

Positionspapier zur Fachübergreifenden Frührehabilitation*

2. aktualisierte Auflage (2015)

Position Paper on Interdisciplinary Acute Care Rehabilitation

Autoren

J. Beyer¹, M. Berliner², J.-J. Glaesener³, M. E. Liebl⁵, A. Reiners⁴, A. Reißhauer⁵, A. Römer⁶, E. J. Seidel⁷, S. Schwarzkopf⁸, I. Taufmann⁵, U. C. Smolenski¹⁰, C. Gutenbrunner⁹

Institute

Die Institutsangaben sind am Ende des Beitrags gelistet

Schlüsselwörter

- ◉ Fachübergreifende Frührehabilitation
- ◉ Frührehabilitation im Akutkrankenhaus
- ◉ Gesundheitssystem

Key words

- ◉ acute care rehabilitation
- ◉ interdisciplinary early rehabilitation
- ◉ health-care system

eingereicht: 06.08.2015

angenommen: 17.08.2015

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0035-1564089>
Phys Med Rehab Kuror 2015; 25: 260–280
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York
ISSN 0940-6689

Korrespondenzadresse

CA Dr. med. J. Beyer
Krankenhaus Ludmillenstift
Abteilung für Medizinische
Frührehabilitation und
Altersmedizin
Ludmillenstraße 4–6
49716 Meppen
beyer@ludmillenstift.de

Prof. Christoph Gutenbrunner, MD, PhD

Hannover medical School
Rehabilitation Medicine
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover
gutenbrunner.christoph@
mh-hannover.de

Zusammenfassung



Dieses gemeinsame Positionspapier der 3 Fachgesellschaften Bundesarbeitsgemeinschaft der Akutkrankenhäuser mit Abteilungen für fachübergreifende Frührehabilitation (BAG Frührehabilitation), Berufsverband der Rehabilitationsärzte Deutschlands (BVPRM) und Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (DGPMR) stellt den aktuellen Stand, die Perspektiven und notwendige Maßnahmen zur Weiterentwicklung der fachübergreifenden Frührehabilitation dar.

Frührehabilitation ist die frühestmöglich einsetzende Therapie in Kombination aus akutmedizinischer und rehabilitationsmedizinischer Behandlung. Frührehabilitation ist dabei als erstes Glied einer nahtlosen Rehabilitationskette zu verstehen, gleichzeitig integraler und gesetzlich geforderter Bestandteil der Krankenhausbehandlung.

Die Notwendigkeit und die Bedeutung der Frührehabilitation steigen durch die demografische und die medizinisch-technische Entwicklung. Internationale Richtlinien (WHO, EU) und die nationale Gesetzgebung begründen ein Recht auf Frührehabilitation.

Das Positionspapier grenzt die fachübergreifende Frührehabilitation von der Frühmobilisation und der postakuten Rehabilitation ab. Ferner erfolgt die Einordnung in den Kontext weiterer Formen der Frührehabilitation.

Die verschiedenen Arten der Leistungserbringung, im Besonderen die bettenführenden Frührehabilitationsstationen (Acute Rehabilitation Units) und die Behandlung durch ein

Abstract



This joint position paper of the 3 medical societies Association of Acute Care Hospitals with Acute Care Rehabilitation Departments (BAG Frührehabilitation), German Specialist Society of Physical and Rehabilitative Medicine (BVPRM), and German Scientific Society of Physical Medicine and Rehabilitation (DGPMR) displays the current status, the perspectives, and measures for the future development of the interdisciplinary acute care rehabilitation.

Acute care rehabilitation is the earliest onset of rehabilitative intervention during acute hospital care. It can be seen as the first link in a chain of rehabilitation interventions. At the same time it is an integral and legally required part of the acute care.

The significance and necessity of acute care rehabilitation is increasing due to demographic and technical developments in medicine. International directives (WHO, EU) and national legislation confer the right of access to acute care rehabilitation.

The position paper differentiates between interdisciplinary acute care rehabilitation and early mobilisation as well as post-acute rehabilitation. Moreover it categorises interdisciplinary acute care rehabilitation in the context of other distinct forms of acute care rehabilitation.

Independent acute rehabilitation units and decentralised acute rehabilitation teams are the major concepts how acute care rehabilitation services are provided.

The paper characterises frequently observed goals of interdisciplinary acute rehabilitation as well as its structural and procedural requirements. Indication and contraindication criteria are derived from typical patient clusters.

An analysis of the national and regional supply of acute care rehabilitation services are compared to estimations of the need. The DRG-system-based reimbursement of acute care rehabilita-

* Positionspapier

– der Bundesarbeitsgemeinschaft der Akutkrankenhäuser mit Abteilungen für fachübergreifende Frührehabilitation (BAG Frühreha),
– des Berufsverbandes der Rehabilitationsärzte Deutschlands e.V. (BVPRM) und
– der Deutschen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (DGPMR)

dezentrales Frührehabilitationsteam (Acute Rehabilitation Team), werden dargestellt.

Ziele und Aufgaben sowie strukturelle und prozessuale Voraussetzungen werden definiert. Typische Indikationen werden synoptisch dargestellt und sowohl Indikationskriterien als auch Ausschlusskriterien für die Indikationsstellung zur Frührehabilitation daraus abgeleitet.

Die Versorgungsstruktur in Deutschland und regionale Unterschiede werden analysiert und Bedarfsschätzungen gegenübergestellt. Aus ökonomischer Sicht wird das Finanzierungssystem der Frührehabilitation im DRG-System diskutiert, das den Ressourcenaufwand derzeit nur inadäquat abbildet.

Auf der Grundlage dieser Analysen werden grundsätzliche Forderungen abgeleitet und ein Katalog konkreter Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Frührehabilitation vorgelegt. Bereits vorhandene Ansätze der Frührehabilitation im Akutkrankenhaus sollen gestärkt werden. Gesetzliche Vorgaben sollen umgesetzt und eine fachübergreifende, bedarfsgerechte Versorgung mit Leistungen der Frührehabilitation sichergestellt werden.

tion is discussed, as it does not adequately compensate for the consumption of resources.

Fundamental demands and a catalogue of specific proposals are derived from the analyses. The existing structures of interdisciplinary acute care rehabilitation should be further supported. As legally demanded, structures should be implemented to ensure an appropriate supply with acute care rehabilitation services.

Inhaltsverzeichnis

Präambel	262
Executive Summary	262
Hintergrundpapier	263
1. Zielstellung und Adressaten des Positionspapiers	263
2. Notwendigkeit rehabilitativer Maßnahmen im Akutkrankenhaus	263
3. Recht auf Frührehabilitation, europäische bzw. weltweite Forderungen	265
4. Ziele der Frührehabilitation im Akutkrankenhaus	265
5. Strukturvoraussetzungen der Frührehabilitation im Akutkrankenhaus	266
5.1. Strukturvorgaben des OPS-Katalogs	267
5.2. Fachliche Qualifikation, Team- und Raumstruktur	267
5.3. Behandlungsprozesse (inklusive Assessments)	267
6. Indikationen und patientenseitige Voraussetzungen für die fachübergreifende Frührehabilitation	268
7. Erfahrungen mit der Frührehabilitation im Akutkrankenhaus	269
8. Abgrenzung der Frührehabilitation von der Frühmobilisation und der postakuten Rehabilitation	270
9. Frührehabilitation in Deutschland: Versorgungsstrukturen und Bedarf	271
10. Finanzierungssystem der Frührehabilitation – Stand und Perspektiven	274
10.1. Problem der Abbildung der Frührehabilitation im DRG-System	274
10.2. Bisherige Entwicklung der Finanzierung der Frührehabilitation im DRG-System	274
10.3. Mangelhafte Erlösrelevanz der Frührehabilitation im DRG-System	275
10.4. Erfassung des rehabilitativen Ressourcenverbrauchs in der Pflege und Qualifikation des Pflegepersonals	275
11. Schlussfolgerungen für die Versorgung	276
Abkürzungsverzeichnis	276
Danksagung	277
Interessenkonflikt	277
Literatur	277
Quellennachweis	280
Weitere Links mit Bezug zum Positionspapier	280

Autoren

- CA Prof. Dr. med. M. Berliner, Helios-Kliniken, Zentrum für Geriatrie und Physikalische Medizin, Schwanebecker Chaussee 50, 13125 Berlin
mberliner@berlin.helios-kliniken.de
- CA Dr. med. J. Beyer, Krankenhaus Ludmillenstift, Abteilung für Medizinische Frührehabilitation und Altersmedizin, Ludmillenstraße 4–6, 49716 Meppen
beyer@ludmillenstift.de
- CA Dr. med. J. J. Glaesener, Berufsgenossenschaftliches Unfallkrankenhaus Hamburg, Zentrum für Rehabilitationsmedizin, Bergedorfer Straße 10, 21033 Hamburg
j.glaesener@buk-hamburg.de
- CA Prof. Dr. med. Chr. Gutenbrunner, Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Rehabilitationsmedizin, Carl Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover
gutenbrunner.christoph@mh-hannover.de
- Dr. med. M. E. Liebl, Arbeitsbereich Physikalische Medizin und Rehabilitation, Charité – Universitätsmedizin, Charitéplatz 1, 10117 Berlin
Max.Liebl@charite.de
- CA Dr. med. A. Reiners, Klinikum Bogenhausen, Städtisches Klinikum München GmbH, Abteilung Physikalische Medizin und Medizinische Rehabilitation, Engelschalkinger Str. 77, 81925 München
physikalischemed.kb@klinikum-muenchen.de
- LOÄin Dr. med. A. Reißhauer, Arbeitsbereich Physikalische Medizin und Rehabilitation, Charité Universitätsmedizin, Charitéplatz 1, 10117 Berlin
anett.reissauer@charite.de
- CA Dr. med. A. Römer, Klinikum Schwabing, Städtisches Klinikum München GmbH, Klinik für Physikalische Medizin und Frührehabilitation, München
andreas.roemer@klinikum-muenchen.de
- CA Prof. Dr. med. E. Seidel, Zentrum für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Sophien- und Hufeland-Klinikum Weimar, Henry-van-de-Velde-Straße 2, 99425 Weimar
e.j.seidel@klinikum-weimar.de
- CÄin Dr. med. S. Schwarzkopf, Klinik und Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin und Naturheilverfahren, Fachübergreifende Frührehabilitation, Klinikum Nürnberg, Breslauerstraße 201, 90471 Nürnberg
susanne.schwarzkopf@klinikum-nuernberg.de

Prof. Dr. med. U. C. Smolenski, Institut für Physiotherapie der Friedrich-Schiller-Universität, Erlanger Allee 101, 07740 Jena
Ulrich.Smolenski@med.uni-jena.de

Dr. med. I. Taufmann, Arbeitsbereich Physikalische Medizin und Rehabilitation, Charité – Universitätsmedizin, Charitéplatz 1, 10117 Berlin
Ines.Taufmann@charite.de

Präambel

Frührehabilitation (FR) ist die frühestmöglich einsetzende Kombination aus akutmedizinischer und rehabilitationsmedizinischer Behandlung von Krankenhauspatienten verschiedener medizinischer Fachgebiete mit einer akuten Gesundheitsstörung und relevanter Beeinträchtigung von Körperfunktionen und Strukturen, Aktivitäten und Partizipation gemäß der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)¹. Die Frührehabilitation zielt auf die Wiederherstellung der körperlichen und mentalen Funktionen der Patienten, die Verhütung von Komplikationen und die Verhinderung oder Verminderung von bleibenden Beeinträchtigungen, Behinderungen und (Schwerst-)Pflegebedürftigkeit ab. Sie erfolgt interdisziplinär unter fachärztlicher Leitung und Beteiligung therapeutischer Berufsgruppen einschließlich der aktivierend-therapeutischen Pflege. Die Frührehabilitation ist gesetzlich geforderter integraler Bestandteil der Krankenhausbehandlung und so als erstes Glied einer nahtlosen Rehabilitationskette zu verstehen.

Executive Summary

1.
 - 1.1. Das Positionspapier beschreibt:
 - ▶ den erreichten Stand der Umsetzung des gesetzlichen Behandlungsauftrages der Frührehabilitation im Akutkrankenhaus
 - ▶ die Perspektiven und die Weiterentwicklung sowie
 - ▶ die hierfür notwendigen Maßnahmen
 - 1.2. Das Positionspapier richtet sich an:
 - ▶ alle politisch Verantwortlichen
 - ▶ die medizinischen Fachgesellschaften und Berufsverbände
 - ▶ die Verbände der Pflege- und Therapeutengruppen
 - ▶ die Interessenverbände der Patienten und Medien
 - ▶ die Kostenträger u. a.
 - 1.3. Durch dieses Positionspapier sollen die schon vorhandenen Ansätze der Frührehabilitation im Akutkrankenhaus gestärkt werden.

Die gesetzlichen Vorgaben sollen umgesetzt und eine fachübergreifende bedarfsgerechte Versorgung mit Leistungen der Frührehabilitation sichergestellt werden. Hierzu soll eine breite Diskussion aller Leistungsträger und –erbringer angeregt werden.

2. Die Wahrscheinlichkeit, dass Menschen schwere Erkrankungen und Unfälle überleben, ist heute groß und steigt kontinuierlich an. Daher muss auch die Rehabilitation früher einsetzen und intensiver durchgeführt werden. Ziel ist es, so früh wie möglich mit rehabilitativen Maßnahmen zu beginnen, um einen zusätzlichen Funktionsverlust und immobilisationsbedingte Schäden

zu verhindern und um das regenerative Potenzial optimal zu nutzen. Untersuchungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass eine frühe intensive rehabilitative Therapie die funktionelle Wiederherstellung von schwer betroffenen Patienten tatsächlich beschleunigen und Liegezeiten im Krankenhaus verkürzen kann.

3. Allgemeines Ziel der Rehabilitation ist es definitionsgemäß, dass Menschen ihre Funktionsfähigkeit so gut wie möglich wieder erhalten und an allen Lebensbereichen wieder uneingeschränkt teilhaben können. Ein umfassendes Recht auf Teilhabe wird von den wichtigsten internationalen Organisationen als grundlegendes Menschenrecht definiert. Dementsprechend haben Weltgesundheitsorganisation (WHO), Europäische Union und der deutsche Gesetzgeber die Frührehabilitation im Akutkrankenhaus als bedeutende rehabilitative Strategie definiert und gesetzlich verankert.

4. Die wichtigsten und übergeordneten Ziele der Frührehabilitation im Akutkrankenhaus sind:

- ▶ die Wiederherstellung der basalen körperlichen und mentalen Funktionen der Patienten einschließlich der funktionellen Fähigkeiten zur Ausübung von Alltagsaktivitäten
 - ▶ die Verhütung von (Schwerst-)Pflegebedürftigkeit und bleibender Beeinträchtigungen von Aktivität und Teilhabe
 - ▶ das Erreichen der Rehabilitationsfähigkeit der Patientinnen und Patienten für weiterführende Rehabilitationsformen (z. B. Anschlussheilbehandlung, Anschlussrehabilitation)
 - ▶ die Planung und Einleitung der weiterführenden Rehabilitation
- Initial können Überprüfung des Rehabilitationspotentials und Komastimulation zentrale Aufgaben sein. Die Leistungen der Frührehabilitation beinhalten immer auch akutmedizinische Aufgaben, insbesondere die Fortführung der begonnenen Diagnostik und Behandlungsmaßnahmen einschließlich erforderlicher intensivmedizinischer Leistungen.

5. Fachübergreifende Frührehabilitation bedeutet, dass Patienten aus verschiedenen medizinischen Fachbereichen mit zumeist multiplen Schädigungen in unterschiedlichen Organsystemen behandelt werden. Die fachübergreifende Frührehabilitation ist als multi- und interdisziplinäre, patientenzentrierte Teamarbeit organisiert. Dabei ergänzen sich 2 unterschiedliche Formen der Leistungserbringung. In Abhängigkeit vom Zustand des Patienten und der Situation in den verschiedenen Akutkrankenhäusern kann die Frührehabilitation sowohl in eigenständigen bettenführenden Frührehabilitationsabteilungen als auch durch dezentrale Frührehabilitationsteams auf Intensiv-, Intermediate Care oder anderen hoch spezialisierten Fachstationen (z. B. sog. Stroke Units) erfolgen. Die Strukturvoraussetzungen für die Frührehabilitation sind in den OPS-Codes (DIMDI 2015 ff.) beschrieben.

6. Wenn ein Patient weiterhin akutmedizinisch behandelt werden muss und wenn eine frühzeitige intensiv-rehabilitative Intervention einschließlich der therapeutischen Pflege ebenso nötig ist, kann dieser Patient auf eine eigenständige Station

¹ Alle Abkürzungen siehe Abkürzungsverzeichnis.

übernommen oder fachübergreifende Frührehabilitation dezentral erbracht werden. Der Anteil der Patienten, bei denen diese Voraussetzungen bestehen, wird von den Autoren auf ca. 2 bis 3 % aller Krankenhauspatienten geschätzt.

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

8. Die Frührehabilitation ist inhaltlich und bezüglich der Zielsetzung von der Frühmobilisation und der weiterführenden Rehabilitation (z. B. Anschlussrehabilitation) abzugrenzen.

9. Damit Frührehabilitation sich im Akutkrankenhaus flächendeckend etablieren kann, müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- ▶ Zentrale Abteilungen für Physikalische und Rehabilitative Medizin (PRM) an Akutkrankenhäusern, die von PRM-Fachärzten geleitet werden und für die Therapien im Gesamthaus und dezentrale Frührehabilitation zuständig sind, und
- ▶ Bettenführende Frührehabilitationsabteilungen in großen Akutkrankenhäusern oder in Verbänden kleinerer Akutkrankenhäuser.

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

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

11. Aus oben gesagtem ergeben sich folgende Notwendigkeiten: Die Forderung gemäß SGB V und IX und der UN-Behindertenrechtskonvention zur frühzeitigen rehabilitativen Versorgung von Patienten mit schwersten Erkrankungen und Funktionsstörungen, die zu bleibenden schweren Behinderungen führen können, muss flächendeckend umgesetzt werden.

- ▶ In allen Krankenhäusern, mindestens aber in Krankenhäusern der Schwerpunkt- und Maximalversorgung müssen Frührehabilitationseinrichtungen mit qualifiziertem Personal (adäquat weitergebildete Ärzte, Therapeuten und Pflegekräfte) sowie Qualitätsstandards bezüglich Ausstattung und Stellschlüssel geschaffen bzw. erhalten werden.
- ▶ Frührehabilitation muss kostendeckend finanziert werden (z. B. durch kalkulierte und bewertete DRG, Zusatzentgelte oder andere Modelle).

Damit die gesetzlichen Vorgaben umgesetzt und eine fachübergreifende bedarfsgerechte Versorgung sichergestellt werden kann, sollte mittelfristig eine einheitliche Struktur der Frühre-

habilitation am Akutkrankenhaus der Schwerpunkt- und Maximalversorgung angestrebt werden. Da auch orthopädisch/traumatologische, internistische, geriatrische oder neurologische/neurochirurgische Erkrankungen zumeist mit einem komplexen Schädigungsbild einhergehen, ist es sinnvoll, an großen Akutkrankenhäusern primär eigenständige bettenführende Abteilungen der Frührehabilitation (i.S. der Akutrehabilitation) aufzubauen. Hierbei müssen die Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin und die rehabilitativ arbeitenden Neurologen, Geriater, Internisten, Chirurgen, Orthopäden und Unfallchirurgen und andere Gebietsärzte sinnvoll und zielgerichtet zusammenwirken. Ausschlusskriterien über entsprechende OPS-Codes müssen hierfür aufgehoben werden. Bestehende Frührehabilitationseinrichtungen sollten in die Lage versetzt werden, Patienten alters- und indikationsunabhängig behandeln zu können.

Hintergrundpapier

1. Zielstellung und Adressaten des Positionspapiers



Ziel dieses Positionspapiers ist die Stärkung der Frührehabilitation im Akutkrankenhaus. Darüber hinaus beschreibt es den erreichten Stand der Umsetzung des gesetzlichen Behandlungsauftrages zur Frührehabilitation im Akutkrankenhaus, die Perspektiven und Weiterentwicklung sowie die hierfür notwendigen Maßnahmen.

Das Papier richtet sich an:

- ▶ die politisch Verantwortlichen auf Bundes- und Länderebene, insbesondere die Ministerien für Arbeit, Soziales und Gesundheit
- ▶ die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Krankenhausträger
- ▶ die zuständigen Kostenträger (GKV, PKV, DRV, DGUV)
- ▶ den medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS)
- ▶ das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK)
- ▶ das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) sowie
- ▶ die im Bereich Frührehabilitation tätigen Fachgesellschaften und Berufsverbände
- ▶ die Verbände der Pflege und Therapeutengruppen
- ▶ die Interessenverbände der Patientinnen und Patienten sowie
- ▶ die Medien

2. Notwendigkeit rehabilitativer Maßnahmen im Akutkrankenhaus



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

zusätzlichen Funktionsverlust und immobilisationsbedingte Schäden zu verhindern, und andererseits, um das regenerative Potenzial optimal zu nutzen (Hibbeler 2009). Immobilisationsbedingte Funktionsverluste können alle Körperfunktionen betreffen, wie z.B. Verlust von Muskelkraft und Knochenfestigkeit, Abnahme motorisch-koordinativer und kognitiver Fähigkeiten, Dekonditionierung, sensorische Deprivation und Verschlechterung der Kreislaufregulation. Durch Immobilisation verursachte Komplikationen sind z.B. Thrombosen mit möglichen nachfolgenden Lungenembolien, Pneumonien, Kontrakturen, Mangelernährung und Dekubitalulzera. Einige dieser Komplikationen können letal sein.

Untersuchungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass eine frühe intensive rehabilitative Therapie die Wiederherstellung von Funktionen schwerbetroffener Patienten beschleunigen und Liegezeiten im Krankenhaus verkürzen kann (Shiel et al. 2001; vgl. auch Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1999; Fuhrmann and Liebig 1999, Klaes et al. 1999, Reiners 2006, Simmel, Bühren 2009–2011, Kisling 2014). Frührehabilitation ist an eine hohe Intensität der rehabilitativen Interventionen inklusive der Wochenenden geknüpft (Shiel et al. 1999; Parker et al. 2013; Casey 2013; Peiris et al. 2013). Sie trägt auch zu einer Verminderung der Komplikationsrate (Bernspang et al. 1987) und zu einer Verbesserung der körperlichen und sozialen Funktionsfähigkeit im Langzeit-follow-Up bei (Musicco et al. 2003; Petersen et al. 2008).

Bei Schlaganfällen oder allgemein Schädel-Hirn-Erkrankungen kann eine unverzügliche und intensive Rehabilitation und funktionelle Therapie die Funktionsfähigkeit der Betroffenen durch Nutzung der Neuroplastizität steigern (Ottenbacher and Jannell 1993; Wullen and Karbe 1999, Mauritz 2004, Spranger et al. 2006). Ähnliche Ergebnisse haben Studien nach Schädel-Hirn-Trauma, Polytrauma und Querschnittsläsionen ergeben (Yarkoney et al. 1987; Mayer 1993; Hall and Cope 1995; Simmel, Bühren 2009, 2013, Simmel 2010; Kayambu et al. 2013; Peiris et al. 2011; Lord et al. 2013).

Nicht nur der medizinisch-technische Fortschritt, auch die Verbesserung des Managements der Polytraumaversorgung führte zu einer Reduktion der Letalitätsrate von über 40% vor einigen Jahrzehnten auf inzwischen unter 15%. Im Jahresbericht 2015 des Trauma-Registers der DGU betrug die Letalität von polytraumatisierten Patienten im Krankenhaus 10%. Daher stellt sich zunehmend nicht nur die Frage nach dem Überleben schwer verletzter Patienten, sondern auch nach dem mittel- und langfristigen Behandlungsergebnis. Hierbei rückt die funktionale Wiederherstellung in den Vordergrund (Khan et al. 2012; Sayer et al. 2008; Siddharthan et al. 2008; Storch and Kruszynski 2008; Regel et al. 1993; Ruchholtz et al. 2008; Kinzl et al. 1996, DGU-Traumaregister, Neuauflage des Weißbuches Polytraumaversorgung) [113].

Das SAV (Schwerstverletztenartenverfahren) der Gesetzlichen Unfallversicherungen fordert explizit das Vorhandensein von Frührehabilitation als Zertifizierungsvoraussetzung (DGUV 2013, [24, 25] Debus, Mierswa, Kühne 2014).

Studien haben gezeigt, dass Intensivpatienten und Beatmungspatienten aller Fachgebiete von einer angepassten, intensivierten interdisziplinären Therapie unter Berücksichtigung der funktionellen Fähigkeiten profitieren (Brahmbatt et al. 2010; Bailey et al. 2007; Morris et al. 2008; Schweickert and Hall 2007; Convertino 1997; Burtin et al. 2009; Gobelet et al. 2010; Oehmchen, Pohl, 2012; Malfrather 2013, Mittermaier 2014).

Hochbetagte multimorbide („geriatrische“) Patienten bessern sich nachweislich durch frühestmöglich einsetzende multidisziplinäre Therapien bezüglich ihrer Alltagskompetenz (Creditor 1993, Graf 2006, Buecking et al. 2013). Krankenhaussterblichkeit und Inanspruchnahme von Intensivstationen konnten gesenkt werden (Grund et al. 2015). Erfreulicherweise ist die Anzahl der Krankenhäuser, die eine fachübergreifende Frührehabilitation für geriatrische Patienten erbringen, in den letzten Jahren deutlich gestiegen (vgl. Kapitel 9).

Aufgrund solcher Ergebnisse wurden z.B. in England und Holland (Stam et al. 2015) Empfehlungen für eine frühestmögliche rehabilitative Intervention erarbeitet, die neben dem frühzeitigen Beginn auch den Einsatz eines vom Rehabilitationsarzt geleiteten multiprofessionellen Rehabilitationsteams beinhalten. Der im deutschen Sozialgesetzbuch V geforderte frühestmögliche Beginn der Rehabilitation schon im Akutkrankenhaus sowie die im Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) (DIMDI 2015 ff.) beschriebenen Qualitätskriterien, die die Pflege und ein multiprofessionelles Team einschließen, entsprechen dieser Forderung.

Leitlinien führen die Notwendigkeit, aber auch die Defizite in der Erbringung von Frührehabilitation auf, u.a. die zur koronaren Herzerkrankung, die zum kardiogenen Schock und die „Sepsis“-Leitlinie (in Überarbeitung, www.AWMF.org, abgerufen am 28.7.15):

„Eine Vielzahl von ehemaligen Sepsispatienten leiden unter funktionellen Einschränkungen, die unter den Begriffen Critical Illness Polyneuropathy (CIP) bzw. Critical Illness Myopathy (CIM) seit mehr als 2 Jahrzehnten bekannt sind. Mehr als 70% der Patienten mit septischem Schock und mehr als 60% der mechanisch beatmeten Patienten sowie der Patienten mit einer schweren Sepsis zeigen signifikante elektrophysiologische Veränderungen bereits 3 Tage nach Aufnahme auf die Intensivstation. Assoziationen mit myopathischen oder neuropathischen Veränderungen zeigen neben der Sepsis und der Beatmung auch das Multiorganversagen, ARDS, systemische Inflammation, Kortikosteroide, Störungen des Glukosemetabolismus und die Liegedauer auf der Intensivstation. In der Summe werden bei Patienten mit CIP/CIM häufiger Schwierigkeiten bei der Entwöhnung vom Ventilator (weaning failure) und prolongierte Phasen der post-hospitalen Rehabilitation beobachtet. Zunehmend in den Blickpunkt geraten im Zusammenhang der perihospitalen funktionellen Entwicklung auch das Delirium während der Intensivtherapie sowie anhaltende neurokognitive Einschränkungen (POCD), post-traumatischer Distress (PTSD) und Depressionen. Der Grad der durch eine Sepsis resultierenden Funktionsdefizite und somit die tatsächliche Lebensqualität der Betroffenen kann jedoch durch eine geeignete Rehabilitationsmaßnahme durchaus beeinflussbar sein. Allerdings gibt es bis heute weder therapeutische Rehabilitations-Standards noch auf diese Patienten ausgerichtete Rehabilitationseinrichtungen, da die Langzeitfolgen einer Sepsis nach intensivtherapeutischer Behandlung den nachbehandelnden Ärzten in der Regel wenig bekannt sind. Bis zur Einführung der DRGs wurden Sepsis-Patienten bis zu ihrer „Entlassungsfähigkeit“ in der Regel im Akutkrankenhaus versorgt, welches jedoch im Allgemeinen nicht über entsprechende rehabilitationsmedizinische Ressourcen verfügt. Mit Einführung der DRGs sehen sich diese Patienten jedoch mit einem weiteren Problem konfrontiert. Aufgrund zukünftig fehlender Abrechnungsgrundlagen ist das Akutkrankenhaus an einer vorzeitigen Entlassung des Patienten interessiert, um das pro Behandlungsfall zur Verfügung stehende Budget nicht über Gebühr zu

überschreiten. Das Ergebnis ist, dass Sepsis-Patienten nun noch früher aus der akutmedizinischen Versorgung entlassen werden. Gezielte Untersuchungen sind notwendig, um unser Verständnis der häufig lang andauernden neurokognitiven und motorisch-funktionellen Beeinträchtigungen dieser Patientengruppe zu verbessern und mögliche Präventions- bzw. Therapieansätze aufzuzeigen.“

3. Recht auf Frührehabilitation, europäische bzw. weltweite Forderungen

Ziel von Rehabilitation ist definitionsgemäß, dass die Funktionsfähigkeit von Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen bestmöglich wiederhergestellt wird, sodass sie an allen Lebensbereichen wieder uneingeschränkt teilhaben können. So hat die UN-Vollversammlung im Jahre 2006 in der Konvention der Rechte von Menschen mit Behinderungen (s. auch *Bundestagsdrucksache 16/10808 vom 8.11.2008*) im Artikel 26 „Habilitation und Rehabilitation“ (1) „wirksame und geeignete Maßnahmen [...], um Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren“ (UN 2006) festgeschrieben. Zu diesem Zweck sollen „die Vertragsstaaten umfassende Habilitations- und Rehabilitationsdienste und -programme“ aufbauen, stärken und/oder erweitern, und zwar „insbesondere auf dem Gebiet der Gesundheit, der Beschäftigung, der Bildung und der Sozialdienste, und zwar so, dass diese Leistungen und Programme im frühestmöglichen Stadium einsetzen und auf einer multidisziplinären Bewertung der individuellen Bedürfnisse und Stärken beruhen“.

In diesem Sinne haben sowohl die Weltgesundheitsorganisation (WHO) als auch die Europäische Union die Frührehabilitation im Akutkrankenhaus in ihre rehabilitativen Strategien aufgenommen. So wird in der WHO-Resolution 58.23 mit dem Titel „Disability, including prevention, management and rehabilitation“ vom 25. Mai 2005 u. a. gefordert, eine frühe Intervention zu fördern, und zwar mit dem Ziel der vollen Teilhabe von Menschen mit Behinderung und deren Gleichbehandlung in der Gesellschaft (WHO 2005). Diese Aussage wird auch durch eine spezielle Konzentration auf die perinatale Phase nicht geschmälert.

Der Europäische Rat fordert in seiner Empfehlung vom 4. April 2006 („Action Plan to promote the rights and full participation of people with disabilities in society: improving the quality of life of people with disabilities in Europe 2006–2015“), umfassende Rehabilitationsdienste zu schaffen, zu stärken und auszuweiten. Er bezieht dies auch auf frühe Maßnahmen, Behinderungen zu erkennen, zu diagnostizieren und zu behandeln sowie hierfür effektive Richtlinien zu erarbeiten (EU 2006).

In Weiterentwicklung dieser Begründungskette hat die WHO in dem 2011 verabschiedeten Weltbericht über Behinderung („*World Report on Disability*“) die Rehabilitation als „a set of measures that assist individuals who experience or are likely to experience disability to achieve and maintain optimal functioning in interaction with their environments“ definiert und die Rehabilitationsmedizin, die Therapien und die assistiven Technologien als ihre Hauptkomponenten beschrieben (WHO & World Bank 2011, WHO 2013; vgl. auch Meyer et al. 2011; Gutenbrunner et al. 2011a). In diesem Dokument findet sich auch das Prinzip, dass die Rehabilitation alle Phasen der Gesund-

heitsversorgung einschließen muss, also die Akut- und Postakutphase sowie die Langzeitversorgung (vgl. auch Gutenbrunner et al. 2011b). Spätestens hier wird deutlich, dass aus Sicht der WHO die Frührehabilitation im Akutkrankenhaus ein essentieller Bestandteil der rehabilitativen Versorgung ist, mit dem Ziel das Entstehen von Behinderung nach akuten und schweren Erkrankungen zu vermeiden oder zumindest zu minimieren.

In dem im Mai 2014 von der Weltgesundheitsversammlung verabschiedeten WHO Aktionsplan Behinderung (WHO Global Disability Action Plan „Better Health for all People with Disabilities 2014–2021“, WHO 2014) entsteht hieraus die klare Forderung an die Regierungen aller Mitgliedsstaaten, „Rehabilitationsdienste auszuweiten und zu stärken und sicherzustellen, dass diese in allen Phasen der Versorgung und auf der primären, sekundären und tertiären Ebene des Gesundheitssystems verankert sind [...]“. In diesem Zusammenhang wird auch gefordert, die Rehabilitation in das Gesundheitssystem zu integrieren und eine wirksame Koordination zwischen den Versorgungsphasen und -ebenen zu schaffen.

Die Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) führt in ihrem „White Book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe“ (Gutenbrunner et al. 2007) folgerichtig aus, dass spezialisierte Frührehabilitationseinrichtungen im Akutkrankenhaus unverzichtbar sind und in enger Kooperation mit Intensivstationen und anderen Akutstationen arbeiten müssen. Dabei wird speziell darauf verwiesen, dass eine frühzeitige Verlegung eines Patienten von einer auf akutmedizinische Diagnostik und Behandlung von schweren Krankheitssymptomen und die Erhaltung von (lebenswichtigen) Körperfunktionen ausgerichteten Intensiv- oder Akutstation auf eine funktionell-rehabilitativ ausgerichtete Frührehabilitationsstation für die Betroffenen von großer Bedeutung ist. Der deutsche Gesetzgeber hat diese Forderung nach spezialisierten Frührehabilitationseinrichtungen bereits im Jahre 2001 im SGB V und IX umgesetzt.

Eine Umfrage der Sektion für Physikalische und Rehabilitative Medizin in der Europäischen Facharztunion unter 16 Ländern hat darüber hinaus ergeben, dass in 13 von ihnen und damit in der großen Mehrheit Akut-Reha-Einrichtungen vorhalten und ergänzend auch mobile Frührehabilitationsteams eingesetzt werden. Diese Studie ist allerdings dadurch limitiert, dass sie nur Daten von zwei Drittel der Länder beinhaltet. Für die übrigen Länder liegen bisher keine verlässlichen Statistiken vor (Gutenbrunner et al. 2007). In einem Positionspapier betont diese Organisation allerdings nochmals die Notwendigkeit der Rehabilitation im Akutkrankenhaus und begründet dies mit Ergebnissen von Studien und normativer Literatur (Ward et al. 2010). Darüber hinaus werden Ziele der verschiedenen möglichen rehabilitativen Versorgungsformen im Akutkrankenhaus sowie Ziele und Ergebnisse der Frührehabilitation eingehend erläutert.

Insgesamt ist also festzustellen, dass die Frührehabilitation in Europa und weltweit mehrheitlich unbestritten als fester Bestandteil der rehabilitativen Versorgung bzw. des Gesundheitssystems als Ganzes angesehen wird – und dies sowohl aus politischer als auch fachlicher Perspektive.

4. Ziele der Frührehabilitation im Akutkrankenhaus

Die wichtigsten und übergeordneten Ziele der Frührehabilitation im Akutkrankenhaus (Stucki et al. 2002a; BAR 2006; Reißhauer et al. 2011; Beyer 2012; Fialka-Moser 2013) sind:

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

Dabei werden der Grad der Rehabilitations-Fähigkeit und die Rehabilitations-Prognose des jeweiligen Patienten ermittelt, indem aus seinen individuellen Beeinträchtigungen in der selbstständigen Bewältigung und Gestaltung der grundlegenden menschlichen Bedürfnisse und Lebensbereiche seine individuellen Reha-Ziele abgeleitet werden. Der unter Berücksichtigung der individuellen sozialen Kontextfaktoren anzustrebende Grad der Selbständigkeit ergibt sich aus der Alltagskompetenz in den Grundbedürfnissen, die der Patient oder die Patientin hatte, bevor die Beeinträchtigungen auftraten, die die aktuelle Rehabilitationsbedürftigkeit begründen. Bei akut Erkrankten mit Vigilanz Einschränkungen bis hin zu komatösen Zuständen sind Prognose und das Reha-Potenzial oft schwierig zu bestimmen. Der Schwerpunkt der Frührehabilitation liegt in der Wiedergewinnung und Verbesserung der Selbständigkeit bei den alltäglichen Verrichtungen bezüglich der folgenden Basisfunktionen:

- ▶ Bereich der Körperfunktionen und Strukturen
 - Wachheit und Kooperationsfähigkeit
 - vegetative Stabilität und Schlaf-Wach-Rhythmus
 - situative, zeitliche und räumliche Orientierung sowie zur Person
 - Wahrnehmung
 - kognitive Funktionen
 - sensorische und motorische Funktionen
 - Kommunikation
 - Schluckfunktion
 - Unabhängigkeit von der maschinellen Beatmung
 - Kontinenz
- ▶ Aktivitäten und Partizipation
 - Mobilität
 - Essen, Trinken (Kostaufbau)
 - persönliche Hygiene
 - selbständiges An- und Auskleiden
 - alltagsorientierte Funktionen
 - soziale Reintegration
 - Hilfe zur Selbsthilfe

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

- ▶ (Aspirations-)Pneumonie
- ▶ Dekubitus
- ▶ Kontrakturen
- ▶ Thrombosen und Embolien
- ▶ Mangelernährung (Malnutrition)
- ▶ Muskelschwund (Sarkopenie)
- ▶ Dekonditionierung und Deprivation

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

- ▶ die Erfassung von Rückbildungstendenzen bei Funktionsstörungen durch rehabilitationsspezifische Verlaufsdagnostik,
- ▶ die wiederholte Klärung des Rehabilitationspotenzials,
- ▶ die Planung und Einleitung der weiteren rehabilitativen Versorgung, der Pflegeüberleitung und Bestimmung einer geeigneten weiterführenden Rehabilitationsklinik oder ambulanten Versorgung (Entlass- und Nachsorgemanagement),

- ▶ die Beurteilung der Erwerbsprognose und Einleitung beruflicher Rehabilitation (MBOR, ABMR, TOR) und
- ▶ Beratung, Anleitung und Betreuung von Angehörigen.

Die Aufgaben und Leistungen der Frührehabilitation im Akutkrankenhaus beinhalten immer auch die Fortsetzung der akutmedizinischen Maßnahmen, einschließlich der gegebenenfalls erforderlichen intensivmedizinischen Diagnostik und Behandlung. Dies kann in Akutkrankenhäusern mit jederzeit verfügbarer Infrastruktur und in konsiliarischer Zusammenarbeit ohne Verlegungsbedarf zeitnah gewährleistet werden. Diese Aufgaben umfassen im Einzelnen:

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

5. Strukturvoraussetzungen der Frührehabilitation im Akutkrankenhaus

Die Strukturvoraussetzungen für die fachübergreifende Frührehabilitation sind abhängig von dem Versorgungsauftrag der verschiedenen Akutkrankenhäuser.

Dabei ergänzen sich die folgenden Formen der Frührehabilitation (Ward AB et al.):

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

Das Frührehabilitationsteam wird insbesondere dann eingesetzt, wenn hochspezialisierter akutmedizinischer Behandlungsbedarf besteht und dieser nur auf einer bestimmten Fachstation (z. B. Intensivbehandlungseinheiten, Stroke Units, Verbrennungseinheiten) erbracht werden kann. Eine Verlegung in einen Frührehabilitationsbereich ist dann indiziert, wenn – bei nach wie vor hohem akutstationären Behandlungsbedarf – der Bedarf an gleichzeitiger multidisziplinärer rehabilitativer Intervention einschließlich der therapeutischen Pflege hoch ist oder sogar in den Vordergrund tritt und eine längere Behandlungszeit absehbar ist.

Die Erbringung der Frührehabilitation auf einer eigenen bettenführenden Station hat folgende Vorteile:

- ▶ größere Therapieflexibilität,
- ▶ kürzere Wege und leichtere interdisziplinäre Zusammenarbeit,
- ▶ spezifisches sozialmedizinisches Wissen und gemeinsames Konzept aller Beteiligten,
- ▶ konzentrierte Kenntnisse in aktivierend-therapeutischer Pflege,
- ▶ Ansprechpartner für externe zuweisende Kliniken zu sein,
- ▶ bei entsprechender Ausstattung (IMC) Pufferstation für Intensivstationen zu sein
- ▶ Ausbildungsplatz für viele Gesundheitsfachberufe und Fachärzte für PRM zu sein.

Die fachübergreifende Frührehabilitation ist als multi- und interdisziplinäre, patientenzentrierte Teamarbeit organisiert. Fachübergreifende Frührehabilitation bedeutet dabei, dass Pa-

tienten mit zumeist multiplen Schädigungen unterschiedlicher Organsysteme aus verschiedenen medizinischen Fachbereichen behandelt werden. Je nach Bedarf werden dabei mehrere akutmedizinische Fachbereiche einbezogen.

5.1. Strukturvorgaben des OPS-Katalogs

Die Strukturvoraussetzungen für die Frührehabilitation sind in den OPS-Codes Kapitel 8–55 (DIMDI 2015 ff.) beschrieben. Sie beinhalten sowohl fachliche Qualifikationen und eine Teamstruktur als auch einige Beschreibungen von Behandlungsprozessen einschließlich diagnostischer Maßnahmen und Assessments. Im Einzelnen werden die folgenden Merkmale gefordert (OPS-Code 8–559 „Fachübergreifende und andere Frührehabilitation“):

- ▶ Frührehabilitationsteam unter fachärztlicher Behandlungseitung (mindestens 5 Jahre in der Rehabilitationsmedizin tätig oder 5 Jahre Tätigkeit in der Physikalischen und Rehabilitativen Medizin oder Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin),
- ▶ standardisiertes Frührehabilitationsassessment oder Einsatz von krankheitsspezifischen Scoring-Systemen zur Erfassung und Wertung der funktionellen Defizite in mindestens 5 Bereichen (Bewusstseinslage, Kommunikation, Kognition, Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Verhalten, Emotion) zu Beginn der Behandlung,
- ▶ wöchentliche Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele,
- ▶ aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal (Therapeutische Lagerung, Mobilisierung, Körperpflege, Kleiden, Essen und Trinken; Ausscheidungstraining, Wahrnehmungsförderung, Aktivierungstherapie, Trachealkanülenmanagement u. a.),
- ▶ Vorhandensein von mindestens 4 der folgenden Therapiebereiche: Physiotherapie/Krankengymnastik, Physikalische Therapie, Ergotherapie, Neuropsychologie, Psychotherapie, Logopädie/faziorale Therapie/Sprachtherapie, künstlerische Therapie (Kunst- und Musiktherapie), Dysphagie-therapie und Einsatz von mindestens 3 dieser Therapiebereiche in patientenbezogenen unterschiedlichen Kombinationen und unterschiedlichem Zeitaufwand,
- ▶ Entlassungsassessment zur gezielten Entlassung oder Verlegung des Patienten.

Für die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (OPS 8–550) und die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (OPS 8–552) und ab 2015 für die Frührehabilitation bei HNO-Erkrankungen gelten ähnliche Kriterien, wobei zusätzlich der geriatrische bzw. fachärztliche Sachverstand in der Teamleitung gefordert wird.

In vielen Komplexleistungen (M. Parkinson OPS 8–97d u. a.) werden rehabilitative Behandlungsformen eingesetzt. Hierbei genügen im Unterschied zur komplexen Frührehabilitation in der Regel einzelne Therapiebereiche.

5.2. Fachliche Qualifikation, Team- und Raumstruktur

Sämtliche Rehabilitationsprozesse werden vom Rehabilitationsarzt bzw. von der Rehabilitationsärztin gesteuert, integriert und koordiniert. Sie sind für die Qualitätssicherung verantwortlich. Frührehabilitation von schwer oder schwerst betroffenen, häufig multimorbiden Patienten setzt eine fundierte und breit angelegte Weiterbildung im Akutkrankenhaus voraus. Besondere Kenntnisse in der Behandlung häufig internistischer Komplika-

tionen von Frührehabilitationspatienten sind erforderlich. Als Leiter einer fachübergreifenden Frührehabilitation sind aufgrund notwendiger interdisziplinärer Aus- und Weiterbildung Gebietsärzte geeignet, die neben akutmedizinischer Ausbildung Gelegenheit hatten, umfassende rehabilitative Behandlungskompetenz zu erlangen. Dem Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin kommt hierbei eine besondere Bedeutung zu (Gutenbrunner et al. 2014: Das Profil des Facharztes für Physikalische und Rehabilitative Medizin).

Beide Organisationsformen der Frührehabilitation (Frührehabilitationsteams und fachübergreifende Frührehabilitation auf eigenständiger bettenführender Abteilung) sind nur in einer multiprofessionellen und interdisziplinären Teamstruktur durchführbar. Folgende Fachbereiche sind im Frührehabilitationsteam neben den konsiliarisch eingebundenen ärztlichen Fachspezialisten je nach Indikation vertreten:

- ▶ der Pflegedienst (mit besonderer Qualifikation und Weiterbildung in aktivierend-therapeutischer Pflege),
- ▶ die Physiotherapie und physikalische Therapie,
- ▶ die Ergotherapie,
- ▶ die Logopädie,
- ▶ die Neuropsychologie,
- ▶ die Psychotherapie,
- ▶ die Musiktherapie,
- ▶ die Kunsttherapie,
- ▶ die Rekreationstherapie und
- ▶ die Sozialarbeit.

Ein verbindlicher Stellenplan wurde bisher nicht definiert und ist wegen des unterschiedlichen Krankheitsspektrums der Patienten und der verschiedenen Konzepte einzelner Einrichtungen als allgemeinverbindliche Vorgabe auch nicht sinnvoll.

Die Räumlichkeiten und die Ausstattung von Frührehabilitationsstationen müssen dazu geeignet und so ausgestattet sein, dass die verschiedenen oben genannten Fachspezialisten der Frührehabilitation darin gut arbeiten können. Bspw. sollten die Räume flexibel gestaltet werden können (z. B. bei Isolierungsbedarf von Patienten). Die Patientenzimmer müssen groß genug sein, um die erforderliche Pflege und Therapie auch mit den notwendigen technischen Geräten durchführen zu können. Die Naszellen müssen behinderten- und therapiegerecht ausgestattet sein, um z. B. das bei Frührehabilitationspatienten notwendige Selbsthilfetaining zu ermöglichen.

Die Therapieräume sollten in die bettenführende Abteilung integriert werden, um eine interdisziplinäre Teamarbeit und kurze Wege zur Behandlung zu gewährleisten.

Bettenführende Frührehabilitationsabteilungen müssen in der Lage sein, die Kreislauffunktion von akutmedizinisch kranken Patienten kontinuierlich zu überwachen.

5.3. Behandlungsprozesse (inklusive Assessments)

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

- ▶ Ursache und Schwere der Erkrankung einschließlich eventueller Vorerkrankungen und Komplikationen,
- ▶ Primärpersönlichkeit und soziale Bindung des Patienten (Kontextfaktoren),
- ▶ aktuelles Verhalten und Befinden des Patienten,
- ▶ Zeitpunkt, Intensität und Dauer der individuell und aktuell erforderlichen Behandlung,
- ▶ Art und Umfang der Behandlung,
- ▶ Motivation und Kompetenz der Mitarbeiter,
- ▶ Reaktion und Interaktion des Teams,

- ▶ Interaktion zwischen Mitarbeiter und Patient,
- ▶ Einbeziehen der Angehörigen und
- ▶ Kooperation von Leistungsträgern und Management (ärztlich und administrativ).

Die Prozessqualität erfordert die aktive Beteiligung aller Teammitglieder in regelmäßigen Besprechungen zur Planung und Beurteilung des individuellen Rehabilitationsverlaufes. Die entsprechenden Teamsitzungen müssen strukturiert und standardisiert sowie regelmäßig durchgeführt und dokumentiert werden. Ein wesentliches Qualitätsmerkmal der fachübergreifenden Frührehabilitation ist – wie auch im OPS-Code 8–559 festgeschrieben – ein standardisiertes Frührehabilitationsassessment (Voss et al. 2000). Zu Beginn, im Verlauf und bei Entlassung des Patienten werden funktionelle Defizite in mindestens 5 Funktionsbereichen erfasst.

Die gebräuchlichen Frührehabilitationsassessments genügen den Gütekriterien Reliabilität, Validität, Änderungssensibilität sowie Praktikabilität.

Zur Erfassung funktioneller Defizite sind z.B. die folgenden Kategorien und Messinstrumente (Assessments) gebräuchlich:

- ▶ Glasgow-Coma-Scale (GCS): Bewusstseinslage,
- ▶ Komaremissionsskala (KRS): Bewusstseinslage,
- ▶ EFA (Early Functional Abilities): Bewusstseinslage, Kommunikation, Kognition,
- ▶ Frühreha-Barthel-Index: Intensität der Behandlungsbedürftigkeit, Kommunikation, Kognition, Mobilität und Selbsthilfefähigkeit,
- ▶ Barthel-Index: Mobilität, Selbsthilfefähigkeit,
- ▶ Functional Independence Measure (FIM): Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kommunikation, Kognition,
- ▶ Dysphagie-Score (BODS): Schluckstörung,
- ▶ Geriatrische Depressionsskala (GDS): Emotion,
- ▶ Visuelle Analogskala (VAS): Schmerz,
- ▶ spezifische ICF-Core-Sets (Grill et al. 2005) [in Entwicklung],
- ▶ Rehabilitanden-Management-Kategorien (Spyra, Müller-Fahrnow 1998).

Neben den Assessments zur Erfassung funktioneller Defizite muss eine standardisierte Sozialanamnese erhoben werden. Die Prozessqualität in der fachübergreifenden Frührehabilitation wird durch leitlinienorientierte und evidenzbasierte Behandlungskonzepte in allen Therapiebereichen gesichert. Patienten profitieren von einer individualisierten, in den Teamkonferenzen modifizierten frührehabilitativen Behandlung. Die zeit- und personalaufwändige Teamarbeit, insbesondere die interdisziplinäre Zusammenarbeit und der Austausch können nur durch interne Fort- und Weiterbildung, ggf. Supervision sowie Förderung der Arbeitszufriedenheit und Motivation des Teams gewährleistet werden.

6. Indikationen und patientenseitige Voraussetzungen für die fachübergreifende Frührehabilitation



Das Indikationsspektrum der Frührehabilitation im Akutkrankenhaus ist, was die zugrunde liegenden Krankheitsbilder und -diagnosen angeht, sehr heterogen. Grund hierfür ist, dass die Aufnahmekriterien in der Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit begründet liegen, und zwar unabhängig von der ICD-Diagnose. Folgende Patientengruppen gehören typischerweise in die Frührehabilitation – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – (vgl. Leistner et al. 2005): es sind Patienten:

- ▶ mit erworbenen Hirnschädigungen, z. B. durch Schädel-Hirn-Trauma, Hypoxie, Schlaganfall, Meningoencephalitis,
- ▶ welche schwere Verletzungen am Stütz- und Bewegungsapparat bzw. an den inneren Organen erlitten haben, z. B. durch Polytrauma,
- ▶ mit schwerwiegenden akuten neurologischen und neurochirurgischen Erkrankungen, z. B. Guillain-Barré-Syndrom, Para- und Tetraparese, akuter Schub einer neurologischen Systemerkrankung wie z. B. Enzephalomyelitis disseminata,
- ▶ nach Amputationen bei vorliegenden Begleiterkrankungen und erheblicher zusätzlicher Behinderung,
- ▶ mit kompliziertem postoperativem Verlauf und/oder absehbar notwendigen Zweiteingriffen, z. B. nach komplikationsbehafteten abdominal-, kardio- und thoraxchirurgischen Eingriffen,
- ▶ nach Langzeitbeatmung und Langzeitintensivbehandlung und Entwicklung eines Critical-Illness-Syndroms/ Postintensiv Care Syndrom (PICS),
- ▶ mit postoperativen kognitiven Defiziten (POCD), Orientierungs- und Verhaltensstörung und deliranten Symptomen mit Beaufsichtigungsbedarf,
- ▶ nach akuter Erkrankung bei schwerer vorbestehender Behinderung.

Allgemein gesagt: kritisch-krank multimorbide Patienten mit komplexen Krankheitsbildern und absehbar langem akutmedizinischen Behandlungsbedarf.

In der Behandlung von Patienten mit Querschnittlähmung und für Brandverletzte haben sich Spezialeinrichtungen bewährt.

Die Voraussetzungen für eine Patientenübernahme auf eine Station der fachübergreifenden Frührehabilitation sind gegeben, wenn bei nach wie vor hohem akutmedizinischen Behandlungsbedarf frühzeitig dringender intensiver rehabilitativer Interventionsbedarf einschließlich der therapeutischen Pflege besteht. Diese Konstellation besteht insbesondere, wenn 3 oder mehr der folgenden Kriterien gleichzeitig vorliegen:

- ▶ notwendige weitere akutmedizinische, aufwändige und/oder invasive Diagnostik und Behandlung mit notwendiger Infrastruktur eines Akutkrankenhauses
- ▶ Phasen der zu erwartenden Komplikationen (vgl. Raiser 2004)
- ▶ weiterer Operationsbedarf – absehbare Zweiteingriffe (z. B. bei Polytrauma, neurochirurgischen Krankheitsbildern, Brandverletzungen, Wundheilungsstörungen mit aufwändigem Wundmanagement)
- ▶ aufwändige medikamentöse Therapien (z. B. i. v.-Antibiose, Immunsuppression, Chemotherapie)
- ▶ Bedarf an intermittierender Beatmung oder dauerhafter Sauerstoff-Zufuhr
- ▶ Dialysepflichtigkeit
- ▶ Bedarf an parenteraler Ernährung
- ▶ Bedarf an hochspezialisierter rehabilitativer Diagnostik und Therapie bei
 - Schluckstörungen (Dysphagie)
 - Sprachstörung (Aphasie)
 - kognitiven Störungen
 - neurogenen Blasenentleerungsstörung
 - aufwändiger Spastikbehandlung
 - aufwändiger Orthesen- und/oder Prothesenversorgung
- ▶ Notwendigkeit der Evaluation der Funktionsfähigkeit bzw. des Rehabilitationspotenzials und der Rehabilitationfähigkeit, wenn dies konsiliarisch nicht sicher beurteilbar ist und einer umfassenden Abklärung unter stationären Bedingungen bedarf (ggf. auch in Form eines Frührehabilitationsversuchs)

- ▶ aufwändiger Pflegebedarf, welcher nur im Akutkrankenhaus realisiert werden kann, z. B. wenn der zu rehabilitierende Patient noch schwerst pflegebedürftig und/oder in großem Umfang auf fremde Hilfe angewiesen ist:
 - hoher Grundpflegebedarf aufgrund des hohen akutmedizinischen Behandlungsbedarfs
 - gravierende Begleiterkrankungen oder Komplikationen
 - ausgeprägte beeinträchtigende Vorerkrankungen
- ▶ bei spezifischen Pflegemaßnahmen, wie
 - Pflege des Tracheostomas bei aufwändigem Sekretmanagement
 - Pflege von Ulcus oder Decubitus oder aufwändiger Wundbehandlung
 - kontinuierliche Überwachung der Vitalfunktionen
 - kontinuierliche Überwachung der Patienten bei Weglauf-tendenz
 - kontinuierliche Überwachung der i. v.-Medikation und der parenteralen Ernährung
 - pflegerische Versorgung aufwändiger zu- und ableitender Systeme (z. B. Zentralvenenkatheter, Harnleitungssysteme, Periduralkatheter, Thoraxdrainagen, gastrointestinale Sonden, Sauerstoff-Versorgung)
 - bei multiresistenten Keimen und Isolationsbedarf
 - bei speziellen rehabilitativen Konzepten der aktivierenden therapeutischen Pflege unter Nutzung der funktionellen Fähigkeiten und Potenziale der Patienten

Ausschlusskriterien zur Aufnahme von Patienten in die fachübergreifende Frührehabilitation sind vital bedrohliche Komplikationen und andere Gründe für eine fortgesetzte intensivmedizinische Behandlungsbedürftigkeit.

Andere akutmedizinisch zu behandelnde Zustände und Krankheitsbilder wie erhöhter Hirndruck, Sepsis und kontinuierliche Beatmungspflicht können je nach Ausstattung der Frührehabilitationsabteilungen beherrscht oder im Rahmen der interdisziplinären Kooperation im Akutkrankenhaus behandelt werden (Reißhauer et al. 2011).

So gelingt z. B. die Entwöhnung von der Beatmung bei intensiver gezielter Physiotherapie schneller als ohne diese Therapie (DGP, www.weannet.de). Dies setzt entsprechende Möglichkeiten (technisch und personell) und einen adäquaten Stellen-schlüssel voraus.

7. Erfahrungen mit der Frührehabilitation im Akutkrankenhaus



Es besteht eine hohe und in den vergangenen Jahren zunehmende Nachfrage nach Frührehabilitationsbetten in der Bundesrepublik Deutschland, sodass längere Wartelisten von angemeldeten Patienten die Regel sind. Die bestehenden Abteilungen haben einen unterschiedlich hohen prozentualen Anteil an Zuweisungen aus externen Kliniken und Übernahmen aus dem eigenen Haus. Angesichts des zunehmenden Bedarfs an Behandlungsplätzen für noch akutmedizinisch behandlungsbedürftige Patienten mit einem prognostisch hohen Rehabilitationsbedarf werden diese von den zuweisenden Kliniken zeitgleich in mehreren Abteilungen angemeldet, was die statistische Erfassung des Bedarfs erschwert. (Teixido et al. 2006, Beyer, J. Umfrage an die Sozialdienste – unveröffentlicht, Pohl et al.: Multicenterstudie DGMR). Intensivstationen sehen in personell und strukturell gut aufgestellten Frührehabilitationsabteilungen mit IMC-Standard Entlastung ihrer Einheit. Zunehmend werden hochaufwän-

dig zu pflegende Patienten sowie Patienten mit postoperativen deliranten Zuständen zur Übernahme angemeldet. Weitere häufige Diagnosen stammen aus den Bereichen Neurologie, Neurochirurgie, Orthopädie/Traumatologie, der Pulmonologie, der Kardiochirurgie, Herz-Kreislaferkrankungen, Abdominalchirurgie und Patienten mit Polytrauma oder nach Langzeitintensiv-aufenthalt.

Die Auslastung der bettenführenden Frührehabilitationseinheiten liegt bei über 85%, wobei isolationspflichtige Patienten mit entsprechender Bettensperrung in Mehrbettzimmern zu berücksichtigen sind und real eine Vollaustattung besteht.

Die Abteilungen für fachübergreifende Frührehabilitation versorgen Patienten aller Fachbereiche und erbringen nahezu ausschließlich alle Frührehabilitationsprozeduren (OPS 8–55 ff.) inklusive Behandlung von Patienten zur Beatmungsentwöhnung. Ein wesentliches Merkmal der Frührehabilitation ist die Integration von Akutmedizin und früh einsetzenden rehabilitativen Maßnahmen. Komplikationen treten in dieser frühen Phase der Rehabilitation erfahrungsgemäß häufiger auf und haben unabhängig von der Hauptdiagnose fachübergreifenden Charakter. Beispielhafte Komplikationen sind (pulmonale) Infekte, dekompensierte Herzinsuffizienz und Herzrhythmusstörungen, respiratorische Insuffizienz, symptomatische Anfallsleiden, gastrointestinale Krankheitsentitäten, Isolierbedarf mit problematischem Keimspektrum wie z. B. MRSA, MGNR, VRE. Bei Erbringung der Frührehabilitation in einem Akutkrankenhaus besteht, im Gegensatz zu den meisten Rehabilitationseinrichtungen außerhalb von Akutkrankenhäusern, über 24 Stunden Rückgriffmöglichkeit auf akutmedizinische Diagnostik, wie z. B. auf Laboruntersuchungen, bildgebende Verfahren einschließlich CT und MRT, die Koronarangiografie und auf die Konsiliardienste aus zahlreichen hochspezialisierten Fachbereichen (fachspezifische Chirurgie, Dialyse, (Neuro-)Urologie, interventionelle Radiologie, Intensivbehandlung u.a.).

Eine Rückverlegung in eine andere Klinik ist so bei Erbringung der Frührehabilitation im eigenen Haus die Ausnahme.

Die durchschnittliche Verweildauer in der fachübergreifenden Frührehabilitation hat deutlich zugenommen (7–8 Wochen).

Nach den Erfahrungen in den bestehenden Abteilungen für fachübergreifende Frührehabilitation bestehen deutliche positive Effekte der Frührehabilitation auf das Ausmaß der funktionellen Einschränkung bei den meisten schwer oder schwerst betroffenen Patienten. Durch die Frührehabilitation konnte in regelhafter Weise die Rehabilitationsfähigkeit der Patienten erst hergestellt werden. Im Rahmen der intensiven frührehabilitativen Maßnahmen, insbesondere der interdisziplinären Behandlungen im multidisziplinären Team kann im Großteil der Fälle eine deutliche Verbesserung des funktionellen Status erzielt werden, messbar mit den wöchentlich durchgeführten rehabilitativen Assessments (Helling J, Pohl).

Die Erfahrung zeigt, dass weniger Folgekomplikationen eintreten, die gesundheitlichen Ziele bei den Patienten rascher erreicht und der Erfolg der Akutbehandlung gesichert werden können. Die Zahl der Entlassungen in Pflegeeinrichtungen nimmt ab.

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

werden können. Wie berichtete Zahlen aus dem Zentrum für Rehabilitation des BG-Unfallkrankenhauses Hamburg belegen, konnten weit über 50% der unter 70-jährigen Patienten in die weiterführende Rehabilitation (AR, Phase C u.a.) entlassen werden, bei den über 70-jährigen in 40% Entlassung mit zwar bleibendem, aber vermindertem Pflegebedarf.

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

Die Frührehabilitation im Akutkrankenhaus (auch als Akutrehabilitation oder Intensivrehabilitation bezeichnet) beginnt im Rahmen einer akuten Gesundheitsstörung mit Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit und umfasst 2 Formen der umfassenden teamintegrierten ärztlich-therapeutischen Leistungserbringung (s.o.). Diese ist von der (einfachen) funktionsorientierten Physiotherapie, der Frühmobilisation (Tab. 1a), der KSR (Komplexen stationären Rehabilitation) nach SGB VII und der „fast track“-Chirurgie Schwenk et al., 2005 abzugrenzen.

Frührehabilitation beinhaltet Rehabilitationsmaßnahmen während der Krankheitsphase, in der ein akutstationärer Behandlungsbedarf besteht. Sie ist somit von der weiterführenden Rehabilitation abzugrenzen. Ein Ziel der Frührehabilitation ist das Erreichen der Rehabilitationsfähigkeit für andere Rehabilitations- (z.B. Anschlussrehabilitation) und Versorgungsformen. Sie ersetzt also keineswegs bisher bewährte Strukturen der Rehabilitation in Deutschland (s. Gutachten Sachverständigenrat SVR [12]), sondern ist als erstes Glied einer Rehabilitationskette zu verstehen.

Wie Tab. 1b zeigt, beginnt Frührehabilitation im Akutkrankenhaus so früh wie möglich und zielt auf die Wiederherstellung von Basisfunktionen und Vermeidung drohender bleibender Einschränkungen von Aktivitäten und Partizipation. Eine Rehabilitationsfähigkeit im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung (Fähigkeit zur aktiven Teilnahme an Therapiemaßnahmen, Reisefähigkeit u.a.) ist noch nicht gegeben (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger 2003). Dennoch muss auch in der Frührehabilitation ein Rehabilitationspotential vorhanden oder zumindest möglich sein.

Der OPS-Katalog sieht vielfältige Komplexbehandlungen (z.B. bei M. Parkinson OPS 8–97d, des Bewegungsapparates OPS

	bei Frühmobilisation	bei Frührehabilitation
Multimorbidität	selten	regelmäßig
Drohende bleibende Einschränkung	selten	regelmäßig
Multidisziplinäre Therapeuten	oft Physiotherapie ausreichend	regelmäßig
Mehrere Gebietsärzte	sehr selten	regelmäßig
Behandlungsdauer	innerhalb der oberen Grenzverweildauer	absehbar länger als 2–3 Wochen
Angehörigenarbeit	selten	sehr wichtig
Entlassmanagement	weniger aufwändig	aufwändig und komplex
Entlassungsform weiterführende Rehabilitation	regelmäßig	unsicher, ca. 40%
Hochaufwendige Pflege	selten	regelmäßig
Schmerztherapie	ja	ja
Ernährungsmanagement	ja	ja
Rasche Mobilisation	ja	ja

Tab. 1a Abgrenzung der Frührehabilitation von der Frühmobilisation (Beyer, J.; Gutenbrunner, C. 2015).

Tab. 1b Abgrenzung der Frührehabilitation gegenüber der weiterführenden Rehabilitation (nach Stucki et al. 2002a, modifiziert).

	Frührehabilitation	Postakute und Anschluss- Rehabilitation
Phase	Akutphase	nichtakute Phase
Zeitlicher Bezug zur Gesundheitsstörung	früh im Rahmen einer akuten Gesundheitsstörung mit Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit einsetzend	später in der Sequenz nach einer akuten Erkrankung/Gesundheitsstörung mit Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit einsetzend
Hauptzielsetzung der Rehabilitation	Wiederherstellung der Basisfunktionen Vermeidung einer drohenden bleibenden Beeinträchtigung der Partizipation	Wiederherstellung der über die Basisfunktionen hinausgehenden Fähigkeiten Verminderung oder Behebung einer manifesten Beeinträchtigung der Partizipation
Rehabilitationspotential	Vorhanden, unsicher oder zumindest möglich	vorhanden
Rehabilitationsfähigkeit (im Sinne der DRV)	nicht gegeben	gegeben
Akutmedizinischer Behandlungsbedarf	hoch, dauernd oder intermittierend	nicht vorhanden oder gering
Akutmedizinische diagnostische und/oder therapeutische Infrastruktur	notwendig	nicht notwendig
Konzeption	Frührehabilitation im Akutkrankenhaus mit umfassendem Programm bezogen auf alle Komponenten der ICF: – Frührehabilitationsteams (Acute Rehab Team, ART) – Frührehabilitationsstationen (Acute Rehabilitation Unit; ARU)	Leistungserbringung in Rehabilitationsklinik oder ambulantem Rehabilitationszentrum mit umfassendem Programm bezogen auf alle Komponenten der ICF

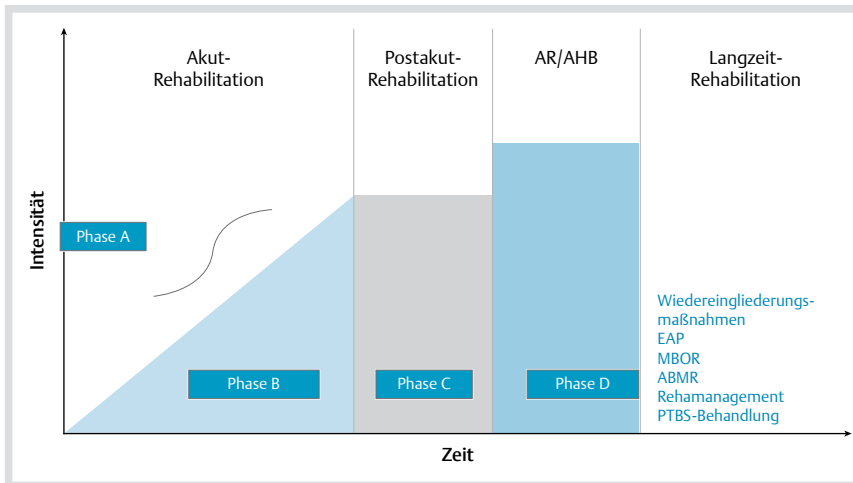


Abb. 1 Rehabilitationsverlauf und Phasenmodell (Beyer J; Gutenbrunner C. 2015).

8–977, der Dermatologie OPS 8–971, der Schmerzkomplextherapie OPS 8–919, Schlaganfallakutbehandlung OPS 8–981, Diabetes mellitus OPS 8–984 u. a.) vor, die teils hochfrequente Therapieleistungen voraussetzen, nicht jedoch das Gesamtkonzept eines multidisziplinären Teams unter Einbeziehung der Rehabilitationspflege, wie in den OPS der Frührehabilitation (OPS 8–55 ff.) aufgeführt, beinhalten.

Der hohe Stellenwert einer begleitenden physiotherapeutischen Behandlung lässt sich zahlreichen Ausführungsbestimmungen und strukturellen Anforderungen im OPS entnehmen, z. B. auf Intensivstationen (OPS 8–98 ff.).

Abzugrenzen von der Frührehabilitation mit akutmedizinischem Behandlungsbedarf sind auch wichtige integrierte Versorgungskonzepte, Kooperationen zwischen Akut- und Rehabilitationskliniken und Campusrehabilitation mit der Zielsetzung einer verbesserten Versorgungsqualität und erhöhter ökonomischer Effizienz (Bartel 2009, Bartel et al. 2010, Streibelt et al. 2007, Thren 2015, Dolderer et al. 2007, Güldensupp 2010, Kühne et al. 2012, Peschke et al. 2014).

Die abgestufte Akutbehandlung und Rehabilitation stellt **Abb. 1** dar. Sie nimmt das Phasenmodell der neurologischen-neurochirurgischen Rehabilitation gemäß BAR-Richtlinien auf, was analog auf weitere Krankheitsentitäten übertragen werden kann. Es ist ein gewünschter Idealverlauf. In der Realität gibt es mitunter stagnierende Verläufe, in der Frühphase A/B auch häufig einen undulierenden Verlauf und Rückschritte durch Komplikationen.

Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung gemäß SGB VII als durchgehend zuständiger Kostenträger hat diesbezüglich unverändert eine Vorbildfunktion (Klinikverbund der Unfallversicherungsträger; www.bgu-frankfurt.de [24,25], abgerufen am 28.7.2015).

9. Frührehabilitation in Deutschland: Versorgungsstrukturen und Bedarf

„Bereits bei Aufnahme in das Akutkrankenhaus sind der funktionelle Status, das Rehabilitationspotential und der Rehabilitationsbedarf des Patienten in die Diagnosestellung einzubeziehen und ein am individuellen Bedarf ausgerichtetes Rehabilitationskonzept in die Krankenbehandlung zu integrieren“, lautete die Begründung zur Änderung des § 39 SGB V im Jahr 2001. (Bundestagsdrucksache 14/5074, S. 117).

Basierend auf den konzeptionellen Beschreibungen der Frührehabilitation (Stucki et al. 2002b, Stier-Jarmer et al. 2002, BAR-Kriterien, Konzepte der Geriatrie und der Neurologischen Rehabilitation) hat sich in den letzten Jahren eine teils flächendeckend funktionierende Praxis der Frührehabilitation entwickelt.

Die Analyse der frührehabilitativen Versorgungsstrukturen aus den Jahren 2001/2002 zeigte, dass zu diesem Zeitpunkt bundesweit höchstens jedes vierte bis fünfte allgemeine Akutkrankenhaus in der Größenklasse über 400 Betten mit einer Abteilung für Frührehabilitation, sei es geriatrische, neurologische oder fachübergreifende, ausgestattet war. In den letzten Jahren war der Aufbau von Frührehabilitationseinrichtungen durch die Geriatrie geprägt (über 300 Abteilungen, vgl. Weißbuch Geriatrie u. a.). In diesen werden mangels anderer Kapazitäten auch multimorbide Patienten behandelt bzw. „geriatriert“, die altersbezogen nicht zu den klassischen geriatrischen Patienten gehören (2013 über 13 600 Behandlungsfälle mit OPS 8–550 bei unter 70-jährigen, Begleitforschung des InEK nach KHG).

Fast alle Abteilungen der fachübergreifenden Frührehabilitation sind in großen Akuthäusern mit über 400 Betten angesiedelt. Sie erbringen in der Regel nicht nur Leistungen der OPS 8–559 sondern auch geriatrische und neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation; abhängig von der fachlichen und strukturellen Ausstattung und Besetzung. Da es sich dabei aber insgesamt um nur wenige Einrichtungen handelt, versorgt dieser Bereich nur einen sehr geringen Anteil von Patienten mit frührehabilitativem Bedarf. Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Akutkrankenhaus mit Abteilungen der fachübergreifenden Frührehabilitation e. V. zählt derzeit 17 Mitgliedseinrichtungen mit insgesamt etwa 500 Betten. Die Anzahl der für die fachübergreifende Frührehabilitation zur Verfügung stehenden Betten ist damit in den letzten Jahren im Wesentlichen unverändert geblieben. Regionale Schwerpunkte finden sich in Berlin (2 Einrichtungen), in Hamburg (2 Einrichtungen) sowie in Bayern mit mehreren Einrichtungen in München, Ingolstadt, Nürnberg und Bad Endorf. Hinzu kommen die Akutkrankenhaus, in denen Frührehabilitation nach OPS 8–559 dezentral auf Intensiv-, IMC- und Spezialstationen erbracht wird. Beispielhaft sind die Medizinische Hochschule Hannover, Klinikum Weimar, Krankenhaus Eschweiler und Kliniken im Nachbarland Österreich zu nennen.

Einrichtungen der neurologischen Frührehabilitation fanden sich zum damaligen Zeitpunkt (2001/2002) in ca. 4% aller großen Akuthäuser (über 400 Betten). Bewährt hat sich die Umsetzung des Phasenmodell der BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation,

1999 [13,14]). Jedoch ist in den letzten Jahren ein Trend zur noch früher einsetzenden Frührehabilitation durch Aufbau von Beatmungsstationen – Weaningzentren – festzustellen, sodass das Ausschlusskriterium der Phase B: „Beatmungsbedürftigkeit“ nicht mehr zutrifft (Oehmichen et al. 2012) Problematisiert werden die Grenzbereiche der Phase B mit unzureichend definiertem akutstationären Behandlungsbedarf (Schorl and Liebold 2012).

Eine abschließende bundesweit gültige Definition der akutmedizinischen Behandlungsbedürftigkeit liegt bislang nicht vor. Eine praktikable Lösung ist im DRG-Evaluationsprojekt zur fachübergreifenden Frührehabilitation aufgeführt (Helling et al., 2008, S.94). In einzelnen Bundesländern z.B. Bayern sind diesbezüglich Vereinbarungen mit dem MDK getroffen (www.bv-neuroreha.de; abgerufen am 28.7.2015).

Eindrucksvoll belegt die IGES-Studie von Februar 2013 die bundesweit sehr unterschiedliche Versorgungsstruktur speziell der neurologischen Frührehabilitation: Bei der Abschätzung des Bedarfs an neurologisch/neurochirurgischer Frührehabilitation (NNCHFR) in NRW berücksichtigten die IGES-Wissenschaftler u.a. die Zahl derzeitiger neurologischer Akutfälle, die Erkrankungsschwere und das Alter der Patienten. Danach ergibt sich ein altersunabhängiger Bedarf für 13 562 Behandlungsfälle. Tatsächlich wurden aber 2010 in NRW nur rund 1 500 Fälle in der NNCHFR behandelt.

Für die geschätzten Fallzahlen errechneten die Experten die Anzahl der bedarfsnotwendigen Betten für die Frührehabilitation in Höhe von 1 651 Betten. Da im Untersuchungszeitraum selbst unter Einbeziehung der Kapazitäten für die fachübergreifende Frührehabilitation nur 316 Betten für die NNCHFR zur Verfügung standen, ergibt sich somit ein zusätzlicher Bettenbedarf von 1 335 Betten für das Land Nordrhein-Westfalen.

Der Vergleich mit anderen Bundesländern belegt erhebliche Versorgungsunterschiede: Während es in NRW gegenwärtig rund 5 Betten je 1 Mio. Einwohner für die NNCHFR gibt, sind es z.B. in Rheinland-Pfalz 22, in Baden-Württemberg 36 und in Hessen 77 Betten je 1 Mio. Einwohner. Ferner unterscheidet sich die Inanspruchnahme in NRW deutlich von der anderer Bundesländer: Während es in NRW 53 Fälle je 1 Mio. Einwohner gab, waren es in Rheinland-Pfalz 258 und in Hessen 345 Fälle je 1 Mio. Einwohner.

Die Frührehabilitation fängt aufgrund unzureichender Kapazitäten oft erst spät an, nach einer Analyse bei SHT-Patienten 47 Tage nach Akutereignis (Rickels et al. 2006).

Frührehabilitation ist sowohl an dafür prädisponierten Unfallkrankenhäusern (Klinikverbund der Unfallversicherungsträger: www.k-uv.de, abgerufen am 28.7.2015) als auch in Forschung und Lehre (Überblick über das Angebot an Universitäten: www.study-in.de, abgerufen am 28.7.2015) deutlich unterrepräsentiert.

Der OPS-Katalog unterscheidet mit Prozedur 8–550 die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung, die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation nach OPS 8–552, die fachübergreifende Frührehabilitation nach 8–559, ab 2015 kam die Frührehabilitation im HNO-Bereich mit 8–553 (Frührehabilitative Komplexbehandlung für Patienten mit Kopf-Hals-Tumor) hinzu.

Die notwendige Fachgebietskompetenz zur Erbringung einer Frührehabilitation, die gerade in Akutkrankenhäusern vorgehalten wird, steht außer Frage.

Jedoch ist darauf hinzuweisen,

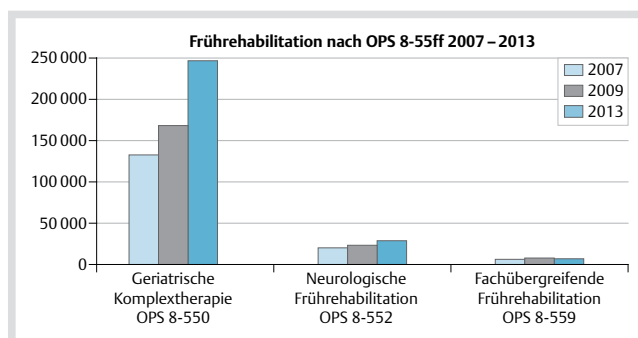


Abb. 2 Unterschiedliche Entwicklung der Frührehabilitation (Beyer J 2015).

- ▶ dass 80% der verweildauerrelevanten Komplikationen in der NNCHFR den nicht-neurologischen Fachgebieten zuzuordnen sind (Spranger et al. 2006, Beyer, 2007),
- ▶ dass über 13 000 Behandlungsfälle der Geriatrie mit OPS 8–550 Menschen zukommt, die der Definition der UEMS (Multimorbidität und Alter > 80 Jahre) oder der MDS-Begutachtungsrichtlinie (geriatrietypische Multimorbidität und Alter > 70 Jahre) nicht zuzuordnen sind,
- ▶ dass die fachübergreifende Frührehabilitation nach OPS 8–559 am häufigsten durch neurologische Fachkliniken coordiert wird (Begleitforschung des InEK gem. § 17b Abs. 8 KHG),
- ▶ dass bis zu 15% der Haupt-Diagnosen in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation der Critical-Illness-Erkrankung zugewiesen sind (akt. Multicenterstudie, DGNR, Pohl et al.). Bei dieser Patientengruppe besteht bekanntlich ein hoher Rehabilitationsbedarf, die Primärdiagnose tritt in den Hintergrund.

Die DRG-Statistik des Statistischen Bundesamtes [96] zeigt, dass in den Krankenhäusern im Jahr 2013 für insgesamt 6 824 Patienten eine fachübergreifende Frührehabilitation (OPS 8–559) kodiert wurde. Es wurden Patienten aus allen Altersgruppen behandelt. Etwa 75% der betroffenen Patienten waren jünger als 70 Jahre. Die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung wurde 2013 mit stark steigender Tendenz 242 232 mal kodiert, darunter 13 600 mal für unter 70 jährige. Die neurologisch-neurochirurgische wurde in 28 341 Fällen erbracht (Abb. 2). 2007 erhielten bei 15,5 Mio. Krankenhausbehandlungsfällen 1% aller Patienten eine Frührehabilitation, 2013 bei knapp 18,8 Mio. Krankenhausbehandlungsfällen ca. 1,5% der Patienten. Bezüglich der neurologischen Frührehabilitation muss angemerkt werden, dass sie in 20–30% aller Fälle in besonderen Einrichtungen oder nach § 111 SGB V erbracht wurde und somit der Statistik des INEK nicht zur Verfügung stand. Auch kann eine Unterschätzung der geriatrischen Versorgung vermutet werden, da in einzelnen Bundesländern Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern getroffen werden, die unabhängig von der Ausweisung geriatrischer Versorgungskapazität die Erbringung und Abrechnung von Komplexbehandlung ermöglichen (Kompetenzzentrum Geriatrie 2015 www.kcgeriatrie.de, abgerufen am 28.7.2015).

In einem Urteil des Bundessozialgerichtes vom 23.6.2015 Az.: B1KR21/14R heisst es, dass die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung ein Mindestalter von 60 Jahren voraussetzt. Die Durchführung bedarf keines speziellen Versorgungsauftrages.

Deutschland verfügt im internationalen Vergleich über ein sehr umfangreiches stationäres Versorgungsangebot. Dies gilt trotz

	1999	2006	2013	Veränderung von 1999 zu 2013
Physiotherapeuten	15 802	15 932	16 335	+ 3,4%
Ergotherapeuten	5 821	6 412	4 756	- 18%
Logopäden	1 069	1 250	1 635	+ 53%
Heilpädagogen	370	446	356	- 4%
Psychologen	4 025	5 826	6 047	+ 50%
Masseure/med. Bademeister	4 941	3 463	2 630	- 47%
Diätassistenten	2 902	2 446	2 227	- 23%
Sozialarbeiter	5 378	6 672	5 656	- 5%
Gesamt	40 308	42 447	39 642	- 1,2%

Tab. 2 Nichtärztliches therapeutisches Personal in Allgemeinen Krankenhäusern 1999/2006/2013. Quelle: Statistisches Bundesamt [97].

eines durchaus beachtlichen Bettenabbaus, Krankenhausschließungen und Rückgang der Belegungstage für vollstationäre Behandlung seit 1991.

Das Krankenhauspersonal in allgemeinen Krankenhäusern reduzierte sich von 1991 bis 2013 insgesamt nicht, wobei der Ärztliche Dienst um ca. 56% zunahm, der nicht-ärztliche Dienst inkl. Pflegepersonal jedoch um knapp 3% abnahm. Die Anzahl der Mitarbeiter in der Pflege wird 1991 mit 326 000 Tausend angegeben, 2007 mit 298 000 (Tiefstand) und 2013 mit 316 000. Zwar ist die Personalbelastungszahl PBZ (durch eine Vollkraft zu versorgende belegte Betten) von 8,1 in 1991 auf 6,3 in 2013 gesunken, zu berücksichtigen ist jedoch die Arbeitsdichte: Die Fallzahlsteigerung beträgt 23%, die Verweildauer kürzung 45%. (Gutachten 2014 Sachverständigenrat, Westerfellhaus 2015, Grunddaten der Krankenhäuser Fachserie 12 Reihe 6.1.1 von 2014 unter www.destatis.de, abgerufen am 27.7.2015)

Für die Durchführung der Frührehabilitation und anderer rehabilitativer Maßnahmen in den Akutkrankenhäusern steht zurzeit medizinisch-therapeutisches Personal (exclusive Pflegepersonal) mit insgesamt mehr als 39 600 Mitarbeitern aus 8 verschiedenen statistisch erfassten Berufen zur Verfügung (Tab. 2), wobei weitere therapeutische Berufe wie Sporttherapeuten, Musik-, Kunst- und Rekreationstherapeuten nicht erfasst und Neuropsychologen, klinische Psychologen und Psychotherapeuten subsummiert wurden. Ein Vergleich mit den Zahlen aus dem Jahr 1999 zeigt, dass zwischenzeitlich in den Krankenhäusern in einzelnen Berufsgruppen (Psychologen, Logopäden, Physiotherapeuten) Personal aufgebaut wurde, insgesamt jedoch eine Reduzierung zu verzeichnen ist. Teil- und Vollzeitkräfte sind zusammengefasst. Die Reduktion der Anzahl der Krankenhäuser um 20% seit 1991, die Reduktion der Krankenhausbetten um 25%, der Personalabbau im Pflegebereich mit Tiefstand 2007, Fallzahlerhöhung und Verkürzung der Verweildauer um über 50% spielen hier eine große Rolle.

Dies bestätigen Erhebungen zur Versorgung von Polytraumapatienten (Debus, Ruchholtz, Kühne 2014. Rehabilitation im TraumaNetzwerk Simmel, Bühnen 2009, 2013; Simmel 2010). Die fachlich qualifizierte ärztliche Führung des medizinisch-therapeutischen Personals durch Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin ist ebenfalls in den Akutkrankenhäusern deutlich unterrepräsentiert (BÄK 2007).

Eine Leistungsverlagerung in die weiterführende Rehabilitation, sofern die Patienten diese Rehabilitationsfähigkeit überhaupt erlangen, ist beschrieben (Eiff, Schüring 2011).

Der Weltbericht zur Lage der Behinderten führt aus, dass Verkehrsunfälle, Berufsunfälle, Gewalt und humanitäre Krisen Behinderung verursachen. Es wird geschätzt, dass Verkehrsunfälle für 1,7% der Years Lived with Disability (mit Behinderung gelebte Lebensjahre) verantwortlich sind, Gewalt und Konflikt

für weitere 1,4% (Global status report on road safety: time for action. Geneva, World Health Organization, 2010. www.who.int, abgerufen am 28.7.2015).

Der in allen Teilen der Welt zu beobachtende Anstieg von Erkrankungen wie Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schlaganfall, mentale Störungen, Carcinomen und Atemwegserkrankungen wird sich tiefgreifend auf Behinderung auswirken. Es wird geschätzt, dass diese nicht übertragbaren chronischen Krankheiten in Ländern mit niedrigem oder mittlerem Nationaleinkommen für 66,5% der Years Lived with Disability verantwortlich sind (The global burden of disease: 2004 update. Geneva, World Health Organization, 2008).

Zum Jahresende 2013 lebten rund 7,5 Millionen schwerbehinderte Menschen (Grad der Behinderung von 50 und mehr) in Deutschland. Das waren rund 260 000 oder 3,6% mehr als am Jahresende 2011. 2013 waren somit 9,4% der gesamten Bevölkerung in Deutschland schwerbehindert.

Bedarfe und Unterversorgung bezüglich Frührehabilitation bestehen laut DVfR und Angaben befragter Sozialdienste für Patienten mit Isolationsbedarf, vorbestehenden Behinderungen, bei dialysepflichtigen Patienten und Transplantationspatienten und allgemein fachübergreifenden Indikationen. Frührehabilitationsangebote für beatmete Patienten haben sich kontinuierlich verbessert (Biermann and Geisler 2015).

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

Die flächendeckende Etablierung der Frührehabilitation im Akutkrankenhaus erfordert zum einen das Vorhandensein zentraler, von PRM-Fachärzten geleiteten Abteilungen für Physikalische und Rehabilitative Medizin an Akutkrankenhäusern (Therapieerbringung im Gesamthaus und dezentrale Frührehabilitation) und zum anderen das Vorhandensein bettenführender fachübergreifender Frührehabilitationsabteilungen in den Akutkrankenhäusern der Maximalversorgung oder im Verbund kleinerer Akutkrankenhäuser.

Besonders in großen Krankenhäusern der Maximalversorgung mit einem hohen Anteil an Intensivbetten und Patienten mit unterschiedlichsten Gesundheitsstörungen ist der Bedarf an fachübergreifender Frührehabilitation in hohem Maße gegeben.

Die Frage, wie viele Patienten eines Krankenhauses einer Frührehabilitation bedürfen, ist stark abhängig vom Patientenspektrum des jeweiligen Hauses. Es gibt für diesen Bereich nach wie vor keine evidenzbasierten Bedarfsschätzungen. Aufgrund von Erfahrungswerten kann jedoch als realistisch angenommen werden, dass derzeit bei ca. 2 bis 3% aller Krankenhauspatienten (mit zunehmender Tendenz aufgrund des demografischen Faktors und Zunahme von Behandlungsfällen auf Intensivstationen)

eine Indikation zur Frührehabilitation besteht (Weißbuch Geriatrie, Biermann and Geisler 2015; Börsch-Supan et al. 2012).

Bei über 500 000 Krankenhausbetten sollten ca. 25 000 Betten als Frührehabilitationsbetten in den länderspezifischen Bettenbedarfsplänen ausgewiesen sein, wobei die lange durchschnittliche Verweildauer zu berücksichtigen ist (mittlere Verweildauer in der Geriatrie ca. 19 Tage, in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation ca. 45 Tage).

Die genaue Anzahl derzeit vorhandener Betten lässt sich nur näherungsweise über die OPS-Prozeduren bestimmen, da sie in den Bettenbedarfsplänen der Länder nicht dezidiert aufgeführt ist und unterschiedliche Zuordnung nach § 108 und § 111 SGB V vorliegt. Sie wird auf derzeit ca. 18 000 Betten geschätzt (Kompetenzzentrum Geriatrie 2015 www.kcgeriatrie.de, abgerufen am 28.7.2015, Stier-Jarmer et al. 2002a).

Trotz Bevölkerungsrückgang wird der Anteil der über 65jährigen zunehmen und bis 2060 auf 22 Mio von 70 Mio Einwohnern geschätzt. Die Anzahl der Hochbetagten über 80 Jahre wird sich verdoppeln. Die Zahl der Krankenhausfälle wird von 15,8 Mio in 1995 auf 19,3 Mio in 2030 steigen. (Neue Bevölkerungsvorberechnung für Deutschland bis 2060, Pressemitteilung 28.4.2015–153–153/15 unter www.destatis.de, abgerufen am 28.7.2015).

10. Finanzierungssystem der Frührehabilitation – Stand und Perspektiven

10.1. Problem der Abbildung der Frührehabilitation im DRG-System

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

Das grundsätzliche Problem bei der Abbildung von Rehabilitationskosten im DRG-System besteht darin, dass in einem diagnoseorientierten Fallpauschalensystem die Abbildung der Kosten der Akuterkrankung durch ICD 10 Diagnosen, fallgewichtsschwerende ICD 10-Nebendiagnosen und die die Behandlung umfassenden Prozeduren des OPS bestimmt werden. Nicht hinreichend erfasst wird dabei der Ressourcenverbrauch der gleichzeitigen Frührehabilitation, der durch die Krankheitsfolgen (Einschränkungen von Körperstrukturen und -funktionen, Aktivitäten und Partizipation gemäß ICF) bestimmt ist. Die prinzipiell bei jeder Akuterkrankung eintretende und die Frührehabilitation erfordernde funktionelle Beeinträchtigung kann diese Fallgruppierung kaum verändern.

Dabei bestehen derzeit folgende Probleme:

- ▶ Die Abbildung des den Ressourcenverbrauch bestimmenden Schweregrad der funktionellen Einschränkungen durch die Items des Frühreha-Bartel-Index ICD 10 GM U52 oder die Schwere der motorischen Funktionsstörung (U50) und der kognitiven Funktionseinschränkung (U51) konnte bisher nicht in die Ausdifferenzierung der Frührehabilitations-DRGs eingebracht werden. Die ICF steht für den praktischen Einsatz noch nicht zur Verfügung [118].
- ▶ Die Dauer der Frührehabilitation wird erheblich durch die Komplikationen der zugrundeliegenden Akuterkrankung

mitbestimmt. Diese bedingen eine unkalkulierbare Varianz der Kosten.

- ▶ Die Anzahl der zur Auswertung durch das InEK erfassten Fälle der fachübergreifenden Frührehabilitation ist aufgrund der nicht flächendeckenden Versorgung mit Einrichtungen der fachübergreifenden Frührehabilitation in Deutschland zu klein für die Berechnung eigener Fallpauschalen.
- ▶ In vielen DRGs, z. B. in Prae-MDCs und in zahlreichen operativen Prozeduren mit in der Regel hohem Rehabilitationsbedarf, sind die erbrachten frührehabilitativen Leistungen nicht erlösrelevant.
- ▶ Wird die Frührehabilitation im erstversorgenden Krankenhaus erbracht, wird nur eine DRG zur Abrechnung gebracht, wohingegen bei Weiterverlegung und ggf. Rückverlegung in ein Akutkrankenhaus bis zu 3 DRG abgerechnet werden, was in der Regel Mehrkosten für die Kostenträger bedeutet.
- ▶ Die Frührehabilitationsprozeduren setzen eine erlösrelevante Mindestverweildauer voraus, meist > 14 Tage)

Fortgesetzt fehlen Kriterien der akutstationären Behandlungsbedürftigkeit, die Voraussetzung der Frührehabilitationsleistung im Krankenhausbereich ist (Helling et al., 2008, S.94, <http://www.bv-neuroreha.de>, 2013, abgerufen am 28.7.2015, 2013, GKV Spitzenverband 2010).

10.2. Bisherige Entwicklung der Finanzierung der Frührehabilitation im DRG-System

Um den Gesetzesauftrag der Entwicklung von Fallpauschalen für die frührehabilitativen Leistungen des akutstationären Aufenthaltes umzusetzen, wurden Prozeduren für die frührehabilitative Komplexbehandlung im OPS entwickelt, die zum einen die Kosten der Rehabilitation abbilden und zum anderen die Qualitätssicherung in der Frührehabilitation gewährleisten sollen. Frührehabilitationsprozeduren, die den jeweiligen Fall zu einer Frührehabilitations-DRG triggern, sind ein systemkonformer Ansatz, Frührehabilitation im DRG-System abzubilden.

Ab 2005 wurde die Frührehabilitation-Prozedurenziffer gesplittet: Die Frührehabilitation wird durch die Prozeduren 8–559 fachübergreifende und andere Frührehabilitation, durch die Prozedur 8–552 neurologische-neurochirurgische Frührehabilitation und die Prozedur 8–550 geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung abgebildet, ab 2015 auch über die Prozedur 8–553 (frührehabilitative Komplexbehandlung von Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren).

Das DRG-System umfasste 2014 im Fallpauschalenkatalog 1 196 DRG, davon sind 1 148 bewertet. Von den wenigen nicht bewerteten (das heißt nicht mit dem Fallpauschalen-Katalog vergütete vollstationäre Leistungen, „Anlage 3 – Fälle“ mit krankenhausspezifisch individuell zu verhandelnden Entgelten) sind 14 mit Frührehabilitationsbezug, was die schwierige Kalkulationslage widerspiegelt. Eine Abbildung der frührehabilitativen Behandlung gelang in den letzten Jahren bezüglich der Prozedur 8–550 (geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung) mit 17 spezifischen bewerteten DRG hinlänglich.

Die erforderliche Mindestbehandlungsdauer von 14 Tagen wird durch Geriatrie kritisiert, im Vorschlagswesen wird wiederholt eine Splittung- und Erlösrelevanz auch für eine Behandlungsdauer von 7–14 Tagen gefordert (www.g-drug.de, abgerufen am 27.7.2015).

10.3. Mangelhafte Erlösrelevanz der Frührehabilitation im DRG-System

Im Fallpauschalensystem wird aufgrund der derzeit gültigen Systematik ein großer Teil der nicht-geriatrischen bzw. nicht primär neurologischen Patienten mit Frührehabilitationsbedarf von der Finanzierung der Frührehabilitation ausgeschlossen (Helling et al., Evaluationsprojekt der BAG Frührehabilitation 2007).

Ein Teil der neurologischen Frührehabilitation der Phase B wird durch Einrichtungen mit Verträgen nach den §§ 108/109 SGB V (Akutversorgung) finanziert, während in einigen Ländern dies über § 111 SGB V erfolgt. So kann die DRG B 43 Z (Frührehabilitation über 27 Tage) nicht ausdifferenziert werden. Zur Umsetzung des Anspruches auf Frührehabilitation während des akuten stationären Aufenthaltes müssen auch Patienten mit Diagnosen, die nicht als zulässige Hauptdiagnosen in den jeweiligen MDCs zur Triggerung einer Frührehabilitations-DRG aufgeführt sind, Frührehabilitation erhalten. Dies wird nur geschehen, wenn dafür eine Finanzierung vorgesehen ist.

Die Kliniken, die am häufigsten die Prozedur 8–559 „fachübergreifend“ codieren, sind neurologische Fachkliniken oder Abteilungen.

Junge Patienten werden geriatrisiert, das heißt als nicht geriatrischer Patient einer geriatrischen Frührehabprozedur zugewiesen, um überhaupt Frührehableistungen zu erlangen. Der Vorschlag einer Harmonisierung der Frührehabprozeduren mit nach Zeit- und Therapiedichte gesplittetem DRG im Vorschlagswesen 2014 fand keine Berücksichtigung.

Es gibt nicht nur Konstellationen, in denen Frührehableistungen nicht abgebildet oder erlösrelevant sind (Zuweisung zu Beatmungs-DRG Prae-MDC, Nichtbeachtung auch mehrwöchiger frührehabilitativer Behandlungen bei bestimmten operativen Eingriffen wie Wundtoilette (OPS 5–896), kardiochirurgischen, gefäßchirurgischen und „OR“-Prozeduren – Bsp. DRG F28A, G35Z, B36B, X33Z, Nichtbeachtung bei nichtoperativen Gefäßsinterventionen – Bsp. OPS 8–837, 8–838, 8–839), sondern in denen die Erbringung von Frührehabilitation erlösmindernd (!) wirkt:

Aufenthaltsdauerabhängig erfolgt unterschiedliche Bewertung nach krankenhausindividuell verhandelten Tagesentgelten oder als bewertete DRG mit Zuschlägen bei Überschreitung der OGWD, z. B.

- ▶ A43Z Frührehabilitation bei Wachkoma und Locked-in-Syndrom,
- ▶ B11Z Frührehabilitation mit bestimmter OR-Prozedur,
- ▶ Polytraumacodierung nach W01A und C.

Ein Nichtcodieren der Frührehabilitationsziffer trotz erbrachter aufwändiger Leistung führt in diesen Fällen zu Mehrerlösen (!). Dies ist dem zuständigen Institut INEK bekannt und durch zahlreiche Beispiele belegt, eine adäquate Berücksichtigung findet es jedoch nicht bei unzureichender Beteiligung der Frührehabilitation erbringenden Kliniken an der Kalkulation, (vgl. Jahresberichte des InEK, GKV-Verband)

Andere Frührehabilitationsleistungen, z. B. geriatrische Komplexleistungen und Erbringung bei Schlaganfall nach OPS 8–552 (B70B gg. B42B) zeigen eine gute finanzielle Abbildung des zusätzlichen Behandlungsaufwandes.

Problematisch ist mitunter die unterschiedliche Erlösrelevanz trotz vergleichbarer Therapiedichte unter Verwendung der unterschiedlichen OPS-Prozeduren (OPS 8–559 oder 8–552 führen in DRG B11Z oder 901 D mit erheblichen Erlösdifferenzen).

Die Kostendeckung der Polytraumafälle hat sich im Dialog in den letzten Jahren verbessert, aber bei Langliegern als hoch-

komplexe und heterogene Fälle ist die Frührehabilitation nicht adäquat und sachgerecht berücksichtigt (Franz et al. 2013, Mahlke et al. 2013).

Wie Flintrop feststellte, gilt: „Die Erlössituation bestimmt medizinisches Handeln“ (vgl. Flintrop and Rieser, 2014).

Für Fälle, die noch nicht in den bereits etablierten Frührehabilitations-DRGs erfasst werden, muss zur Gewährleistung des Anspruches auf Frührehabilitation alternativ eine bewertete DRG geschaffen werden oder eine Zusatzvergütung zur Erstattung der Kosten nach § 17b KHG (Krankenhausfinanzierungsgesetz) der in der Prozedur erfassten Therapie und Rehabilitationspflegeleistung führen. Unabhängig von der Ausgangs-DRG muss in diesem Fall die Prozedur 8–559 ein aufwandbezogenes (Behandlungsdauer und -intensität) Zusatzentgelt oder eine separate bewertete DRG triggern, welche auch die Vorhaltekosten entsprechender Abteilungen umfasst (Simon 2013).

Sehr wohl wurde durch das InEK die Benachteiligung der Krankenhäuser erkannt, die selbst Frührehabilitation erbringen und nur eine DRG in Rechnung stellen können.

Regelmäßige Antwort des InEK im Vorschlagswesen war, dass bei der aktuellen Kalkulationsbeteiligung im Bereich der Frührehabilitation ein Umbau bei geringer Fallzahl nicht beurteilbar sei. So ist zu überlegen, alle kodierenden Kliniken zur Teilhabe als Kalkulationskrankenhaus über ein Bonus/Malus-System zu motivieren. In Deutschland beteiligen sich 15% der Krankenhäuser als Kalkulationskrankenhaus, in der Schweiz – swiss-DRG – über 80%.

10.4. Erfassung des rehabilitativen Ressourcenverbrauchs in der Pflege und Qualifikation des Pflegepersonals

In den Frührehabilitationsprozeduren wird zu Recht eine aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal gefordert.

Die Prozedur OPS 8–550 sieht eine spezifische geriatrische Qualifikation der Pflege vor.

Die Fachweiterbildung Rehabilitation nach den Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft von 1993 (Egert et al., 2012) wird kaum nachgefragt. Während die Erfassung des Aufwandes für die rehabilitativen Therapien z. B. anhand des Kostenkatalogs der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG Normaltarif) relativ einfach durchzuführen ist, gibt es kein allseits etabliertes Verfahren, den Aufwand der Rehabilitationspflege zu dokumentieren. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft vertritt die Auffassung, dass das DRG-Vergütungssystem nicht für die Abbildung der spezifischen Pflegeleistungen geeignet ist (Jaeger, 2014).

Ein dezidierter Katalog der aktivierend-therapeutischen Pflege wurde durch den Arbeitskreis Pflege der BAG Frührehabilitation (Strobel, 2006) vorgelegt und in dem Katalog der therapeutischen Pflege (KtP) des AK neurologischer Kliniken 2007 und weiteren Katalogen für die neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation spezifiziert (Lautenschläger and Wallesch 2014; Lautenschläger 2014).

Die Prozedur hochaufwendige Pflege (OPS 9–200) ist trotz etabliertem Zusatzentgelt nicht ausreichend, den Inhalt und Aufwand der aktivierend-therapeutischen Pflege abzubilden.

Aus pflegewissenschaftlicher Sicht ist es einerseits zu begrüßen, dass aufwändige pflegerische Leistungen ökonomisch bewertet werden, andererseits bestehen erhebliche Unterschiede in der Zielsetzung der therapeutischen und hochaufwändigen Pflege.

Gegenseitige Anerkennung der vorliegenden Curricula in allgemeiner, geriatrischer und neurologischer Rehabilitationspflege bestehen nicht. Bei vielfältigen inhaltlichen Überschneidungen erscheint es nicht zielführend – auch nicht im Sinne der vielzitierten Pflegewissenschaftlerin Frau Orem – die aktivierend-therapeutische Pflege in geriatrische, neurologische und fachübergreifende zu splitten (vgl. Orem 2011, Deutscher Pflegerat, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe). Hier ist auf die Etablierung einer generalisierten Ausbildung, wie aktuell die Zusammenlegung der Ausbildungsgänge Gesundheits- und Altenpflege, hinzuweisen.

Ein allgemein gültiges Curriculum für Rehabilitationspflege, wie 1993 angedacht, sollte umgesetzt oder zumindest eine gegenseitige Anerkennung der Ausbildungsgänge angestrebt werden. Konsequenterweise müsste diese Splittung sonst auch für Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie und andere Therapiebereiche geschehen.

11. Schlussfolgerungen für die Versorgung

Frührehabilitation ist aufgrund personeller und struktureller Defizite und unsicherer Erlössituation eine in vielen Fällen ungenutzte Chance.

Damit es in der Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen zu keiner Zeitverzögerung kommt, muss der Arzt wegen seiner Leitfunktion bereits zu Beginn einer Erkrankung prüfen, welche Maßnahmen zur Rehabilitation erforderlich sind und wann sie eingeleitet werden sollen.

Die steigende Zahl chronisch Kranker und älterer und multimorbider Menschen sowie die Fortschritte in der Akut- und Intensivmedizin führen unbestritten zu einem Mehrbedarf an rehabilitativen Leistungen, speziell in der geriatrischen fachübergreifend handelnden (Früh-) Rehabilitation (Weißbuch Geriatrie; Seger et al. 2008: Perspektiven der Rehabilitation).

Um den Rehabilitationsprozess möglichst erfolgreich zu gestalten, müssen medizinische (Akut-)Behandlung, medizinische Rehabilitation, berufliche Eingliederung und soziale Integration als ganzheitliches Geschehen verstanden werden und wirksam ineinandergreifen, als kontinuierlicher, die gesamte Krankheit phasenhaft begleitender Prozess (SVR 2001, 2014). Hierzu bedarf es sowohl der Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten verschiedener Fachgebiete als auch der Zusammenarbeit mit den Angehörigen anderer Fachberufe in der Rehabilitation (Entschließung 102. Dt. Ärztetag 2007, www.bundesaerztekammer.de, abgerufen am 28.7.2015, Seger et al. 2008).

Zusammenfassend ergibt sich aus dem oben beschriebenen Stand der Umsetzung die Notwendigkeit zur Weiterentwicklung des bestehenden Frührehabilitationssystems. Insbesondere müssen die folgenden **Maßnahmen** ergriffen bzw. umgesetzt werden, um eine frührehabilitative flächendeckende Versorgung nach SGB V und IX für alle Patienten mit entsprechendem Versorgungsbedarf sicherzustellen:

- ▶ Die Frührehabilitation an Akutkrankenhäusern muss gestärkt werden: Schaffung und Erhaltung adäquat qualifizierter Frührehabilitationseinrichtungen in allen Krankenhäusern, mindestens aber in Krankenhäusern mit Schwerpunkt- und Maximalversorgungsaufträgen (einschließlich adäquat weitergebildeter Ärzte, Therapeuten und Pflegekräfte) sowie Qualitätsstandards bezüglich Ausstattung und Stellenschlüssel.
- ▶ Eine exklusive Einrichtung spezifischer Frührehabilitationsabteilungen (z.B. Neurologie, Geriatrie) sollte vermieden werden,

da sonst die Gefahr besteht, dass Patienten ohne Zuordnung zu diesen Fachgebieten von der frührehabilitativen Versorgung ausgeschlossen werden. Zur Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben zur Frührehabilitation erscheint es notwendig, sich mittelfristig auf nur eine Struktur der Frührehabilitation an Akutkrankenhäusern der Schwerpunkt- bzw. Maximalversorgung zu einigen. Bestehende Abteilungen sollten indikations- und altersunabhängig frührehabilitative Leistungen erbringen (Kliniken/Zentren für Rehabilitationsmedizin).

- ▶ Da auch geriatrische oder neurologische Erkrankungen zu meist mit einem multimorbiden Schädigungsbild einhergehen, ist es sinnvoll, an Akutkrankenhäusern mit diesen Schwerpunkten v.a. eigenständige bettenführende Abteilungen für fachübergreifende Frührehabilitation aufzubauen. Hierbei müssen die Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin, die rehabilitativ arbeitenden Geriater, Neurologen, Orthopäden und Unfallchirurgen und andere Gebietsärzte sinnvoll und zielgerichtet zusammenwirken. Ausschlusskriterien über entsprechende OPS-Codes müssen hierfür aufgehoben werden.
- ▶ Weitere Facharztgruppen (Anästhesisten und Intensivmediziner, Allgemein-, Unfall- und Thoraxchirurgen) müssen für die Bedeutung der Frührehabilitation sensibilisiert werden.
- ▶ Die Sicherstellungsverantwortung für die flächendeckende Krankenhausversorgung liegt nach § 6 Abs. 1 und Abs. 4 i.V.m. § 1 Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bei den Ländern. Dieser Sicherstellungsverantwortung kommen die Länder insbesondere durch die Aufstellung von Krankenhausbettenplänen nach. In den wenigsten Ländern sind jedoch Betten für Frührehabilitation, in wenigen für die Versorgung schwerst Schädel-Hirn-Erkrankter ausgewiesen, in den meisten für die Geriatrie (Deutsche Krankenhausgesellschaft – 1/2014- Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern, Kap. Frührehabilitation S. 52 ff.). Bei über 500 000 Krankenhausbetten sollten ca. 25 000 Betten als Frührehabilitationsbetten in den länderspezifischen Bettenbedarfsplänen ausgewiesen sein, alters- und indikationsunabhängig.
- ▶ Eine kostendeckende Finanzierung der zweifelsfrei personal- und kostenintensiven Frührehabilitation muss gewährleistet werden (z.B. durch bewertete DRG, Zusatzentgelte oder andere Modelle).
- ▶ Ein Phasenmodell analog den BAR-Richtlinien für die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation ist für andere Krankheitsentitäten anzudenken.

Abkürzungsverzeichnis

▼	
ABMR	Arbeitsplatzbezogene Muskuloskeletale Rehabilitation
AHB	Anschlußheilbehandlung
ARDS	Acute respiratory distress syndrome/schweres Lungenversagen
AR	Anschlußrehabilitation
ART	Acute Rehab Team
ARU	Acut Rehabilitation Unit
BAG	Bundesarbeitsgemeinschaft
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V.
BÄK	Bundesärztekammer
BGU	Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik
BODS	Boghausener Dysphagie-Score

BVPRM	Berufsverband der Rehabilitationsärzte Deutschlands e.V.
CIM	Critical Illness Myopathie
CIP	Critical Illness Polyneuropathie
CT	Computertomografie
DGNER	Deutsche Gesellschaft für Neuro-Rehabilitation e.V.
DGP	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungstherapie
DGPMR	Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation
DGU	Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DRG	Diagnosis Related Groups
DRV	Deutsche Rentenversicherung
DVfR	Deutsche Vereinigung für Rehabilitation
EFA	Early Functional Abilities
Fast track	“Schnellspur“-Chirurgie, synonym für Frühmobilisierung
FIM	Functional Independence Measure
FR	Frührehabilitation
GCS	Glasgow Coma Skale
GDS	Geriatrische Depressionsskala
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GUV	Gesetzliche Unfallversicherung
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IGES	Institut für Gesundheits- und Sozialforschung
IMC	Intermediate Care
i.v.	intravenös
INEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH, Siegburg
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KRS	Komaremissionskala
KSR	Komplexe stationäre Rehabilitation
MBOR	Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
MGNR	Multiresistente gramnegative Erreger
MRSA	methicillinresistenter Staphylokokkus aureus
MRT	Magnetresonanztomografie
NNCHFR	neurologisch-Neurochirurgische Frührehabilitation
NRW	Nordrhein-Westfalen
OGWD	Obere Grenzverweildauer
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PICS	Post Intensive Care Syndrom
PKV	Private Krankenversicherung
POCD	Postoperatives cognitives Defizit
PRM	Physikalische und Rehabilitative Medizin
PTSD	Posttraumatische Belastungsstörung
SAV	Schwerverletztenartenverfahren
SGB	Sozialgesetzbuch
SHT	Schädel-Hirn-Trauma
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
TOR	Tätigkeitsorientierte Rehabilitation
UEMS	Union Européenne des Médecins Spécialistes
VAS	Visuelle Analogskala

VRE	Vancomycinresistente Enterokokken
WHO	World Health Organisation/Weltgesundheitsorganisation

Danksagung



Die Autoren danken Herrn Dr. med. Matthias Schmidt-Ohlemann, Vorsitzender der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation- DVfR -, für die detaillierte Durchsicht des Positionspapiers und seine sehr konstruktiven Kommentare und Anregungen.

Interessenkonflikt



Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Hinweis



Diese Publikation wurde nach der Veröffentlichung geringfügig aktualisiert; diese Fassung enthält daher gegenüber der Originalpublikation kleinere Anpassungen.

Institute

- ¹ Ludmillenstift, Frührehabilitation, Meppen
- ² Helios-Kliniken, Zentrum für Geriatrie und Physikalische Medizin, Berlin
- ³ Berufsgenossenschaftliches Unfallkrankenhaus Hamburg, Zentrum für Rehabilitationsmedizin, Hamburg
- ⁴ Klinikum Bogenhausen, Städtisches Klinikum München GmbH, Abteilung Physikalische Medizin und Medizinische Rehabilitation, München
- ⁵ Charité Universitätsmedizin Berlin, Physikalische Medizin und Rehabilitation, Berlin
- ⁶ Klinikum Schwabing, Städtisches Klinikum München GmbH, Klinik für Physikalische Medizin und Frührehabilitation, München
- ⁷ Sophien- und Hufeland-Klinikum Weimar, Zentrum für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Weimar
- ⁸ Klinikum Nürnberg, Klinik und Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin und Naturheilverfahren, Fachübergreifende Frührehabilitation, Nuernberg
- ⁹ Hannover medical School, Rehabilitation Medicine, Hannover
- ¹⁰ Universitätsklinikum Jena, Institut für Physiotherapie

Literatur

- ¹ Bailey P, Thomsen GE, Spuhler VJ et al. Early activity is feasible and safe in respiratory failure patients. Crit Care Med 2007; 35: 139–145
- ² Bartel S, Bethge M, Streibelt M et al. Erfolgsfaktoren integrierter Versorgungsprozesse in der Endoprothetik: Ergebnisse einer qualitativen Prozessanalyse. Rehabilitation 2010; 49: 138–146
- ³ Bartel S. Entwicklungsansätze von Qualitätskriterien für die Integrierte Versorgung in der Endoprothetik. Ergebnisse einer qualitativen Untersuchung., In: DRV Bund, Hrsg. Tagungsband, 18. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, März 2009, Münster. DRV Schriften 2009; 306–308
- ⁴ Bernspang B, Asplund K, Erikson S et al. Motor and perceptual impairments in acute stroke patients: effect on self-care ability. Stroke 1987; 18: 1081–1086
- ⁵ Beyer J. Niedersächsisches Ärzteblatt; Frührehabilitation im Akutkrankenhaus. http://www.ludmillenstift.de/medien/dokumente/presse/2012/niedersaechsisches_aerzteblatt_beyer_5_2012.pdf (abgerufen am 27.07.2015) 2012
- ⁶ Beyer J. Comorbidität und Komplikationen in der Neurorehabilitation 2007. Phys Rehab Kur Med 2007 17–A3
- ⁷ Biermann A, Geisler A. Beatmungsfälle und Beatmungsdauer in deutschen Krankenhäusern. ISBN 978-3-7983-2630-9 www.mig.tu-berlin.de (abgerufen am 27.07.2015)
- ⁸ Börsch-Supan A, Gasche M, Haupt M et al. Ökonomische Analyse des Rentenreformpakets der Bundesregierung, mea discussion papers. 2012–256 http://mea.mpsoc.mpg.de/uploads/user_me_a_discussion_papers/1261_256-12.pdf (abgerufen am 27.07.2015)

- 9 *Brahmbatt N, Murugan R, Milbrandt EB.* Early mobilization improves functional outcomes in critically ill patients. *Critical Care* 2010; 14: 321
- 10 *Buecking B, Timmesfeld N, Riem S et al.* Frühe geriatrische Mitbehandlung in der Alterstraumatologie. *Dtsch Arztebl Int* 2013; 110: 255–262, DOI:10.3238/arztebl.2013.0255
- 11 *Bundesärztekammer (BÄK) Ärztestatistik.* <http://www.bundesaerztekammer.de> (abgerufen am 27.07.2015)
- 12 *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR).* Positionspapier des Sachverständigenrates der Ärzteschaft der BAR. <http://www.bar-frankfurt.de/> (abgerufen am 27.07.2015)
- 13 *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR).* Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C. Frankfurt/Main November 1995, Ausgabe 2002 <http://www.bar-frankfurt.de/> (abgerufen am 27.07.2015)
- 14 *Bundesarbeitsgemeinschaft medizinisch-beruflicher Rehabilitationszentren.* Phase. II, Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation. Heft 10, Bonn, Dezember 1998
- 15 *Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung.,* Hrsg. Fachübergreifende Rehabilitation im Akutkrankenhaus, Prognos – WIAD/Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands e.V. Forschungsbericht Sozialforschung. 1999; 275:
- 16 *Burtin C, Clerckx B, Robbeets C et al.* Early exercise in critically ill patients enhances short-term functional recovery. *Crit Care Med* 2009; 37: 2499–2505
- 17 *Convertino VA.* Cardiovascular consequences of bed rest: effect on maximal oxygen uptake. *Med Sci Sport Exerc* 1997; 29: 191–196
- 18 *Creditor MC.* Hazards of hospitalization of the elderly. *Ann Intern Med* 1993; 118: 219–223
- 19 *Debus F, Mierswa D, Kühne CA.* Rehabilitation von schwerverletzten Patienten im Akutkrankenhaus – wer macht was? – eine bundesweite Umfrage im TraumaNetzwerk DGU. *Die Rehabilitation* Jg 2014; 53: 25–30
- 20 *Debus F, Ruchholtz S, Kühne CA.* Rehabilitation im TraumaNetzwerk DGU. OUP 2014; 11: 508–511 doi:10.3238/oup.2014.0508–0511
- 21 *Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK).* Handlungsfelder und Kompetenzprofile in der Pflege. 2013; <http://www.dbfk.de/> (abgerufen am 27.07.2015)
- 22 *DIMDI.* Operationen- und Prozedurenschlüssel., Version 2015 (OPS 2015). www.dimdi.de (abgerufen am 27.07.2015) 2015;
- 23 *Dolderer M, Güldensupp H, Amelung VE et al.* Münster. in: *Weatherly J, Seiler R, Meyer-Lutterloh K, Schmid E, Lägler R, Amelung VE,* (Hrsg.). Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren. Innovative Modelle der Praxis, Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; Berlin: 2007: 73–82
- 24 *Deutsche gesetzliche Unfallversicherer. et al.* Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach § 34 SGB VII an Krankenhäuser zur Beteiligung am Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV) in der Fassung vom 1. Januar 2013; http://www.dguv.de/medien/landesverbaende/de/med_reha/documents/sav1.pdf (abgerufen am 27.07.2015)
- 25 http://www.dguv.de/landesverbaende/de, et al. (abgerufen am 27.07.2015)
- 26 *Eiff W, Schüring S.* Medizinische Rehabilitation: Kürzere Akut-Verweildauern erhöhen Aufwand in der Reha. *Dtsch Arztebl* 2011; 108: A-1164
- 27 *Egert S, Götz-Ahmed E, Ludwig A et al.* Rehabilitative therapeutische Pflege Die Schwester Der Pfleger 51. Jahrg. 05|12
- 28 *Fialka-Moser V.* Kompendium Physikalische Medizin und Rehabilitation. Springer Verlag; Wien: 2013 ISBN 978.3.7091.04668
- 29 *Flintrop J, Rieser S.* Krankenhäuser: Die Mittelknappheit schadet den Patienten. *Dtsch Arztebl* 2014; 111: A-1491
- 30 *Franz D, Lefering R, Siebert H et al.* Die Herausforderung der sachgerechten Vergütung von Schwerverletzten im deutschen DRG-System. *Das Gesundheitswesen* Jg. 75, Nr. 2, S. 84–93
- 31 *Fuhrmann R, Liebig O.* Frührehabilitation im Krankenhaus – Zeit für Strukturveränderungen. *Rehabilitation* 1999; 38: 65–71
- 32 *Gobelet C, Rivier G, Buchard P et al.* Multidisciplinary Aspects of Rehabilitation. In: Stone JH, Blouin M (eds.). *International Encyclopedia of Rehabilitation.* 2010
- 33 *Graf C.* Functional decline in hospitalized older adults. *Am J Nurs* 2006; 106: 58–67
- 34 *Grill E, Ewert T, Chatterji S et al.* Core Sets development for the acute hospital and early post-acute rehabilitation facilities. *Disabil Rehabil* 2005; 27: 361–366
- 35 *Grund S, Roos M, Duchene W et al.* Evaluation eines Versorgungskonzeptes für die Alterstraumatologie. *Dtsch Arztebl Int* 2015; 112: 113–119
- 36 *Güldensupp H, Dolderer M.* Evaluationsergebnisse „Integrierte Versorgung Endoprothetik“. 2010; http://www.wisum.org/Willkommen_files/Integrierte%20Versorgung%20Abschlusspra%CC%88sentation%20Endoprothetik.pdf (abgerufen am 28.7.2015)
- 37 *Gutenbrunner C, Ward AB, Chamberlain MA.* White Book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe. *J Rehabil. Med* 2007; 45: (Suppl 1): 1–48
- 38 *Gutenbrunner C, Meyer T, Melvin J et al.* Towards a conceptual description of Physical and Rehabilitation Medicine. *J Rehabil Med* 2011; 43: 760–764
- 39 *Gutenbrunner C, Meyer T, Stucki G.* The Field of Competence in Physical and Rehabilitation Medicine in Light of Health Classifications – an International Perspective (Invited Commentary). *Am J Phys Med Rehabil* 2011; 90: 521–525
- 40 *Gutenbrunner C, Liebl ME, Reißhauer A et al.* Rehabilitationsmedizin neu denken – Das Profil des Facharztes für Physikalische und Rehabilitative Medizin. *Phys Med Rehab Kuror* 2014; 24: 62–74
- 41 *Hall KM, Cope N.* The benefits of rehabilitation in traumatic brain injury: a literature review. *Journal of Head Trauma* 1995; 10: 1–13
- 42 *Helling J, Roeder N, Beyer J et al.* DRG-Evaluationsprojekt Frührehabilitation – Eine prospektive Untersuchung der DRG-Research-Group am Universitätsklinikum Münster im Auftrag der Bundesarbeitsgemeinschaft der Akutkrankenhäuser mit Abteilungen der fachübergreifenden Frührehabilitation e.V. (BAG). Münster: Schöling-Verlag; 2008
- 43 *Hibbele B.* Frührehabilitation Für eine nahtlose Behandlungskette. *Dtsch Arztebl* 2009; 106: A-1774
- 44 *InEK.* Abschlussbericht Weiterentwicklung des G-DRG Systems für das Jahr. <http://www.g-drg.de/> (abgerufen am 27.07.2015), 2014
- 45 *Jaeger C.* Ableitung einer ausreichenden Personalvorhaltung aus den Kalkulationsergebnissen des InEK. *das Krankenhaus* 2014; 4: 310–312
- 46 *Kayambu G, Boots R, Paratz J.* Physical therapy for the critically ill in the ICU: a systematic review and meta-analysis. *Crit Care Med* 2013; 41: 1543–1554
- 47 *Kinzl L, Gebhard F, Arand M.* Polytrauma und Ökonomie. *Unfallchirurg* 1996; 22: 179–185
- 48 *Kisling R.* Stationäre Frührehabilitation – Phys med Rehab Kuror. 2014; 24: 277
- 49 *Klaes L, Helmreich T, Reiche R et al.* Fachübergreifende Frührehabilitation im Akutkrankenhaus – Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojektes am Klinikum Ingolstadt. Schriftenreihe Forschungsberichte des Bundesministeriums für Arbeit. Nr. 275. Bonn/Köln 1999;
- 50 *Khan F, Amatya B, Hoffman K.* Systematic review of multidisciplinary rehabilitation in patients with multiple trauma. *British Journal of Surgery* 2012; 99: (Suppl 1): 88–96
- 51 *Kühne C, Moosdorf L, Debus F et al.* Rehabilitationskliniken in Deutschland – eine Standortbestimmung. *Phys Rehab Kur Med* 2012; A22–A38
- 52 *Lautenschläger S, Wallesch CW.* Leistungskataloge der aktivierend-therapeutischen Pflege in der neurologischen Frührehabilitation Rehabilitation. doi:10.1055/s-0034-1384593, 2014;
- 53 *Lautenschläger S.* Was ist das Therapeutische an der Pflege? *Neuro Rehabil* 2014; 20: 142–152
- 54 *Leistner K, Stier-Jarmer M, Berleth B et al.* Frührehabilitation im Krankenhaus – Definition und Indikation. *Phys Med Rehab Kuror* 2005; 15: 157–167
- 55 *Lord RK, Mayhew CR, Korupolu R et al.* ICU early physical rehabilitation programs: financial modeling of cost savings. *Crit Care Med* 2013; 41: 717–724
- 56 *Malfertheimer MV.* Physiotherapie auf Intensivstation. *Dtsch Med Wochenschr* 2013; 138: 712–714
- 57 *Mauritz K-H.* Neurologische Rehabilitation: herausgegeben von Ge-reon Nelles. 2004; Thieme Verlag ISBN 3.13.1362618
- 58 *Mahlke L, Lefering R, Siebert H et al.* Abbildung von Schwerverletzten im DRG-System. *Der Chirurg* 2013; 84: 978–986
- 59 *Mayer K.* Hirnverletzung und Hirnerkrankung. Notwendigkeit und Bedeutung der Frührehabilitation. *Versicherungsmedizin* 1993; 45: 135–137
- 60 *Meyer T, Gutenbrunner C, Bickenbach J et al.* Towards a conceptual description of rehabilitation as health strategy. *J Rehabil Med* 2011; 43: 765–769
- 61 *Mittermaier C.* Frühfunktionelle Behandlung auf einer chirurgischen Intensivstation. *Phys med rehab Kuror* 2014; 24: 272
- 62 *Morris PE, Goad A, Thompson C et al.* Early intensive care unit mobility therapy in the treatment of acute respiratory failure. *Crit Care Med* 2008; 36: 2238–2243

- 63 *Musicco M, Emberti L, Nappi G et al.* Early and long-term outcome of rehabilitation in stroke patients. The role of patient characteristics, time of indication, and duration of interventions. *Arch Phys Med Rehabil* 2003; 84: 551–558
- 64 *Oehmchen F, Pohl M et al.* Rehabilitation bei Chronisch-Kritisch-Kranken Intensiv- und Notfallbehandlung. 3/2012
- 65 *Oehmichen F, Ketter G, Mertl-Rötzer M et al.* Beatmungsentwöhnung in neurologischen. Weaningzentren *Nervenarzt* 2012; 83: 1300–1307
- 66 *Orem DE.* Nursing concepts in practise. ISBN-13: 978-0323008648 2001;
- 67 *Ottenbacher KJ, Jannell S.* Results of clinical trials in stroke rehabilitation research. *Arch Neurol* 1993; 50: 37–44
- 68 *Parker AM, Lord RK, Needham DM.* Increasing the dose of acute rehabilitation: is there a benefit? *BMC Medicine* 2013; 11: 199
- 69 *Peiris CL, Shields N, Brusco N et al.* Additional Saturday rehabilitation improves functional independence and quality of life and reduces length of stay: a randomized controlled trial. *BMC Medicine* 2013; 11: 198
- 70 *Peiris CL, Taylor NF, Shields N.* Extra physical therapy reduces patient length of stay and improves functional outcomes and quality of life in people with acute or subacute conditions: a systematic review. *Arch Phys Med Rehabil* 2011; 92: 1490–1500
- 71 *Peschke D, Kohler M, Schenk L.* Physio- und ergotherapeutische Versorgungsverläufe bei Schlaganfallbetroffenen: von der Akut- über die Rehabilitationsbehandlung bis zur ambulanten Heilmittelversorgung. *Das Gesundheitswesen* 2014; 76: 79–85
- 72 *Petersen C, Ullrich A, Wahls F.* Psychosoziale Belastungen und Ressourcen von Patienten nach Polytrauma. *Phys Rehab Kur Med* 2008; 18: 313–317
- 73 *Pohl M, Bertram M, Bucka C et al.* Rehabilitationsverlauf von Patienten in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation. *Nervenarzt* 2016; 87: 634–644
- 74 *Regel G, Lobenhoffer P, Lehmann U et al.* Ergebnisse in der Behandlung Polytraumatisierter- Eine vergleichende Analyse von 3406 Fällen zwischen 1972 und 1991. *Unfallchirurg* 1993; 96: 350–362
- 75 *Raiser JS.* Komplikationen während der Primärrehabilitation von Querschnittgelähmten. 2004; Uni Tübingen https://publikationen.uni-tuebingen.de/xmlui/bitstream/handle/10900/44581/pdf/Dissertation_Word_Seitenzahl_neu1.pdf?sequence=1 (abgerufen am 27.07.2015)
- 76 *Reiners A.* Organisationsformen der Frührehabilitation – Die Fachübergreifende Reha-Station. *Phys Med Rehab Kuror* 2006; 16: 243
- 77 *Reifshauer A, Liebl M, Pögel S.* Fachübergreifende Frührehabilitation: Warum im Akutkrankenhaus. *Phys Rehab Kur Med* 2011; 21: 280–283
- 78 *Rickels E, von Wild K, Wenzlaff P et al., (Hrsg.).* Schädel-Hirn-Verletzung – Epidemiologie und Versorgung Zuckschwerdtverlag. ISBN-13: 9783886038961 2006;
- 79 *Ruchholtz S, Lefering R, Paffrath T et al.* Rückgang der Traumaletalität. *Dtsch Arztebl* 2008; 105: 225–231
- 80 *Sayer NA, Chiros CE, Sigford B et al.* Clothier B, Pickett T et al. Characteristics and rehabilitation outcomes among patients with blast and other injuries sustained during the Global War on Terror. *Arch Phys Med Rehabil* 2008; 89: 163–170
- 81 *Schorl M, Liebold D.* Neurologisch-Neurochirurgische Frührehabilitation in Deutschland – Aktuelle Situation, Probleme und Lösungsmöglichkeiten. *Akt Neurol* 2012; 39: 1–11
- 82 *Schweickert WD, Hall J.* ICU aquired weakness. *Chest* 2007; 131: 1541–1549
- 83 *Schwenk W, Spies C, Müller JM.* „Fast-track“-Rehabilitation. *Dtsch Arztebl* 2005; 102: A-1514
- 84 *Schwerstverletztenartenverfahren (SAV).* <http://www.dguv.de> (abgerufen am 27.07.2015)
- 85 *Seger W, Petri B, Müller-Fahrnow W et al.* Perspektiven der Rehabilitation – Ein Positionspapier des Ärztlichen Sachverständigenrates der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) zur Weiterentwicklung der Rehabilitation. *Gesundheitswesen* 2008; 70: 267–280
- 86 *Shiel A, Henry D, Clark J et al.* Effect of increased intervention on rate of functional recovery after brain injury: preliminary results of a controlled trial. *Clinical Rehabilitation* 1999; 13: 76
- 87 *Shiel A, Burn JP, Henry D et al.* The effects of increased rehabilitation therapy after brain injury: results of a prospective controlled trial. *Clinical Rehabilitation* 2001; 15: 501–514
- 88 *Siddharthan K, Scott S, Bass E et al.* Rehabilitation outcomes for veterans with polytrauma treated at the TampaVA. *Rehabil Nurs* 2008; 33: 221–225
- 89 *Simmel S, Bühren V.* Polytrauma überlebt – und was kommt dann? Die Rehabilitation Schwerstverletzter. *Unfallchirurg* 2009; 112: 965–974
- 90 *Simmel S, Bühren V.* Unfallfolgen nach schweren Verletzungen. Konsequenzen für die Trauma- Rehabilitation. *Chirurg* 2013; 84: 764–770
- 91 *Simmel S.* Frührehabilitation nach Polytrauma. *Trauma Berufskr* 2010; 12: (Suppl 2): 194–198
- 92 *Simon M.* Das deutsche DRG-System: Grundsätzliche Konstruktionsfehler. *Dtsch Arztebl* 2013; 110: A-1782
- 93 *Spranger M, Hoffmann B, Karbe H et al.* Der Stellenwert der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation in der Versorgungskette von Patienten mit schweren neurologischen Erkrankungen. *Neurologie & Rehabilitation* 2006; 11: 317–322
- 94 *Spyra K, Müller-Fahrnow W.* Rehabilitanden-Management-Kategorien. *Rehabilitation* 1998; 47–56
- 95 *Stam HJ, Buyruk HM, Melvin JL et al.* Acute Medical Rehabilitation 2012 Volume 1, p.13-18 und. *Phys Med Rehab Kuror* 2015; 25: 157
- 96 *Statistisches Bundesamt.* Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) – Fachserie 12 Reihe 6.4–2013. <https://www.destatis.de> (abgerufen am 27.07.2015). 2002; 12: 190–202
- 97 *Statistisches Bundesamt.* Grunddaten der Krankenhäuser – Fachserie 12 Reihe 6.1.1–2013. 2.5.3 Nichtärztliches Personal am 31.12.2012 <https://www.destatis.de> (abgerufen am 27.07.2015)
- 98 *Stier-Jarmer M, Koenig E, Stucki G.* Strukturen der neurologischen Frührehabilitation (Phase B) in Deutschland. *Phys Med Rehab Kuror* 2002; 12: 260–271
- 99 *Stier-Jarmer M, Pientka L, Stucki G.* Frührehabilitation in der Geriatrie. *Phys Med Rehab Kuror* 2002; 12: 190–202
- 100 *Storch EK, Kruszynski D.* From rehabilitation to optimalfunction: role of clinical exercise therapy. *Curr Opin Crit Care* 2008; 14: 451–455
- 101 *Streibelt M, Thren K, Müller-Fahrnow W.* Patientenseitige Entscheidungspräferenzen beim Zugang zur Integrierten Versorgung von Knie und Hüftgelenkersatz. In: Deutsche Rentenversicherung, Hrsg. Tagungsband, 16. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, März 2007 in Berlin. DRV-Schriften 2007; 418–420
- 102 *Strobel T.* Die Bedeutung der therapeutischen Pflege in der Frührehabilitation im Akutkrankenhaus. *Phys med Rehab Kuror* 2006; 16: 249
- 103 *Stucki G, Stier-Jarmer M, Gadomski M et al.* Konzept zur indikationsübergreifenden Frührehabilitation im Akutkrankenhaus. *Phys Med Rehab Kuror* 2002; 12: 134–145
- 104 *Stucki G, Stier-Jarmer M, Berleth B et al.* *Phys Med Rehab Kuror* 2002; 12: 146–156
- 105 *Stucki G, Stier-Jarmer M, Grill E et al.* Rationale and principles of early rehabilitation care after an acute injury or illness. *Disabil Rehabil* 2005; 27: 353–359
- 106 *Teixido L, Tiebel K, Gutenbrunner C et al.* Mobile Frührehabilitation auf Akutstationen – Untersuchungen zu Bedarf und Wirksamkeit an einem Klinikum der Maximalversorgung. *Phys Rehab Kur Med* 2006; 16–A90, DOI:10.1055/s-2006-954392
- 107 *Thren K, Streibelt M.* Verringerung postoperativer Komplikationen durch Vernetzung der Akteure – Eine Analyse bei Patienten mit Hüft- und Knie totalendoprothetik. http://www.uni-oldenburg.de/fileadmin/user_upload/sonderpaedagogik-ambulatorium/Tagungsband_zum_18_Rehabilitationswissenschaftlichen_Kolloquiums_der_DRV.pdf (abgerufen am 28.07.2015)
- 108 *United Nations General Assembly.* Convention on the rights of persons with disabilities. Resolution 61/106; UN, New York 2006
- 109 *Verband Deutscher Rentenversicherungsträger., (Hrsg.).* Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung. 6. Auflage. Springer; Berlin-Heidelberg: 2003
- 110 *Voss A, von Wild K, Prosiegel M.* Qualitätsmanagement in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation. W. Zuckschwerdt-Verlag; München: 2000
- 111 *Ward AB, Gutenbrunner C, Damjan H et al.* European Union of Medical Specialists (UEMS) section of Physical & Rehabilitation Medicine: A Position Paper on Physical and Rehabilitation Medicine in Acute Settings. *J Rehabil Med* 2010; 42: 417–424
- 112 *Weißbuch Geriatrie.* Kohlhammer Verlag ISBN:978-3-17-021855-0 (Neuaufgabe in Vorbereitung), 2010
- 113 *Weißbuch Schwerstverletztenversorgung.* 2. Auflage, Juni <http://www.dgu-online.de/> (abgerufen am 27.07.2015) 2012
- 114 *Westerfellhaas A.* Das geplante Pflegestellenprogramm. <http://www.deutscher-pflegerat.de/presse/pressemitteilungen/Das-geplante-Pflegestellenprogramm.pdf> (abgerufen am 27.07.2015)
- 115 *World Health Organisation & World Bank.* World Report on Disability. Geneva & New York: June 2011
- 116 *World Health Organisation (WHO).* Resolution WHA66.9: Disability. WHO; Geneva: 27 May 2013
- 117 *World Health Organisation (WHO).* Global disability action plan 2014–2021: Better health for all people with disabilities. WHO; Geneva: 23 May 2014
- 118 *World Health Organization.* International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. Geneva: World Health Organization; 2001

- 119 Wullen T, Karbe H. Verbesserte Therapiemöglichkeiten durch neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation. Dtsch Arztebl 1999; 96: A-2809
- 120 Yarkoney GM, Roth EJ, Heinemann AW et al. The benefits of rehabilitation for traumatic spinal cord injury: a multi-varied analysis in 711 patients. Arch Neurol 1987; 44: 93–96

Quellennachweis

Weitere Links mit Bezug zum Positionspapier

- Positionspapier zur Fachübergreifenden Frührehabilitation 1. Auflage 2009 <http://www.aerzteblatt.de/down.asp?id=4321> (abgerufen am 27.07.2015).
- Klinikverbund der gesetzlichen Unfallversicherung Die BG- Kliniken. Spitzenmedizin menschlich. Verfügbar unter: <http://www.bgu-frankfurt.de> (abgerufen am 27.07.2015).
- „Aktionsplan des Europarates zur Förderung der Rechte und vollen Teilhabe behinderter Menschen an der Gesellschaft: Verbesserung der Lebensqualität behinderter Menschen in Europa 2006–2015 <http://www.netzwerk-artikel-3.de/dokum/er-aktionsplan-de-end2-pdf.pdf> (abgerufen am 27.07.2015).
- Nationaler Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a740-nationaler-aktionsplan-barrierefrei.pdf?__blob=publicationFile (abgerufen am 27.07.2015).
- WHO Weltbericht Behinderung 2011 (Verfügbar unter: <http://www.bar-frankfurt.de>) (abgerufen am 27.07.2015).
- Leitlinien mit Empfehlung der früh einsetzenden Rehabilitation:*
- Nationale Versorgungsleitlinie Chronische KHK <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/nvl-004.html> (abgerufen am 27.07.2015).

- Prävention, Diagnose, Therapie und Nachsorge der Sepsis http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/079-0011_S2k_Sepsis_Leitlinientext_01.pdf (abgerufen am 27.07.2015).
- Leitlinie Kardiogener Schock http://leitlinien.dgk.org/files/2011_Leitlinie_kardiogener_Schock.pdf (abgerufen am 27.07.2015).
- IGES Studie (Gutachten zur Neurologischen Frührehabilitation) <http://www.iges.de> (abgerufen am 27.07.2015).
- Sektion NIS der DGU/ACU. Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie. Jahresbericht 2013. <http://www.traumaregister.de> (abgerufen am 27.07.2015).
- Sicherung und Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation – Forderungen und Positionen 102. EntschlieÙung Deutsche Ärztetag (2007) <http://www.bundesaerztekammer.de> (abgerufen am 27.07.2015).
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen Gutachten 2014, u. a. zur Rehabilitation <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=491> (abgerufen am 27.07.2015).
- 1999 Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C <http://www.bar-frankfurt.de/> (abgerufen am 27.07.2015).
- Begutachtungsrichtlinie Vorsorge und Rehabilitation des MDS http://www.mds-ev.de/media/pdf/2012_02_06_BGR_final.pdf (abgerufen am 27.07.2015).
- Deutsche Krankenhausgesellschaft – Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern www.dkgev.de (abgerufen am 27.07.2015).
- Kompetenzzentrum Geriatrie www.kcgeriatrie.de (abgerufen am 27.07.2015).