



[DGNR e.V. c/o Angelica Totzauer • Hollerith Str. 14 • 53359 Rheinbach](http://www.dgner.de)

Wilhelm Walzik
Ministerialrat
Referatsleiter 216
„Grundsatzfragen der Krankenhausversorgung,
Krankenhausfinanzierung, Personal im Krankenhaus“
11055 Berlin

Geschäftsstelle der DGNR e.V.

c/o Angelica Totzauer
Hollerith Str. 14
53359 Rheinbach
Mobil: 0 163 - 87 15 023
Tel: 0 22 26 - 80 96 59

E-Mail: info@dgner.de

Bankverbindung

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

vorab per Email wilhelm.walzik@bmg.bund.de

cc: AWMF, per Email stn@awmf.org

7. Oktober 2020

**Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für NeuroRehabilitation
zum Referentenentwurf einer Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in
pflegeintensiven Bereichen in Krankenhäusern**

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Deutsche Gesellschaft für NeuroRehabilitation (DGNR) begrüßt, dass der Referentenentwurf zur PpUGV die neurologische Frührehabilitation (NFR) als eigenständigen Subsektor der akutstationären Versorgung begreift (vgl. Wallesch 2016). Mit über 6.000 Behandlungsplätzen macht sie etwa ein Viertel der akutneurologischen Planbetten aus. Die Kliniken weisen hohe und sehr hohe Casemixes (über 5) auf (Krankenhaus-Directory 2016) und leistet einen erheblichen Beitrag zur Reduktion langfristiger Pflegebedürftigkeit, auch des Bedarfs an außerklinischer Intensivpflege. Entsprechend hoch ist die Pflegeintensität in der Neurologischen Frührehabilitation.

Der neue Referentenentwurf enthält einzelne Verbesserungen der Situation, wie die Berücksichtigung von weiteren Berufsgruppen als medizinische Fachkräfte oder eine minimale Erhöhung der Quote für Pflegehilfskräfte. Wie bereits zum ursprünglichen Entwurf angemerkt, werden auch im neuen Referentenentwurf weiterhin zwei wesentliche Punkte nicht adäquat berücksichtigt.

- (1) Die Phase B ist klinisch sehr heterogen. Aufgrund mehrerer möglicher Eingangskriterien (Beatmung, intensivmedizinische Überwachung, insbesondere aufgrund einer Trachealkanüle, beaufsichtigungspflichtige Orientierungs-, Verhaltens- oder Schluckstörung, schwere

Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation e.V. (DGNR)

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

Vize-Präsident der DGNR e.V.
Priv.-Doz. Dr. med. Christian Dohle
Ärztlicher Direktor und Chefarzt
Fachklinik für Neurol. Rehabilitation
Median Klinik Berlin-Kladow
Kladower Damm 223, D-14089 Berlin
Tel. + 49 (0) 30 36 503-101
Mail: christian.dohle@median-kliniken.de

Past-Präsident der DGNR e.V.
Prof. Dr. med. Thomas Mokrusch
Ärztlicher Direktor, Chefarzt
Neurologie – Rehasentrum Gernsbach
Casimir-Katz-Str.22, D-76539 Gernsbach
Tel. + 49 (0) 7224 6201 500
Mail: thomas.mokrusch@mediclin.de

Verständigungsstörung aufgrund einer Aphasie etc.) besteht innerhalb der Kliniken eine ausgeprägte Spezialisierung und Binnendifferenzierung der einzelnen Stationen: Es finden sich unterschiedliche Stationssettings für die NFR zur Beatmungsentwöhnung („Weaning“), zur Entwöhnung von Trachealkanüle oder für orientierungsgestörte Patienten (Brommer et al., 2020). So werden die vorgeschlagenen Untergrenzen auf Beatmungs- und Trachealkanüenträgerstationen zumindest teilweise deutlich überschritten (zum Weaning in der neurologischen Frührehabilitation s. Rollnik 2017). Auf Stationen für mobile Verwirrte und Desorientierte, die ebenfalls in der Neurologischen Frührehabilitation behandelt werden (BAR 1995), hingegen häufig nicht erreicht. Im aktuellen Referentenentwurf wird diese Binnendifferenzierung weiterhin nicht berücksichtigt. Wir vermuten, dass der verwendete stationsbezogene Ermittlungsansatz der Untergrenzen Resultat einer Fokussierung auf Stationen für mobile Patienten ist.

- (2) Die Indikatoren-DRGs des Entwurfs der PpUGV für die neurologische Frührehabilitation erfordern zwingend die Erbringung der OPS 8-552. Die dort geforderten 300 Therapieminuten pro Tag werden nicht nur von Pflegepersonal, sondern auch von Fachtherapeuten wie Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten erbracht. Unter der OPS 8-552 erbringen auf „normalen“ Phase B-Stationen (ohne Beatmung und ohne mobile Verwirrte) Pflegenden in der Regel ca. 150 Min. therapeutische Pflege pro Tag und Patient. Dies wären in der Früh- und Spätschicht bei einer Relation von 5:1 je Pflegeperson jeweils 6,25 Stunden allein für therapeutische Pflege. Hinzu kommen Grundpflege, Behandlungspflege, Dokumentation und Organisatorisches. Die PpUGV berücksichtigt jedoch nur die Pflege und wird so der neurologischen Frührehabilitation, in der die OPS 8-552 die interdisziplinäre Kooperation explizit einfordert, nicht gerecht. Zudem arbeiten größere Abteilungen der neurologischen Frührehabilitation mit einem Qualifikationsmix in der Pflege, wie er auch pflegewissenschaftlich gefordert wird (Robert-Bosch-Stiftung 2018). Dreijährig ausgebildete und akademisch qualifizierte Pflegekräfte arbeiten in strukturierten Teams gemeinsam mit langjährig tätigen und einschlägig ausgebildeten (OPS 8-552: „besonders geschultes Pflegepersonal auf dem Gebiet der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation“) einjährig Qualifizierten. Die DGNR sieht keine Gründe, diese bewährte Organisationsform aufzulösen. Im aktuellen Referentenentwurf wird lediglich der Anteil der Pflegehilfskräfte in der Nachtschicht von 8 auf 10 % erhöht. Im Übrigen hat keine Änderung stattgefunden.

Die DGNR hat in einer Umfrage den Effekt der PpUGV auf die neurologische Frührehabilitation in einer Umfrage erfasst (Platz et al., 2020, s. Anlage). Wie befürchtet, kam es durch die Anwendung der PpUGV in der derzeitigen Form zu einer Zusammenlegung von völlig inhomogenen Patientenkollektiven mit einer Auflösung der Spezialisierung. Das hat beispielsweise zur Folge, dass orientierungsgestörte Patienten mit intensivmedizinisch überwachungspflichtigen Patienten auf einer gemeinsamen Station behandelt werden müssen, was für beide Patientengruppen zu einer Verschlechterung der Behandlungsqualität führt, da die notwendige Behandlungsspezialisierung leidet.

Als zweite erwartete Konsequenz kam es dazu, dass vorhandene Bettenkapazitäten nicht belegt werden konnten. Selbst in Bereichen mit prolongierter Beatmungsentwöhnung („Weaning“) in der NFR gaben von 36 Teilnehmern einer aktuellen Erhebung, die Untergrenzen für die Intensivstation zugrunde legte, nur 19 Einrichtungen (79,2%) an, dass sie die Grenzen zu Beginn des Jahres 2020 (vor der SARS-CoV2-Pandemie) überwiegend hätten einhalten können (Rollnik et al., 2020, s. Anlage). Dazu mussten allerdings 18 Kliniken Betten sperren (75%). Somit kam es auch hier zu einer Verknappung der ohnehin limitierten Behandlungskapazitäten. Da somit weniger Plätze in der Entwöhnung von der Beatmung und von einer Trachealkanüle vorgehalten werden, besteht die Gefahr, dass diese Reduktion ganz unmittelbar zu einem erhöhten Pflegebedarf, gerade auch in der außerklinischen Intensivpflege führt.

Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation e.V. (DGNR)

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

Vize-Präsident der DGNR e.V.
Priv.-Doz. Dr. med. Christian Dohle
Ärztlicher Direktor und Chefarzt
Fachklinik für Neurol. Rehabilitation
Median Klinik Berlin-Kladow
Kladower Damm 223, D-14089 Berlin
Tel. + 49 (0) 30 36 503-101
Mail: christian.dohle@median-kliniken.de

Past-Präsident der DGNR e.V.
Prof. Dr. med. Thomas Mokrusch
Ärztlicher Direktor, Chefarzt
Neurologie – Rehasentrum Gernsbach
Casimir-Katz-Str.22, D-76539 Gernsbach
Tel. + 49 (0) 7224 6201 500
Mail: thomas.mokrusch@mediclin.de

Wir erneuern daher dringend unsere Forderung, die **neurologische Frührehabilitation aus der PpUGV herauszunehmen**, da ihre Personalausstattung bereits durch die OPS 8-552 vorgeschrieben ist. Deren 300-min-Vorgabe erlaubt zudem eine flexiblere Verteilung der Pflege- und Therapieintensität auf die beteiligten Berufsgruppen gemäß der individuellen Behandlungsnotwendigkeiten.

Sollte die neurologische Frührehabilitation im PpUGV verbleiben, so ist der vorgelegte pauschalisierte Ansatz nicht haltbar. Es müssen **separate Definitionen für einzelne Behandlungssegmente** vorgenommen werden, zumindest für NFR mit Beatmung, NFR zur Entwöhnung von der Trachealkanüle und mobile orientierungsgestörte Patienten. Zudem müssten in diesem Fall die in der PpUGV vorgesehenen Pflegehilfskraftquoten für die neurologische Frührehabilitation verdoppelt werden.

Sollte hierfür Bedarf bestehen, stehen wir auch gerne kurzfristig für Gespräche zur Neugestaltung dieses Behandlungssegmentes zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen,



Prof. Dr. Platz
Präsident



PD Dr. Dohle
Vizepräsident



Prof. Dr. Mokrusch
Past-Präsident

Literatur

Brommer, M., Banthien, N., Bläsing, H., Gorsler, A., Kretschmar, E., Rogge, W., Schönherr, B., Schultze-Amberger, J., Seifert, M., Meisel, A., Dohle, C.,. Behandlungsanforderungen in der Neurologisch-Neurochirurgischen Frührehabilitation Phase B. 7. Gemeinsame Jahrestagung der DGNR und DKNKN, 2020, Düsseldorf

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR). Empfehlungen zur neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C. Frankfurt, BAR, 1995

Krankenhaus-Directory 2016. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg.). Krankenhausreport 2018. Stuttgart: Schattauer, 2018

Platz T, Dohle C, Mokrusch T, Wallesch C-W. Die Auswirkungen der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung auf die Neurologische Frührehabilitation Phase B. Neurol Rehabil 2020; 26:107–111

Robert-Bosch-Stiftung. 360 Grad Pflege – Qualifikationsmix für den Patienten. Stuttgart: Robert-Boosch-Stiftung

Rollnik JD, Adolphsen J, Bauer J, Berrtram M, Brocke J, Dohmen C, Donauer E, Hartwich M, Heidler MD, Hüge V, Klarmann S, Lorenz S, Lück M, Mertl-Rötzer M, Mokrusch T, Platz T, Riechmann L, Schlachetzki F, von Helden A, Wallesch CW, Zergiebl D, Pohl M. Leitlinie Prolongiertes Weaning in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation. AWMF 080/002, 2017

Rollnik JD, Brocke J, Gorsler A et al. Weaning in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation – Ergebnisse der „WennFrüh“-Studie der Deutschen Gesellschaft für Neurorehabilitation. Nervenarzt (2020). <https://doi.org/10.1007/s00115-020-00976-z>

Wallesch CW: Die neurologische Frührehabilitation Phase B als neuer Subsektor der akutstationären Behandlung. Akt Neurol 2016; 43: 280-284

Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation e.V. (DGNR)

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

Vize-Präsident der DGNR e.V.
Priv.-Doz. Dr. med. Christian Dohle
Ärztlicher Direktor und Chefarzt
Fachklinik für Neurol. Rehabilitation
Median Klinik Berlin-Kladow
Kladower Damm 223, D-14089 Berlin
Tel. + 49 (0) 30 36 503-101
Mail: christian.dohle@median-kliniken.de

Past-Präsident der DGNR e.V.
Prof. Dr. med. Thomas Mokrusch
Ärztlicher Direktor, Chefarzt
Neurologie – Rehasentrum Gernsbach
Casimir-Katz-Str.22, D-76539 Gernsbach
Tel. + 49 (0) 7224 6201 500
Mail: thomas.mokrusch@mediclin.de