

**Frührehabilitation im Krankenhaus –
Konsequenzen für die medizinische Rehabilitation**

Referat von Harry Fuchs, Düsseldorf

**zur gemeinsamen Tagung der DEGEMED und der LVA Westfalen am 30.11.2004 in
Münster**

Einleitung

Der Erfolg der medizinischen Rehabilitation wird wesentlich davon geprägt, dass sie so früh wie möglich nach dem die Rehabilitationsbedürftigkeit auslösenden Ereignis beginnt oder - bei chronischen Krankheiten - in den Krankheitsverlauf eingreift.

Die Bundesregierung hatte deshalb bereits in ihrem Zweiten Bericht über die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation dargelegt, dass sie es für erforderlich hält, schon während stationärer Behandlungen im Krankenhaus frühzeitiger als bisher medizinische Maßnahmen zur Rehabilitation einzuleiten.

Sie bezieht sich in ihrem Dritten Bericht über die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation vom 24.03.1994 auf ein Gutachten von BIAS und BA-SYS, nach dem rehabilitative Aufgabenstellungen dem Krankenhaus trotz der Bedeutung der Frührehabilitation für das Krankenhaus und der originären Aufgaben des Krankenhauses in diesem Bereich noch immer fremd sind und in der Zielsetzung der klinischen Arbeit nur unzureichende Berücksichtigung finden.

Nach Auffassung der Bundesregierung sei es deshalb dringend erforderlich, diese Mängel in der Krankenhausbehandlung zu überwinden und der Frührehabilitation die erforderliche Beachtung einzuräumen. Die seit längerem geführten Diskussionen sollten jetzt in die Erarbeitung konkreter Konzepte für die Frührehabilitation im Krankenhaus einmünden. Wo und in welchen Krankenhäusern medizinische Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt werden, liege vor allem im Bereich der Verantwortung der Krankenkassen.

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen empfahl aus den gleichen Gründen in seinem Sondergutachten 1995, bei der Entwicklung eines Sozialgesetzbuches, Teil IX die Verantwortung der Krankenhäuser für die rechtzeitige Einleitung und sachgemäße Steuerung von Rehabilitationsleistungen unbeschadet der vorgegebenen Trennung zwischen Akutbehandlung und Rehabilitation sicherzustellen.

Der Sachverständigenrat geht mit dieser Empfehlung zweifelsfrei davon aus, dass die Rehabilitation nach dem Ende der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nicht im oder im Verbund mit einem Krankenhaus, sondern in einer dafür besonders geeigneten Rehabilitationseinrichtung fortgesetzt wird.

Die Bundesregierung hat diese Empfehlung des Sachverständigenrates bei der Gestaltung des Sozialgesetzbuches, Teil IX (SGB IX) aufgegriffen und in § 39 Abs. 1, Satz 3 SGB V klargestellt, dass die akutstationäre Behandlung im Krankenhaus auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation umfasst.

Rechtsgrundlagen

Der Wortlaut „Leistungen zur Frührehabilitation“ enthält neben dem Leistungsbegriff eine Zeitkomponente sowie zur Charakterisierung des Gegenstandes der Leistungen das Wort „Rehabilitation“. In der bisherigen Diskussion über die Frührehabilitation war häufig unklar, was eigentlich unter Frührehabilitation zu verstehen ist. Z.T. konnte der Eindruck entstehen, dass es ausreichen würde, die üblichen Ressourcen eines Krankenhauses um das Methodenspektrum der Heil- und Hilfsmittelversorgung zu ergänzen, um die notwendigen Rahmenbedingungen für die Frührehabilitation im Krankenhaus zu schaffen-.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Bereits der 1976 in Kraft getretene Teil I des Sozialgesetzbuches (§ 10 SGB I) gewährte Menschen, die körperlich, geistig oder seelisch behindert sind oder denen eine solche Behinderung droht, unabhängig von der Ursache der Behinderung ein Recht auf Hilfe, die notwendig ist, um die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu bessern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Gegenstand dieses Rechts sind nach § 11 SGB I die Dienst-, Sach- und Geldleistungen (Sozialleistungen) der Sozialgesetzbücher und damit auch die Leistungen der medizinischen Rehabilitation.

Nach dem Rehabilitationsangleichungsgesetz (RehaAnglG) aus dem Jahr 1974 stellten die leistungsrechtlichen Regelungen (§§ 10ff RehaAnglG) lediglich Grundsätze dar, während sich Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistungen der Rehabilitationsträger im Einzelnen nach den jeweils für sie geltenden Rechtsvorschriften richteten. So umfassen z.B. die medizinischen Leistungen zur Rehabilitation der Rentenversicherungsträger nach § 15 Abs. 1 SGB VI insbesondere Behandlung durch Ärzte, Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie usw.

Auch nach dem SGB IX (§ 7) richten sich die Zuständigkeit und die Leistungsvoraussetzungen, nach denen ein Rehabilitationsträger zur Leistungserbringung verpflichtet ist, weiterhin nach den spezifischen Rechtsvorschriften der jeweiligen Rehabilitationsträger. Art, Umfang und Ausführung der Leistungen richten sich dagegen seit dem 1.7.2001 für alle Rehabilitationsträger einheitlich nach den Regelungen des SGB IX, es sei denn, der Gesetzgeber hätte für einen Rehabilitationsträger in den für ihn geltenden Rechtsvorschriften besondere (abweichende) Bestimmungen getroffen. Da solche abweichenden Bestimmungen derzeit noch nicht vorhanden sind, umfassen die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 26 Abs. 2 SGB IX bei allen Trägern der medizinischen Rehabilitation einheitlich u.a. Behandlung durch Ärzte und Angehörige anderer Heilberufe, Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie, Psychotherapie, Hilfsmittel. § 26 Abs. 3 SGB IX stellt zudem klar, das Bestandteil der medizinischen Leistungen zur Rehabilitation auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen sind, soweit diese im Einzelfall zur Erreichung oder Sicherung des Rehabilitationszieles bzw. zur Vermeidung, Überwindung, Minderung oder zur Verhütung einer Verschlimmerung der Krankheitsfolgen erforderlich sind.

Während § 26 Abs. 1 SGB IX die Ziele darstellt, die mit den Leistungen der medizinischen Rehabilitation erreicht werden sollen, stellen die Absätze 2 und 3 klar, welche therapeutischen Methoden und Verfahren Gegenstand der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sein können.

Vergleicht man die Auflistung der therapeutischen Verfahren und Methoden in § 26 Abs. 2 und 3 SGB IX mit der zur Krankenbehandlung in § 27 Abs. 1 SGB V, ergibt sich scheinbar eine weitgehende Übereinstimmung. Dabei handelt es jedoch nur um eine sprachliche Übereinstimmung. Die sprachlich einheitlich definierten therapeutischen Verfahren und Methoden treten inhaltlich (Art, Umfang und Intensität) bekanntlich in völlig unterschiedlichen Ausprägungen auf, je nachdem ob man mit ihrem Einsatz Ziele der Krankenbehandlung, Rehabilitation oder Prävention erreichen muss. Diese Erkenntnis hatte das Bundessozialgericht bereits Ende der 70er Jahre, als es in mehreren Urteilen feststellte, dass eine Differenzierung zwischen Akutversorgung und Rehabilitation am ehesten danach erfolgen könne, ob eine Maßnahme regelmäßig darauf ausgerichtet sei, unter der aktiven und fortdauernden Einwirkung des Arztes die Krankheit zu bekämpfen oder mit einem interdisziplinären Ansatz weitergehende Zustandsverbesserungen zu erreichen.

Danach sind nicht die in Absatz 2 und 3 genannten therapeutischen Methoden und Verfahren für sich bereits Leistungen zur Rehabilitation, sondern sie können Bestandteil einer Leistung zur Rehabilitation sein, wenn sie in ihrer spezifisch auf die Krankheitsfolgenbewältigung ausgerichteten Ausformung (Art, Umfang und Intensität des Methodeneinsatzes) geeignet sind und gemeinsam mit anderen Leistungsbestandteilen in der Summe dazu beitragen können, die in §§ 1, 4 Abs. 1 und 26 Abs. 1 SGB IX vorgegebenen Rehabilitationsziele zu erreichen.

Deshalb wurde vor dem Inkrafttreten der Sozialgesetzbücher in den für die Rehabilitationsträger jeweils geltenden besonderen Gesetzen und auch im RehaAnglG nicht von Leistungen, sondern von „Maßnahmen zur (medizinischen) Rehabilitation“ gesprochen. Diese Leistungsdefinition drückte auch sprachlich aus, dass es sich bei Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation in der Regel nicht um den Einsatz einzelner therapeutischer Verfahren und Methoden, sondern um ein zielgerichtetes, komplexes, interdisziplinäres therapeutisches Angebot zur Überwindung oder Kompensation der durch Krankheit oder körperliche oder geistige Behinderung verursachten Funktions-, Aktivitäten- oder Partizipationsstörungen handelt.

Demgegenüber beinhaltet die Definition „Leistungen zur Rehabilitation“ sowohl die Ausführung komplexer Leistungen im Sinne umfassender Maßnahmen, wie auch den Einsatz bestimmter rehabilitationsdiagnostischer- und therapeutischer Verfahren außerhalb von Leistungskomplexen der Rehabilitation.

Zeitfaktor

Die Kenntnis des Zusammenhangs von Rehabilitationserfolg und frühestmöglichem Einsatz rehabilitativer Verfahren und Methoden hat den Gesetzgeber insbesondere auch mit Blick auf die wirksame und wirtschaftliche Mittelverwendung schon früh veranlasst, den Rehabilitationsträgern Pflichten aufzuerlegen, die diesem Zusammenhang Rechnung tragen.

Die Sozialleistungsträger sind nach § 17 Abs. 1 SGB I verpflichtet, darauf hinzuwirken, dass jeder Berechtigte die ihm zustehenden Sozialleistungen in zeitgemäßer

Weise, umfassend und **zügig** erhält und die zur Ausführung von Sozialleistungen erforderlichen Dienste und Einrichtungen **rechtzeitig** und ausreichend zur Verfügung stehen.

Abgesehen von dieser generellen Verpflichtung aller Sozialleistungsträger enthielt zuvor schon das 1974 in Kraft getretene Gesetz RehaAnglG die spezielle Verpflichtung der Rehabilitationsträger, auf die **frühzeitige Einleitung** und die zügige Durchführung gebotener **Maßnahmen zur Rehabilitation** hinzuwirken (§ 4 Abs. 2, Satz 1 RehaAnglG).

Konsequenzen für die Frührehabilitation

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung umfassten nach § 11 Abs. 2 SGB V immer auch notwendige medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation.

Die Antwort auf die Frage, wo und in welchen Einrichtungen medizinische Rehabilitationsleistungen durchgeführt werden, liegt im Bereich der organisatorischen und gestalterischen Verantwortung der Krankenkassen. Sie hätten nach geltendem Recht auch bereits vor dem 1.7.2001 als Bestandteil der Krankenhausbehandlung den Einsatz rehabilitativer Verfahren und Methoden während der Zeitdauer einer Krankenhausbehandlung finanzieren können.

Dass die Methoden und Verfahren der Rehabilitation bis heute insbesondere im Krankenhaus - abgesehen von bestimmten Indikationsbereichen wie z.B. die Neurologie - nicht zum frühestmöglichen Zeitpunkt eingesetzt werden, hat danach keine rechtlichen Ursachen. Der Gesetzgeber hat mit der Ergänzung des § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V den erneuten Versuch der Klarstellung unternommen, dass Leistungen der frühen Rehabilitation (Frührehabilitation) selbstverständlich Gegenstand der akutstationären Versorgung sein können.

Mit Blick darauf, dass der in § 107 SGB V konkretisierte Versorgungsauftrag von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen nicht verändert wurde, handelt es sich bei der Ergänzung des § 39 SGB V ausdrücklich nicht um eine Erweiterung des Versorgungsauftrages der Krankenhäuser etwa in Richtung neuer Geschäftsfelder aus dem Bereich der Langzeitrehabilitation. Um jeden Zweifel auszuschließen, betont die Begründung zum SGB IX, dass es sich bei der Ergänzung um Änderungen zur Anpassung an den Sprachgebrauch des Neunten Buches, nicht jedoch um eine geänderte Zuordnung von Aufgaben und Verantwortung handelt. Mit der sprachlichen Anpassung soll lediglich sichergestellt werden, dass die erforderlichen Leistungen zur Rehabilitation, d.h., das in § 26 Abs. 2 und 3 SGB IX genannte Methodenspektrum mit der sich aus § 26 Abs. 1 SGB IX ergebenden Zielsetzung und der danach erforderlichen prozessqualitativen Ausformung, bereits als Bestandteil der Krankenhausbehandlung („die akutstationäre Behandlung umfasst“!) und damit zum frühestmöglichen Zeitpunkt erbracht werden können.

Dies entspricht im Übrigen der Auffassung der Spitzenverbände der Krankenkassen, die in ihrer schriftlichen Stellungnahme zur Anhörung zum SGB IX im Gesetzgebungsverfahren eine noch deutlichere Klarstellung dahingehend vorgeschlagen hatten, dass es sich bei den Leistungen zur Frührehabilitation um solche handelt, die im Rahmen der originären Akutbehandlung das vorhandene Rehabilitationspotential bis zur Entlassung oder Verlegung in eine Rehabilitationseinrichtung nutzen (vgl. Aus-

schussdrucksache 14/1248, Seite 21). Damit ist wird die Aufgabe des Krankenhauses in der Rehabilitation zutreffend und vollständig beschrieben, nämlich: den betroffenen Menschen durch den Einsatz rehabilitationstherapeutischer Verfahren und Methoden bereits während der akutstationären Versorgung zur Teilnahme an komplexen Leistungen der medizinischen Rehabilitation zu befähigen (Herstellung von Rehabilitationsfähigkeit).

Frührehabilitation im Krankenhaus

Die Notwendigkeit von Frührehabilitation im Krankenhaus ist heute aus folgenden Gründen weitgehend unbestritten:

- Mehr Patienten überleben schwerste Krankheitsbilder, die noch vor wenigen Jahren zum Tode geführt hätten (z. B. Schädel-Hirn-Trauma, Polytrauma, Schlaganfall usw.) und bedürfen zur Beseitigung der Krankheitsfolgen der Rehabilitation,
- In den meisten Krankenhäusern werden heute routinemäßig in großer Zahl Eingriffe am Bewegungsapparat (z. B. Endoprothesen) durchgeführt, die ohne begleitende und nachfolgende medizinische Rehabilitationsmaßnahmen nicht denkbar wären,
- Mit steigender durchschnittlicher Lebenserwartung nimmt die Zahl der Einweisung geriatrischer Patienten in das Akutkrankenhaus rasch zu. Bei dieser Patientengruppe ist ohne früh einsetzende rehabilitative Maßnahmen die Gefahr bleibender, schwerer Behinderungen besonders groß.

Aber auch bei anderen Indikationen kann der Einsatz rehabilitationstherapeutischer Verfahren und Methoden während der Akutbehandlung die Herstellung von Rehabilitationsfähigkeit beschleunigen und damit den Krankenhausaufenthalt signifikant verkürzen.

Dabei ergeben sich selbst im Bereich der engeren medizinischen Krankenpflege rehabilitative Aufgaben über die Grund- und Behandlungspflege hinaus: Von der sogenannten therapeutischen Pflege, z. B. bei Patienten mit erworbenen Hirnschäden im Sinne reflexhemmender Lagerung und des Schlucktrainings bis zum adäquaten Umgang mit Durchgangssyndromen und schweren reaktiven Depressionen. Voraussetzung ist, dass die Mitarbeiter in der Krankenpflege in Weiterbildungsgängen auf die speziellen Aufgaben in der medizinischen Rehabilitation vorbereitet wurden.

Fachliche Eignung der Krankenhäuser

Das BIAS-Beratungsinstitut hat im Januar 1988 im Auftrag der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (BAR) eine repräsentative Befragung bei 275 Krankenhäusern zum Stand der medizinischen Rehabilitation im Krankenhaus durchgeführt. Die von der BAR 1990 in einer weiteren Untersuchung veranlasste Konkretisierung durch die Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung („Inanspruchnahme von Leistungen zur Rehabilitation in Allgemeinkrankenhäusern“) bestätigte erneut die Arbeitshypothese, dass sich die Krankenhäuser überwiegend noch nicht als eigenständiges erstes Glied in der Rehabilitationskette verstehen, sondern die Rehabilitation unter konzeptionellen Gesichtspunkten als reine Behandlungsphase sehen, die zeitlich in aller Regel erst nach Abschluss der Akutbehandlung Platz greift.

Neben der oftmals zu knappen personellen Ausstattung und fehlenden räumlichen Voraussetzungen wird einem möglichst frühzeitigen Einsetzen der Rehabilitation aus dem Blickwinkel der Akutmedizin ein zu geringer Stellenwert eingeräumt. Auch besteht in der Regel keine adäquate Konzeption für die Zusammenarbeit aller am Rehabilitationsprozess im Krankenhaus Beteiligten:

- In den Kliniken ist weder ein Reha-Basisteam vorhanden noch besteht in ausreichendem Maße die Möglichkeit, alle therapeutisch notwendigen Leistungen entsprechend den Krankheitsbildern zu erbringen.
- Die ohnehin unzureichenden Aktivitäten mit dem Ziel der Frührehabilitation werden zusätzlich negativ beeinflusst durch eine personelle Mangelsituation und das Fehlen apparativer Übungseinrichtungen.
- Die Ärzte werden nach eigenen Aussagen während ihres Studiums nicht in der Rehabilitationsmedizin ausgebildet. Diese speziellen Kenntnisse erwerben sie in der Praxis, d. h. in der Weiterbildung zum Facharzt, allerdings - gemessen an den tatsächlichen Erfordernissen - in ungenügender Weise.

Der Sachverständigenrat waren diese Mängel bei seinen Empfehlungen im Sondergutachten 1995, durchaus bewusst als er feststellte, dass zur verstärkten Einbeziehung der Krankenhäuser nicht zuletzt die Fachkompetenz sowohl der niedergelassenen Ärzte als auch der Krankenhausärzte in Fragen der Rehabilitation gestärkt werden müsse, indem die bislang vernachlässigten rehabilitationsmedizinischen Inhalte in Forschung und Lehre wesentlich ausgebaut werden.

Abgesehen von wenigen indikationsspezifischen Ansätzen insbesondere bei der Versorgung Schädel-Hirn-Verletzter und von Schlaganfallpatienten, hat sich an dieser über zehn Jahre alten Einschätzung der rehabilitationspezifischen Kompetenz der Krankenhäuser bis heute kaum etwas verändert.

deswegen auch nur zulassen, wenn Qualität gesichert Besser Kooperationsverträge

Neue Formen der Zusammenarbeit zwischen Akutversorgung und Rehabilitation

Ziel der medizinischen Rehabilitationsleistungen nach dem SGB IX soll in Anlehnung an das „Partizipationsmodell“, das der im Rahmen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) stattfindenden internationalen Diskussion um eine Weiterentwicklung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit und Behinderung (ICF) zugrunde liegt, die Förderung der Teilhabe der behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen am gesellschaftlichen Leben, insbesondere am Arbeitsleben, sein. Danach müssen die medizinischen Leistungen zur Rehabilitation aller Rehabilitationsträger auf die Krankheitsfolgenbewältigung ausgerichtet sein. Die Träger der medizinischen Rehabilitation haben in Anbetracht dieser Zielsetzung künftig im Rahmen der Rehabilitationskonzepte zu klären und festzulegen, inwieweit die in der medizinischen Rehabilitation eingesetzten Verfahren und Methoden geeignet sind, diese Zielsetzung zu erreichen oder zu fördern bzw. im Einzelfall zu prüfen, welche Leistungen für den Rehabilitanden mit Blick auf den Grad seiner Aktivitäten- bzw. Partizipationseinschränkungen Erfolg versprechend und geeignet sind.

Auf diesem Hintergrund reicht die Vorhaltung einer physikalischen Abteilung oder die im Rahmen der Akutversorgung ausreichende Bewegungstherapie als Struktur- und Prozessqualität eines Krankenhauses für die Erbringung von Leistungen der Frührehabilitation nicht aus. Die Prozessqualität muss die therapeutischen Verfahren und Methoden in einer Ausformung beinhalten, die über die Krankenbehandlung hinaus auch geeignet ist, rehabilitative Ziele zu erreichen.

Auf diesem Hintergrund macht es gesundheitsökonomisch wenig Sinn, neben den in den Rehabilitationseinrichtungen vorhandenen Versorgungsqualitäten in den Krankenhäusern für die frührehabilitative Versorgung Doppelstrukturen aufzubauen.

Stattdessen bieten sich neue Formen der Kooperation und Zusammenarbeit zwischen Rehabilitationseinrichtungen und Krankenhäusern z.B. durch mobile Rehabilitationsteams, Know-how-Transfer u.a. an.

Der Gesetzgeber hat dazu mit der „Integrierten Versorgung“ in den §§ 140a ff SGB V und der Klarstellung, dass die Kosten der Frührehabilitation Bestandteil der stationären Akutversorgung sind, die rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen geschaffen.

Anschlussheilbehandlung

Neben der Frührehabilitation besteht weiterhin die Anschlussheilbehandlung als Instrument, Schnittstellen zwischen stationärer Akutversorgung und Rehabilitation zu vermeiden und eine nahtlose Versorgung mit Leistungen der Krankenbehandlung und solchen der Krankheitsfolgenbewältigung zu gewährleisten. Voraussetzung ist allerdings, dass sich die Beteiligten dieses Instruments bewusst sind und rechtzeitig während des Krankheitsverlaufes die notwendigen Verfahrensschritte in Gang setzen. Die durch das SGB IX geschaffenen gemeinsamen Service-Stellen können dazu beitragen. Damit ist allerdings zielgerichtetes und rechtzeitiges Handeln im Krankenhaus noch nicht gewährleistet.

Anschlussheilbehandlung als besonderes Verwaltungsverfahren.

Das Verfahren der Anschlussheilbehandlung wurde Ende der 60er Jahre von den Rentenversicherungsträgern entwickelt.

Anschlussheilbehandlungen sind die stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen, die sich unmittelbar an eine Krankenhausbehandlung anschließen oder in einem engen zeitlichen Zusammenhang (max. 14 Tage) mit dieser stehen. Bei den Sogen. AHB-Verfahren handelte es sich ursprünglich nicht um eine besondere Leistungs-, sondern ausschließlich um eine besondere Verfahrensart. Diese Rehabilitationsmaßnahmen wurden vor der Entwicklung des beschleunigten Verfahrensablaufes, der jetzt AHB-Verfahren genannt wird, in den gleichen Einrichtungen mehrere Monate später ohne zeitlichen Zusammenhang mit der vorangehenden Krankenhausbehandlung durchgeführt.

Erst im Laufe der Zeit wurden AHB-Verfahren zunehmend in eigens dafür ausgewählten und zugelassenen, d.h., in der Regel speziell qualifizierten Einrichtungen abgewickelt, sodass es heute als Qualitätsmerkmal gilt, wenn eine Einrichtung die sogen. AHB-Zulassung eines Rehabilitationsträgers aufweisen kann.

Prozessqualität der Anschlussheilbehandlung

Je nach Ursache und Erfordernis des individuellen Rehabilitationsbedarfes ist für die AHB nicht ausschließlich die Unterbringung in einer Schwerpunktlinik erforderlich, sondern die Durchführung durchaus auch in Kliniken eines geringeren Spezialisierungsgrades möglich.

Die Rentenversicherungsträger haben für ihren Verantwortungsbereich bundeseinheitliche Anforderungskriterien für die Zulassung einer Rehabilitationseinrichtung als AHB-Klinik definiert. Im Bereich der Krankenversicherung bestehen solche einheitlichen Maßstäbe dagegen bis heute nicht. Die Zulassung einer Rehabilitationseinrichtung als AHB-Einrichtung ergibt sich häufig eher unmittelbar aus der regionalen Bedarfsentwicklung, als aus der tatsächlichen Eignung der Einrichtung hinsichtlich der vorhandenen Ausstattung und therapeutischen Konzepte.

Kritiker stellen deshalb - in der Sache oftmals nicht begründbare - beträchtliche Unterschiede hinsichtlich der Ausstattung, der therapeutischen Konzepte, aber auch der Kosten der AHB-Kliniken fest. Es ist deshalb notwendig, einheitliche Kriterien für qualifizierte Rehabilitationsmaßnahmen zu bestimmen, damit zwischen den verschiedenen Rehabilitationsträgern eine einheitliche Orientierung möglich wird.

Das Sozialgesetzbuch IX hat dafür mit der Verpflichtung der Rehabilitationsträger, gemeinsame Empfehlungen darüber zu vereinbaren, in welchen Fällen in welcher Weise rehabilitationsbedürftigen Menschen notwendige Leistungen zur Teilhabe angeboten werden, insbesondere um eine Chronifizierung von Erkrankungen zu verhindern (§ 13 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX), die notwendigen Rechtsgrundlagen geschaffen.

Anschlussheilbehandlung als Instrument der nahtlosen Versorgung

Das Verfahren der Anschlussheilbehandlung trägt unabhängig von der zeitlichen Nähe zur Krankenhausversorgung deswegen wesentlich zur engen Verzahnung von Akutversorgung und Rehabilitation bei, weil die Rehabilitationsträger dafür sorgen, dass für die Behandlung geeignete Rehabilitationskliniken zur Verfügung stehen. Der zumeist regionale Bezug der Rehabilitationskliniken fördert auch einen direkten Kontakt zum Akutkrankenhaus. Über 80 % der Anschlussheilbehandlungen werden in dem Bundesland durchgeführt, in dem der Versicherte auch wohnt. Allerdings gibt es auch besondere Indikationsbereiche, in denen die Rehabilitationskliniken, die Anschlussheilbehandlungen durchführen, überregional ausgerichtet sind, um wegen ihrer besonderen Spezialisierung eine entsprechende Auslastung sicherzustellen. In der gesamten Diskussion über die „Wohnortnähe“ der Rehabilitation wird nämlich vielfach verdrängt, dass der Spezialisierungsgrad der rehabilitativen Verfahren und Methoden, der bei einigen Indikationen bzw. Funktionseinschränkungen allein geeignet ist, eine erfolgreiche Rehabilitation zu bewirken, aus Wirtschaftlichkeitsgründen nicht flächendeckend an jedem Ort, möglichst noch in jedem Stadtteil, vorgehalten werden kann.

Das Verfahren der Anschlussheilbehandlung hat sich in der Vergangenheit als außerordentlich effektiv erwiesen. Die Zeit zwischen Entlassung aus dem Akutkrankenhaus und dem Beginn der Anschlussheilbehandlung beträgt im Durchschnitt etwa 14 Tage. Dabei ist zu bedenken, dass Patienten häufig den Wunsch haben, nach

einer Krankenhausbehandlung zunächst nach Hause entlassen zu werden, bevor die Rehabilitation beginnt. Auch dies trägt wesentlich zum Erfolg der Rehabilitation bei. Viele gerade schwerbehinderte Rehabilitanden setzen es sich als Ziel, das Krankenhaus zur Rehabilitation verlassen zu können. Sie erleben den oftmals kritisierten Einrichtungswechsel als wichtiges, unverzichtbares und die Rehabilitation förderndes Erfolgserlebnis. Zudem hat sich die Dauer von Anschlussheilbehandlungen kontinuierlich von 42 Tagen auf jetzt knapp über 30 Tage verkürzt.

Dennoch kann die Verzahnung zwischen Akutversorgung und Anschlussheilbehandlung noch verbessert werden. So wird der Übergang vom Akutkrankenhaus in die Rehabilitationsklinik von den Ärzten im Krankenhaus häufig zu spät vorbereitet. Ferner werden die medizinischen Unterlagen, die für die Weiterbehandlung wichtig sind, oft mit zu großer Verspätung an die Reha-Klinik weitergegeben. Im Rahmen eines von einem Rentenversicherungsträger durchgeführten Modellversuchs, in dem die Kooperation zwischen Akutkrankenhaus und Rehabilitationsklinik intensiviert werden sollte, wurde beispielsweise festgestellt, dass in bis zu 30 % der Fälle Komplikationen während der Akutbehandlung dem Arzt in der Rehabilitationsklinik nicht bekannt waren. Der Modellversuch hat ferner gezeigt, dass bei den Ärzten in den Akutkrankenhäusern sowohl Informationslücken als auch Akzeptanzprobleme bestehen, die unverändert auf professionsbedingte Barrieren zwischen den Versorgungsbereichen verweisen.

Diese Probleme lassen sich durch die bereits erwähnte engere Kooperation und Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen insbesondere im Bereich der Frührehabilitation abbauen. Soweit solche Kooperationsformen zustande kommen, dürften die Rehabilitationseinrichtungen, die mit einem mobilen Team die Frührehabilitation im Krankenhaus gewährleisten in der Regel auch die Patienten zur Anschluß- bzw. Langzeitrehabilitation zugewiesen erhalten. Die mit dieser Zusammenarbeit bewirkten synergetischen Effekte dürften u.a. durch eine Verkürzung sowohl des Krankenhausaufenthaltes, wie auch der anschließenden Rehabilitation insgesamt zur Kostensenkung beitragen.

Zusammenfassung

Die durch das SGB IX in § 39 SGB V vorgenommene Klarstellung, dass die akutstationäre Versorgung auch die erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen der Frührehabilitation umfasst, beinhaltet keine Erweiterung des Versorgungsauftrages des Krankenhauses.

Sie schafft jedoch die Rahmenbedingungen für neue Formen der Kooperation und Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen für die Frührehabilitation. Neben dem bewährten Instrument der Anschlussheilbehandlung erschließen sich damit – auch unter Berücksichtigung neuer Versorgungsformen z.B. im Rahmen der „Integrierten Versorgung“ weitere Möglichkeiten, die Schnittstellenprobleme zwischen stationärer Krankenbehandlung und Krankheitsfolgenbewältigung abzubauen.

nach §§ 27 SGB IX, 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V umfasst die Krankenhausbehandlung auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation.

Versorgungsstrukturechtlich handelt es sich dabei um den Methodeneinsatz, der unter § 107 Abs. 1 SGB V (Krankenhäuser) zu subsumieren ist. Wie ein Krankenhausträger die Ausführung dieser Methoden organisiert – Leistungserbringung integriert in die Fachabteilungen oder in einer eigenen Leistungseinheit, wie im vorliegenden Fall sogar räumlich zusammengefasst – unterliegt seiner unternehmerischen Dispositionsgewalt. Denkbar ist z.B. auch, dass der Träger einer Rehabilitationsklinik auf dem Gelände eines Krankenhauses oder in räumlicher Nähe des Krankenhauses diesen Angebotsteil des Krankenhauses errichtet sowie betreibt und der Krankenhausträger diesen Bestandteil seines Leistungsspektrums als Sachleistung auf der Basis eines Kooperationsvertrages erwirbt (Outsourcing-Modell).

Da es sich nicht um Leistungen im Sinne des § 107 Abs. 2 SGB V (Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung) handelt, ist für die Ausführung dieser Leistungen kein Versorgungsvertrag im Sinne der §§ 21 SGB IX, 111 SGB V erforderlich. Da es sich dabei auch nicht um eine Rehabilitationseinrichtung handelt, ist auch ein Beteiligungsrecht für die Spitzenorganisation der Leistungserbringer bei der Ausübung des Sicherstellungsauftrages nach § 19 SGB IX nicht gegeben.

Nach dem Inhalt der Pressemitteilung sollen in der – auch als solche bezeichneten – Frührehabilitationsklinik des LBK Hamburg ausschließlich Indikationen versorgt werden, die als Indikationen der neurologischen Rehabilitation im Rahmen der Phase B auch bisher bereits bundesweit fast ausschließlich in Krankenhäusern versorgt werden. Neu ist lediglich die Zentrierung und – offensichtlich auch – wirtschaftliche Trennung in einer eigenständigen

Organisationseinheit des Krankenhauses. Die wirtschaftliche Trennung bietet sich – obwohl es sich bei Frührehabilitationseinheiten nicht um einen Tatbestand des § 111 Abs. 6 SGB V handelt - im übrigen sowohl für den Krankenhausträger wie auch die Krankenkassen an, weil es sich um Teile der Krankenhausleistungen handelt, die mit der DRG-Regelung weder erfasst noch vergütet werden und für die nach Artikel 1 Nr. 2 bb des geplanten Fallpauschalenänderungsgesetzes weiterhin die Vorschriften der Bundespflegesatzverordnung anzuwenden wären. Mit der räumlichen und wirtschaftlichen Trennung entfallen für alle Beteiligten die ansonsten gegebenen, z.T. aufwendigen Definitions-, Zuordnungs- und Abgrenzungsprobleme.

Im übrigen darf nicht übersehen werden, dass die von den genannten Indikationsgruppen erfassten neurologischen Patienten mit Blick auf ihre ausgeprägten Schädigungen und Behinderungen auch schon während der reinen Akutversorgung (Phase A) Strukturen und Prozesse benötigen, die in den üblichen Krankenzimmern eines Krankenhauses nicht gewährleistet werden können. Dass im Rahmen der in den speziellen Fachabteilungen geschaffenen besonderen Rahmenbedingungen der Akutversorgung auch die Methoden der Frührehabilitation problemfrei ausgeführt werden können, ist zweifelsfrei.

Aus dem Blickwinkel der Krankenhausorganisation und unternehmerischer Ertragsziele kann die vom LBK Hamburg getroffene Entscheidung nur als intelligente unternehmerische Lösung und Ausschöpfung aller sich unter den gegebenen Rahmenbedingungen erschließenden Möglichkeiten bezeichnet werden.

Da es sich bei der Frührehabilitationsklinik nicht um eine Rehabilitationseinrichtung im Sinne der §§ 17,19 SGB IX, 107 Abs. 2 SGB V handelt, besteht eine direkte Konkurrenz mit Rehabilitationseinrichtungen nicht.

Indirekt kann sich ein solches Angebot gleichwohl prinzipiell nachteilig auf die Angebote vorhandener Rehabilitationseinrichtungen im gleichen Einzugsgebiet auswirken. Einerseits darf von einer Anzahl von Fällen ausgegangen werden, die nach einer wirksamen Frührehabilitation keiner weiteren Rehabilitation mehr bedürfen, die ohne die Frühre-

habilitation bisher in der Regel eine Anschlussheilbehandlung erhalten hätten. Dabei dürfte es sich allerdings bei den bisher vorgesehenen Indikationen um ein eher theoretisches Problem handeln, weil bei diesen Indikationen trotz Frührehabilitation in der Regel noch eine weiterführende Rehabilitation unverzichtbar ist. Bei anderen Indikationen (z.B. Orthopädie) muss allerdings ein eher umgekehrtes Ergebnis befürchtet werden.

Andererseits muss befürchtet werden, dass nach Innovation der Struktur- und Prozessqualitäten eine Ausweitung auf andere Indikationen vorgenommen wird oder über die Frührehabilitation hinaus auch andere Formen der Rehabilitation betrieben werden, für die es allerdings dann der Verträge nach §§ 21 SGB IX, 111 SGB V und des Beteiligungsverfahrens nach § 19 SGB IX bedürfte.

Wir können – insbesondere Ihrer Landesorganisation in Hamburg – nur empfehlen, das tatsächliche Leistungsverhalten kontinuierlich zu beobachten und auf der Grundlage der Beteiligungsrechte nach § 19 SGB IX einzuschreiten, sobald die Grenzen der Frührehabilitation und damit die Grenzen der Krankenhausbehandlung überschritten werden.

medizinische Rehabilitation ist nach dem SGB IX darauf ausgerichtet, nicht nur – wie die Krankenbehandlung – die bestmögliche Gesundheit -, sondern die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu erreichen. Dies bedingt den frühest möglichen Einsatz der entsprechenden Struktur und Prozessqualitäten im Rahmen der Versorgungsstrukturen.

Mit der durch das SGB IX vorgenommenen Klarstellung in den §§ 27 SGB IX, 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V sollte erreicht werden, dass bereits während der stationären Akutversorgung die zu diesem Zeitpunkt möglichen rehabilitativen Methoden als Frührehabilitation während der Krankenhausversorgung eingesetzt und als Bestandteil der Krankenhausversorgung finanziert werden.

Das Ziel dieser Regelungen war es jedoch nicht, deswegen die Dauer des Krankenhausaufenthaltes über die akuten Interventionsbedarfe hinaus zu verlängern oder gar die in § 107 Abs. 1 und 2 SGB V definierte Aufgabenverteilung zwischen Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen aufzuheben oder zu verändern.

Ziel der Regelungen war es auch nicht, den betroffenen behinderten oder chronisch Kranken Menschen durch die Verlagerung von Aufgaben in das Krankenhaus wirksame rehabilitative Therapieformen vorzuenthalten, die nur in Rehabilitationseinrichtungen vorgehalten werden.

Mit dem derzeit vorliegenden Entwurf zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2004 (Stand 13.10.03) sollen DRG- Ziffern (B 42 A-C für die Neurologie, aber auch für die Indikationen Orthopädie, Atmungs- und Kreislauforgane, Stoffwechsel usw.) für die Frührehabilitation eingeführt werden, die

- sich hinsichtlich des Aufwandes nur an der Diagnose, nicht jedoch an den Funktionsdefiziten orientieren und deshalb auch nur akutmedizinischen und nicht funktionsbezogenen erforderlichen rehabilitativen Aufwand abbilden können,

- Verweildauern definieren, die weit über die wegen des akutmedizinischen Interventionsbedarfs erforderliche Aufenthaltsdauer hinausgehen und damit Elemente der anschließenden Rehabilitation in das Krankenhaus verlagern, ohne dass das Krankenhaus über die dafür erforderliche Struktur- und Prozessqualität verfügen würde, die im Rahmen dualer Finanzierung auch nicht finanzierbar ist.

DRG's, die die Frührehabilitation im Krankenhaus berücksichtigen, bedürfen keinesfalls einer verlängerten Verweildauer, weil durch die Aufgabenstellung des Krankenhauses auch heute - wie vor Inkrafttreten des SGB IX – zeitlich ausschließlich durch den akutmedizinischen Behandlungsbedarf gekennzeichnet ist. Endet dieser, endet auch die Frührehabilitation

durch das Krankenhaus und wird – soweit erforderlich – in der anschließenden Rehabilitation fortgesetzt.

Die Berücksichtigung einer verlängerten Verweildauer in DRG's, die die Frührehabilitation einbeziehen, ist danach Ausdruck der Verlagerung eines Teiles der anschließenden Rehabilitation in das Krankenhaus. Die Landeskrankenhausesetze sehen – mit einer Ausnahme – im Rahmen der dualen Finanzierung keine Mittel für die Strukturen und Prozesse der Rehabilitation vor. Die Krankenhäuser verfügen deshalb im Vergleich zu den indikationsspezifischen Rehabilitationseinrichtungen nicht über die notwendige und gleichwertige Struktur- und Prozessqualität. Die zeitliche Verlagerung eines Teiles der anschließenden Rehabilitation bedeutet deshalb zugleich, dass den betroffenen Menschen durch den verlängerten Krankenhausaufenthalt die in einer Rehabilitationseinrichtung möglichen therapeutischen Methoden vorenthalten werden.

Gerade bei der neurologischen Rehabilitation ist das Fenster für den wirksamen Einsatz rehabilitationstherapeutischer Verfahren und Methoden nur begrenzt geöffnet. Der verlängerte Krankenhausaufenthalt kann für die Betroffenen Menschen bedeuten, dass ihre Chance zur Wiedereingliederung wegen der im Krankenhaus nicht gegebenen Kompetenz und Möglichkeiten vertan ist und sie dadurch dauerhaft Schaden nehmen.

Seit den ersten – auf das Kuratorium ZNS – zurückgehenden Versuchen, die neurologische Versorgung insgesamt zu kategorisieren, gab es deshalb den Grundsatz, dass die Art der Einrichtung in der die jeweilige Phase der Versorgung durchgeführt wird, sich ausschließlich nach dem individuellen Versorgungsbedarf der Betroffenen zu richten hat. Solange akutmedizinischer Interventionsbedarf (mit integrierter Frührehabilitation) besteht, ist dies das Krankenhaus, im übrigen (ebenfalls mit integrierter Frührehabilitation) die Rehabilitationseinrichtung, sodass die Phase B sowohl im Krankenhaus, wie auch in der Rehabilitationseinrichtung durchgeführt wurde.

Dies war solange unstrittig und Praxis, insbesondere der Rentenversicherungsträger, bis die Krankenkassen in jüngerer Zeit, die Phase B rein akutmedizinisch definiert und allein dem Krankenhaus zugeordnet haben. Bei diesem Vorgehen bestanden berechnete Zweifel, ob damit den rehabilitativen Erfordernissen noch sachgerecht und hinreichend Rechnung getragen wird.

Mit der jetzt bei den DRG-Definitionen vorgesehenen Verlängerung der Verweildauer werden diese Zweifel bestätigt, weil offensichtlich bei allen Beteiligten (Krankenkassen und Krankenhäuser) weder Klarheit über die Begrenzung des rehabilitativen Auftrages auf die akutmedizinisch definierte Aufenthaltsdauer im Krankenhaus noch über den sich daraus ergebenden ergänzenden rehabilitativen Ressourcen-Aufwand besteht, der durch die DRG's, die dazu schon methodisch nicht in der Lage sind, auch nicht annähernd zutreffend definiert werden kann.

Die jetzt mit den DRG'S für die Frührehabilitation vorgesehene Verlängerung des Krankenhausaufenthaltes über dessen akutmedizinischen Auftrag hinaus (§ 107 Abs. 1 SGB V) führt bei – im Verhältnis zu indikationsspezifischen Rehabilitationseinrichtungen nicht gleichwertiger Struktur und Prozessqualität zu Unter- und Fehlversorgung der Betroffenen.

Das ganze ist auch ökonomisch abwegig, weil es sich einerseits um eine hinsichtlich der Rehabilitation nicht wirksame Versorgung zu Lasten der für die Krankenhausversorgung verfügbaren Mittel handelt. Andererseits würde die ergänzende Investition in erforderlicher rehabilitativer Struktur- und Prozessqualitäten zur Entwicklung nicht bedarfsgerechter Doppelversorgungsstrukturen führen.

Die Rechtsanwaltssozietät Heiss & Partner hat in dem anliegenden Schreiben vom 21.10.03 an die Bundesgesundheitsministerin die rechtliche und fachliche Bewertung zutreffend vorgenommen.

Politisch erscheint die Verordnung zum Fallpauschalensystem als weiterer Versuch, das Rad im Verhältnis zu den durch das SGB IX geschaffenen Bedingungen zurückzudrehen und die

medizinische Rehabilitation weiterhin nur auf das Ziel der bestmöglichen Gesundheit, nicht aber der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft auszurichten.