

Stand: 06.06.2016

Definition Frührehabilitation

Die folgenden Ausführungen gelten für Kinder ab 2 Jahren und Erwachsene

Vorwort:

Der Begriff „Frührehabilitation“ wird seit Jahren zur Beschreibung verschiedener Leistungen verwendet. Einerseits werden damit rehabilitative Massnahmen beschrieben, welche frühzeitig nach Behandlungen stattfinden, beispielsweise Frühmobilisation.

Andererseits wurden damit intensive, aufwändige Rehabilitationen beschrieben, welche durch entsprechende Einrichtungen und spezialisiertes Personal gekennzeichnet sind.

Unter der Vorgabe der Anwendung einer Schweiz weit einheitlichen leistungsbezogenen Vergütung ist es notwendig, den Begriff Frührehabilitation einheitlich und trennscharf zu definieren. Dies ist eine zwingende Voraussetzung, um eine sachgerechte Finanzierung der Kliniken zu gewährleisten, die die hochaufwendigen Leistungen der Frührehabilitation erbringen.

Das nachfolgende Dokument definiert den Begriff und Leistungsinhalt der Frührehabilitation einheitlich, unabhängig von der zugrunde liegenden Erkrankung des Patienten.

Mit dieser Definition wird die Frührehabilitation klar von dem im Papier DefReha[©] und in der Datenerhebung zu Projekt ST Reha verwendeten Begriff „überwachungspflichtige Rehabilitation“ abgegrenzt.

1. Beschreibung, Kriterien

1.1. Einleitung

Der Erfolg einer Rehabilitation hängt wesentlich davon ab, dass die Behandlung so früh wie möglich nach dem auslösenden Ereignis beginnt und sich im Laufe der Behandlung den Fortschritten des Patienten anpasst. Die kontinuierliche Steigerung von Anforderungen an den Patienten ist wichtig, um ein bestmögliches Resultat zu erzielen. Um alle regenerativen Potenziale auszuschöpfen, gewährleistet eine nahtlose Behandlungskette die bestmögliche funktionelle Wiederherstellung von schwer betroffenen Patienten, verhindert einen zusätzlichen Funktionsverlust sowie immobilisationsbedingte Schäden und kann Liegezeiten im Spital verkürzen.

Es ist festzuhalten, dass nicht alle Patienten die einzelnen Stadien / Behandlungsabschnitte in der gesamten Behandlungskette durchlaufen. Eine Frührehabilitation wird durchgeführt, wenn der Patient eine komplexe, schwere Funktionsstörung erlitten hat.

Die Frührehabilitation steht an der Schnittstelle zwischen der Akutspitalbehandlung und der weiterführenden Rehabilitation. Das bedeutet eine frühestmöglich einsetzende rehabilitationsmedizinische Behandlung von Patienten, die aufgrund eines akut auftretenden Gesundheitsproblems mit schwerer Beeinträchtigung der Körperfunktionen spitalbedürftig sind. Sie betrifft Patienten mit schweren akuten Gesundheitsstörungen (Erkrankungen / Unfällen), Komplikationen und Multimorbidität, langdauernder intensivmedizinischer Versorgung, vorbestehenden chronischen Krankheiten mit akuter Exazerbation sowie vorbestehender Behinderung oder altersbedingten Veränderungen.

Die Frührehabilitation ist als multi- und interdisziplinäre, patientenzentrierte Teamarbeit zu sehen. Die Behandlung wird durch Frührehabilitationsabteilungen bzw. mobile Frühreha-Teams ausgeführt.

2. Rehabilitationsabklärung

Zur Feststellung des Schweregrades einer Funktionsstörung und somit des Bedarfs einer Frührehabilitation wird die Betroffenheit des Patienten anhand sogenannter Assessmentinstrumente vorgenommen. Beispiele dafür sind die Koma-Remissions-Skala (KRS, frühes Stadium der Frührehabilitation), der Frühreha-Barthel-Index (FRB) nach Schönle, eine frührehabilitations-orientierte Erweiterung des Barthel-Index)* oder der Barthel-Index (BI)*. Diese dienen zur Feststellung funktioneller Einschränkungen und zur Formulierung realistischer Rehabilitationsziele.

(*) Der Barthel-Index ist für Kinder und Jugendliche bisher nicht validiert.

2.1. Rehabilitationsbedürftigkeit

Die Rehabilitationsbedürftigkeit ist dann gegeben, wenn als Folge einer Erkrankung oder Verletzung eine schwerwiegende Funktionsstörung oder drohende bzw. manifeste Beeinträchtigungen diagnostizierbar sind und rehabilitative Massnahmen notwendig sind, um diese zu beseitigen, zu reduzieren oder eine Verschlechterung zu vermeiden. Diese Funktionsstörungen betreffen insbesondere das Bewusstsein, die Kognition, sensomotorische Funktionen, Schlucken, Kontinenz, Essen und Trinken, die persönliche Hygiene und Mobilität.

2.2. Rehabilitationsfähigkeit / Motivation & Motivierbarkeit

Aufgrund der hohen quantitativen und qualitativen ärztlich / medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Aufwendungen muss ein funktioneller Zugewinn zu erwarten sein.

Eine Rehabilitationsfähigkeit kann auch dann gegeben sein, wenn die Stabilität des Kreislaufes und die allgemeine psychische und physische Belastbarkeit des Patienten noch eingeschränkt sind. Auch bei nicht kooperationsfähigen Patienten ist ein Rehabilitationsversuch unter Berücksichtigung der Rehabilitationsprognose zur Abklärung des Rehabilitationspotenzials, Planung der weiteren Rehabilitation, aber auch zur Vermeidung von Sekundärschäden indiziert. Der Patient muss in der Lage sein, an einem multimodalen Therapieprogramm teilzunehmen (aktive / passive Physiotherapie, Training von ADL- Funktionen etc.).

2.3. Rehabilitationsziel und -prognose

Im Vordergrund steht die frühzeitige Förderung und Wiederherstellung grundlegender körperlicher und kognitiver Funktionen, dabei sollen Sekundärkomplikationen und Folgeschäden verhindert werden.

Eine Prognose zur Zielerreichung ist bei Beginn der Frührehabilitation noch unsicher.

3. Schnittstellen

3.1. Abgrenzung der Frührehabilitation gegenüber der Phase der Akutversorgung

Massgebliche Kriterien der stationären Akutversorgung sind eine vitale Instabilität, die noch nicht abgeschlossene Primärdiagnostik, unklare ätiologische Diagnosen oder eine dringliche OP-Indikation. Ein absehbarer Zweiteingriff, z. B. Zustand nach Polytrauma, ist keine Kontraindikation für die Durchführung einer Frührehabilitation.

Die Phase der Akutversorgung dauert üblicherweise ½ - 3 Wochen. Die Akutversorgung dient in erster Linie zur Wiederherstellung bzw. Stabilisierung der vitalen Funktionen (Atmung, Herz-Kreislauf-Funktionen), Normalisierung der intrakraniellen Druckverhältnisse, Behandlung der Primärschäden, Vermeidung sekundärer Komplikationen. Gleichzeitig beginnt die Abklärung des Rehabilitationspotentials und des Bedarfs an Rehabilitationsleistungen und deren Einleitung.

Die Akutversorgung umfasst die medizinische Diagnostik der Schädigungen und ihrer Ursachen sowie der Grund-/Begleiterkrankungen und weiterer Verletzungen, eine jeweilige kurativmedizinische und / oder chirurgische Behandlung sowie auch den Beginn rehabilitativer Massnahmen. Während der Akutphase sind dies in erster Linie die Pflege (spezielle Lagerung), die intensive und frühzeitige Aktivierung und Mobilisierung des Patienten und die Wiederanbahnung gestörter Funktionen sowie die Verhinderung vermeidbarer Sekundärschäden.

3.2. Abgrenzung der Frührehabilitation von der weiterführenden Rehabilitation

In dieser Phase der Rehabilitation sind die Patienten soweit genesen, dass sie in der Therapie mitarbeiten können. Das bedeutet, dass die Patienten überwiegend bewusstseinsklar sind und die Kommunikationsfähigkeit wieder hergestellt ist. Eine Eigen- und Fremdgefährdung ist ausgeschlossen. Sie sind teilmobilisiert, benötigen aber noch pflegerische Unterstützung. Bei der weiterführenden Rehabilitation ist die Wiederherstellung der Selbstständigkeit bei alltäglichen Verrichtungen ein vorrangiges Behandlungsziel.

4. Indikationskriterien und patientenseitige Voraussetzungen für eine Frührehabilitation

4.1. Patientencharakteristika

Die Indikation zur Frührehabilitation besteht, wenn ein Trauma oder eine schwere Akuterkrankung oder die Exazerbation einer chronischen oder einer chronisch-progredienten Erkrankung zu einer komplexen Störung geführt hat, die eine spezifische frührehabilitative Behandlung im stationären, interdisziplinären Setting erforderlich macht.

Die Primärdiagnostik und -versorgung muss vor Beginn der Frührehabilitation abgeschlossen sein.

Die Patienten kennzeichnet vor allem ein hoher (auch kurativ-) medizinischer, ärztlicher, pflegerischer Überwachungs-, Behandlungs- und Betreuungsaufwand einschließlich Überwachung (Monitoring).

Die Atmung, Herz-Kreislauffunktionen im Liegen und intrakranielle Druckverhältnisse sind stabil. Der Patient ist nicht mehr beatmungspflichtig, ausser bei Patienten mit zervikalen und hochthorakalen Läsionen des Rückenmarks. Es besteht keine Sepsis.

Der Patient weist einen hohen Pflegeaufwand und maximale Hilfsbedürftigkeit auf, das bedeutet eine intensive Grund- und Behandlungspflege plus aktivierende Rehabilitationspflege (wie z. B. Mobilitätsfördernde Pflegeinterventionen, Kinaesthetics, Bobath-Konzept, Affolter-Konzept, Basale Stimulation, FOTT-Konzept (Facio Orale Trakt Therapie nach Kay Coombes)) von mehr als 4 Std. täglich, i.d.R. existiert keine Kontrolle der Ausscheidungsfunktionen (Harn-/ Stuhlinkontinenz).

Es besteht eine spezifische Therapiebedürftigkeit mit Einzel-/Doppelbehandlung, fehlende (Klein-) Gruppenfähigkeit mit schwerster Störung von Kommunikationsfähigkeit, Instruktionsverständnis, Krankheitseinsicht sowie fehlender aktiver Mitarbeit an den Therapiezielen. Der Gesamtzustand des Patienten erlaubt es aber, dass er mehrmals täglich an rehabilitativen Massnahmen teilnehmen kann.

Noch nicht für eine Frührehabilitation in Frage kommen vital instabile Patienten oder Patienten mit einer Erkrankung unklarer Ätiologie sowie Patienten mit einer dringlichen Operationsindikation.

In Abhängigkeit vom Einzelfall kann eine wiederholte Durchführung der Frührehabilitation mit unterbrochenen Behandlungszeiträumen indiziert sein.

4.2. Eintrittsabklärung & Assessment

Zum Beginn der Frührehabilitation und im Verlauf der Behandlung erfolgt eine Beurteilung nach dem Frührehabilitations-Barthel-Index (nach Schönle)* zur Erfassung und Wertung der funktionellen Defizite. Der Frührehabilitations-Barthel-Index (nach Schönle)* des Patienten beträgt dabei ≤ 30 .

Wird die Akutversorgung und die Frührehabilitation in einem stationärem Aufenthalt durchgeführt, kann eine Frührehabilitation erst beginnen, wenn die akutmedizinische Diagnostik und Initialversorgung abgeschlossen ist. Eine Abgrenzung zur Akutversorgung bzw. weiterführender Rehabilitation ist zwingend erforderlich. Massgebend für die Erfassung der Frührehabilitationsleistungen sind die in den jeweiligen CHOP – Codes festgeschriebenen Mindestanforderungen.

(*) Der Barthel-Index ist für Kinder und Jugendliche bisher nicht validiert.

5. Qualifikation und Strukturen

5.1. Personalstruktur

In Abhängigkeit vom Zustand des Patienten und der Organisationsstrukturen in den leistungserbringenden Kliniken kann die Frührehabilitation sowohl auf eigenständigen bettenführenden Frührehabilitations-abteilungen als auch durch ergänzende mobile Frührehabilitationsteams auf Intensiv-, Intermediate Care oder anderen hoch spezialisierten Fachstationen erfolgen, im Rahmen einer multidisziplinären teamorientierten Organisationsstruktur eines zentralen PMR-Institutes (Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin) oder eines vergleichbar spezialisierten Institutes. Die Behandlung erfolgt durch ein Frührehabilitationsteam innerhalb einer organisatorischen Einheit für Frührehabilitation mit klar definierten Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten unter Leitung eines fest angestellten Facharztes für Physikalische Medizin und Rehabilitation (PMR) oder eines rehabilitativ (gemäss Vorgaben der SGPMR) ausgebildeten Facharztes für Neurologie oder für Allgemeine Innere Medizin / Kardiologie / Pneumologie oder für Pädiatrie oder für Neuropädiatrie mit mindestens dreijähriger Erfahrung in der Frührehabilitation. Eine fachspezifische Vertretung ist jederzeit gewährleistet. Mindestens 50% des zum Behandlungsteam gehörenden Pflegepersonals ist diplomiert (Dipl. Pflegefachfrau/-mann HF oder äquivalente in- oder ausländische Ausbildung), inkl. die Schichtleitung, mindestens eine Pflegeperson pro Schicht hat die spezifische Erfahrung mit Tracheostoma oder aufwendig ableitender Systeme (beinhaltet regelmässige, dokumentierte interne

Schulungen oder Fachausweis IMC / IPS / Anästhesie).

Falls in der Pädiatrie tracheotomierte Patienten in der Frührehabilitation liegen, ist eine Pflegeperson pro Schicht mit spezifischer Erfahrung mit Tracheostoma aufzubieten. Darüber hinaus beinhaltet das Frühreha-Behandlungsteam Therapeuten mit abgeschlossener Berufsausbildung entsprechend den Vorgaben der organspezifischen Frührehabilitation. Verfügbarkeit und Anwendung der Logopädie bei Bedarf. Bei Kindern und Jugendlichen Sonder- und / oder Heilpädagogik. Auf eine Zusammenarbeit mit einem sozialen Dienst kann zurückgegriffen werden.

Ein Fortbildungskonzept für das Frührehabilitationsteam mit geregelter rehabilitationspezifischer Fortbildung von mind. 1 Stunde pro Woche liegt vor.

5.2. Infrastruktur & Medizinisch-technische Ausstattung

Die Räumlichkeiten und Ausstattung einer Frührehabilitationsstation müssen die Aufgaben der oben genannten Gesundheitsberufe ermöglichen und fördern. Beispielsweise sollen die Räume flexibel gestaltet werden können. Die Patientenzimmer müssen gross genug sein, um das erforderliche Pflege- und Therapiematerial zum Einsatz bringen zu können. Für Kinder ist die Infrastruktur ihrem altersgemässen Bedarf angepasst, wie z. B. die Möglichkeit zum Rooming-in.

Die Frührehabilitationsabteilung verfügt über die Infrastruktur und technische Voraussetzungen einer Überwachungsstation zum Monitoring kardialer und respiratorischer Funktionsparameter, d.h. kardiale und respiratorische Überwachungsapparate müssen verfügbar sein: EKG Monitoring, Pulsoxymetrie, Atemfrequenzüberwachung, kontinuierliche Sauerstoffzufuhr und Absaugvorrichtungen, mobiler Rea-Koffer.

Das Monitoring System muss eine zentrale Überwachung erlauben. Die konventionelle Röntgendiagnostik und das Notfalllabor müssen an 24/24 Stunden und an 7/7 Tagen innerhalb von max. 30 Min (betriebsintern oder aus benachbarten Leistungserbringern) verfügbar sein.

5.3. Therapiedichte & Behandlungsaufgaben

Für die Frührehabilitation kommen mindestens die organspezifisch notwendigen Therapiebereiche (im Minimum drei der nachfolgenden Therapien) zum Einsatz: Physiotherapie, Physikalische Therapie, Ergotherapie, Neuropsychologie / Psychologie. Verfügbarkeit und Anwendung der Logopädie bei Bedarf. Bei Kindern und Jugendlichen: Sonder- und/oder Heilpädagogik.

Die oben aufgeführten Funktionstherapien werden an mindestens 5 Behandlungstagen pro Woche durchgeführt, mit mindestens 2 Therapieeinheiten pro Tag. Eine Ernährungsberatung und -therapie kann bei Bedarf zusätzlich durchgeführt werden.

Die neben der Grund- und Behandlungspflege zusätzlich durchgeführte, fördernde und unterstützende Rehabilitationspflege (Wahrnehmungsförderung und Aktivierungstherapie bei Körperpflege, Kleiden, Essen und Trinken, therapeutische Lagerung, Mobilisation, Ausscheidungstraining, Trachealkanülenmanagement usw.) erfolgt an 7 Tagen pro Woche mit mindestens 2 Stunden pro Tag, bei Kindern mindestens 1 Stunde pro Tag. Ärztliche Visiten an 7/7 Tagen in der Woche. Ärztliche Präsenz an 24/24 Stunden. Bei medizinischer Notwendigkeit ist der Beizug eines Kaderarztes innert 30 Minuten jederzeit gewährleistet.

Diese Therapiedichte definiert den Mindestumfang der Behandlungen, für bestimmte Teilbereiche der Frührehabilitation (z.B. neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation) können sowohl ein höherer Leistungs-umfang als auch zusätzliche Mindestmerkmale definiert werden.

5.4. Therapieplanung & -kontrolle

Die Frührehabilitation umfasst ein eigenständiges, personenbezogenes Behandlungskonzept mit spezifischen diagnostischen Verfahren und spezifischen Interventionen. Frührehabilitation wird multidisziplinär im fachärztlich geleiteten Rehabilitationsteam und interdisziplinär in Zusammenarbeit mit akutmedizinischen Fachgebieten geleitet.

Die spezifischen diagnostischen Verfahren umfassen das multidisziplinäre Assessment der Beeinträchtigungen von Körperfunktionen und Strukturen, Aktivitäten und Partizipation auch mit standardisierten Untersuchungen und Testverfahren. Sie dienen zur Beurteilung der Beeinträchtigungen, der Rehabilitations- und Pflegebedürftigkeit sowie der Rehabilitationsfähigkeit und –prognose.

Es wird eine Planung der rehabilitativen Massnahmen mit Festlegung der Reha-Ziele basierend auf dem Assessment sowie der Steuerung aller Massnahmen während der Frührehabilitation durchgeführt. Die spezifischen Interventionen umfassen in Abhängigkeit der Grunderkrankung ärztliche, pflegerische, physiotherapeutische, ergotherapeutische, sprachtherapeutische, schlucktherapeutische, psychologische, neurologische, musik- und kunsttherapeutische, diätische, sozialmedizinische und andere Massnahmen.

Daraus ergibt sich eine mindestens wöchentliche Dokumentation des Behandlungsverlaufes mit geeigneten Assessments, strukturierte und dokumentierte Therapieprogramme mit einem systematischen Pflegekonzept. Wöchentliche Teambesprechungen mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele.

Regelmässige, mindestens wöchentliche, strukturierte, patientenbezogene Teamkonferenzen mit Einbezug aller beteiligten Fachbereiche unter ärztlicher Leitung inkl. Dokumentation der Reha-Ziele.

6. Evaluation des Rehabilitationsprozesses und Kriterien für die Zuweisung zur weiterführenden Rehabilitation resp. längerfristige Anschlusslösung (z. B. Pflegestation)

6.1. Dauer

Mindestens wöchentliche Reevaluation der Frührehabilitationsbedürftigkeit gemäss obiger Kriterien. Die Phase der Frührehabilitation dauert in der Regel bis zu 6 Monaten (bei besonderer medizinischer Indikation und Prognose, speziell bei Kindern und Jugendlichen, auch länger).

Die Verlegung in die weiterführende Rehabilitation erfolgt, wenn der Patient überwiegend bewusstseinsklar ist, einfachen Aufforderungen nachkommt, kommunikations- und interaktionsfähig ist (ggf. unter Verwendung von Hilfsmitteln), teilmobilisiert ist, keiner intensivmedizinischen Überwachung (Monitoring) mehr bedarf, an mehreren Therapiemassnahmen täglich aktiv mitarbeiten kann, nicht selbst- und fremdgefährdend ist (z.B. Weglauftendenz, aggressive Durchbrüche), keine schwere Störung des Sozialverhaltens hat und kleingruppenfähig ist.

Der Frührehabilitations-Barthel-Index (nach Schönle)* beträgt > 30 Punkte.

(*) Der Barthel-Index ist für Kinder und Jugendliche bisher nicht validiert.

6.2. Austrittsplanung

Im Anschluss folgt eine Entlassungsvorbereitungsphase zur Regelung der weiteren Versorgung mit Einleitung und Strukturierung der Nachbetreuung in einer weiterführenden Rehabilitation oder in eine

Pflegeeinheit.

Wenn aufgrund von schweren, wahrscheinlich dauerhaften oder sogar fortschreitenden Funktionsstörungen keine Verbesserungstendenzen bei ungestörtem Behandlungsverlauf mehr feststellbar sind bzw. dauerhaft Pflegebedürftigkeit bleibt, sollte ein Abbruch der Rehabilitationsbehandlung erwogen werden (wenn über mindestens zwei Monate lang kein funktioneller Zugewinn mehr festzustellen ist).

6.3. Qualitätsmanagement

Nachweis eines anerkannten Qualitätsmanagements einschliesslich regelmässiger Durchführung und Dokumentation geeigneter Outcome-Assessments. Überprüfung der Patienten- und Angehörigenzufriedenheit mit geeigneten Mitteln sowie eines gelebten CIRS.