



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

DefReha[©]

Stationäre Rehabilitation: Spezialbereiche & Definitionen

Ein- und Ausschlusskriterien für die unterschiedlichen Rehabilitationsarten

Version 1.0



Zur Entstehung dieses Dokuments

Die seit dem 1. Januar 2012 geltende KVG Revision zur neuen Spitalfinanzierung verlangt auch für die stationäre Rehabilitation eine national einheitliche Tarifstruktur, welche auch die transparente Vergleichbarkeit der Leistungen ermöglichen soll.

Das Mitgliedersegment Rehabilitation von H+ Die Spitäler der Schweiz, vertreten durch die Aktivkonferenz Rehabilitation, und die Geschäftsstelle haben im Zusammenhang mit den Arbeiten an der Tarifstruktur ST Reha festgestellt, dass anerkannte Definitionen für die Leistungen und die Arten der Leistungserbringung in der stationären Rehabilitation in der Schweiz fehlen. Zur Erarbeitung einer Tarifstruktur ist aber die Beschreibung, für welche Art von Leistung die Tarifstruktur gelten soll, von zentraler Bedeutung.

Vor diesem Hintergrund wurde von H+ die Initiative gestartet, Definitionen der verschiedenen Rehabilitationsarten zu formulieren sowie Ein- und Ausschlusskriterien für die verschiedenen Phasen der Rehabilitation zu definieren. Als Basis dienten Vorarbeiten einer Arbeitsgruppe unter Dr. A. Assimacopoulos (HUG) und B. Meyer (FHV), die eine erste Grundlage schufen und H+ zur Verfügung stellten. In der Folge überarbeiteten Dr. A. Assimacopoulos und Prof. D. Conen 2010 die Vorlage im Auftrag von H+. Sie präzisierten die verschiedenen Definitionen und stellten verschiedene Kriterienkataloge auf. Die Aktivkonferenz Rehabilitation setzte zur Überprüfung, zur Überarbeitung und zur Konsolidierung einen Redaktionsausschuss ein, der seinerseits Expertenmeinungen aus dem Kreise der AK Reha aufgenommen hat. Über den Jahreswechsel 2012/2013 befragte die H+ Geschäftsstelle die Aktivmitglieder aller Mitgliedersegmente zum Grundsatzpapier und gleichzeitig wurden Facharztgesellschaften, Verbände, Vereinigungen und Interessengruppen der Rehabilitation in die Befragung mit einbezogen. Im Mai 2013 nahm die Aktivkonferenz Rehabilitation von den konsolidierten Anpassungen im Grundsatzpapier Kenntnis und beauftragte den Geschäftsbereich Kommunikation von H+ den Entwurf zu lektorieren. Im September 2013 legte die Aktivkonferenz Rehabilitation dem Vorstand das Grundsatzpapier DefReha[®] Version 1.0 zum Beschluss vor. Der Vorstand von H+ Die Spitäler der Schweiz hat das H+ Grundsatzpapier DefReha[®] in der vorliegenden Version 1.0 am 19. September 2013 verabschiedet.

Damit hat H+ ein Werk geschaffen, auf das der Verband bei seinen Aufgaben im Bereich der Tarifstrukturentwicklung referenzieren kann. Auch die einzelnen Mitglieder haben nun ein Referenzwerk zur Hand, das ihnen bei Fragestellungen rund um die Schnittstellen zur und von der stationären Rehabilitation Antworten und Hilfestellung bieten kann.

Alle Anspruchsgruppen der stationären Rehabilitation - Patientinnen und Patienten, Leistungserbringer, Versicherungen, Kantone, SwissDRG AG, Aufsichtsbehörden – sollten die Leistungen, die Arten der Leistungserbringung und wann mit stationärer Rehabilitation begonnen und wann sie abgeschlossen wird, eindeutig und einheitlich betrachten. Für die Umsetzung dieser einheitlichen Sicht müssen alle Anspruchsgruppen mit einbezogen werden und das Grundsatzpapier DefReha[®] Version 1.0 soll bei der Konsensfindung helfen.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	4
1.1	Gesetzlicher Rahmen	5
1.2	Organisation der Behandlungskette und Abgrenzungskriterien	5
2	Rehabilitation in der Schweiz: Allgemeine Betrachtung	6
2.1	Situation der Patienten am Ende einer Akutversorgung	9
2.2	Abgrenzung zwischen den Leistungen der Akutversorgung und der Rehabilitation	11
2.3	Abgrenzung zwischen der überwachungspflichtigen Rehabilitation und der stationärer Rehabilitation	11
2.4	Abgrenzung der Rehabilitation zu weiteren Bereichen	12
3	Kriterienkatalog	14
3.1	Bedeutung des Fallpauschalensystems	14
3.2	Kriterien zur Abgrenzung der Arten der Leistungen in der Rehabilitation	15
3.2.1	Geriatrische Rehabilitation	17
3.2.2	Internistische und Onkologische Rehabilitation	19
3.2.3	Kardiovaskuläre Rehabilitation.....	24
3.2.4	Muskuloskelettale Rehabilitation.....	29
3.2.5	Neurologische Rehabilitation	33
3.2.6	Pädiatrische Rehabilitation	38
3.2.7	Paraplegiologische Rehabilitation	42
3.2.8	Psychosomatische Rehabilitation	46
3.2.9	Pulmonale Rehabilitation	48

1 Einleitung

Das vorliegende Dokument wurde mit dem Ziel verfasst, den Begriff der Rehabilitation im derzeitigen gesetzlichen Rahmen zu definieren und auf dieser Basis ein einheitliches, auf gesamtschweizerischer Ebene geltendes Vergütungssystem für die somatische und psychosomatische stationäre Rehabilitation einzuführen. Nicht betrachtet werden Fälle der Psychiatrie und der psychiatrischen Rehabilitation.

Eine für jede Rehabilitationsart einheitliche Abgeltungsmethode ist nur dann sinnvoll, wenn sie auf präzisen Definitionen und Abgrenzungskriterien beruht, die überdies von allen Beteiligten über die ganze Behandlungskette hinweg akzeptiert werden: vom Beginn des Behandlungspfades bereits am Ende der Akutversorgung am Übergang zur Rehabilitation, von der Übergangspflege zur Rehabilitation und im weiteren Verlauf bis zur Entlassung nach Hause oder bis zur Platzierung in einer anderen nachgelagerten Institution, z.B. auch in einem Pflegeheim. Ferner muss sich die neue Abgeltung nach leistungsbezogenen Pauschalen auf eine eindeutige Abgrenzung zwischen den verschiedenen Phasen des Rehabilitationsprozesses stützen. Ausserdem kann erst nach eindeutiger Abgrenzung zwischen den verschiedenen Rehabilitationsarten eine wirtschaftliche Kalkulation angestellt werden, auf deren Grundlage eine an der Intensität der Leistungen orientierte Tarifstruktur festgelegt werden kann.

So lässt sich die Zielsetzung dieses Dokuments wie folgt zusammenfassen:

- Kriterien zu definieren, welche das **Ende des akutsomatischen Falles** beschreiben (Ende der Fallpauschale für die Akutsomatik)
- Kriterien zu formulieren, welche die **Abgrenzung zwischen den unterschiedlichen Arten der Behandlung und Betreuung nach dem Akutspitalaufenthalt** oder nach der ambulanten Akutbehandlung ermöglichen
- Kriterien zu definieren, welche das Ende der genannten Situationen festlegen

Der sich daran anschliessende Schritt ist die Festlegung der Tarife für die unterschiedlichen Rehabilitationsarten unter Berücksichtigung des Grades der Abhängigkeit und des daraus resultierenden je unterschiedlichen Behandlungsaufwandes und der jeweiligen sich aus dem Beeinträchtigungsgrad/Schweregrad ergebenden Intensität der jeweiligen Rehabilitationsart. Die Klärung aller mit der Tarifstruktur im Zusammenhang stehender Fragen ist Aufgabe der Swiss DRG AG.

Zur Erfüllung der Vorgaben des KVG müssen also in einem ersten Schritt klinische Kriterien zur Unterscheidung zwischen den verschiedenen Leistungsarten aufgestellt werden, während in einem zweiten Schritt für jede dieser Leistungsarten die Abstufung der Leistungsintensität untersucht wird.

1.1 Gesetzlicher Rahmen

KVG Art. 49 Tarifverträge mit Spitälern

Abs. 1 „... In der Regel sind Fallpauschalen festzulegen. Die Pauschalen sind leistungsbezogen und beruhen auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen.“

KVV Art. 59d Leistungsbezogene Pauschalen

Abs. 4 „Der Bezug zur Leistung, der nach Artikel 49 Absatz. 1 des Gesetzes herzustellen ist, muss eine Differenzierung des Tarifes nach Art und Intensität der Leistung erlauben.“

Die Bestimmungen im UVG, IVG und MVG weichen von den hier zitierten KVG Bestimmungen und den daraus abgeleiteten Verordnungen ab. Wie schon in der Akutsomatik besteht jedoch Konsens, dass nur ein einziges einheitliches, auf gesamtschweizerischer Ebene geltendes Vergütungssystem für alle Bereiche der sozialen Versicherungen zur Anwendung gelangen soll.

1.2 Organisation der Behandlungskette und Abgrenzungskriterien

Nicht alle aus der somatischen Akutversorgung zu entlassenen Patienten kehren direkt in ihre angestammte Umgebung zurück, sondern viele benötigen medizinische, therapeutische und pflegerische Behandlungen sowie Training in spezialisierten Rehabilitations-Einrichtungen. Andere wiederum erhalten ambulante Leistungen oder Übergangspflege nach dem Akutaufenthalt - gemäss Art. 25a Abs. 2 KVG angeboten. Dazu zählen auch die Angebote der ambulanten Rehabilitation mit multiprofessionellen Programmen. Die Definition dieser ambulanten Angebote ist nicht Gegenstand dieses Dokumentes.

Viele Patienten können direkt in Einrichtungen der stationären Rehabilitation, ohne vorherigen stationären Aufenthalt in der Akutversorgung, behandelt werden.

Zur Umsetzung der im vorangehenden Kapitel zitierten gesetzlichen Vorgaben für die stationäre Rehabilitation müssen die verschiedenen Situationen eindeutig identifiziert und durch objektive Kriterien voneinander abgegrenzt werden.

Die Festlegung von leistungsbezogenen Pauschalen nach Art und Intensität der Leistung erfordert in der Verantwortung der SwissDRG AG zwei aufeinander folgende Schritte:

1. Definition der Art der verschiedenen Leistungen (das vorliegende Dokument soll Hilfestellung bieten)
2. Festlegung von Schwellenwerten für die Intensität der zu erbringenden Leistungen, um in einer Tarifstruktur angemessen berücksichtigt zu werden (in einer weiteren Entwicklungsetappe in der Verantwortung der SwissDRG AG).

2 Rehabilitation in der Schweiz: Allgemeine Betrachtung

Definition

Nach der WHO-Definition¹ umfasst Rehabilitation „ein Prozess der darauf abzielt, dass Menschen mit Behinderungen ihre optimalen physischen, sensorischen, intellektuellen, psychologischen und sozialen Fähigkeiten und Funktionen wieder erreichen und aufrechterhalten können. Rehabilitation schafft die Grundlage dafür, dass behinderte Menschen ihre bestmögliche Unabhängigkeit und Selbstbestimmung erlangen.“

Als Leitgedanke zur Zielsetzung gilt es Unabhängigkeit und Selbstbestimmung möglichst im vorbestehenden Umfeld, zum Beispiel die bisherige Wohnsituation, wieder herzustellen. Zeigt der Verlauf der Rehabilitation, dass dies nicht möglich ist, gilt es Zielsetzung anzupassen und/oder Modifikationen im Umfeld vorzusehen.

Dabei basiert die Rehabilitation auf dem Modell der funktionalen Gesundheit ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF - siehe Abbildung 1).

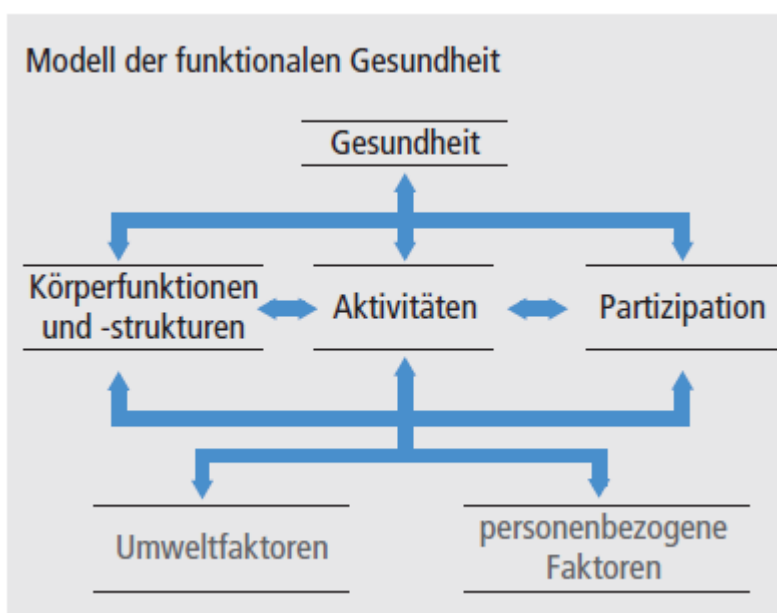


Abbildung 1: Modell der funktionalen Gesundheit gemäss ICF-Kriterien

Dieses Modell beschreibt die gesundheitliche Situation nicht nur aus der Sicht der Krankheitsdiagnose (ICD-10), sondern aus einer ganzheitlichen funktionalen Sichtweise unter Einbezug der persönlichen Situation im Alltag, Beruf und Freizeit. Es basiert auf der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit ICF.

¹ <http://www.who.int/topics/rehabilitation/en/>, Übersetzung SWISS REHA unveröffentlicht.

Ziele

Gemäss ICF umfasst die Rehabilitation folgende Ziele:

1. Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen soweit möglich rückgängig zu machen
2. Aktivitätsstörungen durch Training möglichst zu normalisieren bzw. für relevante Störungen funktionelle Kompensationsmöglichkeiten mit dem Patienten zu erschliessen
3. Ermöglichung einer bestmöglichen Partizipation, wofür auch Anpassungen der Umweltfaktoren² erforderlich sein können
4. Einbezug von Kontextfaktoren (personenbezogene Faktoren und Umweltfaktoren), betrifft alle Ebenen der ICF-Klassifikation
5. Vermitteln präventiver Strategien (meist Sekundärprävention)

Methoden

- Spezifische Assessments bei Ein- und Austritt
- In der Regel ICF- und ICD-bezogene Fall- und Verlaufsdokumentation
- Dokumentation der Rehabilitationsziele
- Individuelle Therapiepläne mit Einzeltherapien und Gruppenangeboten
- Koordinierter Einsatz von rehabilitativem Fachpersonal
- Einbezug von Patienten und Angehörigen
- Ärztlich geleitete, interdisziplinäre Teamrapporte
- Strukturierte, früh einsetzende Austrittsplanung

Bei den Umweltfaktoren geht es um die Beantwortung der Frage, ob ein bestimmter Bereich in der Umwelt (wie familiäre Beziehungen, Wohn- und Arbeitssituation oder Transportmittel) einen förderlichen oder hinderlichen Einfluss auf die Funktionsfähigkeit ausübt. Personenbezogene Faktoren stellen den speziellen Hintergrund des Lebens und der Lebensführung eines Menschen dar, dazu gehören demographische Faktoren wie Alter und Geschlecht, aber auch psychosoziale Faktoren wie persönliche Erfahrungen und Umfeld.

In obigem Sinne ist Rehabilitation auch bei chronischen Erkrankungen und palliativen Situationen angezeigt.

Versorgungsplanung

Da in der Schweiz die Organisation der Spitalversorgung in die Zuständigkeit der Kantone fällt, legt jeder Kanton seine eigenen Kriterien fest. Art. 25 Abs. 2, Art. 39 Abs. 1 und 3, Art. 49 und 56 KVG setzen den Rahmen für die Vergütungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

Tarifliche Abbildung

Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP): Grundsätzlich ist in Anhang 1 der Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV, in Ziffer 11 Rehabilitation präzisiert, unter welchen Voraussetzungen die stationäre Rehabilitation von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergütet wird:

„...Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.“

² z. B. Hilfsmittel

In jedem Kanton bestehen Tarifverträge zur Abgrenzung des Abgeltungsmodus für die einzelnen Rehabilitationsleistungen. Derzeit weichen die Praktiken stark voneinander ab, was sich durch die Einführung einer neuen Spitalfinanzierung und den Vorgaben des KVG mittelfristig ändern muss.

Im Unfallversicherungsgesetz gilt das Naturalleistungsprinzip. Der Versicherte erhält von der Versicherung die Leistung zur Verfügung gestellt. Die tarifliche Abbildung ist Verhandlungssache zwischen den Kliniken und den Versicherungen, vertreten durch Medizinaltarifkommission UVG (MTK).

Verbesserungsmöglichkeit der tariflichen Abbildung

Der grösstmögliche Nutzen zugunsten der Patientinnen und Patienten an der Schnittstelle von der Akutbehandlung zur Rehabilitation liegt im optimalen Zeitpunkt der Verlegung hin zum adäquaten Leistungserbringer. Die heute vorgeschriebene Pflicht zur vorgängigen Bewilligung der stationären Rehabilitation durch Vertrauensärzte und Versicherungsmediziner behindert die optimale Verlegung zum bestmöglichen Zeitpunkt und ist darum zu überdenken. Die ursprüngliche Idee der vorgängigen Kostengutsprache stammt aus Zeiten, in denen die Trennung zwischen Rehabilitation, Kur und Wellness nicht so klar war. Die OKP konnte damals offenbar nur durch diese Verordnung vor ungerechtfertigter Inanspruchnahme geschützt werden. Heute hingegen gilt es die verschiedenen Facetten und Phasen der Rehabilitation allgemein akzeptiert zu definieren. Das beinhaltet die Ein- und Ausschlusskriterien für Beginn und Ende der stationären Rehabilitation. So kann einseitig monetär motivierten Anreizen am besten entgegengewirkt werden.

Der optimale Zeitpunkt der Verlegung hin zum adäquaten Leistungserbringer wird nach aktuellen Erkenntnissen am effektivsten gemeinsam von den behandelnden Ärzten auf beiden Seiten der Nahtstelle festgelegt. Die Versicherer sind eingeladen sich zeitnah, zweckmässig und wirksam an dieser Festlegung zu beteiligen. Beispiele solcher Prozessoptimierungen, die in der Regel mit dem Stichwort Fallmanagement zusammengefasst werden, gibt es.

2.1 Situation der Patienten am Ende einer Akutversorgung

Allgemein können einige Kriterien herangezogen werden, um den Zustand eines Patienten am Ende des Zeitraumes, in dem er in einer Struktur der Akutversorgung behandelt werden musste, zu beschreiben:

- Sein anfänglicher medizinischer Zustand wurde abgeklärt
- Die Behandlungsart und -dauer sind definiert und realistisch
- Die ersten therapeutischen Schritte sind eingeleitet und werden im Einverständnis mit den Betroffenen als verträglich und wirksam beurteilt
- Therapien, die eine Akutversorgung erfordern, sind etabliert bzw. abgeschlossen
- Akut lebensbedrohliche Risiken bestehen nicht mehr

Sobald diese Bedingungen erfüllt sind, kann der Patient grundsätzlich die Akutversorgung verlassen.

Erfordert der medizinische Zustand Massnahmen der Rehabilitation bis zur Wiederherstellung des bestmöglichen Gesundheitszustandes, ist die stationäre oder ambulante Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung fortzusetzen. Als Bezugsgrösse der Wiederherstellung gilt die Lebenssituation vor dem Ereignis, das zur Akutversorgung geführt hatte.

Die Ansatzpunkte für die Rehabilitation sind:

- Die Behandlung der geschädigten Körperfunktionen und -strukturen im Sinne des kurativen Ansatzes
- Die Überwindung und/oder Kompensation von Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen und von Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Partizipation
- Die Vermeidung weiterer Beeinträchtigungen der Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Partizipationsmöglichkeiten
- Fortsetzung gewisser eingeleiteter Behandlungen ausserhalb der Akutversorgung

Der Entscheid über die Beendigung der Akutversorgung und ob die stationäre Rehabilitation indiziert ist, trifft im Idealfall ein Team aus Akut- und Rehabilitationsmedizinern bereits während der akutsomatischen Versorgung unter Einbezug der betroffenen Patientin bzw. des betroffenen Patienten oder deren gesetzlichen Vertretung. Dieser Ansatz des bereichsübergreifenden partnerschaftlichen Entscheids etabliert sich gegenwärtig zunehmend zwischen den Leistungserbringern der Akutsomatik und der Rehabilitationsmedizin.

Die **Rehabilitation** versteht sich als kontinuierlicher Prozess, dessen Ausgangspunkt in der Regel das multidimensionale Assessment – kurz: die ganzheitliche Betrachtung der Situation des Patienten in seiner aktuellen Lebenssituation – ist, das die Diagnostik der Beeinträchtigung sowohl der Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Partizipation als auch des Umfelds umfasst.

Aus der Analyse der Zusammenhänge dieser Komponenten werden mögliche Interventionsansätze abgeleitet, und es wird eine Beurteilung des Rehabilitationsbedarfs, der Rehabilitationsfähigkeit und der Prognose vorgenommen.

Der **Rehabilitationsbedarf** ist dann gegeben, wenn in Abhängigkeit von der Gesundheitsstörung, den daraus resultierenden Schädigungen und Beeinträchtigungen und der konsequent individuell definierten Zielsetzung im Hinblick auf eine bestmögliche Partizipation zur Vermeidung von Behinderung eine als zweckmässig anerkannte rehabilitative Intervention zur Verfügung steht. Es muss eine objektivierbare therapeutische Indikation (individuelle Er-

füllung der Voraussetzungen der Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und der Rehabilitationsprognose) zu stellen respektive gegeben sein. Der Rehabilitationsbedarf wird während des stationären Aufenthaltes regelmässig überprüft.

Die **Rehabilitationsfähigkeit** bezieht sich auf die physische und psychische Verfassung, die Motivation, die Motivierbarkeit und Belastbarkeit des Rehabilitanden zur Teilnahme an der Rehabilitation. In Bereichen der Rehabilitationsmedizin, in denen kognitiv eingeschränkte Patienten behandelt werden (z.B. Neurologie, Geriatrie), ist die Motivation bzw. die Motivierbarkeit (siehe Rehabilitationsfähigkeit) nicht einfach zu beurteilen und sie stellt sich oft erst im rehabilitativ-therapeutischen Prozess ein.

Das **Rehabilitationspotenzial** gibt die Fähigkeit wider, individuelle und realistische Rehabilitationsziele zu erreichen.

Die **Rehabilitationsprognose** ist eine begründete Wahrscheinlichkeitsaussage zur Erreichbarkeit eines gemeinsam festgelegten Rehabilitationszieles. Dazu werden über einen notwendigen Zeitraum verschiedene Interventionen ausgehend von der aktuellen Erkrankung/Behinderung, des bisherigen Verlaufes, der Rückbildungsfähigkeit und des Kompensationspotenzials verbunden mit den individuellen Ressourcen miteinander verknüpft. Eine regelmässige Evaluation überprüft die verbliebene Beeinträchtigung der behandelten Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Partizipation sowie den Erreichungsgrad der gesteckten Rehabilitationsziele.

Zusammenfassend lassen sich die generellen **Ziele der Rehabilitation** wie folgt definieren:

- Reduktion der krankheits- oder unfallbedingten Minderung der Lebensqualität durch gezielte Reduktion der symptombedingten Beschwerden, Verbesserung der Funktionen und Integration resp. Reintegration der Betroffenen
- Prävention einer drohenden Behinderung
- Verminderung oder Beseitigung einer Behinderung
- Verhinderung einer Verschlechterung der Behinderung und einer möglichen konsekutiven Hospitalisation
- Prävention von Sekundärkomplikationen wie Kontrakturen, Dekubitus, Schulterdystrophie etc.
- Erlernen von Kompensationsmechanismen und -strategien
- Reduktion der Risikofaktoren
- Förderung der Eigenverantwortung des Patienten sowie Verbesserung der Kenntnisse der Erkrankung und deren Behandlung („Self Management“)
- Sekundärprävention weiterer Ereignisse
- Wiedereingliederung ins berufliche und soziale Umfeld unter Einbezug des Umfeld (Umweltfaktoren nach ICF)

2.2 Abgrenzung zwischen den Leistungen der Akutversorgung und der Rehabilitation

Es ist Aufgabe des für die Behandlung des Patienten verantwortlichen medizinisch-therapeutischen Teams in der Akutversorgung (Erstbehandlung), den Zeitpunkt zu bestimmen, an dem der Patient die Akutversorgung verlassen und in einen Dienst der Rehabilitation zugewiesen werden kann. Aufgabe des medizinisch-therapeutischen Teams in der Einrichtung der Rehabilitation ist es, die Zuweisung zu analysieren und sie gegebenenfalls zurückzuweisen, wenn der Zustand des aus dem Akutspital austretenden Patienten die Kapazitäten in Art und Intensität der in der jeweiligen Rehabilitationseinrichtung möglichen Leistungen übersteigt oder wenn keine hinreichende Indikation für eine stationäre Rehabilitation vorliegt. Die beschriebene, historisch gewachsene Trennung der Entscheidung weicht sich zunehmend auf: Der Entscheid zur Beendigung der Akutversorgung und zu den Ansatzpunkten für die Rehabilitation trifft heute im Idealfall ein Team aus Akut- und Rehabilitationsmedizinern bereits während der akutsomatischen Versorgung. Dieser Ansatz der bereichsübergreifenden partnerschaftlichen Entscheide etabliert sich zunehmend zwischen den Leistungserbringern der Akutsomatik und der Rehabilitationsmedizin.

Da die Situation an der Schnittstelle Akutsomatik/Rehabilitation Abgrenzungsprobleme bieten kann, sollten differenzierende Kriterien aufgestellt werden, damit auf einer qualifizierten Grundlage beurteilt werden kann, ab wann aus medizinischer Sicht die Akutversorgung beendet ist. Ab diesem Zeitpunkt kann die intendierte und indizierte Nachbehandlung beginnen. Dies setzt voraus, dass die qualifizierenden Patientenmerkmale am Ende der Akutversorgung eindeutig identifiziert wurden und die Art und Intensität der ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Leistungen in der Rehabilitationsstruktur auch entsprechend erbracht werden können. Unterschiedliche Voraussetzungen zur Leistungserbringung, beispielsweise strukturelle und personelle Unterschiede sowie Qualitätskriterien sind in den hier angestrebten Kriterien zur Beschreibung der Patientenmerkmale nicht enthalten.

Diese Kriterien dienen in erster Linie als allgemein anerkannte Grundlage und als Hilfestellung in der Diskussion zwischen Akutversorgungs- und Rehabilitations-Einrichtungen. Sie sollten aber auch bei Auseinandersetzungen um Erteilung einer Kostengutsprache durch Versicherungsmediziner herangezogen werden können.

2.3 Abgrenzung zwischen der überwachungspflichtigen Rehabilitation und der stationärer Rehabilitation

In einigen Rehabilitationsbereichen besteht eine Unterteilung zwischen der überwachungspflichtigen Rehabilitation als intensive Form der stationären Rehabilitation (auch als rehabilitative Intensivabteilung oder ehemals als Frührehabilitation bezeichnet) und der stationärer Rehabilitation. Bei den Kriterien zur Abgrenzung der Arten der Leistungen in der Rehabilitation wird ab Unterkapitel 3.2.1 auf diese Unterteilung hingewiesen und falls beim betreffenden Bereich vorhanden, werden die Kriterien zur Abgrenzung beschrieben.

2.4 Abgrenzung der Rehabilitation zu weiteren Bereichen

Wie die Akutmedizin mit ihren u.a. auf die zunehmende Spezialisierung zurückzuführenden eindrücklichen Erfolge, hat sich auch die Rehabilitation wegen der aus den unterschiedlichen Krankheiten folgenden differenzierten Konsequenzen zunehmend spezialisiert, die zu unterscheiden ist von den verschiedenen gelegentlich synonym gebrauchten Begriffen im Zusammenhang mit Akutbehandlung und Rehabilitation. Im Einzelnen handelt es sich um Begriffe wie

- Rekonvaleszenz
- Nachbehandlung
- Übergangspflege
- Palliative Care

Rekonvaleszenz

Synonym: Genesung und Gesundung. Hier handelt es sich um den Genesungsprozess, der nach der alten Stadieneinteilung von Krankheiten eintritt, Konvaleszenz ist eines der letzten Stadien. Die Zeichen der akuten Erkrankung wie Fieber, Schwäche, Schwindel, Schmerzen etc. verschwinden nach und nach bis zur vollständigen Wiederherstellung der Gesundheit.

Nachbehandlung

Die Nachbehandlung umfasst alle Schritte einer weiteren Behandlung, die nach einer Akuttherapie – z.B. nach einer Operation – eingehalten werden müssen. Sie erstreckt sich über die Wund- und Verbandpflege bis zu gezielten, wenig intensiven rehabilitativen Massnahmen zur Wiedererlangung der vorhergehenden oder bestmöglichen Funktion.

Übergangspflege (Akut- und Übergangspflege AÜP genannt)

Erweisen sich im Anschluss an den stationären Aufenthalt dahingegen ausschliesslich Leistungen der Übergangspflege als notwendig, ohne aber die Anwesenheit einer Ärztin oder eines Arztes zu erfordern, so ist eine Behandlung ausserhalb des Spitals im Sinne von Art. 25a KVG³ angezeigt.

Der Begriff der Übergangspflege findet an der Schnittstelle von Spital und Spitex bzw. Spital und Pflegeheim seine Anwendung. In Art. 25 a Absatz 2 KVG werden die Leistungen der Übergangspflege abschliessend geregelt und werden maximal zwei Wochen nach einem Akutspitalaufenthalt nach den Regeln der Spitalfinanzierung vergütet (nur Pflegeleistungen). Sie müssen im Spital ärztlich verordnet werden. Der aktuelle gesundheitliche Zustand der Patientinnen und Patienten ist somit ausschlaggebend bei der Frage, in welchem Rahmen sie mit welchen Methoden zu behandeln sind. Während die Pflegemethodik bei der Übergangspflege im Setting des Akutspitals oder im Setting des Pflegeheims sehr ähnlich ist, unterscheiden sich die Patientinnen und Patienten sehr durch ihren unterschiedlichen medizinischen und therapeutischen Bedarf.

³ Art. 25a KVG Pflegeleistungen bei Krankheit

1. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung leistet einen Beitrag an die Pflegeleistungen, welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim erbracht werden.
2. Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege, welche sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital ärztlich angeordnet werden, werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und vom Wohnkanton des Versicherten während längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung (Art. 49a Abgeltung der stationären Leistungen) vergütet. Versicherer und Leistungserbringer vereinbaren Pauschalen.
3. Der Bundesrat bezeichnet die Pflegeleistungen und regelt das Verfahren der Bedarfsermittlung.
4. Der Bundesrat setzt die Beiträge differenziert nach dem Pflegebedarf in Franken fest. Massgebend ist der Aufwand nach Pflegebedarf für Pflegeleistungen, die in der notwendigen Qualität, effizient und kostengünstig erbracht werden. Die Pflegeleistungen werden einer Qualitätskontrolle unterzogen. Der Bundesrat legt die Modalitäten fest.
5. Der versicherten Person dürfen von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwältigt werden. Die Kantone regeln die Restfinanzierung.

Palliative Care

In ihrer Definition der Palliative Care⁴ schreibt die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)⁵: „Unter Palliative Care wird eine umfassende Behandlung und Betreuung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen oder chronisch fortschreitenden Krankheiten verstanden. Ihr Ziel ist es, den Patienten eine möglichst gute Lebensqualität bis zum Tod zu ermöglichen. Dabei soll Leiden optimal gelindert und entsprechend den Wünschen des Patienten auch soziale, seelisch-geistige und religiös-spirituelle Aspekte berücksichtigt werden. Qualitativ hoch stehende Palliative Care ist auf professionelle Kenntnisse und Arbeitsweisen angewiesen und erfolgt soweit möglich an dem Ort, den der Patient sich wünscht. Ihr Schwerpunkt liegt in der Zeit, in der Sterben und Tod absehbar werden, doch ist es oft sinnvoll, Palliative Care vorausschauend und frühzeitig, eventuell bereits parallel zu kurativen Massnahmen einzusetzen.“

Im Einzelnen heisst dies nach der SAMW-Definition:

Palliative Care

- respektiert das Leben und seine Endlichkeit
- achtet die Würde und Autonomie des Patienten und stellt seine Prioritäten in den Mittelpunkt
- wird unabhängig vom Lebensalter jedem Patienten angeboten, der an einer unheilbar fortschreitenden Krankheit leidet
- strebt die optimale Linderung von belastenden Symptomen wie Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst oder Verwirrung an
- ermöglicht auch rehabilitative, diagnostische und therapeutische Massnahmen, die zur Verbesserung der Lebensqualität beitragen

Die Palliativpflege erfordert sowohl spezifische Kompetenzen in dieser Disziplin im Sinne besonderer Kenntnisse als auch hoch entwickelten Technologien und den Aufbau von Sozialkompetenzen auf der Basis einer angemessenen Ausbildung.

Spezialisierte Palliative Care wird nicht als Rehabilitation im engeren Sinne betrachtet, sondern stellt mit den oben beschriebenen Zielen und Behandlungsgrundsätzen eine eigenständige medizinische Disziplin dar.

⁴ Vgl. Vade-mecum des soins palliatifs, Etienne Rivier et al, Médecine & Hygiène Genf, 2008

⁵ „Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen. Vom Senat der SAMW genehmigt am 23. Mai 2006.“ Endfassung. Sämtliche medizinisch-ethischen Richtlinien der SAMW können im Internet auf der SAMW-Homepage, www.samw.ch, abgerufen werden.

3 Kriterienkatalog

3.1 Bedeutung des Fallpauschalen-Systems

In der medizinischen Akutversorgung kann - unter Berücksichtigung des Schweregrades - der mit der Behandlung einer Krankheit verbundene Ressourcenverbrauch regelmässig an die jeweilige Diagnose gemäss ICD gebunden sein und so auf dieser Grundlage auch definiert werden. Dagegen sagen die im ICD-Klassifikationssystem beschriebenen Diagnosen wenig über den im Einzelfall notwendigen rehabilitativen Ressourceneinsatz aus. Denn Art, Umfang, Qualität und Intensität des Rehabilitationsaufwandes können wesentlich durch die Art und Ausprägung der durch die Krankheit bedingten Aktivitäten- und Partizipationsstörungen in Familie und Gesellschaft sowie Beruf des Patienten beeinflusst sein. In Ländern mit Erfahrungen im Fallpauschalen-System in der Akutsomatik haben Spitäler nach der DRG-Einführungsphase vermehrt Kooperationen mit anderen Spitälern, aber auch mit niedergelassenen Ärzten, Rehabilitationskliniken, Pflegeheimen und Spitexdiensten gesucht. Dabei spielt einerseits der Anreiz zur Verkürzung der Aufenthaltsdauern, andererseits aber auch die notwendige zielgerichtete rehabilitative Intervention zur funktionellen Wiederherstellung eine entscheidende Rolle. Spitäler gehen deshalb Kooperationen ein, um die rehabilitative Anschlussbehandlung ohne Zeitverzug zu ermöglichen.

Die Fallpauschalen für die stationäre Akutversorgung schaffen für die Leistungserbringer einen Anreiz, die Verweildauer so weit wie medizinisch verantwortbar zu reduzieren. Als Folge früherer Verlegungen von somatischen Akutspitälern in die Rehabilitation sind Ärzte in der stationären rehabilitativen Einrichtung vermehrt mit medizinischen Komplikationen konfrontiert. Für die rehabilitativ behandelnden Einrichtungen bedeuten solche Fälle Folgekosten z.B. durch notwendig werdende häufigere ärztliche Visiten, Hygiene- und Isolationsmassnahmen (z. B. MRSA). Damit verbunden ist eine Tendenz zu einem höheren Ressourcenaufwand in der Rehabilitation. Weil viele Patienten zu einem früheren Zeitpunkt in die Rehabilitation verlegt werden, können häufiger zunächst nur Einzeltherapien unter Beteiligung mehrerer Personen und keine Gruppenbehandlungen durchgeführt werden. Wegen diesen nur pauschal angeführten Gründen ist es erforderlich, Kriterien zu formulieren, die zu frühe und unangemessene Entlassungen aus den Akutspitälern aber auch aus den Rehabilitationskliniken verhindern helfen.

3.2 Kriterien zur Abgrenzung der Arten der Leistungen in der Rehabilitation

Dieses Kapitel ist wie folgt gegliedert:

Anzahl und Detaillierungsgrad der unterschiedlichen Arten der Rehabilitation sind in neun Rehabilitationsbereichen (inkl. überwachungspflichtige bzw. intensive Rehabilitation) dargestellt. Dies entspricht den in der Schweiz tatsächlich angebotenen stationären Rehabilitationsleistungen. Die Bereiche sind gegenwärtig in einem oder mehreren Kantonen in den Leistungsaufträgen erwähnt. Für die Autoren war dies der deutlichste Anhaltspunkt diesen Rehabilitationsbereichen je ein eigenes Unterkapitel zu widmen. Die Gliederung hat keinen wertenden Charakter und erfolgt alphabetisch.

Jedes Unterkapitel beschreibt einen Rehabilitationsbereich. Alle Unterkapitel sind gleich aufgebaut:

- **Definition** der Rehabilitationsart
- **Ziele** der Behandlung
- **Methoden** der Behandlung
- Grafische Darstellung der **Ein- und Austrittskriterien für Beginn und Ende des Aufenthalts**. Hierbei wird bei einigen Rehabilitationsbereichen noch die Unterteilung zwischen überwachungspflichtiger Rehabilitation (als intensive Form der stationären Rehabilitation) und stationärer Rehabilitation beschrieben. Dies dann, wenn entsprechende Leistungsaufträge erteilt worden sind.
Die Grafik folgt einer standardisierten Darstellung, die in der nachfolgend Abbildung erläutert wird:

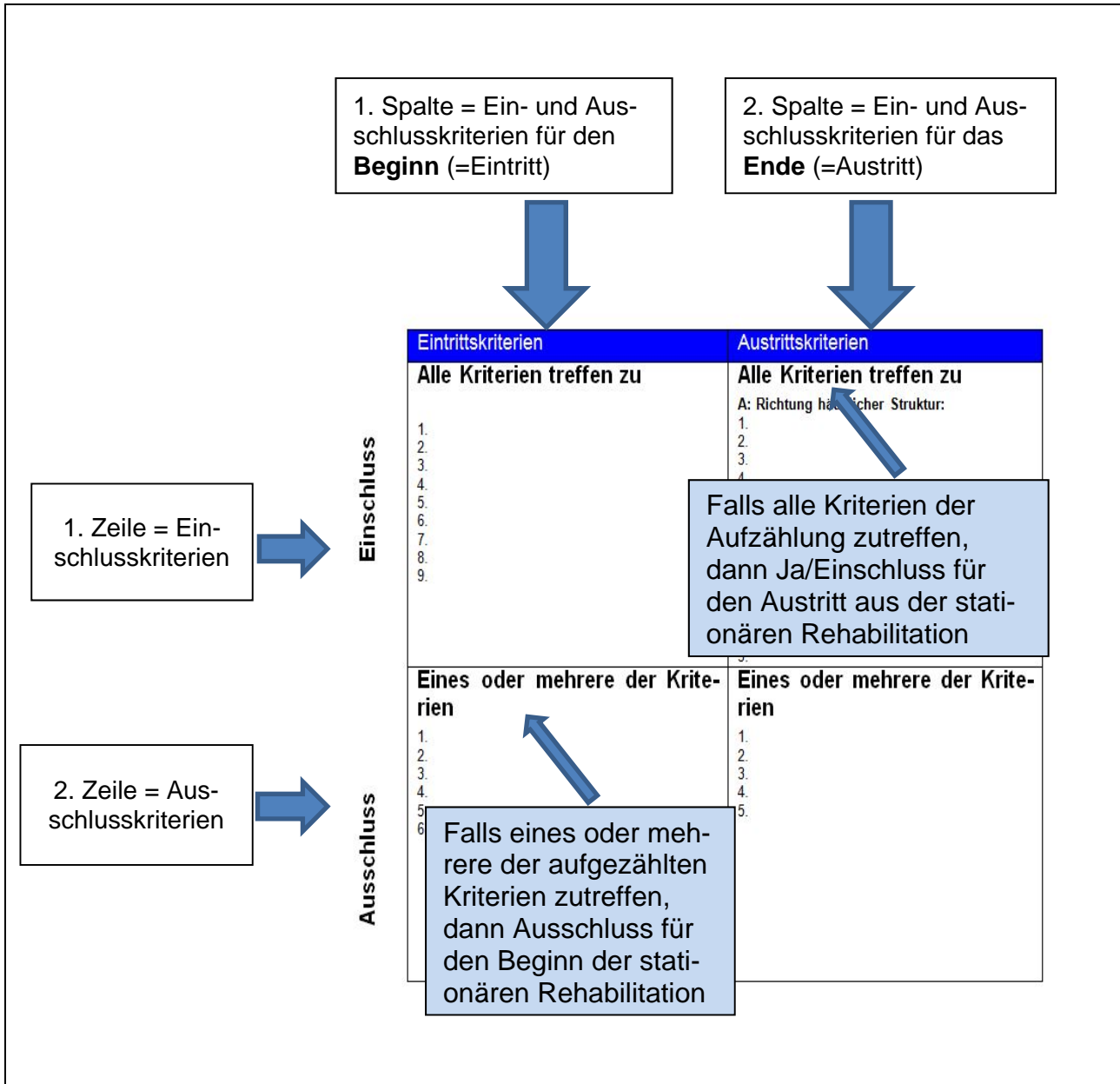


Abbildung. 2: Struktur der Grafik, die in den Zeilen *Ein- und Ausschlusskriterien* untereinander und in den Spalten *Beginn und Ende* des stationären Aufenthaltes darstellt.

3.2.1 Geriatrische Rehabilitation

Definition

Die geriatrische Rehabilitation befasst sich mit dem Bearbeiten von Behinderung und Funktionsfähigkeit auf den von der WHO erarbeiteten Grundlagen und Klassifizierungen (ICF), im Hinblick auf die Rückgewinnung, Stabilisierung und (Wieder-)Befähigung zur möglichst selbständigen Lebensführung von Patienten, die in der Regel älter als 75 jähig sind, eine Polymorbidität aufweisen und gebrechlich sind.

Ziele

Verminderung von Einschränkungen der Körperfunktionen und -Strukturen, der Aktivitäten und der Teilhabe.

Erreichen der grösstmöglichen Selbständigkeit des geriatrischen Patienten in seinem Lebensumfeld.

Reduktion von Pflege- und Betreuungsaufwand, auch zur Vermeidung unnötiger Pflegeheimweisungen.

Methoden

Neben den in Kapitel 2 erwähnten generellen Methoden wendet die Geriatrische Rehabilitation folgende Methoden an:

- Geriatrisches Assessment bei Ein- und Austritt
- Individuelle Therapiepläne mit Möglichkeit der Anpassung an schwankende Belastbarkeit der Patienten
- Koordinierter Einsatz von rehabilitativer Pflege, Physio- und Ergotherapie, Logopädie, Sozialdienst, Neuropsychologie, Aktivierungstherapie und Ernährungsberatung
- Strukturierte, früh einsetzende Austrittsplanung mit Möglichkeit zur Abklärung der Wohnsituation und zu Familiengesprächen

Kriterien an der Schnittstelle Akutspital zur stationären Geriatrischen Rehabilitation

	Eintrittskriterien	Austrittskriterien
Einschluss	<p>Alle Kriterien treffen zu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Alter oft 75 Jahre oder älter 2. Geriatrische Multimorbidität mit dokumentiertem Vorliegen von mehr als einem der aufgeführten geriatrischen Syndrome: <ol style="list-style-type: none"> a. Kognitive Einschränkung, insbesondere abklingendes Delir b. Immobilität c. Erhöhtes Sturzrisiko d. Inkontinenz von Stuhl und/oder Urin e. Malnutrition und/oder Sarkopenie f. Depression oder Angststörung g. Eingeschränkte Funktion der Sinnesorgane h. Dekubitalulzera i. Chronische Schmerzen j. Medikationsprobleme bei Polymedikation und/oder Non-Compliance k. Soziale Isolation 3. Notwendigkeit der stationären Rehabilitation, insbesondere <ol style="list-style-type: none"> a. Im Anschluss an eine stationäre akutmedizinische Behandlung oder b. bei erwiesenem Rehabilitationspotential nach ambulanter Behandlung zu Hause oder in einem Alters- oder Pflegeheim 	<p>Alle Kriterien treffen zu</p> <p>A: Nach Hause oder eine Langzeiteinrichtung</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Der Gesamtzustand erlaubt die Planung der Weiterbehandlung nach der Hospitalisation 2. Die Rehabilitationsziele sind erreicht: <ol style="list-style-type: none"> a. die funktionelle Kapazität des Patienten ist dem künftigen Umfeld angemessen oder b. das Rehabilitationspotenzial ist erschöpft, eine signifikante Besserung kann nicht mehr erwartet werden. Beurteilungsskalen lassen das dokumentieren Zur Überprüfung werden standardisierte und validierte Instrumente eingesetzt. <p>B: Richtung stationär akute Versorgung Es treten neue Probleme oder Komplikationen auf, die eine Hospitalisation/Rehospitalisation in der Akutversorgung erfordern (mehr als drei ärztliche Interventionen täglich an zwei aufeinanderfolgenden Tagen).</p> <p>C: Richtung einer anderen Versorgungsstruktur Aufgrund der klinischen Entwicklung kann der Patient einer anderen Art der Weiterbehandlung zugewiesen werden.</p>
Ausschluss	<p>Eines oder mehrere der Kriterien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Akutsomatische Behandlung und Diagnostik nicht abgeschlossen 2. Patienten mit einer spezifischen Erkrankung, die eine andersartig spezialisierte Rehabilitation benötigen, insbesondere die Rehabilitation von Paraplegien, neurologischen Erkrankungen, Schädel-Hirn-Traumata, Syndromen, die der kardiovaskulären, pulmonalen oder muskuloskelettale Rehabilitation bedürfen 	<p>Eines oder mehrere der Kriterien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mit Verlängerung der Aufenthaltsdauer erlauben die festgestellten Fortschritte den Austritt in eine weniger behandlungssintensive Umgebung als ursprünglich geplant 2. Die Verschlechterung des klinischen Zustands wird als vorübergehend beurteilt und erfordert keine Hospitalisation in der Akutversorgung

3.2.2 Internistische und Onkologische Rehabilitation

Definition

Grundsätzlich handelt es sich um zwei unterschiedliche Fachgebiete, welche aufgrund der vielen Gemeinsamkeiten zum aktuellen Zeitpunkt gemeinsam betrachtet und nach gemeinsamen Kriterien gehandhabt werden können.

Die beiden Fachrichtungen verfolgen einen funktions-, aktivitäts- und partizipationsorientierten Ansatz nach dem Modell der ICF (International Classification of Function, Disability and Health).

Die internistische Rehabilitation sowie die onkologische Rehabilitation sind medizinische Methoden zur Rehabilitation von Patienten mit Funktions-, Aktivitäts- und Partizipationsstörungen, verursacht durch mehrere internmedizinische oder onkologisch/hämatologische Krankheitsbilder, Komorbiditäten oder als Folge deren Behandlung, insbesondere auch von chirurgischen Eingriffen, die einen koordinierten, multidisziplinären Rehabilitationsansatz unter ärztlicher Führung und Überwachung benötigen.

Die Internistische sowie die Onkologische Rehabilitation sind ärztliche Fachgebiete der ambulanten und stationären Rehabilitationsversorgung und beinhalten globale diagnostische und therapeutische Massnahmen zur Verbesserung der Aktivitäts- und Partizipationseinschränkung in der Hinsicht, dass die Patienten wieder in ein selbstbestimmtes Leben integriert werden.

Ziele

Die Ziele der Internistischen und der Onkologischen Rehabilitation berücksichtigen das Modell der funktionalen Gesundheit der ICF. Es soll eine Verbesserung der funktionellen Einschränkungen, eine Verbesserung der Aktivitäten im Alltag, in der Berufswelt und in der Partizipation erzielt werden.

Methoden

Die Internistische und die Onkologische Rehabilitation analysieren als klinisch-wissenschaftliche Disziplinen die Erkenntnisse der Rehabilitationsmedizin, der Onkologie, der Inneren Medizin und weiterer Spezialfächer und integrieren sie ins rehabilitative Diagnostik- und Therapiekonzept. Dabei beachten sie die komplexen Probleme der Einschränkung, der Multimorbidität, der Komorbidität sowie die Entwicklung integrierter Behandlungs- und Betreuungsketten unter Einbezug familiärer, sozialer und ökonomischer Kontextfaktoren. Sie hat wesentliche Berührungspunkte mit anderen rehabilitativen Fachgebieten.

Die Internistische Rehabilitation grenzt sich von den anderen Rehabilitationsarten dahingehend ab, dass die aus der Komplexität der vorhandenen Multimorbidität oder Komorbidität resultierenden Beeinträchtigungen während des Rehabilitationsaufenthaltes aktiv medizinisch und therapeutisch angegangen werden und damit eine eindeutige Zuordnung zu einer andersartig spezialisierten Rehabilitationsdisziplin nicht möglich ist.

Die Onkologische Rehabilitation versteht sich als die medizinische Behandlungsmethode, welche sich aller aus dem Tumor-/Hämatologischen Leiden oder deren Behandlung entspringender Beeinträchtigungen annimmt und den Betroffenen befähigt, den Weg in ein selbstbestimmtes zukünftiges Leben zu finden.

Beide Fachrichtungen nehmen sich im speziellen auch folgender Problemstellungen an:

- Mangel- und Fehlernährung (inklusive Parenteraler und enteraler Ernährungstherapie)
- Schluckstörungen aufgrund der Krankheitsbehandlung oder als Krankheitskomplikation (insbesondere von Tumorleiden)
- Therapie von Lymphoedemen
- Wundbehandlung
- Stomabehandlung
- Psychoonkologische Betreuung, Krankheitsverarbeitung

Kriterien aufgeteilt für drei Schnittstellen:

- a) Kriterien an der Schnittstelle Akutspital zur überwachungspflichtigen Rehabilitation (als intensive Form der stationären Rehabilitation)
- b) Kriterien an der Schnittstelle Akutspital zur stationären Rehabilitation
- c) Kriterien an der Schnittstelle überwachungspflichtige Rehabilitation zur stationären Rehabilitation

a) Kriterien an der Schnittstelle Akutspital zur überwachungspflichtigen Internistischen und Onkologischen Rehabilitation (als intensive Form der stationären Rehabilitation)

	Eintrittskriterien	Austrittskriterien
Einschluss	<p>Eines oder mehrere der Kriterien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Respiratorische Insuffizienz ohne invasive Beatmungspflicht 2. Persistierende Infektsituation 3. Leichte bis mittelschwere Psychopathie oder Suchtkrankheit mit kontrollierter Abhängigkeit 4. Patient benötigt maximal 2 ärztliche Visiten pro Tag 5. Patient, der wegen eines Infektes isoliert werden muss 6. Symptomatische Anämie 7. Rhythmusstörungen 8. Weiterführung einer parenteralen medikamentösen Therapie und/oder Flüssigkeitszufuhr 9. Weiterführung einer parenteralen und/oder enteralen Ernährung 10. Liegende Drainagen 11. Weiterführung einer Chemotherapie 12. Anhaltende kognitive Beeinträchtigung 13. Schluckstörungen mit Aspirationsgefahr 14. Instabile diabetische Stoffwechsellage 15. Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) 	<p>Alle Kriterien treffen zu</p> <p>Richtung stationäre Rehabilitation</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Patient benötigt maximal 1x tgl. ärztliche oder fachärztliche Visite, Kontinuierliche Überwachung der Vitalparameter 2. Persistierende, relevante Funktions- und Partizipationsstörungen, Rehabilitationspotential, allenfalls ungünstige Kontextfaktoren
Ausschluss	<p>Eines oder mehrere der Kriterien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Invasiv beatmungspflichtige respiratorische Insuffizienz 2. Septische Infektsituation mit hämodynamischer Instabilität 3. Hämodynamische Instabilität 4. Maligne, nichtkontrollierbare ventrikuläre Rhythmusstörung 5. Schwere Psychopathie oder Suchtkrankheit mit manifester nicht kontrollierter Abhängigkeit 6. Neuverordnung eines Medikamentes, das mehrmals pro Tag eine Dosisanpassung unter direkter ärztlicher Aufsicht erfordert oder ein Idiosynkrasie-Risiko birgt 7. Eintritt bei chirurgischem Eingriff im Operationssaal, am Operationstag oder am Tag danach 8. Eintritt bei Biopsie eines inneren Organs oder Punktion am Tag des Eingriffes 9. Der Patient benötigt mindestens 3x täglich eine ärztliche Kontrolle 10. Ständige oder intermittierende Beatmung (mindestens 3x täglich) 11. Beurteilung der Vitalfunktionen mind. alle 30 Minuten über einen Zeitraum von 4 h 12. Jedes akute Versagen eines Organs oder eines Organsystems in den letzten 48 h 13. Anhaltendes Fieber (axillär über 38° C, rektal oder im Ohr über 38,5° C) in den letzten 48 h bei einem Patienten, der nicht auf Grund von Fieber hospitalisiert wurde 14. Bewusstseinsstörungen, die in den letzten 48 h aufgetreten sind 15. Akute hämatologische Probleme (Agranulozytose, schwere Anämie) in den letzten 48 h 	<p>Eines oder mehrere der Kriterien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Patient benötigt 2x/Tag eine ärztliche Kontrolle 2. Patient, der wegen eines Infektes isoliert werden muss 3. Symptomatische Anämie 4. Zentralvenöse Katheter, liegende Drainagen 5. Anhaltende kognitive Beeinträchtigung 6. Instabile diabetische Stoffwechsellage 7. Exzessive enterale Flüssigkeitsverluste 8. Regelmässige Ergusspunktionen (Pleura, Aszites) 9. Instabile Organfunktionen (Leber, Niere) 10. Grosse offene Wunden

b) Kriterien an der Schnittstelle Akutspital zur stationären Internistischen und Onkologischen Rehabilitation

	Eintrittskriterien	Austrittskriterien
Einschluss	<p>Alle Kriterien treffen zu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Erwachsene Patienten mit <ol style="list-style-type: none"> a. Einer Multimorbidität, Partizipationsstörungen und/oder b. Einem funktionellen Defizit 2. Notwendigkeit der stationären Rehabilitation, insbesondere bei <ol style="list-style-type: none"> a. Notwendigkeit eines multidisziplinären, kombinierten Rehabilitationsansatzes inklusive Edukation oder b. Vertiefter Abklärung der Ursache der Syndrome und des eventuellen Potenzials oder c. Fortsetzung der medizinischen Behandlung 3. Ziel ist die Rückkehr nach Hause oder Unterbringung in einem Pflegeheim mit der grösstmöglichen Autonomie 4. Vom Akutspital abgeschlossene Diagnostik, festgelegte therapeutische Strategie 	<p>Alle Kriterien treffen zu</p> <p>A: Nach Hause oder in eine Pflegeeinrichtung Voraussetzung: Das Rehabilitationspotenzial für die stationäre Rehabilitation ist ausgereizt</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Der Gesamtstatus erlaubt die Planung der ambulanten Weiterbehandlung 2. Die Rehabilitationsziele sind erreicht: <ol style="list-style-type: none"> a. die funktionelle Kapazität des Patienten ist dem künftigen Umfeld nach der Entlassung angemessen oder b. die interprofessionelle Evaluation zeigt das Ende der Steigerungsmöglichkeiten für die funktionelle Kapazität an Zur Überprüfung werden standardisierte und validierte Instrumente eingesetzt. 3. Die Symptomatik hat sich ausreichend gebessert und ist mit dem künftigen Umfeld vereinbar <p>B: Verlegung in eine stationäre akute Versorgung Es treten akutmedizinische Probleme oder Komplikationen auf, die eine komplexe diagnostische und therapeutische Infrastruktur erforderlich machen. (Kreislauf-, Stoffwechsel- und respiratorische Instabilität, mehr als drei ärztliche Interventionen täglich an zwei aufeinanderfolgenden Tagen).</p> <p>C: Verlegung in eine andere Versorgungsstruktur Aufgrund der klinischen Entwicklung kann der Patient einer Institution mit einer anderen Art der Behandlung und Betreuung zugewiesen werden (z.B. spezialisierte Palliative Care).</p>
Ausschluss	<p>Eines oder mehrere der Kriterien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Vitalparameter sind nicht stabil 2. Patienten mit einer spezifischen Erkrankung, die eine andersartig spezialisierte Rehabilitation benötigen, insbesondere die Rehabilitation von Paraplegien, neurologischen Erkrankungen, Schädel-Hirn-Traumata, Syndromen, die der kardiovaskulären, pulmonalen oder muskuloskeletale Rehabilitation bedürfen 3. Noch nicht abgeschlossener diagnostischer bzw. noch nicht festgelegter respektive enge Überwachung benötigender therapeutischer Prozess 4. Fehlende Compliance des Patienten bezüglich der therapeutischen Massnahmen 5. Patient, der wegen eines Infektes isoliert werden muss 	<p>Eines oder mehrere der Kriterien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mit Verlängerung der Aufenthaltsdauer erlauben die festgestellten Fortschritte den Austritt in eine weniger restriktive Umgebung als ursprünglich geplant 2. Die Verschlechterung des klinischen Zustands lässt sich in den Rehabilitationsstrukturen ausreichend behandeln

c) Kriterien an der Schnittstelle überwachungspflichtige Rehabilitation zur stationären Internistischen und Onkologischen Rehabilitation

	Übertrittskriterien	Austrittskriterien
Einschluss	<p>Alle Kriterien treffen zu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Patient benötigt maximal 1x tgl. ärztliche oder fachärztliche Visite, Kontinuierliche Überwachung der Vitalparameter 2. Persistierende, relevante Funktions- und Partizipationsstörungen, Rehabilitationspotential, allenfalls ungünstige Kontextfaktoren <p>Sonstige Faktoren wie unter b) Schnittstelle Akutsomatik zu stationärer Rehabilitation, Eintrittskriterien Einschluss:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Erwachsene Patienten mit <ol style="list-style-type: none"> a. Einer Multimorbidität, Partizipationsstörungen und/oder b. Einem funktionellen Defizit 4. Notwendigkeit der stationären Rehabilitation, insbesondere bei <ol style="list-style-type: none"> c. Notwendigkeit eines multidisziplinären, kombinierten Rehabilitationsansatzes inklusive Edukation oder d. Vertiefter Abklärung der Ursache der Syndrome und des eventuellen Potenzials oder e. Fortsetzung der medizinischen Behandlung 5. Ziel ist die Rückkehr nach Hause oder Unterbringung in einem Pflegeheim mit der grösstmöglichen Autonomie 6. Vom Akutspital abgeschlossene Diagnostik, festgelegte therapeutische Strategie 	<p>Alle Kriterien treffen zu</p> <p>A: Entwicklung in Richtung häuslicher/ambulanter Versorgungsstruktur</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Der Gesamtstatus erlaubt die Weiterbehandlung in einem nachgeordneten Setting 2. Die Rehabilitationsziele sind erreicht: <ol style="list-style-type: none"> c. die funktionelle Kapazität des Patienten ist dem künftigen Umfeld nach der Entlassung angemessen oder d. es wird keine signifikante Besserung mehr erwartet und anhand Beurteilungsskalen lässt sich feststellen, dass die funktionelle Kapazität nicht weiter steigen wird <p>Zur Überprüfung werden standardisierte und validierte Instrumente eingesetzt.</p> 3. Die Symptomatik hat sich ausreichend gebessert und ist mit dem künftigen Umfeld vereinbar <p>B: Entwicklung in Richtung stationär akuter Versorgung Es treten neue Probleme oder Komplikationen auf, die eine Hospitalisation/Rehospitalisation in der Akutversorgung erfordern:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kreislaufaktive Blutung • Resp. Insuffizienz • Wieder aufflackernder /neuer Infekt • Psychische Instabilität • Notwendigkeit einer akuten Intervention: kardial, angiologisch, operativ orthopädisch, neurologisch <p>C: Entwicklung in Richtung einer anderen Versorgungsstruktur Aufgrund der klinischen Entwicklung kann der Patient einer anderen Art der weiteren Behandlung und Betreuung zugewiesen werden (z.B. spezialisierte Palliative Care).</p>
Ausschluss	<p>Eines oder mehrere der Kriterien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Patient benötigt 2x/Tag eine ärztliche Kontrolle 2. Patient, der wegen eines Infektes isoliert werden muss 3. Schwere muskuloskeletale Probleme mit geringer Autonomie und damit keinem Eingliederungspotential 4. Symptomatische Anämie 5. Zentralvenöse Katheter, liegende Drainagen 6. Anhaltende kognitive Beeinträchtigung 7. Instabile diabetische Stoffwechsellage 8. Exzessive enterale Flüssigkeitsverluste 9. Regelmässige Ergusspunktionen (Pleura, Aszites) 10. Instabile Organfunktionen (Leber, Niere) 11. Grosse offene Wunden 	<p>Eines oder mehrere der Kriterien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Patient benötigt 2x/Tag eine ärztliche Kontrolle 2. Patient, der wegen eines Infektes isoliert werden muss 3. Symptomatische Anämie 4. Zentralvenöse Katheter, liegende Drainagen 5. Anhaltende kognitive Beeinträchtigung 6. Instabile diabetische Stoffwechsellage 7. Ekzessive enterale Flüssigkeitsverluste 8. Regelmässige Ergusspunktionen (Pleura, Ascites) 9. Instabile Organfunktionen (Leber, Niere) 10. Grosse offene Wunden 11. Mit Verlängerung der Aufenthaltsdauer erlauben die festgestellten Fortschritte den Austritt in eine weniger restriktive Umgebung als ursprünglich geplant 12. Die Verschlechterung des klinischen Zustands lässt sich in den Rehabilitationsstrukturen managen (die Grenze von drei ärztlichen Interventionen täglich über einen Zeitraum von zwei aufeinanderfolgenden Tagen wird nicht überschritten)

3.2.3 Kardiovaskuläre Rehabilitation

Definition

Die kardiovaskuläre Rehabilitation und Prävention ist ein Prozess, der bei Patienten mit primär kardiovaskulären Erkrankungen mithelfen soll, den für sie optimalen Zustand in Bezug auf das physische, psychische, emotionale und soziale Wohlbefinden wieder zu erlangen. Durch präventive Massnahmen soll ein gesunder Lebensstil angestrebt und damit die Prognose verbessert werden.

Eine kardiovaskuläre Rehabilitation ist indiziert

- nach Infarkt oder akutem Koronarsyndrom mit oder ohne PCI
- bei stabiler KHK mit oder ohne Katheterintervention
- nach Operationen am Herzen und an den Gefässen
- beim Vorhandensein multipler Risikofaktoren (z.B. metabolisches Syndrom mit oder ohne chronische Herzkrankheit)
- bei Herzinsuffizienz
- bei anderen Herzkreislaufkrankheiten, deren Verlauf durch Rehabilitation günstig beeinflusst wird (z.B. PAVK, Lungenembolie)

Ziele

Verbesserung der Lebensqualität:

- Reduktion der Beschwerden
- Verbesserung der körperlichen Funktion und Leistungsfähigkeit
- Stabilisierung des psychischen Befindens (Krankheitsbewältigung, Umgang mit der Erkrankung im Alltag)
- Ermöglichung und Gewährleistung der sozialen Wiedereingliederung und Teilhabe (Beruf, Familie, Erhalten der Selbstständigkeit bei alten Patienten)

Verbesserung der Prognose:

- Prävention und Risikoreduktion
- Reduktion der Morbidität
- Reduktion der Mortalität

Beitrag zur Kostenstabilität

- Verbesserung der Compliance
- Reduktion/Verhinderung vermeidbarer Krankenhausaufenthalte
- Vermeidung von vorzeitiger Berentung und Pflege

Methoden

Neben den in Kapitel 2 erwähnten generellen Methoden wendet die kardiovaskuläre Rehabilitation folgende Methoden an:

- Rehabilitative Massnahmen im eigentlichen Sinne zur Wiederherstellung der physischen und psychischen Integrität des Herzpatienten
- medizinische Evaluation und Optimierung der Behandlung, Umsetzung einer adäquaten medikamentösen Sekundärprophylaxe
- Information über Krankheit (Diagnostik und Therapie) und Risikofaktoren, Schulung im Umgang mit der Krankheit (z.B. Herzinsuffizienz, ICD, VAD)
- Korrektur eines vorbestehenden Bewegungsmangels
- Bewegungsprogramm als Vehikel für Lebensstilveränderungen
- Ernährungsberatung, Kochkurs

- Stressbewältigung, Erlernen von Copingtechniken, Entspannungstherapie
- Unterstützung zur Bewältigung psychosozialer Probleme
- Raucherentwöhnung
- Diabetesberatung und -schulung für Diabetiker
- Organisation der Nachsorge, Reintegration in den gewohnten Alltag (inkl. Arbeitsfähigkeit)

Kriterien aufgeteilt für drei Schnittstellen:

- a) Kriterien an der Schnittstelle Akutspital zur überwachungspflichtigen Rehabilitation (als intensive Form der stationären Rehabilitation)
- b) Kriterien an der Schnittstelle Akutspital zur stationären Rehabilitation
- c) Kriterien an der Schnittstelle überwachungspflichtige Rehabilitation zur stationären Rehabilitation

a) Kriterien an der Schnittstelle Akutspital zur überwachungspflichtigen Kardiovaskulären Rehabilitation (als intensive Form der stationären Rehabilitation)

	Eintrittskriterien	Austrittskriterien
Einschluss	<p>Alle Kriterien treffen zu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bedarf an fachärztlicher kurativer und rehabilitativer Versorgung, hoher differenzierter Therapiebedarf 2. hoher Bedarf an differenzierter Behandlungs- und Rehabilitationspflege 3. Verbesserung der Prognose bei frühzeitiger Rehabilitationsbehandlung 4. Eines oder mehrere der Kriterien <ol style="list-style-type: none"> a. Relevante ADL-Defizite b. Patient bedarf einzeltherapeutischer Behandlung und kann nicht am Gruppenprogramm teilnehmen c. Herzinsuffizienz NYHA III-IV d. Kreislaufunterstützungssystem (VAD) e. Ungenügend therapierte Depression oder Angststörung f. Relevante kognitive Störung, leichtes Delir g. Respiratorische Insuffizienz ohne invasive Beatmungsnötigkeit (Ausnahme: Schlafapnoebehandlung) h. Persistierende Infektsituation, evtl. multiresistenter Keim (MRSA, ESBL) i. Patient der wegen eines Infektes isoliert werden muss j. Patient benötigt maximal 2 ärztliche Visiten pro Tag k. Weiterbehandlung internistischer Begleiterkrankungen l. Symptomatische Anämie m. Engmaschig kontroll- und behandlungsbedürftige Rhythmusstörungen n. Hämodynamisch und respiratorisch nicht relevante aber kontrollbedürftige Perikard- bzw. Pleuraergüsse o. Postoperative bzw. postinterventionelle Komplikationen wie Postkardiotomie-Syndrom p. Weiterführen parenteraler Therapien q. Leichte bis mittelgradige Psychopathie oder Suchtkrankheit mit kontrollierter Abhängigkeit 	<p>Eines oder mehrere der Kriterien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Kriterien für die überwachungspflichtige Rehabilitation sind nicht mehr erfüllt 2. Das Rehabilitationsziel ist noch nicht erreicht
Ausschluss	<p>Eines oder mehrere der Kriterien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Maligne hämodynamisch relevante nicht kontrollierte Rhythmusstörungen 2. Vasopressorenbedürftige dekompensierte Herzinsuffizienz 3. Invasive beatmungspflichtige respiratorische Insuffizienz 4. Septische Infektsituation mit hämodynamische Instabilität 5. Hämodynamische Instabilität 6. Schwere muskuloskeletale Probleme mit geringem Autonomie- und damit keinem Eingliederungspotential 7. Schwere Psychopathie oder Suchtkrankheit mit manifester nicht kontrollierter Abhängigkeit 8. Nicht kontrolliertes/ nicht kontrollierbares Anfallsleiden 9. Neu aufgetretene ätiologisch nicht geklärte Lähmung 10. Chirurgischer Eingriff im Operationssaal am vorgesehenen Eintrittstag und postoperativer Tag (Folgetag des Eingriffs) bei allen Eingriffen 11. Patient für einen Eingriff im Operationssaal am Folgetag eingeplant und vorbereitende Beurteilung oder Konsultation notwendig 12. Herzkatheterisierung am vorgesehenen Eintrittstag 13. Angiographie am vorgesehenen Eintrittstag 14. Biopsie eines inneren Organs am vorgesehenen Eintrittstag 15. Thorax- oder Abdominal Punktion am vorgesehenen Eintrittstag 16. Neuverordnung eines Medikaments, die eine Dosisanpassung mind. 3x täglich unter direkter ärztlicher Aufsicht erfordert oder ein Idiosynkrasie-Risiko birgt Patient benötigt mind. 3x täglich eine ärztliche Kontrolle 17. Beatmung: ständige oder intermittierende Beatmung (mind. 3x täglich) (ausser assistierte Beatmung bei Schlafapnoesyndrom) 18. Beurteilung der Vitalfunktionen mind. alle 30' über einen Zeitraum von mind. 4 h 19. Jedes akute Versagen eines Organ oder Organsystem in den letzten 48 h 20. Anhaltendes Fieber (axillar >38° C bzw. >38.8°C rektal oder im Ohr) in den letzten 48 h, das bei einem Patienten auftritt, der nicht aufgrund von Fieber hospitalisiert wurde 21. Bewusstseinsstörungen, die in den letzten 48 h aufgetreten sind 22. Akute hämatologische Probleme (Agranulozytose oder schwere Anämie) in den letzten 48 h 	<p>Eines oder mehrere der Kriterien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Indikation für die überwachungspflichtige Reha ist noch vorhanden 2. Es ist keine weitere Verbesserung zu erwarten

b) Kriterien an der Schnittstelle Akutspital zur stationären Kardiovaskulären Rehabilitation

	Eintrittskriterien	Austrittskriterien
Einschluss	<p>Alle Kriterien treffen zu</p> <p>Alle kardio-vaskulären Erkrankungen aller Altersgruppen mit Rehabilitationspotential</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Der Patient benötigt in den ADL nur wenig oder keine Hilfe 2. Er ist nicht auf intensive Betreuung/pflege angewiesen 3. Der Patient kann an einem strukturierten Gruppenprogramm teilnehmen 	<p>Alle Kriterien treffen zu</p> <p>A: Richtung häuslicher Struktur</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Rehabilitationsziele sind erreicht: <ol style="list-style-type: none"> a. die funktionelle Kapazität des Patienten ist dem künftigen Umfeld nach der Entlassung angemessen; die Rehabilitation kann in der Phase III (Herzgruppe) fortgesetzt werden oder b. es wird keine signifikante Besserung mehr erwartet und anhand Beurteilungsskalen lässt sich feststellen, dass die funktionelle Kapazität nicht weiter steigen wird. <p>B: Richtung stationär akuter Versorgung</p> <p>Es treten neue Probleme oder Komplikationen auf, die eine Hospitalisation/Rehospitalisation in der Akutversorgung erfordern.</p> <p>C: Richtung eine andere nicht akute Versorgungsstruktur</p> <p>Weitere Fortschritte, die eine Entlassung nach Hause ermöglichen, sind nicht zu erzielen. Die Behandlung und Betreuung kann in einer weniger intensiven oder besser geeigneten Institution erfolgen.</p>
Ausschluss	<p>Eines oder mehrere der Kriterien</p> <p>Alle unter a) genannten Kriterien für die überwachungspflichtige Rehabilitation (1-22):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Maligne hämodynamisch relevante nicht kontrollierte Rhythmusstörungen 2. Vasopressorenbedürftige dekompensierte Herzinsuffizienz 3. Invasive beatmungspflichtige respiratorische Insuffizienz 4. Septische Infektsituation mit hämodynamische Instabilität 5. Hämodynamische Instabilität 6. Schwere muskuloskelettale Probleme mit geringem Autonomie- und damit keinem Eingliederungspotential 7. Schwere Psychopathie oder Suchtkrankheit mit manifester nicht kontrollierter Abhängigkeit 8. Nicht kontrolliertes/ nicht kontrollierbares Anfallsleiden 9. Neu aufgetretene ätiologisch nicht geklärte Lähmung 10. Chirurgischer Eingriff im Operationssaal am vorgesehenen Eintrittstag und postoperativer Tag (Folgetag des Eingriffs) bei allen Eingriffen 11. Patient für einen Eingriff im Operationssaal am Folgetag eingeplant und vorbereitende Beurteilung oder Konsultation notwendig 12. Herzkatheterisierung am vorgesehenen Eintrittstag 13. Angiographie am vorgesehenen Eintrittstag 14. Biopsie eines inneren Organs am vorgesehenen Eintrittstag 15. Thorax- oder Abdominal Punktion am vorgesehenen Eintrittstag 16. Neuverordnung eines Medikaments, die eine Dosisanpassung mind. 3x täglich unter direkter ärztlicher Aufsicht erfordert oder ein Idiosynkrasie-Risiko birgt Patient benötigt mind. 3x täglich eine ärztliche Kontrolle 17. Beatmung: ständige oder intermittierende Beatmung (mind. 3x täglich) (ausser assistierte Beatmung bei Schlafapnoesyndrom) 18. Beurteilung der Vitalfunktionen mind. alle 30' über einen Zeitraum von mind. 4 h 19. Jedes akute Versagen eines Organ oder Organsystem in den letzten 48 h 20. Anhaltendes Fieber (axillär >38° C bzw. >38.8°C rektal oder im Ohr) in den letzten 48 h, das bei einem Patienten auftritt, der nicht aufgrund von Fieber hospitalisiert wurde 21. Bewusstseinsstörungen, die in den letzten 48 h aufgetreten sind 22. Akute hämatologische Probleme (Agranulozytose oder schwere Anämie) in den letzten 48 h <p>und zusätzlich Kriterien unter b) an der Schnittstelle Akutspital zur stationären Kardiovaskulären Rehabilitation</p> <ol style="list-style-type: none"> 23. Hämodynamisch instabile Rhythmusstörungen 24. Instabile Angina pectoris 25. Interventionspflichtige valvuläre Herzkrankheit 26. Schwerwiegende, nicht kontrollierte Komorbiditäten, z.B: Lungenerkrankungen: dekompensierte COPD mit globaler resp. Insuffizienz 27. Schwere Stoffwechsellage 28. Aktive rheumatische Erkrankung 29. Schwere Psychopathie oder Suchterkrankung mit manifester nicht-kontrollierter Abhängigkeit 	<p>Eines oder mehrere der Kriterien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Durch eine Verlängerung des Aufenthalts lassen sich die Rehabilitationsziele erreichen bzw. es ist noch eine wesentliche Verbesserung zu erreichen 2. Mit Verlängerung der Aufenthalt erlauben die festgestellten Fortschritte den Austritt in eine weniger restriktive Umgebung als ursprünglich geplant 3. Die Verschlechterung des klinischen Zustands wird als vorübergehend beurteilt und erfordert keine Hospitalisation/Rehospitalisation in der Akutversorgung

c) Kriterien an der Schnittstelle Überwachungspflichtige Rehabilitation zur stationären Kardiovaskulären Rehabilitation

	Übertrittskriterien	Austrittskriterien
Einschluss	<p>Alle Kriterien treffen zu</p> <ol style="list-style-type: none"> Die Kriterien für die überwachungspflichtige Rehabilitation sind nicht mehr erfüllt Das Rehabilitationsziel ist noch nicht erreicht 	<p>Alle Kriterien treffen zu</p> <p>A: Richtung häuslicher Struktur</p> <ol style="list-style-type: none"> Die Rehabilitationsziele sind erreicht: <ol style="list-style-type: none"> die funktionelle Kapazität des Patienten ist dem künftigen Umfeld nach der Entlassung angemessen; die Rehabilitation kann in der Phase III (Herzgruppe) fortgesetzt werden oder es wird keine signifikante Besserung mehr erwartet und anhand Beurteilungsskalen lässt sich feststellen, dass die funktionelle Kapazität nicht weiter steigen wird <p>B: Richtung stationär akuter Versorgung</p> <p>Es treten neue Probleme oder Komplikationen auf, die eine Hospitalisation/Rehospitalisation in der Akutversorgung erfordern.</p> <p>C: Richtung eine andere nicht akute Versorgungsstruktur</p> <p>Weitere Fortschritte, die eine Entlassung nach Hause ermöglichen, sind nicht zu erzielen. Die Behandlung und Betreuung kann in einer weniger intensiven oder besser geeigneten Institution erfolgen.</p>
Ausschluss	<p>Eines oder mehrere der Kriterien</p> <ol style="list-style-type: none"> die Indikation für die überwachungspflichtige Rehabilitation ist noch gegeben es ist keine weitere Verbesserung zu erreichen 	<p>Eines oder mehrere der Kriterien</p> <ol style="list-style-type: none"> Durch eine Verlängerung des Aufenthalts lassen sich die Rehabilitationsziele erreichen bzw. es ist noch eine wesentliche Verbesserung zu erreichen Mit Verlängerung der Aufenthalt erlauben die festgestellten Fortschritte den Austritt in eine weniger restriktive Umgebung als ursprünglich geplant Die Verschlechterung des klinischen Zustands wird als vorübergehend beurteilt und erfordert keine Hospitalisation/Rehospitalisation in der Akutversorgung

3.2.4 Muskuloskelettale Rehabilitation

Definition

Muskuloskelettale Rehabilitation ist eine interdisziplinäre/interprofessionelle Behandlungsform teils chronischer, teils akuter ossärer, artikulärer, vertebraler und/oder Weichteilbezogener teils entzündlicher, teils degenerativer, teils postoperativer sowie posttraumatischer muskuloskelettaler Beeinträchtigungen.

Die Beeinträchtigungen der Körperfunktionen können folgende Bereiche betreffen:

- Gelenkbeweglichkeit/-stabilität
- Stabilität der Knochen
- Muskelkraft
- Muskeltonus
- Muskelausdauer
- Motorisch Reflexe
- Kontrolle und Koordination von Willkürbewegungen
- Bewegungsmuster beim Gehen
- Mit Muskeln und Bewegung im Zusammenhang stehende Empfindungen
- Schmerz

Ziele

Das Ziel der muskuloskelettalen Rehabilitation ist eine möglichst vollständige Wiedererlangung der ursprünglichen Funktionsfähigkeit, das Erlernen eines ergonomisch günstigen Verhaltens und der Prophylaxe. Die bestmögliche Leistungsfähigkeit auf der Ebene der Aktivitäten und der Partizipation (= berufliche und soziale Rollenerfüllung) und eine grösstmögliche Schmerzfreiheit sollen wieder hergestellt und erreicht werden.

Methoden

Neben den in Kapitel 2 erwähnten generellen Methoden kennzeichnen die muskuloskelettale Rehabilitation folgende Therapieformen und Massnahmen:

- Physio- und Ergotherapie ergänzt durch physikalische Therapie, Hilfsmittelberatung, -abgabe und -schulung
- Massnahmen der Ergonomie
- medikamentöse und interventionelle Schmerztherapie
- entsprechende Balneotherapie
- Therapien, die ein Umgehen mit der Krankheit einzuüben helfen, die auch Psychoedukation bzw. psychologische Beratung beinhalten
- Rehabilitationspflege
- Orthopädietechnik und -prothetik auch unter Einbezug der Orthopädieschuhtechnik
- Sozialberatung
- Ernährungsberatung

Kriterien aufgeteilt für drei Schnittstellen:

- a) Kriterien an der Schnittstelle Akutspital zur überwachungspflichtigen Rehabilitation (als intensive Form der stationären Rehabilitation)
- b) Kriterien an der Schnittstelle Akutspital zur stationären Rehabilitation
- c) Kriterien an der Schnittstelle überwachungspflichtige Rehabilitation zur stationären Rehabilitation

a) Kriterien an der Schnittstelle Akutspital zur überwachungspflichtigen Muskuloskelettalen Rehabilitation (als intensive Form der stationären Rehabilitation)

Eintrittskriterien		Austrittskriterien	
Einschluss	<p>Alle Kriterien treffen zu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bedarf an fachärztlicher rehabilitativer und kurativer Versorgung, hoher differenzierter Therapiebedarf 2. Hoher Bedarf an differenzierter Behandlungs- und Rehabilitationspflege 3. Verbesserung der Prognose bei frühzeitiger Rehabilitationsbehandlung <p>Eines oder mehrere der Kriterien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Respiratorische Insuffizienz ohne invasive Beatmungspflichtigkeit 2. Persistierende Infektsituation 3. Leichte bis mittelschwere Psychopathie oder Suchtkrankheit mit kontrollierter Abhängigkeit 4. Patient benötigt im Durchschnitt max. 2x/Tag eine ärztliche Kontrolle 5. Patient, der wegen eines Infektes isoliert werden muss 6. Weiterbehandlung schwerwiegender internistischer Begleiterkrankungen 7. Symptomatische Anämie 8. Weiterführung einer parenteralen medikamentösen Therapie und/oder Flüssigkeitszufuhr 9. Weiterführung einer parenteralen und/oder enteralen Ernährung 10. Liegende Drainagen oder zentralvenöser Katheter 11. Weiterführung einer Chemotherapie 12. Anhaltende kognitive Beeinträchtigung 13. Schluckstörungen mit Aspirationsgefahr 14. Instabile diabetische Stoffwechsellage 15. Vollständig bettlägeriger Patient 16. Grosse, offene Wunden 17. Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) 		<p>Eines oder mehrere der Kriterien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Patient benötigt maximal 1x tgl. ärztliche oder fachärztliche Visite 2. Noch nicht stabilisierte Schmerzsituation und Rehabilitationspotential 3. Einschränkung der muskuloskelettalen Funktionen mit persistierenden relevanten Aktivitäts- und/oder Partizipationsstörungen sowie Rehabilitationspotential. Allenfalls ungünstige Kontextfaktoren
	<p>Eines oder mehrere der Kriterien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Invasiv beatmungspflichtige respiratorische Insuffizienz 2. Septische Infektsituation mit hämodynamischer Instabilität 3. Hämodynamische Instabilität 4. Schwere Psychopathie oder Suchtkrankheit mit manifester nicht kontrollierter Abhängigkeit 5. Neuverordnung eines Medikamentes, das mehrmals pro Tag eine Dosisanpassung unter direkter ärztlicher Aufsicht erfordert oder ein Idiosynkrasie-Risiko birgt. 6. Der Patient benötigt mindestens 3x/Tag eine ärztliche Kontrolle 7. Ständige oder intermittierende Beatmung (mindestens 3x täglich) 8. Beurteilung der Vitalfunktionen mind. alle 30 Minuten über einen Zeitraum von 4h 9. Jedes akute Versagen eines Organs oder eines Organsystems in den letzten 48h 10. Anhaltendes Fieber (axillar >38° C bzw. >38.8°C rektal oder im Ohr) in den letzten 48h bei einem Patienten, der nicht auf Grund von Fieber hospitalisiert wurde 11. Bewusstseinsstörungen, die in den letzten 48h aufgetreten sind 12. Akute hämatologische Probleme (Agranulozytose, schwere Anämie) in den letzten 48h 13. Maligne, nicht kontrollierte ventrikuläre Rhythmusstörungen 14. Biopsie eines inneren Organes am Verlegungstag 15. Thorax-, Abdominal-, oder Gelenkspunktion am Verlegungstag 16. Chirurgischer Eingriff im Operationssaal am Verlegungstag oder am Vortag der geplanten Verlegung 		<p>Eines oder mehrere der Kriterien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Patient benötigt 2x/Tag eine ärztliche Kontrolle 2. Patient, der wegen eines Infektes isoliert werden muss 3. Symptomatische Anämie 4. Zentralvenöse Katheter, liegende Drainagen 5. Anhaltende kognitive Beeinträchtigung 6. Instabile diabetische Stoffwechsellage 7. Instabile und abklärungsbedürftige internistische Begleiterkrankungen 8. Exzessive enterale Flüssigkeitsverluste 9. Instabile Organfunktionen (Leber, Niere) 10. Grosse offene Wunden 11. Infizierte Operationswunden 12. Instabile Schmerzsituation mit ausgeprägte Nebenwirkungen auf Schmerzmedikation
Ausschluss	<p>Eines oder mehrere der Kriterien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Invasiv beatmungspflichtige respiratorische Insuffizienz 2. Septische Infektsituation mit hämodynamischer Instabilität 3. Hämodynamische Instabilität 4. Schwere Psychopathie oder Suchtkrankheit mit manifester nicht kontrollierter Abhängigkeit 5. Neuverordnung eines Medikamentes, das mehrmals pro Tag eine Dosisanpassung unter direkter ärztlicher Aufsicht erfordert oder ein Idiosynkrasie-Risiko birgt. 6. Der Patient benötigt mindestens 3x/Tag eine ärztliche Kontrolle 7. Ständige oder intermittierende Beatmung (mindestens 3x täglich) 8. Beurteilung der Vitalfunktionen mind. alle 30 Minuten über einen Zeitraum von 4h 9. Jedes akute Versagen eines Organs oder eines Organsystems in den letzten 48h 10. Anhaltendes Fieber (axillar >38° C bzw. >38.8°C rektal oder im Ohr) in den letzten 48h bei einem Patienten, der nicht auf Grund von Fieber hospitalisiert wurde 11. Bewusstseinsstörungen, die in den letzten 48h aufgetreten sind 12. Akute hämatologische Probleme (Agranulozytose, schwere Anämie) in den letzten 48h 13. Maligne, nicht kontrollierte ventrikuläre Rhythmusstörungen 14. Biopsie eines inneren Organes am Verlegungstag 15. Thorax-, Abdominal-, oder Gelenkspunktion am Verlegungstag 16. Chirurgischer Eingriff im Operationssaal am Verlegungstag oder am Vortag der geplanten Verlegung 		<p>Eines oder mehrere der Kriterien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Patient benötigt 2x/Tag eine ärztliche Kontrolle 2. Patient, der wegen eines Infektes isoliert werden muss 3. Symptomatische Anämie 4. Zentralvenöse Katheter, liegende Drainagen 5. Anhaltende kognitive Beeinträchtigung 6. Instabile diabetische Stoffwechsellage 7. Instabile und abklärungsbedürftige internistische Begleiterkrankungen 8. Exzessive enterale Flüssigkeitsverluste 9. Instabile Organfunktionen (Leber, Niere) 10. Grosse offene Wunden 11. Infizierte Operationswunden 12. Instabile Schmerzsituation mit ausgeprägte Nebenwirkungen auf Schmerzmedikation
	<p>Eines oder mehrere der Kriterien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Invasiv beatmungspflichtige respiratorische Insuffizienz 2. Septische Infektsituation mit hämodynamischer Instabilität 3. Hämodynamische Instabilität 4. Schwere Psychopathie oder Suchtkrankheit mit manifester nicht kontrollierter Abhängigkeit 5. Neuverordnung eines Medikamentes, das mehrmals pro Tag eine Dosisanpassung unter direkter ärztlicher Aufsicht erfordert oder ein Idiosynkrasie-Risiko birgt. 6. Der Patient benötigt mindestens 3x/Tag eine ärztliche Kontrolle 7. Ständige oder intermittierende Beatmung (mindestens 3x täglich) 8. Beurteilung der Vitalfunktionen mind. alle 30 Minuten über einen Zeitraum von 4h 9. Jedes akute Versagen eines Organs oder eines Organsystems in den letzten 48h 10. Anhaltendes Fieber (axillar >38° C bzw. >38.8°C rektal oder im Ohr) in den letzten 48h bei einem Patienten, der nicht auf Grund von Fieber hospitalisiert wurde 11. Bewusstseinsstörungen, die in den letzten 48h aufgetreten sind 12. Akute hämatologische Probleme (Agranulozytose, schwere Anämie) in den letzten 48h 13. Maligne, nicht kontrollierte ventrikuläre Rhythmusstörungen 14. Biopsie eines inneren Organes am Verlegungstag 15. Thorax-, Abdominal-, oder Gelenkspunktion am Verlegungstag 16. Chirurgischer Eingriff im Operationssaal am Verlegungstag oder am Vortag der geplanten Verlegung 		<p>Eines oder mehrere der Kriterien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Patient benötigt 2x/Tag eine ärztliche Kontrolle 2. Patient, der wegen eines Infektes isoliert werden muss 3. Symptomatische Anämie 4. Zentralvenöse Katheter, liegende Drainagen 5. Anhaltende kognitive Beeinträchtigung 6. Instabile diabetische Stoffwechsellage 7. Instabile und abklärungsbedürftige internistische Begleiterkrankungen 8. Exzessive enterale Flüssigkeitsverluste 9. Instabile Organfunktionen (Leber, Niere) 10. Grosse offene Wunden 11. Infizierte Operationswunden 12. Instabile Schmerzsituation mit ausgeprägte Nebenwirkungen auf Schmerzmedikation

b) Kriterien an der Schnittstelle Akutspital zur stationären Muskuloskelettalen Rehabilitation

	Eintrittskriterien	Austrittskriterien
Einschluss	<p>Alle Kriterien treffen zu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Patient benötigt maximal 1x tgl. ärztliche oder fachärztliche Visite 2. Noch nicht stabilisierte Schmerzsituation und Rehabilitationspotential 3. Einschränkung der muskuloskelettalen Funktionen mit persistierenden relevanten Aktivitäts- und/oder Partizipationsstörungen sowie Rehabilitationspotential, allenfalls ungünstige Kontextfaktoren 	<p>Alle Kriterien treffen zu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Rehabilitationsziele sind erreicht: <ul style="list-style-type: none"> • Funktionelle Kapazitäten wiederhergestellt • Soweit wiederhergestellt, dass eine Entlassung in eine ambulante Situation,/Pflegeheim möglich ist • Übertritt in Palliativpflege: Schmerzeinstellung gelungen 2. Wiederauftreten einer Instabilität, die Akutversorgung nötig macht: <ul style="list-style-type: none"> • Kreislaufaktive Blutung • Engmaschige Überwachung nötig: • Kontinuierliche intravenöse, mehrfach tgl. intravenöse Medikation nötig. • Intensivbehandlung nötig • Anhaltendes ungeklärtes Fieber • Neuerliche chirurgische Intervention nötig • Schwere Elektrolyt-/Stoffwechselstörung
Ausschluss	<p>Eines oder mehrere der Kriterien</p> <p>Alle unter a) Kriterien an der Schnittstelle Akutspital zur überwachungspflichtigen Rehabilitation (als intensive Form der stationären Rehabilitation) genannten:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Invasiv beatmungspflichtige respiratorische Insuffizienz 2. Septische Infektsituation mit hämodynamischer Instabilität 3. Hämodynamische Instabilität 4. Schwere Psychopathie oder Suchtkrankheit mit manifester nicht kontrollierter Abhängigkeit 5. Neuverordnung eines Medikamentes , das mehrmals pro Tag eine Dosisanpassung unter direkter ärztlicher Aufsicht erfordert oder ein Idiosynkrasie-Risiko birgt. 6. Der Patient benötigt mindestens 3x/Tag eine ärztliche Kontrolle 7. Ständige oder intermittierende Beatmung (mindestens 3x täglich) 8. Beurteilung der Vitalfunktionen mind. alle 30 Minuten über einen Zeitraum von 4h 9. Jedes akute Versagen eines Organs oder eines Organsystems in den letzten 48h 10. Anhaltendes Fieber (axillar >38° C bzw. >38.8°C rektal oder im Ohr) in den letzten 48h bei einem Patienten, der nicht auf Grund von Fieber hospitalisiert wurde 11. Bewusstseinsstörungen, die in den letzten 48h aufgetreten sind 12. Akute hämatologische Probleme (Agranulozytose, schwere Anämie) in den letzten 48h 13. Maligne, nicht kontrollierte ventrikuläre Rhythmusstörungen 14. Biopsie eines inneren Organes am Verlegungstag 15. Thorax-, Abdominal-, oder Gelenkpunktion am Verlegungstag 16. Chirurgischer Eingriff im Operationssaal am Verlegungstag oder am Vortag der geplanten Verlegung <p>und zusätzlich unter b) Kriterien an der Schnittstelle Akutspital zur stationären Muskuloskelettalen Rehabilitation:</p> <ol style="list-style-type: none"> 17. Zusatzerkrankungen, welche durch körperliche Aktivität verschlechtert werden oder eine Rehabilitation verunmöglichen 18. Schwere Psychopathie oder Suchterkrankung mit manifester, nicht kontrollierter Abhängigkeit 	<p>Eines oder mehrere der Kriterien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zustand erlaubt noch keine Entlassung in ein ambulantes Setting und Rehabilitationspotential ist vorhanden 2. Ambulante Rehabilitation wäre möglich aber in zumutbarer Distanz nicht möglich 3. Therapieziel noch nicht erreicht, Rehabilitationspotential vorhanden

c) Kriterien an der Schnittstelle überwachungspflichtige Rehabilitation zur stationären Muskuloskelettalen Rehabilitation

	Übertrittskriterien	Austrittskriterien
Einschluss	<p>Alle Kriterien treffen zu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Patient benötigt maximal 1x tgl. ärztliche oder fachärztliche Visite 2. Noch nicht stabilisierte Schmerzsituation und Rehabilitationspotential 3. Einschränkung der muskuloskelettalen Funktionen mit persistierenden relevanten Aktivitäts- und/oder Partizipationsstörungen sowie Rehabilitationspotential. Allenfalls ungünstige Kontextfaktoren 	<p>Alle Kriterien treffen zu</p> <p>A: Entwicklung in Richtung häuslicher/ambulanter Versorgungsstruktur</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Der Gesamtstatus erlaubt die Weiterbehandlung in einem nachgeordneten Setting. 2. Die Rehabilitationsziele sind erreicht: <ol style="list-style-type: none"> a. die funktionelle Kapazität des Patienten ist dem künftigen Umfeld nach der Entlassung angemessen oder b. es wird keine signifikante Besserung mehr erwartet und anhand Beurteilungsskalen lässt sich feststellen, dass die funktionelle Kapazität nicht weiter steigen wird Zur Überprüfung werden standardisierte und validierte Instrumente eingesetzt. 3. Die Symptomatik hat sich ausreichend gebessert und ist mit dem künftigen Umfeld vereinbar <p>B: Entwicklung in Richtung stationär akuter Versorgung</p> <p>Es treten neue Probleme oder Komplikationen auf, die eine Hospitalisation/Rehospitalisation in der Akutversorgung erfordern (mehr als drei ärztliche Interventionen täglich an zwei aufeinanderfolgenden Tagen):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kreislaufaktive Blutung • Resp. Insuffizienz • Wieder aufflackernder /neuer Infekt • Psychische Instabilität • Notwendigkeit einer akuten Intervention: kardial, angiologisch, operativ orthopädisch, neurologisch <p>C: Entwicklung in Richtung einer anderen Versorgungsstruktur</p> <p>Aufgrund der klinischen Entwicklung kann der Patient einer anderen Art der weiteren Behandlung und Betreuung zugewiesen werden.</p>
Ausschluss	<p>Eines oder mehrere der Kriterien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Patient der wegen eines Infektes isoliert werden muss 2. Abklärungsbedürftige internistische Begleiterkrankungen 3. Rhythmusstörungen 4. Symptomatische Anämie 5. Postkardiotomie-Syndrom 6. Parenterale Therapie 7. Anhaltende kognitive Beeinträchtigung 8. Patient benötigt 2x/Tag eine ärztliche Kontrolle 9. Zentralvenöse Katheter, liegende Drainagen 10. Instabile diabetische Stoffwechsellage 11. Instabile und abklärungsbedürftige internistische Begleiterkrankungen 12. Ekzessive enterale Flüssigkeitsverluste 13. Instabile Organfunktionen (Leber, Niere) 14. Grosse offene Wunden 15. Infizierte Operationswunden 16. Instabile Schmerzsituation mit ausgeprägte Nebenwirkungen auf Schmerzmedikation 	<p>Eines oder mehrere der Kriterien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verlängerung der stationären Rehabilitation, da die festgestellten Fortschritte den Austritt in eine weniger restriktive Umgebung als ursprünglich geplant erlauben. 2. Die Verschlechterung des klinischen Zustands wird als vorübergehend beurteilt und erfordert keine Hospitalisation/Rehospitalisation in der Akutversorgung. (die Grenze von drei ärztlichen Interventionen täglich über einen Zeitraum von zwei aufeinanderfolgenden Tagen wird nicht überschritten)

3.2.5 Neurologische Rehabilitation

Definition

Bei der Neurorehabilitation handelt es sich um die Behandlung - gemäss WHO-Definition - der Folgen von Erkrankungen und Schädigungen des zentralen und peripheren Nervensystems sowie der Behandlung der Folgen von neuromuskulären Erkrankungen.

Unter Berücksichtigung der verschiedenen Erkrankungsphasen beinhaltet die *Akutphase* neurologischer Erkrankungen die Diagnostik der neurologischen Störung, die jeweilige kurativ medizinische und chirurgische Behandlung sowie, den Beginn rehabilitativ orientierter Massnahmen. Damit verbunden ist die Indikationsstellung für weitere Rehabilitationsmassnahmen. Abhängig vom Schweregrad des Neurologischen Zustandes und den damit verbundenen Funktionsausfällen schliesst sich die Behandlung auf einer *überwachungspflichtigen Rehabilitation* (als intensive Form der stationären Rehabilitation auch neurorehabilitativen Intensivabteilung oder ehemals Neurologische Frührehabilitation genannt) oder weiterführenden *stationären Neurorehabilitation* an.

Sowohl für die stationäre Neurorehabilitation im Allgemeinen wie auch für die stationäre Neurorehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Schäden des Nervensystems (*überwachungspflichtigen Rehabilitation*) wurden von der SGNR (Schweizerische Gesellschaft für Neurorehabilitation) Anforderungsprofile formuliert, in welchen sowohl die Indikationen als auch die strukturellen Anforderungen an die Rehabilitationskliniken definiert wurden (für die *überwachungspflichtigen Rehabilitation* Papier vom 27. 9. 2001 GV Locarno).

Bei Patienten mit schweren und schwersten neurologischen Beeinträchtigungen ist die Indikation für eine *überwachungspflichtigen Rehabilitation* gegeben, wenn

- ein schweres neurologisches Zustandsbild vorliegt
- eine qualitative und/oder quantitative Bewusstseinsstörung vorliegt
- ein anhaltender Verwirrheitszustand vorliegt
- eine vegetative Instabilität in Ruhe und oder unter Belastung vorliegt, aus der eine Monitorpflicht resultiert
- die Atemwege mechanisch abgesaugt werden müssen, z.B. evtl. bei Tracheostomie
- eine parenterale Ernährung notwendig ist
- ein akutes und gleichzeitig hohes Komplikationsrisiko verbunden mit einem hohen Risiko für Sekundär- und allenfalls auch Tertiärkomplikationen vorliegt, z.B. Dekubitus, Kontrakturen, Aspirationen, periartikuläre Ossifikationen
- schwere internistische Zustände wie z.B. Exsikkose, Mangelernährung vorhanden sind

Ausserdem kann ein anhaltender oder intermittierender Verlust der Selbstkontrolle in Folge ausgeprägter kognitiver und/oder psychischer Beeinträchtigung vorliegen, der sich in Verwirrtheit, Desorientiertheit, amnestischem Syndrom, Agitation, Depressivität, Aggressivität, Anosognosie (fehlende Krankheitswahrnehmung), Selbst- bzw. Fremdgefährdung, Weglauf-Gefahr etc. äussern kann.

Im Weiteren qualifizieren sich für die Behandlung auf einer *überwachungspflichtigen Rehabilitation* Patienten mit schwerster neurologischer Beeinträchtigung mit einem hohen auch ärztlichen und pflegerischen Überwachungs-, Behandlungs- und Betreuungsaufwand inkl. notwendiger intensiv medizinischer Überwachung und/oder Interventionsbereitschaft. Damit verbunden ist eine maximale Therapiebedürftigkeit (oft auch eine Behandlung durch zwei oder mehr Therapiefachkräfte gleichzeitig) und die Unmöglichkeit einer Gruppentherapie. Oft besteht bei diesen Patienten eine schwerste Störung der Kommunikationsfähigkeit, des Instruktionsverständnisses und der Krankheitseinsicht. Ein aktives Mitarbeiten an Therapiezielen ist diesen Patienten meist noch nicht möglich.

Grundsätzliche Voraussetzungen für eine überwachungspflichtige Neurologische Rehabilitation

Für die Verlegung auf eine neurorehabilitative Intensivabteilung - überwachungspflichtige Rehabilitation - von Patienten mit schwerster neurologischer Beeinträchtigung müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Die Akutversorgung soll in der Regel abgeschlossen sein
- Stabilität der vitalen Funktionen ohne kreislaufaktive Medikamente und ohne maschinelle Beatmung
- Intrakranielle Druckverhältnisse müssen stabil vorhanden sein
- Es darf keine Sepsis vorliegen

Institutionelle Voraussetzungen für eine neurorehabilitative Intensivabteilung zur Erbringung der überwachungspflichtigen Rehabilitation

Eine neurorehabilitative Intensivabteilung für die Behandlung von schwerstbetroffenen Patienten ist in der Regel in einer Institution der stationären Neurorehabilitation integriert. Je nach Begebenheiten ist auch die Integration in einer Akutklinik möglich. Die Infrastruktur umfasst Monitorisierung, visuelle Überwachung aller Patienten, Pflegeeinrichtungen für Schwerstbetroffene, angepasste Infrastruktur für Therapien, Schutz bei Weglauf-Gefahr. Die Schnittstelle zwischen Akutversorgung und Rehabilitation verlangt eine detaillierte Übertrittsplanung zwischen Akutspital und spezialisierter intensiver Neurorehabilitationseinrichtung. Empfohlen werden institutionalisierte Rehabilitationsvisiten durch Spezialisten der Neurorehabilitationsinstitution vor Ort im Akutspital. Die Integration der überwachungspflichtigen Rehabilitation in eine Institution der Neurorehabilitation mit einer umfassenden personellen und apparativen Infrastruktur gewährleistet die Bereitstellung aller notwendigen Subspezialitäten (z.B. Spezialisten der Schlucktherapie und der Sprachtherapie, Robotersysteme der Lokomotion) und der integrierten Aus-, Weiter- und Fortbildung des Personals in den notwendigen Fachbereichen. Durch die Integration des Personals der verschiedenen Abteilungen in allen Prozessen ist ein nahtloser Übergang von der überwachungspflichtigen Rehabilitation in die weiterführende stationäre und dann ambulante Neurorehabilitation garantiert.

Ziele

Das Ziel des gesamten Prozesses ist die bestmögliche Wiederherstellung der körperlichen und- seelischen Integrität:

- Minderung der primären Schädigungsfolgen
- Vermeidung von Sekundär- und Tertiärschäden
- Erkennung und Förderung des individuellen Rehabilitationspotentials
- Bestmögliche Selbständigkeit (Teilhabe) im Alltagsleben
- Wiedereingliederung in Schule und Beruf und Gesellschaft
- Krankheitsbewältigung

Methoden

Neben den in Kapitel 2 erwähnten generellen Methoden sind die häufigste Therapieformen und Massnahmen:

- Medizinische Behandlungen unter der Leitung eines Facharztes Neurologie
- Physiotherapie, Physikalische Therapie, Balneotherapie, Robotik unterstützte Therapie
- Ergotherapie
- Logopädie und fazioorale Therapie
- Behandlungspflege in patientenbezogen unterschiedlichen Kombinationen
- Isolierungspflichtige Massnahmen

- Neuropsychologie, Psychologie
- Sozialberatung und berufliche Wiedereingliederung
- Ernährungsberatung
- Hilfsmittelberatung und -schulung
- Patienten- und Angehörigenschulung
- Anleitung Selbsthilfe und/oder Pflege (Waschtraining, Anziehtraining, Esstraining, Kontinenztraining, Orientierungstraining, Schlucktraining, Tracheostoma-Management)
- Zusätzliche Therapien (z.B. Musiktherapie, Beschäftigungstherapie, Hippotherapie)

Kriterien aufgeteilt für drei Schnittstellen:

- a) Kriterien an der Schnittstelle Akutspital zur überwachungspflichtigen Rehabilitation (als intensive Form der stationären Rehabilitation, neurorehabilitative Intensivabteilung)
- b) Kriterien an der Schnittstelle Akutspital zur stationären Rehabilitation
- c) Kriterien an der Schnittstelle überwachungspflichtige Rehabilitation zur stationären Rehabilitation

a. Kriterien an der Schnittstelle Akutspital zur überwachungspflichtigen Rehabilitation (als intensive Form der stationären Rehabilitation, neurorehabilitative Intensivabteilung)

	Eintrittskriterien	Austrittskriterien
Einschluss	<p>Eines oder mehrere der Kriterien</p> <p>Patienten mit einem schweren neurologischem Zustandsbild</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vegetative Instabilität in Ruhe oder unter Belastung (Monitorüberwachung nötig) 2. Absaugpflichtige Atemwege mit und ohne Tracheostoma 3. Spontanatmung muss interkurrent noch unterstützt werden 4. Parenterale Ernährung noch notwendig 5. Schwere qualitative und quantitative Bewusstseinsstörung 6. Akutes und hohes Komplikationsrisiko: Hohes Risiko für Sekundär-oder Tertiärkomplikationen wie Dekubitus, Kontrakturen, Aspiration, periartikuläre Verkalkungen, Exsikkose, Mangelernährung oder schwere mentale Beeinträchtigung 7. Delirantes Zustandsbild mit anhaltendem oder intermittierendem Verlust der Selbstkontrolle, amnestisches Syndrom, Agitiertheit, Aggressivität, Depression, Antriebsstörung, Neglect, selbst- und fremdgefährdet, Weglaufrisiko 8. Hoher ärztlicher und pflegerischer Überwachungs-Behandlungs- und Betreuungsaufwand einschliesslich intensivmedizinischer Intervention 9. Intensiv- und Rehabilitationspflege mehr als 4h täglich notwendig 10. Maximaler therapeutischer Aufwand: Einzel oder Doppelbehandlung, keine Gruppentherapiefähigkeit 11. Schwerste Störung der Kommunikationsfähigkeit, des Instruktionsverständnisses, der Krankheitseinsicht 12. keine Mitarbeitsmöglichkeit an Therapiezielen 	<p>Eines oder mehrere der Kriterien</p> <p>Zustands- und Funktionsverbesserung, die eine Verlegung in die weiterführende stationäre Neurorehabilitation zulässt.</p>
Ausschluss	<p>Eines oder mehrere der Kriterien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kurz bevorstehende neurochirurgische Intervention 2. Akutbehandlungen noch nicht abgeschlossen 3. Aktive Epilepsie mit hohem Risiko eines Status epilepticus 4. Sepsis 5. Pneumonie mit globaler respiratorischer Insuffizienz 6. Komorbidität verunmöglicht eine Mobilisation 7. Dauerbeatmung (kein Ausschlusskriterium in dafür speziell eingerichteten Einheiten) 	<p>Eines oder mehrere der Kriterien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Andauernde neurologische und/oder internistische Instabilität bei vorhandenem Rehabilitationspotential 2. Rehabilitationspotenzial weiterhin vorhanden, aber nur im Setting der überwachungspflichtigen Rehabilitation - neurorehabilitative Intensivabteilung - abrufbar

b. Kriterien an der Schnittstelle Akutspital zur stationären Neurologischen Rehabilitation

	Eintrittskriterien	Austrittskriterien
Einschluss	<p>Alle Kriterien treffen zu</p> <p>Diese Patienten sind</p> <ol style="list-style-type: none"> Überwiegend bewusstseinsklar Zur täglichen aktiven rehabilitativen Mitarbeit an mehreren Therapiesitzungen zu ca. 30 min. in der Lage Interaktions- und kommunikationsfähig evtl. mit Hilfsmitteln Zur Teilmobilisation fähig, ca. 3-4h täglich im Rollstuhl Für alltägliche Verrichtungen weitgehend auf pflegerische Hilfe angewiesen Nicht mehr auf die überwachungspflichtige Rehabilitation - neurorehabilitative Intensivabteilung - angewiesen, nur geringes Komplikationsrisiko 	<p>Eines oder mehrere der Kriterien</p> <p>Rückverlegung in ein akut Spital</p> <ol style="list-style-type: none"> Bewusstseinsstrübung mit Delir Aspiration mit resp. Insuffizienz Intensivüberwachung nötig Schwere Infektion psychische Dekompensation mit Suizidgefährdung Fremdaggressiv Weglaufgefährdung <p>Verlegung in eine nachgeordnete Institution oder nach Hause</p> <ol style="list-style-type: none"> Die Rehabilitationsziele sind erreicht Rehabilitationspotenzial ausgereizt enge Anbindung an fam. Strukturen ist erwünscht, ambulante Weiterführung der Rehabilitation Einbezug des Arbeitgebers <p>Strukturierte Vorbereitung auf die Wiedereingliederung ist möglich</p>
Ausschluss	<p>Eines oder mehrere der Kriterien</p> <p>Akute Verschlechterung: Verwirrt, unkooperativ</p>	<p>Eines oder mehrere der Kriterien</p> <ol style="list-style-type: none"> Instabilität Rehabilitationspotenzial nur stationär abrufbar Häusliches Setting ist noch nicht vorbereitet Gezieltes Hirn-Leistungstraining ist ambulant nicht möglich

c. Kriterien an der Schnittstelle überwachungspflichtige Rehabilitation zur stationären Neurologischen Rehabilitation

	Übertrittskriterien	Austrittskriterien
Einschluss	<p>Alle Kriterien treffen zu</p> <p>Diese Patienten sind</p> <ol style="list-style-type: none"> Überwiegend bewusstseinsklar Zur täglichen aktiven rehabilitativen Mitarbeit an mehreren Therapiesitzungen à ca. 30 min. in der Lage interaktions- und kommunikationsfähig evtl. mit Hilfsmitteln Zur Teilmobilisation fähig, ca. 3-4h täglich im Rollstuhl Für alltägliche Verrichtungen weitgehend auf pflegerische Hilfe angewiesen Nicht mehr auf die überwachungspflichtige Rehabilitation - neurorehabilitative Intensivabteilung - angewiesen, nur geringes Komplikationsrisiko 	<p>Eines oder mehrere der Kriterien</p> <p>Rückverlegung in ein akutes Spital</p> <ol style="list-style-type: none"> Bewusstseinsstrübung mit Delir Aspiration mit resp. Insuffizienz Intensivüberwachung nötig Schwere Infektion psychische Dekompensation mit Suizidgefährdung Fremdaggressiv Weglaufgefährdung
Ausschluss	<p>Eines oder mehrere der Kriterien</p> <ol style="list-style-type: none"> Akute Verschlechterung: Verwirrt, unkooperativ Andauernde neurologische und/oder internistische Instabilität bei vorhandenem Rehabilitationspotential Rehabilitationspotenzial weiterhin vorhanden, aber nur im Setting der überwachungspflichtigen Rehabilitation - neurorehabilitative Intensivabteilung - abrufbar 	<p>Eines oder mehrere der Kriterien</p>

3.2.6 Pädiatrische Rehabilitation

Definition

Die pädiatrische Rehabilitation befasst sich mit angeborenen und erworbenen Krankheiten und Schädigungen von Organen und Organsystemen, die wesentliche Funktionsstörungen und Beeinträchtigungen von Aktivität und Partizipation der Kinder und Jugendlichen zur Folge haben. Der Bezug auf die jeweiligen Störungen körperlicher, geistiger, emotionaler und Verhaltensfunktionen, deren Auswirkung auf die weitere Entwicklung der Kinder oder Jugendlichen, sowie die Möglichkeit zur Alltagsbewältigung, zur sozialen Teilhabe und Integration, formalisiert ausgedrückt in der ICF-CY6, sind dabei ebenso wichtig wie der Bezug auf die jeweilige ätiologische Diagnose nach der ICD.

Analog zu den unterschiedlichen Leistungsbereichen in der Erwachsenenrehabilitation orientiert sich die pädiatrische Rehabilitation auch an den Organ- und Organsystem bezogenen Krankheiten und Schädigungen mit spezialisierten kinds- und jugendlichengerechten Rehabilitationskonzepten.

Beispielhaft zu nennen sind:

- **Neurologischen Rehabilitation**
Traumatische Hirnverletzung (TBI), Infantile Zerebralparese (CP), Vaskuläre Syndrome (Stroke), Encephalitis, Hypoxämische Hirnschädigung, Hirntumoren u.a.
Rückenmarksverletzung (SCI), Meningomyelozelen (MMC), Myelitis, Rückenmarkstumoren u.a. Polyneuroradikulitis (GBS), Muskeldystrophien u.a.
- **Neuroorthopädische Rehabilitation**
postoperative Mobilisation und Rehabilitation nach Orthopädisch Chirurgischen Eingriffen, St. n. Polytrauma u.a.
- **Muskuloskelettale Rehabilitation**
Einschränkungen aus den Funktionen des Bewegungsapparates, Osteoporose, Rheumatische Erkrankungen, St. n. Amputation u.a.
- **Pulmonale Rehabilitation**
Asthma bronchiale und schwere allergische Erkrankungen, Cystische Fibrose (CF), St. n. Lungentransplantation u.a.
- **Kardiale Rehabilitation**
Zustand nach Operation eines angeborenen Herzfehlers mit erschwerter Krankheitsverarbeitung und verminderter körperlicher Leistungsfähigkeit u.a.
- **Onkologische Rehabilitation**
Gezielte Massnahmen nach Therapie von bösartigen Neubildungen, um die körperlichen und seelischen Folgen zu mildern bzw. zu beseitigen. Im Speziellen: Tumorkrankheiten des Bewegungsapparates für intensive Physiotherapie, spezifische Beratung und Hilfsmittelversorgung; Hirntumorerkrankungen, für gezielte Therapiemassnahmen, Leukämien mit Beeinträchtigung des ZNS oder Bewegungsapparates
- **Dermatologische Rehabilitation**
Atopisches Ekzem, Psoriasis und Weitere

⁶ International Classification of Functioning, Disability and Health, Version Children & Youth, WHO 2007

Die besondere Situation der Kinder und Jugendlichen

Das Alter, die Grösse und der Entwicklungsstand (personenbezogene Faktoren) stellen besondere Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche (Umwelt- und Umfeld bezogene Faktoren).

Beispielhaft genannt seien

- Der erhöhte altersabhängige Betreuungsaufwand wie z.B. die Anleitung und Überwachung beim Spiel
- Der erhöhte altersabhängige Behandlungs- und Überwachungsaufwand wie z.B. die verminderte Compliance in den Therapien oder die Notwendigkeit, gewisse Untersuchungen wie z.B. ein MRI in Narkose durchführen zu müssen
- Besuch der Spitalschule als Pflicht und Teil des Rehabilitationsprogrammes
- Aufnahmemöglichkeit mindestens eines Elternteils und nötigenfalls der Geschwister (Rooming in)
- Die Rechte der Kinder im Spital, formalisiert ausgedrückt in der Charta für Kinder im Spital (EACH-Charta)⁷ wie z.B.
 - Kinder sollen gemeinsam mit anderen Kindern, die von ihrer Entwicklung und ihrer Behinderung ähnliche Bedürfnisse haben, betreut und gefördert werden. Sie sollen nicht in Erwachseneninstitutionen aufgenommen werden
 - Kinder haben das Recht auf eine Umgebung, die ihrem Alter und ihrem Zustand entspricht und die ihnen umfangreiche Möglichkeiten zum Spielen, zur Erholung und Schulbildung gibt. Rehabilitationseinrichtungen sollen den Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen entsprechend eingerichtet sein
 - Das Personal soll durch Ausbildung und Einfühlungsvermögen befähigt sein, auf die körperlichen, seelischen und entwicklungsbedingten Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen und ihrer Familien einzugehen

Ziele

Krankheiten, Krankheitssymptome und Schädigungen von Organen und Organsystemen sind bestmöglich geheilt. Medizinische Massnahmen können ambulant durchgeführt werden. Der Patient oder die Patientin und seine Eltern oder gesetzlichen Vertreter sind über die Krankheit und Behinderung informiert und in der Lage über weitere Massnahmen zu entscheiden.

Die mit den Eltern oder dem gesetzlichen Vertreter, je nach Alter mit dem Patienten oder der Patientin und dem Kostenträger vereinbarten, individuellen, konkreten Rehabilitationsziele, formal ausgedrückt anhand der ICF-CY⁸, sind erreicht.

Die altersgemäss grösstmögliche Selbständigkeit und Partizipationsfähigkeit, die Integration in eine adäquate Schule und die Aufnahmefähigkeit durch die Familie oder eine Nachfolgeinstitution, sind erreicht.

⁷Quelle :<http://www.kindundspital.ch/charta/die-charta-deutsch>,
http://www.kindundspital.ch/download/pictures/10/w10uu6afraqipitjeyty7mkyw8wuexy/each-charta_pediatria.pdf

⁸ International Classification of Functioning, Disability and Health, Version Children & Youth, WHO 2007

Methoden

Die in Kapitel 2 erwähnten generellen Methoden sind in der pädiatrischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche altersgerecht angepasst und nach Möglichkeit validiert. Die Behandlungsmethoden orientieren sich wenn immer möglich an den Prinzipien der Evidence Based Medicine (EBM).

Beispielhaft genannt sind:

- Für Kinder und Jugendliche geeignete Assessments bei Ein- und Austritt sowie zur Verlaufskontrolle
- ICF-CY und ICD bezogene Fall- und Verlaufsdokumentation
- Formulierung der Rehabilitationsziele unter Einbezug der Eltern oder des gesetzlichen Vertreters
- Individuell angepasste Therapiepläne mit Einzeltherapie, Gruppentherapie, Besuch der Spitalschule sowie Spiel und Freizeitangebot
- Koordinierter Einsatz des durch Ausbildung und Einfühlungsvermögen in der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen befähigten Fachpersonals
- Einbezug der Eltern oder des gesetzlichen Vertreters und je nach Alter und Urteilsfähigkeit auch der Kinder und Jugendlichen
- Frühe Planung der nachfolgenden schulischen Reintegration

Kriterien an der Schnittstelle Akutspital zur stationären Pädiatrischen Rehabilitation

	Eintrittskriterien	Austrittskriterien
Einschluss	<p>Eines oder mehrere der Kriterien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 0-18. Altersjahr 2. Vorschulalter oder schulpflichtig 3. Stabile Vitalfunktionen 4. Kurative, medizinische Diagnostik abgeschlossen 5. Kurative, medizinische Behandlung evaluiert und mindestens eingeleitet 6. Diagnostisch geklärte, nicht zunehmende Bewusstseinsstörung 7. Anhaltende oder sich bessernde kognitive Beeinträchtigung 8. Schwere Spastizität, Dystonie oder Dyskinesie 9. Behandlungs- und pflegetechnische Einrichtungen wie Baclofenpumpe, inkl. Füllung oder assistierte Ventilation. 10. Gips- oder härtende Verbände 11. Decubituspflege 12. Ernährung über Sonde- oder PEG 13. Schluckstörungen mit Aspirationsgefahr 14. Postoperative Primärversorgung abgeschlossen 	<p>Eines oder mehrere der Kriterien</p> <p>A: In eine Erwachsenenrehabilitationseinrichtung</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ab 19. Altersjahr 2. Schulpflicht erfüllt, Berufliche Eingliederung <p>B: Nach Hause ins familiäre Umfeld</p> <p>Rehabilitationsziele sind erreicht, ambulante Therapien sind möglich und vereinbart. Übertritt in ein adäquates Schulsetting ist gewährleistet.</p> <p>C: Verlegung in eine stationäre akute Versorgung</p> <p>Klinische Instabilität, die eine akutmedizinische Diagnostik, intensivere akutmedizinische Therapie, Operation oder intensivere Überwachung notwendig macht.</p> <p>D: Verlegung in eine andere Versorgungsstruktur (Heim)</p> <p>Rehabilitationsziele sind erreicht. Der Patient kann einer anderen Art der Behandlung und Betreuung und medizinischen Versorgung zugewiesen werden.</p>
Ausschluss	<p>Eines oder mehrere der Kriterien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Erwachsenenalter, nach vollendetem 18. Altersjahr 2. Schulpflicht abgeschlossen, Berufliche Abklärung 3. Instabile Vitalparameter 4. Nicht abgeschlossener diagnostischer und noch nicht eingeleiteter Therapie der kurativen Medizin 5. Fehlende Kooperation der Eltern oder des gesetzlichen Vertreters 6. Parenterale Ernährung 7. Primäre Palliative Care 8. Situationen, welche eine Überwachung und Behandlung in der Intensivmedizin oder Intermediate Care notwendig machen 	<p>Eines oder mehrere der Kriterien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Stationäre Rehabilitation ist weiterhin nötig <ul style="list-style-type: none"> • Ambulantes Setting ist noch nicht bereit • Ambulante Therapie steht in zumutbarer Distanz nicht zur Verfügung • Patient kann noch nicht in adäquates Schulsetting aufgenommen werden 2. Gesundheitliche Situation ist noch nicht stabil 3. Die häusliche Umgebung, Eltern oder Nachfolgeinstitution sind noch nicht für die Wiedereingliederung bereit

3.2.7 Paraplegiologische Rehabilitation

Definition

Als Querschnittslähmungen werden unfall-, krankheits- und missbildungsbedingte Lähmungen an den oberen und unteren Extremitäten sowie am Rumpf bezeichnet, die durch eine Störung im Bereich des Rückenmark und Cauda equina ausgelöst wird. Die durch eine Querschnittslähmung gestörten Körperfunktionen und -strukturen beeinträchtigen die Aktivitäten und damit auch die soziale und berufliche Teilhabe (Partizipation; gemäss dem ICF-Konzept⁹)¹⁰. Querschnittslähmungen nach Schädigungen im Halsmarkbereich werden als Tetraplegie, Schädigungen des Brust-, Lenden- und Sakralmarkes als Paraplegie bezeichnet. Bei der Tetraplegie sind alle vier Gliedmaßen, die Brustkorb- und Rumpfmuskulatur, bei der Paraplegie die Muskulatur des Rumpfes und der unteren Gliedmaßen betroffen¹¹. Von einer kompletten Lähmung spricht man bei vollständigem Ausfall aller unterhalb des Schädigungsortes ausgefallenen Funktionen, von einer inkompletten Lähmung bei nur teilweisem Ausfall¹². Das Lähmungsausmass wird angegeben als Grad des motorischen Ausfalls (Muskelfunktionsgrad und Lähmungshöhe) und als Grad des sensorischen Ausfalls¹³. «Unter der akuten Phase einer Rückenmarksschädigung (nach Unfall oder Erkrankung) versteht man den Behandlungszeitraum unmittelbar nach dem Eintritt der Lähmung. Sie kann mehrere Spitalaufenthalte umfassen.»¹⁴ «Von der chronischen Phase einer Paraplegie/Tetraplegie spricht man, wenn die Behandlung und Rehabilitation der akuten Erkrankung (z.B. einer akuten Rückenmarksverletzung), welche die Lähmungen verursachte, abgeschlossen ist»¹⁵.

Im weiteren Sinn werden hier unter Querschnittslähmungen auch Krankheitsbilder mit querschnittähnlicher Symptomatik verstanden.

Die Rehabilitation umfasst alle rehabilitativen Massnahmen sowie kurativen Behandlungen im Rahmen der Querschnittslähmung. Querschnittrehabilitation steht für alle Rehabilitationsphasen von Patienten mit Querschnittslähmung:

- **Erstrehabilitation:** Rehabilitation einer akuten - erstmalig aufgetretenen - Querschnittslähmung nach einem Unfall oder nach Krankheitsbeginn, im Anschluss an einer Erstversorgung und Erstbehandlung
- **Folgerehabilitation:** Rehabilitationsmassnahmen bei Patienten mit chronischer Querschnittslähmung
 - Standortbestimmung im Hinblick auf die Zustandserhaltung bei komplexer Behinderung
 - Verbesserung des Status bezüglich Aktivität und Partizipation bei bestehender Querschnittslähmung
- **Komplikationsbehandlung bei bestehender Querschnittslähmung:** Verschiedenste medizinische Behandlungen und falls notwendig anschliessende Rehabilitation bei Patienten mit bestehender Querschnittslähmung, die in einem Querschnittszentrum für diese Patienten mit besonderer Kompetenz angeboten werden

⁹ WHO [ICF, 2005]: 16 f.

¹⁰ Vgl. DMGP [Leitlinien QS, 2005]: 11

¹¹ DMGP [Leitlinien QS, 2005]: 6

¹² DMGP [Leitlinien QS, 2005]: 6

¹³ Das Lähmungsausmass kann z. B. mit AIS2 kategorisiert werden. – Vgl. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK8880/> und auch Frankel et al. [Frankel Scale, 1969]: 182

¹⁴ BFS-CH [Kodierungshandbuch, 2012]: 125, Regel S1905s. Vgl. auch die identische Definition in: DKG/GKV/PKV/InEK [DKR, 2011]: 159, Regel 1910h

¹⁵ BFS-CH [Kodierungshandbuch, 2012]: 127, Regel S1905s.

Ziele

Unabhängig von der Schadenslokalisierung im Rückenmark ist nach Eintritt einer Querschnittslähmung davon auszugehen, dass im Fall einer fortbestehenden vollständigen oder inkompletten Lähmung lebenslanger Behandlungsbedarf bestehen bleibt¹⁶. Die einzelnen Rehabilitationsphasen weisen unterschiedliche Behandlungsinhalte und -intensitäten auf.

Wichtige *kurative* Behandlungsziele und -massnahmen einer Querschnittrehabilitation¹⁷ sind:

- Sicherung und langfristige Stabilisierung der pulmonalen und kardialen Vitalfunktionen, des autonomen Nervensystems, der Darmfunktion. Weitestgehende Wiederherstellung der Blasenfunktion als unabdingbare Voraussetzung zum langfristigen Überleben
- Vermeidung oder Diagnostik und Behandlung akut lebensbedrohender Komplikationen, insbesondere von Thrombosen, Lungenembolien, Ateminsuffizienz und Druckstellen (Dekubitus)
- Klärung und Behandlung von Begleitverletzungen und Begleiterkrankungen
- Frühzeitige Prävention und Behandlung von weiteren Paraplegie-assoziierten Sekundärerkrankungen (kardiovaskulär, pulmonal, metabolisch, infektiös etc.)

Wichtige *rehabilitative* Behandlungsziele und -massnahmen einer Querschnittrehabilitation¹⁸ sind:

- Bewahrung der Blasenfunktion: Kontinenz durch ausreichende Speicherfunktion; niedrige Blasendruckwerte, um Harnwegsinfektionen und Niereninsuffizienz zu vermeiden und das langfristige Überleben zu sichern
- Regulierung der spinalen Spastik nach Abklingen des spinalen Schocks
- Diagnostik und Behandlung der Schmerzsyndrome bei Querschnittlähmung
- Psychische Stabilisierung des Patienten als unabdingbare Voraussetzung für eine somatische Stabilisierung
- Behandlung von Sexualfunktionsstörungen
- Neuroregeneration und Neuromodulation
- Schrittweise Mobilisierung
- Wiederherstellung der grösstmöglichen Selbständigkeit
- Einleitung der weiteren Lebensplanung und beruflichen Zukunft
- Eingliederung oder Wiedereingliederung in individuell angepasste soziale Lebensverhältnisse. Berücksichtigung von Kontextfaktoren
- Planung der Nachsorge
- Einleitung sekundärprophylaktischer Massnahmen
- Patienten- und Angehörigenedukation

Die Erstrehabilitation von Para- und Tetraplegikern dauert in der Regel sechs bis zwölf Monate. Bei speziellen medizinischen Indikationen kann sie unter Umständen auch kürzer oder länger ausfallen. Eine Folgerehabilitation oder Komplikationsbehandlung bei bestehender Querschnittlähmung kann einzelne Wochen bis mehrere Monate dauern. Zu Beginn der Behandlung werden die funktionellen Defizite im Minimum in folgenden Bereichen mittels standardisierter Assessments erfasst und beurteilt: Muskel- und Gelenkstatus, Spastikstatus,

¹⁶ DMGP [Leitlinien QS, 2005]: 10 f

¹⁷ Vgl. DMGP [Leitlinien QS, 2005]: 12 ff

¹⁸ Vgl. DMGP [Leitlinien QS, 2005]: 12 ff

ASIA Score (American Spinal Injury Association), autonome Dysfunktionen, ADL mittels SCIM (Spinal Cord Independence Measure).

Methoden

Neben den in Kapitel 2 erwähnten generellen Methoden sind die häufigste Therapieformen und Massnahmen:

- Medizinische Behandlungen unter der Leitung eines in der Paraplegiologie erfahrenen Facharztes
- Physiotherapie, Physikalische Therapie
- Ergotherapie
- Logopädie und fazioorale Therapie
- Behandlungspflege in patientenbezogen unterschiedlichen Kombinationen
- isolierungspflichtige Massnahmen
- Psychologie
- Sozialberatung und berufliche Wiedereingliederung
- Ernährungsberatung
- Hilfsmittelberatung und -schulung
- Patienten- und Angehörigenschulung
- Anleitung Selbsthilfe und/oder Pflege (Waschtraining, Anziehtraining, Esstraining, Kontinenztraining, Orientierungstraining, Schlucktraining, Tracheostoma-Management)
- Zusätzliche Therapien (z.B. Musiktherapie, Beschäftigungstherapie, Hippotherapie)

Kriterien an der Schnittstelle Akutspital zur stationären spezialisierten Paraplegiologischen Rehabilitation (Querschnittrehabilitation):

	Eintrittskriterien	Austrittskriterien
Einschluss	<p>Alle Kriterien treffen zu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Patienten mit einem Zustandsbild im Rahmen der Querschnittlähmung 2. Notfallversorgung mit initialer Behandlung oder andere prioritäre akutstationäre Behandlungen sind abgeschlossen (beispielsweise Dekompression des Rückenmarks und operative Stabilisierung der Wirbelsäule mit dem Ziel der Wiederherstellung der normalen Belastbarkeit der Wirbelsäule und zur Vermeidung von sekundären neurologischen Verschlechterungen) 3. Die primäre Diagnostik ist abgeschlossen und die weitere notwendige medizinische Therapie ist festgelegt 4. Die Vitalfunktionen sind für Rehabilitationsbehandlungen genügend stabil, oder es ist eine überwachungspflichtige, querschnittspezifische Intensivbehandlung angezeigt 5. Gegebenenfalls sind weitere chirurgisch-medizinische Behandlungen notwendig oder <ol style="list-style-type: none"> a. Der Patient ist beatmungspflichtig bei stabiler Ventilation oder b. Der Patient benötigt erhebliche pflegerische Hilfe bei den Aktivitäten des täglichen Lebens («ADL») oder c. Die Mobilität ist erheblich oder vollständig eingeschränkt oder d. Der Patient braucht Unterstützung bei der Ausscheidung oder e. Der Patient wird mit Sonde oder parenteral ernährt 	<p>Alle Kriterien treffen zu</p> <p>A: Richtung häuslicher Struktur</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Der Gesamtstatus erlaubt die Weiterbehandlung ausserhalb einer stationären Rehabilitation 2. Die Rehabilitationsziele sind erreicht: Die Leistungsfähigkeit des Patienten ist dem künftigen Umfeld nach der Entlassung angemessen Zur Überprüfung werden standardisierte und validierte Instrumente eingesetzt. 3. Ein passendes poststationäres Setting steht zur Verfügung. <p>B: Richtung stationäre Akutversorgung</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Es ist ein stationärer operativer Eingriff notwendig. 2. Wegen vitaler Bedrohung ist eine (nicht QS-spezifische) Intensivbehandlung im Akutspital notwendig
Ausschluss	<p>Eines oder mehrere der Kriterien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Es ist ein stationärer operativer Eingriff notwendig. 2. Wegen vitaler Bedrohung ist eine (nicht QS-spezifische) Intensivbehandlung im Akutspital notwendig 	<p>Eines oder mehrere der Kriterien</p> <p>Rehabilitationspotenzial nur stationär abrufbar.</p>

3.2.8 Psychosomatische Rehabilitation

Definition

In der Psychosomatischen Rehabilitation werden Menschen mit primär somatischen Erkrankungen behandelt. Sie bezieht sich auch auf Patientinnen und Patienten mit ausschliesslich somatischem Krankheitskonzept, die sonst nicht adäquat versorgt würden (z.B. somatoforme Störungen). Im Rahmen eines ganzheitlichen multimodalen und multiprofessionellen Rehabilitationskonzeptes kommt psychotherapeutischen Behandlungen ein besonderer zusätzlicher Stellenwert zu. Das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell entsprechend der ICF Definition bildet die konzeptionelle Grundlage der psychosomatischen Rehabilitation. Die berufliche und soziale Reintegration sind wesentliche Zielsetzungen, da Patienten mit einer Komorbidität von psychischen und körperlichen Beeinträchtigungen bezüglich Chronifizierung und Invalidität ein deutlich erhöhtes Risiko aufweisen.

Patientinnen und Patienten mit psychiatrischen Krankheitsbildern werden nicht behandelt. Sie werden den spezifischen Angeboten der Psychiatrie zugewiesen.

Ziele

- Verbesserung des integralen körperlich-seelischen Gesundheitszustandes
- Verbesserung der Krankheitsbewältigung
- Aktivierung von eigenen Ressourcen und Ressourcen im Umfeld
- Wiederherstellung / Verbesserung der Funktionsfähigkeit im Alltag, in Ausbildung und Beruf und in der sozialen Partizipation

Methoden

Neben den in Kapitel 2 erwähnten generellen Methoden gelten in der Psychosomatischen Rehabilitation die folgenden Organisations- und Behandlungsprinzipien¹⁹:

- Das Prinzip der somatisch-psychiatrischen Interdisziplinarität
- Das Prinzip des Behandlungsteams mit Bezugstherapeuten für den einzelnen Patienten
- Das Prinzip der Patienteninformation, Psychoedukation und des Selbstmanagements
- Das Prinzip der Aktivierung sozialer und beruflicher Ressourcen
- Anerkannte Psychotherapie
- Milieuthherapie durch die Pflege
- Ergo. und Kreativtherapien
- Physio-, Sport- und Bewegungstherapien
- Entspannungsverfahren
- Ernährungsberatung, Ernährungstherapie
- Sozialberatung
- Beurteilung der Arbeitsfähigkeit

¹⁹ (Paar- und Wiegand-Grefe 2001)

Dauer der Psychosomatischen Rehabilitation

Durch oft komplexe zusätzliche psychische und/oder soziale Probleme kann eine Behandlung, die auch auf diese Problembereiche fokussiert länger dauern, als die rein somatische Rehabilitation.

Kriterien an der Schnittstelle Akutspital zur stationären Psychosomatischen Rehabilitation

	Eintrittskriterien	Austrittskriterien
Einschluss	<p>Alle Kriterien treffen zu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fähigkeit und Motivation am multimodalen Programm mit Psychotherapie, Bewegungstherapie, Milieuthérapie, Ergotherapie und weiteren Therapieangeboten teilnehmen zu können 2. Die Behandlungsmöglichkeiten im ambulanten Setting sind ausgeschöpft oder ungenügend 3. Anhaltende Arbeitsunfähigkeit / drohende Invalidisierung 4. Eine Distanzierung vom häuslichen bzw. beruflichen Milieu ist aus therapeutischen Gründen erforderlich 5. Psychosomatische Erkrankungen verbunden mit hoher somatischer Komorbidität oder <ol style="list-style-type: none"> a. Funktionsstörungen, die eine ambulante Therapie erschweren, bzw. unmöglich machen oder b. Automatisiertes, der Eigenkontrolle weitestgehend entzogenes Problemverhalten (z.B. chronische Hyperventilation, Erbrechen) oder c. Ausgeprägtes Vermeidungsverhalten 	<p>Eines oder mehrere der Kriterien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die erreichte körperliche und psychische Stabilität erlaubt eine ambulante Behandlung / Psychotherapie 2. Die Verschlechterung des körperlichen Zustandes erfordert eine Verlegung ins Akutspital 3. Die Verschlechterung des psychischen Zustandes erfordert Verlegung in die Psychiatrische Klinik 4. Fehlende Motivation / Kooperation
Ausschluss	<p>Eines oder mehrere der Kriterien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Somatisch instabiler Zustand mit erhöhtem Behandlungs- und/oder Überwachungsbedarf 2. Psychiatrische Hauptdiagnose, exkl. ICD F45, bei Eintritt in die Rehabilitation 3. Gravierende hirnorganische Schädigung oder Intelligenzminderung 4. Schwere Einschränkung der ADL und der Mobilität mit hohem Pflegebedarf 5. Fehlende Motivation 	<p>Eines oder mehrere der Kriterien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Der Patient ist körperlich / psychisch noch zu instabil für: <ol style="list-style-type: none"> a. die Entlassung nach Hause b. eine ambulante Behandlung / Psychotherapie 2. Die medikamentöse Einstellung, die aus medizinischen Gründen stationär durchgeführt werden muss, ist noch nicht abgeschlossen 3. Der Patient muss aus medizinischen Gründen bis zum möglichen Übertritt in eine andere Institution (Suchtklinik, betreute WG) stationär behandelt werden

3.2.9 Pulmonale Rehabilitation

Definition

Die Pulmonale Rehabilitation ist die Rehabilitation von Patienten mit Funktions- und Partizipationsstörungen gemäss ICF aufgrund akuter oder chronischer pulmonaler Erkrankungen.

Krankheitsbilder / Indikationen für die pulmonale Rehabilitation in Klammer ICD-10 Codes

- COPD (J40-J44) GOLD II - IV
- Cystische Fibrose (E84)
- Asthma bronchiale (J45)
- Interstitielle Lungenkrankheiten (J80-J84)
- Thoraxwand- und Atemmuskelkrankheiten (M40,M41,G71,G72)
- Andere chronische Lungenkrankheiten (J98, J99) (auch mit mechanischen Atemhilfen)
- Prä- und postoperativ bei Lungenoperationen (J95)
- Schwere Tuberkulose, insbesondere multiresistente Tuberkulosen
- Nach schweren akuten Lungenkrankheiten

Ziele

Das Ziel der pulmonalen Rehabilitation ist die Verbesserung der pulmonalen Symptomatik, die Rückbildung der Ateminvalidität, die grösstmögliche Selbständigkeit im Alltag, der Umgang mit der Behinderung und Dyspnoe-Reduktion.

Methoden

Neben den in Kapitel 2 erwähnten generellen Methoden sind die häufigste Therapieformen und Massnahmen:

- Inhalationstherapie und spezialisierte Pharmakotherapie,
- Einführung in die Sauerstoffheimtherapie,
- Heimventilation,
- Physiotherapie,
- Atemgymnastik,
- Bewegungstherapie,
- Rehabilitationspflege,
- Einleitung der Rauchentwöhnung,
- Ernährungs- und Berufsberatung.
- Patientenschulung
- Anleitung zum Selbstmanagement
- Allergenkarrenz
- Logopädie (beispielsweise nach Trachealkanülen)
- Beatmungsentwöhnung (Weaning)

Kriterien aufgeteilt für drei Schnittstellen:

- a) Kriterien an der Schnittstelle Akutspital zur überwachungspflichtigen Rehabilitation (als intensive Form der stationären Rehabilitation)
- b) Kriterien an der Schnittstelle Akutspital zur stationären Rehabilitation
- c) Kriterien an der Schnittstelle überwachungspflichtige Rehabilitation zur stationären Rehabilitation

a) Kriterien an der Schnittstelle von Akutbehandlung zur überwachungspflichtigen Rehabilitation (als intensive Form der stationären Pulmonalen Rehabilitation)

	Eintrittskriterien	Austrittskriterien
Einschluss	<p>Eines oder mehrere der Kriterien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Schwere Grunderkrankung mit Einschränkung der Lungenfunktion, schwere Dekonditionierung 2. Schwere Co-Morbiditäten (z.B. Schwere Herzinsuffizienz, schwierig einzustellender Diabetes mellitus etc.) 3. Notwendige zusätzliche Behandlung: <ol style="list-style-type: none"> a. Sauerstoffheimtherapie: Abklärung und Instruktion, b. Mechanische Heimventilation: Abklärung und Instruktion c. Transtrachealer Katheter 4. Invalidisierungstendenz <ol style="list-style-type: none"> a. Bedarf an intensiver fachärztlicher kurativer und rehabilitativer Versorgung oder b. Hoher differenzierter Therapiebedarf oder c. Hoher Bedarf an differenzierter Behandlungs- und Rehabilitationspflege oder d. Verbesserung der Prognose bei frühzeitiger Rehabilitationsbehandlung 5. Persistierende Infektsituation, evtl. multiresistenter Keim (MRSA, ESBL) 6. Patient der wegen eines Infektes isoliert werden muss 7. Patient benötigt maximal 2 ärztliche Visiten pro Tag. 8. Weiterbehandlung internistischer Begleiterkrankungen 9. Symptomatische Anämie 10. Weiterführen parenteraler Therapien 11. Leichte bis mittelgradige Psychopathie oder Suchtkrankheit mit kontrollierter Abhängigkeit 	<p>Alle Kriterien treffen zu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Patient benötigt maximal 1 Mal täglich ärztliche oder fachärztliche Visite 2. Weitgehende Selbständigkeit in den Aktivitäten des täglichen Leben (ADL) 3. Stabilisierung der Komplikationen und der Begleiterkrankungen
Ausschluss	<p>Eines oder mehrere der Kriterien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kein Rehabilitationspotenzial 2. Mangelnde Compliance 3. Akute nur im akuten Setting beherrschbare Herz-Kreislaufinstabilität 4. Septische Infektsituation mit hämodynamische Instabilität 5. Schwere muskuloskelettale Probleme mit geringem Autonomie- und damit keinem Eingliederungspotential 6. Schwere Psychopathie oder Suchtkrankheit mit manifest nicht kontrollierter Abhängigkeit 7. Nicht kontrolliertes/ nicht kontrollierbares Anfallsleiden 8. Neu aufgetretene ätiologisch nicht geklärte Lähmung 9. Jedes akute Versagen eines Organ oder Organsystem in den letzten 48 h 10. Anhaltendes Fieber (axillär über 38° C, rektal oder im Ohr über 38,5° C) in den letzten 48 h, das bei einem Patienten auftritt, der nicht aufgrund von Fieber hospitalisiert wurde 11. Bewusstseinsstörungen, die in den letzten 48 h aufgetreten sind 12. Akute hämatologische Probleme (Agranulozytose oder schwere Anämie) in den letzten 48 h 	<p>Eines oder mehrere der Kriterien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Eine Verschlechterung, die als passager betrachtet wird (< 2 Tage) 2. Patient der wegen eines Infektes isoliert werden muss. 3. Abklärungsbedürftige internistische Begleiterkrankungen 4. Akute Exazerbation z.B. bei COPD 5. Transfusionsbedürftige Anämie 6. Parenterale Therapie

b) Kriterien an der Schnittstelle Akutspital zur stationären Pulmonalen Rehabilitation

	Eintrittskriterien	Austrittskriterien
Einschluss	<p>Eines oder mehrere der Kriterien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Abgeschlossene Differenzialdiagnostik 2. Prognose möglich und eine Befund-entsprechende Therapieplanung ist eingeleitet 3. Co-Morbiditäten in stabilem Zustand 4. Krankmachende Umgebungsfaktoren: Arbeitsplatz, Passiv-rauchen Luftverschmutzung 5. Grosse räumliche Distanz von häuslicher Umgebung zu Rehabilitationsinstitution 6. Erwiesene Ineffektivität ambulanter Rehabilitation 7. Minimale Selbständigkeit bezüglich Therapien (Inhalationen etc.) 8. Selbständiges Handling der Sauerstoffbehandlung und der Nicht invasiven Ventilation, inkl. CPAP 9. Unmöglichkeit einer ambulanter Rehabilitation (vgl. Kriterien) 10. Auf keine dauernde Betreuung/pflege angewiesen, 11. Der Patient kann während 2 h am Rehabilitationsprogramm teilnehmen 12. Die Begleiterkrankungen dürfen die Rehabilitationsmassnahmen nicht entscheidend einschränken 	<p>Alle Kriterien treffen zu</p> <p>A: Richtung häuslicher Struktur:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Abgeschlossenes Instruktionsprogramm und Stabilisierung der resp. Situation: Entlassung in eine ambulante Rehabilitation, nach Hause oder in eine stationäre Pflegeeinrichtung 2. Der Gesamtstatus erlaubte die Planung der Weiterbehandlung nach der Hospitalisation. 3. Die Rehabilitationsziele sind erreicht: <ol style="list-style-type: none"> a. die funktionelle Kapazität des Patienten ist dem künftigen Umfeld nach der Entlassung angemessen oder b. es wird keine signifikante Besserung mehr erwartet und anhand Beurteilungsskalen lässt sich feststellen, dass die funktionelle Kapazität nicht weiter steigen wird Zur Überprüfung werden standardisierte und validierte Instrumente eingesetzt. 4. Die Symptomatik hat sich ausreichend gebessert und ist mit dem künftigen Umfeld vereinbar; die Rehabilitation kann evtl. ambulant weitergeführt werden <p>B: Richtung stationäre Akutversorgung Nicht beherrschbarer pulmonaler Infekt, der eine intensive (IPS) Therapie und/oder invasive Beatmung notwendig macht,</p> <p>C: Richtung überwachungspflichtige Rehabilitation</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Globale respiratorische Verschlechterung mit intensivierter Atemtherapie 2. Stoffwechsellentgleisung 3. Weitere Kriterien gemäss a) „Eintrittskriterien intensiv Reha“ <p>D: Richtung eine andere nicht akute Versorgungsstruktur Aufgrund der klinischen Entwicklung kann der Patient einer anderen Art der weiteren Behandlung und Betreuung zugewiesen werden.</p>
Ausschluss	<p>Eines oder mehrere der Kriterien</p> <p>Alle unter a) genannten:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kein Rehabilitationspotenzial 2. Mangelnde Compliance 3. Akute nur im akuten Setting beherrschbare Herz-Kreislaufinstabilität 4. Septische Infektsituation mit hämodynamische Instabilität 5. Schwere muskuloskeletale Probleme mit geringem Autonomie- und damit keinem Eingliederungspotential 6. Schwere Psychopathie oder Suchtkrankheit mit manifester nicht kontrollierter Abhängigkeit 7. Nicht kontrolliertes/ nicht kontrollierbares Anfallsleiden 8. Neu aufgetretene ätiologisch nicht geklärte Lähmung 9. Jedes akute Versagen eines Organ oder Organsystem in den letzten 48 h 10. Anhaltendes Fieber (axillär über 38° C, rektal oder im Ohr über 38,5° C) in den letzten 48 h, das bei einem Patienten auftritt, der nicht aufgrund von Fieber hospitalisiert wurde 11. Bewusstseinsstörungen, die in den letzten 48 h aufgetreten sind 12. Akute hämatologische Probleme (Agranulozytose oder schwere Anämie) in den letzten 48 h <p>und zusätzlich unter b) Kriterien an der Schnittstelle Akutspital zur stationären Pulmonalen Rehabilitation:</p> <ol style="list-style-type: none"> 13. Nicht abgeschlossene Diagnostik, noch nicht festgelegter therapeutischer Prozess, instabile Situation 14. Schwerwiegende Komorbiditäten 15. Akute Exazerbation einer COPD mit globaler resp. Insuffizienz 16. Schwere Stoffwechsellentgleisung 17. Aktive rheumatische Erkrankung 18. Schwere Psychopathie oder Suchterkrankung mit manifester nicht-kontrollierter Abhängigkeit 	<p>Eines oder mehrere der Kriterien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Eine Verschlechterung, die als passager betrachtet wird (< 2 Tage) 2. Mit Verlängerung der Aufenthalt erlauben die festgestellten Fortschritte den Austritt in eine weniger restriktive Umgebung als ursprünglich geplant 3. Die Verschlechterung des klinischen Zustands wird als vorübergehend beurteilt und erfordert keine Hospitalisation/Rehospitalisation in der Akutbehandlung. (Die Grenze von drei ärztlichen Interventionen täglich über einen Zeitraum von zwei aufeinanderfolgenden Tagen wird nicht überschritten)

c) Kriterien an der Schnittstelle überwachungspflichtige Rehabilitation zur stationären Pulmonalen Rehabilitation

	Übertritts-Kriterien	Austrittskriterien
Einschluss	<p>Eines oder mehrere der Kriterien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Patient benötigt maximal 1 Mal täglich ärztliche oder fachärztliche Visite 2. Kontinuierliche Überwachung der Vitalparameter 3. Weitgehende Selbständigkeit in den Aktivitäten des täglichen Leben (ADL) 	<p>Alle Kriterien treffen zu</p> <p>A: Entwicklung in Richtung stationär akuter Versorgung</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Es treten neue Probleme oder Komplikationen auf, die eine Hospitalisation/Rehospitalisation in der Akutbehandlung erfordern (mehr als drei ärztliche Interventionen täglich an zwei aufeinanderfolgenden Tagen) 2. Kreislaufaktive Blutung 3. Indikation zur invasiven Beatmung 4. Psychische Instabilität 5. Notwendigkeit einer akuten Intervention: kardial, angiologisch, operativ orthopädisch, neurologisch <p>B: Entwicklung in Richtung einer anderen Versorgungsstruktur</p> <p>Aufgrund der klinischen Entwicklung kann der Patient einer anderen Art der weiteren Behandlung und Betreuung zugewiesen werden</p>
Ausschluss	<p>Eines oder mehrere der Kriterien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kein Rehabilitationspotenzial 2. Nicht abgeschlossene Diagnostik, noch nicht festgelegter therapeutischer Prozess, instabile Situation 3. Schwere muskuloskelettale Probleme mit geringem Autonomie- und damit keinem Eingliederungspotential 4. Patient der wegen eines Infektes isoliert werden muss. 5. Abklärungsbedürftige internistische Begleiterkrankungen 6. Rhythmusstörungen 7. Transfusionspflichtige Anämie 8. Komplexe parenterale Therapie 9. Anhaltende kognitive Beeinträchtigung 	<p>Eines oder mehrere der Kriterien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die festgestellten Fortschritte erlauben den Austritt in eine weniger restriktive Umgebung als ursprünglich geplant 2. Die Verschlechterung des klinischen Zustands wird als vorübergehend beurteilt und erfordert keine Hospitalisation/Rehospitalisation in der Akutbehandlung. (Die Grenze von drei ärztlichen Interventionen täglich über einen Zeitraum von zwei aufeinanderfolgenden Tagen wird nicht überschritten)



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

H+: Schweizer Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen
H+: Hôpitaux, cliniques et institutions de soins suisses
H+: Gli Ospedali, le cliniche e gli istituti di cura svizzeri

Markus Tschanz
Projektleiter Tarife
T 031 335 11 24
markus.tschanz@hplus.ch

H+ Die Spitäler der Schweiz
Geschäftsstelle
Lorrainestrasse 4 A
3013 Bern
T 031 335 11 11
F 031 335 11 70
geschaeftsstelle@hplus.ch
www.hplus.ch