

Indikationsübergreifende Frührehabilitation

G. Stucki¹
M. Stier-Jarmer¹
B. Berleth²
M. Gadomski³

General early rehabilitation

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 frühestmöglichen 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

Abstract

General or interdisciplinary early rehabilitation on 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 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

Institutsangaben

¹ Klinik und Poliklinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Klinikum der Universität München (Direktor: Prof. Dr. med. G. Stucki)

² Institut für physikalische und rehabilitative Medizin, Klinikum Ingolstadt (Chefarztin: Dr. med. B. Berleth)

³ Abteilung für Physikalische Medizin und Medizinische Rehabilitation, Städtisches Krankenhaus München-Bogenhausen (Chefarzt: Dr. med. M. Gadomski)

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 · Marchioninstraße 15 · 81377 München

Eingegangen: 18. 4. 2002 · Angenommen: 22. 4. 2002

Bibliografie

Phys Med Rehab Kuror 2002; 12: 146–156 © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 0940-6689

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.

Schlüsselwörter

Indikationsübergreifende Frührehabilitation · Frührehabilitation im Krankenhaus · medizinisch-therapeutische Berufe · Versorgungsstrukturen

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 berufsgruppenspezifischen 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 kosteneffektive 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

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.

Key words

General early rehabilitation · early rehabilitation in hospital · medico-therapeutic occupations · structures of supply

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 berufsgruppenspezifischen Einzelmaßnahmen.

In neuerer Zeit gibt es beispielsweise am Klinikum der Universität München Versuche zur Organisation der medizinisch-therapeutischen Berufe in multidisziplinären mobilen Rehabilitationsteams. Das Ergebnis der koordinierten multidisziplinären Arbeit im Rehabilitationsteam 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 Rehabilitationsteams 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 personalaufwändige Konzept durch einen Sonderpflugesatz mitzufinanzieren.

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 16 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 frühestmöglichen 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 Rehabilitationspotenzials. 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 Diätas-

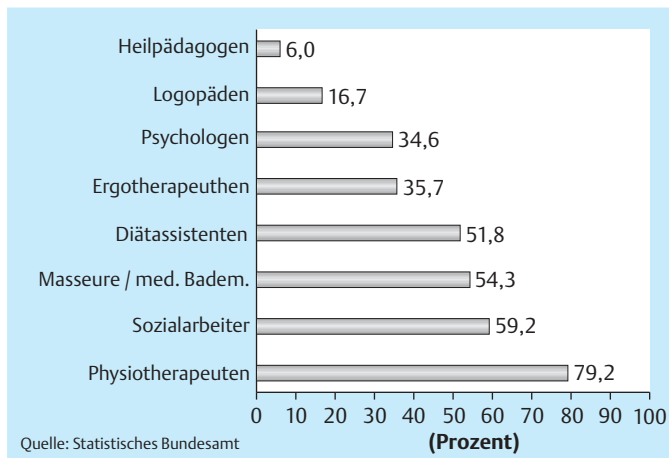


Abb. 1 Nichtärztliches therapeutisches Personal in % aller Krankenhäuser 1999.

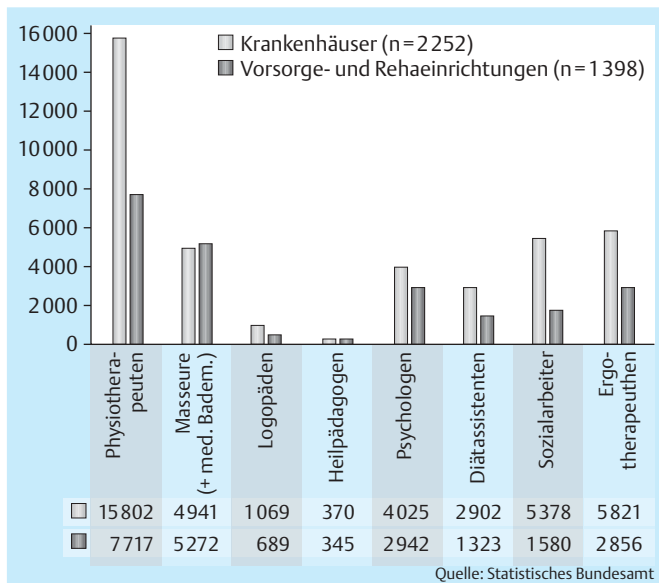


Abb. 2 Nichtärztliches therapeutisches Personal in Krankenhäusern und Vorsorge-/Rehaeinrichtungen 1999.

Tab. 1 Nichtärztliches therapeutisches Personal in Krankenhäusern 1991/1999

	1991	1999	Veränderung 91/99
Physiotherapeuten	12558	15802	+ 3244 (+ 25,8%)
Ergotherapeuten	4576	5821	+ 1245 (+ 27,2%)
Logopäden	699	1069	+ 370 (+ 52,9%)
Heilpädagogen	340	370	+ 30 (+ 8,8%)
Psychologen	3033	4025	+ 992 (+ 32,7%)
Masseur/med. Bademeister	5698	4941	- 757 (- 13,3%)
Diätassistenten	3146	2902	- 244 (- 7,8%)
Sozialarbeiter	3794	5378	+ 1584 (+ 41,8%)
gesamt	33844	40308	+ 6464 (+ 19,1%)

Quelle: Statistisches Bundesamt

sistenten, 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 – 1999 von über 12000 auf fast 16000 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%).

Abteilungen „Physikalische Therapie“ in Krankenhäusern

In den 2252 im Deutschen Krankenhausadressbuch [9] aufgeführten Krankenhäusern haben 1401 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 wie vielen 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.

12 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 12 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).

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 multidisziplinä-

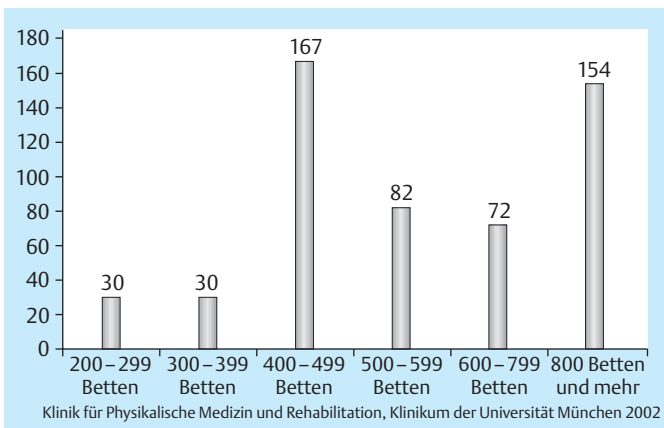


Abb. 3 Anzahl Betten in Abteilungen für fachübergreifende Frührehabilitation – nach Größe des Krankenhauses.

ren mobilen Rehabilitationsteams. 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 Krankenhäusern 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.

Tab. 2 Einsatzbereiche der Reha-Teams der Klinik für PMR im Klinikum der Universität München

Klinikteams Großhadern (Innenstadt)		mobile Reha-Teams Großhadern			Innenstadt
Klinikteam K22 B	Klinikteam Poli-/Tagesklinik	Reha-Team operativ	Reha-Team Chirurgie	Reha-Team Neurologie/Neurochirurgie	Reha-Team Innere/ Gyn/Pädiatrie
16 Betten		341 Betten	257 Betten	159 Betten	581 Betten
Station der Klinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation	Poliklinik GH/IST, Tagesklinik GH/IST, Schmerzambulanz GH, Münchner Rückenintensivprogramm, Ergotherapie für Reha-Teams ohne Ergotherapeuten, Massage für Reha-Teams ohne Masseur	15 Stationen der Orthopädischen Klinik, der Urologischen Klinik, der HNO-Klinik, der Klinik für Anästhesiologie, der Chirurgischen Klinik (Nierentransplantation) und der Med. Klinik 3 (Knochenmarktransplantation)	12 Stationen der Chirurgischen Klinik und der Herzchirurgischen Klinik	9 Stationen der Neurologischen Klinik und der Klinik für Neurochirurgie	23 Stationen der Medizinischen Kliniken, der Klinik für Strahlentherapie, der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und der Kinderklinik
					Stationen der Medizinischen Klinik, der Medizinischen Poliklinik, der Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, der Klinik für Kieferchirurgie und der Augenklinik

Stand Februar 2002

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

Abteilung	Ergotherapie	Logopädie	(Neuro-)Psychologie	Physiotherapie	Physik. Therapie	gesamt
Allg. Chirurgie	175	62	274	3006	412	3929
Anästhesie/Intensiv	1088	581	77	4652	256	6654
Frauenklinik	2	3	325	4075	314	4719
Frührehabilitation	3550	1396	1907	14202	4578	25633
HNO	4	12	63	493	203	775
Med. Klinik I	419	880	340	7816	3769	13224
Med. Klinik II	419	616	817	5160	2693	9705
Mund-, K.-, G.-Chirurgie	3		7	41	28	79
Neurochirurgie	169	232	77	2060	1455	3993
Neurologie	1420	1761	400	6727	1654	11962
Orthopädie	164	32	77	16680	6319	23272
Psychiatrie	91	202	18	2390	3236	5937
Strahlentherapie	56	57	80	383	123	699
Unfallchirurgie	297	49	173	8259	2418	11196
Urologie	39	21	44	528	445	1077
gesamt	7896	5904	4679	76472	27903	122854

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 7467

Massage 13 909

Tab. 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).

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 frühestmöglich einsetzenden Rehabilitation bedürfen. Im Jahre 2000 wurden auf der Station für Physikalische Medizin und Rehabilitation am Standort Großhadern 277 Patienten betreut. Insgesamt fielen 6014 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%. Tab. 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 ca. 1500 Betten mindestens 50 Physio- und/oder Ergotherapeuten (ca. 1 medizinischer Thera-

peut 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 Septemberausgabe 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 Tab. 4 aufgeführten Patientengruppen von Bedeutung [11].

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

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

Indikationen zur Frührehabilitation auf bettenführenden Einrichtungen fachübergreifende Frührehabilitation

Tab. 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 Vorhandenseins 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 ICD-10 per se sagen nichts über die tatsächliche Schwere des Behandlungsfalles aus, was ein weiteres Erschwernis für die Abbildung der Komplexität im Rahmen der DRGs darstellt.

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

Klinikum Ingolstadt			Krankenhaus München-Bogenhausen		
I63	Hirninfrakt	55	M48	Spinalstenose	29
S06	Schädel-Hirn-Trauma (Grad I–III)	29	I64	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	28
I60	Subarachnoidalblutung	14	I63	Hirninfrakt	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	intrazerebrale Blutung	9	I61	intrazerebrale Blutung	10
D32	Meningeom	8	I67	zerebrovaskuläre Krankheiten	10
M48	Spinalstenose	8	G93	Krankheiten des Gehirns	9
M16.9	Koxarthrose	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

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 Verordnungsbogen, 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 Fachabteilungen 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 Tab. 6 u. 7 dargestellt.

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 6/99) beinhaltet die Rehabilitationsfähigkeit des Patienten auch, dass die Akutphase abgeklungen ist, seit drei 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 bezüglich 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,

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

Die Indikation für die **Übernahme** auf die **Bettenstation einer Abteilung für fachübergreifende Frührehabilitation** ist gegeben, wenn bereits dringender **Rehabilitationsbedarf** besteht, der Patient aber wegen einer der unten aufgeführten **Kriterien** noch nicht aus dem **Akutkrankenhaus** verlegt werden kann.

1. akutmedizinischer Bedarf

a) Diagnose

Diagnose gesichert, es besteht aber noch akutmedizinischer Diagnostik- und Therapiebedarf, die **Rehabilitation tritt für den Patienten aber in den Vordergrund**

b) Diagnostik und Therapie

- kurzfristige aufwändige und/oder invasive Verlaufsdiagnostik
- weitere Operationen oder medikamentöse Behandlungszyklen (z. B. Chemotherapie) innerhalb kurzer Frist
- aufwändige Wundversorgung (evtl. weitere operative Eingriffe)
- engmaschiges Medikamentenmonitoring (z. B. Einstellung von immunsuppressiven Therapien)
- zeitlich beschränkte aufwändige medikamentöse Therapien (z. B. i. v. Antibiose, Chemotherapie, Immunsuppression)
- 02 Pflichtigkeit
- Dialysepflichtigkeit (z. B. Dialyse über Sheldon-Katheter, Anlage-Shunt vorgesehen)
- parenterale Ernährung
- akutmedizinische Diagnostik und Behandlung von weiteren Gesundheitsstörungen

c) fachspezifische Weiterbetreuung bzw. Mitbehandlung

z. B. KMT, Transplantation, neurochirurgische Interventionen, Polytraumen usw. und/oder

2. Bedarf an rehabilitativer Diagnostik

a) rehabilitative **Spezialdiagnostik** unter Verwendung akutmedizinischer Diagnostikmöglichkeiten

- Abklärung Schluckstörung (apparativ)
- kognitive Störungen
- Urologie, Augen usw.

b) Evaluation der Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit, des Rehabilitationspotenzials und der Rehafähigkeit (Defizite konsiliarisch nicht sicher beurteilbar und bedürfen der umfassenden **Abklärung** und/oder eines **Rehaversuchs**) und/oder

3. Pflegebedarf

a) Der zu rehabilitierende Patient ist **noch** 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.

- hoher Grundpflegebedarf aufgrund des hohen akutmedizinischen Bedarfs (PPR-Einstufung, FIM, ICIDH)
- bei gravierenden Begleiterkrankungen oder Komplikationen
- bei beeinträchtigenden Vorerkrankungen

b) spezifische Pflege

- Ulkus-, Dekubitus- und Wundversorgung, Tracheostoma u. a.
- kontinuierliche Überwachung (Vitalfunktionen, Weglauftendenz)
- kontinuierliche Überwachung der i. v. Medikation und parenteralen Ernährung
- Verabreichung und pflegerische Versorgung aller zu- und ableitenden Systeme (z. B. Zentralvenenkatheter, Harnableitungssysteme, Peridural-katheter, Thoraxdrainagen, gastrointestinale Sonden, Sauerstoffversorgung)
- spezielle rehabilitative Pflegekonzepte

- *Abteilungen für Querschnittgelähmte,*
- *Krankenhäusern mit eigener klinischer Abteilung für Physikalische und Rehabilitative Medizin oder vergleichbarer Infrastruktur.“*

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

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. 8 Erforderliche Struktur- und Prozessqualität für die Frührehabilitation (nach DVfR 2001)

- 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 Langzeitpflegeplanung

- Sicherung zuverlässiger Überleitung und strukturierte, zuverlässige, nahtlos einsetzende Nachsorge, u. a. durch Überleitungspflege und Hausbesuche

Diskussion

Aufgrund der Analyse und Beschreibung der aktuellen Situation im Bereich der indikationsübergreifenden Frührehabilitation lässt 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 $\frac{2}{3}$ 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 $\frac{2}{3}$ 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 Beru-

fe 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 kann, sondern auf die medizinisch-therapeutischen Möglichkeiten während der Versorgung im Akutkrankenhaus angewiesen ist. 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 ausgerichtete, Frührehabilitationskonzept finden 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 Tab. 6 u. 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 Overheadkosten 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.

Danksagung

Die Autoren danken Frau Sabine Wilke, Medizinisch-therapeutische Leitung in der Klinik für Physikalische Medizin, und Rehabilitation des Klinikums der Universität München und Frau Maria Geier, Physiotherapeutin Bereichsleitung Intensivmedizin, Klinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation des Klinikums der Universität München, für Anregungen und Kommentare und für die kritische Durchsicht des Manuskriptes.

Literatur

- 1 Stier-Jarmer M, Stucki G. Frührehabilitation im Akutkrankenhaus – Gesetzliche Grundlagen. *Phys Rehab Kur Med* 2002; 12: 129 – 133
- 2 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
- 3 Stier-Jarmer M, Pientka L, Stucki G. Frührehabilitation in der Geriatrie. *Phys Rehab Kur Med*, 2002; 12: im Druck
- 4 Stier-Jarmer M, Koenig E, Stucki G. Neurologische Frührehabilitation. *Phys Rehab Kur Med*, 2002; 12: im Druck
- 5 Piek S, Brach M, Fischbacher L, Stucki G. Finanzierung der Frührehabilitation. *Phys Rehab Kur Med*, 2002; 12: im Druck
- 6 BIAS-Beratungsinstitut für angewandte Statistik GmbH. Medizinische Rehabilitation im Krankenhaus – Repräsentativbefragung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation bei 275 Krankenhäusern im Januar 1988. Berlin: 1988

- ⁷ Biene-Dietrich P, Gabany M. Inanspruchnahme von Leistungen zur Rehabilitation in Allgemeinkrankenhäusern. Augsburg: BASYS – Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung mbH, 1990
- ⁸ WIAD, Prognos. Fachübergreifende Frührehabilitation im Akutkrankenhaus – durchgeführt im Klinikum Ingolstadt. Köln, Bonn: Forschungsbericht Nr. 275 des BMA, 1998
- ⁹ Deutsches Krankenhausadressbuch 2001. Freiburg: Rombach, 2001
- ¹⁰ Gadomski M. Frührehabilitation im Krankenhaus. Die BKK 2000; 3: 110 – 115
- ¹¹ Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter. DRGs und Rehabilitation – Memorandum der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter. Rehabilitation 2001; 40: 361 – 368
- ¹² Gärtner U, Roth GR. Physiotherapie in der Intensivmedizin. München: Pflaum, 2000
- ¹³ Bundesversicherungsanstalt für Angestellte. AHB Anschlussheilbehandlung – Informationsschrift für Krankenhäuser. Internet <http://www.bfa-berlin.de> 1998; 1. Auflage
- ¹⁴ 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