



**Geschäftsstelle der DGNER 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: at.dgner@t-online.de

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

27. September 2019

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

Die Deutsche Gesellschaft für NeuroRehabilitation (DGNER) begrüßt, dass das Bundesministerium für Gesundheit 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).

Entsprechend hoch ist die Pflegeintensität in der NFR. Dabei übersieht der Referentenentwurf zur PpUGV jedoch drei wesentliche Punkte:

- (1) Die Phase B ist klinisch sehr heterogen. Aufgrund mehrerer möglicher Eingangskriterien (Beatmung, kontinuierliche intensivmedizinische Überwachung auch ohne Beatmung, insbesondere aufgrund einer Trachealkanüle, beaufsichtigungspflichtige Orientierungs-, Verhaltens- oder Schluckstörung, schwere Verständigungsstörung aufgrund einer Aphasie etc.) besteht innerhalb der Kliniken eine ausgeprägte Spezialisierung und Binnendifferenzierung der einzelnen Stationen. Im Rahmen der meist mehrwöchigen Behandlung werden Patienten innerhalb der Kliniken auf Stationen mit abnehmender Pflegeintensität verlegt, bis sie in die weiterführende Rehabilitation Phase C umgewandelt werden können. Es finden sich unterschiedliche Stationsettings für die NFR zum Beatmungswaning (zum Waning in der NFR s. Rollnik 2017), zur Überwachung von Vitalparametern ohne Beatmung, zur Entwöhnung von Trachealkanülen oder für orientierungsgestörte Patienten. So werden die vorgeschlagenen Untergrößen für die Pflege auf Beatmungs- und Trachealkanülträgerstationen weit überschritten, auf Stationen für mobile Verwirrte und Desorientierte, die ebenfalls in der NFR behandelt werden (BAR 1995), hingegen nicht erreicht, weil hier die neuropsychologische und ergotherapeutische Behandlung im Vordergrund steht. Wir vermuten, dass der verwendete stationsbezogene Ermittlungsansatz der Untergrößen Resultat einer Fokussierung auf Stationen für mobile verwirrte und umwandlungsnahe Patienten ist.

## **Deutsche Gesellschaft für NeuroRehabilitation e.V. (DGNER)**

Präsident der DGNER 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  
E-mail: thomas.mokrusch@mediclin.de

Vizepräsident der DGNER e.V.  
Prof. Dr. med. Claus-W. Wallesch  
Ärztlicher Direktor  
BDH-Klinik Elzach gGmbH  
Am Tannwald1, D-79215 Elzach  
Tel. + 49 (0) 7682 801 871  
E-Mail: claus.wallesch@neuroklinik-elzach.de

- (2) Die Indikatoren-DRGs des Entwurfs der PpUGV für die NFR 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. 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.
- (3) Größere Abteilungen der NFR arbeiten 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.

Wir schließen uns daher der gut begründeten Forderung des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken BDPK und der Deutschen Krankenhausgesellschaft an, die **neurologische Frührehabilitation aus der PpUGV herauszunehmen**, da ihre besondere Personalausstattung und Behandlungsintensität bereits durch die OPS 8-552 vorgeschrieben ist und deren 300-min-Vorgabe zudem eine flexible und patientenindividuell angepasste Verteilung der Pflege- und Therapieintensität auf die beteiligten Berufsgruppen erlaubt.

Sollte die neurologische Frührehabilitation im PpUGV verbleiben, so ist der vorgelegte pauschalisierte Ansatz aus den genannten Gründen nicht haltbar.

In diesem Fall müssen separate Definitionen vorgenommen werden für Stationen der NFR mit Beatmung, NFR mit Überwachung von Vitalparametern einschließlich der Entwöhnung von der Trachealkanüle und mobile orientierungsgestörte sowie umwandlungsnaher Patienten definiert werden.

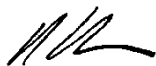
Zudem müssten in diesem Fall in der Ersatzvornahme deutlich höhere Pflegehilfskraftquoten sowie die Leistungen der therapeutischen Berufe in der NFR berücksichtigt werden.

#### Literatur:

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.). Krankenhaus-report 2018. Stuttgart: Schattauer, 2018

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

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



Prof. Dr. Thomas Mokrusch  
Präsident der DGNR e.V.



Prof. Dr. Claus W. Wallesch  
Vizepräsident der DGNR e.V.

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

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  
E-mail: thomas.mokrusch@mediclin.de

Vizepräsident der DGNR e.V.  
Prof. Dr. med. Claus-W. Wallesch  
Ärztlicher Direktor  
BDH-Klinik Elzach gGmbH  
Am Tannwald1, D-79215 Elzach  
Tel. + 49 (0) 7682 801 871  
E-Mail: claus.wallesch@neuroklinik-elzach.de