

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 Einrichtungstypen 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.

Key words

Fundamental legal principles · early rehabilitation in hospital · SGB IX

Institutsangaben

Klinik und Poliklinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Klinikum der Universität München
(Direktor: Prof. Dr. med. G. Stucki), München

Hinweis

Dieser Artikel enthält Teile der Dissertation von Frau Marita Stier-Jarmer an der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München, in Vorbereitung

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Gerold Stucki · Klinik und Poliklinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation ·
Klinikum der Universität München · Marchioninistraße 15 · 81366 München

Eingegangen: 27.3.2002 · **Angenommen:** 17.4.2002

Bibliografie

Phys Med Rehab Kuror 2002; 12: 129 – 133 © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 0940-6689

Schlüsselwörter

Gesetzliche Grundlagen · Frührehabilitation im Krankenhaus · SGB IX

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 [1–3].

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

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

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 B, Schäfer G. Frührehabilitation im Krankenhaus. Die Krankenversicherung 1992; 6: 168–171)

§ 39 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.**

§ 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.**

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 Leistun-

gen 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.

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 Unübersichtlichkeit 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).

Mit Einführung des SGB IX wurden das Schwerbehindertengesetz (SchwbG) und das Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation (RehaAngIG) 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.

Tab. 2 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 VII 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

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.

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 Septemerausgabe 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.

Tab. 3 Gesetzliche Grundlagen der Frührehabilitation mit Einführung des SGB IX

Frührehabilitation im SGB IX

§ 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. Belastungsproben 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 Selbsthilfepotenzialen,
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 Gesetzsbuchs bleiben unberührt.
- Gesetzestext: (www.bma.de/download/gesetze_web/SGB09/sgb09x027.htm) (übernommen am 17. 7. 2001)

Tab. 3 Fortsetzung

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 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/sgb05x039.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 Rehabilitationspotenzial 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 Rehabilitationspotenzials 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.

Begründung zum Gesetzestext der Bundesregierung vom 17. 1. 2001 übernommen am 11. 12. 2001 von <http://www.behindertenbeauftragter.de/sozialgesetzbuch.stm>

Literatur

- ¹ Stier-Jarmer M, Koenig E, Stucki G. Neurologische Frührehabilitation. Phys Rehab Kur Med, 2002; 12: in press
- ² Stier-Jarmer M, Pientka L, Stucki G. Frührehabilitation in der Geriatrie. Phys Rehab Kur Med, 2002; 12: in press
- ³ Stucki G, Stier-Jarmer M, Berleth B, Gadomski M. Indikationsübergreifende Frührehabilitation. Phys Rehab Kur Med 2002; 12: 146 – 156
- ⁴ 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
- ⁵ Piek S, Brach M, Fischbacher L, Stucki G. Finanzierung der Frührehabilitation. Phys Rehab Kur Med, 2002; 12: im Druck