

Die neurologische Frührehabilitation in NRW. Ein Positionspapier

E. W. Busch und M. Siebler (federführend) für eine
ad-hoc-Initiative neurologischer und neurochirurgischer Chefärzte aus Akut- und
Rehabilitationskliniken in NRW
Februar 2013

Zusammenfassung:

In NRW besteht ein eklatanter Mangel an neurologisch/neurochirurgischer Frührehabilitation. Dadurch bricht z.B. die qualitative Behandlung des Schlaganfalls oft nach erfolgreicher Akutbehandlung ab. Die Situation ist äußerst unbefriedigend, da die Unterstützung für Menschen mit schweren Gehirnerkrankungen fehlt. Gerade neurologische Erkrankungen schränken die Teilhabe am Leben drastisch ein und bedürfen der besonderen Rehabilitationsbehandlung, um Teilhabe zu ermöglichen und Unterbringung in Pflegeeinrichtungen zu vermeiden.

Im Bundesländervergleich ist NRW mit Abstand das Schlusslicht bei der Anzahl an neurologisch/neurochirurgischen Frührehabilitationsleistungen. Bis auf wenige Ausnahmen können die neurologischen und neurochirurgischen Akutkliniken in NRW den Bedarf an Frührehabilitation, wie gesetzlich vorgesehen, nicht erbringen, da Ressourcen und Gegenfinanzierung oft verweigert werden. Die neurologischen Rehabilitationskliniken wiederum erhalten keine Planungssicherheit zur Unterhaltung von dringend notwendigen Bereichen zur Frührehabilitation.

Die neurologischen und neurochirurgischen Chefärzte von Akut- und Rehakliniken in NRW fordern daher eine gemeinsame Planung für Frührehabilitationsbetten in NRW und fordern von den Kostenträgern die längst überfällige Erstattung von gesetzlich vorgesehenen Leistungen.

1. Das Problem:

Während sich die Akutversorgung der Patienten mit neurologischen Erkrankungen verbessert hat, ist die qualitative rehabilitative Nachsorge für schwer betroffene Patienten in NRW nicht gut geregelt. Viel zu wenig Patienten in NRW mit einem Frühreha-Barthel-Index ≤ 30 Punkte (1) erhalten eine Leistung in der dafür bestimmten qualifizierten neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation (NNFR) in Akut- oder Rehakliniken. Dies ergibt sich aus dem Bundesländervergleich (2) und entspricht zudem den Erfahrungen neurologischer Chefärzte in NRW, außerdem auch den internen Vergleichen bundesweiter Klinikbetreiber und den Rückmeldungen von Patientenorganisationen (z.B. Hannelore-Kohl-Stiftung). Nur in vier neurologischen und neurochirurgischen Akutkliniken wird in NRW derzeit die Frührehabilitation nach OPS

8-552 in relevanten Größenordnungen erbracht (>100/Jahr). In Rehakliniken wird die Phase B in der Regel nicht finanziert, sondern Krankenkassen weisen diesen Patienten regelmäßig und überwiegend Leistungen nach Einteilung in Phase C zu. Für die Wiederherstellung einer Teilhabe nach Gehirnerkrankungen sollten diese Leistungen den Patienten aber nicht vorenthalten werden oder durch weniger qualifizierte Angebote (z.B. Geriatrie) oder gar reine Pflegeversorgung ersetzt werden. Die Leistungserbringer vermissen in ihrer Verpflichtung für die wirtschaftlich angemessene und dem medizinischen Stand des Wissens entsprechende Patientenversorgung die Unterstützung der Politik und der Kostenträger, wie es in anderen Bundesländern der Fall ist. Die Situation in NRW kann so nicht nachvollzogen werden und es besteht unseres Erachtens dringender Handlungsbedarf.

Wodurch leiden die Patienten in NRW?

- Zwischen der Akutversorgung in den ersten Behandlungstagen (z.B. Stroke Unit OPS 8-981) und der Entlassung aus dem erstversorgenden Akutkrankenhaus liegen Behandlungsphasen von über 14 Tagen, in denen die Patienten keine notwendige Frührehabilitation erhalten.
- In den neurologischen Rehabilitationskliniken erhalten die Patienten der Phase B anschließend überwiegend nur eingeschränkte Leistungen, entsprechend der Finanzierung nach Phase C.
- Aufgrund des Mangels an Plätzen für NNFR werden häufig Ersatzlösungen gewählt, bei denen die Patienten ebenfalls nur eingeschränkte Leistungen erhalten, z.B. die geriatrische Frührehabilitation.
- Teilweise ist die Verlegung von Patienten in andere Bundesländer notwendig.
- Insgesamt wird in NRW dadurch zu wenig für die Verbesserung der Teilhabe der Patienten geleistet. Es steht zu befürchten, dass viele Patienten in eine reine Pflegesituation abgleiten. Dies widerspricht dem Grundsatz Versorgung zu Hause vor Unterbringung in Pflegeeinrichtungen.
- Die Mangelsituation wird von Patienten und deren Familien meistens als gegeben hingenommen. Diese Patientengruppe hat keine Lobby. Selbsthilfegruppen setzen erst nach der Rehabilitationsphase ein.

2. Welche Ursachen hat das Problem?

Der Gesetzgeber hat 2001 die NNFR auch als Krankenhausaufgabe definiert (SGB V §39 Abs. 1). Im DRG-System wird die NNFR dementsprechend in der OPS 8-552 als Leistung von Akutkliniken abgebildet. Dabei wird jedoch die Einschränkung getroffen, dass gleichzeitig akutmedizinischer Bedarf vorliegen muss. Die weitere Behandlung für Patienten mit Bedarf der Frührehabilitation, jedoch ohne akutmedizinischen Bedarf, ist in Deutschland dementsprechend in Rehabilitationskliniken vorgesehen (3).

Aufgrund der Unschärfe und Auslegbarkeit des Begriffs „akutmedizinischer Bedarf“ wird Patienten in NRW häufig eine NNFR in beiden Bereichen versagt. Dazu trägt bei, dass der Krankenhausplan NRW keine Betten für die NNFR enthält. Das Kontingent an Betten und Standorten für Schwer-Schädelhirnverletzte (5 Standorte mit 92 Betten) und für fachübergreifende Frührehabilitation (6 Standorte mit 154 Betten) ist bei weitem nicht ausreichend und nur eingeschränkt sachgerecht.

Im Bereich des §111 SGB V gibt es laut AOK (4) lediglich 2 Rehabilitationskliniken in NRW, die einen Versorgungsvertrag für die Versorgung von neurologischen Patienten der Phase B mit insgesamt 70 Betten haben (Bonn-Godeshöhe und Köln-REHANOVA). Weitere Zahlen zur Behandlungshäufigkeit von Patienten in Phase B in

Rehabilitationskliniken können nur geschätzt werden (1), genaue Zahlen könnten nur von den Kostenträgern generiert werden. Expertengespräche unter Einbezug von Patientengruppen und Leistungserbringern zur Abstimmung der Versorgung mit NNFR fanden in NRW bisher nicht statt.

3. Zur Rolle der Akutkrankenhäuser:

In den Akutkrankenhäusern kann die OPS 8-552 aufgrund der fehlenden Strukturvoraussetzungen keinesfalls adhoc und für Einzelpatienten erbracht werden. Notwendig sind neben der frührehabilitativen Erfahrung die Beschäftigung eines umfassenden therapeutischen Rehabilitationsteams sowie die Finanzierung von Räumen und speziellen kostspieligen Trainingsgeräten. Tatsächlich können derzeit nur vier Akutkrankenhäuser in NRW die komplexe OPS 8-552 aufgrund ihrer Traditionen und regionalen Planungssicherheiten in relevantem Umfang erbringen. Alle vier Kliniken gehören zu den geplanten Einrichtungen für Schwer-Schädelhirnverletzte. Bei entsprechender Planungssicherheit durch Vereinbarungen mit den Krankenkassen würden manche der neurologischen Kliniken mit großen Stroke Units den gesetzlichen Auftrag zur NNFR selbstverständlich gerne wahrnehmen, sofern es im Rahmen einer regionalen Gesamtplanung sinnvoll ist.

4. Zur Rolle der Krankenkassen:

Die Krankenkassen verweigern in vielen der Krankenhäuser, die zur Erbringung der NNFR bereit sind, trotz offensichtlichen Bedarfs die Aufnahme der OPS in den Leistungskatalog. Die Vergütung der OPS 8-552 wird dann teilweise trotz Erbringung der Leistung verweigert mit dem Hinweis, dass diese eine verhandlungspflichtige Leistung sei. Da im Rahmen der Budgetverhandlungen ein deutliches Abhängigkeitsverhältnis der Akutkrankenhäuser von den Krankenkassen besteht, gelingt es den Akutkrankenhäusern auch über viele Jahre nicht, die Leistungen der NNFR in ihr Globalbudget zur Kostendeckung einzuführen.

5. Zur Rolle der Rehabilitationskliniken:

Die Rehabilitationskliniken sind in der Regel selbstkostenfinanziert und damit abhängig von Verträgen mit den Kostenträgern (Krankenkassen, Rentenversicherung). Soweit derzeit nach Erfahrungsberichten beurteilbar, finanzieren die Krankenkassen jedoch nur einen geringeren Anteil der tatsächlich notwendigen Frührehabilitationsleistungen bzw. weisen darauf hin, dass die NNFR in den Akuthäusern erbracht würde. Die Verhandlungssituation ist dabei für die Rehabilitationskliniken sehr unübersichtlich, da die Krankenkassen jeweils eigene Kriterien der Finanzierung zugrundelegen und an jeder Klinik eigene Vertragsgestaltungen durchführen. Beispiele sind die Anwendung von Begriffen wie „Phase C+“, die keine wissenschaftliche Fundierung haben und auch von keinem Expertenkonsens getragen werden. Aus Sicht der Rehabilitationskliniken ergibt sich dadurch eine sehr willkürliche Finanzierungssituation und keine Planungssicherheit zur Vorhaltung der kostenintensiven Frührehabilitations-Plätze. Die Ausstattung der Kliniken ist nach den BAR Richtlinien für die Phase B vorgeschrieben und nicht verhandelbar. Die Rehakliniken leben deshalb teilweise in dem medizinischen Konflikt, den zugewiesenen Phase B - Patienten nicht die vorgeschriebenen und notwendigen Leistungen in dem angebotenen Finanzierungsrahmen anbieten zu können. Deshalb sind Rückverlegungen in ein Akutkrankenhaus (meist nicht des Zuweisers, sondern in das nächstgelegene Krankenhaus) häufig und so nicht zielführend für den Patienten. Die Vorhaltung der notwendigen Diagnostik und Therapie ist eine

conditio qua non um die Chancen des Patienten optimal zu nutzen. Die Rehabilitationskliniken sind prinzipiell interessiert Leistungen der NNFR zu erbringen, es bedarf aber einer Mindestgrößenordnung, um die Sicherheit der Behandlung zu gewährleisten. Diese Planungssicherheit zum Unterhalt von Bereichen zur NNFR fehlt jedoch, bis auf sehr wenige, oben erwähnte Ausnahmen und führt deshalb jetzt zu Diskussionen mit Klärungsbedarf.

6. Zur Rolle der geriatrischen Akutkliniken:

Aufgrund des hohen Entlassungsdrucks zur Bewältigung der Patientenzahl und zur Verkürzung der Krankenhausliegezeit werden in NRW derzeit viele neurologische Patienten auch mit einem Frühreha-Barthel-Index ≤ 30 aus neurologischen und neurochirurgischen Abteilungen zur Erbringung der geriatrischen Frührehabilitation (OPS 8-550) in geriatrische Akutkliniken verlegt. Die Verlegung bedarf keiner Zwischenbegutachtung durch den MDK und kann daher für die Krankenhäuser schnell und unbürokratisch erbracht werden. Ursachen für diese Situation sind die fehlende Möglichkeit zur Erbringung der NNFR in Akutkliniken und die fehlende zeitnahe und angemessene Verlegungsmöglichkeit in neurologische Rehabilitationskliniken. Dabei müssen wir Ärzte häufig mit ungutem Gefühl auf die beste Lösungen für die Patienten verzichten.

Die geriatrischen Akutkliniken können im Vergleich zur NNFR nur eingeschränkte Leistungen erbringen. Die tägliche Mindesttherapiedauer ist dort mit <45 min definiert, im Vergleich zu > 300 min in der NNFR. Wichtige und essentielle Elemente der NNFR, wie z.B. neuropsychologische Leistungen oder Logopädie, müssen nicht vorgehalten werden. Es kann auch nicht regelmäßig davon ausgegangen werden, dass in geriatrischen Akutkliniken spezifischer neurologischer Sachverstand in die Rehabilitation eingebunden wird. Dementsprechend beträgt die Vergütung für die geriatrische Frührehabilitation auch nur ca. 25% im Vergleich zur NNFR. Insgesamt erscheint die geriatrische Frührehabilitation nur für einen Teil der dort behandelten neurologischen Frühreha-Patienten wirklich angemessen. Diese Einschätzung entspricht einer Expertenmeinung, da wissenschaftliche Daten zum Vergleich geriatrischer Frührehabilitation und NNFR fehlen.

7. Beatmungspflichtige Patienten:

Eine Sondersituation ergibt sich für beatmungspflichtige Patienten mit Bedarf der NNFR. Die Finanzierung der allgemeinen Behandlung auf Intensivstation mit Beatmung wird im Akutkrankenhaus über Beatmungspauschalen gewährleistet. Eine gleichzeitige NNFR kann dabei ohne Vorvereinbarungen in aller Regel nicht geleistet werden. Derzeit gibt es nur wenige rehabilitative Beatmungsbetten in NRW (Godeshöhe, RehaNova, Alexianer Krefeld, Klinikum Duisburg, Clemens Hospital Münster). Die zusätzliche Bereitstellung von Beatmungsbetten in Rehabilitationskliniken erfordert den Einsatz umfangreicher Ressourcen, die vernünftigerweise nur bei Planungssicherheit und Gegenfinanzierung bei Verhandlungen mit den Krankenkassen vorgenommen werden kann. Insgesamt kann bei Beatmungspflichtigkeit von Patienten mit Bedarf einer NNFR diese häufig nicht erbracht werden und es muss auf Notlösungen ausgewichen werden. In anderen Bundesländern ist das Problem durch die Einrichtung von einigen Akutbetten an Rehakliniken gelöst (z.B. Lingen, Bad Aiblingen), in NRW gibt es eine ähnliche Lösung in Hagen-Ambrock, allerdings ohne Planungsgrundlage für die Frührehabilitation.

8. Unschärfe des Begriffs „akutmedizinischer Bedarf“:

Durch die Unschärfe des Begriffs „akutmedizinischer Bedarf“ kann eine Behandlungsnotwendigkeit in der einen oder anderen Institution von den Kostenträgern und dem MDK leicht bestritten werden. Diese Unschärfen führen dazu, dass die Kostenträger auf die Pflichten jeweils anderer Institutionen verweisen. Die Aussage, dass Rehakliniken keine medizinische Versorgung bieten widerspricht den QM Richtlinien und Zulassungen von Rehabilitationseinrichtungen, die eine ärztliche Ausstattung mit der Facharztbezeichnung und der Zusatzqualifikation Rehabilitationswesen erfordern. Dies wird durch den ständigen medizinischen Bedarf begründet.

9. Schlussfolgerung:

Die neurologischen und neurochirurgischen Chefarzte von Akut- und Rehakliniken in NRW fordern daher eine gemeinsame Planung für Frührehabilitationsbetten in NRW und fordern von den Kostenträgern die längst überfällige Erstattung von gesetzlich vorgesehenen Leistungen.

In die Planung sollten neben der Politik und den Kostenträgern auch Patientenorganisationen und die Leistungserbringer aus Akut- und Rehakliniken eingebunden werden.

Abk.:

NNFR: Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation

MDK: Medizinischer Dienst der Krankenkassen

Grundlagen:

1. Definition der OPS 8-552 und Frühe Phasen der Neurologischen Rehabilitation, Schönle, Neurol Rehabil 1996
2. Gutachten zur Abbildung der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation im Rahmen der Krankenhausplanung. Endbericht für die Landesarbeitsgemeinschaft NeuroRehabilitation NRW, IGES 2011
3. Die Frührehabilitation im Krankenhaus und das Ende der Krankenhausbehandlung: Regelungsdilemma oder Scheindiskussion? RA Fuhrmann und Heine, Zeitschrift für das gesamte Krankenhausrecht 1/2010
4. Handbuch der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen des AOK Verlages, 2012
5. T. Platz¹, O. W. Witte², J. Liepert³, M. Siebler⁴, H. Audebert⁵, E. Koenig⁶ Neurorehabilitation nach Schlaganfall - ein Positionspapier aus dem Kompetenznetzwerk Schlaganfall. Advances in Neuro-Rehabilitation for Stroke - A Statement from the German Competence Network Stroke. Akt Neurol 2011; 38(3): 150-156

Das Positionspapier wird unterstützt von:

Name	Klinik	
1. Dr. Jörg Konrad Mellies	Luisenhospital (Reha)	Aachen
2. Prof. Dr. Hans Clusmann	Universitätsklinikum (NCH)	Aachen
3. Prof. Dr. Jörg Schulz	Uniklinik (Akut)	Aachen
4. Dr. Dietmar Schäfer	Helios Rehazentrum (Reha)	Bad Berleburg
5. Dr. Thomas Brand	Marcus- Klinik (Reha)	Bad Driburg
6. Dr. Alexander Hemmersbach	Johanniter Ordenshäuser (Reha)	Bad Oyenhausen
7. Prof. Dr. Dr. Paul W. Schönle	Maternus Klinik (Reha)	Bad Oyenhausen
8. Dr. Christoph Baumsteiger	LVR- Klinik (Akut)	Bedburg- Hau
9. Prof. Dr. Thomas Els	Marien- Krankenhaus (Akut)	Bergisch Gladbach
10. Prof. Dr. Wolf- Rüdiger Schäbitz	Evangelisches Krankenhaus (Akut)	Bielefeld
11. Prof. Dr. Terttu Pietilä	Evangelisches Krankenhaus (NCH)	Bielefeld
12. Prof. Dr. Ralf Gold	St. Josef- Hospital (Akut)	Bochum
13. Prof. Dr. Uwe Schlegel	Knappschaftskrankenhaus Uniklinik (Akut)	Bochum
14. Prof. Dr. Martin Tegenthoff	Uniklinik Bergmannsheil (Akut)	Bochum
15. Dr. Ralf Kuhlmann	Evangelisches Krankenhaus (Akut)	Castrop- Rauxel
16. Dr. Mette Kaeder	Klinik am Stein (Reha)	Dortmund
17. Prof. Dr. Michael Schwarz	Klinikum (Akut)	Dortmund
18. PD Dr. Friedrich Grahmann	Knappschaftskrankenhaus Klinikum Westfalen (Akut)	Dortmund
19. PD Dr. Holger Grehl	Ev. & Johanniter Klinikum Niederrhein (Akut)	Duisburg
20. Dr. Pablo Perez- Gonzales	Christophorus Kliniken (Akut)	Dülmen
21. Dr. Herbert Wilmsen	St. Augustinus- Krankenhaus (Akut)	Düren
22. Prof. Dr. Rüdiger Seitz	LVR- Klinikum, Uniklinik (Akut)	Düsseldorf
23. Prof. Dr. Wolfgang Steinke	Marien- Hospital (Akut)	Düsseldorf
24. Prof. Dr. Hans- Jakob Steiger	Uniklinik (NCH)	Düsseldorf
25. Prof. Dr. Mario Siebler	MediClin Fachklinik Rhein/Ruhr (Reha)	Essen
26. Prof. Dr. Ulrich Sure	Uniklinik (Akut)	Essen
27. Prof. Dr. Peter Berlit	Alfried- Krupp- Krankenhaus (Akut)	Essen
28. Dr. Volker Tenfelde	Kath. Kliniken Ruhrhalbinsel St. Josef- Krankenhaus (Akut)	Essen
29. Prof. Dr. Hans Christoph Diener	Uniklinik (Akut)	Essen
30. PD Dr. Horst Gerhard	Kath. Kliniken Philipusstift (Akut)	Essen
31. Prof. Dr. Dirk M. Hermann	Uniklinik (Akut)	Essen
32. PD Dr. Elmar W. Busch	Evangelische Kliniken (Akut)	Gelsenkirchen
33. Dr. Heinz- Dieter Oelmann	St. Barbara- Hospital (Akut)	Gladbeck
34. Prof. Dr. Franz Blaes	Kreiskrankenhaus (Akut)	Gummersbach
35. Dr. Thomas M. Kloß	LWL- Klinik (Akut)	Gütersloh
36. Prof. Dr. Hubertus Köller	St. Johannes Hospital (Akut)	Hagen
37. PD Dr. Klaus Rieke	Marienhospital (Akut)	Hamm
38. Dr. Ralph Lehrke	St. Barbara- Klinik (NCH)	Hamm
39. PD Dr. Heinrich Ebel	St. Barbara- Klinik (NCH)	Hamm
40. Prof. Dr. Matthias Sitzer	Klinikum (Akut)	Herford
41. Dr. Andreas Sackmann	CELENUS Fachklinik Hilchenbach (Reha)	Hilchenbach
42. Dr. Klaus Dechant	Asklepios Weserbergland- Klinik (Reha)	Höxter
43. Prof. Dr. Claus G. Haase	Heilig- Geist- Krankenhaus (Akut)	Köln
44. Prof. Dr. Volker Limmroth	Klinikum (Akut)	Köln- Merheim
45. Prof. Dr. Michael Stoffel	Helios Klinikum (NCH)	Krefeld
46. Prof. Dr. Roland Besser	Helios Klinikum (Akut)	Krefeld
47. Prof. Dr. Peter Vieregge	Klinikum (Akut)	Lemgo
48. Dr. Michael Mandrysch	LWL- Klinik (Akut)	Lengerich

49. Dr. Sebastian Schimrigk	Märkische Kliniken Klinikum (Akut)	Lüdenscheid
50. Prof. Dr. Stefan Knecht	St. Mauritius- Therapieklinik (Reha)	Meerbusch
51. Prof. Dr. Peter D. Schellinger	Johannes- Wesling- Klinikum (Akut)	Minden
52. Dr. Hans- Werner Scharafinski	St. Josef Krankenhaus (Akut)	Moers
53. Prof. Dr. Jean Haan	Kliniken Maria Hilf GmbH, (Akut)	Mönchengladbach
54. Prof. Dr. Uta Schick	Clemenshospital (NCH)	Münster
55. Dr. Bernd Hoffmann	Clemenshospital (NCH)	Münster
56. Dr. Joachim Elbrächter	Raphaelsklinik (Akut)	Münster
57. Prof. Dr. E. Bernd Ringelstein	Uniklinik (Akut)	Münster
58. PD Dr. Armin Buss	Klinikum Arnsberg, St. Johannes- Hospital (Akut)	Neheim
59. Dr. Stephan Mohr	Johanna- Etienne- Krankenhaus (Akut)	Neuss
60. Dr. Markus Ebke	Dr. Becker-Rhein Sieg Klinik	Nümbrecht
61. PD Dr. Christoph W. Zimmermann	St. Josef- Hospital (Akut)	Oberhausen
62. Dr. Jürgen Bonnert	MediClin Rehasentrum Reichshof (Reha)	Reichshof- Eckhagen
63. Prof. Dr. Hans- Joachim Braune	Evangelische Stiftung Tannenhof (Akut)	Remscheid
64. Prof. Dr. Martin Grond	Kreisklinikum (Akut)	Siegen
65. Dr. Georg Ambach	St. Lukas- Klinik (Akut)	Solingen
66. PD Dr. Ralf Buhl	Städtische Kliniken (NCH)	Solingen
67. Dr. Winfried Neukäter	Evangelisches Krankenhaus (Akut)	Wesel
68. Prof. Dr. Stefan Isenmann	Helios Klinikum (Akut)	Wuppertal