

Point-by-Point Response

Stakeholder Feedback on HTA and Survey Report for Early Rehabilitation in Swiss Intensive Care Units

Full name: Adrian Jaggi, Markus Gnägi

Job title: Projektleiter, Leiter Ressort HTA und Amtstarife

Organisation: santésuisse, Die Schweizer Krankenversicherer, Römerstrasse 20, 4502 Solothurn

Comment number	Chapter	Comment	Response
Assessment Report			
	Executive Summary		
1	Introduction	<p>In der <i>Introduction</i> fehlen Angaben zu Hintergrund, Auftraggeber sowie konkreter Auftrag des HTA. Dem Mail-Anschreiben an die Stakeholder wird entnommen, dass „<i>der HTA-Assessment-Bericht und eine Umfrage zur Versorgungssituation zum Thema "Early Rehabilitation in Swiss Intensive Care Units" im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)</i>“ erstellt wurden.</p> <p>Die genaue Zielsetzung des vorliegenden Berichtes sowie die zu beantwortenden Entscheidungsfragen bleiben unklar und stehen in einem gewissen Widerspruch zum Fokus der HTA-Programme des Auftraggebers BAG, welcher auf der „Überprüfung potenziell obsoleter OKP-Leistungen mit dem Ziel der Entfernung aus dem Leistungskatalog oder einer Einschränkung der Vergütungspflicht“ liegt.</p> <p>In der <i>Introduction</i> werden für die schweizerischen ICU's Lücken in der Versorgung mit aktiver Rehabilitation und Mobilisation postuliert. Dabei unterscheiden sich die</p>	<p>Vielen Dank für Ihre detaillierten und wertvollen Kommentare.</p> <p>Das HTA wurde primär durch das Swiss Medical Board in Auftrag gegeben. Durch den komplementären Auftrag zur Durchführung eines Surveys zur Versorgungssituation sowie des Teils des HTA bezogen auf die <i>clinical effectiveness</i> hat sich das BAG an der Finanzierung des Projekts ebenfalls beteiligt. Es ist richtig, dass das Ziel des Projekts somit in erster Linie die Erarbeitung von Entscheidungsgrundlagen für eine evidenzbasierte Behandlung war, und nicht die Überprüfung einer potentiell obsoleten OKP-Leistung hinsichtlich einer Einschränkung der Vergütungspflicht.</p> <p>Das HTA und der Survey wurden parallel als separate Projekte geplant und durchgeführt. Aus diesem Grund enthalten die beiden Dokumente nur minimale Informationen bezüglich des jeweils anderen Projekts (d.h. die Sektion zu den ökonomischen Aspekten im HTA, welche teilweise auf Daten des Surveys angewiesen war). Die <i>Introduction</i> beider Dokumente beschreibt den Hintergrund der Projekte zu Projektbeginn. Der nachfolgende Appraisal-Bericht wird</p>

		<p>zitierten Angaben aus Sibilla et al. (2014) von den Ergebnissen der aktuell durchgeführten „<i>survey regarding the supply situation</i>“, wobei gemäss letzterer „<i>early rehabilitation and mobilization in almost all ICUs in Switzerland</i>“ durchgeführt wurden. Dennoch werden weder die aktuelle Survey noch deren Ergebnisse genannt oder darauf verwiesen.</p> <p>Trotzdem wird hinsichtlich Fragestellung die frühe Rehabilitation als „<i>widely implemented</i>“ angenommen, wobei unklar sei „<i>in which patients, when, and how such rehabilitative measures should be initiated</i>“. Gemäss der <i>Introduction</i> soll mit dem vorliegenden HTA eine Evidenzgrundlage für „recommendations for practice and policy“ geschaffen werden. Damit scheint in erster Linie die Erarbeitung von Entscheidungsgrundlagen für eine evidenzbasierte Behandlung und weniger die Überprüfung potenziell obsoleter OKP-Leistungen gemäss Fokus der HTA-Programme des Bundes im Vordergrund zu stehen.</p> <p>In der <i>Introduction</i> findet sich kein Hinweis auf den „<i>Report Service Supply Situation</i>“ und der Zusammenhang des Surveys zum Assessment Bericht bleibt zunächst unklar. Auch in der (knappen) Zusammenfassung der Ergebnisse aus früheren systematischen Reviews fehlen Hinweise oder Ergebnisse aus dem aktuellen Survey. Dies erstaunt umso mehr, als in internationalen Reviews unterschiedliche und möglicherweise positive Effekte der frühen bzw. systematischen Rehabilitation auf den klinischen Verlauf im Vergleich mit „<i>usual care</i>“ oder mit der auf individuelle Patienten-Bedürfnisse angepassten Rehabilitation diskutiert werden. Gemäss der aktuellen Survey wird eine Rehabilitation von schweizerischen ICU-Chefärzten dann als angemessen beurteilt und empfohlen, wenn sie „<i>according to the patients' need and potential for rehabilitation</i>“ erfolgt. Demgegenüber findet sich im <i>Executive summary</i> ein Hinweis auf den „<i>survey regarding the supply situation</i>“ (ohne Quellenangaben) im Kapitel <i>Health economic analysis</i> unter den Erläuterungen zum <i>De novo cost model</i>.</p>	<p>dann die Ergebnisse von HTA und Survey kombinieren und daraus entsprechende Empfehlungen ableiten.</p> <p>Gemäss Ihres Kommentars haben wir die beiden Berichtsdokumente um die Angaben zur Co-Finanzierung durch das BAG angepasst und die <i>Introduction</i> mit der Information bezüglich der parallelen Durchführung der Projekte ergänzt.</p>
2	Objective	<p>Unsere oben genannten Kommentare treffen auch auf die hier genannte Zielsetzung des HTA-Berichtes zu, wonach Wirksamkeit, Sicherheit und „<i>economic characteristics</i>“ der systematischen und frühen Rehabilitation bei beatmeten ICU-Patienten mit der späten bzw. weniger systematischen</p>	<p>Siehe Punkt 1.</p>

		Rehabilitation und mit der fehlenden Rehabilitation verglichen werden sollen.	
3	PICO	<p>Die untersuchte Intervention „<i>systematic early rehabilitation</i>“ umfasst ein breites Spektrum von therapeutischen Massnahmen (z.B. „<i>physiotherapy or similar activities</i>“, „<i>motion exercises and training</i>“, „<i>neuro-muscular electrical stimulation</i>“ etc.). Obwohl ein Zusammenhang zwischen Art, Durchführung und Intensität (Frequenz, Dauer) der verschiedenen Rehabilitationsmassnahmen und dem Outcome nicht von vornherein ausgeschlossen werden kann, werden diese Einflussfaktoren im vorliegenden Assessment zwar aufgezeigt aber nicht separat analysiert bzw. berücksichtigt.</p> <p>Die Abgrenzung zwischen Interventions- und Vergleichsgruppen bleibt hinsichtlich der einzelnen Massnahmen, deren Kombinationen sowie bezüglich Zeitpunkt, Intensität und durchführenden Therapeuten teilweise unscharf. Beispielsweise wird die Standardbehandlung nicht weiter präzisiert und es bleibt weitgehend offen, ob und wann die aktive bzw. passive Frühmobilisation als Rehabilitation zu verstehen ist. Auch die Unterscheidung der Vergleichsgruppe „<i>less systematic rehabilitation</i>“ mit einem etwas späteren Beginn sowie <i>nicht bei allen Patienten</i> ist wenig präzise.</p> <p>Es fehlt unserer Ansicht nach zudem ein Vergleich oder zumindest ein Hinweis auf die „<i>survey regarding the supply situation</i>“, in welcher die in den schweizerischen ICU's verbreiteten, vielseitigen und von spezialisierten Therapeuten durchgeführten rehabilitativen Massnahmen beschrieben werden. Gemäss diesem Bericht wird beispielsweise bei nahezu allen ICU-Patienten und bei mehr als der Hälfte aller mechanisch beatmeten ICU-Patienten eine Frührehabilitation (aktiv oder passiv) durchgeführt.</p> <p>Im Hinblick auf die Erfassung und Messung der primären und sekundären Outcomes (v.a. „<i>Muscle strength</i>“, „<i>Functional mobility</i>“, „<i>Cognitive function and mental health</i>“) werden zahlreiche und unterschiedliche Messungen, Indices und Tests aufgelistet. Allerdings fehlen Erläuterungen hinsichtlich Eignung und Vergleichbarkeit der Messinstrumente untereinander. Darüber hinaus fehlt die Berücksichtigung und Erläuterung der Frage bezüglich klinische Relevanz bzw. minimale klinisch relevante Unterschiede (Minimal Clinically</p>	<p>Wie Sie richtigerweise bemerken, ist es durchaus möglich, dass die genaue Art oder Kombination der rehabilitativen Massnahmen, sowie deren Durchführung und Intensität einen relevanten Einfluss auf Patientenoutcomes haben. Leider weisen viele der eingeschlossenen Studien eine eher beschränkte Detailschärfe bezüglich der Beschreibung der Interventionen und "standard care" Gruppen auf. Die durch die Originalpublikationen, Appendices, Studienprotokolle, und durch direkte Korrespondenz mit den Autoren erhältlichen Informationen erlaubten uns keine detailliertere Analyse der genannten Aspekte. Alle uns zugänglichen Informationen wurden transparent im HTA-Bericht dargelegt.</p> <p>Es ist korrekt, dass die Wahl der Vergleichsgruppen eine schwierige war. Wie im Bericht diskutiert gibt es keine einheitliche Definition für Frührehabilitation. Aus diesem Grund fand der Scoping-Prozess über mehrere Feedback-Runden mit dem Swiss Medical Board und den involvierten klinischen Experten statt. Wir sind überzeugt, dass die gewählten Vergleichsgruppen von <i>systematic early vs. late, less systematic early</i> oder <i>no rehabilitation</i> trotz gewisser Limitation der vorliegenden Evidenz bestmöglich Rechnung tragen und eine detailliertere Analyse als diejenigen der bereits bestehenden <i>systematic reviews</i> erlaubten.</p> <p>Im Rahmen des HTA untersuchten wir den Effekt von Frührehabilitation auf verschiedene Outcomes, um ein möglichst breites Bild der Evidenz zu schaffen. Eine Limitation der bestehenden <i>systematic reviews</i> sehen wir darin, dass jeweils nur wenige Outcomes interpretiert wurden, wodurch potentiell relevante Informationen bezüglich der Behandlungseffekte fehlen könnten. Die Interpretation der Effekte hinsichtlich ihrer klinischen Relevanz sowie der Vergleichbarkeit der verschiedenen Outcomes wird im Rahmen des Appraisals stattfinden, worin auf Basis der vorliegenden HTA und des Surveys Empfehlungen für die Schweiz abgeleitet werden sollen.</p>

		Important Difference MCID) zwischen den untersuchten Gruppen.	
4	Clinical Assessment, Methods	<p>Die zweistufige Suchstrategie basiert wesentlich auf bereits vorhandenen und qualitativ hochstehenden systematischen Reviews. Damit besteht nach unserer Einschätzung eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass sich die Ergebnisse des vorliegenden HTA-Berichtes trotz angepasster Strategien und Vorgehensweisen nicht grundsätzlich von den bereits vorbestehenden Erkenntnissen unterscheiden. Dies insbesondere auch als aktuelle systematische Reviews erst kürzlich publiziert wurden (z.B. Fuke et al. 2018, Doiron et al. 2018 etc.) und in der Zwischenzeit nicht von zusätzlichen und relevanten Studien auszugehen ist.</p> <p>Die Zuordnung der einzelnen Studien zu den jeweiligen Vergleichsgruppen beruht teilweise auf Annahmen und scheint nicht immer eindeutig.</p> <p>Die tatsächliche Unabhängigkeit der Reviewer muss kritisch hinterfragt werden, da sie alle am EBPI angestellt sind.</p>	<p>Sicherlich ist anzunehmen, dass die Verwendung der Suchstrategien der publizierten hochqualitativen <i>systematic reviews</i> zu ähnlichen Suchresultaten geführt hat. Für den Einschluss von Studien in den Review waren allerdings vielmehr die vordefinierten Ein- und Ausschlusskriterien massgebend, welche sich dennoch leicht von den bestehenden <i>systematic reviews</i> unterscheiden. Unserer Meinung nach ist von hochqualitativen Reviews zu erwarten (insbesondere auch von Cochrane Reviews), dass die Suchstrategie alle relevanten Studien abdeckt. Wir bezweifeln, dass die Verwendung einer neuen Suchstrategie Vorteile gegenüber unserer Vorgehensweise gebracht hätte. Wir gehen davon aus, dass unsere Methodologie durch die Kombination dreier Suchstrategien eher zu einer höheren Sensitivität geführt hat. Zudem konnten wir durch unsere Vorgehensweise durchaus relevante Studien identifizieren, welche durch die bestehenden Reviews nicht eingeschlossen wurden (z.B. Eggmann et al. 2018, Schaller et al. 2016). Dass die Ergebnisse sich nicht wesentlich von den bestehenden Reviews unterscheiden liegt unter anderem an der Heterogenität und niedrigen Power der publizierten Studien.</p> <p>Aufgrund mangelnder Detailschärfe in den uns zur Verfügung stehenden Informationen (siehe Punkt 3) mussten für die Zuordnung teilweise Annahmen getroffen werden. Diese Annahmen wurden allerdings im Detail im HTA diskutiert. Zudem sind die entsprechenden Informationen transparent im Bericht dargelegt, sodass sich jeder Leser ein eigenes Bild machen kann. Eine alternative Kategorisierung der beiden Studien von Dong et al., sowie der Ausschluss der Studie von Denehy et al. hätten die Gesamtsicht der Resultate nicht wesentlich beeinflusst.</p> <p>Die Unabhängigkeit bezieht sich auf die separate Durchsicht und Analyse der identifizierten Referenzen bezüglich der Ein- und Ausschlusskriterien durch die einzelnen Reviewer. Es ist unseres Wissens üblich, dass dieser Prozess innerhalb einer Forschungsgruppe durchgeführt wird. Die Mitglieder des Assessment Teams am EBPI deklarieren abgesehen von der Finanzierung dieses HTAs keine Interessenskonflikte in Bezug auf eine Frührehabilitation auf der Intensivstation.</p>
5	Clinical Assessment, Results	Die analysierten Studien umfassen unterschiedliche und teilweise geringe Patientenzahlen und unterscheiden sich	Dies entspricht auch unserer Interpretation der Evidenz.

		<p>hinsichtlich weiterer Dimensionen (z.B. Alter / Geschlecht, Diagnosen / Interventionen etc.). Beim Vergleich der Intervention mit „<i>late rehabilitation</i>“ wurden lediglich zwei Studien (insgesamt je ca. 200 Patienten in Interventions- bzw. Vergleichsgruppe) und beim Vergleich mit „<i>no rehabilitation</i>“ nur eine Studie (je 27 Patienten in Interventions- und Vergleichsgruppe) in der Analyse berücksichtigt, wobei letztere als Massnahme lediglich die „<i>neuro-muscular electrical stimulation</i>“ untersuchte.</p> <p>Weiter zeigt sich bezüglich der Angaben beispielsweise zu den konkret durchgeführten Rehabilitationsmassnahmen, deren Kombinationen, Beginn und Intensität sowie hinsichtlich deren „systematischen Durchführung“ oder der untersuchten Outcome-Parameter teilweise eine deutliche Inhomogenität. Mehrere Studien enthielten zudem keine (genaueren) Angaben zu verschiedenen Kriterien wie beispielsweise zum Zeitpunkt des Beginns der Rehabilitation.</p> <p>Wie aufgrund der o.g. Kommentare zu erwarten, zeigten sich in den Ergebnissen hinsichtlich der untersuchten Outcomes zumeist breite Konfidenzintervalle, eine teilweise grosse Heterogenität in den Metaanalysen, eine zumeist fehlende Signifikanz sowie eine geringe oder sehr geringe „<i>Quality of Evidence</i>“.</p> <p>Aus KVG-Sicht von Interesse ist insbesondere auch der fehlende positive Effekte der „<i>systematic early rehabilitation</i>“ auf dem u.U. kostenrelevanten LOS sowie auf die Dauer der mechanischen Beatmung.</p>	
6	Clinical Assessment, Discussion	<p>Zahlreiche der in den vorangehenden Kommentaren kritisch beurteilten Aspekte und Einschränkungen werden in der Diskussion aufgenommen und erläutert (z.B. „<i>heterogeneity</i>“, „<i>mixed study populations</i>“, teilweise unterschiedliche oder ungenaue Angaben, unpräzise Definitionen beispielsweise der „<i>early rehabilitation</i>“, Abhängigkeit der Effekte von unterschiedlichen Diagnosen, Patienteneigenschaften, Standardbehandlungen, Vergleichsinterventionen, Intensität der Interventionen etc.). Darüber hinaus werden weitere potenzielle und wichtige Einflussfaktoren wie beispielsweise die Veränderung der Rehabilitationspraxis im Verlaufe der Jahre aufgezeigt.</p>	<p>Danke für diese Rückmeldung. Es ist richtig, dass sich aus unserer Studie keine anderslautenden Ergebnisse gegenüber bereits bestehenden <i>systematic reviews</i> ergeben haben. Allerdings denken wir, dass unsere Unterteilung in mehrere Vergleichsgruppen eine detaillierte Analyse der Studieninterventionen erlaubte, welche zusätzliche Aufschlüsse bezüglich des Timings von Frührehabilitation lieferte. Wie unter Punkt 4 diskutiert, konnten wir durch unsere Methodologie zudem ein grösseres Spektrum der bestehenden Literatur abdecken (worunter auch die aus unserer Sicht wichtige Schweizer Studie durch Eggmann et al.).</p>

		Im Vergleich mit den Ergebnissen der vorgängig publizierten systematischen Reviews (Fuke et al. 2018, Doiron et al. 2018, Castro-Avila et al. 2015) ergeben sich aus dem vorliegenden HTA-Assessment keine zusätzlichen, relevanten oder anderslautenden Erkenntnisse. Im Zusammenhang mit Ausgangslage und methodischer Vorgehensweise erscheint dies wenig überraschend. Wir bedauern, dass entsprechende Inputs aus unserer Stellungnahme vom August 2018 zum Scoping-Dokument, in welchen mehrere der nun bestätigten Herausforderungen und Einschränkungen thematisiert wurden, keine Berücksichtigung fanden.	
6	Health economic assesment	Die ökonomische Beurteilung der Intervention wird in zwei Schritten vorgenommen. In einem ersten Schritt wird ein systematischer Überblick über die aktuelle Literatur geschaffen. In einem zweiten Schritt wird eine Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Intervention mit Daten der Schweiz durchgeführt. santésuisse begrüsst es ausdrücklich, dass die Wirtschaftlichkeitsbeurteilung auf Daten der Schweiz beruht. Damit werden die speziellen Verhältnisse der Schweiz berücksichtigt.	Vielen Dank für diese Rückmeldung.
8	Approach to cost calculation,	Der Lohn eines Arztes auf der Intensivstation wird auf CHF 80/m bis 100/m geschätzt. Der Ansatz ist nach Meinung von santésuisse zu tief. Es kann eher von CHF 150/m bis 250/m ausgegangen werden.	Die von uns verwendeten Gehaltsschätzungen beruhen auf Angaben, welche wir von den ICUs im Rahmen der Survey-Entwicklung erhalten haben. Ausschlaggebend ist vermutlich, ob die Rehabilitationsmassnahmen, welche durch ärztliches Personal durchgeführt werden, eher von Assistenzärzten in Weiterbildung oder von erfahrenen Fachärzten durchgeführt werden. Unsere Gehaltsschätzung entspricht wohl im Schnitt eher dem Lohn eines Assistenzarztes. Gemäss unseres Surveys machen ärztliche Rehabilitationsleistungen allerdings lediglich eine Minderheit der therapeutischen Handlungen aus, sodass der ärztliche Lohn in der totalen Rehabilitations-Kostenschätzung kaum ins Gewicht fallen dürfte.
9	De novo cost analysis	Die Übertragbarkeit der Resultate der aktuellen Studienlage zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Intervention auf die Schweiz ist nicht gegeben (Differenz PICO). Die de novo Kostenanalyse wird aufgrund der Studienlage begrüsst. Damit kann die Kostenstruktur der Schweiz bei der Wirtschaftlichkeitsbeurteilung berücksichtigt werden.	Danke.
10	Conclusion	Die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Intervention mittels Kosten pro QALY konnte aufgrund ungenügender Datenlage nicht vorgenommen werden. santésuisse begrüsst es, dass als Massstab für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit Kosten	Leider lagen in den Studien kaum Daten bezüglich QALYs vor. Wir sind ebenfalls der Ansicht, dass die Verwendung von QALYs in der ökonomischen Evaluation von Interventionen einen Vergleich über verschiedene Kontexte hinweg erleichtert und eine sachlichere

		pro QALY herangezogen werden. Die Methodik dient dazu, die Diskussion über den allfälligen Ausschluss von Leistungen zu versachlichen (Erfüllung WZW).	Diskussion des Leistungsausschlusses ermöglichen kann. Bei der Verwendung und Interpretation von QALYs sollte deren Limitationen allerdings ebenfalls beachtet werden.
11	Overall conclusion	Es kann festgehalten werden, dass allfällige positive Effekte von Frührehabilitation im vorliegenden Setting nicht gezeigt werden konnten. Auch war es nicht möglich, die Wirtschaftlichkeit der Intervention zu quantifizieren. Es kann aber festgehalten werden, dass rund 82% der Patienten eine entsprechende Behandlung erhalten. santésuisse nimmt die Resultate zur Kenntnis. Gleichzeitig möchte sich santésuisse für die Berücksichtigung der Rückmeldung in systemischer und methodischer Hinsicht beim SMB bedanken.	Wir möchten an dieser Stelle betonen, dass die vorliegende Evidenz keine konklusiven Aussagen erlaubt. Während keine eindeutigen positiven Effekte gezeigt werden konnten, konnte auch nicht ein eindeutiges Fehlen eines Effektes nachgewiesen werden. Nach unserer Sicht könnte für <i>systematic early</i> gegenüber <i>late rehabilitation</i> durchaus ein wesentlicher positiver Effekt vorliegen, wobei ein Effekt im Vergleich mit <i>less systematic early</i> (d.h. noch früherer oder strikter protokollierter) Rehabilitation eher gering auszufallen scheint. Zudem bitten wir zu beachten, dass die Schätzung, wonach 82% der Patienten eine Frühmobilisation erhalten, eine von den Schweizer ICU Leadern selbst-rapportierte Auffassung repräsentiert. Diese könnte unter Umständen wesentlich von der Realität abweichen.
Survey Report			
13	AIM	Die Umfrage soll Klarheit zur Definition, zur Häufigkeit und zu den Unterschieden der intensivmedizinischen Behandlung in der Schweiz liefern. santésuisse begrüsst es sehr in diesem Zusammenhang einen Überblick über die Versorgung zu erhalten.	Vielen Dank für Ihr Feedback.
14	Follow-Up and Evaluation of ICU Survivors	Nur 16% der Spitäler führen eine Evaluation des Patientenoutcomes nach einer ICU-Behandlung durch. santésuisse sieht hier Potenzial für entsprechende Qualitätsmassnahmen.	Auch aus unserer Sicht wäre eine systematische Erfassung und Evaluation der Patientenoutcomes nach ICU-Entlassung nutzenbringend für eine Qualitätskontrolle, wie auch für eine weiterführende Versorgungsforschung im Bereich der Frührehabilitation und der Intensivmedizin im Allgemeinen.

Full name: Markus Tschanz

Job title: Leiter Geschäftsbereich Tarife und eHealth a.i.

Organisation: H+ Die Spitäler der Schweiz

Comment number	Chapter	Comment	Response
General Comments			
1		<p>In Summary und Bericht vermissen wir den Hinweis, dass in der untersuchten Literatur nicht nur der Begriff «early» im Kontext zu Rehabilitation definiert werden müsste, sondern auch der Begriff «Rehabilitation» in Abgrenzung zum Begriff «Rehabilitative Massnahmen». Beispiel: Nicht jeder kantonale Leistungsauftrag «Frührehabilitation» beinhaltet die gleichen Leistungen am Patienten – «Frührehabilitation» oder «überwachungspflichtige Rehabilitation» wird in der Schweiz und in der Literatur bezüglich der konkreten Leistungen am Patienten (Zeitpunkt, Intensität, Komplexität) nach wie vor nicht einheitlich verstanden – auf diesen Unsicherheitsfaktor sollte unserer Ansicht nach hingewiesen werden – besonders dann, wenn Kosten der Leistungen verglichen werden.</p>	<p>Vielen Dank für Ihren wichtigen Kommentar. Das Fehlen einer einheitlichen Definition von Frührehabilitation ist sicherlich eine grosse Limitation der bestehenden Literatur. Im HTA-Bericht haben wir aus Gründen der verbesserten Lesbarkeit des Dokuments keine Unterscheidung zwischen den Begriffen "Rehabilitation" und "rehabilitativen Massnahmen" gemacht. Es würde im Schweizer Kontext sicherlich Sinn machen, wenn die Leistungen einheitlich definiert wären. Eine Diskussion und Erarbeitung einer solchen einheitlichen Leistungsdefinition könnte gegebenenfalls als Konsequenz dieses Projekts angegangen werden.</p>
Specific Comments			