LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN
16. WAHLPERIODE

STELLUNGNAHME
16/1954

A01

Köln, 22.07.2014

Gemeinsame schriftliche Stellungnahme zum Antrag der Fraktion der CDU – Drucksache 16/5250 im Landtag Nordrhein-Westfalen (Schlaganfallpatientinnen und Schlaganfallpatienten sofort und optimal behandeln)

Die Stellungnahme bezieht sich auf die im Antrag der Fraktion der CDU dargelegte Ausgangslage bezüglich der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation in Nordrhein-Westfalen.

Der Zugang zur Neurologisch-neurochirugischen Frührehabilitation ist lebensalterunabhängig!

Laut IGES-Gutachten (2012) stehen für die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation in NRW1.335 Betten zu wenig zur Verfügung. Wenn man die über 80-jährigen Patienten ausschließt, weil man unterstellt, dass diese in geriatrischen Frührehabilitationsbetten versorgt werden, fehlen 695 Betten.Allerdings ist diese Eingrenzungaus ethischen Gründen zu verwerfen. Besonders die über 80-jährigen Patienten überleben ihre akute Erkrankung durch die fortschreitende medizinische Entwicklung zunehmend und sind dann in der Folge häufig so schwer betroffen, dass sie in einer geriatrischen Frührehabilitation, einer Rehabilitationsklinik der Phase C und/oder Phase D, einem Pflegeheim oder im häuslichen Umfeld nicht adäquat behandelt werden können. Auch ist ein hohes Lebensalter kein Indikator für fehlende Rehabilitationsfähigkeit. Umgekehrt gesagt, ein über 80 jähriger Mensch kann gleichwohl ein erhebliches Rehabilitationspotential haben und die weitgehende Teilhabe am sozialen Leben zurückerlangen.

Insofern verbietet sich die ÜberlegungPatienten mit einem Alter $\geq$ 80 Jahren von der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation auszuschließen. Dies würde nahe legen schonim Vorfeld die akut-medizinische Behandlung in Abhängigkeit vom Lebensalter zu begrenzen.Ein Arzt kann diese Entscheidung nicht treffen und vertreten, zumal bei dieser Überlegungökonomische Aspekte klar in den Vordergrund treten. Die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation nur für Menschen mit einem Alter unter 80 Jahren zur Verfügung zu stellen, ist daher abzulehnen und sollte nicht einmal in Betracht gezogen werden.

Die Überschrift des Antrags beschreibt nur einen Teilaspekt: Die Diskussion darf sich nicht nur auf den Schlaganfall beschränken.

Ein weiterer zentraler Punkt, der der Hervorhebung bedarf, istdie Tatsache, dass in neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitationskliniken nicht nur Schlaganfall-Patientinnen und -Patienten behandelt werden, sondern darüber hinaus Patienten mit Hirnschädigungen und peripheren Schädigungen des Nervensystems aus der Neurochirurgie (deswegen neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation und nicht neurologische Frührehabilitation) sowie internistischen Kliniken (z.B. nach Reanimation, nach langen Beatmungszeiten, etc.), allgemeinchirurgischen und unfallchirurgischenKliniken (Polytrauma, Schädelhirntrauma, Eingriffe am Herzen,etc.). Die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation ist eine Querschnittsabteilung. Gemeinsam istden zuweisenden Akutkliniken, dass sie nicht über die vom OPS geforderten Strukturen sowie das entsprechende Know-how und die personelle und apparative Ausstattung verfügen, um eine entsprechende neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation durchzuführen. Darüber hinaus sind diese Kliniken darauf angewiesen, dass ein Patientenabfluss gewährleistet istum weiterhin ihrer Aufgabe als Notfall- und Erstversorger nachkommen zu können.

Die Neurologisch-neurochirugische Frührehabilitation ist nicht durch andere „Frühreha-Arten" substituierbar und muss an spezialisierten Zentren erfolgen

In der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation werden regelhaft schwersterkrankte Patienten betreut, bei denen noch Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vorliegt. Diese Betreuung kann initial aufgrund der verschiedensten Störungsbilder (schwankende Bewusstseinslage, Kreislaufinstabilität, Beatmungspflichtigkeit, Dialysepflichtigkeit, Wahrnehmungsstörungen, Orientierungsstörungen, etc.) nur auf einer Intensivstation unter Monitorbedingungen durchgeführt werden. Aus diesem Grunde ist die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation in NRW wie in anderen Bundesländern auch, an die Behandlung in einem Krankenhaus und/oder einer Rehabilitationseinrichtung (sofern die notwendigen akut- und intensivmedizinischen Behandlungsmethoden verfügbar sind) gebunden.

Diese Behandlung ist jedoch sehr aufwändig und erfordert eine hohe infrastrukturelle und personelle Qualität, so dass diese nur nach den Kriterien gemäß OPS Schlüssel 8-552 durchgeführt werden kann und nicht nach den Kriterien der wesentlich weniger

leistungsintensiven fachübergreifendenoder sonstigen Frührehabilitation. Ansonsten bedeutendas geringere therapeutischeAngebot und Leistungen zu niedrigeren Vergütungssätzen einen deutlichen Nachteil im Hinblick auf ihre Rehabilitationschancen für die Patienten in Nordrhein-Westfalen im Vergleich zu Patienten aus anderen Bundesländern.

Außerdem kann von diesen Kliniken das Spektrum der diagnostischen und interventionellen Methoden (CT, MRT, Bronchoskopie, Beatmung, Weaning, allgemeines Röntgen, Ultraschall, Anlage einer PEG/ZVK/SPDK, etc.), die die Patienten in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation oft benötigen, nicht kostendeckend bereitgestellt werden.

Das System der Neurologisch-neurochirugischen Frührehabilitation ist in NRW historisch bedingt heterogen und mit „Flaschenhälsen" versehen. Es bedarf einer grundsätzlichen Überarbeitung und klaren Definition.

Erschwerend kommt hinzu, dass in Nordrhein-Westfalen die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation in Rehabilitationskliniken als Einrichtung nach § 111 SGB V durchgeführt wird. Die Finanzierung erfolgt in den Krankenhäusern nach den DRG`S und in den Rehabilitationskliniken als Einrichtung nach § 111 SGB V durch Tagessätze - nach gesonderten Zusagen und mit eingeschränkten Konditionen durch die Kostenträger. Somit existieren 2 Systeme innerhalb des BundeslandesNRW.

Ein Ergebnis dieser Systeme ist eine starke Patientenselektion der Krankenhäuser zu Ungunsten hochspezialisierter Rehabilitationskliniken, welche als Einrichtung nach § 111 SGB V betrieben werden. Diese erfolgt dadurch, dass die Krankenhäuser Ihre Patienten nach Anmeldung von außen aufnehmen können oder die Patienten selbst generieren (von der Stroke Unit in die Frührehabilitation) und eine Prüfung durch den MDK wenn überhaupt erst im Nachhinein erfolgt, während im Falle der Rehabilitationskliniken der MDK und/oder die Krankenkasse eine Prüfung vor der Aufnahme der Patienten durchführt und die Rehabilitation somit genehmigt werden muss.Eine Folge davon ist, dass in Kliniken wie z.B. der RehaNova Köln GmbH, derMaternus Klinik in Bad Oeynhausen oder vergleichbaren Kliniken zunehmend ausschließlich Patienten angemeldet werden, die aufgrund ihrer schweren akuten Erkrankung und der dadurch bedingten Komplikationen zu den schwerstbetroffenen Frührehabilitationspatienten zu zählen sind und die Initial fast ausschließlich über

eine intensivmedizinische Behandlung unter Monitorbedingungen auf einer Intensivstation behandelt werden können. Außerdem bringen diese Patienten schon Komplikation mit in die Rehabilitationsklinik (erschwerte Entwöhnung von der Beatmung, apallisches Syndrom, Besiedelung mit multiresistenten Keimen, Dialysepflichtig, etc.) und leiden häufig an den verschiedensten neurologisch-neurochirurgischen Störungsbildern, die neben der intensivmedizinischen Überwachung auch weiterführende diagnostische Maßnahmen erfordern, um Komplikationen zu vermeiden. Hier kommen die Akutkliniken auch an ihre Grenzen, da sie aufgrund ihrer fehlenden Spezialisierung nicht über die therapeutischen Möglichkeiten hinsichtlich Personal und Infrastruktur sowie Kompetenz verfügen, um diese Patienten schon in einem so frühen Stadium zu rehabilitieren. Da jedoch bei der Berechnung der Tagessätze ein gemischtes Patientengut zugrunde gelegt wurde, fällt es hochspezialisierten Rehabilitationskliniken deren Vergütung nach Tagessätzen erfolgt, zunehmend schwer ohne Defizite zu wirtschaften und die Patientenversorgung somit auch in Zukunft sicherzustellen.

Ein Genehmigungsverfahren durch die Krankenkassen führt zu einem hohen administrativen Aufwand, Verzögerung und zu einer Rehabilitation nach „Kassenlage".

Darüber hinaus ist eine zügige und verlässliche Frührehabilitation mit einer raschen Übernahme nach der Akutbehandlung ohne administrative Verzögerung in die entsprechenden Kliniken nur selten möglich. Erschwerend kommt hinzu dass die meisten Kostenträger die Behandlung lediglich für Zeiträume von 14 Tagen genehmigen, so dass ein sehr hoher personeller Verwaltungsaufwand notwendig ist, um Verlängerungsanträge zu bearbeiten, die häufig nach einer Prüfung durch die Kostenträger oder den MDK primär abgelehnt werden und erst nach einem schriftlichen Widerspruch / Stellungnahme zu einer Fortsetzung der Rehabilitation führen. Leider ist es eine alltägliche Feststellung dass die Genehmigung der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation sehr stark von der Krankenkasse des Patienten abhängt. Aus diesem Grund ist ein einheitliches Finanzierungssystem für Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken (Frührehabilitation) anzustreben, wie es in anderen Bundesländern bereits geschehen ist. Darüber hinaus ist die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation als Akutbehandlung anzusehen und dementsprechend eine Aufnahme in den Krankenhaus(bedarfs)plan

durchzuführen. Außerdem betrachten viele Krankenkassen die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation als eine Behandlung der Phase C und genehmigen dementsprechend eine nicht adäquate Behandlung zu kostengünstigeren Kondition für die Krankenkasse, wodurch die finanzielle Schieflage der Rehabilitationseinrichtungen noch verstärkt wird und der notwendige Behandlungsumfang für die Patienten nicht abgedeckt werden kann.

Die Umsetzung des Krankenhausplanes NRW 2015 ist eine Chance für eine Verbesserung der Versorgung schwer hirngeschädigter Patienten durch die Neurologisch-neurochirugische Frührehabilitation, sie gestaltet sich jedoch in der Praxis sehr schwer.

Das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW hat mit dem Krankenhausplan 2015 sowie dem ergänzenden Erlass vom 13.02.2014, 211-5704.0 einen Weg aufgezeigt, wie die Neurologisch-neurochirugische Frührehabilitation in NRW organisiert werden kann.Unter anderem wird in diesem Kontext klargestellt, dass auch originäre Rehabilitationskliniken zur Leistungserbringung zugelassen werden können.

Voraussetzung für die Umsetzung des Krankenhausplanes NRW 2015 sind jedoch regionale Planungskonzepte. Aktuell ist nicht erkennbar, dass diese kurzfristig abgeschlossen werden. Die im Kommentar zum KHGG (vgl. Dorothea Prütting: Krankenhausgestaltungsgesetz NRW: Kommentar für die Praxis) genannte „Frist" von drei Monaten bis zum Abschluss eines regionalen Planungskonzepts wurde in den angestoßenen Planungskonzepten bisher nicht eingehalten. Auch die Auflage, dass Rehabilitationskliniken für die Aufnahme in den Krankenhausplan Kooperationsvereinbarungen mit Akutneurologien vorweisen müssen, gestaltet sich in der Praxis schwierig. Vielfach herrscht bei den Akutkrankenhäusern die Sorge vor, dass sie zukünftig wegen der Kooperation Einschränkungen hinnehmen müssen.

Die Berechnung des Bettenbedarfs sollte noch einmal überprüft werden: Eine nicht erbrachte Leistung kann nicht hochgerechnet werden.

Es besteht von unserer Seite die Befürchtung, dass bei der Berechnung des Bettenbedarfs für die Hauptabteilung Neurologie die IST-Leistungen des Jahres 2010 als Basis für die Hochrechnung des neuen Bedarfs angenommen wurde. In den IST

Leistungen sind jedoch kaum Neurologisch-neurochirugischeFrührehabilitationsleistungen enthalten (siehe hierzu IGES Gutachten mit der Datenbasis 2010 und 2012).
Dies würde dazu führen, dass der Bettenbedarf für die Neurologisch-neurochirugische Frührehabilitation nicht in den Bedarfszahlen abgebildet wurde und für die Neurologisch-neurochirugische Frührehabilitation noch ein gesonderter Bettenbedarf auszuweisen wäre.

Schlussfolgerung:
Aus den oben genannten Ausführungen ergeben sich deshalb folgende Notwendigkeiten:

- Zusätzliche Schaffung der fehlenden Betten für die neurologische-neurochirurgische Frührehabilitation in Nordrhein-Westfalen; unabhängig vom Bettenbedarf der neurologischen Hauptabteilungen und ohne Berücksichtigung des Lebensalters
- Sicherstellung einer einheitlichen Finanzierung dieser Betten zur Bereitstellung der Struktur-/Qualitäts-Parameter und der personellen Ressourcen, die für die Behandlung neurologisch-neurochirurgischer Patienten in der Frührehabilitation notwendig sind
- Struktur-/Qualitätsmerkmale müssen an die Finanzierung gekoppelt und in Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern definiert werden
- Daneben muss auch die Möglichkeit von diagnostischen und interventionellen Maßnahmen für die Patienten der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation sichergestellt werden, so dass bei Komplikationen die Behandlung in der entsprechenden Einrichtung oder in Kooperation mit einer benachbarten/assoziierten Einrichtung durchgeführt werden kann (Tracheostomie, PEG-Anlage, ZVK-Anlage, CT, Röntgen, Labor, etc.)
- Erleichterter Zugang zur neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation, unabhängig von der Tatsache, ob es sich um ein Krankenhaus oder eine Rehabilitationsklinik handelt
- Zugang zu einer neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation unabhängig von der Krankenkasse mit standardisierten Abläufen bezüglich Aufnahmeverfahren und Verlängerungsverfahren

- Schaffung einheitlicher Finanzierungssysteme für Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken
- Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation bedeutet Behandlung entweder nach § 39, 1 SGB V oder entsprechend der Phase B (und nicht Phase C); dementsprechend müssen sich die Kostenträger ganz klar von dem Begriff der Phase C++ oder Frührehabilitation Phase C distanzieren

  Es muss durchdas Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalens klargestellt und von den Kostenträgern operationalisiert werden, wie lange Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation nach § 39,1 SGB V am Akutkrankenhaus durchgeführt wird. D. h. wann ist die Krankenhaus Behandlung beendet - und ist zu diesem Zeitpunkt die Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation ebenfalls beendet oder muss sie noch fortgeführt werden. Da von den Krankenkassen fortlaufend argumentativ angeführt wird, Patienten der Phase B müssen im Akutkrankenhaus behandelt werden, sollten die Krankenkassen ihre operationalisierte Definition der Neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation nach § 39,1 SGB V versus Neurologisch-neurochirurgischen FrührehabilitationPhase B darstellen, ferner im Detail ihre operationalisierte Definition des Übergangs von der Neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation nach § 39,1 SGB V bzw. der Neurologisch-neurochirurgischen FrührehabilitationPhase B in die Phase C. Die zur Verfügung stehenden Richtlinien nach der OPS 8-552 sowie dem Phasenmodell der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), dem Zusammenschluss aller Kostenträger, sind eindeutigund kongruent, werden aber von den Krankenkassen –insbesondere mit der Kategorie C++ - nicht beachtet.

Diese Ausführungen werden vom Netzwerk Schädel-Hirnverletzter in NRW unterstützt. Das Netzwerk Schädel-Hirnverletzter in NRW wurde von den Organisationen CERES e.V., Schädel-Hirnpatienten in NOT, SHV – FORUM GEHIRN e.V.und ZNS Hannelore Kohl Stiftung gegründet und vertritt die Interessen von Betroffenen und Angehörigen.

Prof. Dr. A. Riecker
RehaNova Köln Neurologische/
Neurochirugische Rehabilitationsklinik

Prof. Dr. Dr. P.-W. Schönle
MATERNUS Klinik für
Rehabilitation

Prof. Dr. S. Knecht
St. Mauritius Therapieklinik

Prof. Dr. O. Busse
Deutsche Schlaganfall Gesellschaft

Dr. Ursula Becker
Landesarbeitsgemeinschaft
NeuroRehabilitation NRW

Klaus Thielker
Schlaganfall Landesverband NRW e.V.