

G. Stucki<sup>1</sup>  
M. Stier-Jarmer<sup>1</sup>  
M. Gadowski<sup>2</sup>  
B. Berleth<sup>3</sup>  
U. C. Smolenski<sup>4</sup>

# Konzept zur indikationsübergreifenden Frührehabilitation im Akutkrankenhaus

*Concept for general early rehabilitation in acute hospitals*

## 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 indika-

## 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

## Institutsangaben

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

<sup>2</sup> Abteilung für Physikalische Medizin und Medizinische Rehabilitation, Städtisches Krankenhaus München-Bogenhausen (Chefarzt: Dr. med. M. Gadowski)

<sup>3</sup> Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Klinikum Ingolstadt (Chefarztin: Dr. med. B. Berleth)

<sup>4</sup> Institut für Physiotherapie, Klinikum der Friedrich Schiller Universität Jena (Direktor: Prof. Dr. med. U. Smolenski)

## Hinweis

In Abstimmung mit der Deutschen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation DGPMR (Präsident: Prof. Dr. med. Ch. Gutenbrunner) und dem Berufsverband der in Rehabilitation, Physikalischer Medizin und Prävention tätigen Ärzte e. V. (Vorsitzender: Dr. med. M. Gadowski) 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 · 81377 München

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

## Bibliografie

Phys Med Rehab Kuror 2002; 12: 134 – 145 © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 0940-6689

tionsübergreifende 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 differenziellen Kriterien zur umfassenden indikationsübergreifenden Frührehabilitation und verschiedenen umfassenden indikationsspezifischen frührehabilitativen Konzepten, insbesondere der Geriatrie und der neurologischen Frührehabilitation.

### Schlüsselwörter

Frührehabilitation im Krankenhaus · indikationsübergreifende Frührehabilitation · ergänzende Frührehabilitation · umfassende Frührehabilitation

### 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 unbeachtet 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 Tab. 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 Rehabilitationspotenzial 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 [1–3].

Der Gesetzgeber hielt es deshalb für notwendig, nochmals zu verdeutlichen, dass Leistungen der frühen Rehabilitation ohne

criteria for *complementary rehabilitation* with mobile reha-teams in the specialized departments as well as for *comprehensive rehabilitation* in an inpatient department for overlapping 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.

### Key words

Early rehabilitation in hospital · general early rehabilitation · complimentary early rehabilitation · comprehensive early rehabilitation

jeden Zweifel als Bestandteil der akutstationären Versorgung zu betrachten sind. Mit Inkrafttreten des Sozialgesetzbuchs IX in Verbindung mit der Ergänzung des §39 Abs. 1 SGBV 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 Arbeitsgemeinschaft 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 kosteneffektive und schlussendlich flächendeckende 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.

In diesem Artikel werden, basierend auf den gesetzlichen Grundlagen [4] und auf einer Situationsanalyse zu Entwicklung, Strukturen und Prozessen der indikationsübergreifenden Frührehabi-

Tab. 1 Stellungnahmen zur Notwendigkeit der Frührehabilitation im Krankenhaus

#### Bundesregierung

3. Behindertenbericht der Bundesregierung vom 24. 3. 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- als auch 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 Rehabilitationsforums 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 umso 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.“

(www.bma.de April 2001)

„Warum erhalten alle diejenigen rehabedürftigen Patienten, die keine neurologischen Krankheiten haben und keine geriatrischen Patienten sind, aber dennoch rehafähig und rehawillig 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. 1/20)

#### 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: 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/April 2001)

Tab. 1 Fortsetzung

#### 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. Gesundheitsprozesses 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 Rehabilitationspotenzial 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)

#### Ärztverbände

98. Deutscher Ärztetag 1995: „Der Deutsche Ärztetag begrüßt die Bemühungen der in der Rehabilitation engagierten Ärzte, die damit verbundene 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, 1.6. – 5.6. 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 beschränkt, die sich inzwischen bei einer Reihe von Krankenhäusern etabliert hat. Frührehabilitation wird an Akutkrankenhäusern angeboten und als Bestandteil der allgemeinen Krankenhausleistungen mit den Krankenhauspflegesätzen 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.bundesaeztekammer.de/30/Aerztetag/102\_DAET/Referate/Henkereh.html#Ausrichtung – April 2001)

Tab. 1 Fortsetzung

Beschlussprotokoll des 102. Deutscher Ärztetages vom 1. – 4. Juni 1999 in Cottbus: ... fasst der 102. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung: Der Deutsche Ärztetag sieht in dem Konzept der fachübergreifenden Frührehabilitation einen viel versprechenden 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 – 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)

litation [1] und der indikationsspezifischen Frührehabilitation im Bereich 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 Bereich der Geriatrie und Neurorehabilitation im Sinne einer theoretisch möglichen Ausweitung des Versorgungsauftrages unter Einbezug entsprechenden Fachwissens die Aufgaben der indikationsübergreifenden Frührehabilitation *nicht* mitübernehmen 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 Akutkrankenhäusern (> 400 Betten). Nur in etwa 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  $\frac{2}{3}$  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-Team 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

1. die Einrichtung zentraler Institute für Physikalische und Rehabilitative Medizin geleitet von einem Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin an Akutkrankenhäusern und
2. 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 stehen 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 unterge-

ordneter 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 ICD-10 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 ICD-10 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.

<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.

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 Rehabilitationszyklus* und die *versorgungsphasenübergreifende Indikationsstellung*. Frührehabilitation wird multidisziplinär im fachärztlich geleiteten Rehabilitationsteam 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 situationsbezogenen 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

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

Tab. 2 Abgrenzung der Frührehabilitation gegenüber der weiterführenden Rehabilitation

	<b>Frührehabilitation</b>	<b>weiterführende Rehabilitation</b>
Phase	erste und zweite <i>Akutphase</i>	<i>nichtakute Phase</i>
zeitlicher Bezug zur Gesundheitsstörung	früh im Rahmen einer akuten Gesundheitsstörung mit Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit einsetzend	spät in der Sequenz nach einer akuten Gesundheitsstörung mit Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit einsetzend
Hauptzielsetzung der Rehabilitation	Wiederherstellung der Basisfunktionen Vermeidung einer drohenden bleibenden Beeinträchtigung der Partizipation	Wiederherstellung der über die Basisfunktionen hinausgehenden Fähigkeiten Verminderung oder Behebung einer manifesten Beeinträchtigung der Partizipation
Rehafähigkeit	oft eingeschränkt	gegeben
akutmedizinischer kurativer Bedarf	hoch, dauernd oder intermittierend	nicht vorhanden oder gering
akutmedizinische diagnostische und/oder therapeutische Infrastruktur	notwendig	nicht notwendig
Reha-Konzeption	bei der „ergänzenden Frührehabilitation“ vereinfacht/modifiziert mit Fokus auf die Körperfunktionen und -strukturen und Aktivitäten (bei der „umfassenden Frührehabilitation“ umfassendes Programm bezogen auf alle Komponenten der ICF)	umfassendes Programm bezogen auf alle Komponenten der ICF

## 2 Phasen der Frührehabilitation

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

Tab. 3 Phasen der Frührehabilitation und die Arten der Leistungserbringung

	<i>erste Akutphase</i>	<i>zweite Akutphase</i>
ergänzende Frührehabilitation	+	+
umfassende Frührehabilitation		+

### 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 Tab. 4 findet sich eine Übersicht zu den verschiedenen Arten der Leistungserbringung.

### 3.1 Ergänzende Frührehabilitation

Die ergänzende Frührehabilitation wird durch mobile Reha-Teams des zentralen PRM-Institutes oder der Klinik für Physikalische und Rehabilitative Medizin eines Akutkrankenhauses erbracht.

Die mobilen Reha-Teams 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 Frührehabilitationsassessment in den ersten drei Tagen, einen schriftlichen, wöchentlich zu aktualisie-

Tab. 4 Übersicht zu den verschiedenen Arten der Leistungserbringung

	<b>funktionsorientierte Physiotherapie („Frühmobilisation“)</b>	<b>Frührehabilitation ergänzende</b>	<b>umfassende</b>
Indikation	bei geringer, vorübergehender Beeinträchtigung der Körperfunktionen und -strukturen	bei ausgeprägter und wahrscheinlich dauernder Beeinträchtigung mehrerer Komponenten der funktionalen Gesundheit	=
Ansatz	therapeutisch (sekundärpräventiv)	therapeutisch (sekundärpräventiv und rehabilitativ)	=
Leistungserbringung	Therapeuten eines zentralen PRM-Institutes	ärztlich geleitetes mobiles Reha-Team eines zentralen PRM-Institutes	ärztlich geleitete Frührehabilitationsabteilung (indikationsübergreifend oder indikationspezifisch)
beteiligte Gesundheitsberufe*	in der Regel Physiotherapie	in der Regel Beteiligung von 2 Gesundheitsberufen (meist Physiotherapie und Ergotherapie oder Sprachtherapie, Psychologie/Neuropsychologie)	in der Regel Beteiligung von mindestens 2 Gesundheitsberufen und der Reha-Pflege
ärztliche Leitung	Arzt Fachstation Rehabilitationsarzt auf Anfrage konsiliarisch	Rehabilitationsarzt	=
Reha- Konzeption	Einzelmaßnahme (keine Rehabilitation im engeren Sinne)	vereinfacht/modifiziert mit Fokussierung auf die Körperfunktionen und -strukturen und Aktivitäten	umfassendes Programm bezogen auf alle Komponenten der ICF
Therapieeinheiten/Tag (Regelfall)	1 (-2) Therapieeinheiten	2-3 Therapieeinheiten	mehr als 3 Therapieeinheiten, evtl. mehrere Therapeuten gleichzeitig
zeitlicher Aufwand/Tag (Regelfall)	20-40 Minuten	40 Minuten bis 1 Stunde	2-3 Stunden (mit Reha-Pflege deutlich mehr)
Phase	erste Akutphase	erste oder zweite Akutphase	zweite Akutphase

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

renden 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 zwei Gesundheitsberufen ist deshalb kaum zu organisieren. Eine weitere Einschränkung der Möglichkeiten der ergänzenden Frührehabilitation ergibt sich auch aufgrund der fehlenden spezifischen Rehabilitationspflege.

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

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

Die ergänzende Frührehabilitation unterscheidet sich von der funktionsorientierten Physiotherapie (so genannte „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 Tab. 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



Tab. 5 Indikationen zur Frührehabilitation

Frührehabilitation bei Patienten, die auf eine akutmedizinische diagnostische und/oder therapeutische Infrastruktur angewiesen sind
Frührehabilitation zur Reha-Abklärung mit Beurteilung der Reha-Bedürftigkeit, Reha-Fähigkeit und Reha-Prognose
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 Reha-Klinik nicht lohnt)

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 Refachfachpflegekraft.<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 aufwändigen 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 u. 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 erfolgen 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 Reha-Leistungen 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 Assessmentverfahren.

Bewährte Assessmentverfahren 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 Körperfunktionen 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, sensomotorische 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 Rehabilitationspotenzials, 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 kalkulierbaren 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 Rehabilitationsziel

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 sind.

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

Entscheidendes Kriterium für die Frührehabilitation ist die Notwendigkeit einer gleichzeitigen akutmedizinischen Versorgung. Beispiele zur akutmedizinischen Diagnostik sind eine aufwändi-

ge 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, Shuntanlage, parenterale und Sondenernährung, zentralvenöser Zugang, Infektion/Besiedlung mit multiresistenten Keimen (z.B. methicillinresistenter *Staphylococcus aureus*), regelmäßige/notfallmäßige bronchoskopische Lavage bei Schluckstörungen, 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 Rehaklinik eingeplant werden.

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

Die Differenzialindikation 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 Tab. 4 zu entscheiden.

Die umfassende Frührehabilitation ist insbesondere dann indiziert, wenn mehr als drei Therapieeinheiten pro Tag unter Einbezug von zwei 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 Liegezeit

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 Rehakliniken 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 Rehakliniken 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 Trans-

porte 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 differenzieller Kriterien zu umfassenden indikationsübergreifenden sowie indikationsspezifischen frührehabilitativen Konzepten und Strukturen, insbesondere in der Geriatrie und der neurologischen Frührehabilitation.

### Danksagung

Die Autoren danken Herrn Dozent Dr. med. habil. Klaus Leistner vom MDS für die fachlich hochkompetente und konstruktive Un-

terstützung bei der Ausarbeitung der Kriterien zur 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. Neurologische Frührehabilitation. *Phys Rehab Kur Med*, 2002; 12: im Druck
- <sup>3</sup> Stier-Jarmer M, Pientka L, Stucki G. Frührehabilitation in der Geriatrie. *Phys Rehab Kur Med*, 2002; 12: im Druck
- <sup>4</sup> Stier-Jarmer M, Stucki G. Frührehabilitation im Akutkrankenhaus – Gesetzliche Grundlagen. *Phys Rehab Kur Med* 2002; 12: 129 – 133
- <sup>5</sup> Piek S, Brach M, Fischbacher L, Stucki G. Finanzierung der Frührehabilitation. *Phys Rehab Kur Med*, 2002; 12: im Druck
- <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> 1998; 1. Auflage