Grundlagen der Rehabilitation und Sozialmedizin

J.D. Rollnik

2.1 Einleitung – 12

2.2 Grundlagen der Sozialmedizin – 12

2.2.1 Definition von Sozialmedizin – 12

2.2.2 Gesundheit, funktionale Gesundheit, Krankheit und Behinderung – 12

2.2.3 Epidemiologische Grundbegriffe – 12

2.2.4 Prävention – 13

2.2.5 System der sozialen Sicherung – 13

2.2.6 Pflegebedürftigkeit – 13

2.2.7 Sozialmedizinische Beurteilung und Begutachtung – 14

2.2.8 Betreuungsrecht – 14

2.3 Grundlagen der Rehabilitation – 14

2.3.1 Begriffsbestimmung: Rehabilitation – 14

2.3.2 Rechtliche Grundlagen der Rehabilitation – 15

2.3.3 Indikationsstellung zur Rehabilitation – 15

2.4 Zusammenfassung – 17

Literatur – 17

J. D. Rollnik (Hrsg.), Die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation,
DOI 10.1007/978-3-642-24886-3_2, © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

2.1 Einleitung

Jeder in der neurologischen Frührehabilitation Tätige muss über ein Grundlagenwissen in den Bereichen Rehabilitation und Sozialmedizin verfügen, um Patienten und Angehörige bestmöglich beraten und vertreten zu können. In den Literaturangaben wird auf einige exemplarische Lehrbücher verwiesen, mit denen noch eine Wissensvertiefung erfolgen kann. Ärzten ist grundsätzlich der Erwerb der Zusatzbezeichnungen „Sozialmedizin" und „Rehabilitationswesen" zu empfehlen, um dauerhaft erfolgreich auf dem Gebiet der Neurorehabilitation arbeiten zu können.

2.2 Grundlagen der Sozialmedizin

2.2.1 Definition von Sozialmedizin

Die ärztliche Weiterbildungsordnung definiert **Sozialmedizin** wie folgt:

» Sozialmedizin beschäftigt sich mit der Bewertung von Art und Umfang gesundheitlicher Störungen und deren Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit im beruflichen und sozialen Umfeld unter Einbeziehung der Klassifikationen von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit [d. h. ICF], deren Einordnung in die Rahmenbedingungen der sozialen Sicherungssysteme und die Beratung der Sozialleistungsträger in Fragen der medizinischen Versorgung. (Ärztekammer Niedersachsen 2011) «

Aus dieser Definition wird klar, dass die Sozialmedizin in besonderer Weise auf das bio-psycho-soziale Modell der funktionalen Gesundheit (ICF) Bezug nimmt (► Kap. 3).

2.2.2 Gesundheit, funktionale Gesundheit, Krankheit und Behinderung

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert **Gesundheit** als einen „Zustand vollständigen physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und ist nicht nur Abwesenheit von Krankheit".

Funktionale Gesundheit („functional health") im Zusammenhang mit dem ICF-Modell der WHO bedeutet, dass eine Person normale Körperfunktionen bzw. -strukturen aufweist und keine Beeinträchtigungen in den Aktivitäten und der Teilhabe an allen Lebensbereichen hat (Schuntermann 2009).

Tab. 2.1. Wichtige epidemiologische und statistische Grundbegriffe

Begriff	Erläuterung
Prävalenz	Krankenbestand, d. h. zu einem bestimmten Zeitpunkt vorliegende Zahl Erkrankter
Inzidenz	In einem Beobachtungsintervall aufgetretene Zahl neu Erkrankter
Letalität	Zahl der an einer bestimmten Erkrankung Gestorbenen bezogen auf die Gesamtheit der daran Erkrankten
Mortalität	Sterblichkeit: Anzahl der allgemeinen Sterbefälle bezogen auf eine bestimmte Zahl der Bevölkerung
Sensitivität	Gütekriterium für diagnostische Verfahren: Maß dafür, wie viele Kranke tatsächlich als krank erkannt werden
Spezifität	Gütekriterium für diagnostische Verfahren: Maß dafür, wie viele der Gesunden als gesund erkannt werden

Im Vergleich zu dem sehr dezidierten Gesundheitsbegriff der WHO sind die Definitionen von Krankheit und Behinderung im deutschen Sozialrecht zwar anachronistisch anmutend, aber dennoch sozialmedizinisch höchst relevant.

Das Bundessozialgericht definiert **Krankheit** als einen „regelwidrigen Körper- oder Geisteszustand, der ärztlicher Behandlung bedarf und/oder Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat".

Behinderung ist wie folgt definiert:

» Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. (§ 2 SGB IX) «

Behinderung bedeutet also nach deutschem Recht, dass Beeinträchtigungen der Teilhabe über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten vorliegen müssen. Wichtig ist, dass auch von Behinderung bedrohte Menschen i.S. des SGB IX Anspruch auf Rehabilitationsleistungen haben.

2.2.3 Epidemiologische Grundbegriffe

In Tab. 2.1 werden die wesentlichen epidemiologischen Grundbegriffe zusammengefasst (Niehoff 2006; Walter 2002; Harms 1998). Die Kenntnis dieser statistischen Grö-

Tab. 2.2. Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention

Intervention	Erläuterung	Beispiel
Primärprävention	Eingreifen in Krankheitsursachen (Ätiologie)	Aufklärungskampagnen über gesunde Lebensweise (Ernährung und Sport), um Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu verhindern
Sekundärprävention	Eingreifen in die Krankheitsentstehung (Pathogenese)	Früherkennung und Behandlung von Gefäßrisikofaktoren (Hypertonie, Diabetes, Fettstoffwechselstörungen, Vorhofflimmern), um Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu verhindern
Tertiärprävention	Eingreifen in Krankheitsfolgen und das Voranschreiten einer Erkrankung (Krankheitsverlauf)	Rehabilitation nach Schlaganfall oder Herzinfarkt

ßen ist essenziell, um epidemiologische Studien verstehen und bewerten zu können.

2.2.4 Prävention

Der Prävention wird in unserem Gesundheitswesen eine immer größere Bedeutung beigemessen, so z. B. im erweiterten Präventionsauftrag der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 20 SGB V), mit dem die **primäre Prävention** gefördert werden soll. Man unterscheidet – je nach Zeitpunkt einer Intervention – drei Ebenen der Prävention, nämlich Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. In Tab. 2.2 werden diese Ebenen in übersichtlicher Form mit Beispielen aufgeführt (Niehoff 2006; Walter 2002; Harms 1998).

2.2.5 System der sozialen Sicherung

Neben den **fünf Säulen** der sozialen Sicherung,
- der Rentenversicherung (SGB VI),
- der Unfallversicherung (SGB VII),
- der Arbeitslosenversicherung (SGB III),
- der Kranken- (SGB V) und Pflegeversicherung (SGB XI),

existieren noch Leistungen für Personengruppen, die durch die Sozialversicherung unzureichend abgesichert sind. Diese werden geregelt durch
- das Bundesversorgungs- und Opferentschädigungsgesetz (Beamte, Wehrdienstleistende, Opfer von Gewaltverbrechen),
- das Bundessozialhilfegesetz (Sicherung eines Existenzminimums) und
- das Schwerbehindertengesetz.

Die Sozialversicherungen folgen zum größten Teil dem **Solidaritätsprinzip**, d. h., die Beitragsbemessung erfolgt unter Berücksichtigung des Einkommens, und die Versichertengemeinschaft trägt dafür Leistungen im Bedarfsfall. Insbesondere bei der Sozialhilfe greift aber noch das **Subsidiaritätsprinzip**, d. h., bevor die Solidargemeinschaft eintritt, muss zunächst geprüft werden, ob der Betroffene bzw. seine Familie nicht selbst für die Existenzsicherung aufkommen können.

2.2.6 Pflegebedürftigkeit

Die gesetzliche Pflegeversicherung ist rechtlich eigenständig, aber in die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) integriert („unter einem Dach"). Wie die GKV hat sie einen **Sicherstellungsauftrag**, d. h., sie muss für eine bedarfsgerechte Versorgung eintreten. Bei der Entlassung von Frührehabilitanden entsteht die Frage nach der Pflegebedürftigkeit i.R. des Entlassungs- bzw. Überleitungsmanagements.

Pflegebedürftigkeit liegt dann vor, wenn Personen wegen einer Krankheit oder Behinderung in den Aktivitäten des täglichen Lebens auf Dauer (mindestens für 6 Monate) in erheblichem Maß auf Hilfe angewiesen sind (nach § 14 SGB XI).

In der Regel stellt der **Sozialdienst** der Frührehabilitationseinrichtung einen Antrag auf Pflegeleistungen bei der jeweiligen Pflegekasse. Diese wiederum beauftragt den MDK, eine Prüfung der Pflegebedürftigkeit vorzunehmen, entweder per Aktenlage oder durch persönliche Begutachtung. Bei Entlassung aus einer Klinik besteht auch die Möglichkeit der **Schnelleinstufung**, wobei zunächst vorläufig die Pflegestufe I festgelegt wird. Die Pflegestufen sind in Tab. 2.3 dargestellt. **Sozialrechtlich** wichtig ist, dass
- die Pflegeversicherung für die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung zuständig ist und
- die GKV für die Maßnahmen der Behandlungspflege (z. B. Injektionen oder Verbandswechsel).

Tab. 2.3. Pflegestufen

Pflegestufe	Erläuterung
I	Erhebliche Pflegebedürftigkeit: Durchschnittlicher Hilfebedarf mindestens 90 Minuten pro Tag, wovon auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten täglich entfallen müssen
II	Schwerpflegebedürftigkeit: Durchschnittlicher Hilfebedarf mindestens 180 Minuten pro Tag, wovon auf die Grundpflege mehr als 120 Minuten täglich entfallen müssen
III	Schwerstpflegebedürftigkeit: Durchschnittlicher Hilfebedarf mindestens 300 Minuten pro Tag, wovon auf die Grundpflege mehr als 240 Minuten täglich entfallen und auch nachts (zwischen 22 und 6 Uhr) regelmäßig Grundpflegebedarf vorliegen muss

Eine Erläuterung der Begriffe „Grund- und Behandlungspflege" findet sich in ▶ Kap. 5.

2.2.7 Sozialmedizinische Beurteilung und Begutachtung

Auch bei Frührehabilitanden kann eine Einschätzung der **Minderung der Erwerbsfähigkeit** (**MdE**) für die gesetzliche Unfallversicherung erforderlich werden oder eine Einschätzung der **Erwerbsminderung** für die Rentenversicherung. Daher soll in Tab. 2.4 kurz auf diese Grundbegriffe eingegangen werden. Bei der Beurteilung der MdE spielt die Kausalität (**Kausalitätsprinzip**) eine entscheidende Rolle. Die gesetzliche Unfallversicherung würde z. B. eintreten, wenn eine intrakranielle Blutung i.R. eines Unfalls aufgetreten ist, nicht jedoch, wenn die intrakranielle Blutung spontan war und es dadurch zu einem Unfall kam (Entstehung aus „innerer Ursache"). Im Gegensatz dazu gilt in der Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung das **Finalitätsprinzip**, d. h., der eingetretene Gesundheitsschaden und dessen Folgen werden unabhängig von der Ursache betrachtet.

2.2.8 Betreuungsrecht

Bei dem 1992 in Deutschland eingeführten Betreuungsrecht handelt es sich um **subsidiäres Recht**, d. h., ein Betreuer darf erst dann eingesetzt werden, wenn alle anderen Möglichkeiten („vorrangige andere Hilfen") ausgeschöpft sind. Wann eine Betreuung eingerichtet wird, ist **gesetzlich** geregelt:

» Kann ein Volljähriger auf Grund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht besorgen, so bestellt das Betreuungsgericht (…) für ihn einen Betreuer. (§ 1896 BGB) «

Rechtsgrundsatz ist, dass jemand, der seinen Willen frei bestimmen kann, nicht gegen seinen Willen unter Betreuung gestellt werden darf. Wenn ausschließlich eine körperliche Behinderung vorliegt, kann eine Betreuung nur auf Antrag des Betroffenen eingerichtet werden, es sei denn, es ist überhaupt keine Verständigung möglich, z. B. beim Locked-in-Syndrom.

Der Antrag auf Einrichtung einer Betreuung ist beim zuständigen Amtsgericht (Betreuungsgericht) zu stellen. Die Betreuung kann verschiedene Aufgabengebiete beinhalten (z. B. Gesundheit, Aufenthalt, Vermögen, Behördenangelegenheiten). Maßnahmen gegen den Willen des Betreuten sind grundsätzlich nicht durch die Betreuung legitimiert, daher dürfen z. B. **Fixierungsmaßnahmen**, die den Straftatbestand der Freiheitsberaubung erfüllen würden, nur nach richterlicher Anordnung durchgeführt werden.

Durch die Einrichtung einer Betreuung ist die Geschäftsfähigkeit grundsätzlich nicht aufgehoben. Das Betreuungsgericht darf aber z. B. einen sog. Einwilligungsvorbehalt durch den Betreuer gesondert anordnen (§ 1903 BGB), was zur Einschränkung der Geschäftsfähigkeit führt.

Zum Thema „Patientenverfügung" und „Vorsorgevollmacht" siehe ▶ Kap. 23.

2.3 Grundlagen der Rehabilitation

2.3.1 Begriffsbestimmung: Rehabilitation

Der Begriff „Rehabilitation" leitet sich aus dem lateinischen Wort „rehabilitatio" (= Wiederherstellung) ab.

Unter Einbeziehung des ICF-Konzepts lässt sich Rehabilitation definieren als das multi- und interdisziplinäre Management der funktionalen Gesundheit einer Person (Ewert et al. 2002).

Ziel der Rehabilitation ist daher, die bestmögliche **soziale** und **berufliche Teilhabe** des Rehabilitanden zu erreichen. Dazu bedient sie sich dreier Strategien (Ewert et al. 2002):

- **Rehabilitative Strategie:** Überwindung und/oder Kompensation von Beeinträchtigungen der Körperfunktionen, Aktivitäten und Teilhabe.

Tab. 2.4. Grundbegriffe in der sozialmedizinischen Begutachtung

Begriff	Versicherung/gesetzliche Grundlage	Erläuterung
Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)	Unfallversicherung, Entschädigungsrecht	Die MdE richtet sich nach den verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem **gesamten Gebiet** des Erwerbslebens (SGB VII). Berücksichtigt werden nur die kausal auf das schädigende Ereignis zurückzuführenden Folgen (Kausalitätsprinzip)
Berufsunfähigkeit (BU)	Rentenversicherung	Nach altem Recht (bis 31.12.2000): Erwerbsfähigkeit im Ausbildungsberuf um mehr als 50 % reduziert. Seit 01.01.2001 ist die BU-Rente abgelöst durch die Rente wg. teilweiser Erwerbsminderung
Erwerbsminderung	Rentenversicherung	– Volle Erwerbsminderung: Einsetzbarkeit <3 h auf dem allg. Arbeitsmarkt – Teilweise Erwerbsminderung: Einsetzbarkeit zwischen 3 und unter 6 h auf dem allg. Arbeitsmarkt
Grad der Behinderung (GdB)	Schwerbehindertengesetz (SchwbG)	Der GdB ist stets unabhängig von der beruflichen Tätigkeit. Berücksichtigt wird jede Behinderung, unabhängig von deren Ursache (Finalitätsprinzip). Als „schwerbehindert" gilt eine Person mit einem GdB von ≥50 v.H.
Pflegebedürftigkeit	Pflegeversicherung	Pflegestufen I–III (Tab. 2.3)

- **Kurative Strategie:** Behandlung der geschädigten Körperfunktionen und -strukturen. Dieser Strategie kommt v. a. in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation eine Bedeutung zu.
- **Präventive Strategie:** Verhinderung weiterer Beeinträchtigungen der Körperfunktionen, Aktivitäten und Teilhabe (Tertiärprävention).

2.3.2 Rechtliche Grundlagen der Rehabilitation

Es steht außer Frage, dass der **Hauptkostenträger** der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation die GKV ist. Weitere mögliche Träger von Rehabilitationsleistungen sind in Tab. 2.5 zusammengefasst (BAR 2006). Neben den hier genannten öffentlichen Trägern können auch weitere Kostenträger infrage kommen, z. B. die private Krankenversicherung, die Beihilfe (bei Beamten) oder berufsständische Versorgungswerke (z. B. Ärzteversorgung).

2.3.3 Indikationsstellung zur Rehabilitation

Für den Bereich der GKV hat sich der Gemeinsame Bundesausschuss über **Richtlinien** geeinigt, die **zur Indikationsstellung** einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme durch den niedergelassenen Arzt angewendet werden müssen (GBA 2004). Da es sich bei der Frührehabilitation i. d. R. um eine Krankenhausbehandlung handelt und eine Direktverlegung von Krankenhaus zu Krankenhaus erfolgt, haben diese Rehabilitationsrichtlinien keine unmittelbare Relevanz. Dennoch werden sie bisweilen vom MDK herangezogen, um die Indikation oder Fortführung einer Frührehabilitationsbehandlung zu beurteilen. Es dürfen nur dann Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erteilt werden, wenn folgende **Kriterien** vorliegen:

- Rehabilitationsbedürftigkeit,
- Rehabilitationsfähigkeit und
- positive Rehabilitationsprognose.

Diese Begriffe werden in Tab. 2.6 erklärt (GBA 2004). Immerhin stellen die Rehabilitationsrichtlinien sicher, dass auch ein pflegebedürftiger Mensch Anspruch auf Rehabilitation hat. Nicht selten wird nämlich Versicherten, denen schon eine Pflegestufe zugeordnet wurde, Rehabilitationsbedürftigkeit abgesprochen.

Bei **Frührehabilitanden** werden vor allem bei der Rehabilitationsfähigkeit und der Rehabilitationsprognose vonseiten des MDK bisweilen Zweifel angemeldet. Dem können argumentativ aber die geltenden BAR-Empfehlungen entgegengehalten werden. In diesen wird klar ausgeführt, dass **Phase B** überhaupt erst dem „Herstellen der Kommunikations- und Kooperationsfähigkeit" wie auch der „Klärung des Rehabilitationspotenzials" dient (BAR 1995). Der Begriff „Rehabilitationspotenzial" taucht in den genannten Richtlinien explizit nicht auf, ist aber bei der Beurteilung der Behandlungsdauer in der Frührehabilitation ebenfalls von großer Bedeutung.

Rehabilitationspotenzial beschreibt das theoretisch erreichbare Ergebnis des Rehabilitanden auf

Tab. 2.5. Träger von Rehabilitationsleistungen

Kostenträger	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)	Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft	Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen
GKV	§§ 39–42 SGB V	–	–	§§ 43, 44 SGB V (Krankengeld)
Bundesagentur für Arbeit		§§ 97–115 SGB III	–	§§ 160–168 SGB III (Übergangsgeld)
Gesetzliche Unfallversicherung	§§ 27, 33, 34 SGB VII	§ 35 SGB VII	§ 39–43 SGB VII	§§ 39–43 und 45–52 SGB VII (Verletztengeld)
Rentenversicherung	§ 15 SGB VI	§ 16 SGB VI	–	§§ 20–30 SGB V (Übergangsgeld)
Versorgungsverwaltung (soziales Entschädigungsrecht)		§§ 11, 27 BVG		§§ 16, 26 BVG (Versorgungskrankengeld)
Jugendhilfe		§§ 11–41 SGB VIII		–
Sozialhilfe		§§ 8–26 SGB XII, §§ 14–18 SGB II		–

Tab. 2.6. Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und positive Rehabilitationsprognose

Kriterien für Rehabilitationsleistungen	Beschreibung
Rehabilitationsbedürftigkeit (§ 8)	Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung – voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivität vorliegen, durch die in absehbarer Zeit eine Beeinträchtigung der Teilhabe droht, oder – Beeinträchtigungen der Teilhabe bereits bestehen und – über die kurative Versorgung hinaus der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich ist. Zu den Beeinträchtigungen der Teilhabe gehört auch der Zustand der Pflegebedürftigkeit
Rehabilitationsfähigkeit (§ 9)	Rehabilitationsfähig sind Versicherte, wenn sie aufgrund ihrer somatischen und psychischen Verfassung die für die Durchführung und Mitwirkung bei der Leistung zur medizinischen Rehabilitation notwendige Belastbarkeit und Motivation oder Motivierbarkeit besitzen
Rehabilitationsprognose (§ 10)	Die Rehabilitationsprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage für den Erfolg der Leistung zur medizinischen Rehabilitation – auf der Basis der Erkrankung oder Behinderung, des bisherigen Verlaufs, des Kompensationspotenzials oder der Rückbildungsfähigkeit unter Beachtung und Förderung individueller positiver Kontextfaktoren – über die Erreichbarkeit eines festgelegten Rehabilitationsziels durch eine geeignete Leistung zur medizinischen Rehabilitation – in einem notwendigen Zeitraum

(GBA 2004)

den Ebenen von Schaden, Aktivität und Partizipation (Bochdansky et al. 2002).

Prägnant formuliert bezeichnet das Rehabilitationspotenzial das Delta zwischen Ist-Zustand und bestmöglichem Rehabilitationsergebnis. Es versteht sich von selbst, dass i.R. der (mindestens wöchentlich) stattfindenden Teambesprechungen auch das Rehabilitationspotenzial einer kritischen Würdigung unterzogen werden muss.

2.4 Zusammenfassung

Sowohl in der Sozialmedizin wie auch der Rehabilitation spielt das **ICF-Modell** der WHO eine wichtige Rolle. Rehabilitative Maßnahmen müssen sich heute an diesem teilhabeorientierten Ansatz messen lassen und fokussieren auf die funktionale Gesundheit einer Person.

Auch in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation müssen Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und Rehabilitationsprognose in Verbindung mit dem Rehabilitationspotenzial beachtet werden. Leider können Rehabilitationsprognose und Rehabilitationspotenzial zu Beginn der Behandlung oft noch nicht abgeschätzt werden. Hier dient die **Phase-B-Rehabilitation** dazu, das Rehabilitationspotenzial überhaupt erst zu ermitteln. Aufgrund der erheblichen **Morbidität** von Frührehabilitanden wird die Rehabilitationsfähigkeit vonseiten des MDK immer wieder negiert. Dabei ist ja gerade das Wesen von Phase B, eine basale Rehabilitationsfähigkeit herzustellen.

Wenngleich der bedeutendste Kostenträger in der Frührehabilitation die GKV ist, ist die Kenntnis der Grundzüge des Systems der sozialen Sicherung notwendig, um allen Rehabilitanden gerecht werden zu können und alternative Träger für Rehabilitationsmaßnahmen ausfindig zu machen.

Im Rahmen des Entlassungs- und Übergangsmanagements sind die Besonderheiten der gesetzlichen Pflegeversicherung und der Pflegeeinstufung zu beachten.

Literatur

Ärztekammer Niedersachsen (2011) Weiterbildungsordnung vom 01.05.05 in der Fassung vom 01.02.11. http://www.aekn.de. Abgerufen am 29.02.2012

Bochdansky T, Prager C, Ammer K (2002) Allgemeine Rehabilitation. Grundlagen und Prinzipien. Österr Z Phys Med Rehabil 12:47–53

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (1995) Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C. BAR Publikation, Frankfurt/M.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2006) ICF-Praxisleitfaden. BAR-Publikation, Frankfurt/M.

Ewert T, Cieza A, Stucki G (2002) Die ICF in der Rehabilitation. Phys Med Rehab Kuror 12:157–162

Gemeinsamer Bundesausschuss (2004) Rehabilitationsrichtlinie vom 16. März 2004. http://www.g-ba.de. Abgerufen am 29.02.2012

Harms V (1998) Biomathematik, Statistik und Dokumentation. Harms, Kiel

Niehoff JU (2006) Sozialmedizin systematisch. Uni-Med-Verlag, Bremen

Rauschelbach HH (2000) Das neurologische Gutachten. Thieme, Stuttgart

Schuntermann MF (2009) Einführung in die ICF. ecomed, München

Walter H (2002) Sozialmedizin. Grundlagen und Praxis. Kohlhammer, Stuttgart

http://www.springer.com/978-3-642-24885-6

Die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation
Rollnik, J.D. (Hrsg.)
2013, XX, 377 S. 213 Abb., 113 Abb. in Farbe.,
Hardcover
ISBN: 978-3-642-24885-6