



**Bundesministerium  
für Gesundheit  
und Soziale Sicherung**

**Anlage zum Rundschreiben Nr. 241/2004  
„Frührehabilitation im Rahmen  
von Krankenhausbehandlung“ vom  
02.11.2004**

**Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.  
Wegelystr. 3**

**10623 Berlin**

**AOK-Bundesverband  
Kortrijker Straße 1  
Postfach 20 03 44**

**53177 Bonn**

**Bundesverband  
der Betriebskrankenkassen  
Kronprinzenstraße 6**

**45128 Essen**

**Bundesverband  
der Innungskrankenkassen  
Postfach 10 01 52**

**51401 Bergisch-Gladbach**

**Bundesverband der  
landwirtschaftlichen Krankenkassen  
Weißensteinstraße 72  
Postfach 41 03 60**

**34131 Kassel - Wilhelmshöhe**

**VdAK - Verband der  
Angestellten-Krankenkassen e.V.  
AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.  
Frankfurter Straße 84**

**53721 Siegburg**

REFERAT 216  
BEARBEITET VON Ferdinand Rau  
HAUSANSCHRIFT Am Propsthof 78a, 53121 Bonn  
POSTANSCHRIFT 53108 Bonn  
LIEFERANSCHRIFT Am Propsthof 78a, 53121 Bonn

TEL +49 (0)1888 441-2161  
FAX +49 (0)1888 441-4921  
E-MAIL 216@bmgs.bund.de  
INTERNET <http://www.bmgs.bund.de>

**Bonn, 27. Oktober 2004**

AZ 216-43546-8

**Bundesknappschaft  
Pieperstraße 14 - 28  
Postfach 12 50**

**44789 Bochum**

**See-Krankenkasse  
Reimerstwiete 2**

**20457 Hamburg**

**Verband der privaten  
Krankenversicherung e.V.  
Bayenthalgürtel 26**

**50968 Köln**

## Frührehabilitation im Rahmen von Krankenhausbehandlung

Sehr geehrte Damen und Herren,

das nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für voll- und teilstationäre Leistungen eingeführte DRG-Fallpauschalensystem hat, soweit es sich um Krankenhausleistungen handelt, auch Leistungen der Frührehabilitation zu umfassen. Die Abbildung der Frührehabilitation im neuen Entgeltsystem wird durch ein uneinheitliches Begriffsverständnis und eine unterschiedliche landesrechtliche Zuordnung dieser Leistungen erschwert. Vor diesem Hintergrund hat das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung seine Auffassung zur Abgrenzung der Bereiche Frühmobilisation, Frührehabilitation und Rehabilitation mit den Ländern abgestimmt.

Ergebnis ist das Papier in der Anlage, das mit Ausnahme eines Landes inhaltlich von allen Bundesländern geteilt wird. Ergebnis einer Länderumfrage zu den Kapazitäten im Bereich der neurologischen Frührehabilitation (Phase B) ist auch, dass bei einem Gesamtbestand von rd. 3.000 Betten diese Kapazitäten zu 89 Prozent dem Krankenhausbereich und lediglich zu 11 Prozent dem Rehabilitationsbereich zugeordnet sind.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

  
Tüschen

## **Abgrenzung der Bereiche Frühmobilisation, Frührehabilitation und Rehabilitation**

### **Mit den Ländern abgestimmte Auffassung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung**

Durch die ausdrückliche Einbeziehung von Frührehabilitationsmaßnahmen in die akutstationäre Behandlung hat der Gesetzgeber in § 39 Abs. 1 Satz 3 i.V.m. § 107 Abs. 1 SGB V klar gestellt, dass im Einzelfall auch erforderliche und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzende Leistungen zur Frührehabilitation Bestandteil der Krankenhausbehandlung sind. Der Begriff der Frührehabilitation im Sinne des SGB V kennzeichnet die rehabilitativen Maßnahmen, die während der stationär akutmedizinisch-kurativen Behandlung erbracht werden, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern (§ 11 Abs. 2 SGB V). Diese Leistungen der Frührehabilitation dürfen als Teil der Krankenhausleistungen nur solange erbracht werden, wie eine Krankenhausbehandlung erforderlich ist. Ist eine Krankenhausbehandlung nicht mehr erforderlich, sind ggf. noch notwendige ambulante oder stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in einer bzw. durch eine Rehabilitationseinrichtung durchzuführen.

Dass der Gesetzgeber des SGB IX die über die Leistungen der Frühmobilisation hinausgehenden frührehabilitativen Leistungen als Teil der Krankenhausbehandlung definiert, macht auch die Begründung zur Änderung des § 39 SGB V deutlich (BT-Drs. 14/5074, S. 117):

„Die Rehabilitation soll von Anfang an integraler Bestandteil der medizinischen Versorgung sein. [...] Über die bereits vorhandenen Rehabilitationsansätze im Krankenhaus hinaus sind zukünftig bereits bei Aufnahme in das Akutkrankenhaus der funktionelle Status, das Rehabilitationspotential und der Rehabilitationsbedarf des Patienten in die Diagnosestellung einzubeziehen und ein am individuellen Bedarf ausgerichtetes Rehabilitationskonzept in die Krankenbehandlung zu integrieren.“

Für die leistungsrechtliche Zuordnung ist dieser Begriff der Frührehabilitation nach dem SGB V vorrangig vor anderen gebräuchlichen Verwendungen des Begriffes „Frührehabilitation“, z. B. vor der Phaseneinteilung nach den Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR-Empfehlungen). Rechtlich gesehen ist die Behandlung in Rehabilitationseinrichtungen nicht als Frührehabilitation, sondern als „Rehabilitation“ einzustufen (siehe auch § 107 Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe b SGB V).

Vor diesem Hintergrund stellt sich die fachliche Definition der Begriffe aus Sicht des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung wie folgt dar:

1. Frührehabilitation im Sinne des SGB V bedeutet die frühzeitig einsetzende rehabilitationsmedizinische Behandlung von Patienten, die wegen eines akuten Gesundheitsproblems mit schwerer Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit krankenhausbehandlungsbedürftig sind. Dies umfasst relevante Beeinträchtigungen der Körperfunktionen und -strukturen sowie der Aktivitäten und/oder Teilhabe. Entscheidendes Abgrenzungskriterium der Frührehabilitation zur Rehabilitation ist die mit der primär erforderlichen akutstationären Krankenhausbehandlung verzahnte rehabilitationsmedizinische stationäre Versorgung, wobei neben der üblichen diagnostischen und therapeutischen Infrastruktur der Krankenhausbehandlung rehabilitationsspezifische pflegerische und therapeutische Leistungen anzubieten sind. Frührehabilitation wird multiprofessionell im fachärztlich geleiteten Rehabilitationsteam und interdisziplinär in Zusammenarbeit mit akutmedizinischen Fachgebieten erbracht (vgl. Stucki et al., Phy Med Rehab Kuror 2002, 12: 134-145).

Im Unterschied zur (weiterführenden) Rehabilitation ist die Frührehabilitation dadurch gekennzeichnet, dass

- bei vorwiegend bestehendem akutstationären Behandlungsbedarf gleichzeitig Rehabilitationsbedarf besteht,
- die Rehabilitationsfähigkeit erheblich eingeschränkt sein kann und
- die Rehabilitationsprognose oftmals unsicher ist.

Frührehabilitation wird nicht einheitlich untergliedert. Unterteilt wird oftmals nach der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung, der neurologischen-neurochirurgischen Frührehabilitation (inkl. Phase B), der fachübergreifenden Frührehabilitation und anderen Zweigen der Frührehabilitation. Unabhängig von der Untergliederung sind diese Gebiete der Frührehabilitation und damit der Krankenhausbehandlung zuzuordnen, sofern bei einer primär erforderlichen akutstationären Behandlung eine gleichzeitige (Früh)Rehabilitationsbedürftigkeit und ggf. eingeschränkte (Früh)Rehabilitationsfähigkeit besteht.

2. Frühmobilisation umfasst demgegenüber möglichst frühzeitig eingeleitete und mit geringerem zeitlichem Aufwand erbrachte pflegerische oder therapeutische Maßnahmen, die der Abwendung, Beseitigung, Minderung oder Verhütung der Verschlimmerung krankheits- und behandlungsbedingter Immobilisationsfolgen dienen. In der Regel beschränkt sich die Leistungserbringung auf Einzelmaßnahmen aus einem Therapiebereich (z. B. Physiotherapie). Zur Abgrenzung von Frühmobilisation und Frührehabilitation wird im OPS ein Schlüssel für die Frühmobilisation angestrebt.

3. Die medizinische Rehabilitation in oder durch Rehabilitationseinrichtungen ist gegenüber der als Krankenhausbehandlung zu erbringenden Frührehabilitation dahingehend abgrenzbar, dass akutmedizinischer Behandlungsbedarf nicht oder nur in geringem Ausmaß (z. B. Phase C) erforderlich ist. Voraussetzung sind manifeste, nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten und/oder drohende bzw. manifeste Beeinträchtigungen der Teilhabe (Rehabilitationsbedürftigkeit), Rehabilitationsfähigkeit und eine positive Rehabilitationsprognose. Da bei der Rehabilitation die Nachbehandlung von Krankheiten im Vordergrund steht, sind die Anforderungen an die ärztliche Präsenz und die ärztliche Leitung gegenüber der Krankenhausbehandlung abgesenkt. Eine akutmedizinisch diagnostische oder therapeutische Infrastruktur wie im Krankenhaus ist zur Leistungserbringung nicht erforderlich. Rehabilitationsleistungen sind keine Krankenhausleistungen und als solche auch nicht von Krankenhäusern zu erbringen. Die Aufnahme in Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation (Phase II) kann auch bei eingeschränkter Rehabilitationsfähigkeit erfolgen.

An die absehbare akutmedizinische Stabilität der Patientinnen und Patienten sind vor der Entlassung bzw. externen Verlegung im Rahmen geriatrischer Krankenhausbehandlung besonders hohe Anforderungen zu stellen, um die im Zusammenhang mit Fallpauschalensystemen grundsätzlich bestehende Gefahr einer unangemessenen Verkürzung der Verweildauer zu reduzieren.