

Folgenabschätzung der Krankenhausreform für die Neurologisch-Neurochirurgische Frührehabilitation Phase B

C. Dohle^{1,2}, T. Strank¹

¹ P.A.N. Zentrum für Post-Akute Neurorehabilitation, Fürst-Donnersmarck-Stiftung zu Berlin

² Centrum für Schlaganfallforschung Berlin, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Zusammenfassung

Für die Definition von Leistungsgruppen (LG) der geplanten Krankenhausreform sollen Elemente der Qualitätskriterien der Krankenhausplanung aus Nordrhein-Westfalen (NRW) übernommen werden. Zusätzlich soll eine Mindestfallzahl pro Leistungsgruppe eingeführt werden. Da in NRW die Leistungsgruppe Intensivmedizin als Voraussetzung für die Neurologisch-Neurochirurgische Frührehabilitation Phase B (NNFR-B) definiert ist, befürchten die Fachgesellschaften eine erhebliche Gefährdung des Angebots. Diese Annahme wurde anhand von OPS-Daten aus den Qualitätsberichten der Krankenhäuser überprüft. Hierdurch wurden in Deutschland im Jahr 2019 insgesamt 33.816 Fälle identifiziert mit einer sehr großen Streubreite der Fallzahl pro Einrichtung. Nach diesen Daten verfügen 57,8% der Einrichtungen mit

62,7% der Fälle über keine eigene Intensivstation (ITS) und wären damit perspektivisch von der Leistungserbringung ausgeschlossen. Andererseits sind Einrichtungen der NNFR-B mit einer ITS häufiger an Akutkrankenhäusern und behandeln nur kleine Fallzahlen. Diese Einheiten würden vermutlich das Fallzahlkriterium nicht erfüllen. Die Daten belegen eindrücklich, dass eine bundesweite Übernahme der Qualitätskriterien aus NRW mit ergänzendem Fallzahlkriterium praktisch das gesamte Segment der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation bedroht, mit entsprechenden Folgen für die Akutversorgung schwerst kranker Patientinnen und Patienten und den Bedarf an außerklinischer Intensivpflege.

Schlüsselwörter: neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation, Stroke-Unit, Intensivstation, Fachklinik, Mindestfallzahl, Phasenmodell, Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz

Einleitung

Im Rahmen der anstehenden Krankenhausreform soll die stationäre Versorgung umstrukturiert und konzentriert werden. Das mittlerweile als Grundlage gewählte Modell aus Nordrhein-Westfalen (NRW) definiert dabei Leistungsgruppen mit Qualitätskriterien, teilweise mit gegenseitigen Abhängigkeiten. Da die vorgesehenen Definitionen aber selbst in NRW noch nicht konsequent zur Anwendung gekommen sind, ist ihre Eignung für eine bundesweite Umsetzung unklar. Zudem ist im Rahmen des Gesetzesentwurfes auf Bundesebene ein zusätzliches Fallzahlkriterium ergänzt worden: Das IQWiG soll beauftragt werden, Mindestvorhaltezahlen als Perzentile einer Leistungsgruppe zu definieren. Immer wieder wird eine genaue Folgeabschätzung dieser grundlegenden Neuorganisation angemahnt. Dies gilt ganz besonders für die Neurologisch-Neurochirurgische Frührehabilitation Phase B (NNFR-B).

Die NNFR-B bildet im Rahmen des neurologischen Phasenmodells [1] eine Schnittstelle zwischen Akutbehandlung (Phase A) und »klassischer« Rehabilitation von weitestgehend selbstständigen PatientInnen (Phase D). In der Rehabilitationsphase B sind Klienten noch schwerst betroffen und zu ca. 25% noch beatmet bzw. zu etwa 40% mit einer Trachealkanüle versorgt [6]. Der

Stellenwert der NNFR-B im Gesundheitssystem besteht sowohl in der Entlastung von Akut- und Intensivabteilungen von schwer betroffenen PatientInnen als auch in der Vermeidung von außerklinischer Intensivpflege durch Entwöhnung von Beatmung und Trachealkanüle [4, 7]. Als Frührehabilitation gilt die NNFR-B leistungrechtlich als Krankenhausbehandlung und ist damit Gegenstand der Krankenhausplanung. Durchgeführt wird sie in verschiedenen Settings: entweder an einem Krankenhaus mit Akutabteilung/Phase A oder als Krankenhausabteilung (»Fachklinik«) im Verbund mit einer Rehabilitationsklinik der Phasen C und D. In Deutschland sind beide Modelle weit verbreitet [5].

In den aktuellen Gesetzeswürfen zur Krankenhausreform werden große Teile der NRW-Kriterien übernommen. Insbesondere wird (zur Sicherung der intensivmedizinischen Kompetenz) die vollwertige Leistungsgruppe Intensivmedizin als Voraussetzung für die Erbringung der NNFR-B gefordert. Dabei ist NRW das letzte Bundesland, das die NNFR-B überhaupt in den Bettenplan aufgenommen hat, sodass immer noch eine hohe Zahl von Behandlungsfällen, die in anderen Bundesländern der Phase B zugeordnet werden, im Rehabilitations-Segment erbracht werden (z. B. »Phase C+«). Leistungserbringer und Fachverbände haben daher mehrfach darauf hingewiesen, dass die aktuell vorgesehene Regelung der

Neurol Rehabil 2024; 30(3): 173–175 | <https://doi.org/10.14624/ NR2403008> | © Hippocampus Verlag 2024

Assessing the impact of the hospital reform for neurological-neurosurgical early rehabilitation phase B

C. Dohle, T. Strank

Abstract

Elements of the quality criteria for hospital planning in North Rhine-Westphalia (NRW) are to be adopted for the definition of service groups (»Leistungsgruppe«) in the planned hospital reform. In addition, a minimum number of cases per »Leistungsgruppe« is to be introduced. As the intensive care »Leistungsgruppe« is defined in NRW as a prerequisite for neurological-neurosurgical early rehabilitation phase B (NNFR-B), the specialist associations fear a considerable threat to this service. This assumption was verified using OPS data from the hospitals' quality reports. As a result, a total of 33,816 cases were identified in Germany in 2019, with a very wide range of case numbers per facility. According to this data, 57.8 % of facilities with 62.7 % of cases do not have their own intensive care unit (ICU) and could therefore be excluded from providing services in the future. On the other hand, NNFR-B facilities with an ICU are more common at acute hospitals and only treat small numbers of cases. These units would presumably not meet the case number criterion. The data impressively demonstrates that a nationwide adoption of the quality criteria from NRW with additional minimum number of cases would threaten practically the entire segment of neurological-neurosurgical early rehabilitation, with corresponding consequences for the acute care of critically ill patients and the need for outpatient intensive care.

Key words: neurological-neurosurgical early rehabilitation, stroke unit, intensive care unit, specialist clinic, minimum number of cases, phase model, Hospital Care Improvement Act

Krankenhausreform nicht den bundesweiten Behandlungsrealitäten entspricht und zu einer Gefährdung des Angebots führt [2, 3] (siehe auch Beitrag von Platz et al. in diesem Heft). Zur objektiven Überprüfung dieser Annahme können die öffentlich zugänglichen Qualitätsberichte genutzt werden.

Material und Methoden

Analysiert wurden alle Qualitätsberichte des Jahres 2019 (dem letzten vollständigen Jahr ohne Pandemieinfluss), die über den Gemeinsamen Bundesausschuss (www.g-ba.de) erhalten wurden. Es wurden die Einrichtungen identifiziert, die im Jahr 2019 mindestens 5 Fälle der OPS-Ziffer 8-552 (Neurologisch-Neurochirurgische Frührehabilitation) erbracht hatten. Für diese Einrichtungen wurden die Häufigkeiten der OPS-Codes 8-552, 8-980 (Intensivmedizinische Komplexbehandlung als Marker für das Vorhandensein einer Intensivstation) und 8-981 (Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, »Stroke Unit«, als Marker für ein Akutkrankenhaus) extrahiert.

Ergebnisse

Insgesamt konnten 159 Einrichtungen der NNFR-B identifiziert werden, die insgesamt 33.816 Fälle behandelt hatten.

Abbildung 1 zeigt die Verteilung der Fallzahlen pro Einrichtung. Auffällig ist eine sehr große Streubreite zwischen 5 (definiertes Minimum) und 927 mit einem Median von 137 Fällen.

Tabelle 1 zeigt die Gesamtzahl der Einrichtungen und Fallzahlen in den verschiedenen Behandlungsspektren. 56 Einrichtungen (35,4 %) kodierten weder Stroke-Unit- noch Intensivbehandlung, versorgen aber über die Hälfte (52,7%) der bundesweiten Behandlungsfälle in der NNFR-B. Die Fallzahlen pro Einrichtung waren an Akutkrankenhäusern mit Stroke Unit deutlich geringer als an Fachkliniken.

Diskussion

Die Daten bilden die Behandlungsrealität der NNFR-B in ganz Deutschland des Jahres 2019 ab. Zudem erlauben sie eine Folgeabschätzung der aktuellen Gesetzesentwürfe der Krankenhausreform. Insbesondere demonstrieren sie die gegenläufige Wirkung der beiden Kriterien »Leistungsgruppe Intensivmedizin« und »Mindestfallzahl«:

- Die Präsenz einer Intensivstation wird vor allem an Akutkrankenhäusern erfüllt, die aber jeweils nur geringe Fallzahlen in der NNFR-B aufweisen und daher vermutlich das Fallzahlkriterium überwiegend nicht erfüllen würden.
- Das Fallzahlkriterium selbst würde die meist großen Rehabilitationsfachkliniken selektieren, die die Mehrheit der Behandlungsfälle in Deutschland stellen. Diese verfügen aber häufig nicht über eine eigenständige Intensivstation.
- Selbst große Kliniken mit einer eigenständigen Intensivstation würden vermutlich nicht das Fallzahlkriterium für die Intensivmedizin erfüllen, was Voraussetzung für die Zuteilung der Leistungsgruppe wäre.

Tab. 1: Gesamtzahl der Einrichtungen und Fallzahlen 8-552 in den verschiedenen Settings der NNFR-B

	Zahl der Einrichtungen		Zahl der Behandlungsfälle		Behandlungsfälle pro Einrichtung
	N	%	N	%	Median (IQR)
Nur NNFR-B	56	35,2	17.384	52,7	253 (180; 446)
NNFR-B & SU	36	22,6	3.371	10,0	83 (39; 137)
NNFR-B & ITS	21	13,2	5.213	15,4	208 (134; 379)
NNFR-B & SU & ITS	46	28,9	7.393	21,8	77 (31; 222)
Gesamt	159		33.816		137 (54; 301)

SU: Stroke Unit; ITS: Intensivstation

Zahl der NNFR-B Behandlungsfälle pro Einrichtung

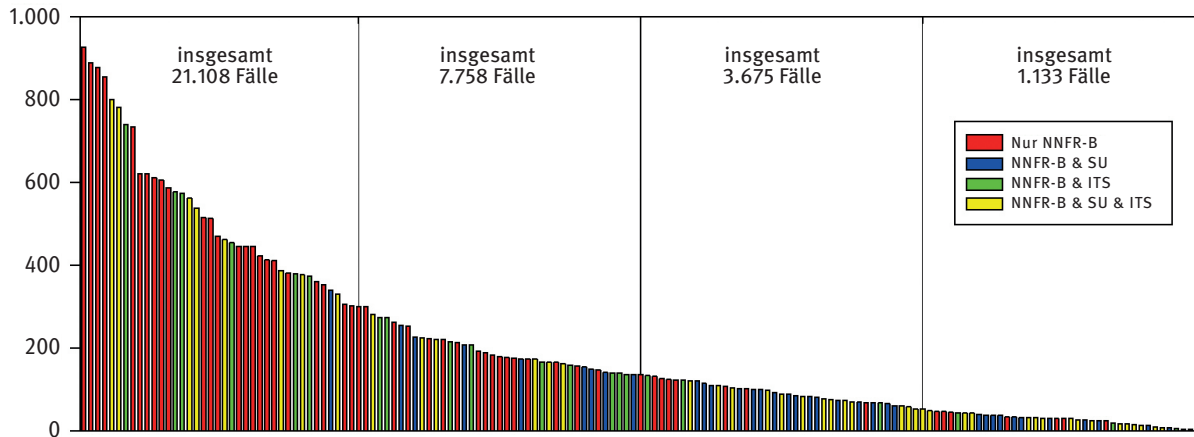


Abb. 1: Verteilung der Fallzahlen für die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation. Jede Säule repräsentiert eine Einrichtung, die im Jahr 2019 in mindestens 5 Fällen eine 8-552 kodiert hat.

Anhand der zuvor berichteten Daten zur Prävalenz von Beatmung und Trachealkanüle bei Aufnahme [2] kann die gesundheitsökonomische Relevanz der NNFR-B abgeschätzt werden. Bei Erfolgsquoten von jeweils ca. 70% [4, 7] werden durch die über 33.000 Behandlungsfälle in der NNFR-B jährlich ca. 9.000 neue Fälle von außerklinischer Intensivpflege vermieden. Diese Leistung ist aktuell akut gefährdet.

Zusammenfassend erlauben die vorhandenen Daten der Qualitätsberichte eine Folgeabschätzung des aktuell vorliegenden Gesetzesentwurfes. Sie demonstrieren, dass die konkurrierenden Festlegungen praktisch das gesamte Segment der NNFR-B bedrohen. Diese Daten sollten dringend berücksichtigt werden, um eine Zunahme der Belastung der Intensivstationen und des Bedarfs an außerklinischer Pflege, insbesondere Intensivpflege, zu vermeiden.

Danksagung

Wir bedanken uns bei Lynn Schwarz für die Unterstützung bei der Datenerfassung.

Literatur

1. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen der Phasen B und C [Internet]. 1999 [zitiert 13. Oktober 2016]. Verfügbar unter: http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/downloads/Rahmenempfehlung_neurologische_Reha_Phasen_B_und_C.pdf
2. Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation (DGNR). Folgeabschätzung der Krankenhausreform für die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation – Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation e.V. [Internet]. 2023 [zitiert 15. August 2023]. Verfügbar unter: <https://www.dgnr.de/aktuelles/104-aus-der-gesellschaft/216-folgeabschaetzung-der-krankenhausreform-fuer-die-neurologisch-neurochirurgische-fruehrehabilitation>
3. Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation (DGNR), Deutsche Gesellschaft für Neurologie, Deutsche Gesellschaft für Neurointensiv- und Notfallmedizin, Deutsche Schlaganfall Gesellschaft, Bundesverband Neurorehabilitation. Offener Brief der neurologischen Fachgesellschaften zum Entwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVG)

[Internet]. 2024 [zitiert 2. Juni 2024]. Verfügbar unter: <https://www.dgnr.de/aktuelles/104-aus-der-gesellschaft/218-offener-brief-der-neurologischen-fachgesellschaften-zum-entwurf-des-krankhausversorgungsverbesserungsgesetzes-khvg>

4. Heidler MD, Salzwedel A, Jöbges M, Lück O, Dohle C, Seifert M, u. a. Decannulation of tracheotomized patients after long-term mechanical ventilation – results of a prospective multicentric study in German neurological early rehabilitation hospitals. *BMC Anesthesiol.* 2018 (Jun); 18(1): 65
5. Loos S, Schliwen A. Gutachten zur Abbildung der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation im Rahmen der Krankenhausplanung. Endbericht für die Landesarbeitsgemeinschaft NeuroRehabilitation NRW [Internet]. 2012 Okt [zitiert 21. März 2018]. Verfügbar unter: https://www.iges.com/sites/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e5076/e5130/e7114/e7337/attr_objs13060/IGES_Institut_Studienbericht_Kurzfasung_NNCHFR_in_NRW_ger.pdf
6. Pohl M, Bertram M, Bucka C, Hartwich M, Jöbges M, Ketter G, u. a. Patientenklintel und Rehabilitationsverlauf in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation – ein Vergleich der Jahre 2002 und 2014. *Akt Neurol.* 2016 (Oct); 43(09): 534–40
7. Rollnik JD, Adolphsen J, Bauer J, Bertram M, Brocke J, Dohmen C, u. a. Prolongiertes Weaning in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation. *Nervenarzt.* 2017 (Jun); 88(6): 652–74

Interessenvermerk

CD ist Präsident der Deutschen Gesellschaft für Neurorehabilitation (DGNR). TS gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Korrespondenzadresse

PD Dr. Christian Dohle, M. Phil.
 P.A.N. Zentrum für Post-Akute Neurorehabilitation
 Wildkanelweg 28
 13465 Berlin
 c.dohle@panzentrum.de