



[DGNR e.V., Janett Ohlerth, c/o P.A.N. Zentrum, Wildkanzelweg 28, 13465 Berlin](http://www.dgnr.de)

**Geschäftsstelle der DGNR e.V.**  
Janett Ohlerth  
c/o P.A.N. Zentrum für Post-  
Akute Neurorehabilitation  
Wildkanzelweg 28  
13465 Berlin

Tel: 030 40 606 257

E-Mail: [info@dgnr.de](mailto:info@dgnr.de)

**Bankverbindung**  
Deutsche Gesellschaft für  
Neurorehabilitation e.V. (DGNR)  
**IBAN** DE 12 3702 0500 0008  
0288 00  
SWIFT-BIC BFSW DE 33X

17.04.2023

**Vorschlag für Strukturkriterien für die Leistungsgruppe  
„neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (NNFR)“  
im Rahmen der Krankenhausreform**

Sehr geehrte Damen und Herren,

Die Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation (DGNR) als federführende Fachgesellschaft für die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (NNFR) hat Qualitätskriterien definiert, die sie als erforderlich für die Durchführung ansieht. **Dabei schlägt sie die Einführung einer zusätzlichen Leistungsgruppe für NNFR mit Beatmung vor, die bisher nicht adäquat abgebildet ist.** Die Strukturkriterien sind nachfolgend erläutert und bilden das simultane Vorliegen von akutmedizinischen und rehabilitationsspezifischen Behandlungsaufträgen ab.

PD Dr. med.  
Christian Dohle, M.Phil  
Präsident

Prof. Dr. med.  
Anna Gorsler  
Vize-Präsidentin

Prof. Dr. med.  
Thomas Platz  
Past-Präsident

## Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation e.V. (DGNR)

Präsident der DGNR e.V.  
PD Dr. med. Christian Dohle, M. Phil.  
P.A.N. Zentrum für Post-Akute  
Neurorehabilitation  
Wildkanzelweg 28  
D-13465 Berlin  
Tel. + 49 (0) 30 40606 231  
Mail: [c.dohle@panzentrum.de](mailto:c.dohle@panzentrum.de)

Vize-Präsidentin der DGNR e.V.  
Prof. Dr. med. Anna Gorsler  
Kliniken Beelitz  
Paracelsusring 6a  
D-14547 Beelitz-Heilstätten  
Tel. +49 (0) 33204 22305  
Mail: [gorsler@kliniken-beelitz.de](mailto:gorsler@kliniken-beelitz.de)

Past-Präsident der DGNR e.V.  
Prof. Dr. med. Thomas Platz  
BDH-Klinik Greifswald gGmbH  
Karl-Liebknecht-Ring 26a  
D-17491 Greifswald  
Tel: +49 (0) 3804 871-201  
Mail: [t.platz@bdh-klinik-greifswald.de](mailto:t.platz@bdh-klinik-greifswald.de)

## Einleitung

Bereits seit einigen Jahren wurde deutlich, dass das stationäre Gesundheitssystem in der derzeitigen Form, insbesondere mit der ausschließlichen Finanzierung nach DRG, langfristig nicht überlebensfähig ist. Nun wurde mit dem dritten Bericht der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung ein Konzept für eine Neuorientierung der Krankenhauslandschaft vorgelegt [1]. Kernelemente der vorgeschlagenen Struktur sind die Einführung von Leistungsgruppen für bestimmte spezialisierte Behandlungsbereiche, die nur an bestimmten Krankenhäusern erbracht werden können. Eine ähnliche Struktur wurde im Krankenhausplan des Landes NRW bereits definiert [2]. Auf Bundesebene sollten ursprünglich bestimmte Leistungsgruppen nur an Kliniken mit bestimmten Versorgungsleveln erbracht werden, allerdings wurde dieser Gedanke in nachfolgenden Diskussionen abgeschwächt. Es bleibt der Grundgedanke, Leistungen in Zentren zu bündeln, die bestimmte Grundvoraussetzungen erfüllen. In diesem Fall soll die Vergütung nicht ausschließlich fallzahlbezogen erfolgen. Vielmehr soll ein bestimmter Anteil der Kosten (aktuell vorgesehen: 40-60 %) als sogenannte Vorhalteleistung fix gewährt und nur der darüber hinausgehende Anteil variabel in Abhängigkeit von der erbrachten Leistung vergütet werden. Die Fachgesellschaften wurden aufgerufen, Vorschläge für die Etablierung von Strukturkriterien zu erarbeiten.

## Aktuelle Struktur der NNFR

Die Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation (DGNR) vertritt das Feld der neurologisch-neurochirurgischen Rehabilitation in der gesamten Breite. Im Unterschied zu den meisten anderen Fachdisziplinen findet Neurorehabilitation nicht nur an Rehabilitationskliniken statt. Vielmehr existiert mit dem sogenannten „neurologischen Phasenmodell“ ein abgestuftes System von verschiedenen Rehabilitationsstufen, mit unterschiedlichem Schweregrad der Betroffenen [3]. Die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation Phase B für Patienten mit Bedarf für intensivmedizinische oder personelle Überwachung und Unterstützung ist als Frührehabilitation der Krankenhausbehandlung zuzuordnen. Sie kann leistungsrechtlich sowohl an Akutkrankenhäusern als auch in einer Krankenhausabteilung an entsprechend spezialisierten / integrierten Rehabilitationskliniken stattfinden [4, 5]. Nach Erhebungen der DGNR finden sich etwa gleich viele Einrichtungen in beiden Versorgungs-Settings. Die NNFR-Einheiten als integrierte Krankenhausabteilung an Rehabilitationskliniken haben jedoch überwiegend deutlich höhere Bettenzahlen, so dass insgesamt in Deutschland die Zahl der Behandlungsfälle im Setting der (Früh-)Rehabilitationskliniken deutlich größer als die in Akutkliniken ist.

Eine weitere Besonderheit der NNFR stellt die Tatsache dar, dass etwa ein Fünftel dieser schwerstbetroffenen Patienten, bei Aufnahme, noch beatmungspflichtig ist [6], so dass ein Teil des Behandlungsauftrags die Entwöhnung von der Beatmung ist. Nach einer Erhebung der DGNR werden in diesem Behandlungssegment über 1000 Beatmungsbetten vorgehalten [7]. Für die Finanzierung der NNFR bei beatmeten Patienten gibt es im aktuellen DRG-System

abhängig von dem jeweiligen Setting der Einrichtung verschiedene Vergütungsmodelle. Die NNFR führt insbesondere bei der Entwöhnung von Beatmung und / oder Trachealkanüle zu einer langfristigen Vermeidung von (Intensiv-)Pflegebedarf [8].

Zur Einordnung der der Krankenhausbehandlung zugeordneten Behandlung in der Phase B ist zu berücksichtigen, dass das neurologische Phasenmodell darüber hinaus auch die Rehabilitationsphase C kennt, in der noch große pflegerische Unterstützung notwendig ist. Obwohl zur Versorgung in der Phase C auch akutmedizinische Behandlungsaufträge gehören [3] und auch häufig anfallen [9], ist sie dem Rehabilitationsbereich zugeordnet. Somit stellt der Phasenübergang zwischen der Phase B und der Phase C, die nach internen Erhebungen etwa ein Drittel der Patienten erreichen, nicht nur einen Übergang innerhalb des kontinuierlichen Phasenmodells dar, sondern markiert auch einen Übergang zwischen zwei völlig unterschiedlichen Versorgungs- und Vergütungsstrukturen (Krankenhausbehandlung gemäß SGB V versus Rehabilitationsbehandlung gemäß SGB IX). Die hieraus resultierende Schnittstellenproblematik ist weiter unten dargestellt.

### **Vorhandene Strukturkriterien**

Für die NNFR (der Phase B) existieren aktuell in Deutschland keine flächendeckenden Strukturkriterien. Nur einzelne Landesbettenpläne (z. B. Berlin, Baden-Württemberg, ansatzweise NRW) weisen diese separat aus. Die Struktur- und auch patientenbezogenen Prozesskriterien werden derzeit bundesweit ausschließlich über den OPS 8-552 „neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation“ sichergestellt. Nach Ansicht der DGNR bildet diese OPS auch weiterhin relevante Strukturkriterien ab. Aufgrund verschiedener medizinischer und politischer Entwicklungen sind jedoch Anpassungen erforderlich, die nachfolgend dargestellt und begründet sind.

Beatmungsentwöhnung im Rahmen der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation orientiert sich im OPS-System – je nach Struktur der Einheiten – in der Regel an der OPS 8-718.9 („Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter nicht intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit“) bzw. an der OPS 8-718.8 („Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit“) mit den entsprechenden Strukturkriterien. Bei dieser Zuschreibung sind jedoch die zusätzlichen Anforderungen zur Durchführung der rehabilitativen Maßnahmen nicht strukturell abgefragt (und auch nicht adäquat vergütet). Daher hat die DGNR eine eigenständige Leitlinie entwickelt [10], die sich derzeit im Aktualisierungsprozess befindet. Zudem wurde von der DGNR im Oktober 2021 eine Zertifizierung für Zentren für Beatmungsentwöhnung in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation etabliert [11]. Derzeit sind bereits etwa ein Drittel der über 1.000 Beatmungsplätze in den NNFR in zertifizierten Einrichtungen angesiedelt, mit klar steigender Tendenz. Die DGNR ist der Auffassung, dass die Zertifizierungskriterien geeignete Qualitätsstandards für spezialisierte Beatmungsentwöhnungs-Einheiten in der NNFR darstellen.

## **Empfehlung für zukünftigen Zuschnitt der Leistungsgruppen**

Sowohl in den aktuellen Vorschlägen der Regierungskommission [1] als auch im Krankenhausplan des Landes NRW [2] ist die NNFR mit einer eigenen Leistungsgruppe („Neuro-Frühreha (NNF, Phase B) - 10.3 bzw. 26.3) repräsentiert. Dieser Festlegung ist prinzipiell zuzustimmen. Sie würde aber sowohl für beatmete als auch nicht beatmete Patienten der NNFR gelten bzw. die Strukturkriterien für beatmete Patienten in der NNFR würden aus der Intensivmedizin / der „reinen“ Beatmungsentwöhnung abgeleitet.

Um den differenzierten Behandlungsauftrag (mit Beatmungsentwöhnung) in der NNFR beatmeter Patienten adäquat abzubilden, schlägt die DGNR vor, im Bereich der Neurologie über die bisher geplante Leistungsgruppe „Neuro-Frühreha (NNF, Phase B) ohne Beatmung“ hinaus eine weitere Leistungsgruppe „Neuro-Frühreha mit Beatmungsentwöhnung“ zu etablieren. Die DGNR ist sich bewusst, dass dieser Wunsch dem politischen Willen einiger widerspricht, Leistungsgruppen nicht zu kleinteilig zu definieren. Sie ist dennoch der Ansicht, dass die unterschiedlichen Anforderungen beatmeter Patienten in der NNFR bei einer Zusammenführung bzw. Verortung in der Intensivmedizin / Weaning nicht adäquat abgebildet werden können.

## **Vorschlag für zukünftige Strukturkriterien**

Die von der DGNR vorgeschlagenene Kriterien für NNFR mit und ohne Beatmung sind in der folgenden Tabelle dargestellt und werden nachfolgend näher erläutert.

Strukturqualität Neurologisch-Neurochirurgische Frührehabilitation (NNFR, LG 10.3 und LG 10.4)		
Verpflichtende Mindestvorhaltung	NNFR ohne Beatmung (LG 10.3)	NNFR mit Beatmung (LG 10.4 [neu])
		Zertifizierung „Zentrum für Beatmungsentwöhnung in neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation“
<b>Qualifikation ärztliche Leitung</b>	Facharzt für Neurologie, Neurochirurgie, oder Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie, der über eine mindestens dreijährige Erfahrung in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation verfügt.	Facharzt für Neurologie, Neurochirurgie, oder Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie, der über eine mindestens dreijährige Erfahrung in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation  <u>und</u> über die Zusatzbezeichnung Intensivmedizin verfügt <u>oder</u> mindestens eine dreijährige Erfahrung in der prolongierten Beatmungsentwöhnung hat.
<b>Verfügbarkeit und Qualifikation von Ärzten</b>	24/7 Ärztliche Präsenz	24/7 Ärztliche Präsenz
	Werktäglich (Mo-Fr) in Präsenz:  Facharzt Neurologie / Neurochirurgie / Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	Werktäglich (Mo-Fr) in Präsenz:  1. Neurologie / Neurochirurgie / Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie  <u>und</u> 2. Facharzt mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin <u>oder</u> mindestens dreijähriger Erfahrung in der prolongierten Beatmungsentwöhnung
	24/7 mindestens in Rufbereitschaft:  Facharzt Neurologie / Neurochirurgie / Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	24/7 mindestens in Rufbereitschaft  1. Neurologie / Neurochirurgie / Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie  <u>und</u> 2. Facharzt mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin <u>oder</u> mindestens dreijähriger Erfahrung in der prolongierten Beatmungsentwöhnung
	Facharzt Innere Medizin verfügbar	Facharzt Innere Medizin <u>oder</u> Facharzt für Anästhesiologie, möglichst mit ZB Intensivmedizin, verfügbar

<b>Verpflichtend mit Personal betreibbare Betten in LG 10.3/10.4</b>	20 Betten als eigenständige Einheit (unter Anrechnung von Betten einer evtl. ebenfalls vorhandenen Einrichtung für Frührehabilitation mit Beatmung)	5 Betten für Patienten zum Weaning.
	15 Betten, falls zusätzlich mindestens 30 Betten in der Phase C vorgehalten werden	
		Für jedes Beatmungsbett wird in der Einrichtung oder in einer Kooperationseinrichtung mindestens ein Bett der NNFR für nicht (mehr) beatmete Patienten vorgehalten.
	Für intensivmedizinisch überwachungspflichtige Patienten (gemäß FRBI) Monitoring möglich	Zentrales Monitoring auf allen Beatmungsplätzen mit Möglichkeit der invasiven RR-Messung und Möglichkeit der endtidalen/endexpiratorischen Kapnometrie
<b>Pflegerischer Stellenschlüssel</b>	gemäß Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung bzw. Nachfolgender rechtlicher Norm	gemäß Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung bzw. Nachfolgender rechtlicher Norm (entweder PPUg für NNFR oder Intensivmedizin, abhängig von leistungsrechtlicher Zuordnung)
<b>Pflegerische Qualifikation</b>	Auf dem Gebiet der NNFR besonders geschultes Pflegepersonal für aktivierend-therapeutische Pflege	Auf dem Gebiet der NNFR mit Weaning besonders geschultes Pflegepersonal für aktivierend-therapeutische Pflege und Beatmung
	Wenn Versorgung von Patienten mit TK: 24/7 Kompetenz Trachealkanülenmanagement	24/7 Kompetenz im Weaning (Beatmung) und Trachealkanülenmanagement
<b>Therapeutische Ausstattung</b>	Physiotherapie / Krankengymnastik	Physiotherapie / Krankengymnastik
		Atmungstherapie
	Physikalische Therapie	Physikalische Therapie
	Ergotherapie	Ergotherapie
	(Neuro-)Psychologie	(Neuro-)Psychologie
	Logopädie/faziorale/Dysphagie-Therapie	Logopädie/faziorale/Dysphagie-Therapie
	Therapeutischer Schlüssel zur Ermöglichung von <u>mindestens</u> 720 min Funktionstherapie / Woche im Durchschnitt aller Patienten der gesamten Einheit	Therapeutischer Schlüssel zur Ermöglichung von <u>mindestens</u> 720 min Funktionstherapie / Woche im Durchschnitt aller Patienten der gesamten Einheit
	Evidenzbasierte Rehabilitation orientiert an Leitlinien der Fachgesellschaften (DGNR, DGN)	Evidenzbasierte Rehabilitation orientiert an Leitlinien der Fachgesellschaften (DGNR, DGN)
	Hilfsmittelversorgung verfügbar	Hilfsmittelversorgung verfügbar
	Schluckendoskopie (FEES) und/oder Videofluoroskopische Schluckuntersuchung (VFS)	Schluckendoskopie (FEES) (ggf. zusätzlich Videofluoroskopische Schluckuntersuchung (VFS))
	Wenn Versorgung von Pat. mit TK: Therapeuten mit Kompetenz im Trachealkanülenmanagement	Therapeuten mit Kompetenz im Trachealkanülenmanagement
<b>Weiterversorgung</b>	Organisation indizierter weiterführender Rehabilitation Phase C	Organisation indizierter weiterführender Rehabilitation in der NNFR ohne Beatmung und Phase C
	Sozialdienst werktätlich (Mo-Fr)	Sozialdienst werktätlich (Mo-Fr)

<b>Diagnostik / Notfallmanagement</b>	Neurosonographie, Elektrophysiologie werktätlich (Mo-Fr)	Neurosonographie, Elektrophysiologie werktätlich (Mo-Fr)
	24/7 Notfalllabor, BGA, Asservierung von Mikrobiologie	24/7 Notfalllabor, Blutgasanalyse (inklusive Bestimmung der Elektrolyte), Asservierung von Mikrobiologie
		24/7 Bronchoskopie in der Einheit verfügbar
	24/7 CCT/CMRT verfügbar	24/7 CCT/MRT verfügbar
	konventionelles Röntgen verfügbar	konventionelles Röntgen verfügbar
	TEE verfügbar	TEE verfügbar
	Transfusionsmöglichkeit	Transfusionsmöglichkeit
	Konzept für Notfallbehandlung und Primärversorgung	Konzept für Notfallbehandlung und Primärversorgung
	Intensivmedizinische Behandlungsmöglichkeit im Haus oder in max. 30 min Transportentfernung verfügbar	Intensivmedizinische Behandlungsmöglichkeit (für komplexere Behandlungsfälle / Multiorganversagen) im Haus oder in max. 30 min Transportentfernung verfügbar
	PEG-Anlage / -Entfernung verfügbar	PEG-Anlage / -Entfernung verfügbar
	Urologie verfügbar	Urologie verfügbar
	Wundmanagement verfügbar	Wundmanagement verfügbar
<b>Zuordnung zur Level-Struktur</b>	Level 2/3 oder Fachklinik	Level 2/3 oder Fachklinik
<b>Vorhalteanteil</b>	60 %	60 %

### *Qualifikation der ärztlichen Leitung*

Die Gesamtleitung einer Einheit der NNFR sollte ein Facharzt für Neurologie, Neurochirurgie oder für Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie innehaben, der über eine mindestens dreijährige Erfahrung in der NNFR verfügt. Die NNFR kombiniert Elemente intensiv- / akutmedizinischer Behandlung und rehabilitationsspezifische Inhalte. Die DGNR ist der Auffassung, dass sich innerhalb der derzeitigen ärztlichen Weiterbildung keine formale Qualifikation findet, die dieses Anforderungsprofil abdeckt. Daher sollte – wie bisher im OPS 8-552 definiert - eine mehrjährige Tätigkeit in diesem Segment als Nachweis für die notwendige Qualifikation dienen.

Für die Leitung einer Einheit zur Beatmungsentwöhnung in der NNFR sollte zudem entweder die Zusatzbezeichnung „Intensivmedizin“ oder eine 3jährige Erfahrung in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer entsprechend spezialisierten Einheit vorliegen. Diese zusätzliche Qualifikation kann auch durch eine zweite Person sichergestellt werden („kooperatives Leitungsmodell“).

#### *Verfügbarkeit und Qualifikation von Ärzten*

Eine Einheit der NNFR muss rund um die Uhr (24/7) ärztlich betreut sein. Dabei muss der neurologische / neurochirurgische Sachverstand „kontinuierlich eingebunden“ sein. Dies bedeutet, dass ein entsprechende Facharzt / Fachärztin werktätig (Montag bis Freitag) in Präsenz und außerhalb dieser Zeit in Rufbereitschaft verfügbar ist. Bei Einheiten der Beatmungsentwöhnung sollte die zusätzlich geforderte Kompetenz (Zusatzbezeichnung Intensivmedizin oder 3-jährige Erfahrung in der prolongierten Beatmungsentwöhnung) in gleichem Zeitrahmen verfügbar sein.

Über die neurologische Qualifikation hinaus sollte ein Facharzt / Fachärztin für Innere Medizin am Standort verfügbar sein. Dies kann auch beispielsweise durch ein Kooperationsmodell sichergestellt werden. Auf einer Einheit mit Beatmungsentwöhnung kann alternativ auch ein Facharzt/Fachärztin für Anästhesiologie präsent sein, möglichst mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin.

#### *Verpflichtend mit Personal betreibbare Betten*

Die DGNR ist der Überzeugung, dass die notwendige Qualifikation eines komplexen, interdisziplinären Behandlungsteams nur bei einer ausreichend hohen Patientenzahl sichergestellt und erhalten werden kann. Wie auch in verschiedenen Landesbettenplänen festgelegt, sieht sie eine Mindestgröße von 20 Betten als notwendig an, um diese Expertise zu gewährleisten. Bei einer derartigen Größe ist bei einer durchschnittlichen Liegedauer von 56 Tagen [6] von einer Fallzahl von etwa 130 Patienten pro Jahr auszugehen.

Einen Sonderfall stellen Krankenhausabteilungen der NNFR dar, die an Rehabilitationseinrichtungen angesiedelt sind. In diesem Fall besteht in der Regel eine weitergehende, überlappende Expertise aus der Behandlung von Patienten in der Rehabilitationsphase C. Daher kann die als notwendig erachtete Mindestgröße bei Vorhandensein von mindestens 30 Betten in der Phase C auf 15 Betten in der Phase B abgesenkt werden.

Die Mindestbettenzahl in Einheiten mit Beatmungsentwöhnung ist aufgrund des mehrfachen personellen und apparativen Aufwands mit 5 Betten angesetzt. Zur Weiterversorgung der beatmungsentwöhnten Patienten ist aber für jedes Beatmungsbett obligat ein Phase B-Bett ohne Beatmungsentwöhnung vorzuhalten.

Unabhängig vom Setting muss für intensivmedizinisch überwachungspflichtige Patienten, deren Anteil abhängig vom jeweiligen Patientenkontext ist, ein apparatives Monitoring möglich sein. In Einheiten für Beatmungsentwöhnung gilt dies für jedes Bett. In diesem Setting muss auch die Möglichkeit der invasiven RR-Messung und der endtidalen / endexpiratorischen Kapnometrie gegeben sein.

### *Pflegerischer Stellenschlüssel*

In einer Einheit der NNFR soll Pflegepersonal zum Einsatz kommen, das auf dem Gebiet der aktivierenden Pflege besonders geschult ist. Die DGNR hat zwei verschiedene Curricula zur Weiterbildung von Pflegepersonal in diesem Bereich entwickelt, die für Multiplikatoren und Leitungskräfte zum Einsatz kommen können. Wichtig ist, dass bei Versorgung von Patientinnen oder Patienten mit Trachealkanüle eine 24/7-Kompetenz in der Versorgung von Trachealkanülen gegeben sein muss.

Zum pflegerischen Stellenschlüssel gibt es dezidierte Festlegungen in der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV). Je nach Abrechnungsmodalitäten sind die Grenzen für die Neurologische Frührehabilitation oder Intensivmedizin anzuwenden. Eventuell werden diese zukünftig von anderen Normen abgelöst oder durch sie ergänzt werden (PPR 2.0). Es ist allerdings zu berücksichtigen, dass die Festlegung aus der PpUGV überlappend zur Festlegung des OPS 8-552 sind, der für jeden Patienten therapeutische Pflege und Therapie in unterschiedlichen Kombinationen im Umfang von 300 Minuten pro Tag (im Wochendurchschnitt) festlegt. Daher ergeben sich Wechselwirkungen der PpUGV auf die therapeutische personelle Ausstattung (siehe unten).

### *Therapeutische Ausstattung*

Eine Einheit der NNFR muss obligat die Therapiebereiche Physiotherapie (ehemals Krankengymnastik), physikalische Therapie, Ergotherapie, (Neuro-)Psychologie und Logopädie bzw. fazioorale Therapie vorhalten. Bei Einheiten der Beatmungsentwöhnung ist zudem Atmungstherapie erforderlich. Die auf der NNFR eingesetzten Therapeuten bilden ein Behandlungsteam unter ärztlicher Leitung. Möglichkeiten des interprofessionellen Austausches und der gemeinsamen Konzeptentwicklung der Einheit sollten jenseits der Teamsitzungen möglich sein.

Bei der inhaltlichen Therapiegestaltung ist wichtig, dass sich diese an konsens- und evidenzbasierten Leitlinien der Fachgesellschaften (DGNR, DGN) orientiert. Leider existieren auch hier (analog zur Situation im ärztlichen Bereich) aktuell keine formalen Qualifikationen, die diese Inhalte abbilden. Die für den niedergelassenen Bereich bedeutsamen physiotherapeutischen Weiterbildungen in Bobath oder Vojta sind hier nicht geeignet, da sie keinen Fokus auf evidenzbasierte Leitlinien legen. Eine adäquate Auseinandersetzung mit evidenzbasierten Therapieinhalten wird einen höheren Akademisierungsanteil in diesem Bereich erfordern, der allerdings auch mit einer entsprechenden Vergütung für die anstellenden Einrichtungen verbunden sein muss. Im Bereich der Neuropsychologie existiert als Voraussetzung für eine ambulante neuropsychologische Leistungserbringung die Approbation in Kombination mit der Weiterbildung Psychologische Psychotherapeut\*in und Neuropsychologie-Qualifikation (über das Zertifikat der Gesellschaft für Neuropsychologie

(GNP) e.V.). Dies ist jedoch weder aus formalen Erwägungen (konkurrierende Rechtsnorm, da Verleihung des GNP-Zertifikates durch eine nicht staatlich kontrollierte, private Vereinigung) noch aus inhaltlichen Erwägungen (keine ausreichende Fokussierung auf die speziellen Erfordernisse der NNFR) als geeignetes Qualifikationsmerkmal anzusehen. Präzisere Beschreibungen der Anforderungen und Qualifikationsmöglichkeiten werden zukünftig zu entwickeln sein. Im Bereich der Logopädie bzw. faziorealen Therapie steht im Bereich der Frührehabilitation vor allem die Therapie von Schluckstörungen und der Verständigungsstörungen im Vordergrund. Dabei können insbesondere im Bereich der Dysphagie-Therapie auch andere Berufsgruppen diese Therapie übernehmen, wenn sie dafür ausreichend qualifiziert sind. Wenn Patienten mit Trachealkanüle versorgt werden, müssen Therapeuten mit Kompetenz im Trachealkanülenmanagement vorgehalten werden. Auf Einheiten mit Beatmungsentwöhnung ist dies obligat. Zur Befundvalidierung ist eine Schluckendoskopie (FEES) oder videofluoroskopische Schluckuntersuchung (VFS) unabdingbar. Zudem sollte der Therapiebereich so organisiert sein, dass eine individuelle Hilfsmittelversorgung verfügbar ist, gegebenenfalls in Kooperation.

Der Umfang der abgegebenen therapeutischen Leistungen ist als Prozesskriterium nicht Gegenstand dieser Strukturanforderung. Festzuhalten ist jedoch, dass die unterschiedlichen Betroffenheitsgrade und unterschiedlichen Störungsbilder der Patienten auch eine unterschiedliche Verteilung der 300 Therapieminuten auf die verschiedenen pflegerischen und therapeutischen Therapieinhalte erfordern. Wie oben beschrieben, wurde zeitlich nach der Definition des OPS 8-552 mit der PpUGV ein Pflegeschlüssel festgelegt, der zudem separat über das Pflegebudget abgerechnet wird. Somit besteht eine konkurrierende Mengenfestlegung für den Teilbereich der aktivierenden Pflege. Es gibt Träger, die diese Festlegung zur Reduktion des funktionstherapeutischen Anteils der 300 Therapieminuten nutzen. Um die funktionstherapeutische Komponente innerhalb der NNFR sicherzustellen zu können, sollte daher im Therapiebereich ein Personalschlüssel vorgehalten werden, der mindestens 720 Minuten Funktionstherapie pro Patient pro Woche im Durchschnitt aller Patienten der gesamten Einheit ermöglicht. Die Definition eines abteilungsbezogenen Stellenschlüssels (statt patientenbezogener Festlegungen) erlaubt eine individuelle Verteilung der Therapieanteile auf die einzelnen Patienten gemäß der besonderen Bedürfnisse. Unterschreitungen des mittleren Anteils für Funktionstherapie an der Gesamttherapiedauer von 300 Minuten am Tag durch einen höheren Bedarf an aktivierend-therapeutischer Pflege können beispielsweise bei (noch oder zwischenzeitlich) wenig belastbaren Patienten gerechtfertigt sein. Ebenso gibt es Fallkonstellationen, bei denen individuell ein Mehrbedarf an Funktionstherapie bei niedrigerem Bedarf aktivierend-therapeutischer Pflege besteht.

### *Weiterversorgung*

Für jede Patientin oder jeden Patienten auf der Einheit muss bereits während der Behandlung ein schlüssiges Nachsorgekonzept entwickelt und vorbereitet werden. Hierfür ist die Vorhaltung von ausreichenden sozialdienstlichen Kapazitäten unabdingbar. Erfahrungsgemäß erreichen ca. ein Drittel der Phase B-Patienten die nachfolgende Rehabilitationsphase C [6], die dann auch zeitnah angetreten werden sollte. Daher müssen organisatorische Maßnahmen etabliert werden, um eine indizierte weiterführende Rehabilitation der Phase C zu gewährleisten. Optimalerweise geschieht das bei Vorhaltung einer Phase C-Einrichtung im selben Haus.

## *Diagnostik / Notfallmanagement*

Gemäß BAR-Kriterien bestehen in der Frührehabilitation Phase B sowohl akutmedizinische als auch therapeutische Behandlungsaufträge [3]. Für die Vervollständigung der Diagnostik muss die neurologische Zusatzdiagnostik wie Neurosonographie oder Elektrophysiologie werktätlich (Montag bis Freitag) verfügbar sein. Dies gilt auch für relevante internistische Diagnostik wie TEE oder konventionelles Röntgen, Anlage und Entfernung einer PEG, urologische Behandlung oder Wundmanagement.

Für Notfallbehandlungen muss 24/7 Zugänglichkeit von Notfalllabor, Blutgasanalyse, Asservierung von Mikrobiologie und Möglichkeit zur Transfusion bestehen. Bei Einheiten der Beatmungsentwöhnung sollte zudem 24/7 Bronchoskopie in der Einheit verfügbar sein. Eine kraniale Bildgebung (cCT oder cMRT) sollte 24/7 in max. 30 Minuten Transportentfernung verfügbar sein. Für Notfallbehandlungen und Primärversorgung inklusive Stabilisierung der Vitalfunktionen muss ein Konzept bestehen. Nach Ansicht der DGNR ist es hierfür nicht erforderlich, eine intensivmedizinische Einheit im selben Haus vorzuhalten. Eine intensivmedizinische Einheit mit der Möglichkeit einer Versorgung bei auch komplexem intensivmedizinischen Behandlungsbedarf sollte jedoch in max. 30-minütiger Transportentfernung verfügbar sein. Die strukturellen Voraussetzungen der NNFR-Einheit mit Beatmungsentwöhnung leiten sich dabei aus den Vorgaben des OPS 8-718.8 bzw. 8-718.9 ab, nicht aus der intensivmedizinischen Komplexbehandlung (OPS 8-98).

### **Vorhalteanteil**

Wie oben dargestellt, ist für die NNFR sowohl mit als auch ohne Beatmung ein hoher technischer und auch personeller, hochspezialisierter Ressourceneinsatz erforderlich. In dieser Hinsicht ist die NNFR im vorgeschlagenen System der Leistungsgruppen der Behandlung auf einer Stroke Unit (Leistungsgruppe 14.1) oder bei beatmeten Patienten der Basisbehandlung Intensivmedizin (Leistungsgruppe 13.0) vergleichbar. Die DGNR hält daher – analog zu diesen beiden Versorgungsformen - einen Vorhalteanteil von 60 % für unabdingbar, wie es mittlerweile auch für alle Leistungsgruppen vorgesehen ist.

### **Zuordnung zu Versorgungsleveln**

Die genannten Kriterien stellen sicher, dass die Einheiten der NNFR eigenständig operieren können. Nur für spezialisierte Leistungen anderer Fachdisziplinen (z.B. Innere Medizin, Urologie) ist Zugriff auf deren Strukturen erforderlich. Daher sind Leistungen der NNFR prinzipiell in Kliniken aller Versorgungslevel und auch in Fachkliniken durchführbar. Voraussetzung für eine NNFR ist eine eigenständige Notfall- und Primärversorgung. Daher besteht keine Notwendigkeit für eine zusätzliche intensivmedizinische Einheit im selben Haus.

## Schnittstellenproblematik zu anderen Versorgungssegmenten

Über die Empfehlung von Strukturkriterien hinaus sind patientenindividuelle Prozesskriterien zu definieren. Diese beinhalten das Monitoring von relevanten Prozess- und Ergebnis-Qualitätskriterien. Kompliziert wird dieser Ansatz jedoch durch die Tatsache, dass der Endpunkt der Phase B nicht bundeseinheitlich definiert ist. In einzelnen Bundesländern bestehen verschiedene Festlegungen, die sich teilweise erheblich unterscheiden [12]. Dies wird dadurch verursacht, dass das Kriterium der stationären Behandlungsbedürftigkeit (zur Rechtfertigung der Frührehabilitation als Krankenhausbehandlung) und die Eintrittskriterien der Phase C (als Ausgangskriterium der Phase B) nicht deckungsgleich sind. Somit kommt es regelhaft zu einer sogenannten B-C-Lücke [13] von Patienten, die nicht mehr die Kriterien der akutstationären Behandlungsbedürftigkeit erfüllen, aber noch nicht die Eintrittskriterien der Phase C. Die Versorgung dieser Patienten stellt ein relevantes Versorgungsproblem dar. Im Zuge der Krankenhausreform ist es daher dringend erforderlich, auch diesen organisatorischen Missstand bundeseinheitlich aufzulösen.

Zudem ist trotz des teilweise vergleichbar hohen Aufwands die Rehabilitationsphase C im Vergleich zur Phase B deutlich unterfinanziert. Das hat bundesweit in den letzten Jahren zu einer deutlichen Abschmelzung von dringend benötigten Phase-C-Betten geführt. Somit besteht in vielen Regionen der Zustand, dass Patienten mit weiterem Rehabilitationspotential mangels Rehabilitationskapazitäten in die Langzeitpflege entlassen werden müssen. Im Zuge der Krankenhausstrukturreform muss das Entgeltfindungsverfahren für die Anschlussrehabilitation der Neurorehabilitation Phase C - etwa durch Angleichung an die Preisfindung im DRG-System - so geändert werden, dass genügend Kapazitäten in diesem Bereich aufgebaut und gehalten werden. Ohne die Berücksichtigung der weiterführenden neurologischen Rehabilitationsphase C werden sich die Probleme bei der Verlegung von Patienten aus dem Akutkrankenhaus oder der NNFR in die neurologische Rehabilitationsphase C verstärken, wodurch die reformierten Krankenhäuser nicht effizient arbeiten können und die Reformbemühungen konterkariert werden.

## Literatur

1. Karagiannidis C, Busse R, Augurzyk B, Bschor T (2022) Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung
2. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (2022) Krankenhausplan NRW 2022
3. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (1999) Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen der Phasen B und C. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Frankfurt/Main
4. Loos S, Schliwen A (2012) Gutachten zur Abbildung der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation im Rahmen der Krankenhausplanung. Endbericht für die Landesarbeitsgemeinschaft NeuroRehabilitation NRW
5. Knecht S, Studer B (2019) Integrierte Neurorehabilitation verbessert Versorgungseffizienz. Nervenarzt 90:371–378. <https://doi.org/10.1007/s00115-018-0641-y>
6. Pohl M, Bertram M, Bucka C, et al (2016) Rehabilitationsverlauf von Patienten in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation. Ergebnisse einer multizentrischen Erfassung im Jahr 2014 in Deutschland. Nervenarzt 87:634–644. <https://doi.org/10.1007/s00115-016-0093-1>
7. Platz T, Bender A, Dohle C, et al (2020) German hospital capacities for prolonged mechanical ventilator weaning in neurorehabilitation – results of a representative survey. Neurol Res Pract 2:18. <https://doi.org/10.1186/s42466-020-00065-1>
8. Pohl M, Berger K, Ketter G, et al (2011) Langzeitverlauf von Patienten der neurologischen Rehabilitation Phase B: Ergebnisse der 6-Jahres-Nachuntersuchung einer Multicenterstudie. Nervenarzt 82:753–763. <https://doi.org/10.1007/s00115-010-3119-0>
9. Knecht S, Jalali VK, Schmidt-Wilcke T, Studer B (2021) Krankenhausmedizinische Interventionen in der neurologischen Anschlussrehabilitation. Nervenarzt 92:137–143. <https://doi.org/10.1007/s00115-020-01021-9>
10. Rollnik JD, Adolphsen J, Bauer J, et al (2017) Prolongiertes Weaning in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation. Nervenarzt 88:652–674. <https://doi.org/10.1007/s00115-017-0332-0>
11. Groß M, Pohl M, Platz T, Schmidt-Wilcke T (2022) Die Zertifizierung von Zentren für Beatmungsentwöhnung in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation durch die Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation. Nervenarzt 93:828–834. <https://doi.org/10.1007/s00115-021-01207-9>
12. Schorl M, Liebold D (2012) Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation in Deutschland – Aktuelle Situation, Probleme und Lösungsmöglichkeiten aus medizinischer und juristischer Sicht. Aktuelle Neurol 39:1–11. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1301299>
13. Wallesch C-W (2020) Sekundäre Fehlbelegung und B → C Lücke. Neurol Rehabil 26:104.106