



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ  
LES HÔPITAUX DE SUISSE  
GLI OSPEDALI SVIZZERI

# DefReha<sup>©</sup>

## Stationäre Rehabilitation: Definition und Mindestanforderungen

DefReha<sup>©</sup> 3.0



## Vorwort

Die Rehabilitation ist neben der Akutmedizin und der Psychiatrie einer der wichtigen Pfeiler der stationären medizinischen Versorgung in der Schweiz und ein eigenständiges, hoch spezialisiertes medizinisches Fachgebiet. Den Bedarf der Wohnbevölkerung an Leistungen im stationären Bereich der Rehabilitation ermitteln die Kantone und planen dementsprechend die Versorgung. Diejenigen Rehabilitationskliniken, die auf einer kantonalen Spitalliste vertreten sind, erhalten einen Leistungsauftrag nach KVG und können ihre Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen. Ab 2022 werden diese Leistungen voraussichtlich mit ST Reha abgebildet, einer national einheitlichen leistungsorientierten Tarifstruktur, so wie sie bereits seit 2012 in der stationären Akutversorgung mit SwissDRG und seit 2018 in der stationären Psychiatrie mit TARPSY eingesetzt wird.

So unterschiedlich schweizweit die Rehabilitationsleistungen in den einzelnen Kliniken aktuell noch finanziert sind, so heterogen definiert sind auch die kantonalen Leistungsaufträge. Dies muss sich ändern. Damit miteinander vergleichbare Leistungen sachgerecht entschädigt werden können, muss einerseits Rehabilitation national einheitlich, eindeutig und transparent definiert werden und andererseits muss klar werden, welche Anforderungen an Strukturen und Prozesse Leistungserbringer erfüllen müssen, damit sie mit ST Reha abrechnen dürfen. Weiter gilt es die Mindestanforderungen an Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu klären, damit die Kantone diese für einen Platz auf ihren Spitallisten voraussetzen können.

Die gesetzliche Grundlage für ST Reha besteht seit dem 1. Januar 2012, als die KVG-Revision zur neuen Spitalfinanzierung Realität geworden ist mit dem Ziel, mehr Transparenz herzustellen, die Wirtschaftlichkeit zu fördern und Fehlanreize zu korrigieren. Nach Inkrafttreten der KVG-Revision 2013 erarbeiteten und publizierten die leistungserbringenden Betriebe zusammen mit H+ Die Spitäler der Schweiz die Version 1.0 von DefReha®. Ziel war es damals, medizinische Kriterien für den Beginn und den Abschluss der medizinischen Rehabilitation zu beschreiben. In der Nachfolgeversion DefReha® 2.0 wurden ergänzend die in der stationären Rehabilitation zwingend zu erbringenden Leistungen definiert.

Das nun vorliegende H+ Grundlagenpapier DefReha® 3.0 beschreibt die schweizerische Rehabilitationslandschaft aus mehreren Blickwinkeln und beschreibt die Struktur der stationären Rehabilitation in Arten der Rehabilitation und in Querschnittsbereiche. Weiter definiert das Grundlagenpapier Mindestleistungen sowie betriebliche Voraussetzungen zur Leistungserbringung betreffend Personal, Infrastruktur und Prozesse. In DefReha® 3.0 sind Querschnittsbereiche der Rehabilitation ergänzt worden, damit die Leistungen im Einzelfall differenzierter abgebildet werden. Es ist eine von Fachleuten erarbeitete, detaillierte und fundierte Grundlage zur harmonisierten Betrachtung der stationären Rehabilitation in der Schweiz. Sie eignet sich immer dann beizuziehen, wenn sich Fragen zur stationären Rehabilitation von Menschen stellen, die bedingt durch Krankheit oder Unfall körperlich, psychisch oder/und sozial eingeschränkt sind und dadurch vermindert in der Gesellschaft mitwirken können.

Das Ziel der stationären Rehabilitation ist immer, die durch Krankheit oder Unfall beeinträchtigten Funktions- und Partizipationsfähigkeiten der Patienten weitmöglichst wiederherzustellen. Dies ist auch volkswirtschaftlich von hohem Wert, da erfolgreiche Behandlungen ermöglichen, in ein weitgehend selbständiges Leben zurückzukehren. Was jedoch noch mehr zählt: Damit können die genesenen Menschen ihre Ressourcen für sich, im Beruf oder für den Mitmenschen einsetzen, was der Gesellschaft eindeutig einen entscheidenden Mehrwert bietet.

Isabelle Moret, Präsidentin H+ Die Spitäler der Schweiz

## 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 die transparente Vergleichbarkeit der Leistungen ermöglichen soll.

Das Mitgliedersegment Rehabilitation von H+ Die Spitäler der Schweiz, vertreten durch die Aktivkonferenz Rehabilitation (AK Reha), und die H+ 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® soll bei der Konsensfindung helfen.

Die am 28.08.2018 vorgestellte Version 2.0 präzisiert ab Kapitel 3.2 für jede Art der Rehabilitation die Leistungen. Die Beschreibungen stellen dabei das aktuelle Wissen zur effektiven und wirtschaftlichen Leistungserbringung zusammen und stellen messbare minimale Kriterien für die Leistungserbringung im Einzelfall auf. In medizinisch begründeten Ausnahmesituationen und zeitlich limitiert sind Abweichung von den minimalen Kriterien möglich.

Ebenso beschreibt die Version minimale Anforderungen an organisatorische, infrastrukturelle und personellen Voraussetzungen. Das sind betriebliche Anforderungen, welche aus Branchensicht vorausgesetzt werden müssen, um Leistungen der Stationären Rehabilitation er-

bringen zu können. Sie werden in kantonalen Voraussetzungen zur Teilnahme an Tarifstrukturen (Leistungsauftrag) und in gesundheitspolizeilichen Vorgaben (Betriebsbewilligung) geregelt.

Geringere Intensitäten in der Leistungserbringung oder nichtexistente Personal- oder Anlageressourcen verunmöglichen die Leistungserbringung nach den in diesem Papier entwickelten Definitionen. Solche Leistungen entsprechen nicht Stationärer Rehabilitation und in diesem Sinne auch nicht dem Rehabilitationsbegriff, wie er bei der stationären Leistungserbringung verwendet werden muss.

Der Bedarf für die Version 2.0 ergab sich aus der von der SwissDRG AG beschlossenen Weiterentwicklung der Tarifstruktur ST Reha mit einer Entscheidungsbaum-Systematik unter Einbezug von kodierbaren Rehabilitationsleistungen als gruppierungsrelevante Merkmale. Erklärtes Ziel der SwissDRG AG ist es, den Leistungsbezug vermehrt zu gewährleisten. Zur Entwicklung der Leistungserfassung braucht es die Abbildung der Leistungen der Stationären Rehabilitation in der medizinischen Statistik des Bundesamts für Statistik (BFS). Das ist bisher nicht umfassend gegeben. DefReha® 2.0 schafft erstmals die Voraussetzungen. Die Leistungen der Stationären Rehabilitation sind inhaltlich und quantitativ beschrieben. Die FMH und ihre Fachgesellschaften hatten bereits seit Ende 2016 umfangreiche Arbeiten zur Definition von Basisleistungen in den neun Reha-Arten durchgeführt. Diese Arbeiten der FMH wurden auch H+ zur Verfügung gestellt und sind teilweise in DefReha® 2.0 eingeflossen. Basierend darauf kann nun der Katalog der medizinischen Prozeduren (CHOP-Katalog) mit den Leistungen der Stationären Rehabilitation ergänzt werden. Erst mit diesen national einheitlich definierten und erfassten Daten aus der medizinischen Statistik ist es der zuständigen SwissDRG AG möglich, die von ihr beschlossene Entwicklung einer leistungsorientierten Tarifstruktur auf Grundlage von kodierten Leistungen, zu erarbeiten. H+ ist dabei ein verlässlicher Partner und seine Mitglieder haben sich in der Vergangenheit immer lösungsorientiert für die Weiterentwicklung der Tarifstruktur der Stationären Rehabilitation engagiert. Mit DefReha® 2.0 ist seitens der Leistungserbringer - nota bene jenen, die mit ihrer Leistung den Nutzen für die Patienten generieren – die Grundlage zur einheitlichen Definition von Leistung und Mindestvoraussetzung zur Erbringung der Leistung geschaffen worden.

Für die nun vorliegende Version 3.0 wurden alle Kapitel der Arten der Rehabilitation auf Konsistenz der Angaben untereinander überprüft. Das führte zur Anpassungen in einzelnen Arten der Rehabilitation.

Zusätzlich wurden drei Querschnittbereiche in das Papier aufgenommen. Die Querschnittbereiche können durch unterschiedliche Partizipationsziele und auch durch unterschiedlichen organisatorische, infrastrukturelle und personelle Voraussetzungen abgegrenzt werden. Die Leistungen in einem Querschnittbereich müssen *zwingend* in sinnvoller Kombination mit einer Art der Rehabilitation definiert werden.

Zu den Querschnittbereichen gehören die komplexe Unfallrehabilitation und die Arbeitsorientierte Rehabilitation sowie die Frührehabilitation / Überwachungspflichtige Rehabilitation.

Um die komplexe Form der Frührehabilitation zu leisten, benötigen die Betriebe besonders ausgebildetes Personal und spezielle Einrichtungen. In der Schweiz wird die Frührehabilitation regional unterschiedlich erbracht. In manchen Regionen örtlich und betrieblich nahe beim Akutspital und andernorts örtlich und betrieblich nahe bei der Rehabilitationsklinik. Es handelt es sich in beiden Fällen um Leistungen der stationären Rehabilitation, die gleichartig und wie im entsprechenden DefReha® Kapitel definiert erbracht werden müssen. Die tarifliche Abbildung dieser Leistungen im Tarif für die stationäre Rehabilitation ST Reha ist sachlogisch und zwingend nötig.

Alle Anspruchsgruppen sind eingeladen die in DefReha® 3.0 erarbeiteten Grundlage zu prüfen und mit H+ in den Dialog zu treten. Im Idealfall erhält DefReha® eine breite Akzeptanz

und kann zur allgemein akzeptierten Richtlinie für die Stationäre Rehabilitation in der Schweiz werden.

Mit bestem Dank an die Redaktionskommission der H+ Aktivkonferenz Rehabilitation, welche die breit eingegangenen Inputs zur Anpassung von DefReha® 2.0 hin zu DefReha® 3.0 zusammengestellt und zu diesem Werk redigiert hat.

Redaktionskommission der Version 3.0:

- Prof. Dr. Stefan Bachmann, Ärztlicher Direktor und Chefarzt Rheumatologie/Innere Medizin, Kliniken Valens
- Prof. Dr. Christophe Graf, Chef du Département de Réadaptation et Gériatrie, Hôpitaux universitaires de Genève
- Dr. Stefan Goetz, Chefarzt/Ärztlicher Direktor, Klinik St. Katharinental, Diessenhofen
- Dr. Gianni Roberto Rossi, CEO Rehaklinik Bellikon
- Markus Tschanz, Fachverantwortlicher DefReha, H+ Die Spitäler der Schweiz

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung.....</b>	<b>7</b>
1.1	Gesetzlicher Rahmen .....	9
1.2	Allgemeine Betrachtung der Behandlungskette in Richtung Rehabilitation .....	10
1.3	Abgrenzung zwischen minimalen Kriterien zur Leistung und minimale betriebliche Kriterien organisatorischer, personeller und infrastruktureller Art.....	10
<b>2</b>	<b>Rehabilitation in der Schweiz: Allgemeine Betrachtung .....</b>	<b>11</b>
2.1	Definition .....	11
2.2	Ziele .....	12
2.3	Basisleistungen und Basisvoraussetzungen zur Leistungserbringung .....	13
2.4	Versorgungsplanung .....	14
2.5	Tarifliche Abbildung und Verbesserungspotential .....	15
2.6	Stellung der Rehabilitation in der Behandlungskette.....	17
2.7	Abgrenzung zwischen den Leistungen der Akutversorgung und der Rehabilitation .....	19
2.8	Abgrenzung der Rehabilitation zu weiteren Bereichen.....	20
2.9	Bedeutung des Fallpauschalen-Systems SwissDRG der Akutsomatik für die Leistungen der stationären Rehabilitation .....	23
2.10	Pauschalierende Tarifstruktur ST Reha .....	24
<b>3</b>	<b>Rehabilitationsarten und Mindestvoraussetzungen.....</b>	<b>25</b>
3.1	Kriterien zur Abgrenzung der Leistungsarten in der Stationären Rehabilitation.....	25
3.2	Erläuterung zur graphische Darstellung.....	26
3.3	Arten der Rehabilitation (alphabetisch).....	27
3.3.1	Geriatrische Rehabilitation.....	27
3.3.2	Internistische und Onkologische Rehabilitation .....	30
3.3.3	Kardiovaskuläre Rehabilitation - Kardiale Rehabilitation und Rehabilitation bei Herz-Kreislaufkrankungen .....	33
3.3.4	Muskuloskelettale Rehabilitation .....	36
3.3.5	Neurologische Rehabilitation .....	39
3.3.6	Pädiatrische Rehabilitation .....	42
3.3.7	Paraplegiologische Rehabilitation.....	46
3.3.8	Psychosomatische Rehabilitation .....	51
3.3.9	Pulmonale Rehabilitation.....	54
3.4	Querschnittsbereiche der stationären Rehabilitation .....	57
3.4.1	Arbeitsorientierte Rehabilitation .....	57
3.4.2	Überwachungspflichtige Rehabilitation / Frührehabilitation.....	60
3.4.3	Komplexe Unfallrehabilitation .....	62
<b>4</b>	<b>Überlegungen zur Übertragung von DefReha® 3.0 Inhalte auf Tarifstrukturen und kantonale Leistungsaufträge und zur Kodierung von Rehabilitationsleistungen .....</b>	<b>65</b>

# 1 Einleitung

Das vorliegende Dokument wurde mit dem Ziel verfasst, den Begriff der Rehabilitation und besonders der Stationären 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. Die Definition von Fällen der Psychiatrie und der psychiatrischen Rehabilitation sowie der ambulanten Rehabilitation und von Angeboten der Übergangsversorgung ist nicht Gegenstand von DefReha® 3.0.

Eine für jede Rehabilitationsart einheitliche Abgeltungsmethodik 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 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 Nachbehandlung/Nachsorge 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 geleisteten Rehabilitationsinhalten 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:

- Medizinische Kriterien definieren, welche das **Ende des akutsomatischen Falles** beschreiben (Ende der Fallpauschale für die Akutsomatik).
- Kriterien formulieren, welche die **Abgrenzung zwischen** den unterschiedlichen **Arten der Behandlung und Betreuung** (ambulant oder stationär) **nach** akutmedizinischer Behandlung (ambulant oder stationär) **ermöglichen**.
- Medizinische Kriterien definieren, welche den **Beginn der Stationären Rehabilitation** beschreiben.
- Kriterien definieren, welche das **Ende der Stationären Rehabilitation** festlegen.
- Ziel ab Version 2.0 ist es, die **Leistungen zu konkretisieren** sowie messbare, minimale Kriterien für jede in DefReha® beschriebenen Art der Rehabilitation zu definieren und besonders auch die inter- und multiprofessionelle Kombination der Leistungen zu beschreiben. Der Fokus lag dabei auf der Definition der Rehabilitationsleistung je Rehabilitationsart.
- Definition von **minimale Anforderungen an organisatorische, infrastrukturelle und personellen Voraussetzungen**. Das sind betriebliche Anforderungen, welche aus Branchensicht vorausgesetzt werden müssen, um Leistungen der Stationären Rehabilitation erbringen zu können.
- Die Erfassung in der medizinischen Statistik des Bundesamts für Statistik mit Positionen aus dem CHOP Katalog schafft einen Teil der Datengrundlage für eine leistungsorientierte Tarifstruktur. Daher dienen die Inhalte von DefReha® zum Ableiten von Anträgen zur nationalen statistischen Erfassung von Leistungen der Stationären Rehabilitation im ordentlichen Antragsverfahren des BFS zur CHOP-Katalog Anpassung.
- Schliesslich ist DefReha® das Grundlagenpapier von H+ zur Positionierung der Stationären Rehabilitation aus Sicht der Leistungserbringer und gilt für H+ als Diskussionsgrundlage mit den Gesundheitspartnern.

- Gegenüber den Vorversionen von DefReha® wurden in der Version 3.0 Erkenntnisse zur aktuellen Leistungserbringung einbezogen und es wurden drei Querschnittsbereiche der stationären Rehabilitation aufgenommen. Diese ergeben ausschliesslich in sinnvoller Kombination mit einer Art der Rehabilitation die Definition der Leistungen und die Beschreibung der nötigen Voraussetzungen zur Leistungserbringung.

Der sich daran anschliessende Schritt hin zu einer vermehrt leistungsorientierten Tarifstruktur ist die tariflich relevante Gruppierung der Fälle der verschiedenen Arten der Rehabilitation. Dabei wird jeder Fall der Rehabilitation mittels dem Grouper leistungsgerecht und unter Berücksichtigung des Grades der Abhängigkeit bzw. des Schweregrads in die passende Gruppe eingeteilt. Die Klärung aller mit der Tarifstruktur ST Reha 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 und messbare minimale Kriterien zur Leistungserbringung aufgestellt werden, während in einem zweiten Schritt durch die SwissDRG AG die Abstufung in Rehabilitationsfallgruppen gemacht wird. Fälle der Psychiatrie und der psychiatrischen Rehabilitation sowie der ambulanten Rehabilitation und von Angeboten der Übergangsversorgung sind nicht Gegenstand der Tarifstruktur für die Stationäre Rehabilitation. Sie werden tariflich nicht in ST Reha abgebildet.



## 1.1 Gesetzlicher Rahmen

### KVG Art. 39 Spitäler und andere Einrichtungen

Abs. 1 „Anstalten oder deren Abteilungen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen (Spitäler), sind zugelassen, wenn sie:

- ausreichende ärztliche Betreuung gewährleisten;
- ber das erforderliche Fachpersonal verfügen;
- ber zweckentsprechende medizinische Einrichtungen verfügen und eine zweckentsprechende pharmazeutische Versorgung gewährleisten;
- der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen, wobei private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen sind;
- auf der nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste des Kantons aufgeführt sind;
- sich einer zertifizierten Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft nach Artikel 11 Buchstabe a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 2015 über das elektronische Patientendossier anschliessen.

### 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 seitens des Gesetzgebers Konsens, dass nur ein einziges einheitliches, auf gesamtschweizerischer Ebene geltendes Vergütungssystem für alle Bereiche der sozialen Versicherungen zur Anwendung gelangen soll, vorausgesetzt es handelt sich um dieselben Leistungen.

Für Leistungen, welche ausserhalb der KVG Bestimmungen geregelt sind, beispielsweise

- Leistungen der Arbeitsintegration, welche typischerweise Leistungen sind, für welche Bestimmungen der UV, IV oder MV Gesetzgebung gelten oder
- Leistungen welche durch Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes, VVG beschrieben sind oder
- Leistungen, die durch Selbstzahlung abgegolten werden,

braucht es spezielle tarifliche Abbildung ausserhalb der leistungsbezogenen Pauschalen nach KVV Art. 59d.

### Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV, Anhang 11 Punkt 11

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen
Stationäre Rehabilitation	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.

<sup>1</sup> [https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/4964\\_4964\\_4964/de](https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/4964_4964_4964/de)

Zitiert ist der erste Absatz – detaillierte Vorgaben Punkt 11 Anhang 1 der KLV siehe dort

## 1.2 Allgemeine Betrachtung der Behandlungskette in Richtung Rehabilitation

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. Für andere wiederum sind ambulante Leistungen indiziert, dazu zählen auch die Angebote der ambulanten Rehabilitation mit multiprofessionellen Programmen oder Leistungen der Übergangspflege nach dem Akutaufenthalt - gemäss Art. 25a Abs. 2 KVG. Die Definition dieser ambulanten Angebote ist nicht Gegenstand dieses Dokumentes.

Patienten können direkt in Einrichtungen der Stationären Rehabilitation behandelt werden, ohne vorherigen stationären Aufenthalt in der Akutversorgung, andere benötigen beispielsweise einige Tage Ruhe zu Hause nach der akutsomatischen Behandlung, bevor die Stationäre Rehabilitation begonnen werden kann.

## 1.3 Abgrenzung zwischen minimalen Kriterien zur Leistung und minimale betriebliche Kriterien organisatorischer, personeller und infrastruktureller Art

Zur Umsetzung der im Kapitel 1.1 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 die Sicht der Leistungserbringer zusammenfassen und in diesem Sinne Hilfestellung bieten. Neben medizinischer Faktoren, die den Beginn und das Ende der Stationären Rehabilitation markieren, sollen auch die Leistungen und die Leistungskombinationen der beschriebenen Rehabilitationsarten konkret dargestellt werden. Zur Definition<sup>2</sup> gehören:
  - messbare minimale Kriterien zur Leistungserbringung
  - minimale betriebliche Kriterien organisatorischer, personeller und infrastruktureller Art
2. Festlegung von Schwellenwerten für die erbrachte Leistung innerhalb des Entscheidungsbaumes für die Gruppierung der Fälle, um die Leistung in der künftigen Tarifstruktur angemessen zu berücksichtigen. Innerhalb des Entscheidungsbaumes der Tarifstruktur muss die Möglichkeit geschaffen werden, kurzzeitige (maximal drei Tage) Unterschreitungen der minimalen Kriterien zur Leistungserbringungen aus Gründen einer Zustandsverschlechterung des Patienten abzubilden.
3. Für die Vorgaben aus anderen Gesetzgebungen – UVG, IVG, MVG – erwartet der Gesetzgeber wo möglich dieselben Leistungen nicht mit unterschiedlichen Tarifstrukturen abzubilden.

---

<sup>2</sup> Messbare minimale Kriterien der Leistung beziehen sich auf die Leistung am Patienten und sollen auf dieser Ebene mess- und dokumentierbar sein. Die minimalen betrieblichen Kriterien beziehen sich auf kantonale Vorgaben für Betriebsbewilligung und Leistungsauftrag in der Stationären Rehabilitation

## 2 Rehabilitation in der Schweiz: Allgemeine Betrachtung

### 2.1 Definition

Nach der WHO-Definition<sup>3</sup> 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, wiederherzustellen. 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).

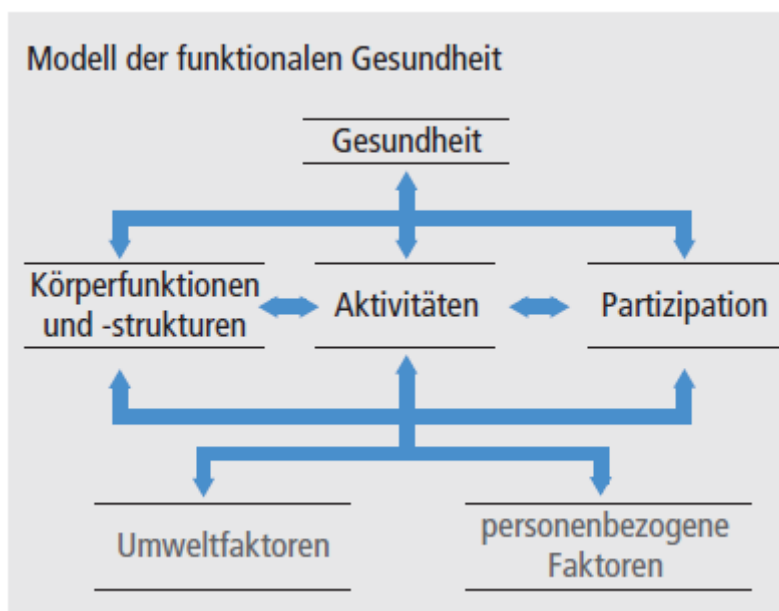


Abbildung 1: Modell der funktionalen Gesundheit gemäss ICF-Kriterien

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.

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.

<sup>3</sup> <http://www.who.int/topics/rehabilitation/en/>, Übersetzung SWISS REHA unveröffentlicht.

## 2.2 Ziele

Gemäss ICF umfasst die Rehabilitation folgende Ziele:

1. Beheben von Schädigungen auf Organebene
2. Beheben von Aktivitätsstörungen durch Training bzw. Erarbeitung von funktionellen Kompensationsmöglichkeiten für alltagsrelevante Beeinträchtigungen
3. Verminderung von Teilhaberestriktionen und Aktivitätsstörungen durch Anpassungen der Umwelt an den Patienten in einem ökonomisch vernünftigen Mass, z. B. durch Hilfsmittel
4. Individuelle Therapieplanung ausgehend von den individuellen Voraussetzungen und dem Einbezug von Kontextfaktoren wie psychosoziale Faktoren und Umweltfaktoren
5. Vermitteln präventiver Strategien (meist Sekundärprävention)

In obigem Sinne ist Rehabilitation zur Zustandserhaltung und Verhinderungen eines übermässigen funktionellen Abbaus auch bei chronischen Erkrankungen und palliativen Situationen angezeigt.

Die Erreichung der Ziele wird mit unterschiedlichsten Behandlungen im Rahmen eines Behandlungskomplexes angestrebt. Dieser Behandlungskomplex kann Leistungen enthalten, welche isoliert für sich betrachtet die Kriterien von Pflichtleistung, welche durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) übernommen werden müssen, nicht erfüllen. Gültige Rechtsprechung<sup>4</sup> hat die Übernahme solcher Leistungen durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung im Rahmen eines Behandlungskomplex bejaht, falls die Indikation zur Leistung und die überwiegende Mehrheit der Leistungen Pflichtleistungen der OKP darstellen.

---

<sup>4</sup> Diese Rechtsprechung wurde in Bezug auf Arzneimittel in Art. 71a Abs. 1 lit. a KVV kodifiziert. Zudem lassen sich diese allgemeinen Grundsätze auch aus der Regelung in Art. 64 Abs. 3 ATSG ableiten (ATSG Kommentar-KIESER, N 31 ff. zu Art. 64).

Gemäss Rechtsprechung und Literatur wird vorausgesetzt, dass die Massnahmen in einem engen Konnex zueinanderstehen und die Pflichtleistung insgesamt überwiegt. → BGE 120 V 200 E. 7b; 139 V 509 E. 5.2; Urteil des Bundesgerichts 9C\_108/2014 vom 26. September 2014 E. 3.1; Urteil des EVG K 153/06 vom 28. November 2007 E. 3.5.2 f.; vgl. auch BGE 134 V 1 E. 6.2.1

Ein solchermassen qualifizierter Konnex besteht namentlich, wenn die nicht-pflichtige Massnahme eine unerlässliche Voraussetzung zur Durchführung von Pflichtleistungen bildet. BGE 130 V 532 E. 6.1; Urteil des EVG K 991 vom 11. Mai 1998 E. 3, in: RKUV 1998; S. 306

## 2.3 Basisleistungen und Basisvoraussetzungen zur Leistungserbringung

Unter **Basisleistungen** verstehen wir Leistungen, die für alle Patienten der Stationären Rehabilitation Standard sind und erbracht werden müssen:

- Spezifische Assessments bei Ein- und Austritt
- In der Regel ICF- und ICD-bezogene Fall- und Verlaufsdokumentation
- Dokumentierte und aktiv sichergestellte Rehabilitationskoordination hinsichtlich
  - Definition, Überprüfung und Anpassung der Rehabilitationsziele
  - eines optimalen Einsatzes des Behandlungsteams
  - der Rehabilitationsleistungen

Die Koordination ist ärztliche geführt und verantwortet

- Individuelle Therapiepläne mit Einzeltherapien und Gruppenangeboten
- Interdisziplinäre Rehabilitationsvisite mit Einbezug des ärztlichen, therapeutischen, pflegerischen und austritts koordinierenden<sup>5</sup> Personals 1 Mal pro Woche. Weitere ärztliche Leistungen nach Bedarf
- Einbezug von Patienten und Angehörigen
- Koordinierter, individueller Einsatz des multiprofessionellen und interdisziplinären Rehabilitationsteams gemäss festgelegten Rehabilitationszielen zur Umsetzung der Rehabilitationsmassnahmen.
- Strukturierte, früh einsetzende Austritts- und Nachsorgeplanung

Unter **Basisvoraussetzungen** personeller oder organisatorischer Art verstehen wir Voraussetzungen, welche vom Leistungserbringer bei allen Arten der Rehabilitation erfüllt sein müssen:

- Pflege Niveau HF oder FH 24h und 7 Tage pro Woche im Haus
- Präsenzdienst von ärztlichem Personal 24h und 7 Tage pro Woche
- Basic Life Support 24h und 7 Tage pro Woche gewährleistet durch geschultes Personal.
- Je nach Art der Rehabilitation definiertes Rehabilitationsteam

Zum Rehabilitationsteam können - je nach Ergebnis der Rehabilitationskoordination für den Einzelfall - folgende Berufsgruppen gehören (Auswahl ist *keine* Basisvoraussetzung):

- Rehabilitationsmediziner
- Physiotherapeuten
- Ergotherapeuten
- Logopäden
- Psychologen/Neuropsychologen
- Sozialarbeiter
- Ernährungsberater
- Pflegende mit erweiterten Kenntnissen sowie Erfahrung im Rehabilitationsprozess<sup>6</sup>
- Personal zur Patientenschulung
- Komplementäre Therapeuten

<sup>5</sup> Reha-Koordinator, Sozialdienst etc.

<sup>6</sup> Dazu besteht noch kein allgemein verbindlich definierter Begriff mit geklärtem einheitlichen Verständnis von Inhalten, sowie Weiterbildungsordnungen, welche in der schweizerischen Bildungssystematik einer national anerkannten Weiterbildung entsprechen-

- Pädagogen
- Lehrkräfte
- Spiritual Care

Die in diesem Kapitel allgemein beschriebenen Basisleistungen und Basisvoraussetzungen sind [ab Kapitel 3.3](#) für jede Art der Rehabilitation und drei Querschnittsbereiche detailliert beschrieben. Die Beschreibungen stellen dabei das aktuelle Wissen zur effektiven und wirtschaftlichen Leistungserbringung, sowie messbare minimale Kriterien für die Leistungserbringung zusammen.

## 2.4 Versorgungsplanung

Da in der Schweiz die Organisation der Spitalversorgung in die Zuständigkeit der Kantone fällt, legt schliesslich jeder Kanton seine eigenen Kriterien fest. Die Kantone sind nach Art. 39 Abs. 2 KVG verpflichtet die Planung zu koordinieren. Art. 25 Abs. 2, Art. 39 Abs. 1 und 3, Art. 49 und 56 KVG setzen den Rahmen für die Vergütungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. H+ Die Spitäler der Schweiz unterstützt die einheitliche Anwendung von vergleichbaren Kriterien, die bei der Vergabe von Leistungsaufträgen angewendet werden.

### **DefReha® unterstützt dieses Anliegen mit der einheitlichen Abgrenzung**

- zwischen Rehabilitations- und anderen Nachsorgeleistungen in [Kapitel 2.8](#)
- zwischen den unterschiedlichen Arten der Rehabilitation ab [Kapitel 3.3](#)
- zwischen akutsomatischen Fällen und der Rehabilitation durch Darstellung von Kriterien zu Beginn und Ende der Stationären Rehabilitation

### **und mit der Definition**

- von messbaren minimalen Kriterien für die Stationäre Rehabilitation ab [Kapitel 3.3](#) je Art der Rehabilitation
- von drei Querschnittsbereichen der stationären Rehabilitation ab [Kapitel 3.4.2](#)

## 2.5 Tarifliche Abbildung und Verbesserungspotential

### Rechtsgrundlagen vor der tariflichen Abbildung

- Für die Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) gilt: Grundsätzlich ist im 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, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt».* Die Leistungsverordnung verlangt keine weitere Differenzierung in Bezug auf Gutsprache des Versicherers zur Kostenübernahme - beispielsweise nach Art der Rehabilitation.
- Im Unfallversicherungsgesetz gilt das Naturalleistungsprinzip. Der Versicherte erhält von der Versicherung die Leistung zur Verfügung gestellt. Dabei weicht das UVG bei den Leistungen – besonders im Bereich der Arbeitsrehabilitation – von den Leistungen des KVG ab.

### Tarifabbildung

- Im Bereich der OKP: Aktuell bestehen für jeden Anbieter der Stationären Rehabilitation unterschiedliche Verträge mit der tariflichen Abbildung der Rehabilitationsleistungen. Die Praktiken weichen stark voneinander ab. Mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung und den Vorgaben des KVG für eine national einheitliche Tarifstruktur wird sich das ändern. Die einheitliche Tarifstruktur «ST Reha» wird, wie gesetzlich vorgesehen, von der SwissDRG AG erarbeitet.
- Für das UVG gilt ähnliches: Die tarifliche Abbildung ist Verhandlungssache zwischen den Kliniken und den Versicherungen, welche durch Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK) vertreten sind. Die einheitliche Tarifstruktur «ST Reha» wird auch für den Bereich des UVG massgebend werden.

### Verbesserungsmöglichkeit der tariflichen Abbildung

- Besonders sollte der Rehabilitationsprozess auch tariflich abgebildet werden. Bei den vorhandenen den Schnitt- und Nahtstellen am Übergang von unterschiedlichen Versorgungsstrukturen und Tarifen sehen wir grosses Verbesserungspotential. Begründung: Der grösstmögliche Nutzen zugunsten der Patientinnen und Patienten an der Schnittstelle von der Akutbehandlung zur Rehabilitation liegt in der adäquaten Indikationsstellung und im optimalen Zeitpunkt der Verlegung hin zum adäquaten Leistungserbringer und wird nach aktuellen Erkenntnissen am effektivsten gemeinsam von den behandelnden Ärzten auf beiden Seiten der Nahtstelle festgelegt. Dabei ist es gut möglich, dass die Stationäre Rehabilitation auch nach einer «Ruhepause» nach der akuten bzw. akut-stationären Behandlung oder nach einer Behandlung in der Akut- und Übergangspflege AÜP beginnen kann.
- Leistungen, die nicht Rehabilitationsleistungen sind, beispielsweise Dialysen, onkologische Therapien oder aufwändige Therapien zur Schmerzbekämpfung, die während der Stationären Rehabilitation erfolgen müssen, sind sowohl bei kantonalen Leistungsaufträgen, wie auch in der tariflichen Abbildung - beispielsweise mit Zusatzentgelte anwendbar in ST Reha oder separat tarifiert - zu berücksichtigen.
- Die heute vorgeschriebene Pflicht zur vorgängigen Bewilligung der Stationären Rehabilitation durch Vertrauensärzte und Versicherungsmediziner bedarf einer national harmonisierten Betrachtung für die Indikationsstellung. Die Leistungserbringer erwarten vom Gesetzgeber und von den Partnern, dass gemeinsam die Abschaffung des

derzeitigen, nicht effektiven Kostengutsprache-Prozess angestrebt wird. Ansonsten droht, dass die schon heute feststellbaren Ungleichbehandlung von Patientinnen und Patienten systematisch fortgesetzt wird. Zusätzlich bergen unterschiedliche abgewinkelte oder lange dauernde Kostengutspracheverfahren die Gefahr in sich, dass Aufenthalte in der stationären Akutsomatik unnötig verlängert werden. Wer die dadurch entstehenden Mehrkosten tragen soll, ist gegenwärtig nicht klar.

- Die ursprüngliche Idee der vorgängigen Kostengutsprache stammt aus Zeiten, in denen die Trennung zwischen Rehabilitation, Kur und Wellness nicht so klar war. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (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 und die Definition der Leistungen. So kann Missverständnissen, Unwissenheit oder einseitig monetär motivierten Anreizen bzw. dem Vorwurf, dass Akteure egoistisch motiviert und nicht im Sinne des Patienten handeln am besten entgegengewirkt werden.
- Die von der SwissDRG AG festgelegte Tarifierarbeit hin zu einer leistungsorientierten Tarifstruktur wird von H+ grundsätzlich unterstützt. Wichtig ist das klare Bekenntnis, dass die Gruppierung der Tarifstruktur nicht nach Diagnosen erfolgt. H+ wird sich anhand der in DefReha® 3.0 verabschiedeten Leistungsbeschreibungen im Antragsprozess zur Überarbeitung des CHOP-Katalog einbringen. Die politische Diskussion um die Leistungen der Stationären Rehabilitation und deren tariflichen Abbildung inklusiver einheitlicher Anwendungs- und Abrechnungsregeln muss unter den Tarifpartnern in der SwissDRG AG stattfinden und kann nicht in anderen Gremien delegiert werden.



## 2.6 Stellung der Rehabilitation in der Behandlungskette

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

- Der medizinische Zustand wurde abgeklärt, die Diagnostik für die Akutversorgung ist abgeschlossen
- Die ersten therapeutischen Schritte sind eingeleitet und werden im Einverständnis mit den Betroffenen als verträglich und wirksam beurteilt
- Behandlungen, die eine Akutversorgung erfordern, sind etabliert und können andernorts fortgesetzt werden bzw. sind 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 bzw. zur Minderung der krankheits- oder unfallbedingten Beeinträchtigung der Lebensqualität, ist die stationäre oder ambulante Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung fortzusetzen.

Die Ansatzpunkte für die Rehabilitation und damit Faktoren, die bei der Indikationsstellung berücksichtigt werden müssen, sind:

- Die sich bei der Indikationsstellung präsentierende Situation der Behandlung der geschädigten Körperfunktionen und -strukturen
- 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 (interkurrente Diagnostik und Therapie) sind möglich

Der Entscheid über die Beendigung der Akutversorgung und ob die Stationäre Rehabilitation indiziert ist, trifft im Idealfall ein Team aus Akut- und Rehabilitationsmediziner\*innen 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, der die Diagnostik und Behandlung**

- der Beeinträchtigung der Körperfunktionen und -strukturen
- der Beeinträchtigung der Aktivitäten und
- der Beeinträchtigung der 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. Die Leistungen der Rehabilitation sind auf [Seite 13 als Basisleistungen](#) generell beschrieben.

Der Ausgangspunkt des Prozesses ist in der Regel das multidimensionale Assessment – kurz: die ganzheitliche Betrachtung der Situation des Patienten in seiner aktuellen Lebenssituation

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 Erfüllung 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. Bei kognitiv eingeschränkten Patienten lässt sich die Rehabilitationsfähigkeit oft nicht a priori einschätzen. In Bereichen der Rehabilitationsmedizin, in denen kognitiv eingeschränkte Patienten behandelt werden (z.B. Neurologie, Geriatrie) legt das Rehabilitationsteam daher die Rehabilitationsfähigkeit im Verlaufe des rehabilitativ-therapeutischen Prozesses fest. Bei Kindern, die entwicklungsbedingt noch nicht in der Lage sind, eigenständig an einer Rehabilitation teilzunehmen, ist für Rehabilitationsfähigkeit entscheidend, dass Familie bzw. die Bezugspersonen aktiv in den Rehabilitationsprozess eingebunden werden können.

Das **Rehabilitationspotenzial** gibt die Fähigkeit wieder, 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:

- Verbesserung der krankheits- oder unfallbedingten Einschränkung der Lebensqualität durch gezielte Reduktion der symptombedingten Beschwerden, Verbesserung der Funktionen und Integration resp. Reintegration der Betroffenen an Hand von gemeinsam definierten Partizipationszielen
- 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 Umfeldes (Umweltfaktoren nach ICF)

## 2.7 Abgrenzung zwischen den Leistungen der Akutversorgung und der Rehabilitation

Historisch betrachtet ist es 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 aber 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 differenziert, gemeinsam entschiedenen 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.

Dienlich zur Klärung der Abgrenzung an der Schnittstelle Akutsomatik/Rehabilitation ist ferner die präzise Beschreibung der Stationären Rehabilitation bezüglich Inhalt und Voraussetzungen zur Leistungserbringung. Bei festgestellter Indikation zur Stationären Rehabilitation setzt es voraus, dass der Leistungserbringer Voraussetzungen erfüllt, damit er Art und Intensität der ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Leistungen in der Rehabilitationsstruktur tatsächlich erbringen kann.

Unterschiedliche Voraussetzungen zur Leistungserbringung, beispielsweise auch organisatorische, infrastrukturelle und personelle Unterschiede sind ab Version 2.0 von DefReha® im Sinne von messbaren minimalen Kriterien enthalten.

- Diese Kriterien dienen in erster Linie als allgemein anerkannte Grundlage und als Hilfestellung in der Diskussion zwischen Akutversorgungs- und Rehabilitations-Einrichtungen.
- Weiter dienen die in DefReha® beschriebenen Leistungen der Stationären Rehabilitation als Massstab zur Anwendung der Tarifstruktur.
- Sie sollen bei Auseinandersetzungen zur Kostenübernahme durch Versicherer angewendet werden.
- Sie gelten für die Erteilung entsprechender kantonaler Leistungsaufträge. Die Kantone können zur Erfüllung ihrer Aufträge zusätzliche organisatorische, infrastrukturelle oder personell Voraussetzungen vorsehen. Diese unterschiedlichen Voraussetzungen erschweren allerdings den Vergleich von Leistungserbringern und sind daher zu berücksichtigen.

Ab Version 3.0 werden neu drei Querschnittsbereiche der stationären Rehabilitation dargestellt:

- Die **Überwachungspflichtige Rehabilitation / Frührehabilitation** fokussiert auf den frühen Zeitpunkt inklusive den nötigen spezifischen Leistungen bei gegebener Überwachungspflicht des Patienten.

- Die **Arbeitsorientierte Rehabilitation** orientiert sich an den spezifischen Zielsetzung zum Wiedererlangungen einer Bildungs- und/oder Arbeitsfähigkeit.
- Die **Komplexe Unfallrehabilitation** spezifiziert die Rehabilitation bei unfallbedingter Ursache und komplexem Setting in der Rehabilitation.

Zu beachten ist, dass alle drei Querschnittbereiche nur in sinnvoller Kombination mit einer der in DefReha® beschriebenen Arten der stationären Rehabilitation die entsprechenden Leistungen der stationären Rehabilitation als Ganzes beschreiben. In der kombinierten Betrachtung gelingt auch die Abgrenzung zwischen den Leistungen der Akutversorgung und der Rehabilitation.

## 2.8 Abgrenzung der Rehabilitation zu weiteren Bereichen

Die eigentlichen Rehabilitationsleistungen kann und muss klar von der Nachsorge, wie beispielsweise der Übergangspflege bzw. der im KVG genannten Akut- und Übergangspflege AÜP, der Langzeitpflege, der Kur, ambulanten Einzelleistungen und der Palliative Care abgegrenzt werden<sup>7</sup>.

DefReha® fokussiert wie eingangs dargelegt auf die Stationäre Rehabilitation. Im schweizerischen Kontext zu beachten gilt hier, dass die Stationäre Rehabilitation in Betrieben erbracht werden müssen, die im KVG den Spitälern gleichgesetzt sind.

Spezialisierte interdisziplinäre und multimodale Therapien der Rehabilitation sind auch im ambulanten Setting = ambulante Rehabilitation<sup>8</sup> etabliert – siehe BOX:

- **Ambulante Rehabilitation**  
In spezialisierten Einrichtungen kann eine ambulante Rehabilitation in Form einer interdisziplinären und multimodalen Behandlung durchgeführt werden.
- **Teilstationäre Rehabilitation**  
Für Patienten, die keine stationäre Behandlung mehr benötigen, für welche eine rein ambulante Behandlung aber seitens Therapieintensität noch zu gering oder seitens belastungs- oder betreuungstechnischen Gründen nicht realistisch ist, sollte das Konzept einer teilstationären Rehabilitation erwogen werden. Diese soll eine interdisziplinäre therapeutische, pflegerische und ärztliche Betreuung anbieten. Eine entsprechende Infrastruktur (z.B. auch mit Ruhebereich, Mittagessen, etc.) ist vorzuhalten.

Leistungen der ambulanten und teilstationären Rehabilitation unterscheidet sich demnach besonders in der fehlenden Übernachtung/Hotellerie und den in geringerem Masse nötigen Pflegeleistungen von der Stationären Rehabilitation.

<sup>7</sup> siehe detaillierte Beschreibung ab Seite 21

<sup>8</sup> Die Abgrenzung zwischen Ambulanter und Stationärer Rehabilitation ist nicht Inhalt von DefReha® 3.0. Dies kann im Ausblick auf künftige Versionen als Hinweis zur Erarbeitung verstanden werden.

Wie die Akutmedizin mit ihren u.a. auf die zunehmende Spezialisierung zurückzuführenden eindrucklichen Erfolge, hat sich auch die Rehabilitation, wegen der aus den unterschiedlichen Krankheiten folgenden differenzierten Konsequenzen, zunehmend spezialisiert.

Entscheidend ist es, die in diesem Papier beschriebene Rehabilitation von gelegentlich synonym gebrauchten Begriffen abzugrenzen, zum Beispiel:

- Nachbehandlung/Nachsorge
- Übergangspflege bzw. Akut- und Übergangspflege AÜP
- Kur
- Palliative Care
- Rekonvaleszenz
- Ambulante Therapien

### *Nachsorge*

Die Nachsorge umfasst alle Schritte einer weiteren Behandlung, die nach einer Akuttherapie mit kurativem Ansatz eingehalten werden müssen. Sie erstreckt sich über die Wund- und Verbandpflege, den medikamentösen Massnahmen bis zu gezielten, wenig intensiven einzeltherapeutischen Behandlungen zur Wiedererlangung der vorhergehenden Funktion, ohne dass die spezialisierten interdisziplinären und multimodalen Therapien der Rehabilitation benötigt werden.

Dabei können differierende kantonale Versorgungsmodele zu unterschiedlicher Finanzierung der Angebote und in der Folge zu unterschiedlichen Anreizen in der Umsetzung führen.

Zur Nachsorge zählen die nachfolgenden Angebote.

### *Übergangspflege bzw. Akut- und Übergangspflege AÜP*

Erweisen sich im Anschluss an den stationären Aufenthalt ausschliesslich Leistungen der Akut- und Übergangspflege AÜP als notwendig, so ist eine Behandlung ausserhalb des Spitals im Sinne von Art. 25a KVG<sup>9</sup> angezeigt.

Der Begriff der Akut- und Übergangspflege AÜP 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 im Setting der Akut- und Übergangspflege AÜP, im Setting des Akutspitals bzw. der Stationären Rehabilitation oder im Setting des Pflegeheims ähnlich ist, unterscheiden sich die Patientinnen und Patienten sehr durch ihren unterschiedlichen medizinischen, therapeutischen und rehabilitativen Bedarf.

---

<sup>9</sup> 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.

### *Kur*

In einem *Kurhaus* unter ärztlicher Aufsicht durchgeführte Behandlungen gelten grundsätzlich nach Art. 25 KLV [5] als ambulante Behandlungen «ambulante Badekur». Eine Kur dient der Stabilisierung und Zustandserhaltung eines Leidens. Es bestehen während den Kurbehandlungen keine spezifischen Anforderungen an spezielle Pflegeleistungen. Während einer Kur kann in der Regel nur die verordnete aktive Physiotherapie pro Tag zu Lasten der Krankenversicherung durchgeführt und abgerechnet werden.

### *Palliative Care*

In ihrer Definition der Palliative Care<sup>10</sup> schreibt die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)<sup>11</sup>: „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 hochstehende 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.

### *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.

<sup>10</sup> Vergl. Vademecum des soins palliatifs, Etienne Rivier et al, Médecine & Hygiène Genf, 2008

<sup>11</sup> „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 <https://www.samw.ch/de/Publikationen/Richtlinien.html>, abgerufen werden.

### *Ambulante Einzelleistungen*

Dazu zählen beispielsweise physiotherapeutische, ergotherapeutische, logopädische und weitere Monotherapien, welche zur Wiedererlangung der vorhergehenden Funktion beitragen, ohne dass die spezialisierten interdisziplinären und multimodalen Therapien der Rehabilitation benötigt werden. Isoliert betrachtet können solche Leistungen als **rehabilitative Massnahmen** bezeichnet werden, aber nicht als Stationäre oder Ambulante Rehabilitation.

### *Ambulante Einzelleistung im Rahmen der Unterbringung in Langzeitinstitutionen (Pflegeheimen, Langzeitabteilungen, Heimen, etc.)*

**Fälschlicherweise** werden ambulante Einzelleistungen in Langzeitinstitutionen (Pflegeheimen, Langzeitabteilungen, Heimen, etc.) im Sinne der oben erwähnten rehabilitativen Massnahmen gelegentliche als Rehabilitation bezeichnet. Sie erfüllen jedoch die Anforderungen an spezialisierte, koordinierte, interdisziplinären und multimodale Therapien der Rehabilitation wie in Kapitel 2 beschrieben eindeutig nicht.

## **2.9 Bedeutung des Fallpauschalen-Systems SwissDRG der Akutsomatik für die Leistungen der stationären Rehabilitation**

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 Spitex-Diensten 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 Situationen konfrontiert, die neben der eigentlichen Rehabilitationsleistung auch weiterführende medizinische (Akut-) Leistungen erfordern. Oft ergibt erst die Kombination der Indikationen für die spezialisierte, koordinierte, interdisziplinäre Rehabilitation zusammen mit der Indikation für weiterführender medizinischen Leistung, nicht selten ergänzt durch komplizierende sozialen Faktoren, schlussendlich die eigentliche **Indikation für die Stationäre Rehabilitation**.

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, welche die Leistungen der

Rehabilitation beschreiben, aber auch medizinische Kriterien zu definieren, welche die zu frühe und unangemessene Entlassungen aus den Akutspitälern, aber auch aus den Rehabilitationskliniken verhindern helfen.

## 2.10 Pauschalierende Tarifstruktur ST Reha

Der im Juni 2018 gefällte Entscheid der SwissDRG AG in der Tarifstruktur ST Reha den Leistungsbezug vermehrt einzubeziehen, weist auch hier in Richtung Fallpauschalen. Die Gruppierung muss dabei nicht diagnoseorientiert, sondern folgerichtig leistungsorientiert erfolgen. Damit entsprechende Leistungsdaten zur Verfügung stehen, werden diese im Rahmen der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser erfasst. Dabei kommt dem Katalog «Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP)» um Behandlungen, Prozeduren aber auch Assessments zu erfassen, grosse Bedeutung zu. Ab DefReha® 2.0 bestehen Definitionen für die Leistungen. Sie sollen im ordentlichen Antragsverfahren zur Anpassung des CHOP Katalog eingebracht werden. Dabei soll der CHOP Katalog die Leistungen abbilden jedoch nicht definieren. Ab DefReha® 2.0 zeigt das Papier auch Definitionen zu den Voraussetzungen zur Leistungserbringung auf. Diese sind in der Regel finanzierungs- oder planungsrelevant und sind daher Bestandteil der kantonalen Leistungsaufträge. Die inhaltliche Diskussion zu Rehabilitationsleistungen sollen einzig in Gremien geführt werden, die dazu legitimiert und allseits anerkannt sind. H+ hat in einem weiteren Grundsatzpapier Bedingungen für verbindliche Anforderungen in Richtlinien und Guidelines formuliert<sup>12</sup>, die immer dann eingehalten werden sollten, wenn solche Richtlinien den Leistungserbringern oder den Kantonen verbindliche personelle oder infrastrukturelle Vorgaben machen.

Ziel muss es sein, dass das Verständnis zur Leistungserbringung bei den Behörden, welche für die Leistungsversorgung zuständig sind mit den aktuellen Erkenntnissen der Leistungserbringer weitgehend einheitlich ist. *Anschliessend* können die Konstrukteure der stationären Tarifstruktur ST Reha mit den Informationen aus den Datenerhebungen zu den Leistungen und den Kosten den Tarif ST Reha bauen.

DefReha® 3.0 ergänzt das Verständnis der Leistungserbringung mit drei Querschnittbereichen. Sie zeigen – jedoch nur in sinnvoller Kombination mit einer Art der Rehabilitation - die spezifische Leistungserbringung bei diesen Querschnittbereichen auf und unterscheiden sich in erster Linie durch unterschiedliche Ziele für diese Patienten bezüglich dem Wiedererlangen der Partizipation (unterschiedliche Partizipationsziele). Für die tarifliche Abbildung müssen für abgrenzbare, besondere Leistungen, welche in den Querschnittbereichen erbracht werden, entsprechende Leistungs- und Kostendaten zur Verfügung stehen.

---

<sup>12</sup> Bedingungen für verbindliche Anforderungen in Richtlinien und Guidelines mit finanzierungs- und planungsrelevanten Konsequenzen, [https://www.hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Politik/Bedingungen\\_fuer\\_verbindliche\\_Anforderungen/20180323\\_Positionspapier\\_Richtlinien\\_V1.0-D-1.pdf](https://www.hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Politik/Bedingungen_fuer_verbindliche_Anforderungen/20180323_Positionspapier_Richtlinien_V1.0-D-1.pdf)



## 3 Rehabilitationsarten und Mindestvoraussetzungen

### 3.1 Kriterien zur Abgrenzung der Leistungsarten in der Stationären Rehabilitation

Dieses Kapitel ist wie folgt gegliedert:

Der Detaillierungsgrad der stationären Rehabilitation ist in **neun** Unterkapitel für die **Arten der Rehabilitation** und in **drei** Unterkapitel für **Querschnittbereiche** dargestellt. Dies entspricht den in der Schweiz tatsächlich angebotenen stationären Rehabilitationsleistungen. Die verschiedenen Arten der Rehabilitation sind gegenwärtig in mehreren Kantonen in den Leistungsaufträgen erwähnt. Für die Autoren war dies der deutlichste Anhaltspunkt diesen Rehabilitationsarten je ein eigenes Unterkapitel zu widmen. Querschnittbereiche zeigen nur in der sinnvollen Kombination mit einer Art der Rehabilitation die Definition der Leistungen und die Beschreibung der nötigen Voraussetzungen zur Leistungserbringung auf.

Die Gliederung der Rehabilitationsarten hat keinen wertenden Charakter und erfolgt alphabetisch.

Mit den **betrieblichen Mindestvoraussetzungen organisatorischer, personeller und infrastruktureller Art** ist in jedem Kapitel die Branchensicht dargestellt. Die dort jeweils genannten Punkte sind in der Zulassung für die Leistungserbringung und die Zulassung zur Anwendung der nationalen Tarifstruktur für die Stationäre Rehabilitation, welche sich im Zuständigkeitsbereich der Kantone befindet, zu berücksichtigen. Geringere Anforderungen sind aus unserer Sicht nicht mit Leistungen der Stationären Rehabilitation gleichzusetzen.

Die **Mindest-Leistungen am Patienten** beschreiben die messbaren **rehabilitationsspezifischen Leistungen** der Stationären Rehabilitation. Beschrieben sind die minimalen Leistungen, die jeder Patient durchschnittlich, bezogen auf die gesamte Aufenthaltszeit in der Stationären Rehabilitation erhalten muss.

Alle Unterkapitel sind gleich aufgebaut:

- **Definition** der Rehabilitationsart
- **Ziele** der Behandlung
- **Basisleistungen**
- **Betriebliche Mindestvoraussetzungen** organisatorischer, personeller und infrastruktureller Art – Branchensicht auf Vorgaben zu Leistungsaufträgen und Betriebsbewilligungen
- **Mindest-Leistungen** am Patienten – individuelle, abgrenzbare **spezifische** Rehabilitationsleistungen
- Grafische Darstellung der **Ein- und Austrittskriterien für Beginn und Ende des Aufenthalts für die Stationäre Rehabilitation**.

### 3.2 Erläuterung zur graphische Darstellung

Die Grafik folgt einer standardisierten Darstellung der Kriterien für Beginn und Ende der Stationären Rehabilitation. Diese Darstellung wird in der nachfolgenden Abbildung erläutert:

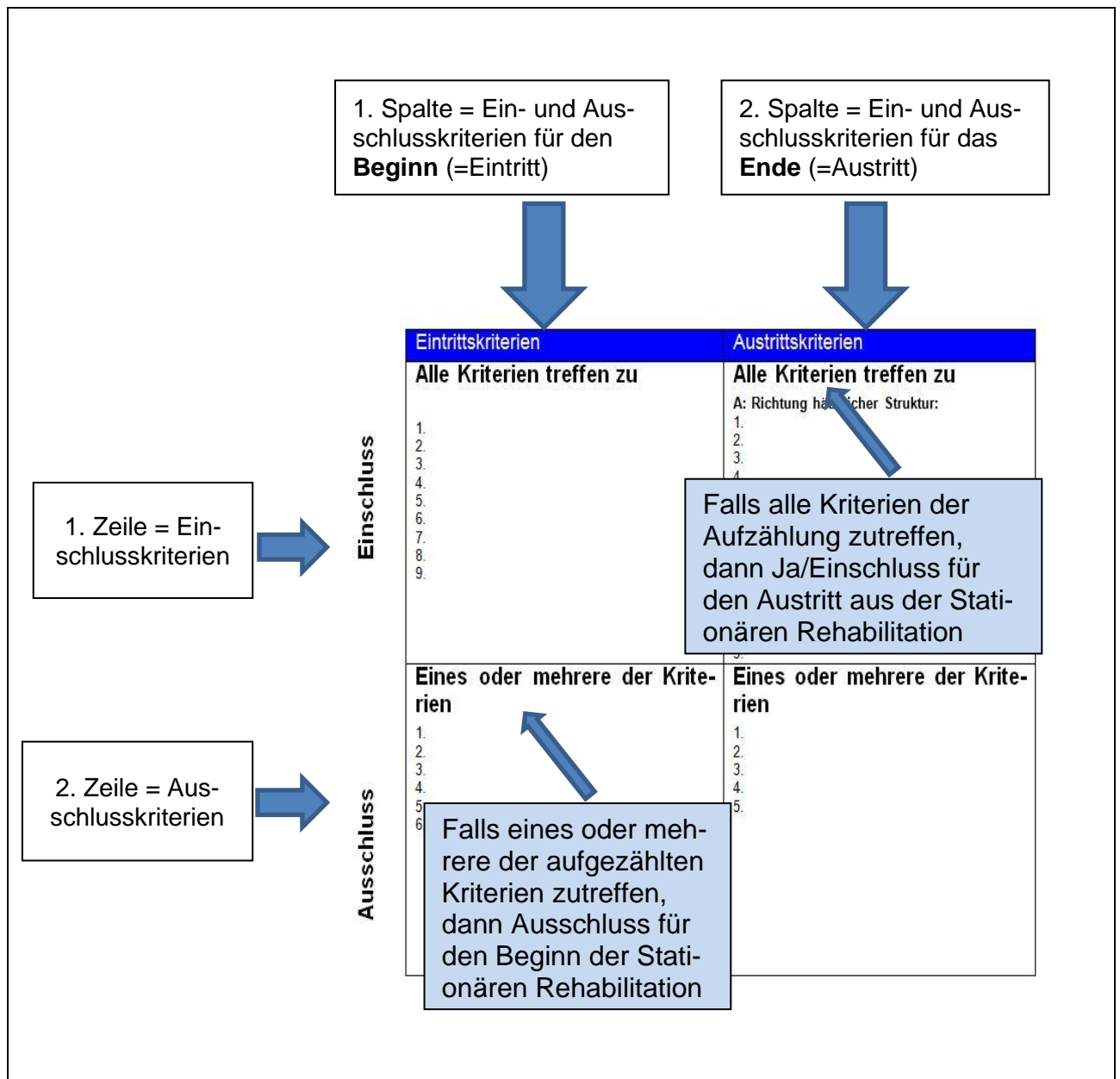


Abbildung. 2: Struktur der Grafik, die in den Zeilen *Ein- und Ausschlusskriterien* untereinander und in den Spalten *Beginn und Ende* des stationären Aufenthaltes darstellt.

### 3.3 Arten der Rehabilitation (alphabetisch)

#### 3.3.1 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 geriatrischer Patienten. Stationäre geriatrische Rehabilitation ist ein Teil der geriatrischen Medizin. Sie wendet die spezifischen geriatrischen Prozesse (insbesondere geriatrisches Assessment, koordinierte interdisziplinäre Teamarbeit, Einbezug des sozialen Umfelds, Austrittsplanung) im Kontext der Rehabilitation an.

##### 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.

##### Basisleistungen

Siehe [Kapitel 2.3](#)

##### Betriebliche Mindestvoraussetzungen organisatorischer, personeller und infrastruktureller Art

- Die Geriatrische Rehabilitation steht unter der fachlichen Leitung eines
  - Facharztes für Allgemeine Innere Medizin mit Schwerpunkt Geriatrie (FMH) und zwei Jahren Erfahrung<sup>13</sup> in Rehabilitationsmedizin oder
  - Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation mit zwei Jahren Erfahrung an einer Weiterbildungsstätte<sup>14</sup> für Schwerpunkt Geriatrie.
- Eintrittsabklärung mit strukturiertem, geriatrischem Assessment bei Eintritt (mindestens in den Bereichen Kognition, ADL, Mobilität, Emotion Ernährungszustand und soziale Situation).
- Austrittsplanung mit strukturiertem geriatrischem Assessment bei Austritt (mindestens Bereiche ADL und Mobilität) und Sicherstellung der notwendigen Nachbetreuung.
- Das multiprofessionelle Rehabilitationsteam umfasst mindestens Ärzte, Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Sozialberatung, Ernährungsberatung.
- Zugang zu:
  - Seelsorge
  - Orthopädietechnik
  - spezialisierte Palliative Care
  - in Dysphagietherapie ausgebildetem Personal

<sup>13</sup> *Erfahrung in der Rehabilitationsmedizin* durch Tätigkeit an einer Weiterbildungsstätte für Physikalische Medizin und Rehabilitation oder einer stationären Klinik für Patienten der Neurologischen-, Muskuloskelettalen-, Kardialen-, Pulmonalen oder Paraplegiologischen Rehabilitation

<sup>14</sup> Weiterbildungsstätte gemäss Definition des Schweizerischen Institut für ärztliche Weiterbildung und Fortbildung SIWF – [Register der Institutionen](#)

## **Mindest-Leistungen am Patienten**

300 Minuten Leistungen pro Woche (im Durchschnitt auf den ganzen Aufenthalt bezogen): Abweichungen davon können aus patientenspezifischen Gründen (schwankende Belastbarkeit des Patienten) erfolgen. Die Auswahl und der Einsatz der Leistungen aus nachfolgend aufgelisteten Therapiebereichen richten sich nach der Indikation und nach der Belastbarkeit der Patienten im Einzelfall. Die Leistungen erfolgen je nach Indikation im Gruppen- oder Einzelsetting.

- Physiotherapie
- Ergotherapie
- Logopädie oder Dysphagie-Behandlung
- Ernährungsberatung- und -therapie
- Psychotherapeutische und/oder neuropsychologische Untersuchung und Behandlung

Die Pflegeleistungen sind ein sehr wesentlicher Bestandteil der Rehabilitation. Diese sind in den Mindestleistungen in Minuten aber nicht eingerechnet und zählen deshalb auch nicht dazu.

## Kriterien für Beginn und Ende an der Schnittstelle Akutspital zur stationären Geriatrischen Rehabilitation

	Eintrittskriterien	Austrittskriterien
<b>Einschluss</b>	<p><b>Alle Kriterien treffen zu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Geriatrische Multimorbidität (Patient in der Regel über 75 Jahre) mit dokumentiertem Vorliegen von mehr als einem der aufgeführten geriatrischen Syndrome:             <ol style="list-style-type: none"> <li>Kognitive Einschränkung, insbesondere abklingendes Delir</li> <li>Immobilität oder Sturzneigung oder Schwindel</li> <li>Inkontinenz von Stuhl und/oder Urin</li> <li>Malnutrition und/oder Sarkopenie</li> <li>Hinweise auf Depression oder Angststörung</li> <li>Alltagsrelevante Sehbehinderung und/oder alltagsrelevante Schwerhörigkeit</li> <li>Chronische Schmerzsymptomatik</li> <li>Medikationsprobleme bei Polypharmazie (mehr als 5 Medikamente) und/oder Non-Compliance</li> <li>Psychosoziales Problem</li> </ol> </li> <li>Rehabilitationsbedürftigkeit und -potential liegen vor</li> </ol>	<p><b>Alle Kriterien treffen zu</b></p> <p><b>A: Nach Hause oder eine Langzeiteinrichtung</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Der Gesamtzustand erlaubt die Planung der Weiterbehandlung nach der Hospitalisation</li> <li>Die Rehabilitationsziele sind erreicht:             <ol style="list-style-type: none"> <li>die funktionelle Kapazität des Patienten ist dem künftigen Umfeld angemessen oder</li> <li>das Rehabilitationspotenzial ist erschöpft, eine signifikante Besserung kann nicht mehr erwartet werden. Beurteilungsskalen lassen das dokumentieren</li> </ol>             Zur Überprüfung werden standardisierte und validierte Instrumente eingesetzt.           </li> </ol> <p><b>B: Richtung stationär akute Versorgung</b> Es treten neue Probleme oder Komplikationen auf, die eine Hospitalisation/Rehospitalisation in der Akutversorgung erfordern.</p> <p><b>C: Richtung einer anderen Versorgungsstruktur</b> Aufgrund der klinischen Entwicklung kann der Patient einer anderen Art der Weiterbehandlung zugewiesen werden.</p>
<b>Ausschluss</b>	<p><b>Eines oder mehrere der Kriterien</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Bedarf an stationärer akutsomatischer Behandlung und Diagnostik im Akutspital</li> <li>Patienten mit einer spezifischen Erkrankung, die eine andersartig spezialisierte Rehabilitation benötigen, insbesondere die Rehabilitation von Paraplegien, neurologischen Erkrankungen, Schädel-Hirn-Traumata, Syndromen, die der spezifischen kardiovaskulären, pulmonalen oder muskuloskelettale Rehabilitation bedürfen</li> </ol>	<p><b>Eines oder mehrere der Kriterien</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mit Verlängerung der Aufenthaltsdauer erlauben die festgestellten Fortschritte den Austritt in eine weniger behandlungsintensive Umgebung als ursprünglich geplant</li> <li>Die Verschlechterung des klinischen Zustands erfordert keine Hospitalisation in der akutsomatischen Versorgung</li> </ol>

### 3.3.2 Internistische und Onkologische Rehabilitation

#### Definition

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

Die Internistische und die Onkologische Rehabilitation beinhalten diagnostische und therapeutische Massnahmen zur Verbesserung der Aktivitäts- und Partizipationseinschränkung unter besonderer Berücksichtigung des selbstbestimmten Lebens der Patienten.

Die *internistische* Rehabilitation behandelt Patienten mit Funktions-, Aktivitäts- und Partizipationseinschränkungen im Alltag aufgrund

- physischer und psychischer Dekonditionierung, Organschädigungen, Funktionseinschränkungen von Organsystemen und Ernährungsproblemen als Folge von medizinischen Behandlungen und/oder operativen Eingriffen;
- einer internistischen Erkrankung, welche zwei und mehr Organsysteme betrifft;
- krankheitsbedingter Malnutrition;
- einer Organtransplantation (exkl. Herz und Lunge);
- Erkrankungen des Magen/Darm Traktes;
- intensivmedizinischer Behandlungen;
- chronischer Erkrankungen;
- schwerer Infektionen.

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

In der *onkologischen* Rehabilitation werden Patienten behandelt mit Funktions-, Aktivitäts- und Partizipationseinschränkungen aufgrund einer onkologischen/hämatologischen Erkrankung und deren Folgen sowie aufgrund der Auswirkungen der Behandlung.

#### Ziele

Die Ziele der Internistischen und der Onkologischen Rehabilitation sind die Reduktion der funktionellen Einschränkungen, eine Verbesserung der Aktivitäten im Alltag, sowie die bestmögliche Partizipation im Beruf respektive am sozialen Leben.

#### Basisleistungen

Siehe [Kapitel 2.3](#)

## Betriebliche Mindestvoraussetzungen organisatorischer, personeller und infrastruktureller Art

- Die Internistische Rehabilitation steht unter der fachlichen Leitung eines
  - Facharzt für Allgemeine Innere Medizin mit zwei Jahren Erfahrung<sup>15</sup> in Rehabilitationsmedizin oder
  - Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation mit zwei Jahren Erfahrung an einer Weiterbildungsstätte für Allgemeine Innere Medizin.
- Die Onkologische Rehabilitation steht unter der fachlichen Leitung eines
  - Facharzt für Allgemeine Innere Medizin mit zwei Jahren Erfahrung<sup>15</sup> in Rehabilitationsmedizin oder
  - Facharzt für medizinische Onkologie oder Hämatologie mit zwei Jahren Erfahrung<sup>15</sup> in Rehabilitationsmedizin oder
  - Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation mit zwei Jahren Erfahrung<sup>15</sup> an einer Weiterbildungsstätte<sup>16</sup> für Allgemeine Innere Medizin oder für Onkologie bzw. Hämatologie.

Hat die fachliche Leitung nicht ein Facharzt für medizinische Onkologie inne, so ist die Kooperation mit einem Facharzt für medizinische Onkologie zu gewährleisten.
- Das multiprofessionelle Rehabilitationsteam umfasst mindestens Ärzte, Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Sozialberatung, Ernährungsberatung, Psychologie / Neuropsychologie.
- Zugang zu:
  - Stoma- und Kontinenz-Beratung
  - Schmerztherapie
  - spezialisierter Palliativ Care
  - in Dysphagietherapie ausgebildetem Personal

## Mindest-Leistungen am Patienten

450 Minuten Leistungen pro Woche (im Durchschnitt auf den ganzen Aufenthalt bezogen). Die Auswahl und der Einsatz der Leistungen aus nachfolgend aufgelisteten Schulungs- und Therapiebereichen richten sich nach der Indikation und nach der Belastbarkeit der Patienten im Einzelfall. Die Leistungen erfolgen je nach Indikation im Gruppen- oder Einzelsetting.

- Physiotherapie und Sporttherapie (dipl. Personal)
- Ergotherapie
- Entspannungstherapie
- Alltagstraining
- Ernährungsberatung/-therapie
- Psychotherapeutische und/oder neuropsychologische Untersuchung und Behandlung
- Psychoonkologie
- Diabetesberatung
- Rauchstoppberatung
- Sozialberatung
- Schmerztherapie nichtärztlich

<sup>15</sup> Erfahrung in der Rehabilitationsmedizin durch ärztliche Tätigkeit an einer Weiterbildungsstätte für Physikalische Medizin und Rehabilitation oder einer stationären Klinik für Patienten der Neurologischen-, Muskuloskelettalen-, Kardialen-, Pulmonalen oder Paraplegiologischen Rehabilitation

<sup>16</sup> Weiterbildungsstätte gemäss Definition des Schweizerischen Institut für ärztliche Weiterbildung und Fortbildung SIWF – [Register der Institutionen](#)

- Patientenedukation mit dem Ziel der Verhaltensänderung und Sekundärprävention unter Einbezug Angehöriger
- Dysphagie-Behandlung
- Stoma- und Kontinenzberatung

Die Pflegeleistungen sind ein sehr wesentlicher Bestandteil der Rehabilitation. Diese sind in den Mindestleistungen in Minuten aber nicht eingerechnet und zählen deshalb auch nicht dazu.

### Kriterien für Beginn und Ende an der Schnittstelle Akutspital zur Stationären Internistischen und Onkologischen Rehabilitation

	Eintrittskriterien	Austrittskriterien
Einschluss	<b>Alle Kriterien treffen zu</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Erwachsene Patienten mit               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Einer Multimorbidität, und/oder</li> <li>b. Einem funktionellen Defizit</li> <li>c. Einer Partizipationsstörung</li> </ol> </li> <li>2. Notwendigkeit der Stationären Rehabilitation, insbesondere bei               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Notwendigkeit eines multidisziplinären, kombinierten Rehabilitationsansatzes inklusive Edukation oder</li> <li>b. Vertiefter Abklärung der Ursache der Syndrome und des eventuellen Potenzials oder</li> <li>c. Fortsetzung der medizinischen Behandlung</li> </ol> </li> <li>3. Ziel ist die Rückkehr nach Hause oder Unterbringung in einem Pflegeheim mit der grösstmöglichen Autonomie</li> <li>4. Vom Akutspital abgeschlossene Diagnostik, festgelegte therapeutische Strategie</li> </ol>	<b>Alle Kriterien treffen zu</b> <p><b>A: Nach Hause oder in eine Pflegeeinrichtung</b>            Voraussetzung: Das Rehabilitationspotenzial für die Stationäre Rehabilitation ist ausgereizt</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Der Gesamtstatus erlaubt die Planung der ambulanten Weiterbehandlung</li> <li>2. Die Rehabilitationsziele sind erreicht:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. die funktionelle Kapazität des Patienten ist dem künftigen Umfeld nach der Entlassung angemessen oder</li> <li>b. die interprofessionelle Evaluation zeigt das Ende der Steigerungsmöglichkeiten für die funktionelle Kapazität an</li> </ol>               Zur Überprüfung werden standardisierte und validierte Instrumente eingesetzt.             </li> <li>3. Die Symptomatik hat sich ausreichend gebessert und ist mit dem künftigen Umfeld vereinbar</li> </ol> <p><b>B: Verlegung in eine stationäre akute Versorgung</b>            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><b>C: Verlegung in eine andere Versorgungsstruktur</b>            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>
	<b>Eines oder mehrere der Kriterien</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die Vitalparameter sind nicht stabil</li> <li>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</li> <li>3. Noch nicht abgeschlossener diagnostischer bzw. noch nicht festgelegter respektive enge Überwachung benötigender therapeutischer Prozess</li> <li>4. Fehlende Compliance des Patienten bezüglich der therapeutischen Massnahmen</li> </ol>	<b>Eines oder mehrere der Kriterien</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mit Verlängerung der Aufenthaltsdauer erlauben die festgestellten Fortschritte den Austritt in eine weniger restriktive Umgebung als ursprünglich geplant</li> <li>2. Die Verschlechterung des klinischen Zustands erfordert keine Hospitalisation in der akutsomatischen Versorgung</li> </ol>



### 3.3.3 Kardiovaskuläre Rehabilitation - Kardiale Rehabilitation und Rehabilitation bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen

#### 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 (mit eingeschränkter oder erhaltener Auswurfraction);
- bei anderen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, 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 älteren Patienten)

Verbesserung der Prognose:

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

Beitrag zur Kostenstabilität

- Verbesserung der Compliance
- Reduktion/Verhinderung vermeidbarer Spitalaufenthalte
- Vermeidung von vorzeitiger Berentung und Pflegebedürftigkeit

#### Basisleistungen

Siehe [Kapitel 2.3](#) und zusätzlich:

- Dokumentierte Ein- und Austritt-Assessment beinhaltet klinische Untersuchung, Leistungstest (Ergometrie oder 6 Min. Gehstest) Messung der Lebensqualität, Erfassung des kardiovaskulären Risikoprofils;
- 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);
- Bewegungsprogramm als Vehikel für Lebensstilveränderungen und Korrektur eines vorbestehenden Bewegungsmangels;

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

### **Betriebliche Mindestvoraussetzungen organisatorischer, personeller und infrastruktureller Art**

- Die Kardiovaskuläre Rehabilitation steht unter der fachlichen Leitung eines Facharztes für Kardiologie mit zwei Jahren Erfahrung<sup>17</sup> in der Rehabilitation speziell Kardialer Patienten. Der Facharzt Kardiologie verfügt über eine mindestens dreijährige internistische Ausbildung.
- Das multiprofessionelle Rehabilitationsteam umfasst mindestens Ärzte, Pflege, Physiotherapie/Sporttherapie, Ergotherapie, Sozialberatung, Ernährungsberatung, Psychologie / Neuropsychologie.
- Es besteht ein Notfall- und Alarmkonzept, CPR inkl. Defibrillation während der Therapien ist jederzeit gewährleistet, bei Aktivitäten ausserhalb des Klinikareals sind 2 CPR-geschulte Personen, davon ein Therapeut anwesend.

### **Mindest-Leistungen am Patienten**

540 Minuten Leistungen pro Woche (im Durchschnitt auf den ganzen Aufenthalt bezogen). Die Auswahl und der Einsatz der Leistungen aus nachfolgend aufgelisteten Schulungs- und Therapiebereichen richten sich nach der Indikation und nach der Belastbarkeit der Patienten im Einzelfall. Die Leistungen erfolgen je nach Indikation im Gruppen- oder Einzelsetting.

- Physiotherapie und Sporttherapie (dipl. Personal)
- Ergotherapie
- Physikalische Therapie
- Medizinische Trainingstherapie
- Entspannungstherapie
- Psychotherapeutische und/oder neuropsychologische Untersuchung und Behandlung
- Ernährungsberatung
- Diabetesberatung
- Sozialberatung
- Rauchstopppberatung
- Patientenedukation mit dem Ziel der Verhaltensänderung und Sekundärprävention

Die Pflegeleistungen sind ein sehr wesentlicher Bestandteil der Rehabilitation. Diese sind in den Mindestleistungen in Minuten aber nicht eingerechnet und zählen deshalb auch nicht dazu.

---

<sup>17</sup> *Erfahrung in der Rehabilitationsmedizin* durch ärztliche Tätigkeit an einer Klinik mit dem Leistungsauftrag Kardiale Rehabilitation

## Kriterien für Beginn und Ende an der Schnittstelle Akutspital zur stationären Kardiovaskulären Rehabilitation

Eintrittskriterien		Austrittskriterien	
Einschluss	<b>Alle Kriterien treffen zu</b> Alle kardiovaskulären Erkrankungen aller Altersgruppen mit Rehabilitationspotential 1. Akutdiagnostik und invasive Behandlung abgeschlossen 2. Vitalfunktionen stabil 3. Indikationen gemäss DefReha® Kapitel 3.3.3 4. Rehabilitationsfähigkeit gegeben 5. Der Patient kann an einem strukturierten Gruppenprogramm teilnehmen	<b>Alle Kriterien treffen zu</b> <b>A: Richtung häuslicher Struktur</b> 1. Die Rehabilitationsziele sind erreicht: 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. <b>B: Richtung stationär akuter Versorgung</b> Es treten neue Probleme oder Komplikationen auf, die eine Hospitalisation/Rehospitalisation in der Akutversorgung erfordern. <b>C: Richtung eine andere nicht akute Versorgungsstruktur</b> 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.	
	<b>Eines oder mehrere der Kriterien</b> Alle unter a) genannten Kriterien für die überwachungspflichtige Rehabilitation (1-22): 1. Maligne hämodynamisch relevante nicht kontrollierte Rhythmusstörungen 2. Vasopressoren bedürftige, dekompensierte Herzinsuffizienz 3. Invasive beatmungspflichtige respiratorische Insuffizienz 4. Septische Infekt Situation 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 eins Organs 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 und zusätzlich Kriterien unter b) an der Schnittstelle Akutspital zur Stationären Kardiovaskulären Rehabilitation 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 Stoffwechselentgleisung 28. Aktive rheumatische Erkrankung		<b>Eines oder mehrere der Kriterien</b> 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 erfordert keine Hospitalisation in der akutsomatischen Versorgung

### 3.3.4 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 und chronischer Schmerzen.

Die Beeinträchtigungen der Körperfunktionen können folgende Bereiche betreffen:

- Gelenkbeweglichkeit/-stabilität
- Stabilität der Knochen
- Muskelkraft
- Muskeltonus
- Muskelausdauer
- Motorische 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 wiederhergestellt und erreicht werden.

#### Basisleistungen

Siehe [Kapitel 2.3](#) und zusätzlich:

- Physio- und Ergotherapie ergänzt durch Hilfsmittelberatung, -abgabe und -schulung
- Massnahmen der Ergonomie
- medikamentöse und interventionelle Schmerztherapie
- Therapien, die ein Umgehen mit der Krankheit einzuüben helfen, die auch Psychoedukation bzw. psychologische Beratung beinhalten (z. B. Coping-Strategien)
- Orthopädietechnik und -prothetik auch unter Einbezug der Orthopädieschuhtechnik
- Berufliche Wiedereingliederung – bei entsprechend definierter Zielsetzung

## **Betriebliche Mindestvoraussetzungen organisatorischer, personeller und infrastruktureller Art**

- Die Muskuloskelettale Rehabilitation steht unter der fachlichen Leitung eines
  - Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation oder
  - Facharzt für Rheumatologie, Orthopädie und Traumatologie oder Allgemein Innere Medizin mit mindestens zwei Jahren Erfahrung<sup>18</sup> in Rehabilitationsmedizin.
- Das multiprofessionelle Rehabilitationsteam umfasst mindestens Ärzte, Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Sozialberatung, Psychologie / Neuropsychologie.
- Zugang zu Leistungen einer Orthopädischen Klinik.

## **Mindest-Leistungen am Patienten**

450 Minuten Leistungen pro Woche (im Durchschnitt auf den ganzen Aufenthalt bezogen). Die Auswahl und der Einsatz der Leistungen aus nachfolgend aufgelisteten Schulungs- und Therapiebereichen richten sich nach der Indikation und nach der Belastbarkeit der Patienten im Einzelfall. Die Leistungen erfolgen je nach Indikation im Gruppen- oder Einzelsetting.

- Physiotherapie
- Physikalische Therapie
- Ergotherapie
- Medizinische Trainingstherapie
- Psychotherapeutische und/oder neuropsychologische Untersuchung und Behandlung
- Sozialberatung
- Sporttherapie
- Ernährungsberatung

Die Pflegeleistungen sind ein sehr wesentlicher Bestandteil der Rehabilitation. Diese sind in den Mindestleistungen in Minuten aber nicht eingerechnet und zählen deshalb auch nicht dazu.

---

<sup>18</sup> *Erfahrung in der Rehabilitationsmedizin* durch ärztliche Tätigkeit an einer Weiterbildungsstätte für Physikalische Medizin und Rehabilitation oder einer stationären Klinik für Patienten der Neurologischen-, Muskuloskelettalen-, Kardialen-, Pulmonalen oder Paraplegiologischer Rehabilitation

## Kriterien für Beginn und Ende an der Schnittstelle Akutspital zur Stationären Muskuloskelettalen Rehabilitation

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

### 3.3.5 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).

#### 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

#### Basisleistungen

Siehe [Kapitel 2.3](#) und zusätzlich:

- Logopädie und Dysphagie-Behandlung
- isolierungspflichtige Massnahmen falls indiziert
- Berufliche Wiedereingliederung – bei entsprechend definierter Zielsetzung
- Hilfsmittelberatung und -schulung
- Patienten- und Angehörigenschulung
- Anleitung Selbsthilfe (Waschtraining, Anziehtraining, Esstraining, Kontinenztraining, Orientierungstraining, Schlucktraining, Tracheostoma-Management)
- Zusätzliche Therapien (z.B. Musiktherapie, Hippotherapie, Robotik unterstützte Therapie)

## **Betriebliche Mindestvoraussetzungen organisatorischer, personeller und infrastruktureller Art**

- Die Neurologische Rehabilitation steht unter der fachlichen Leitung eines
  - Facharzt für Neurologie, mit mindestens zwei Jahren Erfahrung<sup>19</sup> in Rehabilitationsmedizin oder
  - Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation mit 2 Jahren Erfahrung an einer Weiterbildungsstätte Neurologie.
- Das multiprofessionelle Rehabilitationsteam umfasst mindestens Ärzte, Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Sozialberatung, Psychologie / Neuropsychologie.
- Zugang zu
  - in Dysphagietherapie ausgebildetem Personal.

## **Mindest-Leistungen am Patienten**

540 Minuten Leistungen pro Woche (im Durchschnitt auf den ganzen Aufenthalt bezogen). Die Auswahl und der Einsatz der Leistungen aus nachfolgend aufgelisteten Schulungs- und Therapiebereichen richten sich nach der Indikation und nach der Belastbarkeit der Patienten im Einzelfall. Die Leistungen erfolgen je nach Indikation im Gruppen- oder Einzelsetting.

- Physiotherapie und Sporttherapie (dipl. Personal)
- Ergotherapie
- Logopädie oder Dysphagie-Behandlung
- Medizinische Trainingstherapie
- Psychotherapeutische und/oder neuropsychologische Untersuchung und Behandlung
- Hilfsmittelberatung und -schulung
- Neuropsychologie
- Diabetesberatung
- Sozialberatung

Die Pflegeleistungen sind ein sehr wesentlicher Bestandteil der Rehabilitation. Diese sind in den Mindestleistungen in Minuten aber nicht eingerechnet und zählen deshalb auch nicht dazu.

---

<sup>19</sup> *Erfahrung in der Rehabilitationsmedizin* durch ärztliche Tätigkeit an einer Weiterbildungsstätte für Physikalische Medizin und Rehabilitation oder einer stationären Klinik für Patienten der Neurologischen-, Muskuloskelettalen-, Kardialen-, Pulmonalen oder Paraplegiologischen Rehabilitation



## Kriterien Beginn und Ende an der Schnittstelle Akutspital zur Stationären Neurologischen Rehabilitation

Eintrittskriterien		Austrittskriterien	
Einschluss	<b>Alle Kriterien treffen zu</b> Diese Patienten sind: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Überwiegend bewusstseinsklar</li> <li>2. Zur täglichen aktiven rehabilitativen Mitarbeit an mehreren Therapiesitzungen zu ca. 30 min. in der Lage</li> <li>3. Interaktions- und kommunikationsfähig evtl. mit Hilfsmitteln</li> <li>4. Mindestens zur Teilmobilisation fähig, ca. 3-4h täglich im Rollstuhl</li> <li>5. Für alltägliche Verrichtungen weitgehend auf pflegerische Hilfe angewiesen</li> <li>6. Nicht mehr auf die überwachungspflichtige Rehabilitation - neurorehabilitative Intensivabteilung - angewiesen, nur geringes Komplikationsrisiko</li> </ol>	<b>Eines oder mehrere der Kriterien</b> Rückverlegung in ein Akut-Spital bzw. in die Überwachungspflichtige Rehabilitation <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bewusstseinsstörung mit Delir</li> <li>2. Aspiration mit resp. Insuffizienz</li> <li>3. Intensivüberwachung nötig</li> <li>4. Schwere Infektion</li> <li>5. psychische Dekompensation mit Suizidgefährdung</li> <li>6. Fremdaggressiv</li> <li>7. Weglaufgefährdung</li> </ol>	Verlegung in eine nachgeordnete Institution oder nach Hause <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die Rehabilitationsziele sind erreicht</li> <li>2. Rehabilitationspotenzial ausgereizt</li> <li>3. enge Anbindung an fam. Strukturen ist erwünscht, ambulante Weiterführung der Rehabilitation</li> <li>4. Einbezug des Arbeitgebers</li> </ol> Strukturierte Vorbereitung auf die Wiedereingliederung ist möglich
	<b>Eines oder mehrere der Kriterien</b> Akute Verschlechterung: Verwirrt, unkooperativ		
Ausschluss		<b>Eines oder mehrere der Kriterien</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Instabilität</li> <li>2. Rehabilitationspotenzial nur stationär abrufbar</li> <li>3. Häusliches Setting ist noch nicht vorbereitet</li> <li>4. Gezielte Neuropsychologische- und/ oder Hirnleistungs-Therapien ist/sind ambulant nicht möglich</li> <li>5. Die Verschlechterung des klinischen Zustands erfordert keine Hospitalisation in der akutsomatischen Versorgung</li> </ol>	

### 3.3.6 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-CY<sup>20</sup>, sind dabei ebenso wichtig wie der Bezug auf die jeweilige ätiologische Diagnose nach der ICD-Klassifikation.

Analog zu den unterschiedlichen Leistungsarten in der Erwachsenenrehabilitation orientiert sich die pädiatrische Rehabilitation auch an den organ- und organsystembezogenen Krankheiten und Schädigungen mit spezialisierten kinds- und jugendlichen-gerechten Rehabilitationskonzepten.

Beispielhaft<sup>21</sup> zu nennen sind:

- **Neurologischen Rehabilitation**  
Traumatische Hirnverletzung (TBI), Infantile Zerebralparese (CP), Vaskuläre Syndrome (Stroke), Encephalitis, hypoxämische Hirnschädigung, Hirntumoren u.a. Meningomyelozelen (MMC), Myelitis, Rückenmarkstumoren u.a. Polyneuroradikulitis (GBS), Muskeldystrophien u.a.
- **Paraplegiologische Rehabilitation**  
Rückenmarksverletzung (SCI)
- **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: Tumorerkrankungen des Bewegungsapparates für intensive Physiotherapie, spezifische Beratung und Hilfsmittelversorgung; Hirntumorerkrankungen, für gezielte Therapiemassnahmen, Leukämien mit Beeinträchtigung des ZNS oder Bewegungsapparates

<sup>20</sup> International Classification of Functioning, Disability and Health, Version Children & Youth, WHO 2007

<sup>21</sup> Die pädiatrische Rehabilitation als eigentliche Querschnittsdisziplin kümmert sich um Kinder und Jugendliche und wendet aus den beschriebenen spezifischen Rehabilitationsarten kinds- und jugendlichen-gerecht adaptierte Leistungen an. Daher hier im Sinne einer beispielhaften Nennung einige Krankheitsbilder welche mit Leistungen der pädiatrischen Rehabilitation behandelt werden und die Zuordnung zu den bestimmten Arten der Rehabilitation

- **Dermatologische Rehabilitation<sup>22</sup>**  
Atopisches Ekzem, Psoriasis und Weitere

### 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)<sup>23</sup> 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-CY<sup>24</sup>, 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.

---

<sup>22</sup> Als Form der Internistischen Rehabilitation

<sup>23</sup>Quelle : <http://www.kindundspital.ch/organisation/charta/die-charta-deutsch>  
[http://www.kindundspital.ch/download/pictures/10/w10uu6afraqipitjeyty7mkyw8wuexy/each-charta\\_pediatrica.pdf](http://www.kindundspital.ch/download/pictures/10/w10uu6afraqipitjeyty7mkyw8wuexy/each-charta_pediatrica.pdf)

<sup>24</sup> International Classification of Functioning, Disability and Health, Version Children & Youth, WHO 2007

## Basisleistungen

Die in [Kapitel 2.3](#) erwähnten generellen Basisleistungen sind in der pädiatrischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche altersgerecht angepasst und nach Möglichkeit validiert. Die Behandlungen orientieren sich, wenn immer möglich an den Prinzipien der Evidence Based Medicine (EBM).

## Betriebliche Mindestvoraussetzungen organisatorischer, personeller und infrastruktureller Art

- Die Pädiatrische Rehabilitation steht unter der fachlichen Leitung
  - eines Facharztes für Pädiatrie mit zwei Jahren Erfahrung<sup>25</sup> in Rehabilitationsmedizin oder
  - Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation mit drei Jahren Erfahrung<sup>25</sup> an einer Weiterbildungsstätte<sup>26</sup> für Kinder- und Jugendmedizin.
- Das multiprofessionelle Rehabilitationsteam umfasst mindestens Ärzte, Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Sozialberatung, Lehrpersonen, Psychologie / Neuropsychologie.
- Der patientenbezogene Behandlungsplan richtet sich nach der dokumentierten individuellen Zielsetzung. Eltern oder gesetzliche Vertreter werden in die Formulierung der Ziele einbezogen.
- Ein Notfallszenario mit einer umliegenden Kinderklinik (Verantwortlichkeiten, Transporte etc.) muss gewährleistet sein.
- Zugang zu
  - Kinderschutz
  - pädiatrischer Palliative Care
  - Low-Vision Abklärung und Therapie
  - Stoma- und Kontinenz-Beratung
  - in Dysphagietherapie ausgebildetem Personal
- Vorliegendes Konzept Schmerztherapie

---

<sup>25</sup> Erfahrung in der Rehabilitationsmedizin durch Tätigkeit an einer Weiterbildungsstätte für Physikalische Medizin und Rehabilitation oder einer stationären Klinik für Patienten der Neurologischen-, Muskuloskelettalen-, Kardialen-, Pulmonalen oder Paraplegiologischen Rehabilitation

<sup>26</sup> Weiterbildungsstätte gemäss Definition des Schweizerischen Institut für ärztliche Weiterbildung und Fortbildung SIWF – [Register der Institutionen](#)

## Mindest-Leistungen am Patienten

450 Minuten Leistungen pro Woche (im Durchschnitt auf den ganzen Aufenthalt bezogen). Die Auswahl und der Einsatz der Leistungen aus nachfolgend aufgelisteten Schulungs- und Therapiebereichen richten sich nach der Indikation und nach der Belastbarkeit der Patienten im Einzelfall. Die Leistungen erfolgen je nach Indikation im Gruppen- oder Einzelsetting.

- Physiotherapie
- Ergotherapie
- Logopädie oder Dysphagie-Behandlung
- Ernährungsberatung
- Hilfsmittelberatung und -schulung
- Patienten- und Angehörigenschulung
- Psychotherapie und/oder neuropsychologische Abklärung und Therapie

Die Pflegeleistungen sind ein sehr wesentlicher Bestandteil der Rehabilitation. Diese sind in den Mindestleistungen in Minuten aber nicht eingerechnet und zählen deshalb auch nicht dazu.

## Kriterien Beginn und Ende an der Schnittstelle Akutspital zur Stationären Pädiatrischen Rehabilitation

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

### 3.3.7 Paraplegiologische Rehabilitation

#### Definition

Als Querschnittslähmungen werden unfall-, krankheitsbedingte und angeborene Lähmungen an den oberen und unteren Extremitäten sowie am Rumpf bezeichnet, die durch eine Störung im Bereich des Rückenmarks und der 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-Konzept<sup>27</sup>)<sup>28</sup>. 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 betroffen<sup>29</sup>. Von einer kompletten Lähmung spricht man bei vollständigem Ausfall aller unterhalb des Schädigungsortes ausgefallenen Funktionen, von einer inkompletten Lähmung bei nur teilweisem Ausfall<sup>30</sup>. Das Lähmungsausmass wird angegeben als Grad des motorischen Ausfalls (Muskel-funktionsgrad und Lähmungshöhe) und als Grad des sensorischen Ausfalls<sup>31</sup>. «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.»<sup>32</sup> «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»<sup>33</sup>.

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

<sup>27</sup> WHO [ICF, 2005]: 16 f.

<sup>28</sup> <https://www.paraplegikerzentren.ch/home/aktuell/>; Qualitäts- und Leistungskriterien für die Behandlung von Patienten mit einer Para- oder Tetraplegie, [Version 5.0](#) vom September 2018 und <https://dmgp.de/die-dmgp/leitlinien-der-dmgp>

<sup>29</sup> <https://www.paraplegikerzentren.ch/home/aktuell/>; Qualitäts- und Leistungskriterien für die Behandlung von Patienten mit einer Para- oder Tetraplegie, [Version 5.0](#) vom September 2018 und <https://dmgp.de/die-dmgp/leitlinien-der-dmgp>

<sup>30</sup> Das Lähmungsausmass kann z. B. mit AIS2 kategorisiert werden. – <https://asia-spinalinjury.org/product/international-standards-for-neurological-classification-of-spinal-cord-injury-isncsci-revised-2019/> und auch Frankel et al. [Frankel Scale, 1969]: 182

<sup>31</sup> siehe BFS Kodierungshandbuch 2020, Seite 173-175 unter S1905c

<sup>32</sup> siehe BFS Kodierungshandbuch 2020, Seite 173-175 unter S1905c

<sup>33</sup> <https://www.paraplegikerzentren.ch/home/aktuell/>; Qualitäts- und Leistungskriterien für die Behandlung von Patienten mit einer Para- oder Tetraplegie, [Version 5.0](#) vom September 2018 und <https://dmgp.de/die-dmgp/leitlinien-der-dmgp>

mit bestehender Querschnittlähmung, die in einem Querschnittszentrum für diese Patienten mit besonderer Kompetenz angeboten werden

## Ziele

Unabhängig von der Schadenslokalisation im Rückenmark ist nach Eintritt einer Querschnittlähmung davon auszugehen, dass im Fall einer fortbestehenden vollständigen oder inkompletten Lähmung lebenslanger Behandlungsbedarf bestehen bleibt<sup>34</sup>. Die einzelnen Rehabilitationsphasen weisen unterschiedliche Behandlungsinhalte und -intensitäten auf.

Wichtige *kurative* Behandlungsziele und -massnahmen einer Querschnittrehabilitation<sup>35</sup> 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 Querschnittrehabilitation<sup>36</sup> sind:

- Bewahrung der Blasenfunktion: Kontinenz durch ausreichende Speicherfunktion; niedrige Blasendruckwerte, um Harnwegsinfektionen und Niereninsuffizienz (akutes und chronisches Nierenversagen) 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 einer standardisierten lebenslangen Nachsorge;

<sup>34</sup> <https://www.paraplegikerzentren.ch/home/aktuell/>; Qualitäts- und Leistungskriterien für die Behandlung von Patienten mit einer Para- oder Tetraplegie, [Version 5.0](#) vom September 2018

<sup>35</sup> <https://www.paraplegikerzentren.ch/home/aktuell/>; Qualitäts- und Leistungskriterien für die Behandlung von Patienten mit einer Para- oder Tetraplegie, [Version 5.0](#) vom September 2018 und <https://dmgp.de/die-dmgp/leitlinien-der-dmgp>

<sup>36</sup> <https://www.paraplegikerzentren.ch/home/aktuell/>; Qualitäts- und Leistungskriterien für die Behandlung von Patienten mit einer Para- oder Tetraplegie, [Version 5.0](#) vom September 2018 und <https://dmgp.de/die-dmgp/leitlinien-der-dmgp>



- Einleitung sekundärprophylaktischer Massnahmen;
- Patienten- und Angehörigenedukation;
- Berufliche Wiedereingliederung – bei entsprechend definierter Zielsetzung;

Die Erstrehabilitation von Para- und Tetraplegikern dauert in der Regel vier bis zwölf Monate. 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, Erhebung ISNCSCI (International Standards For Neurological Classification of Spinal Cord Injury), autonome Dysfunktionen, ADL mittels SCIM III (Spinal Cord Independence Measure).

## Basisleistungen

Neben den in [Kapitel 2.3](#) erwähnten generellen Basisleistungen erfolgen folgende Therapieformen und Massnahmen:

- Logopädie
- Dysphagie-Behandlung
- Behandlungspflege in patientenbezogen unterschiedlichen Kombinationen
- isolierungspflichtige Massnahmen falls indiziert
- berufliche Wiedereingliederung – bei entsprechend definierter Zielsetzung
- Hilfsmittelberatung und -schulung
- Patienten- und Angehörigenschulung
- Anleitung Selbsthilfe (Waschtraining, Anziehtraining, Esstraining, Kontinenztraining, Orientierungstraining, Schlucktraining, Tracheostoma-Management)
- Zusätzliche Therapien (z.B. Musiktherapie, Hippotherapie)

## Betriebliche Mindestvoraussetzungen organisatorischer, personeller und infrastruktureller Art

- Die Paraplegiologische Rehabilitation steht unter der fachlichen Leitung eines Facharztes für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Neurologie, Orthopädie, Urologie mit Zusatz Neuro-Urologie oder Allgemeine Innere Medizin mit 3 Jahren Erfahrung in der Behandlung und Rehabilitation Querschnittgelähmter<sup>37</sup>.
- Das multiprofessionelle Rehabilitationsteam umfasst mindestens Ärzte, Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Sozialberatung, Psychologie / Neuropsychologie.
- Ein Fortbildungskonzept für das multiprofessionelle Team mit rehabilitationsspezifischer Fortbildung von durchschnittlich 1 Stunde pro Woche liegt vor.
- 1/3 des Teams verfügt über 2 Jahre Erfahrung in der Behandlung und Rehabilitation von Patienten mit einer Querschnittlähmung.
- Fachärztliche Spezialisierung im Haus, ausserhalb der Anforderungen für den Chefarzt oder Stellvertretung: Physikalische Medizin und Rehabilitation, - Neurologie, Orthopädie, Innere Medizin, Neuro-Urologie.
- Zugang zu
  - in Dysphagietherapie ausgebildetem Personal.

---

<sup>37</sup> Die leistungserbringenden Zentren der Schweiz bevorzugen die Anerkennung SSOP (Schweizerische Gesellschaft für Paraplegie) – Allerdings unterstützt H+ privatrechtliche Titel/Diplome ohne vertraglicher Anerkennung aller Tarifpartner nicht.



## **Mindest-Leistungen am Patienten**

450 Minuten Leistungen pro Woche (im Durchschnitt auf den ganzen Aufenthalt bezogen). Die Auswahl und der Einsatz der Leistungen aus nachfolgend aufgelisteten Schulungs- und Therapiebereichen richten sich nach der Indikation und nach der Belastbarkeit der Patienten im Einzelfall. Die Leistungen erfolgen je nach Indikation im Gruppen- oder Einzelsetting.

- Physiotherapie
- Ergotherapie
- Physikalische Therapie
- Psychotherapie und/oder neuropsychologische Abklärung und Therapie
- Kunst-/Musiktherapie
- Logopädie oder Dysphagie-Behandlung
- Entspannungstechniken
- Schmerztherapie nichtärztlich

Die Pflegeleistungen sind ein sehr wesentlicher Bestandteil der Rehabilitation. Diese sind in den Mindestleistungen in Minuten aber nicht eingerechnet und zählen deshalb auch nicht dazu.

## Kriterien Beginn und Ende an der Schnittstelle Akutspital zur Stationären spezialisierten Paraplegiologischen Rehabilitation (Querschnittrehabilitation):

Eintrittskriterien		Austrittskriterien	
Einschluss	<b>Alle Kriterien treffen zu</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Patienten mit einem Zustandsbild im Rahmen der Querschnittlähmung</li> <li>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)</li> <li>3. Die primäre Diagnostik ist abgeschlossen und die weitere notwendige medizinische Therapie ist festgelegt</li> <li>4. Die Vitalfunktionen sind für Rehabilitationsbehandlungen genügend stabil, oder es ist eine überwachungspflichtige, querschnittspezifische Intensivbehandlung angezeigt</li> <li>5. Gegebenenfalls sind weitere chirurgisch-medizinische Behandlungen notwendig oder             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Der Patient ist beatmungspflichtig bei stabiler Ventilation oder</li> <li>b. Der Patient benötigt erhebliche pflegerische Hilfe bei den Aktivitäten des täglichen Lebens («ADL») oder</li> <li>c. Die Mobilität ist erheblich oder vollständig eingeschränkt oder</li> <li>d. Der Patient braucht Unterstützung bei der Ausscheidung oder</li> <li>e. Der Patient wird mit Sonde oder parenteral ernährt</li> </ol> </li> </ol>	<b>Alle Kriterien treffen zu</b> <p><b>A: Richtung häuslicher Struktur</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Der Gesamtstatus erlaubt die Weiterbehandlung ausserhalb einer Stationären Rehabilitation</li> <li>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.</li> <li>3. Ein passendes poststationäres Setting steht zur Verfügung.</li> </ol> <p><b>B: Richtung stationäre Akutversorgung bzw. in die Überwachungspflichtige Rehabilitation</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Es ist ein stationärer operativer Eingriff notwendig.</li> <li>2. Wegen vitaler Bedrohung ist eine (nicht QS-spezifische) Intensivbehandlung im Akutspital notwendig</li> </ol>	<b>Eines oder mehrere der Kriterien</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Es ist ein stationärer operativer Eingriff notwendig.</li> <li>2. Wegen vitaler Bedrohung ist eine (nicht QS-spezifische) Intensivbehandlung im Akutspital notwendig</li> </ol>
	<b>Eines oder mehrere der Kriterien</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Es ist ein stationärer operativer Eingriff notwendig.</li> <li>2. Wegen vitaler Bedrohung ist eine (nicht QS-spezifische) Intensivbehandlung im Akutspital notwendig</li> </ol>		<b>Eines oder mehrere der Kriterien</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rehabilitationspotenzial nur stationär abrufbar.</li> <li>2. Die Verschlechterung des klinischen Zustands erfordert keine Hospitalisation in der akutsomatischen Versorgung</li> </ol>
Ausschluss			

### 3.3.8 Psychosomatische Rehabilitation

#### Definition

In der Psychosomatischen Rehabilitation werden Menschen mit *kombinierten* somatischen und psychische Störungsbilder (z.B. psychoonkologische, psychodiabetologische, psychokardiologische Indikationen) behandelt sowie Menschen mit somatoformen Störungen (ICD 10: F45) oder sogenannte somatischen Belastungsstörungen (DSM 5). Sie zielt auch darauf ab, unterschiedliche psychische Störungen (wie z. B. Depressionen, Angststörungen, Traumafolgestörungen) mit direkten Auswirkungen auf Körperfunktionen und -strukturen (z. B. Essstörungen, Schmerzen, Einschränkungen körperlicher Funktionen, eingeschränkte Therapieadhärenz bei komorbiden körperlichen Erkrankungen, etc.) zu behandeln.

Bei behandlungsbedürftigen Patienten mit somatoformen oder funktionellen Störungen handelt es sich oft um Patientinnen und Patienten mit einem somatischen Krankheits-Konzept. Im Rahmen des multimodalen und multiprofessionellen Rehabilitationskonzeptes kommt psychotherapeutischen Behandlungen ein besonderer Stellenwert zu. Das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell entsprechend der ICF Definition bildet die konzeptionelle Grundlage der psychosomatischen Rehabilitation. Die berufliche und soziale Reintegration ist wesentliche Zielsetzung, da Patienten mit einer Komorbidität von psychischen und körperlichen Beeinträchtigungen bezüglich Chronifizierung, Komplexität und Invalidität ein deutlich erhöhtes Risiko aufweisen.

#### Ziele

- Bestmögliche Verbesserung des körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheitszustandes
- Förderung der Alltags- und Krankheitsbewältigung
- Aktivierung von eigenen Ressourcen und Ressourcen im Umfeld
- Bestmögliche Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit in Beruf und in sozialer Partizipation
- Verbesserung und Förderung der Auseinandersetzung mit der Erkrankung und Krankheitsverarbeitung

#### Basisleistungen

Neben den in [Kapitel 2.3](#) erwähnten generellen Basisleistungen gelten in der Psychosomatischen Rehabilitation die folgenden Organisations- und Behandlungsprinzipien:

- Das Prinzip der multimodalen psychosomatischen Interdisziplinarität;
- Das Prinzip der Einzel- und Gruppenbehandlung mittels ärztlich oder psychologisch (FSP-) anerkannter Psychotherapie als zentrale Intervention;
- Das Prinzip des multiprofessionellen Behandlungsteams mit Bezugstherapeuten für den einzelnen Patienten;
- Das Prinzip der Patienteninformation, Psychoedukation und des Selbstmanagements;
- Das Prinzip der Aktivierung sozialer, körperlicher und beruflicher Ressourcen;
- Das Prinzip milieutherapeutischer Grundsätze im Rahmen der therapeutischen Gemeinschaft;
- Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (Ohne Gutachten, diese werden ausserhalb von Auftrag und den Leistungen der Rehabilitation erbracht);
- Berufliche Wiedereingliederung – bei entsprechend definierter Zielsetzung.

## **Betriebliche Mindestvoraussetzungen organisatorischer, personeller und infrastruktureller Art**

- Die psychosomatische Rehabilitation steht unter der fachlichen Leitung eines Facharztes in einem somatischen Fach mit Fähigkeitsausweis in SAPPM oder Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie mit Fähigkeitsausweis in SAPPM<sup>38</sup>. Zusätzlich muss in diesem Falle ein Facharzt mit einem somatischen Facharztstitel der Abteilung zu Verfügung stehen.
- Das multiprofessionelle Rehabilitationsteam umfasst mindestens Ärzte, Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Sozialberatung, Psychologie / Neuropsychologie.

## **Mindest-Leistungen am Patienten**

450 Minuten Leistungen pro Woche (im Durchschnitt auf den ganzen Aufenthalt bezogen). Die Auswahl und der Einsatz der Leistungen aus nachfolgend aufgelisteten Schulungs- und Therapiebereichen richten sich nach der Indikation und nach der Belastbarkeit der Patienten im Einzelfall. Die Leistungen erfolgen je nach Indikation im Gruppen- oder Einzelsetting. In den 450 Minuten Leistungen pro Woche sind mindestens 120 Minuten ärztliche oder psychologische Psychotherapie enthalten.

- Physiotherapie und Sporttherapie (dipl. Personal)
- Ergotherapie
- Kreativtherapien
- Sozialberatung
- Diabetesberatung
- Ernährungsberatung
- Atem- oder Entspannungstherapie
- Psychotherapie und/oder neuropsychologische Abklärung und Therapie

Die Pflegeleistungen sind ein sehr wesentlicher Bestandteil der Rehabilitation. Diese sind in den Mindestleistungen in Minuten aber nicht eingerechnet und zählen deshalb auch nicht dazu.

## **Aufenthaltsdauer in der Stationären Psychosomatischen Rehabilitation**

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

---

<sup>38</sup> Die leistungserbringenden Zentren der Schweiz bevorzugen Inhaber des Fähigkeitsausweis SAPPM (Schweizerische Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin) – Allerdings unterstützt H+ privatrechtliche Titel/Diplome ohne vertraglicher Anerkennung aller Tarifpartner nicht.

## Kriterien Beginn und Ende an der Schnittstelle stationäre bzw. ambulante Betreuung zur Stationären Psychosomatischen Rehabilitation

Eintrittskriterien		Austrittskriterien	
Einschluss	<b>Alle Kriterien treffen zu</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Somatische und psychische Komorbidität oder somatoforme Funktionsstörungen, welche den Alltag oder den Beruf beeinträchtigen</li> <li>2. Fähigkeit am multimodalen Programm teil zu nehmen</li> <li>3. Ambulante Therapie nicht möglich (die Behandlungsmöglichkeiten im ambulanten Setting sind nicht möglich, erschwert, ungenügend oder ausgeschöpft)</li> <li>4. Eines der folgenden Kriterien trifft zu               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Eine Distanzierung vom häuslichen bzw. beruflichen Milieu ist aus therapeutischen Gründen erforderlich</li> <li>b. Anhaltende Arbeitsunfähigkeit / drohende Invalidisierung</li> <li>c. Automatisiertes, der Eigenkontrolle weitestgehend entzogenes Problemverhalten (z.B. chronische Hyperventilation, Erbrechen)</li> <li>d. Ausgeprägtes Vermeidungsverhalten</li> </ol> </li> </ol>	<b>Eines oder mehrere der Kriterien</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die erreichte körperliche und psychische Stabilität erlaubt eine ambulante Behandlung / Psychotherapie</li> <li>2. Die Verschlechterung des körperlichen Zustandes erfordert eine Verlegung ins Akutspital</li> <li>3. Die Verschlechterung des psychischen Zustandes erfordert Verlegung in die Psychiatrische Klinik</li> <li>4. Fehlende Kooperation</li> </ol>	
	<b>Eines oder mehrere der Kriterien</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Somatisch instabiler Zustand mit erhöhtem Behandlungs- und/oder Überwachungsbedarf</li> <li>2. ausgeprägte Intelligenzminderung</li> <li>3. Schwere Einschränkung der ADL und der Mobilität mit hohem Pflegebedarf</li> <li>4. Fehlende Motivation</li> <li>5. akute Selbst- und Fremdgefährdung</li> <li>6. psychotische Symptome</li> <li>7. Verwirrheitszustände.</li> </ol>	<b>Eines oder mehrere der Kriterien</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Der Patient ist körperlich / psychisch noch zu instabil für:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. die Entlassung nach Hause</li> <li>b. eine ambulante Behandlung / Psychotherapie</li> </ol> </li> <li>2. Die medikamentöse Einstellung, die aus medizinischen Gründen stationär durchgeführt werden muss, ist noch nicht abgeschlossen</li> <li>3. Der Patient muss aus medizinischen Gründen bis zum möglichen Übertritt in eine andere Institution (Suchtklinik, betreute WG) stationär behandelt werden</li> <li>4. Die Verschlechterung des klinischen Zustands erfordert keine Hospitalisation in der akutsomatischen Versorgung</li> </ol>	
Ausschluss			

### 3.3.9 Pulmonale Rehabilitation

#### Definition

Die Pulmonale Rehabilitation ist die Rehabilitation von Patienten mit Funktions- und Partizipationsstörungen gemäss ICF aufgrund akuter oder chronischer Erkrankungen der Lunge und/oder der angrenzenden Strukturen. Die Schweizerische Gesellschaft für Pneumologie hat eine Liste mit Indikationen zur Pulmonalen Rehabilitation zusammengestellt und veröffentlicht.<sup>39</sup>

#### Ziele

Das Ziel der pulmonalen Rehabilitation ist die Verbesserung der pulmonalen Symptomatik, die Rückbildung der Ateminvalidität, die grösstmögliche Selbständigkeit im Alltag und der Umgang mit der Behinderung. Durch präventive Massnahmen soll die Prognose verbessert werden. Mit der pulmonalen Rehabilitation kann eine Reduktion der Morbidität und Mortalität erreicht werden.

#### Basisleistungen

Neben den in [Kapitel 2.3](#) erwähnten generellen Basisleistungen erfolgen folgende Therapieformen und Massnahmen:

- Dokumentierte Ein- und Austrittsassessement beinhaltet klinische Untersuchung, Leistungstests (Beispielsweise Ergometrie oder 6 Min. Gehtest) Messung der Lebensqualität, Erfassung des pulmonalen Risikoprofils;
- Inhalationstherapie und spezialisierte Pharmakotherapie;
- Einführung in die Heimtherapien wie Sauerstofftherapie und Maskenüberdrucktherapie (Heimventilation und CPAP-Therapie);
- Atemgymnastik;
- Rauchentwöhnung;
- Berufsberatung;
- Patientenschulung -coaching;
- Anleitung zum Selbstmanagement;
- Allergenkarrenz;
- Logopädie.

---

<sup>39</sup> <http://www.pneumo.ch/de/pulmonale-rehabilitation.html> - aufgelistet beim [Anforderungskatalog für die Anerkennung von Pulmonale Rehabilitationsprogrammen](#)

## **Betriebliche Mindestvoraussetzungen organisatorischer, personeller und infrastruktureller Art**

- Die Pulmonale Rehabilitation steht unter der fachlichen Leitung eines Facharztes für Pneumologie mit 2 Jahre Erfahrung an einer Institution mit pulmonaler Rehabilitation.
- Das multiprofessionelle Rehabilitationsteam umfasst mindestens Ärzte, Pflege, Physiotherapie, Sozialberatung, Psychologie.
- Die Institution ist von der Kommission für Pulmonale Rehabilitation und Patientenschulung der Schweizerische Gesellschaft für Pneumologie (SGP) akkreditiert<sup>40</sup>.
- Titelträger Fachtitel pulmonaler Rehabilitationstherapeut / pulmonale Rehabilitationstherapeutin (PRT) im Team vorhanden.
- Möglichkeit für Abklärung und Durchführung von Maskenüberdrucktherapie, speziell auch Beatmungstherapie muss gewährleistet sein.
- Möglichkeit für die diagnostische und therapeutische Bronchoskopie muss intern oder in Kooperation innert 4 Stunden an 7/7 Tagen in der Woche gewährleistet sein.

## **Mindest-Leistungen am Patienten**

540 Minuten Leistungen pro Woche (im Durchschnitt auf den ganzen Aufenthalt bezogen). Die Auswahl und der Einsatz der Leistungen aus nachfolgend aufgelisteten Schulungs- und Therapiebereichen richten sich nach der Indikation und nach der Belastbarkeit der Patienten im Einzelfall. Die Leistungen erfolgen je nach Indikation im Gruppen- oder Einzelsetting.

- Physiotherapie und Sporttherapie (dipl. Personal)
- Medizinische Trainingstherapie
- Ergotherapie
- Entspannungstherapie
- Psychotherapie und/oder neuropsychologische Abklärung und Therapie
- Ernährungsberatung
- Sozialberatung
- Rauchstoppberatung
- Patientenedukation mit dem Ziel der Verhaltensänderung

Die Pflegeleistungen sind ein sehr wesentlicher Bestandteil der Rehabilitation. Diese sind in den Mindestleistungen in Minuten aber nicht eingerechnet und zählen deshalb auch nicht dazu.

---

<sup>40</sup> <http://www.pneumo.ch/de/pulmonale-rehabilitation.html> gilt als Voraussetzung zur Kostenübernahme dieser Leistungen durch die OKP – siehe Leistungsverordnung.

## Kriterien Beginn und Ende an der Schnittstelle stationäre bzw. ambulante Betreuung zur Stationären Pulmonalen Rehabilitation

Eintrittskriterien		Austrittskriterien	
Einschluss	<b>Eines oder mehrere der Kriterien</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Akutdiagnostik-abgeschlossen</li><li>2. Co-Morbidität in stabilem Zustand</li><li>3. Krankmachende Umgebungsfaktoren: Arbeitsplatz, Passivrauchen Luftverschmutzung</li><li>4. Grosse räumliche Distanz von häuslicher Umgebung zu Rehabilitationsinstitution</li><li>5. Minimale Selbständigkeit bezüglich Therapien (Inhalationen etc.)</li><li>6. Selbständiges Handling der Sauerstoffbehandlung und der nicht invasiven Ventilation, inkl. CPAP</li><li>7. Unmöglichkeit einer ambulanten Rehabilitation (vgl. Kriterien)</li><li>8. Auf keine dauernde Betreuung/pflege angewiesen,</li><li>9. Der Patient kann am Rehabilitationsprogramm teilnehmen</li><li>10. Die Begleiterkrankungen dürfen die Rehabilitationsmassnahmen nicht entscheidend einschränken</li></ol>	<b>Alle Kriterien treffen zu</b> <p><b>A: Richtung häuslicher Struktur:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Abgeschlossenes Instruktionsprogramm und Stabilisierung der resp. Situation: Entlassung in eine ambulante Rehabilitation, nach Hause oder in eine stationäre Pflegeeinrichtung</li><li>2. Der Gesamtstatus erlaubt die Planung der Weiterbehandlung nach der Hospitalisation.</li><li>3. Die Rehabilitationsziele sind weitgehend erreicht:<ol style="list-style-type: none"><li>a. die funktionelle Kapazität des Patienten ist dem künftigen Umfeld nach der Entlassung angemessen oder</li><li>b. es wird keine signifikante Besserung mehr erwartet und anhand Beurteilungsskalen lässt sich feststellen, dass die funktionelle Kapazität nicht weiter steigen wird</li></ol>Zur Überprüfung werden standardisierte und validierte Instrumente eingesetzt.</li><li>4. Die Symptomatik hat sich ausreichend gebessert und ist mit dem künftigen Umfeld vereinbar; die Rehabilitation kann evtl. ambulant weitergeführt werden</li></ol> <p><b>B: Richtung stationäre Akutversorgung</b> Nicht beherrschbarer pulmonaler Infekt, der eine intensive (IPS) Therapie und/oder invasive Beatmung notwendig macht,</p> <p><b>C: Richtung überwachungspflichtige Rehabilitation</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Globale respiratorische Verschlechterung mit intensivierter Atemtherapie</li><li>2. Stoffwechselerkrankung</li></ol> <p><b>D: Richtung eine andere nicht akute Versorgungsstruktur</b> Aufgrund der klinischen Entwicklung kann der Patient einer anderen Art der weiteren Behandlung und Betreuung zugewiesen werden.</p>	
	Ausschluss	<b>Eines oder mehrere der Kriterien</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Kein Rehabilitationspotenzial</li><li>2. Mangelnde Compliance</li><li>3. Akute nur im akuten Setting beherrschbare Herz-Kreislaufinstabilität</li><li>4. Septische Infekt Situation mit hämodynamische Instabilität</li><li>5. Schwere muskuloskelettale Probleme mit geringem Autonomie- und damit keinem Eingliederungspotential</li><li>6. Schwere psychische Erkrankung oder Suchtkrankheit mit manifester nicht kontrollierter Abhängigkeit</li><li>7. Nicht kontrolliertes/ nicht kontrollierbares Anfallsleiden</li><li>8. Neu aufgetretene ätiologisch nicht geklärte Lähmung</li><li>9. Jedes akute Versagen eines Organs oder Organsystem in den letzten 48 h</li><li>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</li><li>11. Bewusstseinsstörungen, die in den letzten 48 h aufgetreten sind</li><li>12. Akute hämatologische Probleme (Agranulozytose oder schwere Anämie) in den letzten 48 h</li></ol>	<b>Eines oder mehrere der Kriterien</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Eine Verschlechterung, die als passager betrachtet wird (&lt; 2 Tage)</li><li>2. Mit Verlängerung der Aufenthalt erlauben die festgestellten Fortschritte den Austritt in eine weniger restriktive Umgebung als ursprünglich geplant</li><li>3. Die Verschlechterung des klinischen Zustands erfordert keine Hospitalisation in der akutsomatischen Versorgung</li></ol>



## 3.4 Querschnittsbereiche der stationären Rehabilitation

Als Querschnittarten werden Arten der Rehabilitation bezeichnet, deren Spezifität sich aus dem frühen Zeitpunkt bei gleichzeitiger Überwachungspflicht, einem Unfallereignis als Ursache des medizinischen Behandlungsbedarfes oder dem spezifischen Ziel zur beruflichen Wiedereingliederung ergeben. Diese Spezifitäten können in allen neun Arten der stationären Rehabilitation, so wie sie in den Vorversionen von DefReha® dargestellt wurden vorkommen (Ausnahmen sind erwähnt). Um die Leistung als Ganzes zu beschreiben ist folglich die Kombination von Querschnittart mit der jeweiligen spezifischen Art der Rehabilitation nötig.

### 3.4.1 Arbeitsorientierte Rehabilitation

#### Definition

Bei der Arbeitsorientierten Rehabilitation handelt es sich um eine Rehabilitation mit spezifischer Ausrichtung auf die Anforderungen des Erwerbslebens. Dies beinhaltet bei Notwendigkeit auch die Prüfung einer beruflichen Neuorientierung sowie die Berücksichtigung einer mit dem weiteren Arbeitsleben verbundenen psychischen Problematik. Spezialisten und Infrastrukturmassnahmen zur Arbeitssimulation (Training komplexer arbeitsrelevanter Bewegungsabläufe) sind vorhanden. Die Therapie umfasst ein Berufsorientiertes Training (BOT) oder ein Ergonomietraining (work hardening). Dabei erfolgen spezifische Assessments zur Beurteilung von funktionellen Defiziten und Leistungsfähigkeit.

Bestehen einer Berufs-/Arbeitsberatung mit Evaluation der Möglichkeiten im angestammten oder anderen Beruf/bisheriger oder künftiger Arbeit durch anerkannte Assessments.

Während des gesamten Aufenthaltes erfolgt eine Verhaltensbeobachtung, insbesondere bei Leistungstests, Assessmenterhebung und Therapien.

Als Querschnittsbereich der Rehabilitation ist als Ausnahme die Kombination der Arbeitsorientierten Rehabilitation mit der Geriatrischen Rehabilitation nicht möglich.

#### Ziele

Das Ziel des gesamten Prozesses ist die bestmögliche Wiederherstellung der körperlichen und- seelischen Integrität, sowie ggf. der Reintegration ins Berufsleben:

- Minderung der primären Schädigungsfolgen
- Erkennung und Förderung des individuellen Rehabilitationspotentials
- Wiedereingliederung in Schule und Beruf und Gesellschaft
- Bestmögliche Selbständigkeit (Teilhabe) im Alltagsleben
- ggf. Schmerz-Edukation
- Krankheitsbewältigung

#### Basisleistungen

Siehe [Kapitel 2.3](#) und die Basisleistungen der jeweils zutreffenden spezifischen Art der Rehabilitation. Zusätzlich:

- Arbeitssimulation (Training komplexer arbeitsrelevanter Bewegungsabläufe);
- Berufsorientiertes Training (BOT) oder ein Ergonomietraining (work hardening);
- Massnahmen der Ergonomie;
- Hilfsmittelberatung, -abgabe und -schulung;
- isolierungspflichtige Massnahmen falls indiziert;

- Therapien, die ein Umgehen mit der Krankheit einüben und auch Psychoedukation bzw. psychologische Beratung beinhalten (z. B. Coping-Strategien);
- sozialrechtliche Beratung und Arbeits-/Berufsberatung mit Evaluation der Möglichkeiten im angestammten oder anderen Beruf durch anerkannte Assessments;
- Patienten- und Angehörigenschulung;
- medikamentöse und interventionelle Schmerztherapie;
- Anleitung Selbsthilfe (Waschtraining, Anziehtraining, Esstraining, Kontinenztraining, Orientierungstraining, Schlucktraining, Tracheostoma-Management);
- Orthopädietechnik und -prothetik auch unter Einbezug der Orthopädieschuhtechnik.

Die Elemente der Basisleistungen kommen nach individuellen Bedürfnissen zur Anwendung.

### **Betriebliche Mindestvoraussetzungen organisatorischer, personeller und infrastruktureller Art**

- Die Arbeitsorientierte Rehabilitation steht unter der fachlichen Leitung eines – Facharztes für Physikalische Medizin und Rehabilitation.
- Das multiprofessionelle Rehabilitationsteam umfasst zuzüglich zum Rehabilitationsteam der zutreffenden spezifischen Art der Rehabilitation Berufsabklärer oder Berufsberater oder Arbeitsagoge.
- Im Rehabilitationsteam hat in den Berufsgruppen der Ärzte, Physiotherapie/Ergotherapie je mindestens eine Person die zertifizierte Weiterbildung zum EFL/APA/WH Spezialisten der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (SAR) inne.
- Geregelter Kooperation mit der Invaliden-Versicherung.

### **Mindest-Leistungen am Patienten**

450 Minuten Leistungen pro Woche (im Durchschnitt auf den ganzen Aufenthalt bezogen). Die Auswahl und der Einsatz der Leistungen aus nachfolgend aufgelisteten Schulungs- und Therapiebereichen richten sich nach der Indikation und nach der Belastbarkeit der Patienten im Einzelfall. Die Leistungen erfolgen je nach Indikation im Gruppen- oder Einzelsetting.

- Physiotherapie und Sporttherapie (dipl. Personal)
- Ergotherapie
- Ergonomieschulung und -training
- Psychotherapie und/oder neuropsychologische Abklärung und Therapie
- Schmerztherapeuten bei Bedarf
- Berufsabklärer oder Berufsberater oder Arbeitsagoge
- Medizinische Trainingstherapie
- Sozialberatung
- Hilfsmittelberatung und -schulung

Die Pflegeleistungen sind ein sehr wesentlicher Bestandteil der Rehabilitation. Diese sind in den Mindestleistungen in Minuten aber nicht eingerechnet und zählen deshalb auch nicht dazu.

## Kriterien Beginn und Ende an der Schnittstelle zur Stationären Arbeitsorientierten Rehabilitation

		Eintrittskriterien	Austrittskriterien
Einschluss		<b>Alle Kriterien treffen zu</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>Medizinische Stabilität</u>: Akutmedizinische Diagnostik mehrheitlich abgeschlossen und stabile medizinische Situation erreicht (keine akut-medizinischen Interventionen zu erwarten)</li> <li>2. <u>Rehabilitationsfähigkeit</u>: Zur täglichen aktiven rehabilitativen Mitarbeit an mehreren Therapiesitzungen zu ca. 30 min. in der Lage, bestehende Therapie-Compliance</li> <li>3. <u>Mobilisationsfähigkeit</u>: Mindestens zur Teilmobilisation fähig, ca. 3-4h täglich im Rollstuhl</li> <li>4. <u>Bewusstseinsklarheit</u>: Überwiegend bewusstseinsklar, Absprachefähigkeit</li> <li>5. <u>Kommunikationsfähigkeit</u>: Interaktions- und kommunikationsfähig evtl. mit Hilfsmitteln</li> <li>6. Nicht auf die überwachungspflichtige Rehabilitation - neurorehabilitative Intensivabteilung - angewiesen, nur geringes Komplikationsrisiko</li> </ol>	<b>Eines oder mehrere der Kriterien</b> <p><b>Rückverlegung in ein Akut-Spital bzw. in die Überwachungspflichtige Rehabilitation</b></p> <p>Es treten akutmedizinische Probleme oder Komplikationen auf, die eine komplexe diagnostische und therapeutische Infrastruktur erforderlich machen. (Kreislauf-, Stoffwechsel- und respiratorische Instabilität)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bewusstseinsstörung mit Delir</li> <li>2. Aspiration mit resp. Insuffizienz</li> <li>3. Intensivüberwachung nötig</li> <li>4. Schwere Infektion</li> <li>5. Kreislaufaktive Blutung</li> <li>6. psychische Dekompensation mit Suizidgefährdung</li> <li>7. Fremdaggressivität</li> </ol> <p><b>Verlegung nach Hause oder in eine nachgeordnete Institution</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die Rehabilitationsziele sind erreicht: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Funktionelle Kapazitäten wiederhergestellt, oder</li> <li>• Die interprofessionelle Evaluation zeigt das Ende der Steigerungsmöglichkeiten für die funktionelle Kapazität an</li> </ul> </li> <li>2. Rehabilitationspotenzial für die stationäre Rehabilitation ist ausgereizt</li> </ol>
		<b>Eines oder mehrere der Kriterien</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Invasiv beatmungspflichtige respiratorische Insuffizienz</li> <li>2. Ständige oder intermittierende Beatmung</li> <li>3. Septische Infekt Situation mit hämodynamischer Instabilität</li> <li>4. Hämodynamische Instabilität</li> <li>5. Schwere Psychopathie oder Suchtkrankheit mit manifest nicht kontrollierter Abhängigkeit</li> <li>6. Der Patient benötigt mindestens 3x/Tag eine ärztliche Kontrolle</li> <li>7. Beurteilung der Vitalfunktionen mind. alle 30 Minuten über einen Zeitraum von 4h</li> <li>8. Jedes akute Versagen eins Organs oder eines Organsystems in den letzten 48h</li> <li>9. Unklares anhaltendes Fieber (axillar &gt;38° C bzw. &gt;38.8°C rektal oder im Ohr) in den letzten 48h, Ätiologie-Abklärung noch nicht abgeschlossen</li> <li>10. Bewusstseinsstörungen, die in den letzten 48h aufgetreten sind</li> <li>11. Akute hämatologische Probleme (Agranulozytose, schwere Anämie) in den letzten 48h</li> <li>12. Maligne, nicht kontrollierte ventrikuläre Rhythmusstörungen</li> <li>13. Biopsie eines inneren Organes am Verlegungstag</li> <li>14. Thorax-, oder Abdominal-, am Verlegungstag</li> <li>15. Chirurgischer Eingriff im Operationssaal am Verlegungstag oder am Vortag der geplanten Verlegung</li> <li>16. Zusatzkrankungen, welche durch körperliche Aktivität verschlechtert werden oder eine Rehabilitation verunmöglichen</li> </ol>	<b>Eines oder mehrere der Kriterien</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Instabilität (Zustand erlaubt noch keine Entlassung in ein ambulantes Setting)</li> <li>2. Therapieziel noch nicht erreicht, Rehabilitationspotential weiterhin vorhanden</li> <li>3. Rehabilitationspotenzial nur stationär abrufbar</li> <li>4. Häusliches Setting ist noch nicht vorbereitet</li> <li>5. Gezielte Neuropsychologische- und/ oder Hirnleistungs-Therapien ist/sind ambulant nicht möglich</li> <li>6. Ambulante Rehabilitation wäre möglich aber in zumutbarer Distanz nicht möglich</li> <li>7. Die Verschlechterung des klinischen Zustands erfordert keine Hospitalisation in der akutsomatischen Versorgung</li> </ol>

### 3.4.2 Überwachungspflichtige Rehabilitation / Frührehabilitation

In einigen Rehabilitationsarten besteht eine **Unterteilung zwischen** Angeboten der **Überwachungspflichtigen Rehabilitation** (auch als rehabilitative Intensivabteilung oder als Frührehabilitation bezeichnet) als intensive Form der Stationären Rehabilitation. Die Leistungen der Überwachungspflichtigen Rehabilitation/Frührehabilitation gehen über die in den jeweiligen Rehabilitationsarten als Basisleistungen beschriebenen Leistungen hinaus. Das bezieht sich sowohl auf die organisatorischen, infrastrukturellen und personellen Voraussetzungen, als auch auf die zusätzlichen Mindest-Leistungen am Patienten und bezieht spezielle medizinischen Situationen mit ein. In der Schweiz werden solche Leistungen nicht ausschliesslich in Rehabilitationskliniken erbracht, sondern auch in speziellen Abteilungen in Akutspitälern. Die SwissDRG AG beabsichtigt, diese Leistungen lediglich in einer Tarifstruktur für stationäre Leistungen abzubilden und plant aus tarifstrukturellen Gründen die Tarifstruktur SwissDRG anzuwenden. Dies widerspricht der ursprünglichen Absichten der SwissDRG AG in ST Reha alle Leistungen der stationären Rehabilitation in einem stationären Fall abzubilden. Der Entschluss widerspricht den Erwartungen von H+ und den Forderungen der spezialisierten Rehabilitationskliniken, welche die Leistungen der Überwachungspflichtigen Rehabilitation erbringen und erwarteten, dass in ST Reha alle Leistungen der stationäre Rehabilitation abgebildet werden. Praktisch bedeutet das für eine Rehabilitationsklinik, dass eine Patient, der zunächst Leistungen der Überwachungspflichtigen- / Frührehabilitation benötigt und anschliessend Leistungen der stationären Rehabilitation benötigt, in zwei Fällen geführt werden muss. Die Erarbeitung von Kriterien zur Trennung der beiden Fälle ist Aufgabe der SwissDRG AG. DefReha® 3.0 liefert dazu Sachargumente aus Sicht der am Patienten erbrachten Leistung.

#### Betriebliche Mindestvoraussetzungen organisatorischer, personeller und infrastruktureller Art

Branchensicht auf Vorgaben zu Leistungsaufträgen und Betriebsbewilligungen für die Überwachungspflichtige Rehabilitation, die über die Voraussetzungen der «regulären» Stationären Rehabilitation hinausgehen:

- Möglichkeit zu zwei ärztlichen Visiten pro Tag an 7 Tagen pro Woche sichergestellt;
- Möglichkeit zur permanenten Monitorisierung der Vitalfunktionen und der permanenten direkten oder elektronischen visuellen Überwachung der Patienten durch die Pflege sichergestellt (als Überwachung – namensgebend);
- Erbringung der Rehabilitationsleistungen in den Räumlichkeiten mit Überwachung gewährleistet.

#### Mindest-Leistungen am Patienten

Individuelle, abgrenzbare spezifische Rehabilitationsleistungen in der Überwachungspflichtigen Rehabilitation, die über die Leistungen der in DefReha® beschriebenen Arten der stationären Rehabilitation hinausgehen:

- Es gelten die gleichen Mindest-Leistungen am Patienten. Patienten der Überwachungspflichtigen Rehabilitation sind nicht gruppentherapiefähig und daher sind Einzeltherapien indiziert, allenfalls bei Bedarf und Indikation auch durch mehrere Fachpersonen gleichzeitig.

## Die medizinischen Ein- und Ausschlusskriterien für den Beginn der Überwachungspflichtigen Rehabilitation

Die medizinischen Ein- und Ausschlusskriterien für den Beginn der Überwachungspflichtigen Rehabilitation<sup>41</sup> verschieben sich gegenüber der in [ab Kapitel 3.3](#) beschriebenen im jeweiligen Einzelfall zutreffenden spezifischen Art der Rehabilitation. So sind folgende medizinisch Situationen beim Beginn der Überwachungspflichtigen Rehabilitation eingeschlossen und dank den erhöhten organisatorischen, personellen und infrastrukturellen Voraussetzungen, welche zusätzlich zur jeweils zutreffenden spezifischen Art der Rehabilitation gelten, behandelbar.

Bei den [ab Kapitel 3.3](#) beschriebenen Arten der Stationären Rehabilitation sind sie in der Regel ein Ausschlusskriterium für den Eintritt (Ausnahmen sind bei den jeweiligen Arten der Rehabilitation aufgeführt):

- Zentralvenöser Katheter
- Tracheostoma
- Liegende Drainage
- Persistierende Infekt-Situation
- Isolationspflicht
- Regelmässige Ergusspunktionen
- Engmaschig kontroll- und behandlungsbedürftige Herzrhythmusstörungen
- Ventrikuläre Kreislaufunterstützungssysteme (VAD)
- Permanent zu tragender externer Defibrillator
- Frisch begonnene Dialyse (in den ersten 3 Monaten)
- Patienten nach frischer Herz- oder Lungentransplantation
- Respiratorische Insuffizienz mit nicht invasiver Beatmungspflicht
- Beatmungsentwöhnung (Weaning)
- Schluckstörungen mit Aspirationsgefahr
- Vollständig bettlägeriger Patient
- Grosse offene Wunden
- Individueller Bedarf an Intensiv- und Grundpflege mehr als 4h täglich

---

<sup>41</sup> [Definition Frührehabilitation der SwissDRG AG](#)

### 3.4.3 Komplexe Unfallrehabilitation

#### Definition

Bei der Unfallrehabilitation handelt es sich um eine interdisziplinäre/interprofessionelle Behandlungsform nach einem Unfallereignis und in der Behandlung von entsprechenden Komplikationen und ggf. notwendigen Anpassungen. Dabei können Schädigungen des zentralen und peripheren Nervensystems, sowie akute ossäre, artikuläre und vertebrale und/oder Weichteil-bezogene Schäden bzw. Beeinträchtigungen vorliegen.

Insbesondere Patienten mit schweren und komplexen Verletzungen, Multimorbidität und auch im höheren Lebensalter verlangen eine hohe traumarehabilitative Kompetenz im interprofessionellen Team. Ein integriertes Setting zur beruflichen Reintegration ist genauso Bestandteil der Rehabilitation wie die altersmedizinische Kompetenz im Rahmen der Alterstraumatologie.

Abhängig vom Schweregrad des Zustandes und den damit verbundenen Funktionsausfällen kann eine Behandlung auf der überwachungspflichtigen Rehabilitation notwendig sein.

#### Ziele

Das Ziel des gesamten Prozesses ist die bestmögliche Wiederherstellung der körperlichen und seelischen Integrität, sowie ggf. der Reintegration ins Berufsleben:

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

#### Basisleistungen

Siehe [Kapitel 2.3](#) und die Basisleistungen der jeweils zutreffenden spezifischen Art der Rehabilitation. Zusätzlich:

- Logopädie
- Dysphagie-Behandlung
- Isolierungspflichtige Massnahmen falls indiziert
- Wundbehandlung
- Psychotherapie und/oder neuropsychologische Abklärung und Therapie
- Therapien, die ein Umgehen mit der Krankheit einzuüben helfen, die auch Psychoedukation bzw. psychologische Beratung beinhalten (z. B. Coping-Strategien)
- Hilfsmittelberatung, -abgabe und -schulung
- Orthopädietechnik und -prothetik auch unter Einbezug der Orthopädieschuhtechnik
- Massnahmen der Ergonomie
- Patienten- und Angehörigenschulung
- medikamentöse und interventionelle Schmerztherapie

- Anleitung Selbsthilfe (Waschtraining, Anziehtraining, Esstraining, Kontinenztraining, Orientierungstraining, Schlucktraining, Tracheostoma-Management)
- Zusätzliche Therapien (z.B. Musiktherapie, Hippotherapie, Robotik unterstützte Therapie)

### **Betriebliche Mindestvoraussetzungen organisatorischer, personeller und infrastruktureller Art**

- Die Unfall-Rehabilitation steht unter der fachlichen Leitung eines
  - Facharzt für Neurologie, mit mindestens 2 Jahren Erfahrung in Rehabilitationsmedizin, oder
  - Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, mit mindestens 2 Jahren Erfahrung an einer Weiterbildungsstätte Neurologie oder Neurorehabilitation, oder
  - Facharzt für Orthopädischen Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, mit mindestens 2 Jahren Erfahrung in Rehabilitationsmedizin sowie Abdeckung der Neurorehabilitations-Kompetenz im weiteren ärztlichen Kader.
- Vertraglich geregelte Kooperation mit den zuweisenden akut-medizinischen Traumazentren.
- Technische Orthopädie: Vertraglich geregelter Zugang zu einer vom Verband anerkannten Werkstatt (bei Bedarf garantierte tägliche Anwesenheit an Werktagen).

### **Mindest-Leistungen am Patienten**

450 Minuten Leistungen pro Woche (im Durchschnitt auf den ganzen Aufenthalt bezogen). Die Auswahl und der Einsatz der Leistungen aus nachfolgend aufgelisteten Schulungs- und Therapiebereichen richten sich nach der Indikation und nach der Belastbarkeit der Patienten im Einzelfall. Die Leistungen erfolgen je nach Indikation im Gruppen- oder Einzelsetting.

- Physiotherapie und Sporttherapie (dipl. Personal)
- Ergotherapie
- Logopädie oder Dysphagie-Behandlung
- Psychotherapie und/oder neuropsychologische Abklärung und Therapie
- Medizinische Trainingstherapie
- Berufsorientiertes Training (BOT) oder ein Ergonomietraining (work hardening)
- Sozialberatung
- Hilfsmittelberatung und -schulung
- Diabetesberatung
- Ernährungsberatung

Die Pflegeleistungen sind ein sehr wesentlicher Bestandteil der Rehabilitation. Diese sind in den Mindestleistungen in Minuten aber nicht eingerechnet und zählen deshalb auch nicht dazu.

## Kriterien Beginn und Ende an der Schnittstelle Akutspital zur Stationären Komplexen Unfall-Rehabilitation

	Eintrittskriterien	Austrittskriterien
Einschluss	<b>Alle Kriterien treffen zu</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>Medizinische Stabilität</u>: Akutmedizinische Diagnostik mehrheitlich abgeschlossen und stabile medizinische Situation erreicht (keine akut-medizinischen Interventionen zu erwarten)</li> <li>2. <u>Rehabilitationsfähigkeit</u>: Zur täglichen aktiven rehabilitativen Mitarbeit an mehreren Therapiesitzungen zu ca. 30 min. in der Lage, bestehende Therapie-Compliance</li> <li>3. <u>Mobilisationsfähigkeit</u>: Mindestens zur Teilmobilisation fähig, ca. 3-4h täglich im Rollstuhl</li> <li>4. <u>Bewusstseinsklarheit</u>: Überwiegend bewusstseinsklar, Absprachefähigkeit</li> <li>5. <u>Kommunikationsfähigkeit</u>: Interaktions- und kommunikationsfähig evtl. mit Hilfsmitteln</li> <li>6. <u>Pflegebedürftigkeit</u>: Für alltägliche Verrichtungen auf pflegerische Hilfe angewiesen</li> <li>7. Nicht mehr auf die überwachungspflichtige Rehabilitation - neurorehabilitative Intensivabteilung - angewiesen, nur geringes Komplikationsrisiko</li> </ol>	<b>Eines oder mehrere der Kriterien</b> <p><b>Rückverlegung in ein Akut-Spital bzw. in die Überwachungspflichtige Rehabilitation</b></p> <p>Es treten akutmedizinische Probleme oder Komplikationen auf, die eine komplexe diagnostische und therapeutische Infrastruktur erforderlich machen. (Kreislauf-, Stoffwechsel- und respiratorische Instabilität)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bewusstseinsstörung mit Delir</li> <li>2. Aspiration mit resp. Insuffizienz</li> <li>3. Intensivüberwachung nötig</li> <li>4. Schwere Infektion</li> <li>5. Kreislaufaktive Blutung</li> <li>6. psychische Dekompensation mit Suizidgefährdung</li> <li>7. Fremdaggressivität</li> </ol> <p><b>Verlegung nach Hause oder in eine nachgeordnete Institution</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die Rehabilitationsziele sind erreicht: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Funktionelle Kapazitäten wiederhergestellt, oder</li> <li>• Die interprofessionelle Evaluation zeigt das Ende der Steigerungsmöglichkeiten für die funktionelle Kapazität an</li> <li>• Übertritt in Palliativpflege: Schmerzeinstellung gelungen</li> </ul> </li> <li>2. Rehabilitationspotenzial für die stationäre Rehabilitation ist ausgereizt</li> </ol>
	<b>Eines oder mehrere der Kriterien</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Invasiv beatmungspflichtige respiratorische Insuffizienz</li> <li>2. Ständige oder intermittierende Beatmung</li> <li>3. Septische Infekt Situation mit hämodynamischer Instabilität</li> <li>4. Hämodynamische Instabilität</li> <li>5. Schwere Psychopathie oder Suchtkrankheit mit manifesten nicht kontrollierter Abhängigkeit</li> <li>6. Der Patient benötigt mindestens 3x/Tag eine ärztliche Kontrolle</li> <li>7. Beurteilung der Vitalfunktionen mind. alle 30 Minuten über einen Zeitraum von 4h</li> <li>8. Jedes akute Versagen eins Organs oder eines Organsystems in den letzten 48h</li> <li>9. Unklares anhaltendes Fieber (axillar &gt;38° C bzw. &gt;38.8°C rektal oder im Ohr) in den letzten 48h, Ätiologie-Abklärung noch nicht abgeschlossen</li> <li>10. Bewusstseinsstörungen, die in den letzten 48h aufgetreten sind</li> <li>11. Akute hämatologische Probleme (Agranulozytose, schwere Anämie) in den letzten 48h</li> <li>12. Maligne, nicht kontrollierte ventrikuläre Rhythmusstörungen</li> <li>13. Biopsie eines inneren Organes am Verlegungstag</li> <li>14. Thorax-, oder Abdominal-, am Verlegungstag</li> <li>15. Chirurgischer Eingriff im Operationssaal am Verlegungstag oder am Vortag der geplanten Verlegung</li> <li>16. Zusatzerkrankungen, welche durch körperliche Aktivität verschlechtert werden oder eine Rehabilitation verunmöglichen</li> </ol>	<b>Eines oder mehrere der Kriterien</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Instabilität (Zustand erlaubt noch keine Entlassung in ein ambulantes Setting)</li> <li>2. Therapieziel noch nicht erreicht, Rehabilitationspotential weiterhin vorhanden</li> <li>3. Rehabilitationspotenzial nur stationär abrufbar</li> <li>4. Häusliches Setting ist noch nicht vorbereitet</li> <li>5. Gezielte Neuropsychologische- und/ oder Hirnleistungs-Therapien ist/sind ambulant nicht möglich</li> <li>6. Ambulante Rehabilitation wäre möglich aber in zumutbarer Distanz nicht möglich</li> <li>7. Die Verschlechterung des klinischen Zustands erfordert keine Hospitalisation in der akutsomatischen Versorgung</li> </ol>



## 4 Überlegungen zur Übertragung von DefReha® 3.0 Inhalte auf Tarifstrukturen und kantonale Leistungsaufträge und zur Kodierung von Rehabilitationsleistungen

DefReha® fokussiert ursprünglich auf den Beschrieb von Beginn und Ende der Stationären Rehabilitation. Dabei steht die medizinische Situation des Patienten im Vordergrund. Also medizinische Parameter, die von den Behandelnden gemessen oder beschrieben werden können und deren Interpretation *die Indikation* für die Ambulante oder Stationäre Rehabilitation ableiten.

Mit der Version 2.0 trägt DefReha® dem Bedürfnis Rechnung, dass nicht nur Beginn und Ende der Rehabilitation beschrieben sind, sondern auch die Leistung präziser und auf die Reha-Arten aufgeschlüsselt beschrieben wird. Weiter war die Zielsetzung für die Version 2.0 messbare minimale Kriterien für die Leistungserbringung zu definieren. Sie können für die statistische Erfassung in der med. Stat. des BFS als Grundlage für Anträge zur Leistungskodierung genutzt werden.

Die nun vorliegende Version 3.0 trägt der Entwicklung in der stationären Rehabilitation und Entscheiden der SwissDRG AG für die Erarbeitung von ST Reha Rechnung. Die Unterteilung der Arten der Rehabilitation und der Querschnittbereiche ergab sich aus den für jede Arte unterschiedlichen medizinische Parameter, welche für die Indikationsstellung zu Beginn und Ende der Stationären Rehabilitation verwendet werden.

Die Beschreibung von aktuell neun Arten der Rehabilitation und drei Querschnittbereiche spiegelt den von den Leistungserbringern gemeldete Grad der Diversifizierung oder Spezialisierung in der Rehabilitation. Diese Entwicklung ist keineswegs statisch, sondern dynamisch. Das Antragsverfahren zur Aktualisierung von DefReha® ermöglicht die Veränderungen über die Zeit in künftigen Versionen abzubilden.

DefReha® unterscheidet sich von einer rein leistungsorientierten Einteilung, wie sie beispielsweise für die Tarifstruktur oder einer Einteilung nach Leistungsgruppen, wie sie für die Erteilung von kantonalen Leistungsaufträgen erforderlich ist. DefReha® orientiert sich bei der Einteilung an den in der Schweiz aktuell zu beobachtenden Grad der Differenzierung und Spezialisierung in der Rehabilitationsmedizin und berücksichtigt Inputs des leistungserbringenden Personals und der Betriebe zum medizinischen Fortschritt.

Dabei gilt es bei allen Definitions- und Standardisierungsbemühungen einem wichtigen Anspruch der Rehabilitationsmedizin gerecht zu werden: Rehabilitationsleistung beinhaltet immer koordinierte, zielgerichtete multidisziplinäre und multiprofessionelle Rehabilitationsplanung und Leistungserbringung.

Die für Rehabilitation charakteristische Koordination entspricht vereinfacht beschrieben folgendem:

Jeder einzelne Patient soll für die folgenden Tage für sein spezifisches Funktionsdefizit die möglichst optimale Zusammensetzung der Therapiemassnahmen (beispielsweise Pflege, Rehabilitationspflege, Physiotherapie Logopädie, Ergotherapie, ärztliche Behandlungen usw.) erhalten. Dabei kommt der Rehabilitationskoordination zur Festlegung der individuellen Therapiepläne mit Überprüfung und Möglichkeit der Anpassung an die schwankende Belastbarkeit der Patienten eine zentrale Bedeutung für die erfolgreiche Behandlung zu.

Die Übertragung dieser Koordinationsleistung in eine statistische Leistungskodierung kann nicht mit einer Summe von Einzelleistungen der verschiedenen Berufsgruppen erfolgen. Vielmehr sollte die individuelle, patientengerechte Behandlung (= Leistung) einfach erfasst werden können. Dabei müssen alle relevanten Informationen auf dem Einzelfall ersichtlich sein.

Die statistische Erfassung darf keinesfalls Einfluss auf die zu erbringenden Leistungen nehmen, sondern soll lediglich die Leistung sachgerecht abbilden. Wenn jedoch nicht praktikable Anforderungen und Voraussetzungen für die Kodierung von Rehabilitationsleistungen ange-  
setzt werden, kann es passieren, dass manche Patientinnen und Patienten mit Rehabilitationsbedarf nicht mehr behandelt würden, weil die adäquate Vergütung wegen unpraktikablen Anforderungen in der medizinischen Kodierung ausbleibt. Auch wenn der Patient wegen seines aktuellen Gesundheitszustandes (noch) nicht in der Lage ist, bei allen in Kodier-Anforderungen vorausgesetzten Behandlungen mitzuwirken, beeinflusst die Leistungskodierung bzw. zu hohe Anforderungen in der Kodierung, die Behandlung in unerwünschter Weise.

Betriebliche Mindestvoraussetzungen organisatorischer, personeller und infrastruktureller Art, wie sie in DefReha® 3.0 beschrieben sind, gehören zu jenen Voraussetzungen, die Bestandteil der kantonalen Voraussetzungen zur Leistungserbringung sind. Dazu gehören Leistungsaufträge und gesundheitspolizeiliche Bewilligungen. Sie dürfen daher in der Leistungskodierung nicht ein weiteres Mal vorausgesetzt werden und müssen weder in der Rechnungsprüfung durch die Versicherungen noch in der Kodierrevision ein weiteres Mal geprüft werden.



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

**Bern, 17.02.2021**  
**Markus Tschanz**

**H+ Die Spitäler der Schweiz**  
Geschäftsstelle  
Lorrainestrasse 4 A  
3013 Bern  
T 031 335 11 11  
[tarif@hplus.ch](mailto:tarif@hplus.ch)  
[www.hplus.ch](http://www.hplus.ch)