



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

Bundesminister für Gesundheit
Prof. Karl Lauterbach

11055 Berlin

21.5.2024

Offener Brief der neurologischen Fachgesellschaften

Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation (DGNR)
Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)
Deutsche Gesellschaft für Neurointensiv- und Notfallmedizin (DGNI)
Deutsche Schlaganfall Gesellschaft (DSG)
Bundesverband Neurorehabilitation (BNR)

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

Hier: Leistungsgruppe „Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)“ (Nr. 26.3 im Krankenhausplan NRW)

Sehr geehrter Herr Prof. Lauterbach,

als neurologische Fachgesellschaften haben wir den Referentenentwurf vom 13.03.2024 zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) intensiv studiert. Im Sinne und Namen der von uns betreuten Patientinnen und Patienten möchten und müssen wir dringend die absehbaren negativen Auswirkungen der angestrebten Gesetzesänderungen auf die **Neurologisch-Neurochirurgische Frührehabilitation Phase B (NNFR-B)** und die gesamte Neurologische Versorgung in Deutschland darstellen und mögliche Lösungswege aufzeigen.

Prinzipiell unterstützen wir das Bestreben, einheitliche Qualitätskriterien für Behandlungssegmente zu definieren. Wir unterstützen auch die Absicht, diese Qualitätskriterien sowohl auf der Basis von Strukturkriterien, als auch auf der Basis von (Mindest-)Fallzahlen zu begründen.



Allerdings nimmt die NNFR-B mit ihrer „hybriden“ Struktur eine Sonderrolle ein. In der NNFR-B werden neurologisch schwer betroffene Patientinnen und Patienten, teilweise mit Beatmung und Trachealkanüle, über **längere Zeiträume von üblicherweise Wochen bis Monaten** simultan akutmedizinisch und rehabilitationsmedizinisch behandelt. Sie hat eine zentrale Rolle für die **Weiterversorgung vor allem von Intensivstationen und Stroke Units**. Nur durch diese Versorgungsstruktur ist eine Optimierung der Liegezeiten in Akutversorgungseinrichtungen überhaupt möglich. Durch die hohe Erfolgsquote insbesondere in der Entwöhnung von Beatmung und Trachealkanüle **reduziert** sie **den Bedarf an außerklinischer Intensivpflege** in erheblichem Umfang.

Da die **NNFR-B leistungsrechtlich eine Krankenhausbehandlung** ist, kann sie sowohl in primär versorgenden sogenannten Akutkrankenhäusern, als auch als in Fachkliniken (häufig mit angegliederten Rehabilitationseinrichtungen der Phasen C und D) stattfinden. Dabei haben die **Fachkliniken** für NNFR-B sowohl einzeln, als auch in der bundesweiten Summe **deutlich größere Betten- und Fallzahlen** als NNFR-B-Einheiten an den Akutkliniken. Für die beabsichtigten Änderungen im Rahmen des KHVVG ist relevant, dass die Fachkliniken aufgrund ihrer hohen Spezialisierung zwar in der Regel über eine umfangreiche Infrastruktur mit wesentlichen intensivmedizinischen Elementen verfügen, aber (auch zukünftig) häufig keine weiteren Leistungsgruppen über die Leistungsgruppe 26.3 hinaus aufweisen (werden). In der **aktuellen Version** des Landesbettenplans NRW wird allerdings die Leistungsgruppe „Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)“ **gekoppelt an das Vorhandensein der Leistungsgruppe „Intensivmedizin“ am Standort als Mindestkriterium**. Diese Kopplung ist inhaltlich nicht begründet, da sich diese Leistungsgruppe **bzgl. ihrer Anforderungen an den Erfordernissen einer akutmedizinischen Intensivstation orientiert**.

Die kombinierte Anwendung sowohl der geplanten Struktur-, als auch der Fallzahlkriterien für die Leistungsgruppe „Intensivmedizin“ können **bundesweit nur die wenigsten Fachkliniken** für NNFR-B erfüllen. Nach unserer Ansicht ist sie auch für die Erfüllung der Behandlungsaufträge nicht obligat erforderlich. Erhebungen der DGNR zeigen, dass bereits durch die Anwendung der Struktur-Kriterien der Leistungsgruppe „Intensivmedizin“ auf die NNFR-B-Einrichtungen bundesweit etwa **40% der NNFR-B-Betten geschlossen** werden müssten.

Die zusätzliche **Anwendung des Fallzahlkriteriums** der Intensivmedizin würde einen Großteil weiterer NNFR-B-Einheiten gefährden. Denn Fachkliniken für NNFR-B mit Intensivstation versorgen Fälle mit i.d. Regel um ein Vielfaches längeren Liegezeiten als auf einer akutmedizinischen Intensivstation. Entsprechend sind bei hoher Auslastung einer Intensivstation in Fachkliniken für NNFR-B die Fallzahlen weit geringer.

Aus diesem Grund werden ihnen – selbst, wenn die Intensivmedizinstrukturen vorhanden sind - über das Fallzahlkriterium keine **Leistungsgruppe „Intensivmedizin“ zugeordnet** werden.



In den Diskussionen wird verschiedentlich auf die bereits stattgefundene Erprobung des NRW-Modells hingewiesen. Tatsächlich ist NRW das letzte Bundesland in Deutschland, in dem die NNFR-B überhaupt in den Landesbettenplan aufgenommen worden ist. Die genannte Kopplung der Leistungsgruppen NNFR-B und Intensivmedizin ist an genau 4 Fachkliniken realisiert, die zudem nicht das Fallzahlkriterium erfüllen müssen.

Wie oben skizziert, droht bei unveränderter Umsetzung der Qualitätskriterien für die LG 26.3 ein Wegfall von NNFR-B an Fachkliniken mit und ohne Intensivstationen in erheblichem Umfang. Dies **würde allen Intensivstationen und Stroke Units die Möglichkeit der Weiterverlegung von weiter krankenhausbearbeitungsbedürftigen Personen mit NNFR-B-Bedarf in erheblichem Umfang nehmen** und damit die Aufnahmemöglichkeiten für neue Intensiv- bzw. Stroke Unit-Fälle stark begrenzen. Dies würde einerseits die akut- und intensivmedizinische Versorgung blockieren, andererseits aber auch zu einer **dramatischen Zunahme von Fällen der außerklinischen Intensivpflege und vollstationären Pflege** führen. Zur Vermeidung dieses für das gesamte Gesundheitssystem äußerst bedrohlichen Zustands halten die Fachgesellschaften die folgenden Maßnahmen für dringend erforderlich:

1. Kurzfristig: In der Leistungsgruppendifinition „NNFR“ **Verzicht auf LG Intensivmedizin als obligate Voraussetzung**. Vielmehr sollte dieses Kriterium – analog zur LG „Allgemeine Neurologie“ (26.1) und „Geriatric“ (27.1) ebenfalls mit deren Fußnote „2“ („Die LG muss bei Fachkliniken mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt“) versehen werden
2. Mittelfristig: Bei der Ermittlung der Fallzahlen der Leistungsgruppe Intensivmedizin müssen geeignete statistische Verfahren zur Anwendung kommen, die in besonderen Versorgungssegmenten wie der NNFR-B **untypisch langen, für die Behandlung jedoch erforderlichen Verweildauern** auf der Intensivstation (und deswegen die erheblich geringeren Fallzahlen bei gleicher Auslastung) berücksichtigen.
3. Für die langfristige Umsetzung möchten wir jetzt schon darauf hinweisen, dass in der NNFR-B aufgrund der langen Liegezeiten zu einem hohen Anteil **unbewertete DRGs** zur Anwendung kommen. Dies muss bei der Berechnung von Vorhaltepauschalen berücksichtigt werden.

Ergänzend möchten wir noch einmal darauf hinweisen, dass wir für Rücksprachen und Erläuterungen dieses komplexen Sachverhalts jederzeit sehr gerne und auch kurzfristig zur Verfügung stehen.



Mit freundlichen Grüßen

PD Dr. Christian Dohle, M. Phil
Präsident
Deutsche Gesellschaft für
Neurorehabilitation (DGNR)

Prof. Dr. Lars Timmermann
Präsident
Deutsche Gesellschaft für
Neurologie (DGN)

Prof. Dr. T. Westermaier
Präsident
Deutsche Gesellschaft für
Neurointensiv- und Notfallmedizin (DGNI)

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Stefan Schwab
1. Vorsitzender
Deutsche Schlaganfall Gesellschaft (DSG)

Prof. Dr. med. Thomas Mokusch
Vorsitzender
Bundesverband NeuroRehabilitation (BNR)