



Bundesverband NeuroRehabilitation  
BNR e. V.

## **Bundesverband NeuroRehabilitation e.V. (BNR)**

### **Empfehlungen für die Stellung der Neurologisch- Neurochirurgischen Frührehabilitation (NNF) im Rahmen der geplanten Neuordnung für eine moderne und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung**

Kontakt:

Bundesverband NeuroRehabilitation e.V. (BNR)

Prof. Dr. med. Thomas Mokrusch, Vorsitzender

Bundesgeschäftsstelle Frau Eckert

Herkenratherstraße 43

51465 Bergisch Gladbach

[bnr-geschaeftsstelle@web.de](mailto:bnr-geschaeftsstelle@web.de)

Für die Neuregelung einer modernen und bedarfsgerechten Krankenhausversorgung wurde im Mai 2022 vom Bundesgesundheitsminister eine Regierungskommission mit Experten aus den Bereichen Medizin, Pflege, Ökonomie und Recht einberufen. Die daraus resultierenden Empfehlungen wurden am 6. Dezember 2022 veröffentlicht und haben Eingang in die Vorbereitung zum geplanten Gesetzgebungsverfahren erhalten. Bund und Länder haben sich am 10. Juli 2023 auf die Eckpunkte für die Krankenhausreform geeinigt.

Eine größere Anzahl von Kommentierungen sind den zuständigen Stellen von Bund und Ländern bislang zugegangen, u.a. von den Verbänden BDH, BDPK, DGIM, DGN, DGNR, DKG, ZVK. Die dort genannten Empfehlungen sind z.T. Gegenstand der Empfehlungen des BNR und werden an dieser Stelle nur bei entsprechender Relevanz beziehungsweise erwähnt.

Der Bundesverband NeuroRehabilitation e.v. (BNR) ist als Dachverband aller im Bereich der NeuroRehabilitation tätigen Träger von Einrichtungen, Fachgesellschaften sowie Behindertenverbänden und Selbsthilfegruppen tätig. Der Bundesverband koordiniert und nimmt insbesondere die nach § 26 Abs. 6 SGB IX festgelegten Beteiligungsrechte wahr. Insoweit ist er auch Ansprechpartner für die Bundesregierung in fachspezifischen Fragestellungen der NeuroRehabilitation.

Die hier vorgelegten Empfehlungen wurden zusätzlich zu den bereits vorliegenden Stellungnahmen der Deutschen Gesellschaft für Neurorehabilitation (DGNR) sowie des BDH Bundesverband Rehabilitation e.V. erarbeitet, um die Besonderheiten der neurologisch-neurochirurgischen (Früh-)Rehabilitation zukunftsweisend noch einmal darzustellen.

**Der BNR begrüßt explizit und generell die Planungen zu einer Reform der Gesundheitsversorgung, welche im aktuellen Status das Potential für eine wegweisende Verbesserung des Gesundheitswesens in sich trägt, weist aber im folgenden gleichzeitig auch auf zwei klärungsbedürftige Punkte sowie einen relevanten Mangel hin. Die Themen im einzelnen:**

**1.: NNF soll in Fachkliniken stattfinden. Wie werden zukünftig die NNF-Fachabteilungen berücksichtigt, die in anderen Krankenhäusern angesiedelt sind?**

**2.: In welcher Leistungsgruppe ist das NNF-Weaning (Beatmungsentwöhnung) anzusiedeln?**

**3.: Es fehlen die sektorenübergreifend notwendigen Schnittstellen zur weiterführenden Reha sowie zur Langzeitversorgung.**

Im folgenden wird die Neurologisch-Neurochirurgische Frührehabilitation als NNF abgekürzt.

**1.: NNF soll in Fachkliniken stattfinden. Wie werden zukünftig die NNF-Fachabteilungen berücksichtigt, die in anderen Krankenhäusern angesiedelt sind?**

Ein Auszug aus dem Eckpunktepapier – Krankenhausreform – vom 10. Juli 2023 gibt keine endgültige Antwort, wie die Definition von Fachkliniken in Zukunft getroffen wird und äußert sich hierbei auch zu Fachabteilungen in allgemeinen Krankenhäusern:

*„Fachkliniken sind in den Landeskrankenhausplänen ausgewiesene Krankenhäuser, die sich auf die Behandlung einer oder mehrerer bestimmter Erkrankung oder Krankheitsgruppe spezialisiert haben und die in relevantem Umfang zur Behandlung in ihrem Spezialisierungsbereich beitragen. Sie behandeln (auch) schwere, komplexe oder chronische Krankheitsbilder des Fachgebietes. **Bei Fachkliniken kann es sich nicht um Fachabteilungen in allgemeinen Krankenhäusern handeln.** ... Die konkrete praxistaugliche Definition von Fachkliniken, Level 1i und Level 1n, die den Ländern hinreichende Entscheidungsspielräume belässt, sowie die Berücksichtigung der Spezialversorger wird zwischen Bund und Ländern gemeinsam abgestimmt.“*

Fachkliniken der NNF zeichnen sich darüber hinaus auch durch sektorenübergreifende Behandlungskonzepte aus. Sie versorgen Patienten mit Mehrfachbehinderungen und sind nicht nur spezialisiert für ein Fachgebiet, sondern müssen auch mehr bieten als andere Kliniken, auch Beratungsaufgaben gegenüber anderen Neurologien. Alle genannten Kriterien treffen gleichermaßen auf Fachkliniken wie auch auf Fachabteilungen der NNF zu, die in anderen Krankenhäusern angesiedelt sind.

**Vorschlag:**

**Fachabteilungen der NNF werden – sofern sie die notwendigen Voraussetzungen erfüllen (aktuell nach OPS 8-552 und OPS 8-718) – dann genauso gewertet wie Fachkliniken, wenn das führende Krankenhaus in Level 2 oder 3 angesiedelt ist. Krankenhäuser in Level 1 sind nicht befugt, eine Fachabteilung NNF zu führen.**

## **2.: In welcher Leistungsgruppe ist das NNF-Weaning (Beatmungsentwöhnung) anzusiedeln?**

Es ist positiv anzumerken, dass die Regierungskommission in ihrem Entwurf die Sonderrolle der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation anerkennt, indem sie ihr eine eigene Leistungsgruppe 10.3 „Neuro-Frühreha (NNF, Phase B) zuordnet. Sofern es sich um spezialisierte Einrichtungen der NNF handelt, werden diese als Fachkliniken dem Level 2 zugeordnet. Zudem wird einer klaren Definition von Leistungsgruppen hohe Bedeutung zugemessen:

*„Die Definition von Leistungsgruppen ist für den Erfolg der Krankenhausreform von höchster Relevanz. Sie haben eine hohe Bedeutung für die zukünftige Krankenhausplanung und die Sicherstellung der stationären Versorgung. Bund und Länder erarbeiten und verantworten gemeinsam die Festlegung und Weiterentwicklung der Leistungsgruppen mit Qualitätskriterien, die durch eine zustimmungsbedürftige Rechtsverordnung festgelegt werden.“*

Das Besondere an neurologischen Erkrankungen ist, dass sie in der Regel als äußerst komplexe Schädigungs- und Störungsmuster auftreten, bedingt durch die umfassenden Steuerungsaufgaben des zentralen und peripheren Nervensystems. Ohne intensive rehabilitative Maßnahmen in

einem fachärztlich geleiteten multiprofessionellen, inter- oder transdisziplinär arbeitenden Team (Neuropsychologie, Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie, aktivierend-therapeutische Pflege, Sozialdienst u.e.m.) verbleiben häufig lebenslang schwere Behinderungen mit Verlust der Teilhabe in allen Dimensionen.

Bei der rehabilitativen Versorgung schwer betroffener neurologisch erkrankter Menschen (Schlaganfall, Tumor, Schädel-Hirn-Verletzung etc.) bedarf es initial gleichermaßen intensivmedizinischer wie auch rehabilitativer Expertise. Das Zusammenwirken dieser im wesentlichen ärztlichen, therapeutischen sowie pflegerischen Kompetenzen wurde über Jahrzehnte effektiv und flächendeckend in Deutschland aufgebaut. Dies gilt sowohl für nicht beatmete Patienten mit Trachealkanüle wie auch für beatmete Patienten, die zur Frührehabilitation mit paralleler Beatmungsentwöhnung aufgenommen werden. Diesbezüglich wurden für die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation wie auch für die Frührehabilitation mit prolongierter Beatmungsentwöhnung Strukturvoraussetzungen definiert, die u.a. auf den Struktur- und Prozessmerkmalen der OPS 8-552 Neurologisch-

neurochirurgische Frührehabilitation sowie 8-718.8. und .9 Prolongierte Beatmungsentwöhnung basieren.

Bei vielen Gemeinsamkeiten besteht jedoch ein gravierender Unterschied zwischen den „konventionellen“ neurologischen Frühreha-Patienten und jenen, die noch beatmet werden. Für letztere sind neben den sonstigen umfangreichen Kompetenzen der Rehabilitation und der allgemeinen Neurologie und Intensivmedizin vor allem die Kompetenzen auf dem Gebiet der Beatmungsmedizin erforderlich, sowohl in der ärztlichen als auch in der pflegerischen Versorgung, die neben der selbsterklärenden Begründung z.B. auch eine spezielle Ausbildung erfordern (beim Arzt mindestens die Zusatzbezeichnung „spezielle neurologische Intensivmedizin“, alternativ den Nachweis von spezifischen Erfahrungen, bei der Pflege die Weiterbildung zum „Fachkrankenpfleger für Intensivpflege und Anästhesie“ oder vergleichbare Erfahrungen. Mittlerweile ist jeder 5. Frühreha-Patient der neurologischen

Frührehabilitation mit prolongierter Beatmungsenetwöhnung (Weaning) zuzuordnen. Zu der bereits vorgesehenen Leistungsgruppe 10.3 „neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation, NNF“ sollte deshalb zusätzlich auch eine Leistungsgruppe 10.4 „Beatmungsentwöhnung in der NNF, NNF-Weaning“ ergänzt werden. Dieses Leistungssegment muss unbedingt eigenständig erhalten bleiben, da sich die Integration von prolongierter Beatmungsentwöhnung in die neurologisch- neurochirurgische Frührehabilitation in Bezug auf die Behandlungserfolge als sehr effektiv erwiesen hat.

In beiden Leistungsgruppen (NNF und NNF-Weaning) ist ein hoher Vorhalteanteil der Gesamtvergütung zu berücksichtigen. Eine 40-%ige Vorhaltungsfinanzierung wird allein schon in der Leistungsgruppe 10.3 (NNF) der Bedeutung in der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung nicht gerecht. Es gilt dabei zu bedenken, dass in der NNF regelhaft personelle und apparative Überwachungspflicht mit zentralem Monitoring besteht, entweder auf Intermediate Care- oder Intensiv- Standard. Intensivmedizinische Leistungen werden aber den Leistungsgruppen 13.x zugeordnet, mit einem Vorhaltungsfinanzierungsanteil von 60 %. Wir empfehlen daher, den Anteil von 60 % Vorhaltungsfinanzierung auch für die Leistungsgruppen NNF und NNF-Weaning vorzusehen.

**Vorschlag:**

**Die bereits vorgesehene Leistungsgruppe 10.3 „neurologisch- neurochirurgische Frührehabilitation (NNF, Phase B)“ wird um die Leistungsgruppe 10.4 „neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation mit Beatmungsentwöhnung (NNF, Phase B/**

Beatmungsentwöhnung)“ ergänzt. Die in diesem Versorgungssegment notwendigen spezifischen Behandlungsvoraussetzungen werden bereits vorgehalten. Die Operationalisierung und Differenzierung der beiden Leistungsgruppen erfolgt aktuell über die etablierten Struktur- und Prozessmerkmale des OPS. Den Vorschlägen der DGNR für die entsprechenden Strukturkriterien wird i.W. zugestimmt, als Minimalgröße für NNF-Fachabteilungen in anderen Krankenhäusern sollten allerdings 10 Betten diskutiert werden. Sowohl für die NNF als auch für die NNF-Weaning soll ein Anteil von 60% für die Vorhaltungsfinanzierung vorgesehen werden.

### **3.: Werden die notwendigen Schnittstellen zur weiterführenden Reha sowie zur Langzeitversorgung sektorenübergreifend in die geplante Reform implementiert?**

Die geplante Reform präsentiert sich einerseits als Krankenhausreform mit dem Schwerpunkt einer geänderten Vergütungsplanung, gibt andererseits aber auch Hinweise auf weiterführende, ggf. umfangreichere Planungen einer Gesundheitsversorgung, welche in toto nicht nur als Reform der Krankenhaus-Struktur und -Vergütung fungiert, sondern als Reform des gesamten Gesundheitswesens verstanden werden könnte. Blickt man in diesem Sinn über die geplanten Regelungen im Krankenhausbereich hinaus, erscheint es im bisherigen Entwurf zumindest für die Erkrankungen des Gehirns problematisch, dass die erforderliche – hinsichtlich der Vergütung sektorenübergreifende - Behandlungskette in den Empfehlungen der Regierungskommission nicht vorkommt.

Die Neurorehabilitation ist in Deutschland fest etabliert und mit dem Phasenmodell so effektiv durchstrukturiert wie keine andere Rehabilitationsform. Sie berücksichtigt – bedingt durch die umfänglichen Zuständigkeiten und Arbeitsweisen des Gehirns - sämtliche Lebensaspekte, von der Wachheit und den kognitiven Fähigkeiten, der Psyche, Sprache und Kommunikation bis hin zur Bewegungsfähigkeit im Feinen wie im Groben. Sie ist optimal eingebettet in einer durchgehenden Krankheits- und Behandlungskette und findet in Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen und Neurorehabilitationszentren statt.

Nach diesem Phasenmodell bezeichnet in Kurzform

Phase A: die Akutbehandlung (Krankenhaus),

Phase B: die Frührehabilitation (meist Krankenhaus, teilweise Rehaklinik)

Phase C: die weiterführende Rehabilitation (Rehaklinik)

Phase D: die Anschlussrehabilitation (Rehaklinik oder ambulant)

In der Bundesrepublik Deutschland werden pro Jahr zusätzlich zur konventionellen Rehabilitation ca. 40.000 neurologische Frührehabilitationsbehandlungen bei Schwerstbetroffenen durchgeführt, die noch einer Versorgung auf Intensivmedizin- oder Intermediate-Care- Niveau bedürfen. Hinzu kommen noch einmal ca. 10.000 Fälle, bei denen initial gleichzeitig eine Frührehabilitation sowie eine Entwöhnung von der Beatmung (Weaning) durchgeführt wird. Die Neurologie verbindet damit wie kein anderes Fach Akutmedizin und Rehabilitation.

### *Schnittstellen zur Rehabilitation*

Je besser Krankenhaus- und Rehabilitationsplanung aufeinander abgestimmt sind, umso effizienter ist die Gesamtversorgung. In der täglichen Routine ergeben sich hierbei aber z.T. ausgeprägte Probleme, die systemimmanent sind: Krankenhausplanung ist Aufgabe der Länder, Bereitstellung stationärer Rehabilitation nach § 40 SGB V Aufgabe der Krankenkassen. Eine gemeinsame Planung findet nicht statt, könnte aber zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Gesamtversorgung schwer betroffener neurologischer Patienten führen. Hinzu kommt, dass die Anschlussrehabilitationsleistungen der Phase C immer noch unter Einwilligungsvorbehalt der gesetzlichen Krankenversicherung stehen, obwohl der Verzicht darauf nachweislich die Effizienz der Versorgung fördern würde. Zudem besteht bundesweit eine überwiegend deutliche Unterfinanzierung der Behandlung schwer betroffenen Patienten in Phase C, so dass immer mehr Klinikbetreiber die Anzahl der hierfür bereitgestellten Betten einkürzen. Dies wiederum führt im weiteren Gefolge häufig zu einer Direktverlegung in Pflegeheime, zulasten der Chancen von Patienten auf Wiedererlangung von Teilhabe. Es bleibt abzuwarten, inwieweit die veränderte Nutzung der zukünftigen Level I-Krankenhäuser hier Abhilfe schaffen kann.

Aufwendungen für Krankenhausbehandlung und medizinische Rehabilitation einerseits und Pflegeversorgung andererseits werden bei den Krankenkassen separat verwaltet, was die Effizienz ebenfalls nicht fördert. Insbesondere ist nicht gewährleistet, dass eine Direktverlegung aus dem Akutkrankenhaus in eine Rehabilitation Phase C erfolgt, in Phase D ist daneben häufig die Deutsche Rentenversicherung als weiterer Player zuständig. Während im Krankenhausbereich die medizinischen Leistungen bedarfsgerecht finanziert werden, kommt v.a. im Bereich der stationären Rehabilitation ein intransparentes „Einkaufsmodell“ zum Tragen, das kostengünstige Leistungsanbieter bevorzugt, aber nicht bei kontinuierlich seit Jahren steigender Krankheitslast zu einer auskömmlichen und bedarfsgerechten Finanzierung der stationären Rehabilitation führt. In der Konsequenz ziehen sich Leistungserbringer aus

dem Markt zurück, was die Versorgung weiter gefährdet. Zusätzlich ist zu erwarten, dass durch den schleichenden demographischen Wandel die Versorgungsbedarfe weiter zunehmen. Im Rahmen der aktuellen Reform für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung ist deshalb zu fordern, dass ein Versorgungskonzept „Anschlussrehabilitation“ genuiner Teil der Mindeststrukturvoraussetzungen aller Leistungsgruppen wird, bei denen eine solche nachstationäre Versorgung angezeigt ist. Dieses sollte vor allem im Indikationsbereich Neurologie Vereinbarungen mit geeigneten Rehabilitationseinrichtungen, Festlegungen zum Überleitungsmanagement und das Entfallen eines Bewilligungsvorbehaltes beinhalten.

### *Gesundheitsversorgung über die gesamte Lebensspanne*

Oftmals ist nach Beendigung der primären Rehabilitationsphase weiterhin eine hochspezialisierte, lange und sektorenübergreifend organisierte medizinische Versorgung und soziale Betreuung erforderlich. Hierzu

bedarf es einer ärztlich geleiteten, in einem Reha-Team intensiven und ausreichend lange umgesetzten spezifischen Nachbehandlung. Diese erfolgt durch therapeutisches Personal, das für die Behandlung der

spezifischen Defizite ausgebildet ist wie Neuropsychologie, Logopädie, Ergotherapie und Physiotherapie sowie aktivierend therapeutische Pflege, um auf Dauer die noch vorhandenen funktionellen Erholungspotenziale des Gehirns zu nutzen resp. mit dem Erlernen von Kompensationsstrategien für den Alltag weiter zu steigern. Die Sozialgesetzbücher V und XI enthalten hierfür Ansätze, die weiterentwickelt werden müssen.

Der Versorgungsalltag von Menschen mit schweren neurologischen Störungen schaut in der Bundesrepublik Deutschland allerdings anders aus. Die notwendige Versorgung wird nicht koordiniert ärztlich geleitet in einem Team durchgeführt, meist werden isoliert Heilmittel-Leistungen erbracht, die zudem mengenmäßig und zeitlich begrenzt oft den Bedarfen der behinderten Menschen nicht gerecht werden. Weltweit ist die Anzahl der DALYs (Jahre, mit denen ein betroffener Mensch mit seiner Behinderung lebt), in den letzten zwei Jahrzehnten dramatisch angestiegen. Selbst in einem finanziell gesunden Land ist es schwierig geworden, hier die notwendigen Ressourcen zur Verfügung zu stellen, hinzu kommt erschwerend auch noch der Fachkräftemangel.

Die Gesundheitsversorgung bei Gehirnerkrankungen ist eine politische und gesellschaftliche Aufgabe über die gesamte Lebensspanne, wie es u.a. auch der „Deutsche Gehirnplan“ des German Brain Council fordert:

*„Das German Brain Council legt den „Deutschen Gehirnplan – Agenda 2030“ vor, weil eine stabile Gesundheit des Menschen ohne Gehirngesundheit nicht möglich ist. 25 Prozent aller Menschen weltweit haben aktuell eine neurologische oder psychische Erkrankung und jährlich entstehen dadurch allein in Europa Kosten von mehr als 800 Milliarden Euro. ... (Deshalb wird) die Notwendigkeit einer schnellen und effektiven Hilfe von Politik und Gesellschaft zur Erforschung besserer Prävention und Therapie gefordert.“*

Für die lebenslange Nachsorge sollte aus den genannten Gründen ein Versorgungskonzept mit verbindlichen Regelungen erstellt werden, welches sowohl eine unbürokratische Durchführung ermöglicht als auch eine verbindliche Kostenregelung enthält.

#### **Vorschlag:**

**Folgendes Vorgehen wird in zwei Schritten empfohlen: 1.) Um die Schnittstelle der Krankenhausbehandlung zur Rehabilitation zu stärken wird ein verbindliches Konzept zur Finanzierung der Phase C sowie zur Einleitung einer Anschlussrehabilitation Phase D ohne Bewilligungsvorbehalt erstellt, und 2.) werden in einem weiteren Schritt Empfehlungen für eine moderne und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung über die gesamte Lebensspanne hinweg entwickelt, die eine Verbindlichkeit zur Finanzierung einer effektiven Nachsorge über die gesamte Lebensspanne schaffen. In den Gesamtplan werden Maßnahmen zur I) Prävention, II) Akutbehandlungen im Krankenhaus, III) Nachbehandlungen in der Rehabilitationseinrichtung sowie IV) Maßnahmen der ambulanten Langzeit-Nachversorgung - sektorenübergreifend oder sektorenzusammenführend - integriert. Diese Forderung geht konform mit den zentralen Zielen des BMG: „Entökonomisierung, Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität sowie Entbürokratisierung des Systems sowie darüber hinaus Gewährleistung der Versorgungssicherheit (Daseinsvorsorge) als zentrales Anliegen“.**

Literaturbelege zu Einzelpublikationen können bei Verlangen vorgelegt werden.

**Prof. Dr. med. Thomas Mokrusch**

Vorsitzender Bundesverband NeuroRehabilitation e.V. (BNR)