

LANDTAG  
NORDRHEIN-WESTFALEN  
16. WAHLPERIODE

**STELLUNGNAHME  
16/1944**

A01

STIFTUNG



DEUTSCHE  
SCHLAGANFALL  
HILFE

Dr. Michael Brinkmeier  
Vorsitzender des Vorstandes  
Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe  
Carl-Miele-Straße 210  
33311 Gütersloh  
Tel.: 05241/ 9770-61  
E-Mail: michael.brinkmeier@schlaganfall-hilfe.de

## Stellungnahme zum Antrag DS 16/5250 der Fraktion der CDU-Landtagsfraktion NRW

### „Schlaganfallpatientinnen und Schlaganfallpatienten sofort und optimal behandeln“

Die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe (Stiftung) versteht sich als Haupt-Ansprechpartner für alle Themenbereiche der Schlaganfallversorgung. Aufklärungsarbeit zum Thema Schlaganfall zu leisten und das Bewusstsein für Symptome und Prävention zu schärfen, ist ein Ziel der Stiftung.

Ein weiteres Ziel und der für diese Stellungnahme relevante Schwerpunkt der Stiftungsarbeit ist der Einsatz für Betroffene, die einen Schlaganfall erlitten haben und für ihre Angehörigen. Für sie ist die Stiftung Ansprechpartner und Sprachrohr in einem. Derzeit betreut die Stiftung über 450 Schlaganfall-Selbsthilfegruppen in ganz Deutschland.

Über diese Arbeit gelangt die Stiftung an Informationen aus Sicht der Betroffenen in der konkreten Versorgungssituation, identifiziert Problemfelder und setzt sich in Folge für die Optimierung bestehender Prozesse ein.

Zusammen mit der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft (DSG) als medizinische Fachgesellschaft konnte hier im Akut-Bereich über die Zertifizierung der Schlaganfall-Stationen (Stroke Units) eine nachhaltige Verbesserung der Versorgung erzielt werden.

Um bestehende sektorale Brüche zu überwinden, sitzt die Stiftung derzeit in einem Konsortium mit Akut-Kliniken, Reha-Einrichtungen und niedergelassenen Ärzten zusammen, um in einem durch das MGEPA-geförderten Projekt, ein sektorenübergreifendes, indikationsspezifisches Case-Management in Ost-Westfalen-Lippe umzusetzen. Hierbei wird

- Stellungnahme zum Antrag DS 16/5250 der Fraktion der CDU-Landtagsfraktion NRW -

der Patient durch einen Schlaganfall-Lotsen von dem Akutgeschehen hinaus über die Rehabilitation bis in die Nachsorge hinein begleitet.

Auch aus der Sicht der Schlaganfall-Lotsen kommt es an der Sektorengrenze zwischen Akut-Haus und Rehabilitation zu erheblichen Versorgungsdefiziten. Vor diesem Hintergrund nimmt die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe zur derzeitigen Versorgungssituation und zum Antrag der CDU-Landtagsfraktion wie folgt Stellung:

Die derzeitige Versorgungssituation der Schlaganfallpatienten (als auch anderweitig neurologisch akut betroffener Patienten) der Phase B ist aus Sicht der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe in NRW unzulänglich und geprägt von einer durchschnittlich defizitär durchgeführten Versorgung Schwerstbetroffener.

Dies hat strukturelle Ursachen:

Mit Einführung der DRGs in der Akutversorgung und der Zuweisung durch die Abrechnungsziffer OPS 8-552 (Komplexpauschale für die Durchführung einer neurologischen Frührehabilitation) der Phase B zur Krankenhausversorgung ergaben sich verschiedene Modelle der Versorgung: Während die meisten Bundesländer die fachlich auf hohem Niveau versorgenden Rehabilitationskliniken mit in die Krankenhausbettenplanung für die Sicherstellung der adäquaten Behandlung der Phase B-Patienten übernahmen, sah beispielsweise Nordrhein-Westfalen die Verortung dieser Phase allein im Akutkrankenhaus. Das führte dazu, dass Rehabilitationskliniken, welche sich auf das komplexe und sehr ausdifferenzierte Behandlungsgeschehen eines Schwerstbetroffenen spezialisiert hatten (von Patienten mit Weglauftendenzen, bis hin zu speziellen Aphasie-Zentren), in der Folge (offiziell) nicht mehr mit Phase B-Patienten belegt wurden.

Die Krankenhäuser dagegen sind mit den Anforderungen, die OPS 8-552 an die Leistungserbringer stellt, mit den bis dato bestehenden Strukturen überfordert. Große Kliniken und Leistungszentren konnten zwar durch entsprechende Maßnahmen eine personelle, fachliche und strukturelle Anpassung vornehmen. Anderen Leistungserbringern gelang dieses nicht. Somit kam es für diejenigen Patienten, welche in einem Haus ohne ausgewiesene Phase B-Strukturen akutmedizinisch versorgt wurden, in Folge zu einer Versorgungslücke. Das Akut-Haus wollte den Patienten verlegen, obwohl dieser laut Barthel-Index noch keinen Phase C-Status erreicht hatte.

- Stellungnahme zum Antrag DS 16/5250 der Fraktion der CDU-Landtagsfraktion NRW -

Der nachfolgende Sektor, die Rehabilitationskliniken, nahmen entweder als ausgewiesene Phase-C-Klinik erst Patienten mit einem Barthel-Index von 30-35 Punkten auf, andere auf Phase B spezialisierte Kliniken bekamen keine entsprechende Vergütung, da die Kostenträger im Bereich der Rehabilitation erst Patienten ab der Phase C verortet sehen<sup>1</sup>. Bestenfalls kam es über Einzelfallentscheidungen auch zu einer nach OPS abgerechneten Rehabilitation in einer Rehabilitationseinrichtung. Dieses Vorgehen erfordert jedoch einen hohen administrativen Aufwand, dessen Ausgang davon abhängig ist, wie der jeweilige Kostenträger entscheidet. Zudem kommt es zu Verzögerungen in der Versorgungskette (welches zu verhindern die Intention der Einführung der Komplexpauschale war).

Um systemimmanent eine Lösung herbeizuführen, sehr wohl um die Versorgungslücke wissend, kam es in Folge zu Verhandlungen zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern über die Versorgung der Patienten über eine imaginäre Phase C+/Phase C++. Dies hat aber nach unserer Wahrnehmung die Versorgungssituation in NRW gegenüber den anderen Bundesländern nicht verbessert.

Festzuhalten bleibt in diesem Kontext, dass keine einheitlichen Versorgungsstrukturen bestehen und die Patienten somit keine Gleichbehandlung in der Qualität der Behandlung erfahren, da die Finanzierung hinter der Behandlung nicht sektorenübergreifend einheitlich und transparent gestaltet ist. Ferner existieren für die unter dem Deckmantel C+ durchgeführten Phase B-Rehabilitationen keine qualitativen Anforderungen. Diese systemischen Defizite führen zu einer nachteiligen Versorgung für den Großteil der betroffenen Schlaganfallpatienten in NRW.

Ein weiteres Problemfeld, welches unmittelbar mit der oben benannten Situation verknüpft ist, ist die Prüfung des medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) im Nachgang der in den Krankenhäusern erbrachten Leistung. So werden Prüfkriterien seitens des MDKs angesetzt, die unter anderem beinhalten, dass eine Krankenhausbehandlung nach §39 SGB V einen akutmedizinischen Behandlungsbedarf voraussetzt. Wie dieser jedoch definiert ist, ist nicht einheitlich geklärt (Schorl, Liebold, 2012).

---

<sup>1</sup> Siehe Anlage: Problemskizze

- Stellungnahme zum Antrag DS 16/5250 der Fraktion der CDU-Landtagsfraktion NRW -

Dieses führt zu einer Verunsicherung in den Akut-Häusern, weswegen die Patienten tendenziell noch eher entlassen werden<sup>2</sup>. Mit der sich anschließenden Fragestellung: Wohin, wenn die Rehabilitationskliniken aus den oben benannten Gründen diese nicht aufnehmen.

Einher geht in diesem Zusammenhang ebenfalls der unklare Übergang von der Phase A zu B, ebenso der Übergang der Phase B zu C. Zwar sind Eingangskriterien für die einzelnen Phasen laut Barthel-Index angegeben, lassen jedoch einen hohen Freiraum für Interpretationen zu.

Dass eine qualifizierte Durchführung einer NNCHFR bei entsprechend Betroffenen zu einem höheren Outcome als bei einer unter anderen Qualitätsaspekten durchgeführten Rehabilitation führt, hat eine durch den MDK in Auftrag gegebene Studie bereits untermauert (vgl. Nosper, 2003). In der Annahme, dass dieses auch sozioökonomische Auswirkungen hat, empfiehlt die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe dahingehend eine begleitende Studie mit Ist-Daten in Auftrag zu geben, sobald es zu einer Klärung der Versorgungsstruktur in NRW gekommen ist.

Die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe stellt fest, dass das Versorgungsniveau der schwerstbetroffenen Patienten der Phase B in NRW im Bundesvergleich schlechter ist und darüber hinaus auch innerhalb NRWs stark variiert. Die Verortung der Phase B-Patienten in der Akut- oder Rehabilitationslandschaft erscheint hierbei sekundär, vielmehr ist das Augenmerk darauf zu richten, die Qualität der Versorgung sicherzustellen.

---

<sup>2</sup> Die Erhebung von entsprechenden Daten, wie lang die durchschnittliche Verweildauer neurologisch akut versorgter Patienten in den Akutkrankenhäusern von NRW ist (denn nur hier werden laut Kostenträger Phase B-Patienten behandelt), in Gegenüberstellung der unter Phase B abgerechneten Patienten in anderen Bundesländern, könnte beweisführend sein, dass weitaus weniger Patienten der Phase B in NRW zugeführt werden als der Bundesdurchschnitt vorgibt. Dabei ist die Phase B (vorwiegend) der Übergang von der Phase A zu C. Woher generiert NRW folglich die Phase C-Patienten?

- Stellungnahme zum Antrag DS 16/5250 der Fraktion der CDU-Landtagsfraktion NRW -

Das kann nur gelingen, wenn:

- ein Finanzierungskonzept der Phase B-Behandlung unabhängig von der Sektorenzugehörigkeit sichergestellt ist
- die Inhalte der Anforderungen an die Phase B-Behandlung definiert und sektorenübergreifend bindend sind
- allgemein geltende Kriterien definiert sind, welche den Patienten den einzelnen Phasen klar zuordnet (BAR<sup>3</sup>-Kriterien ermöglichen einen breiten Interpretationsspielraum und werden seitens der Kostenträger operationalisiert), um sowohl den Beginn als auch das Ende der NNCHFR transparent und einheitlich festzuschreiben.

Die Stiftung begrüßt die bereits in Gang gekommenen Bemühungen des MGEPA, hier eine Verbesserung zu erreichen. Die im Antrag unter III benannten Punkte erachten wir als richtig und empfehlen dem Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales die Annahme.

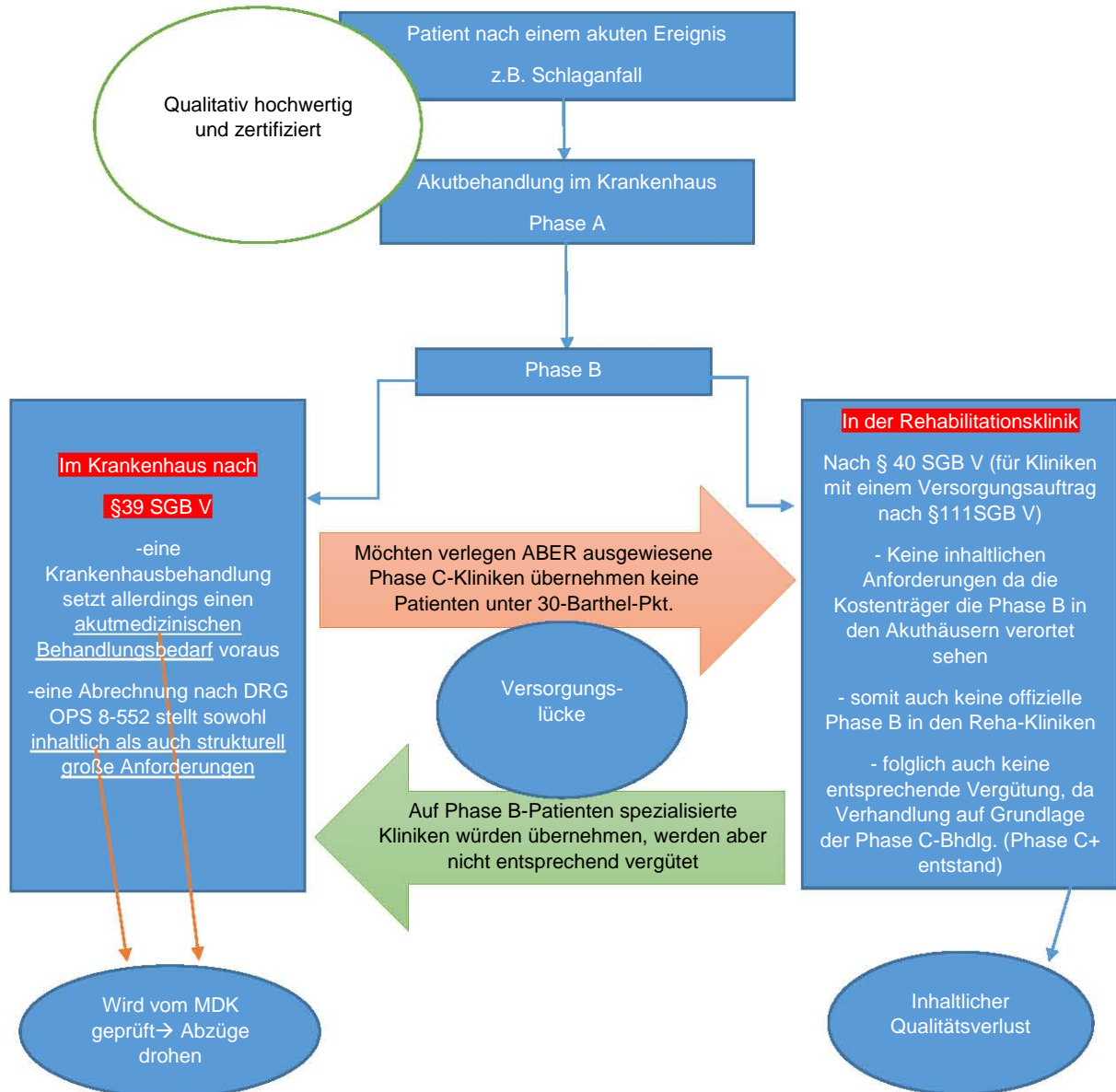
---

<sup>3</sup> BAR: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation



- Stellungnahme zum Antrag DS 16/5250 der Fraktion der CDU-Landtagsfraktion NRW -

## Problemskizze



Das MGEPA möchte eine Kooperation zwischen den verschiedenen Sektoren erreichen. Es besteht die Einigung darüber, dass die Phase C+ aus der Versorgungslandschaft verschwinden muss um qualitative Aspekte in den Vordergrund zu rücken.

es bleibt zu klären:

- Wann und nach welchen Kriterien erfolgt die Verlegung von der Akut in die Reha bei Splitting (ab wann besteht per Definition kein akutmedizinischer Behandlungsbedarf mehr)?
- Wie erfolgt die Vergütung in weiterführenden Einrichtungen?  
Nach OPS 8-552? Dann Aufnahme in die Krankenhausbettenplanung aber auch dann mit klaren inhaltlichen Anforderungen/Überprüfung
- Klar definierter Übergang der Phasen nach Barthel-Index ist elementar