

Professor Paul W. Schönle im Gespräch:

Versorgungsnotstand in NRW

Neurologische Patienten in Nordrhein-Westfalen sind fehl- oder unterversorgt, wenn es um neurologische Frührehabilitation geht. Über 1.000 Betten fehlen im bevölkerungsreichsten Bundesland Deutschlands. Aus diesem Grund hat sich im Juli 2012 die Landesarbeitsgemeinschaft NeuroRehabilitation NRW konstituiert. Sie will helfen, diesen Missstand zu beseitigen. Professor Dr. Dr. Paul W. Schönle, Sprecher der LAG, spricht im folgenden Interview über die Hintergründe der Situation.

Wozu wurde die Landesarbeitsgemeinschaft NeuroRehabilitation für NRW gegründet?

Ziel der LAG ist es, die neurologisch-neurochirurgische Frühreha Phase B (NNCHFR) in Nordrhein-Westfalen auf den Stand anderer Bundesländer zu bringen und das fachspezifische Angebot an die tatsächliche Bedarfslage anzupassen. „Wir wollen in der Öffentlichkeit ein Bewusstsein für die Fehl- und Unterversorgung im Hinblick auf die neurologische Frührehabilitation in Nordrhein-Westfalen schaffen“, erläutert Dr. Ursula Becker, Geschäftsführerin der Dr. Becker Klinikgruppe und Sprecherin der LAG. „Handeln kann dann nur die Landesregierung. Sie muss im neuen NRW-Krankenhausplan die entspre-

chenden Ressourcen bereit- und endlich Versorgungssicherheit für die Patienten herstellen.“ Diese ließe sich nach Ansicht der LAG auch erzielen, wenn die Rehabilitationskliniken im Land die Zulassung für die neurologisch-neurochirurgische Frühreha Phase B (NNCHFR) erhielten.

Woran liegt die Stagnation der Weiterentwicklung der Versorgung von Patienten mit schwersten Hirnschädigungen?

In Nordrhein-Westfalen gibt es seit 2001 keinen neuen Krankenhausplan. Während sich andere Bundesländer weiterentwickelt und an den wachsenden Bedarf angepasst haben, stagniert die Versorgungslage in NRW.

Warum hat sich die Versorgungslandschaft in NRW im Gegensatz zu früheren Zeiten so verschlechtert?

Sie hat sich nicht verschlechtert; ist auf dem Stand von 2001 stehen geblieben; während andere Bundesländer sich massiv im Ausbau dieser Leistungen engagiert haben. Die Verschlechterung resultiert aus dem wachsenden Bedarf. So prognostiziert der IAT Trendreport von 2011 beispielsweise allein für die Schlaganfallhäufigkeit von 2006 bis 2025 eine Steigerung in bestimmten Versorgungsgebieten von NRW bis über 35 Prozent.

Welche Auswirkungen hat die Lage für die Betroffenen? Können diese in Einrichtungen anderer Bundesländer ausweichen?

Die Betroffenen erhalten keine optimale Rehaleistung, was eventuelle Spätfolgen haben kann. Teilweise erfolgt die Behandlung in nicht überprüfbaren und nachvollziehbaren Strukturen (siehe dazu auch den Bericht im WDR, Magazin Westpol vom 23.09.2012 www.wdr.de/tv/westpol/sendungsbeitraege/2012/0923/reha.jsp). Teilweise werden Betroffene in andere angrenzende Bundesländer, zum Beispiel Hessen oder Niedersachsen verlegt.

In NRW haben derzeit zwei Einrichtungen zusammen knapp 100 sogenannte Phase B-Betten gemäß § 111 SGB V. Darüber hinaus befinden sich 154 Betten der neurologischen/fachübergreifenden Frührehabilitation sowie 66 Betten für Schädel-Hirnverletzte an Krankenhäusern. Das heißt, insgesamt

kommt in NRW auf 55.000 Einwohner ein neurologisches Frührehab. Zum Vergleich: In Thüringen ist es ein Bett pro 12.000 Einwohner. Im Bundesvergleich bildet Nordrhein-Westfalen mit diesen Werten das Schlusslicht.

Warum gibt es in Nordrhein-Westfalen keine Phase B? Was ist der Unterschied zu Phase C+?

Phase C+ gibt es leistungsrechtlich gar nicht. Sie ist nirgendwo definiert und ein bloßes Konstrukt, welches zwischen Kostenträgern und Kliniken mangels Phase B entwickelt wurde. Was genau in dieser Phase C+ geschieht, ist folglich nicht nachvollziehbar. Man kann aber davon ausgehen, dass die in Phase C+ behandelten Patienten eigentlich in die kostenintensive und anspruchsvolle Phase B gehören.

Was sind die konkreten Forderungen der LAG NeuroRehabilitation?

Thesen und Forderungen der LAG, die im neuen Krankenhausplan berücksichtigt werden sollen:

- NRW soll kein Schlusslicht bleiben! Versorgungssicherheit herstellen! Eine fachspezifische Versorgung wird in NRW zum Glücksfall. Die LAG fordert ein Ende des „Versorgungswirrwarrs“.
- Das Land soll endlich die Versorgungswirklichkeit abbilden und die NNCHFR (neurologisch-neurochirurgische Frühreha Phase B) auf den Stand anderer Bundesländer bringen.
- NRW soll eine fachspezifische Versorgung ermöglichen! Momentan gehen die Mittel moderner wissenschaftlicher Neuroreha an NRW Patienten vielfach vorbei!
- Dafür soll NRW vorhandene Ressourcen, zum Beispiel Rehakliniken, besser nutzen!



Landesarbeitsgemeinschaft
NeuroRehabilitation NRW

- Der KH Plan muss neu formuliert werden! Die aktuelle Formulierung spiegelt die Situation wieder. Die Formulierung „Davon-Bett“ ist zum „Davon-Laufen“.
- Ende der Altersdiskriminierung! Oft wird im Alter keine fachspezifische Reha mehr verordnet. Dabei ist die geriatrische Frühreha weniger leistungsintensiv als die NNCHFR.

Was sind die Kriterien/Eckdaten nach denen das Gutachten des IGES Instituts erstellt wird beziehungsweise wurde?

- Feststellung, ob es für Nordrhein-Westfalen eine Versorgungslücke im Bereich der NNCHFR gibt.
- Ermittlung des Unterschieds zwischen erbrachten Leistun-

gen der NNCHFR und dem tatsächlichen Bedarf.

- Betrachtung der Fragestellung, ob die NNCHFR Phase B aus medizinischer und versorgungspolitischer Sicht grundsätzlich sowohl in einem Krankenhaus als auch in einer Rehabilitationseinrichtung erfolgen kann, solange die notwendigen akut- beziehungsweise intensivmedizinischen Ressourcen verfügbar sind.
- Beurteilung, ob die Anforderungen des aktuellen Krankenhausplans an die Leistungsfähigkeit von Krankenhäusern im Bereich neurologischer Frührehabilitation einer nachvollziehbaren Begründung folgt.

Kontakt

Landesarbeitsgemeinschaft
NeuroReha NRW
www.neuroreha-nrw.de



Die LAG-Mitglieder von links nach rechts:
Bastian Liebsch, Thomas Bold, Dr. Alexander Hemmersbach, Dr. Thomas Brand, Dr. Markus Ebke, Prof. Dr. Stefan Knecht,
Prof. Dr. Mario Siebler, Dr. Ursula Becker, Dirk Schaffrath, Wiebke Weißmann, Johannes Assfalg, Prof. Dr. Dr. Paul W. Schönle.