören jetzt zur **„akutstationären Behandlung auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation“**. Rehabilitation ist damit ohne jeden Zweifel integraler Bestandteil der medizinischen Versorgung im Krankenhaus.

Auf der Basis dieser gesetzlichen Grundlage ist die Frührehabilitation nun in bezug auf Versorgungsstrukturen, Organisation und Finanzierung so zu gestalten, dass möglichst alle Patienten, bei denen die Notwendigkeit für eine Frührehabilitation besteht, erfasst und optimal versorgt werden. Ziel ist die patientengerechte und qualifizierte, evidenzbasierte und kosten-effektive sowie letztendlich flächendeckend vorhandene Frührehabilitation im Akutkrankenhaus.

Eine Voraussetzung für die Erreichung dieses Ziels ist die genaue Analyse und Beschreibung der aktuellen Situation. Im vorliegenden Artikel geschieht dies für die geriatrische Frührehabilitation in bezug auf ihre Entwicklung, Strukturen und

Prozesse. Eine Analyse und Beschreibung der Strukturen und Prozesse im Bereich der indikationsübergreifenden Frührehabilitation [1], eine Neukonzeption zur indikationsübergreifenden Frührehabilitation [2] sowie eine detaillierte Darstellung der gesetzlichen Grundlagen [3] wurden bereits in der Juniausgabe der Zeitschrift für Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin und Kurortmedizin publiziert. Eine entsprechende Analyse der neurologischen Frührehabilitation [4] sowie Überlegungen zur Finanzierung der Frührehabilitation [5] insbesondere nach Einführung des DRG-basierten Zahlungssystems für die stationäre Versorgung in den Akutkrankenhäusern werden im nächsten Heft enthalten sein.

### **Geriatric - Allgemeines**

Geriatric ist das medizinische Fachgebiet für die Erkrankungen alter Menschen. Aufgrund der demographischen Entwicklung erlangt die Geriatric zunehmende Bedeutung. Verbesserte Lebensbedingungen und der medizinische Fortschritt haben dazu beigetragen, dass die heute lebende Bevölkerung in Deutschland, ebenso wie in anderen Industriestaaten, älter wird als ihre Vorfahren. 1999 lebten in der Bundesrepublik Deutschland mehr als 1,3 Mio. Hochbetagte im Alter von 85 Jahren und älter. Ein heute im Bundesgebiet geborenes Kind hat mit 80,5 (♀) bzw. 74,4 (♂) Jahren eine um etwa 30 Jahre höhere Lebenserwartung als ein Kind vor hundert Jahren. Auch die durchschnittliche weitere Lebenserwartung älterer Menschen hat sich verlängert. Eine 60jährige Frau kann heute im Durchschnitt mit weiteren 23 Lebensjahren rechnen, ein 60jähriger Mann mit zusätzlichen 19 Jahren. Für die Zukunft wird von einer weiteren Zunahme der Lebenserwartung ausgegangen [6].

Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit für Gesundheitseinbußen und Einschränkungen der Funktionsfähigkeit erheblich an. Eine verminderte Adaptationsfähigkeit an Belastungen begünstigt das Auftreten von Erkrankungen. Nicht selten ist die gesundheitliche Situation alter Menschen geprägt durch Multimorbidität, chronische irreversible Erkrankungen und auch psychische Krankheiten, vorwiegend depressive Störungen und Demenz.

Die somatischen und psychischen Besonderheiten beim alten Patienten erfordern in der Medizin häufig ein modifiziertes, altersspezifisches Vorgehen. Krankheiten im Alter zeigen oftmals eine uncharakteristische Symptomatik oder einen atypischen

Verlauf. Vergleichsweise triviale Erkrankungen können beim alten Menschen weitreichende Folgen haben. Nicht selten führen sie zum Verlust der Selbstversorgungsfähigkeit. Physiologische Alterungsprozesse verändern die Pharmakodynamik und Pharmakokinetik. Beispielsweise erhöht sich im Alter die Empfindlichkeit für Arzneimittelwirkungen, unerwünschte Nebenwirkungen treten häufiger auf.

Doch Alter allein ist keineswegs ein ausreichendes Beschreibungsmerkmal des geriatrischen Patienten und Geriatrie ist nicht die Medizin aller über 65jährigen Patienten. Es gibt durchaus ältere Patienten, die gesund und selbständig genug sind, um auf einer normalen Krankenhausstation behandelt zu werden. Diese Patienten würden von einem geriatrischen Programm nicht zusätzlich profitieren.

Bei einem Patienten, der in die Geriatrie überwiesen wurde, sollen nicht nur die Erkrankung medizinisch therapiert, sondern auch gleichzeitig die funktionellen Fähigkeiten verbessert werden. Vorrangiges Ziel der medizinischen Behandlung in der Geriatrie ist es, für den Patienten eine höchst mögliche Selbständigkeit zu erhalten bzw. wiederherzustellen und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Eine zentrale Rolle spielt deshalb in der Geriatrie die Rehabilitation. Sie stellt beim geriatrischen Patienten einen integralen Anteil an der Akutbehandlung dar, denn *„Geriatrie ist nicht gleich Rehabilitation, aber es gibt keine Geriatrie ohne Rehabilitation.“* [7].

Seit 1980 das Albertinen-Haus in Hamburg als bundesweit erste Modelleinrichtung für geriatrische Rehabilitation errichtet wurde, haben sich die Strukturen der geriatrischen Versorgung in Deutschland deutlich verändert. In Übereinstimmung mit den unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen und Konzepten der einzelnen Bundesländer sind sowohl akutgeriatrische Kliniken, Abteilungen bzw. geriatrische Schwerpunkte, als auch geriatrisch-rehabilitative Angebote entstanden. Aus den 84 geriatrischen Einrichtungen in Deutschland, die 1993 im Rahmen eines Forschungsauftrages des BMA [8,9] gezählt wurden, sind heute 314 Einrichtungen mit hauptsächlich akutgeriatrischem Schwerpunkt (179 Einrichtungen) geworden. Die Zahl der geriatrischen Betten hat sich in diesem Zeitraum von 7.214 auf 16.297 mehr als verdoppelt. Zum Teil lässt sich diese Entwicklung auf Strukturmaßnahmen der Länder zurückführen. Denn nicht selten wurde der Abbau nicht mehr bedarfsnotwendiger Akutbetten in Krankenhäusern durch die Einrichtung geriatrischer Abteilungen bzw. die Umwidmung in geriatrische Betten kompensiert.

## Definitionen der Fachgesellschaften

Geriatrie ist eine medizinische Fachrichtung, die Aufgaben der Inneren Medizin, Allgemeinmedizin, Nervenheilkunde sowie der Physikalischen und Rehabilitativen Medizin (PRM) gleichermaßen integriert. Sie befasst sich mit den Alterungsprozessen und den diagnostischen, therapeutischen, präventiven und rehabilitativen Aspekten der Erkrankungen alter Menschen [10].

In ihrer Broschüre „Was ist Geriatrie?“ [11] definiert eine Expertenkommission der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie und der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie die wesentlichen Inhalte geriatrischer Tätigkeit in siebzehn Dimensionen.

1. *Geriatrische Medizin befasst sich mit den altersbedingten Faktoren, die das Wissen vieler medizinischer Fachgebiete modifizieren (**Wissensmodifikation**)*
2. *Geriatrische Medizin beschäftigt sich gleichzeitig oder zeitlich versetzt mit vielen verschiedenen aktiven oder inaktiven Krankheiten (**Multimorbidität**)*
3. *Geriatrische Medizin befasst sich unter präventiven Gesichtspunkten mit der Identifikation von Risikopatienten (**Risikoerkennung**)*
4. *Geriatrische Medizin wird oft angesichts des geistigen Niedergangs der Kranken geleistet (**senile Demenz**)*
5. *Geriatrische Medizin muss sich mit dem Problem gestörter Willensbildung und dem besonderen rechtlichen Schutzbedürfnis der Kranken befassen (**Einwilligungsfähigkeit und Schutz von Rechten**)*
6. *Geriatrische Medizin findet im Spannungsfeld von körperlichen und psychischen Veränderungen statt (**psychosomatische Zusammenhänge**)*
7. *Geriatrische Medizin erfordert das Gewichten von unterschiedlichen Notwendigkeiten und Maßnahmen und die Beschränkung auf eine begrenzte Zahl dieser Maßnahmen (**Hierarchisierung**)*
8. *Geriatrische Medizin beinhaltet die Wiederherstellung, Verbesserung und Erhaltung von Funktionen (**Rehabilitation**)*
9. *Geriatrische Medizin befasst sich mit chronischen, unumkehrbaren Krankheiten (**Irreversibilität**)*
10. *Geriatrische Medizin findet bis zum oder angesichts des Todes statt (**Todesnähe**)*

11. Geriatrische Medizin bedeutet die Gleichzeitigkeit unterschiedlicher Grundeinstellungen: das irreversible Leiden fürsorglich zu begleiten und die Krankheit dennoch therapeutisch aktiv zu bekämpfen (**Polarität**)
12. Geriatrische Medizin stellt die Kontinuität der Versorgung sicher (**Weiterversorgung**)
13. Geriatrische Medizin sieht den Patienten in seiner individuellen Lebenssituation (**Umfeldbezogenheit**)
14. Geriatrische Medizin beinhaltet die Zusammenarbeit mit Angehörigen (**Angehörigenarbeit**)
15. Geriatrie bedeutet beratendes Hineinwirken in andere Gebiete der Medizin (**Konsiliarwirkung**)
16. Geriatrische Medizin lebt von der Kooperation mit benachbarten Berufsgruppen (**Interdisziplinarität**)
17. Geriatrische Medizin findet im Zeichen institutioneller, administrativer und struktureller Entwicklungen statt (**strukturell-organisatorischer Umbruch**)

### **Akutgeriatrie und Geriatrische Rehabilitation**

Eine Besonderheit der Geriatrie in Deutschland ist ihre Unterteilung in Akutgeriatrie und Geriatrische Rehabilitation. Stehen bei der Behandlung des geriatrischen Patienten akutmedizinische Belange im Vordergrund, wird im allgemeinen von Akutgeriatrie gesprochen. Überwiegen die rehabilitativen Aspekte, dann handelt es sich um geriatrische Rehabilitation. Es ist allerdings zu betonen, dass die Grenzen zwischen beiden Versorgungsformen fließend und nicht eindeutig definiert sind, denn Geriatrie beinhaltet immer auch Rehabilitation. Diese international nicht vorhandene Aufspaltung in akute und rehabilitative Geriatrie wird als historisch gewachsen beschrieben [12], gilt aber als medizinisch nicht begründet [13,14].

„Der geriatrische Patient ist immer derselbe, unabhängig davon, ob er sich in einer stationären Einrichtung mit einem Versorgungsvertrag nach § 108 Nr. 3 i.V.m. § 109 SGB V oder § 111 SGB V befindet.“ [7]



## Organisationsformen

Mit der geriatrischen Medizin eng verbunden ist der Begriff des therapeutischen Teams. Geriatrie hat zum Ziel, ältere Patienten nach akuter Erkrankung oder bei drohender Unselbstständigkeit wieder auf den Weg zur Selbstständigkeit zu bringen und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Für ein Erreichen dieser Ziele ist das koordinierte Zusammenwirken von Spezialisten aus unterschiedlichen medizinisch-therapeutischen Berufsgruppen unerlässlich. Zusammen mit dem geriatrischen Patienten, den Angehörigen und dem interdisziplinären therapeutischen Team wird das gemeinsame Therapieziel formuliert und ein Therapiekonzept erstellt.

Tabelle 1 beschreibt die Zusammensetzung eines multiprofessionellen, ärztlich geleiteten therapeutischen Teams, wie sie von der Bundesarbeitsgemeinschaft der klinisch-geriatrischen Einrichtungen e.V. [10] empfohlen wird.

Das therapeutische Team in der vollstationären Geriatrie:	
Ärzte	1:10 bis 1:12
Pflegekräfte	1:1,4 bis 1:1,8
Physiotherapie	1:8 bis 1:12
Ergotherapie	1:10 bis 1:12
Massage- und Badeabt.	1:20 bis 1:30
Logopädie	1:30 bis 1:40
Neuropsychologie	1:40
Sozialarbeit	1:40 bis 1:50
Seelsorge	1:100
Diätassistenten	1:100
Konsiliardienste für alle angrenzenden Fächer	
Musiktherapie (optional)	

Tab. 1: Das therapeutische Team in der Geriatrie [10]

## Facharztqualifikation der Leiter von Einrichtungen

Nach Einschätzung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatrien Einrichtungen [10] wird die ärztliche Leitung von geriatrischen Krankenhausabteilungen in der Regel durch Internisten, seltener durch Neurologen oder Allgemeinmediziner jeweils mit der Weiterbildung für klinische Geriatrie wahrgenommen. Auch

die dort tätigen Oberärzte sind überwiegend Internisten, die sich auch in der Weiterbildung zum Geriater befinden können.

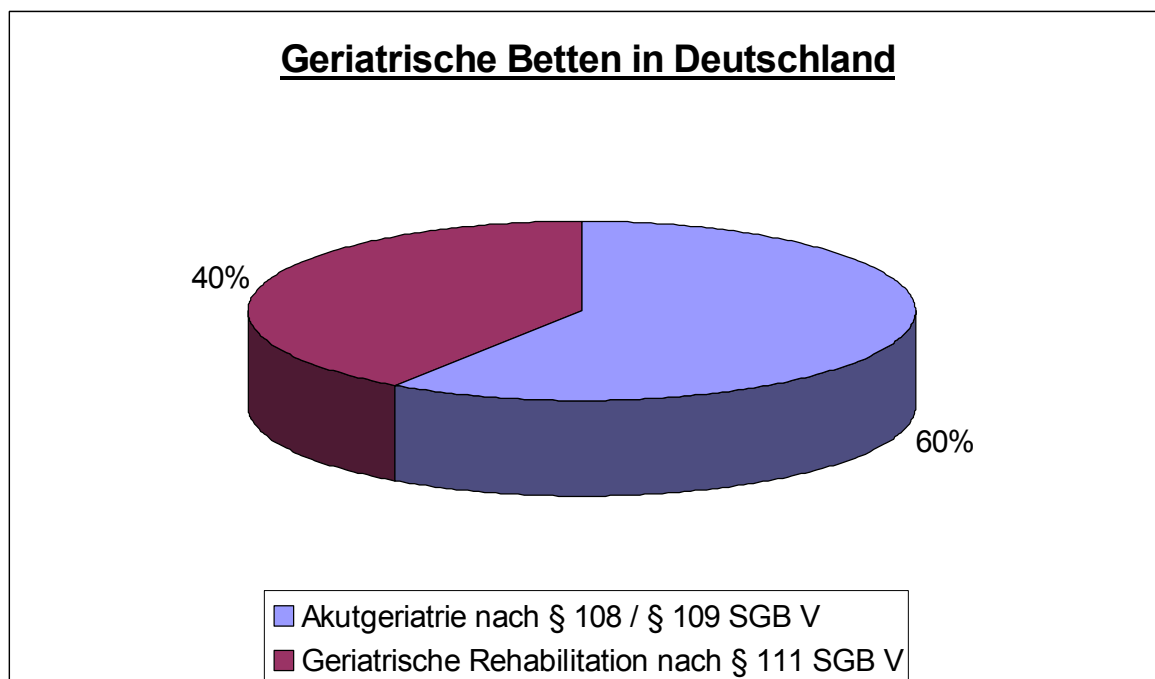
## Aktuelle Strukturen und Bedarfsschätzungen

### Geriatrische Konzepte und Strukturen in den Bundesländern

#### Allgemeines

Geriatrie wird in einigen Bundesländern ausschließlich als Krankenhausbehandlung nach §108 / § 109 SGB V, in anderen als medizinische Rehabilitationsmaßnahme nach § 111 SGB V durchgeführt. In der Mehrzahl der Länder existieren beide Formen der Versorgung nebeneinander mit jeweils unterschiedlichen Schwerpunkten. In den meisten Fällen wird Geriatrie in Deutschland als Krankenhausbehandlung nach §108 / § 109 SGB V eingestuft.

*„Es ist eine historisch gewachsene Besonderheit, dass der weitgehend selbe ältere Patient je nach seinem Wohnort und je nach Bundesland einmal nach den Bedingungen des § 109 SGB V, ..., und einmal nach den Kategorien von zunächst in die Gesundheitsreform nicht einbezogenen Versorgungsverträgen nach § 111 SGB*



V behandelt wird.“ [12]

**Abb. 1: Geriatrische Betten in Deutschland – Akutgeriatrie und Geriatrische Rehabilitation**

Im folgenden werden die spezifischen Geriatriekonzepte einiger Bundesländer exemplarisch vorgestellt.

### ***Baden-Württemberg***

Das Geriatriekonzept Baden-Württemberg 2001 [15] beschreibt geriatrische Rehabilitation als eine Kombination aus Rehabilitation, Kuration und Prävention, die bereits im Akutkrankenhaus beginnt, dann aber, sofern im Einzelfall notwendig, als Anschlussheilbehandlung konsequent in ortsnahen Rehabilitationseinrichtungen fortgesetzt werden soll.

Die Akutkrankenhäuser des drittgrößten deutschen Bundeslandes bieten eine dreistufige geriatrische Versorgung wie folgt an:

- **Geriatrische Grundversorgung an allen Akutkrankenhäusern**  
sichergestellt durch mindestens einen geriatrisch qualifizierten Arzt in jedem Allgemeinkrankenhaus und entsprechende Fort- und Weiterbildung für die Mitarbeiter im therapeutischen und pflegerischen Bereich
- **ein Geriatrischer Schwerpunkt in jedem der 36 Stadt- und Landkreise**  
das sind von geriatrisch qualifizierten Ärzten geleitete Referenzeinrichtungen, die neben der ärztlich-konsiliarischen Versorgung auch Beratungs- und Qualifizierungsaufgaben für alle geriatrisch tätigen Ärzte und Einrichtungen im Kreis wahrnehmen
- **ein Geriatrisches Zentrum an jedem Standort der Maximalversorgung**  
dies sind von geriatrisch qualifizierten Ärzten geleitete Referenzzentren für die geriatrischen Schwerpunkte in der Region, die zusätzlich zu den Aufgabengebieten von geriatrischen Schwerpunkten noch Fortbildungsaufgaben im Bereich der Geriatrie und originäre therapeutische Aufgaben wahrnehmen und in der Regel über stationäre und teilstationäre Behandlungsangebote verfügen

Der überwiegende Teil der geriatrischen Rehabilitation soll jedoch möglichst nahtlos im Anschluss an die Akutbehandlung in wohnortnahen geriatrischen Reha-Einrichtungen erfolgen. Folgerichtig sind daher 79% der 2.264 geriatrischen Betten Baden-Württembergs Betten der geriatrischen Rehabilitation nach §111 SGB V. 51% der geriatrischen Betten stehen in Reha-Kliniken, 28% in zumeist kleinen Fachkliniken für Geriatrie, Innere Medizin oder Psychiatrie und Neurologie, die restlichen 21% in Allgemeinen Krankenhäusern.

**Bayern**

Auch das bayerische Geriatriekonzept setzt seine Schwerpunkte in der Schaffung geriatrischer Rehabilitationseinrichtungen [16]. Noch konsequenter als in Baden Württemberg gibt es hier fast ausschließlich Betten der geriatrischen Rehabilitation nach §111 SGB V. Nur das Klinikum Bayreuth und eines der Städtischen Krankenhäuser in München verfügt über jeweils eine akutgeriatrische Einrichtung. 95% der 2.157 geriatrischen Betten Bayerns sind Betten der geriatrischen Rehabilitation nach §111 SGB V.

Um bereits vorhandene Einrichtungen wirtschaftlich sinnvoll zu nutzen, gibt das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen dabei der Umwidmung nicht mehr bedarfsnotwendiger Akutbetten respektive Krankenhausabteilungen oder auch ganzer Krankenhäuser den Vorrang vor der Schaffung neuer geriatrischer Rehabilitationskliniken. Aus diesem Grund finden wir fast zwei Drittel aller geriatrischen Betten Bayerns in Allgemeinen Krankenhäusern (41%), sowie in Fachkliniken für Geriatrie, Innere Medizin oder Psychiatrie und Neurologie (22%).

**Bremen**

Mit derzeit 176 akutgeriatrischen Betten in 4 großen Krankenhäusern verfolgt der Bremer Senat das Konzept der Einrichtung geriatrischer Abteilungen in Akutkrankenhäusern, von denen die erste 1995 in Betrieb gegangen ist [17].

**Rheinland-Pfalz**

Da sich die Krankenhäuser vor dem Hintergrund einer zunehmenden Alterung der bundesdeutschen Bevölkerung ohnehin vermehrt auf die Behandlung älterer Menschen einstellen müssen, sieht das Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz für die stationäre Akutversorgung keinen Bedarf an speziellen geriatrischen Abteilungen.

Ähnlich wie schon für Baden-Württemberg und Bayern beschrieben, besteht auch hier nach Auskunft des zuständigen Ministeriums lediglich ein Bedarf an geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen für die Zeit nach dem Aufenthalt in einem Akutkrankenhaus. Diese Einrichtungen sollen grundsätzlich kostenneutral durch Umwandlung bestehender Akut- oder Rehabilitationskapazitäten erreicht werden. Die Bedarfsabschätzung des Ministeriums geht von benötigten 900 Betten für das Land

aus, von denen bisher 432 realisiert sind. 70 % dieser Betten stehen in Reha-Kliniken, die restlichen 30% in Geriatrischen Kliniken.

### **Strukturerhebung LMU 2001**

Bereits im Herbst 2000 hatte das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung die geriatrischen Strukturen in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland untersucht. Allerdings wurde diese Erhebung in aggregierter Form, nicht differenziert nach einzelnen Kliniken durchgeführt [8,9]. Es konnten aufgrund dieser Daten keine Aussagen darüber getroffen werden, um welche Art von Krankenhaus es sich handelt und über wie viele Betten das jeweilige Haus insgesamt verfügt. Die Ergebnisse der BMA-Erhebung waren deshalb für uns nur eingeschränkt, im Sinne einer Validierung unserer eigenen Zahlen verwendbar.

Die folgenden Analysen basieren auf Daten, die in der Zeit von Mai bis Juli 2001 in den zuständigen Sozialministerien der sechzehn Bundesländer erhoben wurden. Es werden ausschließlich vollstationäre Versorgungsstrukturen untersucht.

Die Angaben über Art und Größe der Krankenhäuser können weitestgehend als aktuell betrachtet werden. Sie wurden für drei Viertel der Kliniken dem Krankenhausadressbuch 2001 [18] entnommen. Bei knapp 19% der Kliniken stammen diese Informationen von der Internet-Homepage der Klinik oder wurden direkt telefonisch erfragt. Nur vereinzelt (4,3%) musste auf ältere Informationsquellen zurückgegriffen werden (z.B. Krankenhausverzeichnis des Statistischen Bundesamtes von 1995). Diese Informationen entsprechen möglicherweise in dem einen oder anderen Fall nicht mehr den aktuellen Gegebenheiten.

Unterschiede zu den Resultaten des BMA ergeben sich für die Länder Baden-Württemberg, Bayern und Saarland. Dort sind in der Zeit zwischen den beiden Befragungen neue Einrichtungen dazugekommen. Im Gegensatz dazu wurden für die Länder Hessen, Nordrhein-Westfalen und Sachsen-Anhalt weniger geriatrische Einrichtungen angegeben als bei der BMA-Erhebung. Die Gründe hierfür ließen sich trotz telefonischer Rückfragen in den Ministerien nicht klären. Die übermittelten Daten wurden vonseiten der Ministerien als aktuell und valide bestätigt.

<b>Geriatrische Betten in Deutschland 2001</b>				
	<b>akutgeriatrische §108/109 SGB V</b>	<b>geriatrische Rehabilitation §111 SGB V</b>	<b>geriatrische Betten gesamt</b>	<b>geriatrische Betten pro 100.000 Einwohner</b>
<b>Baden-Württemberg</b>	478	1.786	2.264	21,6
<b>Bayern</b>	100	2.057	2.157	17,8
<b>Berlin</b>	1.273	64	1.337	39,5
<b>Brandenburg</b>	566	70	636	24,5
<b>Bremen</b>	176	0	176	26,6
<b>Hamburg</b>	940	0	940	<b>55,1</b>
<b>Hessen</b>	1.038	74	1.112	18,4
<b>Mecklenburg-Vorpommern</b>	22	204	226	12,6
<b>Niedersachsen</b>	390	331	721	9,1
<b>Nordrhein-Westfalen</b>	3.255	944	4.199	23,3
<b>Rheinland-Pfalz</b>	0	432	432	10,7
<b>Saarland</b>	141	310	451	42,1
<b>Sachsen</b>	222	268	490	11,0
<b>Sachsen-Anhalt</b>	519	60	579	21,9
<b>Schleswig-Holstein</b>	202	0	202	<b>7,3</b>
<b>Thüringen</b>	375	0	375	15,3
<b>Deutschland insgesamt</b>	<b>9.697</b>	<b>6.600</b>	<b>16.297</b>	<b>19,8</b>

Quelle: Sozialministerien der Länder 2001; eigene Berechnungen

**Tab. 2: Geriatrische Betten in Deutschland 2001 – nach Bundesländern**

Den geriatrischen Patienten stehen im Sommer 2001 insgesamt 16.297 Betten in 314 Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken zur Verfügung (Tab. 2). In 43% dieser Einrichtungen werden die Patienten nach § 111 SGB V geriatrisch-rehabilitativ, in den restlichen 57% der Einrichtungen nach § 108 / § 109 SGB V akutgeriatrisch behandelt. Die größte Bettenkapazität nach absoluten Zahlen findet sich erwartungsgemäß in den bevölkerungsreichsten Bundesländern Nordrhein-Westfalen, Bayern und Baden-Württemberg. Bezieht man in diese Betrachtung allerdings die Einwohnerzahl der Bundesländer mit ein, so scheint Hamburg mit 55,1 Betten pro 100.000 Einwohner im Vergleich zu den übrigen Bundesländern mit Abstand über die umfangreichsten geriatrischen Versorgungsstrukturen zu verfügen. Auf den nächsten Plätzen folgen das Saarland und die beiden anderen Stadtstaaten Berlin und Bremen. Die in Relation zur Bevölkerungsgröße geringste Versorgungsdichte mit nur 7,3 Betten pro 100.000 Einwohner findet sich in Schleswig-Holstein. Allerdings ist gerade hier anzunehmen, dass der angrenzende Stadtstaat Hamburg einen Teil der Versorgung mit übernimmt. Interessant zu sehen sind dabei, wie weiter oben schon angedeutet, die unterschiedlichen geriatrischen Konzepte in den Bundesländern. Auffallend ist beispielsweise, dass es in Bremen, Hamburg, Schleswig-Holstein und Thüringen überhaupt keine geriatrischen Rehabilitations-

einrichtungen gibt, während die Geriatrie in Rheinland-Pfalz ausschließlich in geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen stattfindet.

<b>Geriatrische Betten nach Art der Klinik</b>			
<b>Art der Klinik</b>	<b>akutgeriatrische §109 SGB V</b>	<b>geriatrische Rehabilitation §111 SGB V</b>	<b>geriatrische Betten gesamt</b>
<b>Allgemeines Krankenhaus</b>	5.545	1.465	7.010
<b>Reha-Klinik</b>	228	3.989	4.217
<b>FKH Psychiatrie/Neurologie</b>	292	145	437
<b>Geriatrische Klinik</b>	3.632	1.001	4.633
<b>Gesamt</b>	<b>9.697</b>	<b>6.600</b>	<b>16.297</b>

Quelle: Sozialministerien der Länder 2001; eigene Berechnungen

**Tab. 3: Geriatrische Betten nach Art der Klinik**

Geriatrische Betten finden sich in verschiedenen Arten von Krankenhäusern (Tab. 3). Mit 43% am größten ist der Anteil geriatrischer Betten in allgemeinen Krankenhäusern, gefolgt von Geriatrischen Kliniken (28%) und Rehabilitationskliniken (26%). Nur ein kleiner Teil der Betten (3%) steht in Fachkrankenhäusern für Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie. Dabei befinden sich sowohl Betten für die geriatrische Rehabilitation nach § 111 SGB V in allgemeinen Krankenhäusern und anderen Akuthäusern, wie auch vereinzelt akutgeriatrische Betten nach § 108 / § 109 SGB V in Rehabilitationskliniken. Eine Besonderheit ist in Niedersachsen anzutreffen. Hier bieten nahezu alle Kliniken mit geriatrischen Strukturen eine integrierte Versorgung an in der Form, dass den Patienten sowohl akutgeriatrische Betten als auch Betten der geriatrischen Rehabilitation zur Verfügung stehen.

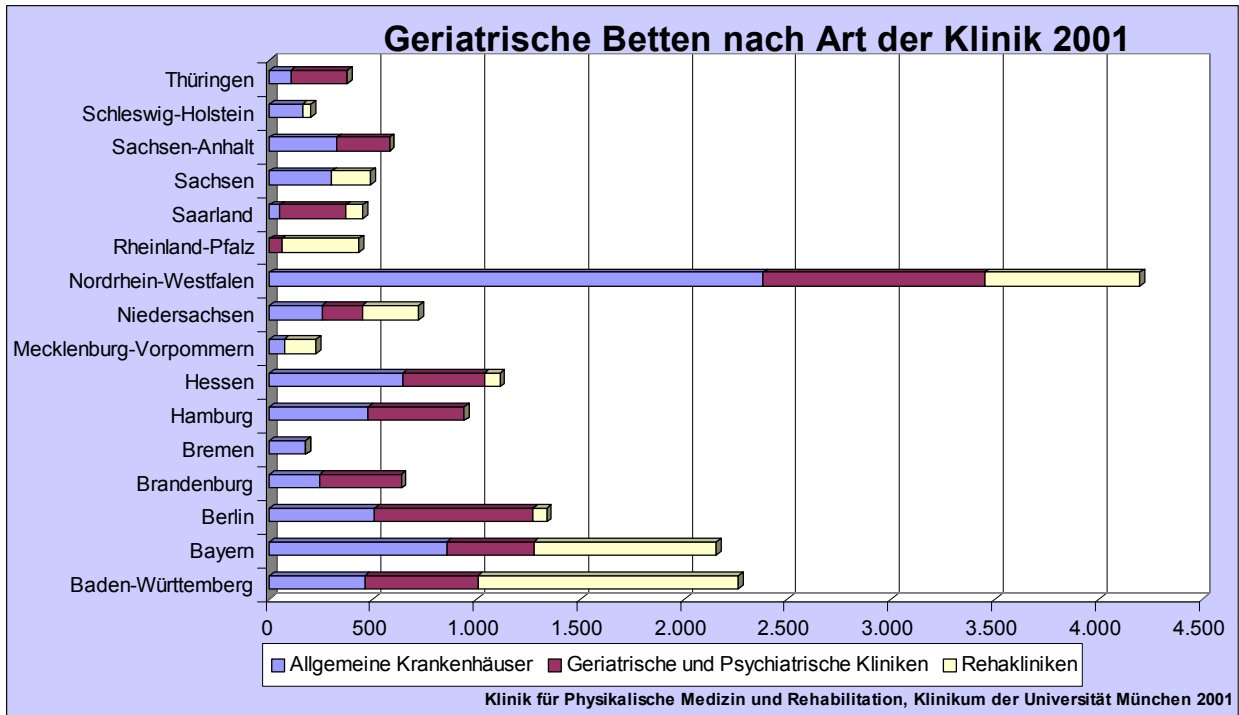


Abb. 2: Geriatrische Betten nach Art der Klinik 2001 – nach Bundesländern

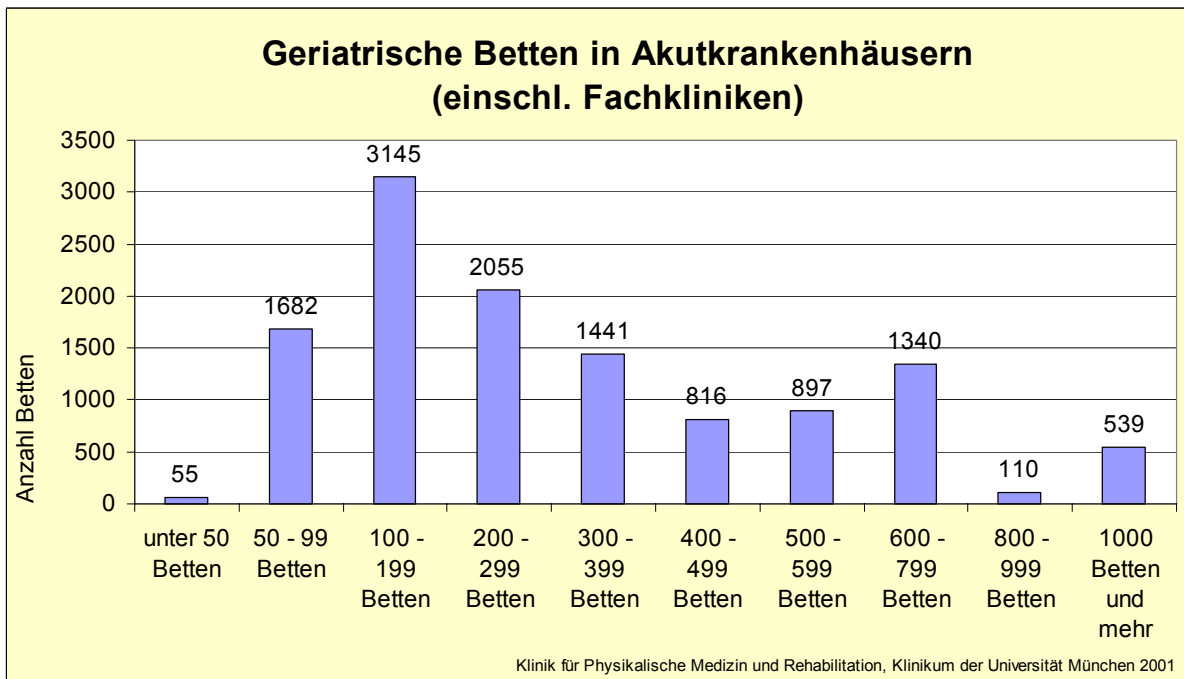


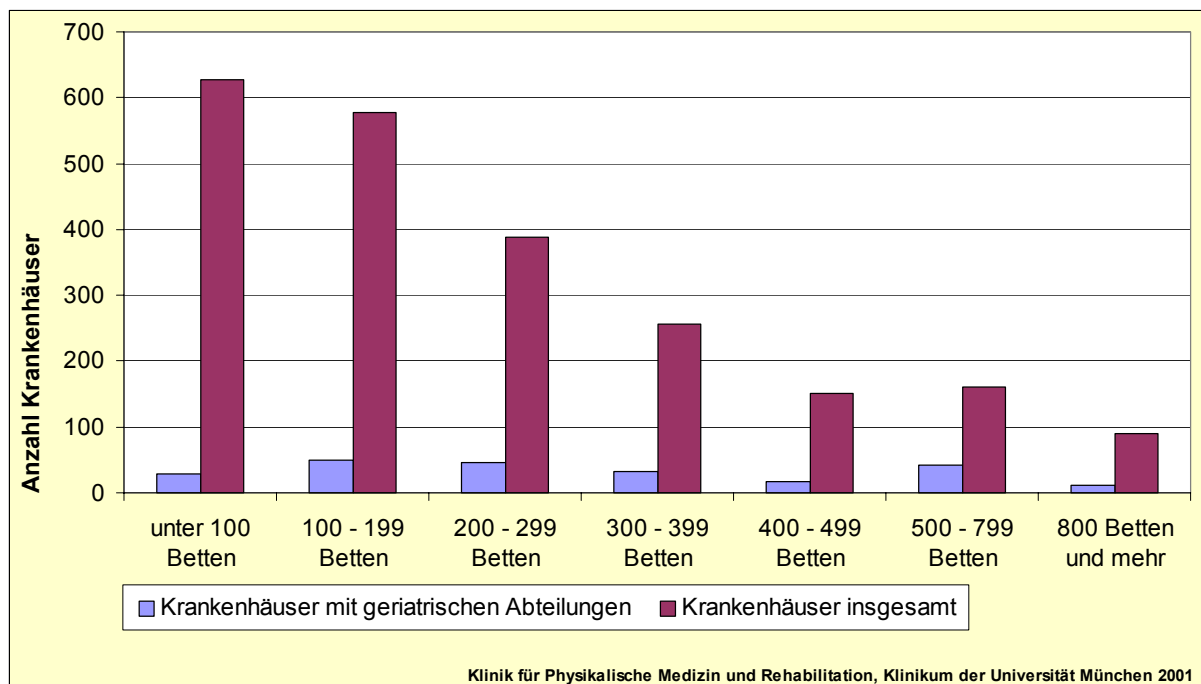
Abb. 3: Geriatrische Betten in Akutkrankenhäusern (einschl. Fachkliniken) – nach Größe des Krankenhauses

Bezieht man in diese Betrachtungen zusätzlich die Größe der Klinik mit ein, so zeigt sich für die Akuthäuser (eingeschlossen geriatrische und psychiatrische Kliniken), die über geriatrische Abteilungen verfügen, ein Schwerpunkt bei den kleineren Häusern



bis maximal 400 Betten (Abb. 3). Mehr als die Hälfte (51%) aller geriatrischen Betten stehen in Akutkrankenhäusern dieser Größenordnung, gut ein Viertel befindet sich in Rehabilitationskliniken. Mit insgesamt 70% stehen mehr als zwei Drittel aller im Akuthaus angesiedelten geriatrischen Betten in Kliniken mit maximal 400 Betten und nur 5% in den sehr großen Kliniken mit 800 und mehr Betten (Abb. 4).

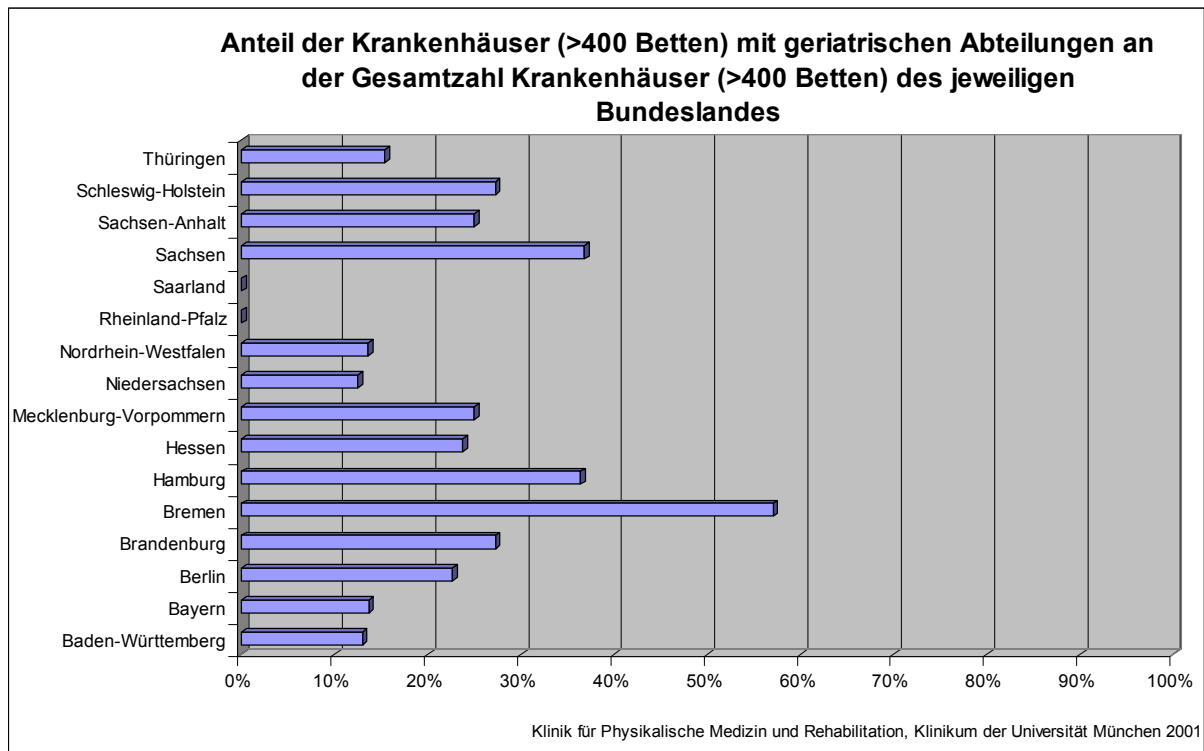
Eine Gegenüberstellung der Gesamtanzahl von Krankenhäusern in den verschiedenen Größenkategorien und der Anzahl von Krankenhäusern mit geriatrischen Abteilungen der jeweils gleichen Größenordnung (Abb. 4) veranschaulicht über alle Klassen hinweg den insgesamt nur relativ geringen Anteil an Krankenhäusern, die über geriatrische Strukturen verfügen. Die prozentualen Anteile bewegen sich für die Mehrzahl der Größenklassen zwischen 4,6% und 13,5%. Lediglich unter den Häusern in der Kategorie 500 bis unter 800 Betten ist im Durchschnitt jedes vierte mit geriatrischen Betten ausgestattet.



**Abb. 4: Anzahl Krankenhäuser mit geriatrischen Abteilungen im Vergleich zu Gesamtanzahl Krankenhäuser – nach Größe der Krankenhäuser**

Eine Ausstattung der größeren Krankenhäuser in der Kategorie 400 und mehr Betten mit Abteilungen der Akutgeriatrie oder geriatrischen Rehabilitation ist in den Bundesländern nicht gleichermaßen gegeben (Abb. 5). Nur in Bremen verfügt jedes zweite, in Hamburg und Sachsen etwa jedes dritte Krankenhaus dieser Größenordnung über derartige Einrichtungen. In Rheinland-Pfalz und im Saarland dagegen

hat kein einziges der entsprechenden Häuser geriatrische Betten, in Baden-Württemberg, Bayern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Thüringen nur etwa jedes zehnte. In allen anderen Bundesländern ist ungefähr jedes vierte Krankenhaus dieser Größe mit einer geriatrischen Abteilung ausgestattet. Bundesweit beträgt der Anteil der Krankenhäuser, die mehr als 400 Betten haben und über eine geriatrische Abteilung verfügen knapp 18%.



**Abb. 5: Anteil der Krankenhäuser (> 400 Betten) mit geriatrischen Abteilungen an der Gesamtanzahl Krankenhäuser (> 400 Betten) des jeweiligen Bundeslandes**

## Bedarfsschätzungen

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der klinisch-geriatrischen Einrichtungen e.V. geht in ihren „Empfehlungen für die klinisch-geriatrische Behandlung“ [10] von einem Bedarf von 50-60 Betten pro 100.000 Einwohnern aus. Diese Zahl wird häufig zitiert, wenn es darum geht den zukünftigen Bedarf an geriatrischen Versorgungsstrukturen in Zahlen zu fassen [8,19]. Erkennt man diese Empfehlungen an, so würde das bedeuten, dass derzeit mit Ausnahme von Hamburg in allen Bundesländern (vor allem in Schleswig-Holstein und Niedersachsen) ein z.T. erheblicher **Mangel an geriatrischen Betten besteht** (vgl. Tab. 2).

Gemäß einer randomisierten Studie von Rubenstein [20] ist das geriatrische Behandlungsangebot für ca. 5% aller über 65-jährigen Patienten eines Akutkrankenhauses geeignet. Bei 5,7 Mio. Patienten > 65 Jahre und einer durchschnittlichen Verweildauer in der Geriatrie von 18,8 Tagen in Deutschlands Krankenhäusern für das Jahr 1999 würde sich demnach für die Bundesrepublik ein Bedarf von mehr als 17.000 geriatrischen Betten errechnen (VD 18,8 Tage → 16,5 Pat. / Jahr / Bett bei 85% Auslastung (19 bei 100%); 5% von 5,7 Mio. Pat. > 65 J. → 285.000 geriatrische Patienten;  $285.000 : 16,5 = 17.273$  Betten (15.000 bei 100% Auslastung)). Bei einem Bestand von derzeit 12.080 geriatrischen Betten (§109 und §111) in Krankenhäusern ergibt sich auch mit dieser Berechnung ein klares **Defizit an geriatrischen Betten**.

Andererseits gehen einzelne Bundesländer, wie beispielsweise das Sozialministerium Baden Württemberg von einer (vorläufigen) Bedarfsdeckung im Jahr 2001 aus [15].

Auch Meier-Baumgartner [21] weist darauf hin, dass die Wartelisten der Geriatrischen Kliniken geschrumpft sind und mittlerweile **einige Geriatrien ihre Betten nicht füllen können**.

Als mögliche Gründe dafür nennt er:

1. die insgesamt zu große Anzahl an Krankenhausbetten und das „Vorbeileiten“ geriatrischer Patienten an der Geriatrie in Folge von Fallpauschalen, Kürzung der Verweildauern, Kostendämpfung im Rehabilitationsbereich, Pflegeversicherung, Vorgabe „ambulant vor stationär“ etc.
2. die Geriatrie als ein Querschnittsfach ohne eigenes Profil durch spezielle Diagnosen, die Notwendigkeit von Standards, sowie die relativ hohen Kosten der Geriatrie im Vergleich zur herkömmlichen Rehabilitationsklinik
3. die Heterogenität der geriatrischen Einrichtungen in Deutschland
4. die Fehlbelegung nichtgeriatrischer Akutkliniken mit geriatrischen Patienten, die dort oft nicht ihren Bedürfnissen gemäß behandelt werden
5. die Ignoranz der übrigen medizinischen Fachbereiche gegenüber der Geriatrie (Mediziner mit geriatrischen Patienten fühlen sich als Geriater)
6. die Pflegeversicherung, die die Stellung der Geriatrie im Krankenhaus- und Rehabilitationsbereich erschwert hat, da sich die Leistungen der Pflegeversicherung über den Grad der Behinderung definieren

7. die heute große Anzahl von Spezialisten (für neurologische, orthopädische oder kardiologische Rehabilitation, Facharzt PMR, Osteoporose-, Arthrose-, Schmerzspezialisten etc.), die gerne auch alte Menschen adäquat behandeln wollen und können

## Finanzierung

**Für ältere Menschen**, die nicht mehr im Erwerbsleben stehen, kommt als **Leistungsträger** für Rehabilitation nur die **Krankenversicherung** in Betracht. (denn: Zuständigkeit der Unfallversicherung nur bei Arbeitsunfall und der Rentenversicherung nur bei zu erwartender Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit).

Verschiebungen finden hier nur hin zur **Pflegeversicherung** statt. Denn von Verbesserungen für den Patienten während der Krankenhausphase (Geriatrie; Frührehabilitation) profitiert gegebenenfalls die **Pflegeversicherung**, während die **Krankenversicherung** zahlen muss.

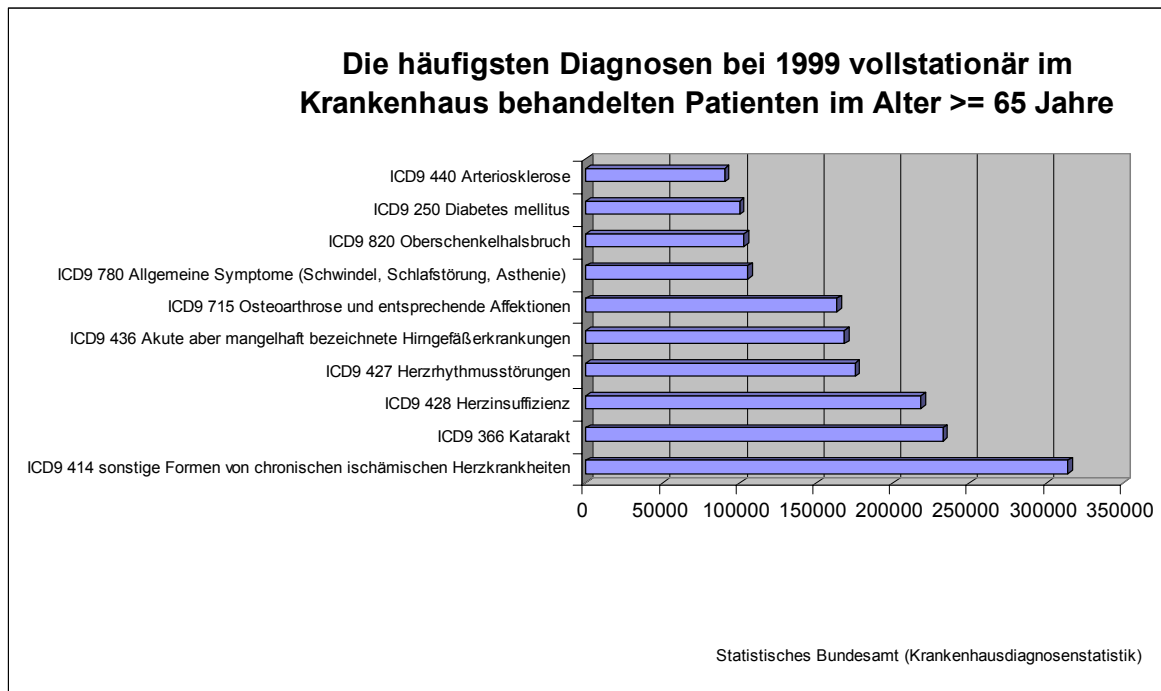
Die Rehabilitation wird zwar von der Pflegekasse beantragt (nach dem Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“), aber von der Krankenkasse finanziert. Dies ist eine der Ursachen dafür, dass Rehabilitationsmaßnahmen bei älteren Menschen häufig gar nicht oder zu spät eingeleitet werden [19,22].

## Zahlen zur Leistungserbringung

Gemäß der Krankenhausdiagnosenstatistik des Statistischen Bundesamtes wurden 1999 in Deutschland insgesamt 16,2 Mio. Patienten in Krankenhäusern vollstationär behandelt. Etwa 35% (5,7 Mio.) dieser Patienten waren 65 Jahre alt oder älter.

Zu dieser Altersgruppe gehörten zum Beispiel mehr als drei Viertel aller Patienten, die wegen Krankheiten des zerebrovaskulären Systems (ICD9 430-438) im Krankenhaus vollstationär versorgt wurden, darunter 81% aller Stroke-Patienten (ICD9 436). Insgesamt waren 60% aller Patienten, die wegen Krankheiten des Kreislaufsystems (ICD9 390-459) und fast 43% aller Patienten, die wegen Neubildungen (ICD9 140-239) im Krankenhaus behandelt wurden, 65 Jahre alt oder älter.

Abbildung 6 zeigt die häufigsten Hauptdiagnosen bei Krankenhauspatienten in dieser Altersgruppe.



**Abb. 6: Die häufigsten Diagnosen bei 1999 vollstationär im Krankenhaus behandelten Patienten im Alter  $\geq$  65 Jahre**

Die häufigsten behandlungsbedürftigen Nebendiagnosen älterer Krankenhauspatienten bei Hauptdiagnose Schlaganfall oder Fraktur sind in Tabelle 4 aufgeführt.

#### Die häufigsten behandlungsbedürftigen Nebendiagnosen älterer Krankenhauspatienten bei Hauptdiagnose Schlaganfall oder Fraktur

	Hauptdiagnose Schlaganfall	Hauptdiagnose Fraktur
Hypertonus	52%	31%
Herzinsuffizienz	28%	22%
Diabetes Mellitus II	26%	10%
Demenz	7%	12%

**Tab. 4: Die häufigsten behandlungsbedürftigen Nebendiagnosen älterer Krankenhauspatienten bei Hauptdiagnose Schlaganfall oder Fraktur (3. Altenbericht, BMFSFJ, S.75)**

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes wurden 1999 in den damals 166 Geriatrischen Fachabteilungen (9.082 Betten  $\rightarrow$  Nutzungsgrad 84,9%) in Kranken-

häusern (alle in Allgemeinen Krankenhäusern) insgesamt 119.607 Patienten behandelt. Die durchschnittliche Verweildauer betrug 18,8 Tage.

## **Indikationen, Steuerung und Qualitätssicherung**

### ***Indikationen***

Die Indikation für eine geriatrische Behandlung kann bei vielen verschiedenen Krankheitsbildern vorliegen. Dazu zählen Patienten mit Erkrankungen, die einen hohen Rehabilitationsbedarf haben, wie beispielsweise Schlaganfall oder neurologische Erkrankungen (z.B. Parkinson Syndrom) ebenso wie Patienten nach Frakturen oder nach schweren Operationen aufgrund verschiedenster Erkrankungen. Bei den Mitgliedern der BAG der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V. [14] lag der Schwerpunkt der vollstationären Geriatrie (§108 und §111) in der Behandlung neurologischer Erkrankungen (ca. 39%). An zweiter Stelle standen bei den akutgeriatrischen Einrichtungen die internistischen Erkrankungen (30,8%) und bei den geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen die orthopädisch-traumatologischen Erkrankungen (37,8%).

Die häufigsten Diagnosen bei älteren Krankenhauspatienten wurden bereits oben beschrieben (Abb. 6). Wichtiger als die Diagnose ist hierbei allerdings die Frage, ob für den Patienten die Gefahr besteht, bleibende Behinderungen zu erleiden, die den Verlust seiner Selbständigkeit im täglichen Leben respektive Pflegebedürftigkeit zur Folge haben können.

Der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen beschreibt in seiner „Rahmenkonzeption zur Entwicklung der geriatrischen Rehabilitation in der Gesetzlichen Krankenversicherung“ von 1995 die Indikationen der geriatrischen Rehabilitation wie folgt:

Voraussetzung für die Indikation einer geriatrischen Rehabilitation sind immer

- drohende oder bestehende Behinderungen und die Gefahr deren Verschlimmerung bzw.
- drohende oder bestehende Pflegebedürftigkeit oder die Gefahr deren Verschlimmerung.

Darüber hinaus sind geriatrische Patienten charakterisiert durch folgende Kriterien, von denen die beiden ersten zwingend und eines der beiden folgenden zusätzlich vorliegen müssen

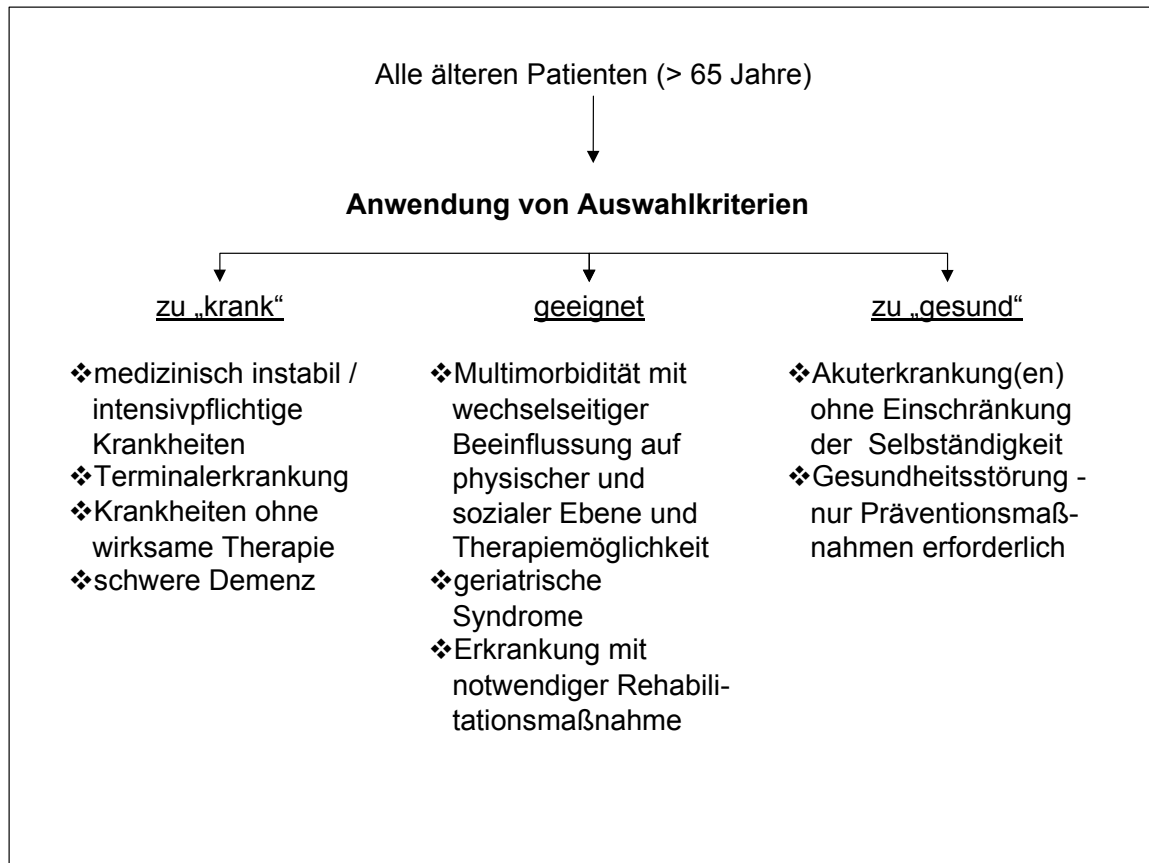
- höheres Lebensalter
- Multimorbidität
- kognitive Störungen und intellektuelle Beeinträchtigungen
- drohende soziale Dekompensation.

Ob der Patient geeignet und fähig ist, an entsprechenden geriatrischen Maßnahmen teilzunehmen wird in der Regel mit einem geriatrischen Assessment festgestellt.

### **Diagnostik - Assessment**

Das geriatrische Assessment ist die Bezeichnung für ein diagnostisches Verfahren in der Geriatrie. Diese bedient sich, neben der üblichen Anamnese und Funktionsdiagnostik (Labor, Röntgen, Sonographie, etc.) noch weiterer Methoden zur Befunderhebung, um funktionelle Einschränkungen der Patienten zu erkennen und das persönliche Lebensumfeld mit den sozialen Ressourcen zu berücksichtigen. Mit Hilfe von spezifischen Assessmentinstrumenten versucht man die verschiedenen Dimensionen von Gesundheit zu erfassen.

Ein solches umfassendes geriatrisches Assessment definiert Nikolaus [23] als *„einen multidimensionalen und interdisziplinären diagnostischen Prozess mit dem Ziel, die medizinischen, psychosozialen und funktionellen Probleme und Ressourcen des Patienten zu erfassen und einen umfassenden Behandlungs- und Betreuungsplan zu entwickeln.“* Der Nutzen einer derartig strukturierten Vorgehensweise für die Patienten konnte in der Vergangenheit in zahlreichen Studien nachgewiesen werden [23,24]. Die Auswahl geeigneter Patienten und geeigneter Assessmentinstrumente hat sich dabei als wichtiger Einflussfaktor für den Erfolg geriatrischer Behandlung erwiesen. Abbildung 7 zeigt die Kriterien für die Auswahl von Patienten zur Durchführung eines umfassenden geriatrischen Assessment. Idealerweise sollten sowohl Patienten, die zu gesund als auch solche, die zu krank sind, um von einer geriatrischen Behandlung zu profitieren, von der Intervention ausgeschlossen werden [12].



**Abb. 7: Kriterien für die Patientenauswahl zur Durchführung eines umfassenden geriatrischen Assessment (nach [23])**

Mit dem Ziel, diese Verfahren zu vereinheitlichen und vergleichbar zu machen, wurde von der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie und der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie eine Assessmentkommission (AK) eingerichtet, deren Aufgabe es war, Empfehlungen für die Auswahl geeigneter Instrumente zur Durchführung eines Basisassessments in der Geriatrie zu erarbeiten. Basierend auf Vorarbeiten der deutsch-schweizerischen Arbeitsgruppe AGAST (Arbeitsgruppe Geriatrisches Assessment) und der BKGE (Bundesarbeitsgemeinschaft Klinisch-Geriatrischer Einrichtungen) entstanden die in Tabelle 5 dargestellten Empfehlungen.



	<b>AGAST</b>	<b>BKGE</b>	<b>AK</b>
Stufe 1	Screening nach Lachs	-	Erweitertes Screening (nach Lachs)
Stufe 2	Barthel-ADL MMSE GDS  SOS  Timed "Up and Go" Handgrip Geldzähltest Uhrenziffern ergänzen	Barthel-ADL MMSE  Wohnsituation  Timed "Up and Go"	Barthel-ADL MMSE GDS Wohnsituation plus 3 Fragen zur sozialen Situation Mobilitätstest Timed "Up and Go" Tandem/Semitandem- stand

**Tab. 5: Empfehlungen von Instrumenten zur Durchführung eines geriatrischen Assessment (nach [23])**

### **Zugangswege**

Für den Zugang von Patienten in geriatrische Abteilungen und Kliniken bestehen verschiedene Möglichkeiten:

#### 1. Direkteinweisung durch einen Niedergelassenen Arzt

Grundsätzlich ist eine direkte Einweisung durch einen niedergelassenen Arzt denkbar. Diese Möglichkeit besteht allerdings nur für akutgeriatrische Einrichtungen nach § 108 / 109 SGB V. Die Aufnahme in Einrichtungen der geriatrischen Rehabilitation nach § 111 SGB V ist nur über das reguläre Rehabilitations-Antragsverfahren möglich.

#### 2. Zuweisung über die Notaufnahme eines Krankenhauses

Als ideal wird eine Beteiligung der Geriatrie an den Aufnahmestationen der Krankenhäuser beschrieben [21,25,26], wo Geriater und Ärzte anderer Fachgebiete nach einem Basis-Assessment gemeinsam entscheiden, in welche Abteilung ein Patient aufgenommen werden soll. Dieses Modell gewährleistet die

adäquate Versorgung geriatrischer Patienten zum frühestmöglichen Zeitpunkt, so dass Fehlbelegungen nichtgeriatrischer Abteilungen mit geriatrischen Patienten weitgehend vermieden werden können. Es ist in deutschen Krankenhäusern allerdings nur unzureichend realisiert.

### 3. Sekundärzuweisungen von anderen Krankenhäusern oder Verlegung aus anderen akutmedizinischen Abteilungen

Auch für die Verlegung aus anderen Abteilungen oder Krankenhäusern ist im Vorfeld eine fachärztliche Beurteilung einzuholen. Empfehlenswert wäre auch hierfür ein begrenztes geriatrisches Basis-Assessment.

Eine Zuweisung in die Geriatrie kann auch aufgrund der Empfehlung einer geriatrischen Rehabilitation nach MDK-Gutachten (Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach SGB XI („Reha vor Pflege“)) veranlasst werden. Auf dem langen Weg über Pflegekasse und Krankenkasse erfolgt auch hierbei letztendlich eine Einweisung durch den Hausarzt.

Loos et al. [14] zeigen für die Mitglieder der BAG der Klinisch-Geriatrien e.V. im Jahr 1998, dass der weitaus größte Teil der geriatrischen Patienten aus Krankenhäusern aufgenommen wurde (58,7% bei Einrichtungen nach §108; 87,9% bei Einrichtungen nach §111). An zweiter Stelle stand die Direktaufnahme der Patienten von zu Hause (34% bei §108; 10,2% bei §111). Entlassen wurden die meisten Patienten nach Hause (67,1% bei §108; 73,6% bei §111). 14,6% (§108) bzw. 13,1% (§111) der Patienten wurden nach ihrem Aufenthalt in der Geriatrie in eine Pflegeeinrichtung verlegt.

## ***Qualitätssicherung und Leitlinien***

### **Strukturqualität:**

Die Frage nach der erforderlichen Strukturqualität klinisch-geriatrischer Einrichtungen beantworten die Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatrien e.V. [10] mit einer detaillierten Darstellung der notwendigen strukturellen Rahmenbedingungen. Beschrieben werden die erforderliche räumliche und diagnostische Ausstattung, die Qualifikation und die Aufgaben des

Fachpersonals, sowie der Personalbedarf in Abhängigkeit von der Größe der jeweiligen Einrichtung (s.a. Tab.1).

### **Prozessqualität:**

Die Prozessqualität beinhaltet alle Maßnahmen, die im Laufe der Behandlung eines Patienten ergriffen wurden. Ihr Gegenstand ist die Analyse einzelner Aufgaben der Leistungserbringung. Im Bereich der Geriatrie gehören dazu die Durchführung eines umfassenden, multidimensionalen geriatrischen Assessments, die Erstellung eines Behandlungsplanes und die Formulierung eines Behandlungsziels sowie die optimale Zusammenarbeit des therapeutischen Teams, das durch einen Arzt geleitet und koordiniert wird. Unerlässlich ist zudem die Erstellung einer Verlaufsdokumentation für jeden Patienten, die von allen beteiligten Berufsgruppen gewährleistet werden muss. [10]

### **Ergebnisqualität:**

Zur Evaluierung des Behandlungserfolges in der Geriatrie ist eine einheitliche Basisdokumentation unabdingbar. Im Auftrag der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V. definierte eine Arbeitsgruppe der BAG Mitte der 90er Jahre einen Minimaldatensatz, der für die Sicherung der Ergebnisqualität in der Geriatrie verwendet werden sollte. Das Projekt **Gemidas** (Geriatrisches Minimum Data Set) startete im August 1996. Gemidas spezifiziert einen Minimaldatensatz, der es erlaubt, grundlegende Informationen zu Merkmalen, Verläufen und Behandlungsergebnissen bei geriatrischen Patienten in voll- und teilstationärer Behandlung zu dokumentieren und institutionsübergreifend zu analysieren. In einem solchen Minimaldatensatz sind neben den Stammdaten und Rahmendaten Angaben über Morbiditätsprofil, Behandlungsergebnis, Selbsthilfefähigkeit, Pflegebedürftigkeit, Funktionellen Status und Hilfsmittelversorgung des Patienten enthalten. Alle Behandlungsverläufe werden in einer Zentraldatenbank im Sinne eines "Zentralregisters Geriatrie" zusammengeführt. Jede der derzeit 69 (Stand: Sept. 2000) aktiv beteiligten Kliniken erhält nach Datentransfer eine Detailauswertung ihrer Daten, die auch eine Rankinganalyse beinhaltet, welche sich aus dem anonymisierten Vergleich mit den übrigen Krankenhäusern ergibt [10,25,27].

Auf Landesebene wurde im März 2000 in Bayern unter dem Namen **GiB-DAT** Geriatrie-in-Bayern-Datenbank ein Projekt zur Qualitätssicherung in der Geriatrie gestartet. Geleitet von der Ärztlichen Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Geriatrie in Bayern e.V. (AFGiB e.V.) in Kooperation mit der Bayerischen Krankenhausgesellschaft (BKG) verfolgt dieses Projekt das Ziel, möglichst alle Behandlungsfälle der bayerischen Geriatrien in eine gemeinsame Datenbank aufzunehmen und so die Patientenstruktur der geriatrischen Einrichtungen Bayerns abzubilden und die Erfolge der medizinisch-therapeutischen Behandlung zu dokumentieren. Die derzeit 37 teilnehmenden Kliniken (von insgesamt 48) liefern quartalsweise Daten (die Datensätze sind kompatibel mit Gemidas) und erhalten im Gegenzug eine Auswertung ihrer eigenen Daten und eine Auswertung des Gesamtdatenbestands. Mit der Kombination beider Auswertungen kann jedes Haus seine Daten bewerten und sehen, wie hoch seine therapeutische und wirtschaftliche Effizienz im Vergleich zum bayernweiten Durchschnitt ist. [28]

## **Diskussion**

Auf Basis der neuen Gesetzgebung im Bereich der Rehabilitation muss der Auftrag zur Frührehabilitation im Krankenhaus nun umgesetzt werden. Die Frührehabilitation ist in bezug auf Versorgungsstrukturen, Organisation und Finanzierung so zu gestalten, dass möglichst alle Patienten, bei denen die Notwendigkeit für eine Frührehabilitation besteht, erfasst und optimal versorgt werden.

In begrenztem Umfang stehen bereits heute in den Krankenhäusern Strukturen der Frührehabilitation zur Verfügung. Zu nennen sind hier neben den geriatrischen Abteilungen die Einrichtungen der neurologischen sowie der indikationsübergreifenden Frührehabilitation und nicht zuletzt die medizinischen Therapeuten, meist Physiotherapeuten, die in den Krankenhäusern auch rehabilitativ tätig sind, allerdings meist ohne ärztlich qualifizierte Leitung.

Im Bereich der Geriatrie gibt es in Deutschland derzeit 16.297 Betten (Akutgeriatrie und geriatrische Rehabilitation). Mehr als die Hälfte (51%) dieser Betten stehen in Akutkrankenhäusern mit einer Größe unter 400 Betten, gut ein Viertel befindet sich in Rehabilitationskliniken. Der Anteil an großen Akutkrankenhäusern (400 Betten und mehr) mit geriatrischen Abteilungen unterscheidet sich sehr stark in den einzelnen

Bundesländern. Nur in Bremen verfügt jedes zweite, in Hamburg und Sachsen jedes dritte große Akutkrankenhaus (400 Betten und mehr) über geriatrische Betten. Bundesweit sind nicht einmal 20% aller Krankenhäuser dieser Größe mit geriatrischen Abteilungen ausgestattet.

In den einzelnen Bundesländern wurden in der Vergangenheit unterschiedliche geriatrische Konzepte realisiert. Während in den Stadtstaaten Bremen und Hamburg, sowie in Schleswig-Holstein und Thüringen Geriatrie ausschließlich als Krankenbehandlung nach § 108 / 109 SGB V im Akutkrankenhaus praktiziert wird, geben andere Länder, wie beispielsweise Rheinland-Pfalz oder Mecklenburg-Vorpommern der geriatrischen Rehabilitation nach § 111 SGB V den Vorzug. Insgesamt überwiegt in den meisten Bundesländern der Anteil akutgeriatrischer Betten. In vielen Bundesländern kann allerdings vom Versorgungsauftrag nicht auf die tatsächlich versorgte Patientenklientel geschlossen werden. Es finden sich (z.T sogar in demselben Bundesland) geriatrische Abteilungen, die eher akutmedizinisch und solche, die eher frührehabilitativ orientiert sind. Der unterschiedliche „case-mix“ hängt in vielen Fällen von lokalen Faktoren ab, so dass eine realistische Einschätzung des Versorgungsgeschehens ohne Berücksichtigung dieser Faktoren nicht valide ist.

Über die Leistungsfähigkeit und Qualität der einzelnen geriatrischen Abteilungen kann hier keine Aussage getroffen werden. Ebenso wenig lässt sich die Frage beantworten, ob die vorhandenen geriatrischen Strukturen zur Bedarfsdeckung ausreichen. Glaubt man den „Empfehlungen für die klinisch-geriatrische Behandlung“ [10], so verfügt unter allen Bundesländern lediglich Hamburg über die notwendige Anzahl von 50-60 geriatrischen Betten pro 100.000 Einwohnern. Alle anderen Bundesländer wären demnach zum Teil erheblich unterversorgt. Andererseits deuten andere Aussagen, wie zum Beispiel im Geriatriekonzept des Landes Baden-Württemberg darauf hin, dass inzwischen zumindest vorläufig in einigen Regionen der Bedarf an geriatrischen Betten gedeckt ist [15]. Die demografische Entwicklung [6] allerdings lässt auch für die Zukunft einen weiter steigenden Bedarf an geriatrischen Strukturen erwarten.

Auch die heute vorhandenen geriatrischen Strukturen scheinen nicht immer optimal genutzt zu werden. Geriatrische Patienten werden im Krankenhaus häufig nicht adäquat auf herkömmlichen Abteilungen behandelt, die Zuweisung von Patienten in

die Geriatrie erfolgt oft nur dann, wenn alle anderen Fachabteilungen belegt sind [21].

Wichtig ist daher die Frage der optimalen Zuweisung von Patienten in die Geriatrie, ebenso wie in die neurologische oder die indikationsübergreifende Frührehabilitation. Dabei müssen sowohl die jeweils unterschiedlichen Bedürfnisse der Patienten, als auch die regionalen Gegebenheiten Berücksichtigung finden.

Damit der richtige Patient, zur richtigen Zeit, in der richtigen Frührehabilitations-Einrichtung behandelt werden kann, bedarf es eines übergeordneten Case-Managements. Kriterien für die Zuweisung von Patienten zu den verschiedenen Arten von Frührehabilitations-Einrichtungen könnten sich am Modell der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) orientieren.

Geriatrie beinhaltet immer auch Rehabilitation und hat in diesem Punkt eine Gemeinsamkeit mit der indikationsübergreifenden und der neurologischen Frührehabilitation: den **gleichzeitigen Bedarf an rehabilitativen und akut-medizinischen Leistungen** für den Patienten.

Neurologische Erkrankungen sind in allen Bereichen der Frührehabilitation die häufigsten zu behandelnden Probleme. Neurologische Patienten, die einer Frührehabilitation bedürfen, werden deshalb in vielen Fällen in Einrichtungen der Neuro-Phase-B zu finden sein. Sie werden aber auch in der indikationsübergreifenden Frührehabilitation oder, sofern es sich um ältere Patienten handelt, in der Geriatrie (81% der Stroke-Patienten sind 65 Jahre und älter) behandelt.

Ältere Menschen sind im Bereich der Frührehabilitation eine wichtige Patientengruppe. Ältere Patienten werden, sofern sie einer Frührehabilitation bedürfen, häufig in geriatrische Abteilungen verlegt. Sie werden aber auch in der Neuro-Phase-B, wenn es sich um Patienten mit neurologischen Erkrankungen handelt, oder in der indikationsübergreifenden Frührehabilitation behandelt.

Sowohl die Geriatrie als auch die Neurologie verfügen im Rahmen der Frührehabilitation über spezielle Kompetenzen für wichtige Krankheits- respektive Personengruppen. Es erstaunt von daher nicht, dass Strukturen der Frührehabilitation zuerst in diesen beiden Bereichen etabliert wurden. Noch heute findet Frührehabilitation überwiegend in der Neurologie und in der Geriatrie statt.

Doch nicht jeder Patient, der eine Frührehabilitation braucht, ist ein geriatrischer oder ein neurologischer Patient. Aus diesem Grund wurden in den 90er Jahren in einigen

Akutkrankenhäusern Abteilungen der indikationsübergreifenden Frührehabilitation, die meisten gefördert vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, eingerichtet [1].

Zwar könnten grundsätzlich alle Patienten mit Frührehabilitations-Bedarf in der indikationsübergreifenden Frührehabilitation behandelt werden. Aufgrund 1. der großen Häufigkeit von neurologischen Funktionsstörungen und von Frührehabilitationsbedarf bei älteren Menschen mit besonderen Bedürfnissen und 2. der speziellen Kompetenzen in der neurologischen und der geriatrischen Frührehabilitation ist auch die Vorhaltung von indikationsspezifisch ausgelegten Frührehabilitations-Strukturen sinnvoll. Ebenso zu befürworten, sowohl konzeptionell als auch infrastrukturell, ist eine Kombination von indikationsübergreifenden und indikationsspezifischen frührehabilitativ ausgerichteten Einrichtungen.

So wäre zum Beispiel eine Erweiterung von bereits bestehenden Ressourcen in Geriatrie oder Neurologie um den Bereich der indikationsübergreifenden Frührehabilitation unter Einbeziehung der entsprechenden Qualifikation für PRM denkbar. Da der Bedarf für indikationsübergreifende Frührehabilitation aufgrund der Patientenstruktur primär in großen Akutkrankenhäusern anfällt [1], müssten dazu aber entsprechende Einrichtungen in diesen Häusern vorgehalten werden, was heute, wie unsere Analyse zeigt, nur selten der Fall ist.

Umgekehrt wäre auch die Integration geriatrischer oder neurologischer Qualifikationen in bestehende oder noch zu schaffende Abteilungen der indikationsübergreifenden Frührehabilitation möglich.

Wie unsere Analyse zeigt, kann die gesetzlich geforderte Frührehabilitation zumindest teilweise auf vorhandenen Ressourcen, Strukturen und Prozessen im Bereich der geriatrischen Frührehabilitation aufbauen.

Es besteht nun die Aufgabe, die Frührehabilitation flächendeckend und bedarfsgerecht, unter Berücksichtigung bestehender Strukturen und lokaler Besonderheiten und in enger Abstimmung mit allen frührehabilitativ ausgerichteten Fachgebieten zu etablieren. Dabei muss dem demografisch zu erwartenden erhöhten Bedarf ebenso Rechnung getragen werden, wie den steigenden Anforderungen an die Frührehabilitation aufgrund der Erfolge der hochtechnisierten Akutmedizin.

## Literatur

<sup>1</sup> Stucki G, Stier-Jarmer M, Berleth B, Gadomski M.

Indikationsübergreifende Frührehabilitation. Phys Rehab Kur Med 2002; 12: 146-156

<sup>2</sup> Stucki G, Stier-Jarmer M, Gadomski M, Berleth B, Smolenski U.

Konzept zur indikationsübergreifenden Frührehabilitation im Akutkrankenhaus. Phys Rehab Kur Med 2002; 12: 134-145

<sup>3</sup> Stier-Jarmer M, Stucki G.

Frührehabilitation im Akutkrankenhaus – Gesetzliche Grundlagen. Phys Rehab Kur Med 2002; 12: 129-133

<sup>4</sup> Stier-Jarmer M, Koenig E, Stucki G.

Strukturen der neurologischen Frührehabilitation (Phase B) in Deutschland. Phys Rehab Kur Med 2002; 12: 260-271

<sup>5</sup> Brach M, Piek S, Stucki G.

Finanzierung der Frührehabilitation. Phys Rehab Kur Med 2002; 12: 317-324

<sup>6</sup> Statistisches Bundesamt.

Bevölkerungsentwicklung Deutschlands bis zum Jahr 2050. Ergebnisse der 9. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden, Juli 2000

<sup>7</sup> Steinhagen-Thiessen E, Hamel G, Lüttje D, Oster P, Vogel W.

Der geriatrische Patient – Opfer der Sparmaßnahmen ?. Geriatrie Journal 2000; 3: 16-21

<sup>8</sup> Fuhrmann R.

Übersicht über die Versorgungsstrukturen der klinischen und rehabilitativen Geriatrie und ihre Entwicklung in der Bundesrepublik Deutschland. Z Gerontol Geriat 2001; 34, Suppl 1: I/16-I/20

<sup>9</sup> Uhlig T. Entwicklung der Geriatrie in der Bundesrepublik Deutschland.



Z Gerontol Geriat 2001; 34, Suppl 1: I/70-I/78

<sup>10</sup> Meier-Baumgartner HP, Hain G, Oster P, Steinhagen-Thiessen E, Vogel W.  
Empfehlungen für die klinisch-geriatrische Behandlung. Jena: Gustav Fischer, 1998

<sup>11</sup> Bruder J, Lucke C, Schramm A, Tews HP, Werner H.  
Was ist Geriatrie ? Expertenkommission der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie und Deutschen Gesellschaft für Gerontologie zur Definition des Faches Geriatrie. Internetversion über die Homepage der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie <http://www.geriatrie-online.de/> im Dezember 2001, 1. Auflage 1991.

<sup>12</sup> Hofmann W, Ramme M, Vetter U. Die geriatrische Klinik im fallpauschalierten Entgeltsystem.  
In: Arnold M, Litsch M, Schellschmidt H (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2000. Stuttgart: Schattauer, 2000: 206-222

<sup>13</sup> Leistner K, Meier-Baumgartner HP, Pientka L.  
Entwurf für eine Hamburger Erklärung, Z Gerontol Geriat 2001; 34/1: 57-60

<sup>14</sup> Loos S, Plate A, Dapp U, Lüttje D, Meier-Baumgartner HP, Oster P, Vogel W, Steinhagen-Thiessen E.  
Geriatrische Versorgung in Deutschland – Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. Z Gerontol Geriat 2001; 34: 61-73

<sup>15</sup> Sozialministerium Baden-Württemberg.  
Geriatriekonzept Baden-Württemberg 2001

<sup>16</sup> Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen  
<http://www.stmas.bayern.de/krankenhaus/stationaer/geriatrie.htm> 2001

<sup>17</sup> Senat der Freien Hansestadt Bremen  
<http://www.bremen.de/info/sfgjsu/7.html> 2001

<sup>18</sup> Deutsches Krankenhausadressbuch 2001. Freiburg: Rombach, 2001

- <sup>19</sup> Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.  
Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Deutscher Bundestag, 14.  
Wahlperiode, Drucksache 14/5130, 2001
- <sup>20</sup> Rubenstein LZ. Wem nutzt das geriatrische Assessment ?.  
In: Steinhagen-Thiessen E (Hrsg.): Das geriatrische Assessment. Stuttgart:  
Schattauer, 1998: 29-45.
- <sup>21</sup> Meier-Baumgartner HP. Geriatrie – Einbettung in die Versorgungslandschaft der  
Bundesrepublik Deutschland. Z Gerontol Geriat 2001; 34, Suppl 1: I/1-I/9
- <sup>22</sup> Neubauer G. Geriatrische Rehabilitation aus ökonomischer Sicht.  
Z Gerontol Geriat 2001; 30: 439-442
- <sup>23</sup> Nikolaus T.  
Das geriatrische Assessment. Z Gerontol Geriat 2001; 34, Suppl 1: I/36-I/42
- <sup>24</sup> Meier-Baumgartner HP, Nerenheim-Dascha J, Görres S.  
Die Effektivität von Rehabilitation bei älteren Menschen unter besonderer Berück-  
sichtigung psycho-sozialer Komponenten bei ambulanter, teilstationärer und statio-  
närer Betreuung. In: Schriftenreihe des BMFuS, Band 12.2 Stuttgart, Berlin, Köln,  
1992
- <sup>25</sup> GQH Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen, Fachausschuss Geriatrie:  
Qualitätssicherung in der Geriatrie. <http://www.med-qs-hessen.de/geriatrie/txt.html>
- <sup>26</sup> Lübke N.  
Zuweisungssteuerung und Management in der Geriatrie und geriatrischen  
Rehabilitation unter besonderer Berücksichtigung von Fallpauschalen bzw.  
Diagnosis-related groups (DRGs). Z Gerontol Geriat 2001; 34, Suppl 1: I/63-I/69
- <sup>27</sup> Borchelt M, Vogel W, Steinhagen-Thiessen E.

Das Geriatrische Minimum Data Set (Gemidas) der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V. als Instrument der Qualitätssicherung in der stationären Geriatrie. Z Gerontol Geriat 1999; 32: 11-23

<sup>28</sup> GiB-DAT Geriatrie-in-Bayern-Datenbank. <http://www.gibdat.de/>



## **5. Strukturen der Neurologischen Frührehabilitation (Phase B) in Deutschland**

Structures of early neurological rehabilitation (phase B) in Germany

M. Stier-Jarmer, E. Koenig, G. Stucki

*Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin 2002; 12: 260-271*

## Zusammenfassung

Seit den 70er und 80er Jahren können in Deutschland aufgrund der Neugestaltung des Rettungswesens und der Fortschritte in Unfall- und Intensivmedizin zunehmend mehr Patienten auch mit schwersten Hirnschädigungen gerettet werden. Zur Vermeidung dauerhafter Pflegebedürftigkeit benötigen diese Patienten häufig frühzeitig eine umfassende, langfristig angelegte, intensive medizinische Rehabilitation. Die neurologische Frührehabilitation der Phase B nimmt Patienten mit schwersten Hirnfunktionsstörungen auf, die völlig oder ganz überwiegend auf Pflege angewiesen sind. Das Hauptziel dieser Behandlungsphase ist das Zurückholen des Patienten ins bewusste Leben, um damit die Grundlage für eine kooperative Mitarbeit am weiteren Rehabilitationsprozess zu schaffen.

Die Frührehabilitation im Krankenhaus erhielt mit Inkrafttreten des SGB IX im Jahr 2001 eine neue gesetzliche Grundlage. Frührehabilitation wird in § 39 Abs.1 SGB V nun erstmals explizit als Bestandteil der Krankenhausbehandlung beschrieben. Bei der Umsetzung dieser gesetzlichen Vorgaben sind bereits vorhandene Ressourcen, beispielsweise in der Neurologie (Phase B), der indikationsübergreifenden Frührehabilitation oder Geriatrie zu berücksichtigen. Der vorliegende Artikel beschreibt die neurologische Frührehabilitation der Phase B in bezug auf ihre Entwicklung, Strukturen und Prozesse.

Neurologische Frührehabilitation der Phase B findet in Deutschland größtenteils in neurologischen Fachkrankenhäusern und in Rehabilitationskliniken statt, sehr viel seltener in allgemeinen Krankenhäusern. Insgesamt gibt es mehr als 2000 Phase-B-Betten, etwa jedes dritte davon steht in Bayern.

Der künftige Bedarf an Phase-B-Betten ist derzeit nur schwer abzuschätzen. Die demografische Entwicklung wird darauf ebenso einen Einfluss haben, wie etwaige Veränderungen der Verweildauern in der Phase B beispielsweise aufgrund weiterer Fortschritte der medizinischen Behandlungsmöglichkeiten. Auch das neue DRG-basierte Vergütungssystem für die Krankenhäuser könnte eine starke Zunahme des Bedarfs an Phase-B-Strukturen zur Folge haben.

## **Abstract**

As a result of the reorganisation of the emergency services and progress in accident- and intensive medicine in Germany since the seventies and eighties more patients survive serious brain injury. To prevent the permanent need for care these patients often need an extensive, long term and intensive medical rehabilitation from an early stage. Early rehabilitation in neurology (phase B) caters for patients with the most serious brain dysfunctions, who are completely or predominantly dependent on support. The principal goal of this phase is to return patients to conscious life, which is the basis for cooperative participation in the continuing rehabilitation process.

With the Sozialgesetzbuch IX (SGB IX) which came into effect in the year 2001, early rehabilitation in the hospital setting in Germany obtained a new legal basis. In § 39 section 1 SGB V, early rehabilitation is for the first time explicitly described as part of hospital treatment. Resources already existing in neurology (phase B), general early rehabilitation or in geriatrics must be taken into consideration when planning the implementation of the new law. This article describes the development, structures and processes of early rehabilitation in neurology.

Early rehabilitation in neurology (phase B) in Germany is mainly carried out in specialised neurological hospitals and in rehabilitation hospitals and, very rarely, in general hospitals. Overall more than 2000 phase-B-beds exist, approximately one third of which are in Bavaria.

The future demand for phase-B-beds is currently hard to assess. This will be influenced by demographic developments and by possible changes in inpatient time during phase-B as a result of, for example, further advances in medical care. The new DRG-based payment-system in hospitals could also result in an increased demand for phase-B-structures.

## Einleitung

Im Juli 2001 erhielt die Frührehabilitation in Deutschland eine neue gesetzliche Grundlage. § 39 Abs.1 SGB V, der im Zusammenhang mit dem Inkrafttreten des Sozialgesetzbuchs IX „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ geändert wurde, beschreibt nun die „die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation“ als Bestandteil der akutstationären Behandlung.

Bereits seit Anfang der 80er Jahre hatte sich allmählich die Erkenntnis durchgesetzt, dass Rehabilitation frühzeitig, umfassend und als einheitlicher Vorgang stattfinden muss, damit die Rehabilitationschancen der Patienten optimal genutzt werden können. Rehabilitation muss gegebenenfalls also bereits im Krankenhaus noch während der akutmedizinischen Behandlung einsetzen.

Schon in den 80er Jahren und verstärkt in den 90er Jahren wurden in Deutschland entsprechend dieser Erkenntnis in verschiedenen Fachbereichen Strukturen zur akutstationären Frührehabilitation geschaffen. Hierzu gehören primär die Geriatrie, die Neurologie (Phase B), die indikations- oder fachübergreifende Frührehabilitation und die Paraplegiologie. Dazu kommen zahlreiche Physio-, Ergo- und andere nichtärztliche Therapeuten, die in vielen Krankenhäusern rehabilitativ tätig sind, wenn auch oft ohne die für die Frührehabilitation wichtige Koordination aller rehabilitativ relevanten Maßnahmen. Die Methoden der Rehabilitation im Krankenhaus werden allerdings auch heute oft noch nicht zum frühestmöglichen Zeitpunkt oder nicht in ausreichendem Maße eingesetzt. Es gilt deshalb nun die Versorgungs- und Organisationsstrukturen der Frührehabilitation in Deutschland ebenso wie ihre Finanzierung so zu gestalten, dass möglichst alle Patienten, bei denen die Notwendigkeit für eine Frührehabilitation besteht, erfasst und optimal versorgt werden.

Eine Voraussetzung dafür ist eine möglichst genaue Analyse und Beschreibung der bestehenden aktuellen Situation. Im vorliegenden Artikel geschieht dies für die neurologische Frührehabilitation in Bezug auf ihre Entwicklung, Strukturen und Prozesse. Eine Analyse und Beschreibung der Strukturen und Prozesse im Bereich der indikationsübergreifenden Frührehabilitation [1], der geriatrischen Frührehabilitation [2], eine Konzeption zur indikationsübergreifenden Frührehabilitation [3] sowie eine detaillierte Darstellung der gesetzlichen Grundlagen [4] wurden bereits in



früheren Ausgaben der Zeitschrift für Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin und Kurortmedizin publiziert. Überlegungen zur Finanzierung der Frührehabilitation [5] insbesondere nach Einführung des DRG-basierten Zahlungssystems für die stationäre Versorgung in den Akutkrankenhäusern werden im nächsten Heft enthalten sein.

## **Historische Entwicklung**

Das Modell der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation in Deutschland hat seine Ursprünge in der Frühversorgung von Kriegsverletzten. Wilhelm Tönnis entwickelte während des 2. Weltkrieges ein Konzept zur rehabilitativen Versorgung von Hirnverletzten vom Beginn der Behandlung bis hin zur beruflichen Wiedereingliederung [6]. Die Kriegsoffer wurden in Sonderlazaretten zusammengelegt und dort von einem Expertenteam, dem auch Psychologen, Pädagogen und Sprachlehrer angehörten, intensiv rehabilitativ behandelt. Das Programm war offenbar so überzeugend, dass es sowohl von den Alliierten für die Frühversorgung ihrer Kriegsverletzten übernommen wurde, wie auch als Vorlage für die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation in Deutschland diente [7, 8].

Zwanzig Jahre nach Kriegsende waren keine Kriegsverletzten mehr zu versorgen, aber Unfallopfer sowie Patienten mit schweren Schäden des zentralen und des peripheren Nervensystems aufgrund verschiedenster Erkrankungen benötigten zunehmend eine geregelte neurologische (Früh-)Rehabilitation. In den 70er und 80er Jahren konnte das Rettungswesen in Deutschland weiter ausgebaut werden. Gleichzeitig wurde auch die Unfall- und Intensivmedizin immer leistungsfähiger, so dass mehr Patienten auch mit schwersten Hirnschädigungen gerettet werden konnten und können. Die tatsächliche rehabilitative Versorgung allerdings stagnierte zunächst auf einem eher bescheidenen Niveau. Nach Abschluss der akutmedizinischen Versorgung war für Patienten oftmals das Ende der Behandlung erreicht, da es vielerorts an postakuten, rehabilitativen Versorgungsstrukturen fehlte [9, 10].

In Bayern legte das Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit bereits 1982 ein Fachprogramm „Stationäre Versorgung und Rehabilitation von Schlaganfallpatienten und Schädel-Hirn-Verletzten“ vor. Das Programm ergänzt den Krankenhausplan und bildet den Ausgangspunkt für die

Planungen des Gesundheitsministeriums. Grundgedanke des Konzeptes ist die Schaffung von Einrichtungen, in denen von der Früh- bis zur Langzeitrehabilitation eine durchgestufte Behandlung unter einem Dach möglich ist. Der Aufbau eines flächendeckenden Netzes von Rehabilitationseinrichtungen als wichtigstes Ziel gilt in Bayern inzwischen als erreicht [11].

Einigermaßen flächendeckend entwickelte sich die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation in Deutschland erst in den 90er Jahren, nachdem Modellversuche die Wirksamkeit und die Signifikanz frühzeitiger, umfassender und interdisziplinärer Hilfen im Anschluss an die Akutphase auf der Intensivstation gezeigt hatten [8]. Dabei wurden Einrichtungen der neurologischen Frührehabilitation meist in Rehabilitationszentren und nur selten als Teil der Akutbehandlung in Akutkrankenhäusern integriert.

## **Definition**

*„Frührehabilitation ist Rehabilitation noch während der Akutbehandlung nach Behebung der unmittelbaren Lebensbedrohung und Stabilisierung der vegetativen Funktionen mit wiederbelastbaren Herz-Kreislauf-Funktionen. Frührehabilitation ist die integrierte, den Patienten frühzeitig und nahtlos begleitende interdisziplinäre Therapie mit je nach individuellen Erfordernissen und Möglichkeiten wechselnden Schwerpunkten. Diese Frührehabilitation besteht in einer aktivierenden Pflege (stimulierender Reiztherapie), Förderung der Motorik, Mund- und Esstraining und schließlich Wahrnehmungs- und Selbständigkeitstraining.*

*Ziel der Frührehabilitation ist, die spontane Genesung zu unterstützen und zu fördern, Früh- und Spätkomplikationen und somit Sekundärschäden zu verhindern oder zumindest in ihren Auswirkungen so zu mindern, dass Behinderungen und Beeinträchtigungen möglichst gering bleiben.“ [12]*

## Indikationen und Steuerung

### *Typische Indikationen*

Für die neurologische Frührehabilitation kommen prinzipiell alle Patienten mit Schäden des zentralen und des peripheren Nervensystems, die einer langfristig angelegten, intensiven medizinischen Behandlung/Rehabilitation bedürfen, in Betracht. Dazu zählen schwere traumatische, vaskuläre (v.a. Schlaganfall), hypoxische (z.B. Herz-Kreislauf-Stillstand), entzündliche (z.B. Enzephalitis oder Polyradikulitis) und operative (z.B. bei Tumorerkrankungen) Schädigungen am Gehirn und am Nervensystem. Die Patienten leiden an komplexen, in der Regel kombinierten Funktionsstörungen (Lähmungen, Sprachstörungen, Konzentrations-, Aufmerksamkeits-, Wahrnehmungs-, Gedächtnisstörungen und z.T. psychopathologischen Veränderungen). Nicht immer lässt sich schon zu Beginn der Erkrankung die Rehabilitationsfähigkeit des Patienten erkennen. Eine Prognosebeurteilung, insbesondere in den beiden ersten Wochen ist häufig schwierig. Abgesehen von den eher seltenen Fällen einer von vornherein negativen Prognose ist ein Rehabilitationsversuch aber fast immer gerechtfertigt. Zieger [9] weist beispielsweise darauf hin, dass bei etwa 30-50% der Patienten im Wachkoma die richtige Diagnose, abweichend von den intensivmedizinischen Angaben, erst während der Frührehabilitation richtig gestellt werden kann. Hinsichtlich des Alters der Patienten in der neurologischen Frührehabilitation sollte es keine Einschränkungen geben, da auch bei alten Menschen häufig gute Behandlungserfolge zu erreichen sind. Zieger [9] sieht eine mögliche Einschränkung der Indikation lediglich bei multimorbiden, moribunden Patienten und Suchtkranken im Endstadium. Die Bundesarbeitsgemeinschaft medizinisch-beruflicher Rehabilitations-Zentren (mbReha) schließt dagegen auch Patienten mit prozesshaften zerebralen Erkrankungen (z.B. Alzheimer, Chorea Huntington) aus [13]. Die neurologische Frührehabilitation von Kindern und Jugendlichen erfordert eine besondere Vorgehensweise (sehr hoher Pflegebedarf, pädagogische Interventionen, Beteiligung der Eltern) und wird deshalb in spezialisierten Einrichtungen durchgeführt. Im Vordergrund des Versorgungsprofils neurologischer Frührehabilitationseinrichtungen steht die Behandlung von Insult-Patienten, es gibt aber auch Einrichtungen in denen Patienten mit Schädel-Hirn-Trauma dominieren [14]. Die folgende Aufstellung zeigt beispielhaft die Verteilung

der Diagnosen bei Patienten der Frührehabilitation (Phase B) in der Neurologischen Klinik Bad Aibling:

39% Ischämischer Insult  
17% intrazerebrale und subarachnoidale Blutung  
14% Schädel-Hirn-Trauma  
7% zerebrale Hypoxie  
23% sonstige, insbesondere Zustand nach Guillain-Barré-Syndrom, Critical-Illness-Polineuropathie, Tumoroperation

In anderen Frührehabilitations-Einrichtungen liegt der Anteil an Insult-Patienten z.T. noch deutlich höher.

### ***Neurophasenmodell***

Um die Abgrenzung zwischen Akutbehandlung und Rehabilitation flexibler und adäquat für die besondere Problematik neurologischer Patienten zu gestalten, wurde von einer Arbeitsgruppe des VDR zu Beginn der 90er Jahre ein Phasenmodell der neurologischen Rehabilitation entwickelt. Abhängig vom Gesundheitszustand des Patienten und den daraus ableitbaren notwendigen akutmedizinischen und rehabilitativen Maßnahmen wurden verschiedene Phasen der Behandlung definiert (Tab. 1). Nicht jeder Patient muss alle Phasen in der angegebenen Reihenfolge durchlaufen. Denkbar ist dabei ebenso das Überspringen wie auch das mehrmalige Durchlaufen einzelner Phasen der Rehabilitation. Patienten mit schwerem Schädel-Hirn-Trauma oder hypoxischen Hirnschädigungen beispielsweise benötigen häufig Einrichtungen der Phase B, Patienten mit Schlaganfällen oder anderen neurologischen Erkrankungen oft Einrichtungen der Phase C, um in den Prozess der Rehabilitation "eingeschleust" werden zu können [15]. Lässt sich auf Dauer kein Rehabilitationsfortschritt erreichen, muss der Patient im Bereich der zustandserhaltenden aktivierenden Langzeitpflege (Phase F) weiterversorgt werden.

Die neurologische Frührehabilitation der Phase B nimmt Patienten mit schwersten Hirnfunktionsstörungen auf, die völlig oder ganz überwiegend auf Pflege angewiesen sind. Es handelt sich hierbei um Patienten, die bewusstlos oder schwer bewusstseinsgestört sind, auch um Patienten mit einem apallischen Syndrom. Die Kooperationsfähigkeit der Patienten der Phase B ist stark eingeschränkt. Sie sollten aber

nicht mehr intensivbehandlungspflichtig sein. Mit Komplikationen und Notfällen muss in dieser Phase jedoch häufig noch gerechnet werden. Das Behandlungsteam muss deshalb jederzeit auf die Beherrschung lebensbedrohlicher Komplikationen vorbereitet sein. Idealerweise sollte demzufolge in unmittelbarer Nähe einer Phase-B-Klinik oder –Abteilung eine Intensivstation vorhanden sein.

In der Phase B gilt es, den Verlauf der Spontanremission zu unterstützen und zu beschleunigen. Ziel ist es, bestehendes Rehabilitationspotential optimal zu fördern und Fehlentwicklungen entgegenzusteuern. Als Hauptziel dieser Behandlungsphase nennt die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) [16] die Aufgabe, den Patienten „ins bewusste Leben zurückzuholen“, um damit die Grundlage für eine kooperative Mitarbeit am weiteren Rehabilitationsprozess zu schaffen.

---

#### Neuro-Phasenmodell der Arbeitsgruppe Neurologische Rehabilitation des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger 1995:

---

- A: Akutbehandlungsphase
  - B: Behandlungs-/Rehabilitationsphase, in der noch intensivmedizinische Behandlungsmöglichkeiten vorgehalten werden müssen
  - C: Behandlungs-/Rehabilitationsphase, in der die Patienten bereits in der Therapie mitarbeiten können, sie aber noch kurativmedizinisch und mit hohem pflegerischen Aufwand betreut werden müssen
  - D: Rehabilitationsphase nach Abschluss der Frühmobilisation (Medizinische Rehabilitation im bisherigen Sinne)
  - E: Behandlungs-/Rehabilitationsphase nach Abschluss einer intensiven medizinischen Rehabilitation – nachgehende Rehabilitationsleistungen und berufliche Rehabilitation
  - F: Behandlungs-/Rehabilitationsphase, in der dauerhaft unterstützende, betreuende und/oder zustandserhaltende Leistungen erforderlich sind
- 

**Tab. 1: Neuro-Phasenmodell der Arbeitsgruppe Neurologische Rehabilitation des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger [16]**

#### ***Eingangs- / Ausgangskriterien***

Grundsätzlich ist für die Zuordnung zu den einzelnen Phasen nicht der Zeitpunkt der Behandlung, sondern die Schwere der Erkrankung entscheidend. In den letzten Jahren haben mehrere Organisationen Kriterien für die Beschreibung der Patienten in den verschiedenen Phasen der neurologischen Rehabilitation erarbeitet (Tab. 2/3).

<b>mbReha 1994 [13]</b> (Bundesarbeitsgemeinschaft der medizinisch-beruflichen Rehaeinrichtungen)	<b>BAR 1995/1999 [23]</b> (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation)	<b>HVBG 2001 [22]</b> (Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften)
<p><b>Aufnahmekriterien Frührehabilitation:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nicht mehr dauerbeatmungspflichtig</li> <li>- ausreichend kreislaufstabil</li> <li>- keine Erhöhung des intrakraniellen Drucks</li> <li>- keine schwerwiegenden Infektionen</li> </ul> <p>Maschinelle Atemtherapie und neurologisch-intensivmedizinische Überwachung, zentraler Venenkatheter, teilweise parenterale Ernährung, Tracheostoma und suprapubischer Blasenkatheter sind keine Ausschluss-kriterien. Nicht aufgenommen werden können Patienten mit prozesshaften cerebralen Erkrankungen (z.B. Alzheimer, Chorea Huntington).</p>	<p>Patienten-Charakteristika Phase B (Eingangskriterien)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• bewusstlose bzw. qualitativ oder quantitativ schwer bewusstseinsgestörte Patienten (darunter auch solche mit einem sog. „apallischen Syndrom“) mit schwersten Hirnschädigungen als Folge von Schädelhirntraumen, zerebralen Durchblutungsstörungen, Hirnblutungen, Sauerstoffmangel (insbesondere mit Zustand nach Reanimation), Entzündungen, Tumoren, Vergiftungen, u.a.; neben der Bewußtseinsstörung können weitere schwerste Hirnfunktionsstörungen bestehen</li> <li>• Patienten mit anderen schweren neurologischen Störungen (z. B. Locked-in, Guillain-Barré, hoher Querschnitt), die noch intensivbehandlungspflichtig sind</li> <li>• bei den Patienten mit Schädelhirntrauma liegen häufig noch andere Verletzungen vor (polytraumatisierte Patienten)</li> <li>• primäre Akutversorgung abgeschlossen</li> <li>• aktuell keine operative Intervention (neurochirurgisch oder allgemein-/unfall-chirurgisch, orthopädisch) erforderlich</li> <li>• keine Sepsis, keine floride Osteomyelitis</li> <li>• intrakranielle Druckverhältnisse stabil</li> <li>• Herzkreislauf- und Atmungsfunktionen im Liegen stabil</li> <li>• nicht mehr (kontrolliert) beatmungspflichtig</li> <li>• nicht fähig zur kooperativen Mitarbeit</li> <li>• vollständig von pflegerischer Hilfe abhängig</li> <li>• in der Regel Sonden-Ernährung erforderlich</li> <li>• in der Regel können Ausscheidungsfunktionen nicht kontrolliert werden</li> <li>• u. U. erhebliche Selbst- und/oder Fremdgefährdung bei Dyskontrollsyndrom, Verwirrheitszuständen oder anderen schweren psychischen Störungen</li> <li>• bestehende Begleiterkrankungen dürfen eine Mobilisierung nicht verhindern.</li> </ul>	<p>Aufnahmekriterien „postakute Behandlung“ Phase 1b (entspricht BAR Phase B):</p> <p>Schwerst-Hirngeschädigte, die</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nicht mehr dauerbeatmungspflichtig sind</li> <li>- ausreichend kreislaufstabil sind</li> <li>- keine Erhöhung des intrakraniellen Druckes mehr haben</li> </ul> <p>Intermittierende maschinelle Atemtherapie, zentraler Venenkatheter, teilweise parenterale Ernährung, Tracheostoma und Cystofix sind keine Ausschlusskriterien. Periphere Verletzungen müssen versorgt, Drainagen müssen entfernt, Knochenbrüche sollten übungsstabil sein.</p>

**Tab. 2: Eingangskriterien neurologische Frührehabilitation Phase B**

<b>mbReha 1994 [13]</b> (Bundesarbeitsgemeinschaft der medizinisch-beruflichen Rehaeinrichtungen)	<b>BAR 1995/1999 [23]</b> (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation)	<b>HVBG 2001 [22]</b> (Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften)
<p><b>Kriterien zur Beendigung der Frührehabilitation:</b></p> <p>a) wie bei HVBG                      b) wenn über mehrere Monate hin bei ungestörtem Therapieverlauf keine wesentlichen Fortschritte mehr festgestellt werden und diese nach ärztlichem</p>	<p>Patienten-Charakteristika Phase B (Ausgangskriterien) → entspricht Eingangskriterien Phase C:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patient ist überwiegend bewusstseinsklar, kommt einfachen Aufforderungen nach, seine Handlungsfähigkeit reicht aus, um an mehreren Therapiemaßnahmen täglich von je etwa 30 Minuten Dauer aktiv mitzuarbeiten</li> <li>▪ Patient ist kommunikations- und interaktionsfähig (ggf. unter Verwendung von Hilfsmitteln)</li> <li>▪ Patient ist teilmobilisiert (z. B. längere Zeit kontinuierlich zwei bis vier Stunden im Rollstuhl)</li> </ul>	<p><b>Kriterien zur Beendigung der Frührehabilitation:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Teilmobilisation des Patienten (auch im Rollstuhl)</li> <li>- Vegetative Stabilität</li> <li>- Vorhandensein von Kommunikations- und Interaktionsmöglichkeiten</li> <li>- Verbesserte kognitive</li> </ul>

<p>Urteil auf absehbare Zeit nicht erreicht werden. In diesem Fall ist zustandserhaltende Pflege angezeigt. Kinder sind jeweils gesondert zu berücksichtigen</p>	<p>verbringend)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ für alltägliche Verrichtungen weitgehend auf pflegerische Hilfe angewiesen</li> <li>▪ bedarf keiner intensivmedizinischen Überwachung/Therapie, da praktisch keine Gefahr für lebensbedrohliche Komplikationen mehr besteht (vital-vegetative Stabilität)</li> <li>▪ nicht mehr beatmungspflichtig</li> <li>▪ bestehende Begleiterkrankungen dürfen eine Mobilisierung nicht verhindern</li> </ul> <p>keine konkrete Selbst- und Fremdgefährdung (z. B. durch Weglauftendenz, aggressive Durchbrüche) und keine schweren Störungen des Sozialverhaltens. Kleingruppenfähigkeit (drei bis fünf Patienten) muß vorliegen und darf nicht durch schwere Verhaltensstörungen gefährdet werden. Diese sollten nicht nur kurzfristig beeinflussbar sein.</p>	<p>Funktionen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Patient befolgt einfache Aufforderungen, arbeitet bei einfachen Tätigkeiten mehrfach am Tag mit und ist in einer therapeutischen Einheit von 30 Minuten belastbar</li> <li>- Verhaltensstörungen sind durch therapeutische Maßnahmen nicht nur kurzfristig beeinflussbar</li> <li>- Kleingruppenfähigkeit und beginnendes Sozialverhalten</li> <li>- Die Pflege überschreitet nicht vier bis fünf Stunden pro Tag</li> </ul>
--	--	---

**Tab. 3: Ausgangskriterien neurologische Frührehabilitation Phase B**

In der klinischen Praxis geschieht die Operationalisierung der in den Tabellen 2 und 3 genannten, z.T. auslegungsfähigen Kriterien in der Regel über den Barthel-Index [17, 18] oder den FIM [19, 20]. In regelmäßigen Intervallen z.B. wöchentlich oder 14-tägig erfolgt eine Beurteilung der Patienten nach diesen Indizes. Weder auf Länder- noch auf Bundesebene ist dieses Vorgehen allerdings einheitlich geregelt. In Bayern beispielsweise gelten für den Phasenwechsel folgende Vereinbarungen mit den

Kostenträgern:	Barthel-Index <sup>1</sup>	0 – 30	Phase B
		35 – 65	Phase C
		> 65	Phase D

### ***Zuweisungssteuerung und Management***

Sobald sich die Vitalfunktionen stabilisiert haben, kann der Patient von der Intensiv- oder Intermediate-Care-Station (z.B. Neurochirurgie, Neurologie, Innere Medizin, Herzchirurgie) in die neurologische Frührehabilitation der Phase B verlegt werden.

In Abhängigkeit von den lokalen Gegebenheiten kann dies eine Verlegung innerhalb des Krankenhauses oder in eine Spezialeinrichtung sein. Die Verlegung sollte im Rahmen einer intensiven Zusammenarbeit vom erstbetreuenden Arzt und weiterbe-

<sup>1</sup> In manchen Regionen wird auch der Frühreha-Barthel-Index nach Schönle verwendet. (Schönle, PW. Frühe Phasen der Neurologischen Rehabilitation: Differentielle Schweregradbeurteilung bei Patienten in der Phase B (Frührehabilitation) und in der Phase C (Frühmobilisation/Postprimäre Rehabilitation) mit Hilfe des Frühreha-Barthel-Index (FRB). Neurologische Rehabilitation 1996; 1: 21-25)

handelnden (Phase-B) Arzt organisiert werden. Sehr günstig und sinnvoll ist es, wenn der weiterbetreuende Arzt den Patienten bereits vor der Übernahme (z.B. im Rahmen eines Konsils) kenngelernt hat.

Häufig wird während der neurologischen Frührehabilitation die vorübergehende Rückverlegung von Patienten ins Akutkrankenhaus notwendig. Diese erfolgt in der Regel in die Neurochirurgie (z.B. wg. Reimplantation des Knochendeckels oder Shuntanlage) oder aufgrund verschiedener Komplikationen auch in internistische Abteilungen (z.B. wg. Niereninsuffizienz, Herzinfarkt, akut. Abdomen etc.)

Die Phase B ist beendet, wenn sich der Zustand des Patienten so weit verbessert hat, dass eine Verlegung in die Phase C möglich wird oder wenn aufgrund mangelnder Rehabilitationsfortschritte über einen langen Zeitraum hinweg eine Verlegung in den Bereich der zustandserhaltenden aktivierenden Langzeitpflege (Phase F) angezeigt ist. Hierbei besteht auch die Möglichkeit einer Intervallbehandlung, d.h. die Rückkehr des Patienten aus einer Pflegeeinrichtung (oder von zu Hause) in die Phase B bei Hinweisen für eine erneute Rehabilitationschance.

### Dauer der neurologischen Frührehabilitation

Die Dauer der neurologischen Frührehabilitation Phase B lässt sich nur schwer in Zahlen fassen. Zu groß sind die individuellen Unterschiede in den Rehabilitationsverläufen einzelner Patienten. Entsprechend unterscheiden sich auch die Angaben verschiedener Organisationen zu diesem Thema. Während beispielsweise der Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG) die Dauer der Phase B mit 6-12 Wochen angibt, liegt für die mbReha die Untergrenze bei 4 Monaten, Einzelfälle mit erheblich kürzerer oder längerer Dauer jeweils ausgeschlossen.

<b>mbReha 1994</b> [13] (Bundesarbeitsgemeinschaft der medizinisch-beruflichen Rehaeinrichtungen)	<b>BAR 1995/1999</b> [23] (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation)	<b>HVBG 2001</b> [22] (Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften)
4-12 Monate, im Einzelfall auch kürzer oder länger	in der Regel bis zu 6 Monate, bei besonderer medizinischer Indikation und Prognose und bei Kindern auch länger	6-12 Wochen, z.T. auch erheblich länger.

**Tab. 4: Dauer der neurologischen Frührehabilitation Phase B**



Von Wedel-Parlow und Kutzner [14] beschreiben die Verteilung der Behandlungsdauern in der Phase B als mehrgipflig mit einigen raschen Besserungen und einigen sehr langen Verläufen mit einer Dauer bis zu zwölf Monaten. Sie weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass bei sehr langen Rehabilitationsdauern gegebenenfalls Therapiepausen für den Patienten erforderlich werden. Am Beispiel von Patienten (größtenteils mit Schädel-Hirn-Trauma) aus der Allensbacher Frührehabilitationsstudie trifft Schönle [21] detailliertere Aussagen über die Behandlungsdauer in der neurologischen Frührehabilitation. 34% der Frühreha-Patienten in den Kliniken Schmieder Allensbach wurden demnach bis 3 Monate, 16% 3 bis 5 Monate, 31% 5 bis 12 Monate und 19% länger als 1 Jahr behandelt.

Ein Problem bei der Erfassung der Behandlungsdauern sind auch die oft multiplen Aufenthalte von Patienten in der Phase B. Dies betrifft in der Neurologischen Klinik Bad Aibling etwa 20% der Patienten. In Kliniken, die nicht über eine eigene Intensivstation verfügen, kann dieser Anteil noch höher liegen. Vorausgesetzt die Phase-B-Abteilung ist dem Akutkrankenhausbereich zugeordnet, muss nach der Bundespflegesatzverordnung eine zweite oder weitere Einweisung eines Patienten in die Phase B, beispielsweise nach einem Zwischenaufenthalt im Akutkrankenhaus oder in einer Pflegeeinrichtung, als separater Fall mit einer jeweils eigenen Behandlungsdauer betrachtet und gezählt werden. Diese Vorgehensweise resultiert in einer künstlich niedrigen mittleren Verweildauer.

### **Das therapeutische Team**

Die Arbeit in der neurologischen Frührehabilitation erfolgt unter Einbeziehung des Patienten und der Angehörigen in einem multi- und interdisziplinären therapeutischen Team bestehend aus Ärzten, Pflegekräften, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Neuropsychologen, Logopäden, Sozialarbeitern und oft auch Rehapädagogen und Recreationstherapeuten. Vor allem die Pflege hat hierbei einen hohen Stellenwert. Wichtig ist die Zusammenarbeit aller Therapeuten nach einem einheitlichen Therapiekonzept, um Verunsicherung auf Seiten der Patienten zu vermeiden.

Tabelle 5 beschreibt die Zusammensetzung eines multiprofessionellen, ärztlich geleiteten therapeutischen Teams, wie sie von der mbReha und dem HVBG empfohlen wird.

---

### Personalbedarf für eine Abteilung von 20 Betten für die Neurologische Frührehabilitation (Phase 1b/B)

---

1 Leitender Arzt		
1 Oberarzt		
3 Assistenten		
Psychologischer Dienst	1 : 12	
Pflegedienst	1 : 0,4	
Logopädischer Dienst	1 : 6	
Krankengymnastischer Dienst	1 : 3	
Physikalische Therapie	1 : 12	
Ergotherapeutischer Dienst	1 : 3	
Sozialdienst	1 : 15	1 : 12 (mbReha)
Sonderpädagogischer Dienst	1 : 7,5	1 : 6 (mbReha)

#### Zusätzliches Personal:

- 1 MTA für neurophysiologische Diagnostik
- 1 Schreibkraft
- 1,5 Stationshilfen, falls nicht durch zentralen Dienst abgedeckt

Andere Therapeuten (z.B. Musiktherapeuten, Heilerziehungspfleger etc.) können im Rahmen dieses Personalschlüssels variabel untergebracht werden.

---

**Tab. 5: Mindest-Personalbedarf für eine Abteilung von 20 Betten für die Neurologische Frührehabilitation (Phase 1b / B) [13, 22]**

### Facharztqualifikation der Leiter von Einrichtungen

Die ärztliche Leitung von Einrichtungen der neurologischen Frührehabilitation wird in der Regel von Neurologen oder Neurochirurgen wahrgenommen, die zum Teil auch über eine zusätzliche Facharztqualifikation z.B. im Bereich Innere Medizin oder Physikalisch Rehabilitative Medizin verfügen.

### Finanzierung

Weil sie aufgrund des schweren Krankheitsbildes ausschließlich als stationäre Krankenhausbehandlung durchgeführt werden kann, empfiehlt die BAR, die Behandlungs- / Rehabilitationsphase B in der Neurologie leistungsrechtlich der

Krankenhausbehandlung gemäß § 39 SGB V bzw. der stationären Behandlung in einem Krankenhaus gemäß § 33 SGB VII (früher § 559 RVO) zuzuordnen [23]. Kostenträger der Frührehabilitation Phase B in der Neurologie sind folglich in der Regel die gesetzliche oder private Krankenversicherung, die gesetzliche Unfallversicherung, Wehrbereichsverwaltungen oder Sozialämter [24, 25].

Die Strukturverantwortung für die Betten der Phase B tragen die Länder, die Krankenversicherung und die Unfallversicherung [23].

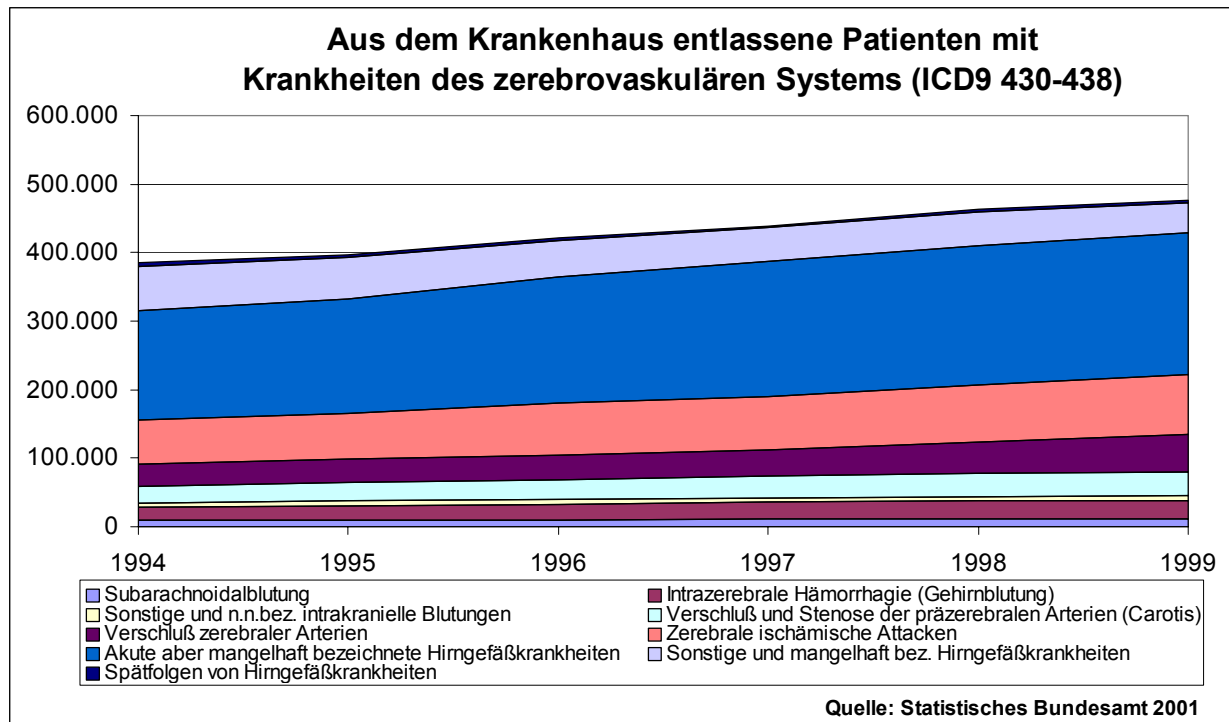
### **Zahlen zur Leistungserbringung**

Zur Darstellung der Relevanz der neurologischen (Früh-)Rehabilitation sollen hier zunächst die Bettenstatistiken und Fallwerte der allgemeinen Neurologie und Neurochirurgie berichtet werden.

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes wurden 1999 in den damals 359 neurologischen Fachabteilungen (19.190 Betten → Nutzungsgrad 88%) in Krankenhäusern (davon 313 in Allgemeinen Krankenhäusern) insgesamt 425.238 Patienten behandelt. Die durchschnittliche Verweildauer betrug 13,4 Tage.

Dazu kamen 141 Neurochirurgische Fachabteilungen (6.111 Betten → Nutzungsgrad 87,1%), in denen 168.112 Patienten mit einer mittleren Verweildauer von 10,4 Tagen behandelt wurden.

Gemäß der Krankenhausdiagnosenstatistik des Statistischen Bundesamtes wurden 1999 ca. 280.000 Patienten mit Schädel-Hirn-Trauma und fast eine halbe Million Patienten wegen Krankheiten des zerebrovaskulären Systems in Krankenhäusern vollstationär behandelt. Bei etwa 7-25% der Schädel-Hirn-Traumen muss von einer schweren Ausprägung der Verletzungen ausgegangen werden, die Rehabilitationsmaßnahmen über einen langen Zeitraum hinweg notwendig machen [21]. Die Betrachtung der Krankheitsfälle über die Zeit zeigt für die Krankheiten des zerebrovaskulären Systems eine deutlich steigende Tendenz (+24%) im Zeitraum 1994 bis 1999 (Abb.1).



**Abb. 1: Aus dem Krankenhaus entlassene Patienten mit Krankheiten des zerebrovaskulären Systems (ICD 430-438)**

## Aktuelle Strukturen und Bedarfsschätzungen

### Neuropädiatrie

Wegen ihrer Besonderheiten (sehr hoher Pflegebedarf; großer Anteil an pädagogischen Maßnahmen; Beteiligung der Eltern; breites Spektrum an z.T. sehr seltenen Erkrankungen, darunter auch viele pränatale Schäden; häufig nur sehr langsame Rehabilitationsfortschritte) wird die neurologische Frührehabilitation von Kindern und Jugendlichen in spezialisierten Einrichtungen durchgeführt. Diese Aufgabe übernehmen in der Bundesrepublik Deutschland derzeit 12 Schwerpunktkliniken, die in der „Arbeitsgemeinschaft der Schwerpunktkliniken für die neurologische Frührehabilitation bei Kindern und Jugendlichen“ zusammengeschlossen sind sowie neuropädiatrische Abteilungen in Akutkrankenhäusern und Rehabilitationskliniken. Die Einrichtungen werden überwiegend von Pädiatern, seltener von Neurologen geleitet. Für die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen ist das Neurophasenmodell in der oben beschriebenen Form (s.a. Tab. 1) nicht anwendbar. Bei der BAR wurde in der Vergangenheit bereits ein für die Neuropädiatrie angepasster Entwurf erarbeitet,

der bisher allerdings nicht verabschiedet ist. Ebenso wie bei den Einrichtungen für Erwachsene finden sich auch bei der Frührehabilitation von Kindern und Jugendlichen „historisch gewachsen“ unterschiedliche Systeme in den Bundesländern. Dabei sind entsprechende Angebote sowohl in Rehabilitationskliniken wie auch in Krankenhäusern oder in gemischten Institutionen entstanden.

Aufgrund ihrer spezifischen Merkmale und weil die Einrichtungen für Kinder und Jugendliche nicht explizit erhoben wurden, sind sie in den folgenden Aufstellungen nicht aufgeführt.

### **Strukturanalyse 2001 / 2002**

Dass Abteilungen für neurologische Frührehabilitation im Idealfall in Akutkrankenhäusern mit neurologischen oder neurochirurgischen Abteilungen eingerichtet werden sollten [siehe auch 12], damit bei Komplikationen eine schnelle Rückverlegung erfolgen kann, betonte u.a. das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung in seinem Bericht zur Lage der Behinderten [26]. Als sinnvolle Alternative wird dort aber auch die Angliederung der neurologischen Frührehabilitation an bestehende neurologische Rehabilitationseinrichtungen und an neurologische Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation beschrieben. Eine solche Anbindung an rehabilitative Einrichtungen garantiert eine durchgängige rehabilitative Behandlung, die sich später ohne Verzögerung an die neurologische Frührehabilitation anschließen kann. Auch die Anbindung der neurologischen Frührehabilitation an psychiatrische Landeskrankenhäuser (z.B. Regensburg) oder an staatliche Spezialkliniken (z.B. Bayreuth) erwiesen sich als praktikable Modelle.

Bei dem Versuch, die in Deutschland vorhandenen Betten für die neurologische Frührehabilitation der Phase B zu ermitteln, stößt man auf vielfältige Schwierigkeiten. Beispielsweise lassen sich in manchen Bundesländern (z.B. Niedersachsen) die Phasen B und C nicht voneinander abgrenzen. Auch die Abgrenzung von Strukturen der neurologischen Frührehabilitation und sonstiger z.B. indikationsübergreifender Frührehabilitation (z.B. Hamburg) sind problematisch. In den Ländern, in denen die Phase B § 40 SGB V, also der Rehabilitation zugeordnet wird, unterliegt die Phase B nicht der Landeskrankenhausesplanung. Da für die Belegung dieser Betten bundes-

weite Statistiken fehlen, bleibt unklar, welche Krankenkassen wie viele Phase-B-Betten mit den Kliniken vereinbart haben und wie stark diese belegt sind.

Letztendlich werden sich mit der im folgenden beschriebenen Strukturanalyse die de facto mit neurologischer Frührehabilitation der Phase B belegten Betten nur annähernd eruieren lassen. Da eine Befragung der zuständigen Ministerien allein aus den oben genannten Gründen kein vollständiges Bild ergeben kann, wurde als zweite Informationsquelle die Datenbank des Kuratoriums ZNS hinzugezogen.

Im einzelnen wurden zur Erfassung der Betten, die in Akutkrankenhäusern und Rehabilitationskliniken für die neurologische Frührehabilitation Phase B in Deutschland genutzt werden, folgende Informationen verwendet:

- a) Mitteilungen der zuständigen Landesministerien oder –behörden über den Bestand an Kliniken und Betten der Phase B in dem jeweiligen Bundesland
- b) eine Aufstellung des Kuratoriums ZNS über den Bestand an Kliniken und Betten der Phase B in der Bundesrepublik Deutschland.

### ***Erhebung in den Sozialministerien der Bundesländer***

Die folgenden Auswertungen basieren auf Informationen, die überwiegend im zweiten Quartal 2002 in den zuständigen Ministerien der Bundesländer erhoben wurden.

#### **Informationsquellen im Einzelnen:**

- **Krankenhausplan** (Baden-Württemberg 2000, Nordrhein-Westfalen 2001, Saarland 2002, Thüringen 2002)
- **Länderumfrage des Sozialministeriums Thüringen** Stand: 02/2002 (Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt)
- **schriftliche Auskunft des zuständigen Ministeriums** (Bayern, Berlin, Brandenburg, Bremen, Hessen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Schleswig-Holstein)
- **telefonische Auskunft des zuständigen Ministeriums** (Hamburg)

### Einschränkungen:

- In den 30 Betten des Unfallkrankenhauses **Berlin** werden Patienten der Phase A und der Phase B versorgt. Es besteht auf Seiten des Senats keine Kenntnis darüber, wie viele dieser Betten für die Phase B genutzt werden.
- In **Brandenburg** finden derzeit Modellversuche an drei Kliniken statt, eine baldige Übernahme in die Regelversorgung ist nach Auskunft des Ministeriums wahrscheinlich. Diese Einrichtungen sind in der folgenden Aufstellung (Tab. 6) nicht enthalten.
- Die Angaben aus **Hessen** stammen aus dem Jahr 1996. Veranlasst durch die gesetzlichen Änderungen in Zusammenhang mit der Änderung des § 39 SGB V im Juli 2001 [4] wird dort derzeit eine aktuelle Bestandsanalyse der Phase B durchgeführt, deren Ergebnisse noch nicht zur Verfügung stehen.
- Im Krankenhausplan des Landes **Nordrhein-Westfalen** sind nur die in Akuthäusern angesiedelten Phase-B-Betten enthalten. Von Seiten des Ministeriums wird angenommen, dass darüber hinaus noch weitere Phase-B-Betten in Rehabilitationskliniken vorgehalten werden.
- Bei den Kliniken in **Niedersachsen** konnte nur die Gesamtanzahl für Phase B und Phase C zusammen angegeben werden, so dass hier die Summe der Phase-B-Betten zu hoch angesetzt ist.

Die Angaben der Ministerien (Ausnahme Hessen s.o.) können somit ebenso wie die im folgenden verwendeten Daten über Art und Größe der Krankenhäuser weitestgehend als aktuell betrachtet werden. Letztere wurden für die überwiegende Mehrzahl der Kliniken (95%) dem Krankenhausadressbuch 2001 [27] entnommen. Nur vereinzelt wurde auf ältere Informationsquellen zurückgegriffen [28, 29]. Diese Informationen entsprechen möglicherweise nicht mehr den aktuellen Gegebenheiten.

Nach Auskunft der Ministerien gibt es in der Bundesrepublik Deutschland derzeit insgesamt 75 Einrichtungen mit 2.080 Betten der neurologischen Frührehabilitation Phase B für Erwachsene (Tab. 6). In zahlreichen Bundesländern finden sich Phase-B-Betten in allgemeinen Krankenhäusern ebenso wie in neurologischen Fachkrankenhäusern und in Rehabilitationskliniken. In Hamburg und Bremen dagegen werden Phase-B-Patienten ausschließlich in allgemeinen Krankenhäusern, in Sachsen und Thüringen ausschließlich in Rehabilitationskliniken versorgt. Insgesamt stehen knapp

zwei Drittel aller Phase-B-Betten in Akutkrankenhäusern. Mit 23% sind die allgemeinen Krankenhäuser hierbei in deutlich geringerem Maße vertreten als die neurologischen Fachkrankenhäuser (41%). In großen Akutkrankenhäusern (allgemeine Krankenhäuser ( $\geq 400$  Betten /  $\geq 800$  Betten) stehen 355 / 104 (17% / 5%) der von den Ministerien angegebenen Phase-B-Betten. Im Vergleich der Bundesländer verfügt Bayern über den weitaus größten Anteil an Phase-B-Betten. Etwa jedes dritte Bett für die neurologische Frührehabilitation der Phase B steht in einem Krankenhaus oder in einer Rehabilitationsklinik in Bayern.

<b>Neurologische Frührehabilitation - Phase B</b>											
Anzahl Einrichtungen und Betten - bundesweit											
	Phase-B in allgemeinen KH			Phase-B in Fachkliniken <sup>1</sup>			Phase-B in Reha-Kliniken			Phase-B Gesamt	
	Einrichtungen	Betten	Betten anteile	Einrichtungen	Betten	Betten anteile	Einrichtungen	Betten	Betten anteile	Einrichtungen	Betten
Baden-Württemberg	2	36	19,8%	5	81	44,5%	3	65	35,7%	10	182
Bayern	3	111	15,5%	9	422	59,0%	5	182	25,5%	17	715
Berlin <sup>4</sup>	1	30	37,5%	1	20	25,0%	1	30	37,5%	3	80
Brandenburg <sup>5</sup>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bremen	1	14	100,0%	-	-	-	-	-	-	1	14
Hamburg	2	39	100%	-	-	-	-	-	-	2	39
Hessen <sup>6</sup>	3	41	17,4%	4	105	44,5%	2	90	38,1%	9	236
Mecklenburg-Vorpommern	1	22	32,4%	-	-	-	1	46	67,6%	2	68
Niedersachsen <sup>7</sup>	3	108	37,0%	4	134	45,9%	2	50	17,1%	9	292
Nordrhein-Westfalen <sup>8</sup>	2	28	43,8%	2	36	56,3%	-	-	-	4	64
Rheinland-Pfalz	3	18	24,3%	1	36	48,6%	1	20	27,0%	5	74
Saarland	-	-	-	1	20	100,0%	-	-	-	1	20
Sachsen	-	-	-	-	-	-	3	70	100,0%	3	70
Sachsen-Anhalt	1	40	50,0%	-	-	-	1	40	50,0%	2	80
Schleswig-Holstein	-	-	-	1	4	9,1%	2	40	90,9%	3	44
Thüringen	-	-	-	-	-	-	4	102	100,0%	4	102
<b>Deutschland insgesamt</b>	<b>22</b>	<b>487</b>	<b>23,4%</b>	<b>28</b>	<b>858</b>	<b>41,3%</b>	<b>25</b>	<b>735</b>	<b>35,3%</b>	<b>75</b>	<b>2080</b>

<sup>1</sup> Neurologische Kliniken, Fachkliniken für Psychiatrie (und Neurologie) u.a.

<sup>2</sup> die 30 Betten im Allg. KH beinhalten Phase A + B

Quelle: Sozialministerien der Länder 2002; eigene Berechnungen

<sup>3</sup> derzeit Modellversuche an 3 Kliniken

<sup>4</sup> Stand Juni 1996; das Hessische Sozialministerium führt derzeit eine Bestandsermittlung durch; das Ministerium geht von einem Bedarf > 248

<sup>5</sup> bei den hier angegebenen Kapazitäten handelt es sich um Phase B und Phase C

<sup>6</sup> dem Ministerium sind nur die im KH-Plan aufgeführten Kapazitäten bekannt, vermutlich gibt es noch sehr viel mehr Phase-B-Betten in

**Tab. 6: Neuro-Phase-B Ministerien – Anzahl Einrichtungen und Betten nach Art der Klinik und nach Bundesländern**

### **Bestandsaufnahme Phase-B des Kuratoriums ZNS**

Der Verein KURATORIUM ZNS für Unfallverletzte mit Schäden des zentralen Nervensystems e.V., tritt in der Öffentlichkeit für die Belange der Unfallverletzten mit Schäden des zentralen Nervensystems (ZNS), ihre Rehabilitation und Re-Integration sowie für Unfallverhütung und Prävention ein. Eine der Hilfen, die das Kuratorium betroffenen Patienten und Angehörigen anbietet, ist eine zentrale Auskunfts- und



Vermittlungsstelle für Rehabilitationsplätze. In unregelmäßigen Zeitabständen wendet sich der Verein direkt an die in Frage kommenden Kliniken, um dort den aktuellen Stand der Versorgungsstrukturen in der neurologischen (Früh-) Rehabilitation zu ermitteln und die Adressenbestände zu aktualisieren. Die Liste der Phase-B-Einrichtungen aus diesem Datenbestand wurde für die folgende Analyse verwendet.

### **Einschränkungen:**

Nicht alle Angaben aus der Liste der Phase-B-Einrichtungen des Kuratoriums ZNS können als aktuell betrachtet werden.

- ca. ein Drittel der Angaben wurde 1997 (19%) und früher (14%) zuletzt aktualisiert, das älteste Datum ist Sept. 1989
- ca. ein Drittel aus 1998/1999
- ca. ein Drittel aus 2000/2001

Nach Auskunft des Kuratoriums ZNS gibt es in der Bundesrepublik Deutschland derzeit insgesamt 108 Einrichtungen mit 2.442 Betten der neurologischen Frührehabilitation Phase B für Erwachsene (Tab. 7). Auffallend ist der hohe Anteil an Rehabilitationskliniken (52%). Auch diese Aufstellung zeigt für zahlreiche Bundesländer Phase-B-Betten in allgemeinen Krankenhäusern ebenso wie in neurologischen Fachkrankenhäusern und in Rehabilitationskliniken. In Hamburg und Bremen werden Phase-B-Patienten ausschließlich in allgemeinen Krankenhäusern, in Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen ausschließlich in Rehabilitationskliniken versorgt.

Insgesamt stehen in dieser Aufstellung nur knapp die Hälfte aller Phase-B-Betten in Akutkrankenhäusern. Mit 16% sind die allgemeinen Krankenhäuser auch hier in deutlich geringerem Maße vertreten als die neurologischen Fachkrankenhäuser (32%). In großen Akutkrankenhäusern (allgemeine Krankenhäuser  $\geq 400$  Betten /  $\geq 800$  Betten) finden sich 240 / 82 (10% / 3%) der vom Kuratorium ZNS angegebenen Phase-B-Betten. Im Vergleich der Bundesländer verfügt Bayern auch hier über den weitaus größten Anteil an Phase-B-Betten. Etwa jedes vierte Bett für die neurologische Frührehabilitation der Phase B steht in einem Krankenhaus oder in einer Rehabilitationsklinik in Bayern.

<b>Neurologische Frührehabilitation - Phase B</b>											
Anzahl Einrichtungen und Betten - bundesweit											
	Phase-B in allgemeinen KH			Phase-B in Fachkliniken <sup>1</sup>			Phase-B in Reha-Kliniken			Phase-B Gesamt	
	Einrich- tungen	Betten	Betten anteilia	Einrich- tungen	Betten	Betten anteilia	Einrich- tungen	Betten	Betten anteilia	Einrich- tungen	Betten
Baden-Württemberg	4	43	19,7%	5	109	50,0%	4	66	30,3%	13	218
Bayern	3	72	12,5%	9	352	61,3%	5	150	26,1%	17	574
Berlin	4	45	63,4%	1	15	21,1%	2	11	15,5%	7	71
Brandenburg	-	-	-	-	-	-	3	73	-	3	73
Bremen	2	16	100,0%	-	-	-	-	-	-	2	16
Hamburg	3	41	100%	-	-	-	-	-	-	3	41
Hessen	3	52	25,2%	4	54	26,2%	3	100	48,5%	10	206
Mecklenburg-Vorpommern	1	20	11,8%	-	-	-	3	149	88,2%	4	169
Niedersachsen	2	30	13,5%	4	152	68,5%	2	40	18,0%	8	222
Nordrhein-Westfalen	3	32	11,2%	2	13	4,6%	13	240	-	18	285
Rheinland-Pfalz	1	35	16,2%	4	61	28,2%	4	120	55,6%	9	216
Saarland	-	-	-	1	12	50,0%	1	12	-	2	24
Sachsen	-	-	-	-	-	-	4	184	100,0%	4	184
Sachsen-Anhalt	-	-	-	-	-	-	2	34	100,0%	2	34
Schleswig-Holstein	-	-	-	1	8	18,2%	2	36	81,8%	3	44
Thüringen	-	-	-	-	-	-	3	65	100,0%	3	65
<b>Deutschland insgesamt</b>	<b>26</b>	<b>386</b>	<b>15,8%</b>	<b>31</b>	<b>776</b>	<b>31,8%</b>	<b>51</b>	<b>1280</b>	<b>52,4%</b>	<b>108</b>	<b>2442</b>

<sup>1</sup> Neurologische Kliniken, Fachkliniken für Psychiatrie (und Neurologie) u.a.

Quelle: Kuratorium ZNS 2001; eigene Berechnungen

**Tab. 7: Neuro-Phase-B Kuratorium ZNS – Anzahl Einrichtungen und Betten nach Art der Klinik und nach Bundesländern**

### **Vergleich Ministerien – Kuratorium ZNS**

Insgesamt besteht Übereinstimmung bei 65 Phase-B-Einrichtungen, die in beiden Aufstellungen enthalten sind. Die Summe der Phase-B-Betten in diesen 65 Einrichtungen beträgt beim Kuratorium ZNS 1.644, bei den Ministerien 1.892, die durchschnittliche Anzahl Betten pro Einrichtung liegt bei 25 respektive 29. Dies kann auf einen höheren Aktualitätsgrad der Zahlen aus den Ministerien zurückzuführen sein, denn der Bettenbestand in der Phase B in Deutschland wurde auch in der jüngsten Vergangenheit weiter aufgestockt. Allerdings muss hierbei nochmals daran erinnert werden, dass die Aufstellung der Ministerien bei einigen Kliniken auch Phase A und Phase C Betten enthält, die die Gesamtanzahl erhöhen.

Für die meisten Bundesländer sind alle von den Ministerien angegebenen Einrichtungen auch in der Liste des Kuratoriums ZNS enthalten. Insgesamt sind 87% aller von den Ministerien genannten Phase-B-Einrichtungen auch in der Aufstellung des Kuratoriums ZNS enthalten. Darüber hinaus berichten sechs Ministerien weitere 10

Einrichtungen mit 188 Phase-B-Betten, die in der Liste des Kuratoriums ZNS (noch) nicht enthalten sind. Möglicherweise handelt es sich hierbei um Einrichtungen, die erst seit relativ kurzer Zeit über Phase-B-Betten verfügen.

Die Liste des Kuratoriums ZNS enthält über den gemeinsamen Bestand hinaus 43 Phase-B-Einrichtungen mit 798 Phase-B-Betten in 13 Bundesländern, die von Seiten der Ministerien nicht erwähnt wurden. Hierbei handelt es sich in zwei Drittel der Fälle um Einrichtungen in Rehabilitationskliniken.

Interessante Aspekte zeigt eine separate Betrachtung der Unterschiede bei den verschiedenen Arten von Krankenhäusern. Mit 27 Kliniken (von 28 bei den Ministerien und 31 beim Kuratorium ZNS) besteht die größte Übereinstimmung eindeutig bei den Fachkrankenhäusern für Neurologie bzw. Neurologie und Psychiatrie. Diskrepanzen treten hier lediglich in zwei Bundesländern auf. Die Anzahl der Phase-B-Betten in den neurologischen Fachkrankenhäusern, die in beiden Aufstellungen enthalten sind, beträgt bei den Ministerien 848 und beim Kuratorium ZNS 716 Betten. Deutlich schwächer fällt die Übereinstimmung bei den allgemeinen Krankenhäusern aus. Hier sind nur 16 von 22 Krankenhäusern bei den Ministerien bzw. 16 von 26 beim Kuratorium ZNS in beiden Listen aufgeführt. Die Anzahl der Phase-B-Betten in den übereinstimmenden Krankenhäusern ist mit 383 versus 267 auch hier wieder größer bei den Ministerien.

Erwartungsgemäß am schwächsten zeigt sich zumindest beim Kuratorium ZNS mit insgesamt 22 Kliniken die Kongruenz bei den Rehabilitationskliniken. Während 88% der von den Ministerien genannten Rehabilitationskliniken auch in der Liste des Kuratoriums ZNS enthalten sind, erscheinen nur 43% der vom Kuratorium ZNS genannten Rehabilitationskliniken auch in der Aufstellung der Ministerien.

### ***Bedarfsschätzungen***

Das Kuratorium ZNS gibt 1991 [25] den Bedarf an Plätzen für die neurologische Frührehabilitation mit mindestens 100 Fällen pro 1 Million Einwohnern (einschl. Kindern) und Jahr an.

Bei einer angenommenen mittleren Verweildauer in der neurologischen Frührehabilitation Phase B von drei Monaten können sich etwa vier Patienten pro Jahr ein Bett teilen, eine 100%ige Auslastung vorausgesetzt. Benötigt würden dann 25 Betten pro 1 Mio. Einwohner bzw. 2,5 Betten pro 100.000 Einwohner. Für die gesamte BRD wären das  $25 \times 82$  (Mio.) = 2.050 Betten. Diese Zahl ist heute bereits überschritten. Auch Mayer [12] berechnet unter der Annahme einer durchschnittlichen Behandlungsdauer je Frührehabilitationsmaßnahme von drei Monaten einen Mindestbedarf von 2.000 Betten für die BRD.

In einer retrospektiven Studie, veranlasst vom Senator für Gesundheit, Jugend und Soziales des Landes Bremen und durchgeführt von der Neurologischen Klinik des Zentralkrankenhauses Bremen-Ost, sollte Mitte der 90er Jahre der spezifische regionale Bedarf an Plätzen für die neurologische Frührehabilitation unmittelbar durch die Auswertung von 973 Kasuistiken ermittelt werden. Kosubek et al. [30] berechnen dabei für Bremen einen Bedarf von 80 neurologischen Frührehabilitations-Behandlungen pro Jahr, dies entspricht 114 Fällen pro 1 Mio. Einwohnern und liegt damit etwas höher als die Schätzungen des Kuratorium ZNS (nach Berechnungsmodus des Kuratorium ZNS würden sich für die 700.000 Einwohner Bremens 70 Behandlungen ergeben). Geht man wiederum von einer mittleren Behandlungsdauer von drei Monaten und einer Auslastung von 100% aus, so ergibt sich aufgrund dieser Annahmen für die gesamte BRD ein Bedarf von etwa 2.340 Neuro-Phase-B-Betten, was annähernd dem heutigen Bestand entspricht.

Problematisch bei all diesen Berechnungen ist allerdings die angenommene Verweildauer, die extrem stark variieren kann und über deren mittlere Dauer keine Einigkeit besteht (Tab. 4). Bei den obenstehenden Berechnungen beispielsweise würde jede Woche Verlängerung der Verweildauer den Bedarf um etwa 650 bis 780 Betten erhöhen.

## **Qualitätssicherung**

Für Details bezüglich der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität im Bereich neurologischer Rehabilitation sei auf die Qualitätsrichtlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologische Rehabilitation (DGNR) [31] sowie speziell für die Frühreha-

bilitation auf das Konzept der Bundesarbeitsgemeinschaft medizinisch-beruflicher Rehabilitationszentren (mbReha) [13, 32] verwiesen.

Betont wird in beiden Papieren vor allem die Bedeutung der Prozessqualität als besonders wesentliches Element der Funktionsfähigkeit einer (Früh-) Rehabilitationsabteilung. Die Prozessqualität beinhaltet alle Maßnahmen, die im Laufe der Behandlung eines Patienten ergriffen wurden. Ihr Gegenstand ist die Analyse einzelner Aufgaben der Leistungserbringung. „Der Ablauf der neurologischen Rehabilitation muss geplant, klar strukturiert, überprüfbar und dem Zustand des einzelnen Patienten angepasst sein. Die Therapien werden in ausreichender Menge und Qualität nach ärztlicher Verordnung durchgeführt.“ fordert die DGNR.

Die Überprüfung von Ergebnisqualität setzt zunächst eine ausreichende Dokumentation der Behandlungsergebnisse voraus, so dass für jeden Patienten eine Evaluation der neurologischen (Früh-)Rehabilitation möglich ist.

Basierend auf ihren Qualitätsrichtlinien erstellt die Deutsche Gesellschaft für Neurologische Rehabilitation (DGNR) Gutachten für neurologische Rehabilitationseinrichtungen. Für den Fall der Übereinstimmung mit den DGNR-Qualitätsrichtlinien erteilt die Gesellschaft das Zertifikat: »DGNR-geprüfte, qualifizierte, neurologische Rehabilitation«. Vorbehaltlich der zukünftigen Einführung präziser Richtlinien fordert die DGNR derzeit keine standardisierte Prüfung der Ergebnisqualität neurologischer Rehabilitationseinrichtungen [31].

## **Diskussion**

Die Strukturen der neurologischen Frührehabilitation Phase B in Deutschland lassen sich derzeit nur schwer beurteilen. Die für die vorliegende Analyse zur Verfügung stehenden Daten sind wegen der genannten Einschränkungen nur mit Vorsicht zu interpretieren. So dürften die bei den Landesministerien erhobenen Daten aktueller, allerdings zumindest für die Länder, in denen die Phase B der Rehabilitation zugeordnet wird, unvollständig sein, da die Sozialministerien keinen Überblick über die Verträge der Krankenkassen mit den Rehabilitationskliniken haben. Dass in den Bettenzahlen des Kuratoriums ZNS zum Teil aktuellere Entwicklungen noch nicht eruiert wurden, zeigt sich beispielsweise bei den Unterschieden in der Bettenzahl bei

denjenigen Einrichtungen, die übereinstimmend in beiden Aufstellungen enthalten sind.

Die insgesamt tatsächlich mit neurologischer Frührehabilitation Phase B belegten Betten wird man folglich auf Grundlage der vorhandenen Daten nicht exakt feststellen können. Für einige Teilbereiche lassen sich aber dennoch hinreichend valide Aussagen treffen.

Wegen der großen Übereinstimmung der beiden Adressbestände im Bereich der Fachkliniken für Neurologie (und Psychiatrie) ist hier anzunehmen, dass die erhobenen Zahlen den tatsächlichen Bestand an Phase-B-Einrichtungen und –Betten wiedergeben.

Die neurologische Frührehabilitation der Phase B findet nur zu einem relativ geringen Teil in allgemeinen Krankenhäusern statt. Der Anteil an Phase-B-Betten in großen allgemeinen Krankenhäusern ( $\geq 400$  Betten) liegt bei etwa 10-17% des Gesamtbestandes, der Anteil an Phase-B-Betten in Schwerpunktkrankenhäusern mit 800 und mehr Betten liegt bei nur 3-5%. Einen deutlich größeren Teil der Versorgung leisten die Rehabilitationskliniken und die neurologischen Fachkrankenhäuser. Das vorhandene Datenmaterial gibt wegen der genannten Einschränkungen allerdings keinen Aufschluss darüber, ob die Rehabilitationskliniken, wie in der Aufstellung des Kuratoriums ZNS, oder die neurologischen Fachkrankenhäuser, wie nach den Angaben der Ministerien, den größeren Anteil an der Versorgung haben.

Es ist weiter unstrittig, dass ein sehr großer Anteil an Phase-B-Betten (ca. 25-30%) in Bayern zu finden ist.

Über die Leistungsfähigkeit und Qualität der einzelnen Einrichtungen der neurologischen Frührehabilitation Phase B kann hier keine Aussage getroffen werden. Ebenso wenig lässt sich die Frage beantworten, ob die vorhandenen Strukturen der Phase B zur Bedarfsdeckung ausreichen. Vorhandene Bedarfs-schätzungen [12, 25, 30] sind aufgrund der extrem unterschiedlichen Verweildauern in der neurologischen Frührehabilitation nur eingeschränkt zu gebrauchen. Bundesweite Statistiken zur Belegung der Phase B existieren nicht. Aufgrund der Tatsache, dass in Bayern, dem Bundesland mit der höchsten Bettendichte im Bereich der Phase B, die vorhandenen Strukturen ausgelastet sind, darf davon ausgegangen werden, dass dies auch im übrigen Bundesgebiet der Fall ist. Es ist

weiter anzunehmen, dass wegen der regional sehr viel geringeren Bettendichte in bestimmten Gebieten noch Engpässe bestehen. Die demografische Entwicklung und die weitere Verbesserung der medizinischen Behandlungsmöglichkeiten lassen allerdings auch für die Zukunft einen weiter steigenden Bedarf erwarten. Auch das neue DRG-basierte Vergütungssystem für die Krankenhäuser in Deutschland, das eine drastische Verkürzung der Krankenhausverweildauern bewirken soll, könnte deshalb künftig zu einer starken Zunahme des Bedarfs an Phase-B-Strukturen führen.

Für die Dauer der Verweilzeiten in der neurologischen Frührehabilitation der Phase B sind zukünftig verschiedene Entwicklungen denkbar. Sie wird zum einen stark abhängig sein von dem künftigen Patientengut in der Phase B. Aufgrund weiterer Fortschritte der Intensivmedizin und auch wegen der Konkurrenzsituation mit Einrichtungen, die etwas leichter Erkrankte übernehmen könnten, könnten die in die Phase B verlegten Patienten in Zukunft noch schwerer krank sein als heute. Dies würde eine Verlängerung der Verweildauern in der Phase B bewirken. Andererseits könnten neuere Entwicklungen wie beispielsweise neuropharmakologische Therapien helfen, die Übungstherapien in der neurologischen Frührehabilitation effektiver zu gestalten, so dass daraus gegebenenfalls eine Reduzierung der Verweildauern resultieren würde.

Das derzeit drängendste Problem im Bereich der neurologischen wie auch jeder anderen indikationsspezifischen oder –übergreifenden Frührehabilitation bleibt die Frage der künftigen Finanzierung. Das Überleben der Phase B wird stark davon abhängen, wie die DRGs letztendlich gestaltet werden respektive ob Langzeitbehandlungen mit unbestimmter Dauer wie die Frührehabilitation der Phase B aus dem DRG-System ausgenommen werden. Da das DRG-Fallpauschalen-System eine bundeseinheitliche Regelung vorsieht, ist für den Fall, dass die neurologische Frührehabilitation (Phase B) nicht vom DRG-System ausgenommen wird, dringend eine einheitliche Regelung für die Phase-B-Betten im Hinblick auf die Zuordnung zum Akut- (§ 108/109 SGB V) bzw. Rehabilitationsbereich (§ 111 SGB V) notwendig.

## Literatur

<sup>1</sup> Stucki G, Stier-Jarmer M, Berleth B, Gadomski M.

Indikationsübergreifende Frührehabilitation. Phys Rehab Kur Med 2002; 12: 146-156

<sup>2</sup> Stier-Jarmer M, Pientka L, Stucki G.

Frührehabilitation in der Geriatrie. Phys Rehab Kur Med 2002; 12: 190-202

<sup>3</sup> Stucki G, Stier-Jarmer M, Gadomski M, Berleth B, Smolenski U.

Konzept zur indikationsübergreifenden Frührehabilitation im Akutkrankenhaus. Phys Rehab Kur Med 2002; 12: 134-145

<sup>4</sup> Stier-Jarmer M, Stucki G.

Frührehabilitation im Akutkrankenhaus – Gesetzliche Grundlagen. Phys Rehab Kur Med 2002; 12: 129-133

<sup>5</sup> Brach M, Piek S, Stucki G.

Finanzierung der Frührehabilitation. Phys Rehab Kur Med 2002; 12: 317-324

<sup>6</sup> Tönnis W, Seiler J.

Erfahrungen in der Versorgung und Nachbehandlung von Schädel-Hirn-Verletzungen des zweiten Weltkrieges. In: Goetz und Rauschelbach: Arbeit und Gesundheit, Neue Folge Heft 93. Stuttgart: Thieme, 1980

<sup>7</sup> Frowein RA, Dietz H, Rosenow DE, Vitzthum HE.

Neurochirurgie in Deutschland von 1932 bis 1945. In: Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie: Neurochirurgie in Deutschland. Berlin/Wien: Blackwell Wissenschafts-Verlag, 2001: 79-95

<sup>8</sup> von Wild K.

Neurochirurgie und Neurorehabilitation – ein Beitrag zur Geschichte der neurochirurgischen Rehabilitation. In: Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie: Neurochirurgie in Deutschland. Berlin/Wien: Blackwell Wissenschafts-Verlag, 2001: 424-428



<sup>9</sup> Zieger A.

Frührehabilitation von Schwerst-Schädel-Hirn-Verletzten – Ärztliche Aspekte. Journal für Anästhesie und Intensivbehandlung 1998; 5/1: 220-223

<sup>10</sup> Schönle PW, Ritter K, Diesener P, Ebert J, Hagel KH, Hauf D, Herb E, Hülser PJ, Lipinski C, Manzl G, Maurer P, Schmalohr D, Schneck M, Schumm F.

Frührehabilitation in Baden-Württemberg – Eine Untersuchung aller Frührehabilitationseinrichtungen Baden-Württembergs. Rehabilitation 2001; 40: 123-130.

<sup>11</sup> Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit. Behandlung von Schädel-Hirn-Verletzten. München: 2000

<sup>12</sup> Mayer K.

Hirnverletzung und Hirnerkrankung – Notwendigkeit und Bedeutung der Frührehabilitation. Versicherungsmedizin 1993; 45/4: 135-137

<sup>13</sup> Bundesarbeitsgemeinschaft medizinisch-beruflicher Rehabilitations-Zentren.

Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft Neurologische-Neurochirurgische Frührehabilitation, Heft 8, 2. Auflage. Bonn: 1994

<sup>14</sup> von Wedel-Parlow FK, Kutzner M. Neurologische Frührehabilitation.

In: Frommelt P, Grötzbach H (Hrsg.): NeuroRehabilitation. Berlin/Wien: Blackwell Wissenschaftsverlag, 1999: 65-89

<sup>15</sup> Schupp W. Rehabilitation bei neurologischen Krankheitsbildern.

In: Delbrück H, Haupt E (Hrsg.): Rehabilitationsmedizin. München/Wien/Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 1996: 443-504

<sup>16</sup> Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation BAR.

Arbeitshilfe für die Rehabilitation von Schlaganfallpatienten. Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Heft 4. Frankfurt/Main: 1998

<sup>17</sup> Collin C, Wade DT, Davis S, Horne V.

The Barthel ADL index: a reliability study. *International Disability Studies* 1988; 10: 61-63

<sup>18</sup> Wade DT, Collin C.

The Barthel ADL index: a standard measure of physical disability?. *International Disability Studies* 1988; 10: 64-67

<sup>19</sup> de Langen EG, Frommelt P, Wiedmann KD, Amann J.

II. Messung der funktionalen Selbständigkeit in der Rehabilitation mit dem Funktionalen Selbständigkeitsindex (FIM). *Rehabilitation* 1995; 34: IV-XI

<sup>20</sup> Schlaegel W, Heck G, Feller G, Mertin J.

Die FIM-Skala: Ein geeignetes Instrument zur Therapieevaluation in der neurologischen Frührehabilitation. *Präv Rehab* 1993; 5/1: 35-44

<sup>21</sup> Schönle PW. Rehabilitation bei Patienten mit Schädelhirntraumen.

*Nervenheilkunde* 1996; 15: 220-224

<sup>22</sup> Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften HVBG.

Zur Rehabilitation Schwer-Schädel-Hirn-Verletzter. Sankt Augustin: HVBG, 2001

<sup>23</sup> Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation BAR.

Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C. Frankfurt/Main: BAR 1999

<sup>24</sup> Gobiet W. Neurologisch-neurotraumatologische Frührehabilitation.

*Nervenheilkunde* 1995; 14: 302-311

<sup>25</sup> Kuratorium ZNS.

Hirnverletzung und Hirnerkrankung – Notwendigkeit und Bedeutung der Frührehabilitation. Bonn: Kuratorium ZNS, 1991, Nachdruck 2001

<sup>26</sup> Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.).

Die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation. Vierter Bericht der Bundesregierung. Bonn: 1998

<sup>27</sup> Deutsches Krankenhausadressbuch 2001. Freiburg: Rombach, 2001

<sup>28</sup> Deutsches Krankenhausadressbuch 1999. Freiburg: Rombach, 1999

<sup>29</sup> Statistisches Bundesamt. Verzeichnis der Krankenhäuser und der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland. Stuttgart: Metzler-Poeschel, 1995

<sup>30</sup> Kosubek C, Feldmann M, Schwendemann G.

Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation – Zur Epidemiologie des Bedarfs an Frührehabilitationsplätzen erwachsener Patienten am Beispiel des Bundeslandes Bremen. Rehabilitation 1996; 35: 29-32

<sup>31</sup> Deutsche Gesellschaft für Neurologische Rehabilitation (DGNR).

Qualitätsrichtlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologische Rehabilitation zur Erlangung des Zertifikates »DGNR-geprüfte, qualifizierte, neurologische Rehabilitation«. Internet <http://www.dgnr.de/office/work2.htm> 2002

<sup>32</sup> Bundesarbeitsgemeinschaft medizinisch-beruflicher Rehabilitations-Zentren.

Qualitätssicherung innerhalb neurologisch/neurochirurgischer Frührehabilitation. Heft 10 1998



## **Teil 2**

### **Konzept indikationsübergreifende Frührehabilitation**



## **6. Konzept zur indikationsübergreifenden Frührehabilitation im Akutkrankenhaus**

Concept for General Early Rehabilitation in Acute Hospitals

G. Stucki, M. Stier-Jarmer, M. Gadomski, B. Berleth, U. Smolenski

in Abstimmung mit

der Deutschen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation DGPMR  
(Präsident: Prof. Dr. med. Ch. Gutenbrunner)

dem Berufsverband der in Rehabilitation, Physikalischer Medizin und Prävention  
tätigen Ärzte e.V. (Vorsitzender: Dr. med. M. Gadomski)

*Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin 2002; 12: 134-145*

## Zusammenfassung

Frührehabilitation bedeutet die gleichzeitige akutmedizinisch-kurative und rehabilitative Behandlung von Patienten mit einer akuten Gesundheitsstörung und relevanter Beeinträchtigung der Körperfunktionen und Strukturen, Aktivitäten und Partizipation gemäß der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health). Sie betrifft insbesondere Patienten mit schweren akuten Gesundheitsstörungen (Erkrankungen/Unfällen), Komplikationen und Multimorbidität, langdauernder intensivmedizinischer Versorgung, vorbestehenden chronischen Krankheiten sowie vorbestehenden Behinderungen oder altersbedingten Veränderungen. Mit Inkrafttreten des Sozialgesetzbuchs IX in Verbindung mit der Ergänzung des § 39 Abs.1 SGB V am 1. Juli 2001 wurde die gesetzliche Grundlage für die Frührehabilitation im Akutkrankenhaus geschaffen. Um die vom Gesetzgeber geforderte Frührehabilitation im Akutkrankenhaus flächendeckend zu etablieren ist 1) die Einrichtung zentraler Institute für Physikalische und Rehabilitative Medizin, geleitet von einem Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin an Akutkrankenhäusern unter Einbezug der teilweise bereits vorhandenen medizinisch-therapeutischen Strukturen und 2) die Einrichtung weiterer bettenführender Abteilungen für indikationsübergreifende Frührehabilitation in großen Akutkrankenhäusern oder im Verbund kleinerer Akutkrankenhäuser notwendig. In diesem Artikel werden auch Kriterien zur **ergänzenden Rehabilitation** mit mobilen Reha-Teams auf den Fachstationen, sowie zur **umfassenden Rehabilitation** auf einer bettenführenden Abteilung zur indikationsübergreifenden Rehabilitation vorgelegt. Sie orientieren sich in erster Linie am gleichzeitig bestehenden rehabilitativen und akutmedizinischen Versorgungsbedarf. Notwendig ist nun die Erarbeitung einer breit abgestützten strukturellen Rahmenempfehlung auf der Basis von empirischen Studien zum Bettenbedarf für die indikationsübergreifende Frührehabilitation und die spezialisierten Einrichtungen insbesondere im Bereiche der Geriatrie und der neurologischen Rehabilitation. Anzustreben ist auch eine konzeptionelle Abstimmung und Entwicklung von gemeinsamen und differentiellen Kriterien zur umfassenden indikationsübergreifenden Frührehabilitation und verschiedenen umfassenden indikationsspezifischen frührehabilitativen Konzepten, insbesondere der Geriatrie und der neurologischen Frührehabilitation.



## Abstract

Early rehabilitation means the provision of simultaneous medical care along with the rehabilitation of patients with acute health disorders and a relevant impairment of body functions and structures, activities and participation as described by the ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health). It is particularly concerned with patients with severe acute health disorders (illnesses, accidents), complications and multimorbidity, patients after long term intensive care, and patients with previously existing chronic diseases as well as those with problems associated with aging. With the *Sozialgesetzbuch IX* (SGB IX) coming into effect together with the amendment of § 39 section 1 of SGB V of 1 July 2001, the legal basis for early rehabilitation in hospitals for acute diseases was established. To offer an adequate early rehabilitation in acute hospitals as required by the legislation, it is necessary to 1) establish central institutes for physical and rehabilitative medicine directed by a specialist for physical rehabilitative medicine in acute hospitals, in part integrating the structures of remedial therapy that already exist *and* 2) establish further inpatient departments for general early rehabilitation in large acute hospitals or as a cooperative project of a number of smaller acute hospitals. This article discusses the criteria for **complementary rehabilitation** with mobile reha-teams in the specialized departments as well as for **comprehensive rehabilitation** in inpatient departments for general early rehabilitation. The criteria are primarily based on both rehabilitative and acute-medical needs. It is now necessary to develop a wide based structural framework on the basis of empirical studies of the demand for general early rehabilitation beds and specialised institutions in the disciplines of geriatrics and neurological rehabilitation. A conceptual agreement and the development of common and different criteria for comprehensive general early rehabilitation and other comprehensive indication specific early rehabilitative concepts, in particular those of geriatric and neurological early rehabilitation are desirable.

## Einleitung

Das deutsche Gesundheitssystem befindet sich im Wandel. Neben der Erhöhung der Qualität medizinischer Versorgung besteht das Hauptziel vieler Vorstöße schlussendlich darin, Kosten zu sparen. So sollen beispielsweise durch die Einführung der DRGs im Rahmen des Fallpauschalengesetzes Kosten für die akutstationären Aufenthalte im Akutkrankenhaus eingespart werden. Von der Öffentlichkeit bisher noch weitgehend unbemerkt und bedroht durch die anstehenden Maßnahmen zur Kostensenkung vollzieht sich im deutschen Gesundheitswesen mit der Integration der Frührehabilitation ins Akutkrankenhaus ein weiterer wichtiger Strukturwandel.

Die in **Tabelle 1** aufgeführten Zitate aus den vergangenen zehn Jahren zeigen klar auf, dass die Frührehabilitation heute von allen Seiten gewollt wird. Es bestehen keine Zweifel daran, dass Rehabilitation frühzeitig, umfassend und als einheitlicher nicht strikt von der Kuration getrennter Vorgang stattfinden muss, damit das Rehabilitationspotential der Patienten optimal genutzt werden kann. Zudem soll die Frührehabilitation künftig für alle und nicht nur für ausgewählte Personengruppen mit speziellen Versorgungsstrukturen, beispielsweise der Geriatrie und der neurologischen Rehabilitation, möglich sein.

Bereits nach geltendem Recht konnten die Kassen den Einsatz rehabilitativer Verfahren als Bestandteil der Krankenhausbehandlung finanzieren. Allerdings wurde dies mit Ausnahme der Neurorehabilitation, der Geriatrie und einiger Modellvorhaben zur indikationsübergreifenden Frührehabilitation kaum umgesetzt [1,2,3].

Der Gesetzgeber hielt es deshalb für notwendig nochmals zu verdeutlichen, dass Leistungen der frühen Rehabilitation ohne jeden Zweifel als Bestandteil der akutstationären Versorgung zu betrachten sind. Mit Inkrafttreten des Sozialgesetzbuchs IX in Verbindung mit der Ergänzung des § 39 Abs.1 SGB V am 1. Juli 2001 wurde dazu die gesetzliche Grundlage geschaffen. So umfasst die **„akutstationäre Behandlung auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation“**.

Die deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation DGPMR, der Berufsverband der in Rehabilitation, Physikalischer Medizin und Prävention tätigen Ärzte e.V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der Akutkrankenhäuser mit Abteilungen der fachübergreifenden Frührehabilitation e.V. begrüßen ausdrücklich die neue

gesetzliche Grundlage zur Frührehabilitation als entscheidenden Meilenstein zur Optimierung der akutmedizinischen Versorgung in Deutschland.

Erklärtes Ziel der genannten Organisationen ist die patientengerechte und qualifizierte, evidenzbasierte und kosten-effektive und schlussendlich flächen-deckende Frührehabilitation im Akutkrankenhaus. Um dieses Ziel zu erreichen sind die Versorgungsstrukturen und –prozesse, die Aus- und Weiterbildung aller an der Frührehabilitation beteiligten Berufsgruppen und die Finanzierung so zu gestalten, dass in Zukunft möglichst alle Patienten bei denen die Notwendigkeit für eine Frührehabilitation besteht, optimal versorgt werden können. Die Frührehabilitation muss insbesondere für Patientengruppen mit vorbestehenden Behinderungen, chronischen Krankheiten oder altersbedingten Veränderungen und entsprechend höherer Wahrscheinlichkeit solche Leistungen zu benötigen, garantiert sein.

---

Bundesregierung

3. Behindertenbericht der Bundesregierung vom 24.03.94: „Ein Erfolg der Rehabilitation ist nur möglich, wenn sie nicht als Aneinanderreihung einzelner medizinischer und sozialtherapeutischer Maßnahmen, sondern als einheitlicher Vorgang verstanden wird. Zur Umsetzung dieses Konzepts im Krankenhaus haben sich Basisteams bewährt, die aus Ärzten, dem Pflegepersonal, Physio- und Ergotherapeuten, Logopäden und dem Sozialdienst bestehen.“  
(zitiert nach Regler, K. DKG-Vizepräsident: Das Akutkrankenhaus als eigenständiges Glied in der Rehabilitationskette, Das Krankenhaus 1996; 5: S. 224)

Einerseits zielen sowohl Vorsorge- wie Rehabilitationsmaßnahmen darauf ab, spätere Akutbehandlungen entbehrlich zu machen; andererseits muss jede Akutbehandlung so ausgestaltet werden, dass nach ihrem Abschluss keine oder nur eine möglichst geringfügige Behinderung zurückbleibt, und sollte, wo eine Funktionsbeeinträchtigung bleibt, auf das Leben mit dieser Beeinträchtigung und ihren Auswirkungen vorbereiten, beispielsweise durch Training mit Hilfsmitteln. Daher stellt § 11 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die Krankenversicherung klar, dass zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung auch die medizinischen und ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation gehören, die notwendig sind, um einer drohenden Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorzubeugen, sie nach Eintritt zu beseitigen, zu bessern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten. Auch eine Akutbehandlung muss, wenn Behinderungen bestehen oder drohen, stets zugleich den Zielen der Rehabilitation dienen, wie sie in § 10 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch Ausdruck gefunden haben, und die Behandelten motivieren, auch selbst ihren Beitrag hierzu zu leisten.  
(Vierter Bericht der Bundesregierung über die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation, BMA, Jan. 1998, S. 20)

Walter Riester, Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, anlässlich des Rehabilitations-Forums 2001 der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte am 1. Februar 2001 in Berlin zum Thema "Zukunft der Rehabilitation aus sozialpolitischer Sicht": „Ich denke, wir sind uns darin einig, dass Heilerfolge um so größer sind, je frühzeitiger und umfassender die Rehabilitationsbemühungen einsetzen. Dennoch melden die Träger immer wieder Vorbehalte gegen fachübergreifende Frührehabilitation im Krankenhaus an. Ich frage Sie: Wenn nicht im Krankenhaus, wo dann soll die Rehabilitation beginnen? Ich bleibe dabei, die Krankenhäuser müssen sich als erstes Glied in der Rehabilitationskette verstehen. Die Rehabilitation ist keine Behandlungsphase, die erst nach Abschluss der Akutbehandlung einsetzt.  
Mit dem Sozialgesetzbuch IX stellen wir endlich sicher, dass die akutstationäre Krankenhausbehandlung auch die erforderlichen frührehabilitativen Leistungen umfasst. Ich betone, dass die Krankenhäuser Rehabilitationseinrichtungen nicht ersetzen können und sollen. Ich denke, dass wir mit diesem Schritt auch die Befürchtungen der Träger der Rentenversicherung beseitigen.“  
([www.bma.de](http://www.bma.de) April 2001)

„Warum erhalten alle diejenigen rehaedürftigen Patienten, die keine neurologischen Krankheiten haben und keine geriatrischen Patienten sind, aber dennoch reha-fähig und reha-willig sind, keine frühzeitig einsetzenden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation?“  
(Fuhrmann R., BMA: Übersicht über die Versorgungsstrukturen der klinischen und rehabilitativen Geriatrie und ihre Entwicklung in der Bundesrepublik Deutschland, Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2001; 34, Suppl 1: S. I/20)

Gewerkschaften

DBB Gewerkschaftstag 1999 (Der DBB ist die Spitzenorganisation der Gewerkschaften des öffentlichen Dienstes und des privaten Dienstleistungssektors): Weitere Forderungen des DBB zur Gesundheitspolitik sind: ... Verbesserung der Verzahnung zwischen der Akutversorgung im Krankenhaus und der Rehabilitation sowie ein Ausbau der Frührehabilitation im Krankenhaus...  
([www.dbb.de/positionen/finanz\\_und\\_steuern.htm](http://www.dbb.de/positionen/finanz_und_steuern.htm): April 2001)

Nach den Vorstellungen der Gewerkschaft ÖTV lässt sich das Szenario einer "Vernetzung von Gesundheitsleistungen" wie folgt skizzieren: „Integration von präventiven und rehabilitativen Leistungen im Krankenhaus, Förderung der Frührehabilitation, vor- und nachbegleitende Pflege, vor- und nachstationäre Behandlung, Integration der unterschiedlichen Versorgungsformen und -institutionen, Gemein- und nicht Marktwirtschaftlichkeit als Ordnungsprinzip, enge Verzahnung von ambulanten und stationären Leistungen, Integration anderer Berufsgruppen wie z.B. Sozialarbeiter/innen, Psychologen/innen, Abbau hierarchischer Strukturen in den Krankenhäusern und im Gesundheitswesen zugunsten kooperativer und partizipativer Arbeitsformen. Stabilisierung und Ausbau der sozialen Absicherung des Risikos Krankheit durch Stärkung der Selbstbestimmungsmöglichkeiten der Patienten und Versicherten.“  
([www.oetv-berlin.de/Bereiche/Gesundheit/KHGA/](http://www.oetv-berlin.de/Bereiche/Gesundheit/KHGA/) April 2001)

Sozialleistungsträger

„Die medizinische Rehabilitation hat sich in Deutschland im Rahmen eines von der Kuration getrennten eigenständigen Sektors mit unterschiedlichen organisatorischen und finanziellen Zuständigkeiten etabliert. Diese Trennung erweist sich für immer mehr Patienten angesichts des fließenden Erkrankungs- bzw. Gesundungsprozesses als kontraproduktiv. Das gilt insbesondere für die Patientengruppen, bei denen es im besonderen Maße angezeigt ist, bereits im hochintensiven stationären Bereich nicht zwischen kurativer und rehabilitativer Versorgung zu unterscheiden. Ziel einer Neuordnung der Rehabilitation muss es sein, bestehende Schranken zwischen Kuration und Rehabilitation zu beseitigen, d.h. die Akutmedizin verstärkt in das Rehabilitationsgeschehen einzubinden.“  
(Hüllen, B. BKK Bundesverband: Medizinische Rehabilitation. Ein Beitrag zur Weiterentwicklung. Die BKK 1999; 3: 141-145.)

„Eine erfolgreiche Wiedereingliederung hängt häufig davon ab, dass die Rehabilitation rechtzeitig einsetzt und durchgeführt wird. So ist der Erfolg der Rehabilitation im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung (Anschlussrehabilitation) nicht nur davon abhängig, dass der Patient rechtzeitig und zum richtigen Zeitpunkt überwiesen wird, sondern auch davon, dass frühmobilisierende bzw. frührehabilitative Maßnahmen bereits während der Krankenhausbehandlung durchgeführt werden, und zwar möglichst von der ersten Stunde an. Bisher ist es nicht gelungen, diese sog. Frührehabilitation während der Krankenhausbehandlung so ausreichend zu integrieren, dass das Rehabilitationspotential voll genutzt würde. Die Einführung der Fallpauschalen hat notwendige Entwicklungen eher noch erschwert. Im Rahmen eines Sozialgesetzbuches IX sollen deshalb die rechtlichen Rahmenbedingungen präziser gefasst werden. Dieses Anliegen ist zu unterstützen. Der Gesetzgeber sollte klarstellen, dass die Frührehabilitation Teil der Akutbehandlung und nicht eine eigene Leistungsart neben Akutbehandlung und Rehabilitation ist. Mit dem Abschluss der Akutbehandlung ist auch die Frührehabilitation beendet.“  
(<http://www.vdr.de/internet/vdr/VDRinfo.nsf/> - April 2001)

---

#### Ärzteverbände

98. Deutscher Ärztetag 1995: „Der Deutsche Ärztetag begrüßt die Bemühungen der in der Rehabilitation engagierten Ärzte, die damit verbundenen Dienste so zu organisieren und zu intensivieren, dass eine frühzeitige und kontinuierliche fachübergreifende Rehabilitation im Akutkrankenhaus wie eine kompetente Überweisung der Patienten in eine Anschlussheilbehandlung oder in eine ambulante Rehabilitation erfolgen kann. ... Die bereits in einer Reihe von Akutkrankenhäusern umgesetzten und zum Teil modellhaften Maßnahmen zur fachübergreifenden Rehabilitation gilt es weiterzuentwickeln und auszuweiten. Zur reibungslosen Koordination der Rehabilitationsleistungen sollten die bestehenden (und ggf. zu ergänzenden) Rehabilitationseinrichtungen einer Klinik einer eigens hierfür zuständigen Stelle zugeordnet werden. Im Idealfall sollte dies eine bettenführende Abteilung für klinische Rehabilitation sein.

(zitiert nach Gadomski, M. Vorsitzender des Berufsverbandes der in Rehabilitation, Physikalischer Medizin und Prävention tätigen Ärzte e.V.: Frührehabilitation im Krankenhaus. Die BKK 2000; 3: S. 114)

102. Deutscher Ärztetag 1999, Cottbus, 01.06. - 05.06.1999,

Referat Rudolf Henke MdL, Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer :

„...Zwischen der Behandlung durch niedergelassene Ärzte oder Krankenhausärzte und dem Beginn von Reha-Maßnahmen darf keine therapeutische Lücke entstehen. Dies gilt insbesondere für die fachübergreifende Frührehabilitation. ...

Das Ziel muß sein, daß die Rehabilitation frühzeitig einsetzt, nahtlos anschließt und im Rahmen des Notwendigen kontinuierlich stattfindet. Ein Weg zu dieser besseren Zusammenarbeit aller Beteiligten wird mit der fachübergreifenden Frührehabilitation beschritten, die sich inzwischen bei einer Reihe von Krankenhäusern etabliert hat. Frührehabilitation wird an Akutkrankenhäusern angeboten und als Bestandteil der allgemeinen Krankenhausleistungen mit den Krankenhauspflugesätzen finanziert. Ihr Ziel ist eine bessere und unmittelbare Abstimmung der kurativen und rehabilitativen medizinisch-therapeutischen Maßnahmen und deren enger zeitlicher Zusammenhang. ...

Daß die Ziele der Rehabilitation während der Akutbehandlung zu beachten sind, muß uns allen - soweit noch nicht geschehen - in Fleisch und Blut übergehen. Beim Ausbau der fachübergreifenden Frührehabilitation in Akutkrankenhäusern und beim Aufbau ambulanter Strukturen sind die Ergebnisse durchgeführter Modellversuche praxisnah und konsequent umzusetzen. ...“  
([http://www.bundesaerztekammer.de/30/Aerztetag/102\\_DAET/Referate/Henkereh.html#Ausrichtung](http://www.bundesaerztekammer.de/30/Aerztetag/102_DAET/Referate/Henkereh.html#Ausrichtung) - April 2001)

Beschlussprotokoll des 102. DEUTSCHER ÄRZTETAGES vom 01.-04. Juni 1999 IN COTTBUS: ... fasst der 102. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung: Der Deutsche Ärztetag sieht in dem Konzept der fachübergreifenden Frührehabilitation einen vielversprechenden innovativen Ansatz zur besseren Eingliederung rehabilitativer Aufgaben in die Versorgungsstruktur von Akutkrankenhäusern. Als Bestandteil der allgemeinen Krankenhausleistungen müssen für diese Form der Frührehabilitation zusätzliche Mittel in ausreichender Höhe zur Verfügung gestellt werden. Der Deutsche Ärztetag hält es für geboten, dass solche Krankenhäuser auf die Mitarbeit von rehabilitationsqualifizierten Ärzten, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden und einen sozialen Dienst zugreifen können. Frührehabilitation kann die Qualität und Effektivität der Behandlung steigern, da kurative und rehabilitative medizinisch-therapeutische Maßnahmen unmittelbar aufeinander abgestimmt sind und in engem zeitlichen Zusammenhang stehen.

([www.baek.de/Homepage/presseforum/doku\\_pf/20\\_102proto.pdf](http://www.baek.de/Homepage/presseforum/doku_pf/20_102proto.pdf) – April 2001)

#### Expertenkommissionen

Sondergutachten des Sachverständigenrats 1995: „Allgemein sollte die Selbstverwaltung der Sozialleistungsträger durch Zusammenarbeit auf Nahtlosigkeit und Kontinuität der Versorgungskette von Prävention, medizinischer Akutbehandlung, Rehabilitation und Nachsorge hinwirken.“

(zitiert nach Regler, K. DKG-Vizepräsident: Das Akutkrankenhaus als eigenständiges Glied in der Rehabilitationskette, Das Krankenhaus 1996; 5: S. 225)

Entschließung der GMK (Gesundheitsministerkonferenz) vom 23./24.11.95: „In der Krankenhausplanung sollten geriatrische Reha-Konzepte so angepasst werden, dass die medizinisch erforderlichen Reha-Maßnahmen parallel zur Akutbehandlung begonnen und, soweit erforderlich, durch Verlegung in eine andere geeignete geriatrische Einrichtung nahtlos fortgesetzt werden können.

(zitiert nach Regler, K. DKG-Vizepräsident: Das Akutkrankenhaus als eigenständiges Glied in der Rehabilitationskette, Das Krankenhaus 1996; 5: S. 225)

„Im Rahmen der aktuellen Diskussion über Gestaltung und Finanzierung des Gesundheitswesens wird zunehmend darauf hingewiesen, dass die Krankenhäuser in größerem Umfang Beiträge zur Früh(st)-Rehabilitation und –mobilisation der Patienten leisten könnten und sollten... Die bisherige Trennung von Kuration und Rehabilitation im deutschen Gesundheitswesen reflektiert eher die Tradition unseres Sozialversicherungssystems als medizinische Notwendigkeit. Diese historisch gewachsene Trennung sollte zugunsten einer Gleichstellung von Kuration und Rehabilitation aufgegeben werden.“

(F.W. Schwartz, Vorsitzender des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, et al.: Das Gleichstellungs- und Fristenmodell – ein Beitrag zur Diskussion über die Zukunft des deutschen Rehabilitationswesens. Sozialer Fortschritt 1995; 12: 301-307)

#### Weitere Verbände

„Es ist unbestritten, dass Rehabilitationsmaßnahmen frühzeitig einsetzen müssen, um für Behinderte oder von Behinderung bedrohte Krankenhauspatienten einen möglichst großen Behandlungserfolg zu erreichen. Die Forderung nach „Rehabilitation des 1. Tages“ gilt nicht nur für Infarktpatienten, für Schädel-Hirn-Verletzte und Schlaganfallpatienten, sondern auch für die ständig zunehmende Zahl alter Menschen im Akutkrankenhaus, die mehrere akute oder chronische Erkrankungen haben.“

(Regler, K. DKG-Vizepräsident: Das Akutkrankenhaus als eigenständiges Glied in der Rehabilitationskette, Das Krankenhaus 1996; 5: 222-228)

#### Patientenorganisationen

„Die bestehenden Frührehabilitationsangebote sowie speziell die Phase B der neurologischen Rehabilitation müssen als Teil der Krankenhausbehandlung ausgebaut und die Angebote an stationärer und ambulanter Rehabilitation bedarfsgerecht vorgehalten, bzw. wohnortnah einschließlich der Nachsorge ausgebaut werden. Möglichkeiten der frühzeitig beginnenden Rehabilitation sind im Krankenhaus insbesondere dann vorzuhalten, wenn multimorbide oder chronisch Kranke mit hohem Pflegebedarf bzw. schwer behinderte Patienten behandelt werden. Es ist sicherzustellen, dass die rehabilitative Behandlung so früh wie möglich und nahtlos verzahnt mit der Akutbehandlung beginnt und eine fachgerechte Rehabilitation in einer

geeigneten Einrichtung mit ausreichender Dauer erfolgt.“

(Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter (Dvfr): DRGs und Rehabilitation – Memorandum der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter, Rehabilitation 2001; 40: 361-368)

---

### **Tab. 1 Stellungnahmen zur Notwendigkeit der Frührehabilitation im Krankenhaus**

In diesem Artikel werden basierend auf den gesetzlichen Grundlagen [4] und auf einer Situationsanalyse zu Entwicklung, Strukturen und Prozessen der indikationsübergreifenden Frührehabilitation [1] und der indikationsspezifischen Frührehabilitation im Bereiche der Neurologie [2] sowie der Geriatrie [3], der Bedarf an Strukturen und Prozessen zur indikationsübergreifenden Frührehabilitation abgeleitet und konzeptionelle Überlegungen zur **ergänzenden Frührehabilitation** auf den Fachstationen und zur **umfassenden Frührehabilitation** auf einer bettenführenden Abteilung vorgestellt. In einem weiteren Artikel im nächsten Heft dieser Zeitschrift wird auf die Möglichkeiten der Finanzierung eingegangen [5].

### **Zusammenfassung der aktuellen Strukturen und Prozesse**

Die Analyse und Beschreibung der Strukturen zur indikationsübergreifenden Frührehabilitation [1], zur neurologischen Frührehabilitation [2] und zur Geriatrie [3] ergeben, dass sowohl für die **ergänzende Frührehabilitation** (vergleiche Definition unter 3.1) auf den Fachstationen als auch für die **umfassende Frührehabilitation** (vergleiche Definition unter 3.2) auf einer bettenführenden Abteilung die aktuellen Strukturen nicht genügen.

In bezug auf die **umfassende indikationsübergreifende Frührehabilitation** existieren zur Zeit erst 16 Abteilungen, weitere sind allerdings im Aufbau oder geplant. Aufgrund der Situationsanalyse wird auch klar, dass bestehende Strukturen zur umfassenden Frührehabilitation im Bereiche der Geriatrie und Neurorehabilitation im Sinne einer theoretisch möglichen Ausweitung des Versorgungsauftrages unter Einbezug entsprechenden Fachwissens die Aufgaben der indikationsübergreifenden Frührehabilitation **nicht** mit übernehmen können. So sind in nicht einmal 20% aller Krankenhäuser mit 400 und mehr Betten akutgeriatrische und/oder geriatrische Reha-Abteilungen vorhanden, dieser Anteil schwankt in den einzelnen Bundesländern zwischen 0% (Rheinland-Pfalz und Saarland) und 57,1% (Bremen). Auch neurologische Frührehabilitationsbetten der Phase-B gibt es kaum in großen Akut-

krankenhäusern (> 400 Betten). Nur in etwas mehr als der Hälfte aller Bundesländer, darunter in den drei Stadtstaaten, gibt es überhaupt Phase-B-Betten in großen Krankenhäusern (>400 Betten).

In bezug auf die **ergänzende Frührehabilitation** zeigt die Analyse eindrücklich auf, dass in Deutschlands Krankenhäusern medizinisch-therapeutische Berufe in ähnlich hoher Zahl tätig sind, wie in den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Die Analyse ergibt weiterhin, dass bereits heute in annähernd 2/3 aller Akutkrankenhäuser zumindest die Physikalische Therapie als spezieller Bereich existiert. Einschränkend ist allerdings festzuhalten, dass Einrichtungen zur Physikalischen Therapie nicht mit einem fachärztlich geleiteten Institut für Physikalische Medizin und Rehabilitation gleichzusetzen sind. Zudem ist die Versorgung keineswegs flächendeckend. Darüber hinaus bestehen entscheidende personelle Defizite beispielsweise im Bereich der Ergotherapie und Psychologie. Die in der Regel berufsgruppenspezifische Organisation eignet sich allenfalls für die **funktionsorientierte Physiotherapie** (oft auch „Frühmobilisation“ genannt), aber nicht für die ergänzende Frührehabilitation, welche ein durch einen Arzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin geleitetes Reha-Teams voraussetzt [1]. Konzeptionell ist die ergänzende Frührehabilitation in den Krankenhäusern erst im Ansatz vorhanden.

### **Bedarf an neuen Strukturen zur indikationsübergreifenden Frührehabilitation**

Um also die vom Gesetzgeber geforderte Frührehabilitation im Akutkrankenhaus flächendeckend zu etablieren ist erstens die Einrichtung zentraler Institute für Physikalische und Rehabilitative Medizin geleitet von einem Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin an Akutkrankenhäusern und zweitens die Einrichtung weiterer bettenführender Abteilungen für indikationsübergreifende Frührehabilitation in den großen Akutkrankenhäusern oder im Verbund kleinerer Akutkrankenhäuser notwendig.

#### ***Einrichtung zentraler PRM-Institute an Akutkrankenhäusern***

Die primären Aufgaben der zentralen PRM-Institute (Institute für Physikalische und Rehabilitative Medizin) sind die **ergänzende Rehabilitation** mit mobilen Reha-Teams auf den Fachstationen, sowie die **funktionsorientierte Physiotherapie**. Dem

PRM-Facharzt obliegt hierbei die Entscheidung respektive Supervision zur Indikationsstellung für physikalisch-medizinische und rehabilitative Maßnahmen, die Koordination der therapeutischen Maßnahmen durch die Mitarbeiter des Rehabilitationsteams, sowie die Qualitätssicherung.

Im Rahmen der Einrichtung zentraler Institute für Physikalische und Rehabilitative Medizin genügt es nicht, die vorhandenen Ressourcen einfach organisatorisch zusammenzufassen, da die koordinierte multidisziplinäre Arbeit im Rehabilitationsteam mehr ist als die Summe der Einzelmaßnahmen. Vielmehr sind die Versorgungsstrukturen im medizinisch therapeutischen Bereich qualitativ und quantitativ zu reorganisieren. Dies betrifft insbesondere die fachärztliche Leitung, die Ergänzung der personellen Ausstattung, beispielsweise im Bereich der Ergotherapie und Psychologie, sowie die Etablierung der multidisziplinären frührehabilitativen Kompetenz. Verschiedene Aspekte verdienen dabei besondere Berücksichtigung.

1) Beim Wechsel von einer berufsgruppenorientierten zu einer multidisziplinären teamorientierten Organisationsstruktur sind ein Change-Management und eine Begleitevaluation sinnvoll.

2) Basis für die multidisziplinäre Zusammenarbeit in Reha-Teams ist ein gemeinsames Verständnis für die Rehabilitation. Seit Mai 2001 steht mit der neuen internationalen Klassifikation für die „Funktionale Gesundheit“ ICF eine konzeptionelle Basis sowie eine gemeinsame Sprache für die Kommunikation zwischen den Mitarbeitern zur Verfügung. Im Rahmen von BMBF- und BMG-geförderten Projekten wird derzeit am Lehrstuhl für Physikalische Medizin und Rehabilitation der LMU München in Kooperation mit der WHO und einer Reihe von beteiligten Institutionen in Deutschland an der Operationalisierung des ICF sowohl für die Frührehabilitation als auch für Gesundheitsstörungen, welche häufig der Rehabilitation bedürfen, gearbeitet [6]. Ein gemeinsames Verständnis für die Rehabilitation kann auf der Basis des ICF mit Case-Vignetten erarbeitet werden.

3) Die ergänzende Rehabilitation durch die mobilen Rehabilitationsteams eines zentralen PRM-Institutes wird auf den Fachstationen erbracht. Entsprechend ist es notwendig, auf den Fachstationen Behandlungsräumlichkeiten vorzusehen. Für die ergänzende Rehabilitation sind dabei Geräte von untergeordneter Bedeutung.



Entscheidend sind die räumlichen Voraussetzungen, um Patienten nicht nur im Krankenzimmer, sondern auch in dafür vorgesehenen therapeutischen Räumlichkeiten auf der Bettenstation behandeln zu können. Zusätzlich ist es von Vorteil, wenn ein PRM-Institut über zentrale Therapieräumlichkeiten mit einer entsprechend spezialisierten Infrastruktur verfügt. Zentrale Therapieräumlichkeiten sind insbesondere dann sinnvoll, wenn durch ein PRM-Institut auch poststationär z.B. ambulant oder teilstationär Leistungen erbracht werden. Da Wegezeiten für mobile Rehabilitationsteams von entscheidender Bedeutung für ihren Produktivitätsgrad sind, ist es wichtig, PRM-Institute zentral im Akutkrankenhaus anzusiedeln und auf kurze Zugangswege zu achten.

***Einrichtung bettenführender Abteilungen für indikationsübergreifende Frührehabilitation in großen Akutkrankenhäusern oder im Verbund kleinerer Akutkrankenhäuser***

Die Einrichtung bettenführender Abteilungen für indikationsübergreifende Frührehabilitation ist in Akutkrankenhäusern ab 600-800 Betten oder im Falle einer dezentralen Versorgungsstruktur in einem für eine Region zuständigen Akutkrankenhaus sinnvoll.

Mit der zu erwartenden Verkürzung der Liegezeiten im Rahmen der Einführung der DRGs ist davon auszugehen, dass freie Bettenkapazität zur Verfügung stehen wird. Die benötigte Bettenzahl ist noch nicht sicher abzusehen, dürfte aber in der Größenordnung von 30 Betten/1000 Akutbetten liegen. Die Zahl wird stark davon abhängen, welche Fachgebiete und insbesondere wie viele Intensivbetten in einem Klinikum geführt werden. Zu berücksichtigen ist dabei auch das lokal durchaus unterschiedliche Angebot an umfassender Frührehabilitation durch spezialisierte Einrichtungen insbesondere im Bereich der Geriatrie und der neurologischen Rehabilitation.

Verschiedene Aspekte verdienen bei der Errichtung bettenführender Abteilungen besondere Berücksichtigung:

1) Bei der Einrichtung bettenführender Abteilungen ist auf die räumliche Nähe zur zentralen PRM-Einrichtung mit der Möglichkeit zur Therapie zu achten.

2) Bettenführende Abteilungen für indikationsübergreifende Frührehabilitation in großen Akutkrankenhäusern oder im Verbund kleinerer Akutkrankenhäuser sind per definitionem an die Infrastruktur des Akutkrankenhauses gebunden. Entsprechend scheint es nicht sinnvoll solche Abteilungen in Rehabilitationseinrichtungen anzusiedeln. Ausnahmen sind möglicherweise Rehabilitationseinrichtungen mit einem breiten Indikationsspektrum, entsprechender Ausstattung und genügend hohen Patientenzahlen für ein wirtschaftliches Betreiben.

3) Die Assoziation von bettenführenden Abteilungen für indikationsübergreifende Frührehabilitation mit allenfalls zusätzlich vorhandenen indikationsspezifischen frührehabilitativ ausgerichteten Einrichtungen, beispielsweise der Geriatrie oder der neurologischen Frührehabilitation ist sowohl konzeptionell als auch infrastrukturell sinnvoll.

### **Konzept zur Frührehabilitation**

Neben den zu etablierenden Strukturen sind eine Konzeption zur Frührehabilitation und Kriterien zur indikationsübergreifenden Frührehabilitation zu erarbeiten. Nachfolgend werden eine solche Konzeption und Kriterien vorgestellt.

Das Konzept befasst sich neben der **ergänzenden Frührehabilitation** auf den Fachstationen nur mit der **indikationsübergreifenden Frührehabilitation** auf einer bettenführenden, in das Akutkrankenhaus integrierten Abteilung. Es ist aber auch eine Basis für die konzeptionelle Abstimmung und Entwicklung von gemeinsamen Kriterien zur indikationsübergreifenden versus verschiedenen indikationsspezifischen frührehabilitativen Konzepten, insbesondere der Geriatrie und der neurologischen Frührehabilitation.

#### **1. Definition**

Die gesundheitliche Gesamtsituation von Menschen mit einer akuten Gesundheitsstörung ist oft komplex beeinträchtigt. Eine komplexe Beeinträchtigung findet sich dann, wenn neben der akuten Gesundheitsstörung nach ICD10 auch eine relevante

Beeinträchtigung der **Körperfunktionen und Strukturen, Aktivitäten und Partizipation** gemäss der ICF<sup>1</sup> vorliegt.

Eine komplexe Beeinträchtigung der gesundheitlichen Gesamtsituation findet sich insbesondere bei

- 1) Schweren akuten Gesundheitsstörungen (Erkrankungen/Unfälle)
- 2) Komplikationen und Multimorbidität
- 3) Langdauernder intensivmedizinischer Versorgung
- 4) Vorbestehenden chronischen Krankheiten
- 5) Vorbestehenden Behinderungen oder altersbedingten Veränderungen

Eine akute Gesundheitsstörung nach ICD10 mit einer relevanten Beeinträchtigung der Körperfunktionen und -Strukturen, Aktivitäten und Partizipation gemäß ICF bedingt eine Kombination von akutmedizinisch-kurativer und rehabilitativer Behandlung. Frührehabilitation bedeutet demzufolge die **gleichzeitige** akutmedizinisch-kurative und rehabilitative Behandlung von Patienten mit einer akuten Gesundheitsstörung und relevanter Beeinträchtigung der Körperfunktionen und Strukturen, Aktivitäten und Partizipation gemäß der ICF.

Ziel der Frührehabilitation ist es, eine dauerhafte Beeinträchtigung der Körperfunktionen und Strukturen, Aktivitäten und Partizipation zu vermeiden. Die Ansätze der Frührehabilitation sind **therapeutisch** (und sekundärpräventiv) im Sinne der Wiederherstellung der Körperfunktionen und Strukturen und der Vermeidung von weiteren Beeinträchtigungen der Körperfunktionen und Strukturen, Aktivitäten und Partizipation, sowie **rehabilitativ** im Sinne der Überwindung der Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Partizipation.

Die Frührehabilitation umfasst ein eigenständiges, personenbezogenes Behandlungskonzept mit **spezifischen diagnostischen Verfahren und spezifischen Interventionen. Sie beinhaltet insbesondere die Methoden der physikalischen Medizin, sowie die Rehabilitationsplanung und Steuerung während eines Reha-**

<sup>1</sup> die ICF „International Classification of Functioning, Disability and Health“ umfasst die Komponenten Körperfunktionen und Strukturen, Aktivitäten und Partizipation und die Kontextfaktoren Person und Umwelt. Die Komponenten *Körperfunktionen und Strukturen, Aktivitäten und Partizipation* werden auch unter dem Begriff der *funktionalen Gesundheit* zusammengefasst; die *funktionale Gesundheit* respektive die Komponenten *Körperfunktionen und Strukturen, Aktivitäten und Partizipation* sind einerseits in Bezug zu der (den) vorliegenden Gesundheitsstörung(en) und andererseits der Kontextfaktoren zu setzen. Funktional gesund ist eine Person dementsprechend dann, wenn vor dem Hintergrund der Kontextfaktoren a) ihre körperlichen Funktionen und Strukturen denen einer gesunden Person entsprechen, b) sie all das tun kann, was sie tun möchte und c) sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, entfalten kann.

**Rehabilitationszyklus** und die **Versorgungsphasen-übergreifende Indikationsstellung**. Frührehabilitation wird multidisziplinär im fachärztlich geleiteten Rehabilitations-Team und interdisziplinär in Zusammenarbeit mit akutmedizinischen Fachgebieten erbracht.

Die **spezifischen diagnostischen Verfahren** umfassen das multidisziplinäre **Assessment** der Beeinträchtigungen von Körperfunktionen und Strukturen, Aktivitäten und Partizipation auch mit standardisierten Untersuchungen und Testverfahren. Sie dienen zur Beurteilung der Beeinträchtigung von Körperfunktionen und Strukturen, Aktivitäten und Partizipation, der Rehabilitations- und Pflegebedürftigkeit, sowie der Rehabilitationsfähigkeit und –prognose.

Das **Assignment** umfasst die Indikationsstellung und Zuweisung zu rehabilitativen Versorgungsleistungen, sowie die Beratung des Patienten, der Leistungserbringer und der Kostenträger bezüglich der situationsbezogen optimalen Versorgungsstruktur.

Die **rehabilitative Intervention** umfasst die Rehabilitationsplanung mit Festlegung der Rehabilitationsziele basierend auf dem Assessment , sowie die Planung und Steuerung aller Maßnahmen während eines Rehabilitationszyklus. Die spezifischen Interventionen umfassen ärztliche, pflegerische, physiotherapeutische, ergotherapeutische, sprachtherapeutische, schlucktherapeutische, psychologische, neuropsychologische, musik- und kunsttherapeutische, diätetische, sozialmedizinische und andere Maßnahmen.

Die **Evaluation** umfasst dann die Überprüfung der Verbesserung von Beeinträchtigungen der behandelten Körperfunktionen und Strukturen, Aktivitäten und Partizipation, sowie die Beurteilung der Erreichung des Rehabilitationszieles.

### 1.1. Abgrenzung der Frührehabilitation gegenüber der weiterführenden Rehabilitation

Tabelle 2 zeigt die Abgrenzung der Frührehabilitation gegenüber der weiterführenden Rehabilitation.

	<b>Frührehabilitation</b>	<b>Weiterführende Rehabilitation</b>
<b>Phase</b>	Erste und zweite <b>Akutphase</b>	<b>Nicht-akute-Phase</b>
<b>Zeitlicher Bezug zur Gesundheitsstörung</b>	<b>Früh</b> im Rahmen einer akuten Gesundheitsstörung mit Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit einsetzend	<b>Spät</b> in der Sequenz nach einer akuten Gesundheitsstörung mit Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit einsetzend
<b>Hauptzielsetzung der Rehabilitation</b>	Wiederherstellung der <b>Basisfunktionen</b> <b>Vermeidung</b> einer <b>drohenden bleibenden</b> Beeinträchtigung der Partizipation	Wiederherstellung der über die Basisfunktionen hinausgehenden Fähigkeiten <b>Verminderung</b> oder <b>Behebung</b> einer

		<b>manifesten</b> Beeinträchtigung der Partizipation
<b>Rehafähigkeit</b>	<b>Oft eingeschränkt</b>	<b>Gegeben</b>
<b>Akutmedizinischer kurativer Bedarf</b>	<b>Hoch, dauernd oder intermittierend</b>	Nicht vorhanden oder gering
<b>Akutmedizinische diagnostischen und/oder therapeutischen Infrastruktur</b>	<b>Notwendig</b>	<b>Nicht notwendig</b>
<b>Rehakonzeption</b>	Bei der <b>“ergänzenden Frührehabilitation” vereinfacht/modifiziert</b> mit Fokus auf die Körperfunktionen und –Strukturen und Aktivitäten (Bei der <b>“umfassenden Frührehabilitation” umfassendes Programm</b> bezogen auf alle Komponenten der ICF)	<b>Umfassendes Programm</b> bezogen auf alle Komponenten der ICF

**Tab. 2: Abgrenzung der Frührehabilitation gegenüber der weiterführenden Rehabilitation**

## 2. Phasen der Frührehabilitation

Tabelle 3 zeigt die Phasen der Frührehabilitation und die Arten der Leistungserbringung.

	<b>Erste Akutphase</b>	<b>Zweite Akutphase</b>
<b>Ergänzende Frührehabilitation</b>	+	+
<b>Umfassende Frührehabilitation</b>	-	+
	<b>Erste Akutphase</b>	<b>Zweite Akutphase</b>
<b>Ergänzende Frührehabilitation</b>	+	+
<b>Umfassende Frührehabilitation</b>	-	+

**Tab. 3 Phasen der Frührehabilitation und die Arten der Leistungserbringung**

### 2.1. Frührehabilitation in der ersten Akutphase

Die erste Akutphase umfasst die akutmedizinische Diagnostik und Therapie. Sie wird bei entsprechender Indikation durch Rehabilitationsmaßnahmen flankiert. Notwendigkeit und Intensität der Kuration überwiegen gegenüber der Rehabilitation (akutmedizinische Kuration > Rehabilitation).

In dieser Phase erfolgt die Leistungserbringung als **ergänzende Frührehabilitation** durch mobile Reha-Teams unter Leitung eines Rehabilitationsmediziners.

Die Frührehabilitation in der ersten Akutphase ist von der funktionsorientierten Physiotherapie abzugrenzen. Vergleiche dazu 3.1.1.

### 2.2. Frührehabilitation in der zweiten Akutphase

In der zweiten Akutphase ist der Patient weiterhin auf eine akutmedizinische diagnostische und/oder therapeutische Infrastruktur angewiesen. Notwendigkeit und

Intensität der Rehabilitation überwiegen aber in der zweiten Akutphase gegenüber der Kuration (Rehabilitation > akutmedizinische Kuration).

In der zweiten Akutphase erfolgt die Leistungserbringung entweder als

- **ergänzende Frührehabilitation** durch **mobile Reha-Teams** oder als
- **umfassende Frührehabilitation** in einer **indikationsübergreifenden frührehabilitativen Abteilung** oder als
- **umfassende Frührehabilitation** in einer **indikationsspezifischen frührehabilitativen Abteilung** (Neurologische Frührehabilitation, Kinderneurologische Frührehabilitation, Geriatrische Frührehabilitation)

Aufgrund der eingeschränkten Belastbarkeit und der zeitlichen Beanspruchung des Patienten durch diagnostische und therapeutische Prozeduren in der ersten Akutphase ist eine umfassende Frührehabilitation in dieser Zeit nicht möglich. Die umfassende Frührehabilitation lässt sich sinnvoll nur in der zweiten Akutphase durchführen.

### 3. Arten der Leistungserbringung

In Tabelle 4 findet sich eine Übersicht zu den verschiedenen Arten der Leistungserbringung.

	Funktionsorientierte Physiotherapie („Frühmobilisation“)	Frührehabilitation	
		Ergänzende	Umfassende
<b>Indikation</b>	Bei <b>geringer, vorübergehender</b> Beeinträchtigung der <b>Körperfunktionen und – Strukturen</b>	Bei <b>ausgeprägter</b> und <b>wahrscheinlich dauernder</b> Beeinträchtigung <b>mehrer Komponenten der funktionalen Gesundheit</b>	=
<b>Ansatz</b>	Therapeutisch (sekundärpräventiv)	Therapeutisch (sekundärpräventiv und <b>rehabilitativ</b> )	=
<b>Leistungserbringung</b>	Therapeuten eines zentralen PRM-Institutes	<b>Ärztlich geleitetes mobiles Reha-Team</b> eines zentralen PRM-Institutes	<b>Ärztlich geleitete Frührehabilitations-Abteilung</b> (indikationsübergreifend oder indikationsspezifisch)
<b>Beteiligte Gesundheitsberufe (*)</b>	In der Regel Physiotherapie	In der Regel Beteiligung von <b>zwei Gesundheitsberufen</b> (meist Physiotherapie und Ergotherapie oder Sprachtherapie, Psychologie/Neuropsychologie)	In der Regel Beteiligung von <b>mindestens 2 Gesundheitsberufen</b> und der <b>Rehapflege</b>
<b>Ärztliche Leitung</b>	Arzt Fachstation	<b>Rehabilitationsarzt</b>	=

	<b>Rehabilitationsarzt auf Anfrage konsiliarisch</b>		
<b>Reha-Konzeption</b>	<b>Einzelmaßnahme</b> (keine Rehabilitation im engeren Sinne)	<b>Vereinfacht/modifiziert</b> mit Fokussierung auf die Körperfunktionen und – Strukturen und Aktivitäten	<b>Umfassendes Programm</b> bezogen auf alle Komponenten der ICF
<b>Therapieeinheiten/Tag (Regelfall)</b>	1 (-2) Therapieeinheiten	2-3 Therapieeinheiten	Mehr als 3 Therapie-einheiten, ev. mehrere Therapeuten gleichzeitig
<b>Zeitlicher Aufwand /Tag (Regelfall)</b>	20-40 Minuten	40 Minuten bis 1 Stunde	2-3 Stunden (mit Reha-Pflege deutlich mehr)
<b>Phase</b>	<b>Erste</b> Akutphase	<b>Erste oder Zweite</b> Akutphase	<b>Zweite</b> Akutphase

\* Gesundheitsberufe: Physiotherapie, Ergotherapie, Schlucktherapie, medizinische Massage, Psychologie und Neuropsychologie, Sprachtherapie, Musik- und Kunsttherapie, Sozialmedizin u. a.

**Tab. 4: Übersicht zu den verschiedenen Arten der Leistungserbringung**

### 3.1 Ergänzende Frührehabilitation

Die ergänzende Frührehabilitation wird durch mobile Rehateams des zentralen PRM-Institutes oder der Klinik für physikalische und rehabilitative Medizin eines Akutkrankenhauses erbracht.

Die mobilen Rehateams erbringen ihre Leistung auf den Intensiv-, Intermediate-Care- und Fachstationen eines Krankenhauses. Die Leistungserbringung wird in der Regel durch zwei Gesundheitsberufe unter Leitung eines Rehabilitationsarztes (in der Regel Facharzt für PRM) erbracht. Beteiligt sind meist die Physiotherapie und situationsbezogen die Ergotherapie oder weitere Gesundheitsberufe, z.B. die Sprachtherapie oder Psychologie. Ein Rehabilitationsmediziner stellt die Indikation, plant und leitet die rehabilitative Intervention. Sie umfasst insbesondere ein standardisiertes Frührehabilitations-Assessment in den ersten 3 Tagen, einen schriftlichen, wöchentlich zu aktualisierenden Behandlungsplan mit Teambesprechung, sowie ein Entlassungsassessment zur gezielten Verlegung oder Entlassung.

Die Mitarbeiter des mobilen Reha-Teams arbeiten eng mit den Pflegekräften und Ärzten der Fachstationen zusammen. Sie beraten und motivieren diese in Bezug auf sinnvolle rehabilitative Massnahmen und tragen damit dazu bei, den notwendigen akutstationären Aufenthalt möglichst kurz zu halten. Das mobile Reha-Team berät und unterstützt die Fachstation bei der Planung der weiteren Versorgung oder Rehabilitation.

Die Möglichkeiten der ergänzenden Rehabilitation sind aufgrund organisatorischer Gegebenheiten aus folgenden Gründen begrenzt: mobile Reha-Teams versorgen in der Regel mehrere Fachstationen mit damit verbundenen oft langen Wegezeiten. Sie

müssen mit jeder Fachstation die Therapieeinheiten unter Berücksichtigung der akutmedizinisch geprägten Abläufe der Fachstation koordinieren. Die Erbringung von mehr als 2-3 Therapieeinheiten mit mehr als 2 Gesundheitsberufen ist deshalb kaum zu organisieren. Eine weitere Einschränkung der Möglichkeiten der ergänzenden Frührehabilitation ergibt sich auch aufgrund der fehlenden spezifischen Rehabilitations-Pflege.

Die ergänzende Frührehabilitation ist also nur dann sinnvoll, wenn mit 2-3 Therapieeinheiten unter Einbezug von maximal 2 Gesundheitsberufen und ohne Rehabilitationspflege das Rehabilitations-Ziel erreicht werden kann. In allen anderen Fällen ist eine umfassende Frührehabilitation indiziert.

### **3.1.1 Abgrenzung der ergänzenden Frührehabilitation von der funktionsorientierten Physiotherapie (sogenannte „Frühmobilisation“) in der ersten Akutphase**

Die ergänzende Frührehabilitation unterscheidet sich von der funktionsorientierten Physiotherapie (sogenannte „Frühmobilisation“) als Einzelmaßnahme.

Die funktionsorientierte Physiotherapie ist integraler Bestandteil der akutmedizinischen Versorgung. Sie umfasst in der Regel ein bis zwei physikalisch-medizinische Einzelmaßnahmen. Ziel der Frühmobilisation ist die Behebung vorübergehender Beeinträchtigungen von Körperfunktionen und -Strukturen. Ein häufiges Ziel der funktionsorientierten Physiotherapie ist die Wiedererlangung der Mobilität. Ihre Ansätze sind **therapeutisch** (und sekundärpräventiv) im Sinne der Wiederherstellung der Körperfunktionen und Strukturen und der Vermeidung von Komplikationen und weiterer Beeinträchtigungen der Körperfunktionen und Strukturen, Aktivitäten und Partizipation.

Die Unterscheidung der funktionsorientierten Physiotherapie von der ergänzenden Frührehabilitation ist in Tabelle 4 zusammengefasst.

## **3.2 Umfassende Frührehabilitation**

### **3.2.1 Umfassende indikationsübergreifende Frührehabilitation**



Die umfassende Frührehabilitation erfolgt auf einer frührehabilitativen Abteilung in der zweiten Akutphase. Das Indikationsspektrum umfasst Patienten mit Gesundheitsstörungen der verschiedenen Organsysteme und jeden Alters mit relevanter Beeinträchtigung der Körperfunktionen und Strukturen, Aktivitäten und Partizipation gemäß der ICF. Bei diesen Patienten droht eine dauerhafte Aktivitäts- und Partizipationsstörung. Der Patient ist auf eine akutmedizinische diagnostische und/oder therapeutische Infrastruktur im Sinne eines Stand-by angewiesen.

Die Struktur der Einrichtung, die Qualifikation des Teams, die organisatorischen und zeitlichen Abläufe der Behandlungsprogramme müssen auf die besonderen Bedürfnisse einer kombiniert akutmedizinischen und rehabilitativen Leistungserbringung ausgerichtet sein. Die Rehabilitationsärzte der frührehabilitativen Station arbeiten interdisziplinär eng mit den Ärzten der primärversorgenden Fachstationen zusammen. Falls notwendig kann ein Patient zeitnah wieder auf eine Intensiv-, Intermediate-Care oder Fachstation verlegt werden. Entscheidend ist die Integration der Pflege in die rehabilitative multidisziplinäre Leistungserbringung. Die Pflege erfolgt spezialisiert als Rehabilitationspflege entsprechend den Kriterien der Weiterbildung zur Rehafachpflegekraft<sup>2</sup>.

Der rehabilitative zeitliche Aufwand (ohne Rehabilitationspflege) beträgt situativ in der Regel mehrere Stunden. Häufig sind zwei Therapeuten eines Fachgebietes gleichzeitig tätig. Die Leistung wird, geleitet durch den Rehabilitationsarzt, durch mindestens zwei Gesundheitsberufe erbracht. Beteiligt sind in aller Regel die Physiotherapie sowie patientenbezogen weitere Gesundheitsberufe.

Die umfassende Frührehabilitation kann vor allem aufgrund der Anzahl der beteiligten und zu koordinierenden Gesundheitsberufe insbesondere der spezialisierten Rehapflege, der zeitlich aufwendigen Koordination der Reha-Leistungen und Teambesprechungen, der multidisziplinären Dokumentation und der fachärztlichen Leitung sowohl inhaltlich als auch organisatorisch nur durch ein Team auf einer eigenen Bettenstation erbracht werden.

<sup>2</sup> Das Konzept der Rehabilitationspflege orientiert sich an der Ganzheitlichkeit des Menschen im biologischen, psychischen und sozialen Sinn und beinhaltet als spezielles Ziel das Fördern der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL nach Juchli, basierend auf den Konzepten von Henderson, Roper und Orem).

Die Rehabilitationspflege beinhaltet die Pflegeanamnese, die Pflegediagnose und die Pflegeplanung. Die Inhalte der Rehabilitationspflege in der Frührehabilitation orientieren sich an den Defiziten und insbesondere den Ressourcen des Patienten. Schwerpunkte sind dabei: Pflege nach dem Bobath-Konzept, basale Stimulation, Kinästhetik, Umgang mit Wahrnehmungsstörungen, Umgang mit Schluckstörungen, Kontinenztraining, Angehörigenanleitung sowie Entlassungs-/Verlegungsplanung und -organisation.

### **3.2.2 Umfassende indikationsspezifische Frührehabilitation**

Für bestimmte Patientengruppen stehen auch spezialisierte Einrichtungen zur Frührehabilitation zur Verfügung. Dies betrifft insbesondere die neurologische Frührehabilitation, die geriatrische Frührehabilitation und die Querschnittrehabilitation. Die Indikationsstellung und Qualitätssicherung erfolgt gemäß jeweils eigener Richtlinien, die in Zukunft aufeinander abgestimmt werden sollten.

## **4. Rehabilitationsabklärung**

Zur Erfassung der gesundheitlichen Gesamtsituation eines Patienten im Akutkrankenhaus genügt es nicht, lediglich ICD-Diagnosen festzustellen und zu dokumentieren. Notwendig ist vielmehr die Erfassung der Körperfunktionen und Strukturen, Aktivitäten und Partizipation gemäß der ICF mit ihren Komponenten Körperfunktionen und -Strukturen, Aktivitäten und Partizipation. Sie bietet den konzeptionellen Rahmen für eine ganzheitliche Beschreibung des Gesundheitszustandes von Patienten bei einer akuten Gesundheitsstörung.

Die Wirksamkeit und Effizienz von Rehabilitationsleistungen beim Patienten mit einer akuten Gesundheitsstörung hängt wesentlich davon ab, ob deren Notwendigkeit frühzeitig und fachlich fundiert festgestellt werden kann. Diesem Zweck dienen vor allem Assessment-Verfahren.

Bewährte Assessment-Verfahren zur Feststellung der Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit und zur Formulierung realistischer Rehabilitationsziele beim Patienten nach einer akuten Gesundheitsstörung stehen für die umfassende Frührehabilitation derzeit nur teilweise zur Verfügung (Beispielsweise der FIM und der Barthel Index). Im Rahmen eines Projektes des Lehrstuhls für physikalische und rehabilitative Medizin an der Universität München wird zur Zeit ein ICF-basiertes Klassifikationsverfahren für die ergänzende und umfassende Frührehabilitation entwickelt.

### **4.1. Rehabilitationsbedürftigkeit**

**Rehabilitationsbedürftigkeit** besteht, wenn als Folge einer akuten Gesundheitsstörung voraussichtlich nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Körper-

funktionen und –Strukturen, der Aktivitäten und der Partizipation vorliegen und damit über die akutmedizinische kurative Versorgung hinaus eine medizinische Rehabilitation erforderlich ist.

Die Beeinträchtigungen müssen, unter Beachtung der sozialen Kontextfaktoren für den Patienten alltagsrelevant sein, d.h. seine Selbständigkeit und Gestaltungsmöglichkeit in den Bereichen einschränken, die zu den menschlichen Grundbedürfnissen gehören. Dazu gehören entsprechend den Komponenten des ICF Körperfunktionen und –Strukturen und mögliche auch assoziierte Beeinträchtigungen (z.B. Bewusstsein, Orientierung zur Person, situativ, zeitlich und räumlich, Schlaf-Wach-Rhythmus, Vegetative Stabilität, Wahrnehmung, Kommunikation, Kognition, Sensorische Funktionen, Schlucken, Kontinenz)

sowie Aktivitäten und Partizipation und mögliche auch assoziierte Beeinträchtigungen (z.B. Essen und Trinken, persönliche Hygiene, Mobilität, Gestaltung einer angemessenen Beschäftigung, Gestaltung und Aufrechterhaltung der sozialen Integration).

#### **4.2. Rehabilitationsfähigkeit**

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

**Rehabilitationsfähigkeit für die ergänzende Frührehabilitation in der 1. Akutphase** kann auch dann gegeben sein, wenn die Stabilität des Kreislaufs und die allgemeine psychische und physische Belastbarkeit des Patienten noch eingeschränkt sind. Auch bei nicht kooperationsfähigen Patienten (sog. Postapalliker, Locked in Syndrom, Desorientierter Patient) ist ein Rehabilitationsversuch unter Berücksichtigung der Rehabilitationsprognose zur Abklärung des Rehabilitationspotentials, Planung der weiteren Rehabilitation aber auch zur Vermeidung von Sekundärschäden indiziert.

**Rehabilitationsfähigkeit für die umfassende Frührehabilitation oder die ergänzende Frührehabilitation in der 2. Akutphase** ist dann gegeben, wenn **alle** nachfolgend genannten **Kriterien** erfüllt sind:

- keine Dauerbeatmung erforderlich
- in der Regel keine kontinuierliche apparative Überwachung der Vitalparameter erforderlich
- keine Erhöhung des intrakraniellen Druckes
- keine schwerwiegenden Infektionen (Sepsis)
- bestehende Grund- und Begleiterkrankungen, Schädigungen und typische Komplikationen können vom ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Personal der frührehabilitativen Einrichtung (in interdisziplinärer Zusammenarbeit mit den primärbehandelnden Ärzten) behandelt werden
- der Gesamtzustand erlaubt, dass der Patient mehrmals täglich an rehabilitativen Maßnahmen teilnehmen kann

#### **4.3. Positive Rehabilitationsprognose**

Die Rehabilitationsprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage auf der Basis der Gesundheitsstörung, der funktionalen Gesundheit, der persönlichen Ressourcen und des bisherigen Verlaufs über die Erreichbarkeit eines festgelegten Rehabilitationsziels, durch eine geeignete Rehabilitationsmaßnahme, in einem kalkulierbarem notwendigen Zeitraum.

Die positive Rehabilitationsprognose ist anzunehmen, wenn mindestens **eines** der nachfolgend genannten Ziele erreichbar scheint:

- Verhinderung einer drohenden oder Beseitigung/ Verminderung einer alltagsrelevanten Beeinträchtigung der Körperfunktionen und Strukturen, Aktivitäten und Partizipation durch Verbesserung struktureller und/oder funktioneller Schädigungen auf Organebene
- Kompensationsstrategien zur Alltagsbewältigung sind mit Aussicht auf nachhaltigen Erfolg anzuwenden (trainierbar).
- Aussichtsreiche Adaptionsstrategien (zur Verbesserung der Beeinträchtigungen) können entwickelt werden.

#### 4.4. Rehabilitations-Ziel

Das Rehabilitationsziel besteht darin, möglichst frühzeitig manifeste oder drohende Beeinträchtigungen der Körperfunktionen und Strukturen, Aktivitäten und Partizipation zu beseitigen, zu vermindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.

Unter kritischer Würdigung des individuellen Grades von Rehabilitationsfähigkeit und positiver Rehabilitationsprognose wird das alltagsrelevante Rehabilitationsziel / werden die alltagsrelevanten Rehabilitationsziele aus den Beeinträchtigungen des Patienten in der selbständigen Bewältigung und Gestaltung der 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 hatte, bevor die Beeinträchtigungen der Körperfunktionen und Strukturen, Aktivitäten und Partizipation auftraten, die die aktuelle Rehabilitationsbedürftigkeit begründen.

Grundsätzliches **Rehabilitationsziel in der Frührehabilitation** ist die Wiedergewinnung, Verbesserung oder Erhaltung der Selbständigkeit bei den alltäglichen Verrichtungen im Sinne der Basisfunktionen (vergleiche 4.1).

### 5. Indikationskriterien für eine Frührehabilitation

#### 5.1. Frührehabilitation während der 1. Akutphase

Die Indikation für eine **ergänzende Frührehabilitation** in der 1. Akutphase ist gegeben, wenn bei einem akutmedizinischen Patienten gemäß 4.1. - 4.3 diese medizinisch notwendig (Rehabilitationsbedürftigkeit) und zweckmäßig (Rehabilitationsfähigkeit und positive Rehabilitationsprognose) ist.

## 5.2. Frührehabilitation während der 2. Akutphase

Die Indikation für eine **ergänzende oder umfassende Frührehabilitation** in der 2. Akutphase ist gegeben, wenn gemäß 4.1. - 4.3 bei einem Patienten in der 2. Akutphase die medizinische Notwendigkeit (Rehabilitationsbedürftigkeit) und Zweckmäßigkeit (Rehabilitationsfähigkeit und positive Rehabilitationsprognose) gegeben ist.

Die Indikationsstellung für eine **ergänzende oder umfassende Frührehabilitation** ist unter dieser Voraussetzung in den in Tabelle 5 aufgeführten Situationen gegeben.

Frührehabilitation bei Patienten, die auf eine akutmedizinische diagnostische und / oder therapeutische Infrastruktur angewiesen sind.
Frührehabilitation zur Rehaabklärung mit Beurteilung der Rehaabedürftigkeit, Rehafähigkeit und Rehaprognose
Frührehabilitation in der Zwischenphase vor erneuter akuter Behandlung (z.B. erneute operative Versorgung nach Polytrauma, medikamentöser Behandlungszyklus, adjuvante Strahlentherapie)
Frührehabilitation bei Patienten mit Funktionsstörungen als Folge maligner Erkrankungen mit geringer Lebenserwartung, die unter Einbeziehung der Angehörigen befähigt werden sollen, über Kompensationsstrategien die Ihnen verbleibende Lebensspanne zu Hause verbringen zu können.
Rehabilitation vor Verlegung in die weiterführende Rehabilitation (falls AR/AHB-Kriterien noch nicht erfüllt oder noch kein Platz in der Reha-Klinik frei)
Frührehabilitation vor Entlassung (für Patienten bei denen eine Rehabilitation sinnvoll in wenigen Tagen durchgeführt werden kann und sich deshalb eine Verlegung in eine Rehaklinik nicht lohnt)

**Tab. 5: Indikationen zur Frührehabilitation**

Entscheidendes Kriterium für die Frührehabilitation ist die Notwendigkeit einer gleichzeitigen akutmedizinischen Versorgung. Beispiele zur akutmedizinischen Diagnostik sind eine aufwendige apparative oder invasive Verlaufsdiagnostik (z.B. Einstellen von immunsuppressiven Therapien bei Transplantationspatienten; Einstellen von Spastik-, Schmerz-, oder Insulinpumpen, umfassende Antibiose) und die rehabilitative Spezialdiagnostik unter Verwendung akutmedizinischer Diagnostikmöglichkeiten und / oder in Zusammenarbeit mit anderen Fachabteilungen (z.B. Abklärung Schluckstörung durch Videoendoskopie und Videofluoroskopie; Neuropsychologie). Beispiele zur therapeutischen und pflegerischen Infrastruktur sind Dekubitus und Wundversorgung, frisches Tracheostoma, Dialysepflichtigkeit, Shunt-Anlage, Parenterale und Sonden-Ernährung, zentralvenöser Zugang, Infektion / Besiedlung mit multiresistenten Keimen ( z.B. methicillinresistenter *Staphylococcus aureus*), regelmäßige / notfallmäßige bronchoskopische Lavage bei Schluck-

störungen, Verabreichung und pflegerische Versorgung aller zu- und ableitenden Systeme ( Zentralvenenkatheter, Harnableitungssysteme, Periduralkatheter, Thoraxdrainagen, gastrointestinale Sonden, Sauerstoffversorgung).

Auch nach Ende der Notwendigkeit zur akutmedizinischen Versorgung kann die Rehabilitation im Akutkrankenhaus weiter notwendig sein. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn bei einem Patienten die von den Rehakliniken oder Kostenträgern vorgegebenen Kriterien für die Übernahme noch nicht gegeben sind (z.B. bei Nichterfüllen der AHB-Kriterien) und/oder wenn für Patienten, bei denen die Rehabilitation stationär erfolgen muss, noch kein Platz in einer Rehaklinik zur Verfügung steht. Auch muss für Patienten, bei denen ab einem bestimmten Zeitpunkt keine Notwendigkeit zur gleichzeitigen akutmedizinischen Versorgung mehr besteht, noch eine definierte Zeit im Akutkrankenhaus bis zur Übernahme in eine Reha-Klinik eingeplant werden.

### **5.3 Kriterien für die Zuweisung entweder zur ergänzenden oder zur umfassenden Frührehabilitation während der 2. Akutphase**

Die Differentialindikation zu einer **ergänzenden Frührehabilitation** durch mobile Reha-Teams auf den Fachstationen oder zur **umfassenden Frührehabilitation** auf einer frührehabilitativen Abteilung ist situationsbezogen aufgrund der Kriterien in Tabelle 4 zu entscheiden.

Die umfassende Frührehabilitation ist insbesondere dann indiziert, wenn mehr als 3 Therapieeinheiten pro Tag unter Einbezug von 2 und mehr Gesundheitsberufen notwendig sind. Die umfassende Frührehabilitation ist auch dann indiziert, wenn die spezielle Rehabilitationspflege für den Behandlungserfolg unverzichtbar ist.

## **Diskussion**

Die Errichtung **zentraler PRM-Institute geleitet von einem Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin** an Akutkrankenhäusern wird durch die in diesem Artikel erwähnten und im Artikel zur indikationsübergreifenden Frührehabilitation [1] detaillierter dargestellten existierenden Strukturen erleichtert.

Die Errichtung **bettenführender Abteilungen für indikationsübergreifende Frührehabilitation in großen Akutkrankenhäusern oder im Verbund kleinerer Akutkrankenhäuser** wird strukturell dadurch erleichtert, dass mit der zu erwartenden Verkürzung der Liegezeiten im Rahmen der Einführung der DRGs die notwendige Bettenkapazität zur Verfügung stehen wird.

Durch geeignete strukturelle Rahmenbedingungen mit klarer Begrenzung der Zahl der Frührehabilitationsbetten und das vorgestellte Konzept mit Indikationskriterien zur Frührehabilitation sollte sichergestellt werden, dass sich die notwendige Frührehabilitation nicht zum Nachteil der weiterführenden Rehabilitation und bereits existierender indikationsspezifischer Einrichtungen, insbesondere zur neurologischen Frührehabilitation und Geriatrie, etabliert. Sinnvoll scheint deshalb die Erarbeitung einer breit abgestützten strukturellen Rahmenempfehlung auf der Basis von empirischen Studien zum Bettenbedarf für die indikationsübergreifende Frührehabilitation und die spezialisierten Einrichtungen. Die benötigte Bettenzahl ist dann regional unter Berücksichtigung der Struktur eines Akutkrankenhauses, beispielsweise der Anzahl Intensivbetten, aber auch unter Berücksichtigung und in Abstimmung mit dem regionalen Angebot an spezialisierten Einrichtungen insbesondere im Bereich der Geriatrie und der neurologischen Rehabilitation zu bestimmen.

Die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und vom MDS zu recht geforderte Beschränkung der Frührehabilitation auf das Notwendige, bedingt zudem eine Neudefinition der Eingangskriterien zur weiterführenden Rehabilitation. Die Diskussion zwischen den Krankenkassen und den Rentenversicherern ist dringend notwendig. Längst nicht alle Patienten, welche nicht mehr auf die akutmedizinische Versorgung angewiesen sind, erfüllen heute die Kriterien beispielsweise der BfA [8]. Es ist deshalb offen, wo diese Patienten in Zukunft versorgt werden sollen.

Die Errichtung neuer Strukturen für Frührehabilitation bietet neue Chancen für Reha-Träger. So ist es vorstellbar, dass Träger von weiterführenden Reha-Kliniken gestützt auf das in diesen Kliniken vorhandene fachärztliche und medizinisch-therapeutische Know-How sich sowohl beim Betrieb zentraler PRM-Institute, geleitet von einem Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin, wie auch von bettenführenden Abteilungen für indikationsübergreifende Frührehabilitation in großen Akutkrankenhäusern beteiligen.



Die geforderte und notwendige flächendeckende Errichtung bettenführender Abteilungen für indikationsübergreifende Frührehabilitation wird auf Skepsis bei den Kostenträgern stoßen. Die hauptsächliche Befürchtung dürfte sein, dass durch die Umsetzung der Frührehabilitation zusätzliche Kosten entstehen werden. Dies ist verständlich und es kann davon ausgegangen werden, dass die gesetzlich geforderte Frührehabilitation in Bezug auf die Krankenhauskosten nicht kostenneutral umzusetzen ist. Die Kostenträger sollten sich in diesem Zusammenhang aber bewusst sein, dass Patienten im Rahmen der zu erwartenden kürzeren Liegezeit höhere Ansprüche an die akutmedizinische Infrastruktur stellen werden. Bei Fehlen entsprechender frührehabilitativer Strukturen für die kleine Zahl von Patienten, welche einer solchen bedürfen, müssten diese Patienten in den weiterführenden Rehakliniken auch akutmedizinisch betreut werden. Nachdem viele Reha-Kliniken für derartige Anforderungen heute nicht adäquat eingerichtet sind, müsste entweder dort eine entsprechende Infrastruktur aufgebaut werden oder es müssten Folgekosten, beispielsweise bedingt durch wiederholte teure Transporte zwischen der Akutklinik und der Rehaklinik bzw. Rückverlegungen in das Akutkrankenhaus, in Kauf genommen werden [7]. Beides ist aus wirtschaftlicher Sicht nicht sinnvoll. Gesamtwirtschaftlich betrachtet dürfte die Einrichtung der hier vorgestellten Strukturen zur Frührehabilitation im Akutkrankenhaus vorteilhaft sein. Für die Etablierung der Frührehabilitation entscheidend wird schlussendlich aber sein, ob im Rahmen der Einführung des Fallpauschalengesetzes eine sinnvolle Lösung zu ihrer Finanzierung gefunden und umgesetzt werden kann [5].

Das vorgestellte Konzept befasst sich neben der ergänzenden Frührehabilitation auf den Fachstationen nur mit der umfassenden Frührehabilitation auf einer indikationsübergreifenden bettenführenden Abteilung. Das Konzept könnte darüber hinaus aber auch eine Basis sein für die konzeptionelle Abstimmung und Entwicklung gemeinsamer und differentieller Kriterien zur umfassenden indikationsübergreifenden sowie indikationsspezifischen frührehabilitativen Konzepten und Strukturen, insbesondere in der Geriatrie und der neurologischen Frührehabilitation.

## Literatur

<sup>1</sup> Stucki G, Stier-Jarmer M, Berleth B, Gadomski M.

Indikationsübergreifende Frührehabilitation. Phys Rehab Kur Med 2002; 12: 146-156

<sup>2</sup> Stier-Jarmer M, Koenig E, Stucki G.

Strukturen der neurologischen Frührehabilitation (Phase B) in Deutschland. Phys Rehab Kur Med 2002; 12: 260-271

<sup>3</sup> Stier-Jarmer M, Pientka L, Stucki G.

Frührehabilitation in der Geriatrie. Phys Rehab Kur Med 2002; 12: 190-202

<sup>4</sup> Stier-Jarmer M, Stucki G.

Frührehabilitation im Akutkrankenhaus – Gesetzliche Grundlagen. Phys Rehab Kur Med 2002; 12: 129-133

<sup>5</sup> Brach M, Piek S, Stucki G.

Finanzierung der Frührehabilitation. Phys Rehab Kur Med 2002; 12: 317-324

<sup>6</sup> Stucki G, Cieza A, Ewert T, Kostanjsek N, Chatterji S, Bedirhan Üstün T.

Application of the International Classification of Functioning. Disability and Health (ICF) in clinical practice. Disability and rehabilitation 2002; 24/5: 281-282

<sup>7</sup> Köhler F.

Auswirkungen des DRG-Systems auf Anschluss- und Rehabilitationsbehandlung in Sydney, New South Wales, Australien. Rehabilitation 2002; 41: 10-13

<sup>8</sup> Bundesversicherungsanstalt für Angestellte.

AHB Anschlußheilbehandlung – Informationsschrift für Krankenhäuser. Internet <http://www.bfa-berlin.de>, 1. Auflage 1998

## 7. Zusammenfassung und Diskussion

### Gesetzliche Grundlagen

Seit langem ist bekannt, dass akute Gesundheitsstörungen mit relevanten Beeinträchtigungen der funktionalen Gesundheit gleich- und frühzeitig eine akutmedizinische und eine rehabilitative Behandlung des Patienten erfordern. Aus diesem Grund ist die Einleitung von Rehabilitationsleistungen noch während der akutmedizinischen Versorgung im Krankenhaus kein neues Anliegen. Bereits in den 70er Jahren beispielsweise wurde im Reha-Angleichungsgesetz die frühzeitige Einleitung notwendiger Rehabilitationsmaßnahmen festgeschrieben. Das gleiche Gesetz benannte Krankenhäuser als potentielle Erbringer von Rehabilitationsleistungen. Obwohl folglich aus rechtlicher Sicht einer derartigen Kombination aus Akutmedizin und Rehabilitation nichts entgegenstand, wurde in der Vergangenheit Rehabilitation im Krankenhaus häufig nicht zum frühestmöglichen Zeitpunkt oder nicht in ausreichendem Maße begonnen. Demnach hat die deutsche Gesetzgebung in der Vergangenheit Frührehabilitation in der Akutphase im Krankenhaus durchaus zugelassen, aber nicht explizit gefordert. Erst mit der Einführung des neuen Sozialgesetzbuches (SGB IX) im Jahre 2001 wurde nun erstmals expressis verbis im Gesetz klargelegt, dass zur „akutstationären Behandlung auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation“ (§ 39 Abs.1 SGB V) gehören.

In mehreren medizinischen Fachbereichen hat Frührehabilitation sich im Verlauf der letzten Dekade etabliert. Dazu gehören insbesondere die indikations- oder fachübergreifende Frührehabilitation, die Geriatrie und die Neurologie (Phase B) sowie einige sehr spezielle Bereiche wie die Neuropädiatrie, die Paraplegiologie und die Behandlung von Schwerbrandverletzten, die hier nicht näher untersucht wurden.

### Indikationsübergreifende Frührehabilitation

In bezug auf die **umfassende** indikationsübergreifende **Frührehabilitation** existieren zur Zeit bundesweit 16 Krankenhausabteilungen mit mehr als 500 Betten. Die neuen bettenführenden Einrichtungen zur indikationsübergreifenden Frührehabilitation in Akutkrankenhäusern haben sich etabliert und bewährt. Im Februar 2003 konnte mit

der Frührehabilitationsklinik im AK St. Georg in Hamburg die siebzehnte derartige Einrichtung eröffnet werden [1]. Weitere sind geplant oder befinden sich bereits im Aufbau.

Hinsichtlich der **ergänzenden Frührehabilitation**, die konzeptionell in den Krankenhäusern erst im Ansatz vorhanden ist, zeigt die Analyse, dass in Deutschlands Krankenhäusern medizinisch-therapeutische Berufe mit mehr als 40.000 Mitarbeitern aus insgesamt acht verschiedenen Berufen in hoher Zahl tätig sind. Weiterhin existiert heute in annähernd zwei Drittel aller Akutkrankenhäuser zumindest die Physikalische Therapie als spezieller Bereich, was allerdings nicht gleichzusetzen ist mit fachärztlich geleiteten Instituten für Physikalische Medizin und Rehabilitation. Die Versorgung ist zudem keineswegs flächendeckend. Darüber hinaus bestehen personelle Defizite beispielsweise im Bereich der Ergotherapie und Psychologie, 20% der Krankenhäuser beschäftigen nicht einmal Physiotherapeuten. Die in der Regel berufsgruppenspezifische Organisation eignet sich allenfalls für die **funktionsorientierte Physiotherapie** (oft auch „Frühmobilisation“ genannt), aber nicht für die ergänzende Frührehabilitation, welche ein durch einen Arzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin geleitetes multidisziplinäres Reha-Team voraussetzt.

### **Geriatric**

In der Geriatric ist die Erhaltung bzw. Wiederherstellung einer höchst möglichen Selbständigkeit für den Patienten und die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit vorrangiges Ziel der medizinischen Behandlung. Obwohl als deutsche Besonderheit die Geriatric hierzulande in Akutgeriatric und Geriatric Rehabilitation unterteilt wird, sind Akutbehandlung und Rehabilitation in diesem Gebiet de facto nicht voneinander zu trennen. Auch in der Akutgeriatric spielt deswegen die Rehabilitation eine zentrale Rolle. Mehr als 16.000 Betten in über 300 Einrichtungen gibt es in Deutschland derzeit im Bereich der Geriatric (Akutgeriatric und geriatric Rehabilitation). Ihre Zahl hat in den letzten zehn Jahren stark zugenommen. Bezogen auf die Bevölkerung in den Bundesländern entspricht dies einem Versorgungsgrad von minimal 7,3 bis maximal 55,1 Betten pro 100.000 Einwohnern. Die aus Sicht der Bundesarbeitsgemeinschaft der klinisch-geriatricen Einrichtungen e.V. mindestens notwendige Anzahl von 50-60 geriatricen Betten

pro 100.000 Einwohnern wird demnach lediglich in Hamburg erreicht. Gut die Hälfte der geriatrischen Betten steht in Akutkrankenhäusern mit einer Größe unter 400 Betten, mehr als ein Viertel befindet sich in Rehabilitationskliniken. Der Anteil an großen Akutkrankenhäusern (400 Betten und mehr) mit geriatrischen Abteilungen unterscheidet sich sehr stark in den einzelnen Bundesländern. Bundesweit verfügt nicht einmal jedes fünfte Krankenhaus dieser Größe über eine geriatrische Abteilung. Die Ausstattung mit geriatrischen Einrichtungen wurde in den einzelnen Bundesländern auch hinsichtlich der Zuordnung zu Akutgeriatrie und Geriatrischer Rehabilitation höchst unterschiedlich realisiert. Insgesamt überwiegt in den meisten Bundesländern der Anteil der Akutgeriatrie.

### **Neurologie**

Schwerer zu beurteilen als die Versorgungsstrukturen in der Geriatrie sind die vorhandenen Strukturen der neurologischen Frührehabilitation (Phase B). Basierend auf zwei verschiedenen Datenquellen, einer Befragung der Landesministerien und einer Aufstellung des Kuratoriums ZNS muss immer noch eingeräumt werden, dass sich aufgrund partiell unzureichender Aktualität und Vollständigkeit die tatsächliche Anzahl Phase B Betten derzeit nicht in allen Bereichen exakt ermitteln lässt. Dennoch lassen sich, zumindest für einige Teilbereiche valide Aussagen treffen. Es gibt in Deutschland derzeit mehr als 2000 Phase B Betten, von denen etwa 800 in neurologischen oder psychiatrischen Fachkrankenhäusern, die übrigen in allgemeinen Akutkrankenhäusern oder Rehabilitationskliniken zu finden sind. Auch ihre Zahl hat in den letzten zehn bis fünfzehn Jahren stark zugenommen. Nur zu einem relativ geringen Teil findet die neurologische Frührehabilitation der Phase B in allgemeinen Krankenhäusern statt. Der Anteil an Phase-B-Betten in großen allgemeinen Krankenhäusern ( $\geq 400$  Betten) liegt bei etwa 10-17% des Gesamtbestandes, der Anteil an Phase-B-Betten in Schwerpunktkrankenhäusern mit 800 und mehr Betten liegt bei nur 3-5%. Einen deutlich größeren Teil der Versorgung leisten die Rehabilitationskliniken und die neurologischen Fachkrankenhäuser. Ein sehr großer Anteil an Phase-B-Betten (ca. 25-30%) ist in Bayern zu finden. Aufgrund der extrem unterschiedlichen Verweildauern in der neurologischen Frührehabilitation ist der Bedarf nur schwer abzuschätzen und vorhandene Bedarfsschätzungen lediglich mit Einschränkungen zu gebrauchen.

**Konzept „Indikationsübergreifende Frührehabilitation im Krankenhaus“**

Frührehabilitation bedeutet die gleich- und frühzeitige stationäre akutmedizinische und rehabilitative Behandlung von Patienten mit einer akuten Gesundheitsstörung und relevanter Beeinträchtigung der Körperfunktionen und Strukturen, Aktivitäten und Partizipation gemäß der ICF. Mit sowohl therapeutischen wie auch rehabilitativen Ansätzen verfolgt Frührehabilitation das Ziel, eine dauerhafte Beeinträchtigung der Körperfunktionen und Strukturen, Aktivitäten und Partizipation zu vermeiden oder zu vermindern.

Um die vom Gesetzgeber geforderte Frührehabilitation im Akutkrankenhaus in Zukunft flächendeckend etablieren zu können, ist das Vorhandensein zum einen zentraler Institute für Physikalische und Rehabilitative Medizin (PRM) geleitet von PRM-Fachärzten an Akutkrankenhäusern und zum anderen bettenführender Frührehabilitationsabteilungen in den großen Akutkrankenhäusern oder im Verbund kleinerer Akutkrankenhäuser für die Durchführung der umfassenden Frührehabilitation notwendig. Zu den primären Aufgaben der zentralen PRM-Institute zählen dabei die Durchführung der ergänzenden Frührehabilitation mit mobilen Reha-Teams auf den Fachstationen sowie die funktionsorientierte Physiotherapie. Die Durchführung einer umfassenden Frührehabilitation dagegen ist nur in speziellen Frührehabilitationsabteilungen möglich.

**Strukturkonzept**

Die funktionsorientierte Physiotherapie (auch „Frühmobilisation“ oder „postoperative Krankengymnastik“ genannt) ist obligatorischer Bestandteil moderner stationärer akutmedizinischer Behandlung. Sie umfasst in der Regel ein bis zwei physikalisch-medizinische Einzelmaßnahmen pro Tag. Ziel der funktionsorientierten Physiotherapie ist die Behebung vorübergehender Beeinträchtigungen von Körperfunktionen und –Strukturen, häufig die Wiedererlangung der Mobilität.

Die ergänzende Frührehabilitation unterscheidet sich von der funktionsorientierten Physiotherapie als Einzelmaßnahme. Sie wird in der ersten oder zweiten Akutphase durch ärztlich geleitete mobile Rehateams auf den Intensiv-, Intermediate-Care- und Fachstationen eines Krankenhauses erbracht. Die Möglichkeiten der ergänzenden

Frührehabilitation sind aufgrund organisatorischer Gegebenheiten häufig begrenzt (Versorgung mehrerer Fachstationen, lange Wegezeiten, Berücksichtigung der akutmedizinisch geprägten Abläufe der Fachstation) Sie ist deshalb nur dann sinnvoll durchzuführen, wenn mit täglich 2-3 Therapieeinheiten unter Einbezug von maximal 2 Gesundheitsberufen und ohne Rehabilitationspflege das Frührehabilitations-Ziel erreicht werden kann.

Darüber hinaus ist die umfassende Frührehabilitation auf einer frührehabilitativen Abteilung in der zweiten Akutphase indiziert. Die Struktur einer solchen Einrichtung, die Qualifikation des Teams, die organisatorischen und zeitlichen Abläufe der Behandlungsprogramme müssen auf die besonderen Bedürfnisse einer kombiniert akutmedizinischen und rehabilitativen Leistungserbringung ausgerichtet sein. Die Rehabilitationsärzte der frührehabilitativen Station arbeiten interdisziplinär eng mit den Ärzten der primärversorgenden Fachstationen zusammen. Falls notwendig kann ein Patient zeitnah wieder auf eine Intensiv-, Intermediate-Care oder Fachstation verlegt werden. Entscheidend ist die Integration der Pflege in die rehabilitative multidisziplinäre Leistungserbringung. Die umfassende Frührehabilitation kann aus naheliegenden Gründen (Anzahl der beteiligten und zu koordinierenden Gesundheitsberufe inkl. Rehapflege, zeitlich aufwendige Koordination der Reha-Leistungen und Teambesprechungen, multidisziplinäre Dokumentation, fachärztliche Leitung) inhaltlich wie organisatorisch nur durch ein Team auf einer eigenen Bettenstation erbracht werden.

### **Kriterien für die indikationsübergreifende Frührehabilitation**

Die Indikation für eine ergänzende Frührehabilitation in der 1. Akutphase bzw. eine ergänzende oder umfassende Frührehabilitation in der 2. Akutphase ist gegeben, wenn bei einem akutmedizinischen Patienten Frührehabilitationsbedürftigkeit (über die akutmedizinische Versorgung hinaus ist eine medizinische Rehabilitation erforderlich, weil als Folge einer akuten Gesundheitsstörung voraussichtlich nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Körperfunktionen und –Strukturen, der Aktivitäten und der Partizipation vorliegen) und Frührehabilitationsfähigkeit (Rehabilitationsfähigkeit für die umfassende Frührehabilitation oder die ergänzende Frührehabilitation in der 2. Akutphase ist gegeben, wenn keine akut vitale Gefährdung besteht und der Patient mehrmals täglich an rehabilitativen

Maßnahmen teilnehmen kann) besteht und eine positive Frührehabilitationsprognose (die positive Rehabilitationsprognose ist anzunehmen, wenn Beeinträchtigungen der funktionalen Gesundheit verhindert, beseitigt oder vermindert werden können oder Kompensationsstrategien zur Alltagsbewältigung mit Aussicht auf nachhaltigen Erfolg anzuwenden sind oder Adaptionstrategien entwickelt werden können) anzunehmen ist.

Entscheidendes Kriterium für die Frührehabilitation ist die Notwendigkeit einer gleichzeitigen akutmedizinischen Versorgung.

### **Strukturen der Frührehabilitation in großen Akutkrankenhäusern**

Ein Anliegen der vorliegenden Studie war die Untersuchung der vorhandenen Frührehabilitations-Strukturen in großen Akutkrankenhäusern. Hintergrund für diese Fragestellung war die Idee, dass in den großen Krankenhäusern ( $\geq 400$  Betten) mit ihrem hohen Anteil an Intensivbetten (5,4%) und deren im Vergleich zu kleineren Krankenhäusern überdurchschnittlichen Nutzungsgrad der Bedarf für Leistungen der Frührehabilitation in besonderem Maße gegeben ist.

Für das Gebiet der Neurologie zeigt die Analyse, dass etwa 10-17% aller Phase-B-Betten in großen allgemeinen Krankenhäusern ( $\geq 400$  Betten) stehen. Einrichtungen der neurologischen Frührehabilitation Phase B finden sich demnach in ca. 4% aller großen Akuthäuser ( $\geq 400$  Betten) in Deutschland. Im Bereich der Geriatrie verfügt bundesweit mit knapp 18% nicht einmal jedes fünfte Krankenhaus dieser Größe über eine entsprechende Abteilung. Die Abteilungen der indikationsübergreifenden Frührehabilitation schließlich sind zu fast 90% in großen Akuthäusern angesiedelt. Da es sich dabei aber in der Summe um nur 14 Einrichtungen handelt, versorgt auch dieser Bereich nur einen sehr geringen Anteil (3,7%) großer Krankenhäuser mit frührehabilitativer Kompetenz. Insgesamt ist damit bundesweit höchstens jedes vierte bis fünfte allgemeine Akutkrankenhaus in der Größenklasse  $\geq 400$  Betten mit einer Abteilung für Frührehabilitation, sei es geriatrische, neurologische oder indikationsübergreifende, ausgestattet.



### **Krankenhaus oder Rehaklinik**

Frührehabilitation ist Bestandteil der Krankenhausbehandlung und erfordert eine enge akut- oft auch intensivmedizinische Anbindung. Sie sollte deshalb in Krankenhäusern stattfinden und dort vorrangig in solchen, die aufgrund ihrer Patientenstruktur einen entsprechenden Bedarf haben und über eine passende akutmedizinische Infrastruktur verfügen (s.o.). Selbstverständlich müssen hierfür adäquate frührehabilitative Strukturen in diesen Häusern vorausgesetzt respektive sofern noch nicht vorhanden implementiert werden.

Um Rehabilitationskliniken für die Versorgung von Frührehabilitationspatienten zu befähigen, wäre eine erhebliche Ausweitung der akutmedizinischen und pflegerischen Infrastruktur in diesen Häusern notwendig. Hier könnten nicht nur Probleme entstehen, da die Rentenversicherung definitionsgemäß weder bereit noch verpflichtet ist, Kosten der Akutmedizin in Rehabilitationskliniken zu übernehmen. Es ist zudem zu bezweifeln, dass sich eine solche Investition lohnt für eine gemessen am Gesamtpatientenaufkommen letztlich doch relativ kleinen Gruppe von Patienten, die einer umfassenden Frührehabilitation auf einer speziell dafür ausgestatteten Station bedürfen. Dennoch reflektieren heute offenbar zunehmend auch Rehabilitationskliniken, künftig Frührehabilitationspatienten zu versorgen, "wenn dies von den Beteiligten - einschließlich der Kostenträger - gewollt und finanziert ist" [2].

### **Bedarf**

Für bettenführende Abteilungen der indikationsübergreifenden Frührehabilitation gibt es zur Zeit ebenso wenig wie für das therapeutische Personal evidenzbasierte Bedarfsschätzungen. Gemäß Erfahrung der BAG Frührehabilitation sind etwa 3 – 5 Betten pro 100 Betten eines Krankenhauses für die indikationsübergreifende Frührehabilitation erforderlich. Es muss allerdings davon ausgegangen werden, dass die notwendige Zahl stark abhängt von der Anzahl vorhandener Intensiv- und Intermediate-Care Betten und der verfügbaren Betten in spezifischen Gebieten wie der Neurorehabilitation und Geriatrie. In den beiden letztgenannten Bereichen scheint der Bedarf derzeit annähernd gedeckt zu sein, wobei dies in der Geriatrie auch damit zusammenhängt, dass geriatrische Patienten teilweise auf normalen Fachstationen z.B. der Inneren Medizin behandelt werden.

Der Bedarf an Strukturen für die Frührehabilitation ist stark abhängig von der Zeit, die ein Patient dort verbleiben muss. Die benötigte Verweildauer in der Frührehabilitation

beträgt in der Regel einige Wochen, ist aber in vielen Fällen nicht sicher vorhersehbar und kann sehr stark variieren und im Einzelfall erheblich längere Zeiträume umfassen.

Für die Zukunft deuten verschiedene Faktoren auf einen weiter steigenden Bedarf an Strukturen für die Frührehabilitation hin. Weitere Fortschritte auf dem Gebiet der Intensivmedizin könnten beispielsweise eine Verlängerung der Verweildauer in der Frührehabilitation und damit gleichzeitig einen Anstieg des Bedarfs bewirken, wenn Patienten in noch kränkerem Zustand als bisher in der Frührehabilitation behandelt werden müssten. Auch aufgrund der bekannten demografischen Entwicklung in unserer Gesellschaft lässt sich ein weiter steigender Bedarf prognostizieren. Frührehabilitationsrelevante Erkrankungen wie beispielsweise der Schlaganfall werden altersbedingt gehäuft auftreten, ebenso wird die Nachfrage im Bereich der Geriatrie steigen. Die Inzidenz des Schlaganfalls liegt z.B. bei jungen Männern im Alter von 25-34 Jahren bei 9 Fällen pro 100.000, in der Altersgruppe von 65-75 Jahre steigt sie auf 1005 Fälle pro 100.000 (Frauen: 11 bzw. 779 Fälle pro 100.000) [3]. In allen drei untersuchten Bereichen der Frührehabilitation bilden Schlaganfallpatienten die größte Behandlungsgruppe. Schließlich kann auch das neue fallpauschalierte Vergütungssystem für die Krankenhäuser den Bedarf an Frührehabilitation steigern. Die mit der Einführung dieses Systems beabsichtigte und zu erwartende Verkürzung der Verweildauern im Krankenhaus wird zu einem Anstieg der Anzahl derjenigen Patienten führen, die in einem kränkeren Zustand als bisher aus der Fachabteilung im Krankenhaus in nachgeordnete ambulante oder stationäre Versorgungsbereiche entlassen werden. Internationale Erfahrungen mit derartigen pauschalierten Entgeltsystemen zeigen, dass dies häufig mit der Konsequenz einer verstärkten Wiedereinweisung in das Akutkrankenhaus (Drehtüreffekt) und mit einem Anstieg von Pflegeheimweisungen verbunden ist. Die Verlegung von Patienten in eine Frührehabilitationsabteilung mit gleichzeitigem Ausscheiden aus den DRGs so lange, bis diese Patienten sinnvoll in einer Rehabilitationsklinik, zu Hause oder von ambulanten Diensten weiter versorgt werden können, kann dabei ein entscheidendes "Ventil" sein, um für diese Patienten vorerst den Verbleib im Akutkrankenhaus zu ermöglichen.

Für die Zukunft notwendig ist die Erarbeitung einer breit abgestützten strukturellen Rahmenempfehlung auf der Basis von empirischen Studien zum Bettenbedarf für die

indikationsübergreifende Frührehabilitation und die spezialisierten Einrichtungen insbesondere im Bereiche der Geriatrie und der neurologischen Rehabilitation.

### **Kriterien**

Wichtig ist die Frage der optimalen Zuweisung von Patienten in die passende Frührehabilitationseinrichtung. Dabei müssen sowohl die jeweils unterschiedlichen Bedürfnisse der Patienten, als auch die regionalen Gegebenheiten Berücksichtigung finden.

Für die Zuordnung von Patienten zu den verschiedenen Bereichen der Frührehabilitation existieren derzeit keine Kriterien. Weiter oben wurde bereits am Beispiel der Schlaganfallpatienten gezeigt, dass hierbei Überschneidungen zwischen den verschiedenen Einrichtungsarten akzeptiert und in der Realität auch vorhanden sind. Die Zahlen zur Leistungserbringung in allen untersuchten Bereichen der Frührehabilitation weisen nach, dass der Behandlung von Schlaganfallpatienten in allen Bereichen der Frührehabilitation, sei es die neurologische, die geriatrische oder die indikationsübergreifende, ein starkes Gewicht zukommt. In welche Einrichtung ein Patient letztlich überwiesen wird, wird abhängig sein von den jeweils vor Ort vorhandenen Strukturen möglicherweise aber auch von Art und Schwere der Behinderungen des Patienten und den jeweiligen therapeutischen Schwerpunkten der in Frage kommenden Frührehabilitationsabteilungen.

In der Praxis wäre durchaus eine Erweiterung von bereits bestehenden Ressourcen in Geriatrie oder Neurologie um den Bereich der indikationsübergreifenden Frührehabilitation unter Einbeziehung der entsprechenden Qualifikation für PRM denkbar, ebenso wie umgekehrt auch die Integration geriatrischer oder neurologischer Qualifikationen in bestehende oder noch zu schaffende Abteilungen der indikationsübergreifenden Frührehabilitation möglich wäre. Einzelne Einrichtungen der indikationsübergreifenden Frührehabilitation verfügen heute schon über einen weiteren beispielsweise geriatrischen oder neurologischen Schwerpunkt. Damit der richtige Patient, zur richtigen Zeit, in der richtigen Frührehabilitations-Einrichtung behandelt werden kann, bedarf es eines übergeordneten Case-Managements. Kriterien für die Zuweisung von Patienten zu den verschiedenen Arten von Frührehabilitations-Einrichtungen könnten sich am Modell der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) orientieren. ICF-

Core Sets zur Beurteilung der Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit und der Pflegebedürftigkeit in der Frührehabilitation werden derzeit im Rahmen eines Forschungsprojektes am Lehrstuhl für Physikalische Medizin und Rehabilitation der LMU München entwickelt und bis Ende des Jahres 2003 zur Verfügung stehen.

Anzustreben ist künftig auch eine konzeptionelle Abstimmung und Entwicklung von gemeinsamen und differentiellen Kriterien zur umfassenden indikationsübergreifenden Frührehabilitation und verschiedenen umfassenden indikations-spezifischen frührehabilitativen Konzepten, insbesondere der Geriatrie und der neurologischen Frührehabilitation. Zu Beginn dieses Jahres hat sich unter Moderation des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) eine Methodengruppe „Frührehabilitation im Krankenhaus“ gegründet. Diese Gruppe setzt sich zusammen aus jeweils zwei klinisch und wissenschaftlich tätigen Mitgliedern der Fachbereiche Geriatrie, indikationsübergreifende Frührehabilitation, Neurologie, Paraplegiologie und Rheumatologie. Mit Hilfe eines Delphi-Verfahrens und basierend auf den in der vorliegenden Arbeit präsentierten Kriterien zur umfassenden indikationsübergreifenden Frührehabilitation, die sich in erster Linie am gleichzeitig bestehenden rehabilitativen und akutmedizinischen Versorgungsbedarf orientieren, arbeitet diese Gruppe an einer gemeinsamen Konzeption der Frührehabilitation unter Integration aller Fachbereiche. Aufgabe soll es sein, ein gemeinsames Konzept zur Frührehabilitation (Definition; Operationalisierung des Frührehabilitations-Patienten; Indikationsstellung der Frührehabilitation im Krankenhaus im Sinne von Eingangs-/ Ausgangskriterien) zu entwerfen, mit dessen Hilfe jeder Patient in jedem Akutkrankenhaus adäquat eingeordnet werden kann. Auch für die Komponenten des allgemeinen Algorithmus der Rehabilitation (Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit, -prognose, -ziel) soll auf diese Weise eine gemeinsame, auf die Frührehabilitation angepasste Definition gefunden werden. Die Arbeiten sind noch nicht abgeschlossen, es zeigt sich aber bereits, dass im Gegensatz zur Tetrade Rehabedürftigkeit, -fähigkeit, -prognose und -ziel in der Rehabilitation für die Einleitung frührehabilitativer Leistungen nach § 39 SGB V insbesondere die Definitionen der Frührehabilitationsbedürftigkeit und der Frührehabilitationsfähigkeit die wesentlichen Entscheidungskriterien sein werden.

## Finanzierung

Das nach wie vor drängendste Problem im Bereich der Frührehabilitation in Deutschland bleibt die Frage der künftigen Finanzierung. Das Fortbestehen dieser Versorgungsform wird stark davon abhängen, wie die DRGs letztendlich gestaltet werden respektive ob aufwändige Behandlungen mit unbestimmter Dauer wie die Frührehabilitation oder auch andere Bereiche - diskutiert werden in diesem Zusammenhang derzeit die Geriatrie, Multiple Sklerose, Rheumatologie, Epilepsie, Pädiatrie, Dermatologie sowie die Behandlung schwerstbehinderter Patienten - zumindest vorübergehend aus dem DRG-System ausgenommen werden.

Konsens besteht unter Experten darüber, dass die Leistungen der Frührehabilitation über die DRGs in der gegenwärtigen Form nicht darstellbar sind. Dies liegt, wie schon weiter oben erläutert, u.a. daran, dass der individuelle Bedarf eines Patienten an (Früh-)Rehabilitationsleistungen nicht zwingend mit der Diagnose korreliert, sondern abhängig ist vom Grad der Beeinträchtigung seiner funktionalen Gesundheit gemäß der ICF. Während Geriatrie und Rheumatologie einen Weg suchen, innerhalb des DRG-Systems zu einer Lösung zu finden, sehen Neurologie und Indikationsübergreifende Frührehabilitation zurzeit nur außerhalb des diagnoseorientierten Fallpauschalensystems eine realistische Möglichkeit Frührehabilitation adäquat zu vergüten. Vorerst könnte dies weiter über Tagespauschalen erfolgen, so lange bis ein Vergütungssystem zur Verfügung steht, das basierend auf den Krankheitsfolgen den erforderlichen Leistungsaufwand entsprechend abbildet.

Auch die Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter (DVfR), eine interdisziplinäre Vereinigung von Leistungsträgern, Leistungserbringern, Fach- und Berufsverbänden der Rehabilitation und Verbänden der Menschen mit Behinderungen, fordert in ihrer Stellungnahme zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems [4] vom März 2003 die Herausnahme von drei Leistungsbereichen aus der DRG-Systematik, so lange ihre ausreichende Erfassung und Bewertung innerhalb des DRG-Systems noch nicht gewährleistet ist. Es handelt sich dabei um

1. Leistungen der Krankenhausabteilungen mit überwiegend rehabilitativen Leistungen (Frührehabilitation),
2. Leistungen besonders spezialisierter Krankenhäuser oder Krankenhausabteilungen (u.a. Querschnittlähmung, Brandverletzungen, geriatrische Erkrankungen einschl. Demenz, onkologische Erkrankungen, entzündlich-rheumatische Erkrankungen etc.) und

### 3. Leistungen für schwerbehinderte Menschen mit behinderungsassoziiertem Mehrbedarf im Akutkrankenhaus.

Die DVfR schlägt eine Vergütung dieser Leistungen für die Gruppen 1 und 2 nach tagesgleichen Pflegesätzen und für die Gruppe 3 eine Zuschlagsregelung auf Antrag des jeweiligen Krankenhauses vor.

Auch der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen weist in seinem neuesten Gutachten [5] darauf hin, dass „die Ermittlung und Einführung spezieller prospektiver Pauschalen für frührehabilitative Fälle kurzfristig nicht realisierbar ist“ und empfiehlt deshalb, „zumindest für eine Übergangsperiode - in Anlehnung an die bisher in Australien angewandte Vergütungsregelung - für frührehabilitative Behandlungsfälle eine gesonderte Vergütung, z.B. "Zuschläge" in Form von tagesgleichen Pflegesätzen, in Betracht zu ziehen."

Die Möglichkeit, Ausnahmen von der pauschalen Vergütung aller stationären Leistungen zu schaffen, eröffnet stärker als zuvor im Fallpauschalengesetz (FPG) [6] das aktuell am 21.07.2003 in Kraft getretene Fallpauschalenänderungsgesetz (FPÄndG) [7]. Es sieht unter anderem eine zeitlich und inhaltlich erweiterte Öffnungsregelung krankenhausesindividueller Entgelte gemäß § 6 Abs. 1 KHEntgG vor. Während bisher die Ausnahmeregelung für noch nicht durch diagnosebezogene Pauschalen abbildbare Leistungen bis 2004 begrenzt war, soll diese Möglichkeit nun bis 2006 verlängert werden. Der Bundesrat forderte darüber hinaus in seinem Beschluss zum FPÄndG gar die Abschaffung dieser zeitlichen Beschränkung, „da schon jetzt deutlich ist, dass der von der Bundesregierung verfolgte 100-Prozent-Ansatz auch nach 2006 nicht realisierbar sein wird.“ [8]

Es lässt sich zusammenfassend feststellen, dass die Unzulänglichkeit des DRG-Systems hinsichtlich einer adäquaten Vergütung für die Frührehabilitation im Kreise der Leistungsträger und –erbringer, in Verbänden, Patientenorganisationen und Expertenkommissionen sowie in der Politik erkannt wurde und derzeit hohe Aufmerksamkeit erfährt. Ansätze für eine zumindest vorübergehende Lösung des Problems eröffnet das aktuell in Kraft getretene Fallpauschalenänderungsgesetz, indem es für (noch) nicht durch diagnosebezogene Pauschalen darstellbare Leistungen wie die Frührehabilitation eine Möglichkeit bietet, krankenhausesindividuelle Entgelte zu vereinbaren. Allerdings setzt dies eine Konsensfindung im Kreise der Selbstverwaltungspartner voraus. Im Interesse der betroffenen Patienten bleibt zu hoffen, dass die inhaltliche Konzipierung dieses Versorgungssektors und seine

Einpassung in das Vergütungssystem für Krankenhausleistungen bald und in einer Weise gelingt, die die Versorgung der Patienten langfristig sicherstellt.

## Literatur

<sup>1</sup> Besser früh behandelt. LBK forum, 2003; 1: 20

<sup>2</sup> Kuge A. DRG - Was ändert sich für die Rehabilitation?. f&w 2003; 20. JG: 277-280

<sup>3</sup> Heinemann LAJ, Barth W, Garbe E, Willich SN, Kunze K und die Forschungsgruppe MONICA Ostdeutschland. Epidemiologische Daten zur Schlaganfallerkrankung – Daten des WHO-MONICA-Projekts in Deutschland. Nervenarzt 1998; 69: 1091-1099

<sup>4</sup> Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter (DVfR). Stellungnahme zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems. März 2003

<sup>5</sup> Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Band II Qualität und Versorgungsstrukturen. Gutachten Kurzfassung; Bonn 2003

<sup>6</sup> Bundesregierung Deutschland. Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz – FPG). Bundesgesetzblatt Jahrgang 2002 Teil I Nr.27; Bonn 2002: 1412-1432  
<http://217.160.60.235/BGBL/bgbl1f/GGTSPU-28588-155562-DAT/BGBI102027s1412.pdf>

<sup>7</sup> Bundesregierung Deutschland. Gesetz zur Änderung der Vorschriften zum diagnose-orientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (Fallpauschalenänderungsgesetz – FPÄndG). Bundesgesetzblatt Jahrgang 2003 Teil I Nr.36; Bonn 2003: 1461-1470  
<http://www.bmgs.bund.de/download/gesetze/gkv/GGTSPU-12876-533022-DAT/FPAendG.pdf>

<sup>8</sup> Beschluss des Bundesrates. Gesetz zur Änderung der Vorschriften zum diagnose-orientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser – Fallpauschalenänderungsgesetz (FPÄndG). Drucksache 342/03 vom 20.06.03



## Danksagung

Die vorliegende Arbeit wurde in der Zeit von März 2001 bis August 2003 in der Klinik und Poliklinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation der Ludwig-Maximilians-Universität München unter Leitung von Herrn Prof. Dr. med. G. Stucki angefertigt.

Ich danke allen, die mich bei der Durchführung dieser Arbeit unterstützt haben, insbesondere:

- Herrn Prof. Dr. med. Gerold Stucki für die konstruktiv-kritische Begleitung meiner Arbeit, die bereichernden Diskussionen und den großen Freiraum, den er mir bei der Gestaltung dieses interessanten und abwechslungsreichen Projektes gelassen hat
- Herrn Dr. med. Michael Gadomski für die Bereitstellung unzähliger Materialien zur fach- bzw. indikationsübergreifenden Frührehabilitation, seine immerwährende Gesprächsbereitschaft, wertvolle Anregungen und seine freundliche Unterstützung
- Frau Dr. med. Beate Berleth für die Daten zur Leistungserbringung der Krankenhausabteilungen für fachübergreifende Frührehabilitation und für viele interessante und aufschlussreiche Gespräche
- Herrn Prof. Dr. med. Eberhard Koenig für die Informationen zur neurologischen Frührehabilitation und für seine Hilfe in Form von ausführlichen und fruchtbaren Diskussionen
- Herrn Dozent Dr. med. habil. Klaus Leistner für die konstruktive Unterstützung bei der Ausarbeitung der Kriterien zur Frührehabilitation
- Herrn Dr. med. Wilfried Diener für die Informationen zur Neuropädiatrie
- Herrn Prof. Dr. med. Ludger Pientka, Herrn Dr. med. Thomas Stamm und Herrn Dr. med. Gerhard Weber für das zur Verfügung gestellte Informationsmaterial
- dem Kuratorium ZNS für Unfallverletzte mit Schäden des zentralen Nervensystems e.V. und den zahlreichen Mitarbeitern in den Sozialministerien der Bundesländer für ihre Kooperation
- den Mitarbeiterinnen des Thieme-Verlages Frau Elli-Meier und Frau Fuchs für ihren geduldigen Umgang mit der häufig etwas engen Termingestaltung bei der Abgabe der Manuskripte.

Nicht versäumen möchte ich, mich bei meinen Kolleginnen und Kollegen in der Klinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation zu bedanken, die mir jederzeit Hilfe verschiedenster Art zuteil werden ließen. Zu danken habe ich hier insbesondere Frau Mirjam Brach, Klinikmanagerin, Frau Trisha Davies-Knorr, Physiotherapeutin und Co-Leiterin TOM (Teaching and Outcome Management), Frau Maria Geier, Physiotherapeutin Bereichsleitung Intensivmedizin, Herrn Dr. med. Thomas Harbich, Oberarzt, Herrn Dr. med. Andreas Römer, Oberarzt, Frau Dr. med. Susanne Schwarzkopf, leitende Oberärztin und Frau Sabine Wilke, medizinisch-therapeutische Leitung, für die vielfältige Unterstützung durch fachliche Informationen, wertvolle Anregungen, Kommentare und die kritische Durchsicht der Manuskripte.

---

## Curriculum vitae

### Angaben zur Person

Name: Marita Stier-Jarmer  
Adresse: Portenstr. 23, 81379 München  
Geburtsdatum: 20.03.1955  
Geburtsort: Hanau / Main  
Familienstand: verheiratet (2 Kinder)  
Staatsangehörigkeit: deutsch

### Ausbildung

1996-1998 Ludwig-Maximilians-Universität München  
Postgraduierten-Studiengang "Öffentliche Gesundheit und Epidemiologie"  
Thema der Magisterarbeit: "Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Patientenzufriedenheit von Mamma-Karzinom-Patientinnen"  
Abschluss: **Magistra Public Health (M.P.H. postgrad.)**

1983-1989 Ludwig-Maximilians-Universität München  
Studium der Erziehungswissenschaften  
Nebenfächer: Sozialpsychologie / Anthropologie und Humangenetik  
Thema der Magisterarbeit:  
"Fragen der Sexualerziehung bei Jugendlichen - Befunde und Probleme", eine Studie über den Umgang von Jugendlichen mit der Krankheit AIDS  
Abschluss: **Erziehungswissenschaftlerin Magistra Artium (M.A.)**

1973-1975 Schule für technische Assistenzberufe der Siemens AG München  
Abschluss: **Ingenieurassistentin für Nachrichtentechnik**

1973 Abitur an der Hohen Landesschule Hanau/Main

## Beruflicher Werdegang

seit Februar 2001	LMU München, Klinik und Poliklinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation Wiss. Mitarbeiterin im Bereich Reha-Wissenschaften und Reha-Ökonomie
1999 - 2001	TU München, Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und Medizinische Psychologie Wiss. Mitarbeiterin im Projekt "Feldstudien zur regionalen Versorgung von Krebspatienten"
1998 -1999	LMU München, Institut für Immunologie Wiss. Mitarbeiterin in einem Sonderforschungsprojekt
1996	Gesundheitsreferat München / Gesundheitsberichterstattung Wiss. Mitarbeiterin (befristet bis zum Beginn des Public Health Studiums)
1975-1990	Siemens AG München Systemsoftware-Entwicklerin (vorwiegend im Bereich Datenbanksysteme)

## Sonstige Tätigkeiten

1999 - 2001	Ehrenamtliche Tätigkeit für die Mittagsbetreuung Boschetsrieder Schule
1990 - 1995	Führung des Haushaltes / Erziehung der Kinder / Elternbeiratstätigkeit

## Praktika

Sept. - Nov. 1995	Gesundheitsreferat München, Fachbereiche "Gesundheitsförderung und Prävention" und "Gesundheitsberichterstattung"
-------------------	---

## Auszeichnungen

Mai 1998	„Bayerischer Public-Health-Löwe“ für die beste Magisterarbeit des 5. Jahrgangs des Postgraduierten- Studiengangs „Öffentliche Gesundheit und Epidemiologie“
----------	---