

Korrespondenzadresse:
Landesarbeitsgemeinschaft Neuroreha NRW
c/o Dr. Becker Klinikgesellschaft
Parkstraße 10 • 50968 Köln

An den Präsidenten des Landtags NRW
Herrn André Kuper
Platz des Landtags 1
40221 Düsseldorf

LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN
17. WAHLPERIODE

STELLUNGNAHME
17/3376

Alle Abg

Tel.: (02 21) 93 46 47-0
Fax: (02 21) 93 46 47-40
www.neuroreha-nrw.de

Ihr Schreiben vom

Ihr Zeichen

Unser Zeichen
BL/ES

Datum
7. Dezember 2020

Betreff: Stellungnahme zur Sachverständigenanhörung in der 99. Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 9. Dezember 2020; 09: 30 Uhr Gesetzentwurf der Fraktion der CDU und der Fraktion der FDP Drucksache 17/11162

hier: Verbesserung der Versorgung von Patientinnen und Patienten der Neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation in NRW

Sehr geehrter Herr Landtagspräsident,
sehr geehrte Damen und Herren,

wir begrüßen die Möglichkeit Ihnen diese Stellungnahme im Vorfeld der Anhörung im Rahmen der 99. Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 9. Dezember 2020 zum dritten Gesetz zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen

Gesetzentwurf
der Fraktion der CDU und der Fraktion der FDP
Drucksache 17/11162

zukommen lassen zu können.

Zu Beginn unserer Stellungnahme betonen wir, dass wir

- als Angehörigen und Patientenvertreter
- als Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (ein Fachverband, der die Sozialarbeit im Gesundheitswesen fördert und dazu beiträgt, Soziale Arbeit in den verschiedenen Arbeitsfeldern des Gesundheitswesens zu stärken und weiterzuentwickeln) und

- als Landesarbeitsgemeinschaft Neuroreha NRW (eine Vereinigung von Akutkrankenhäusern, neurologischen Frührehabilitationskliniken und neurologischen Rehabilitationskliniken)

die grundsätzlichen Ziele der neuen Krankenhausplanung, wie sie auch im Antrag dargestellt werden, unterstützen.

Gerade die Behandlungsleistung der Neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation, zu der wir im Folgenden in unserer Stellungnahme ausführen, setzt eine hohe Fachlichkeit, ausreichend spezialisiertes Personal, sowie eine Koppelung dieses Leistungsbereichs an Qualitätskriterien voraus.

Bereits mit der Umsetzung des Krankenhausplans NRW 2015 wurde die Systematik (Planung von Leistungsgruppen) des nun neu einzuführenden Krankenhausplans im Leistungsbereich der Neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation quasi vorweggenommen: durch die Erteilung von hochspezialisierten Krankenhausversorgungsaufträgen an integrierte Neurorehabilitationszentren.

Durch die Inbetriebnahme dieser Zentren in den Regierungsbezirken Köln und Düsseldorf kann in diesen Einrichtungen ein sehr breites Angebotsspektrum abgedeckt werden: Von der Intensivreha als Krankenhausleistung (Leistungsbereich Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation) bis hin zur Nachsorge im Sinne der weiterführenden Rehabilitation.

In den Feststellungsbescheiden dieser integrierten Neurorehabilitationszentren wurde bereits eine Koppelung an Qualitätskriterien vorgenommen. So wurden im Regierungsbezirk Köln konkrete Qualitätskriterien benannt¹, welche vor Inbetriebnahme erfüllt und dauerhaft vorgehalten werden müssen.

Diese Leistungsbereichsplanung resultiert aus der damaligen Debatte im Landtagsausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales in der sich sowohl die damaligen Regierungsfractionen SPD und Grüne sowie die Vertreter der damaligen Oppositionsparteien CDU und FDP intensiv und fraktionsübergreifend für eine Verbesserung der Versorgung von Neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitationspatienten ausgesprochen haben.

Beispielhaft verweisen wir hier auf den Antrag der CDU Politiker Armin Laschet, Lutz Lienenkämper und Peter Preuß vom 17.03.2014 (Drucksache 16/5250), in der gefordert wird, dass die Leistung der Neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation – unabhängig von der Sektorenzugehörigkeit, also Krankenhaus oder Rehabilitationsklinik – nur von den Leistungserbringern erbracht werden soll, welche die Struktur- und Qualitätsparameter erfüllen, die entsprechenden Strukturen vorhalten und die qualitativ hochwertige Versorgung sicherstellen.

¹ Qualitätskriterien der Neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation nach Schönle et al (2015)
http://neuroreha-nrw.de/wp-content/uploads/2012/12/NR415_Sch%C3%B6nle.pdf

Im aktuell vorliegenden Antrag (Drucksache 17/11162) wird konkret ausgeführt, dass es in einigen wenigen Leistungsgruppen und Versorgungsgebieten Anzeichen für eine Unterversorgung gebe, zum Beispiel in der Neuro-Frührehabilitation.

Wir begrüßen ausdrücklich, dass die Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation im neuen Krankenhausplan als Leistungsgruppe bedarfsorientiert geplant und relevant ausgeweitet werden soll.

Unsere nachfolgenden Ausführungen sollen dazu beitragen, dass eine höhere Fachlichkeit der Krankenhausversorgung und damit eine höhere Versorgungsqualität für die NRW Bevölkerung in dieser Leistungsgruppe gewährleistet werden.

Die Betroffenen brauchen schnell zusätzliche Versorgungskapazitäten und Versorgungssicherheit!

Die NeuroRehabilitation in NRW hat sich relativ zu anderen Bundesländern verzögert entwickelt. Gutachter raten daher übereinstimmend zum Aufbau von wenigstens 1.000 Betten für Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation in NRW (IGES, 2014²)(Busse, 2019³). Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales hat bereits zum Ausdruck gebracht, dass es die notwendigen Kapazitäten in der entsprechenden Größenordnung auch zur Verfügung stellen wird.

- In NRW sollten aus unserer Sicht zunächst die durch die letzte Landesregierung initiierten und fraktionsübergreifend gestützten sowie mittlerweile etablierten spezialisierten integrierten Neurofrühreha-Zentren im beantragten Umfang erweitert werden. Sie scheinen am ehesten in der Lage, analog zu Fachplanungen in anderen Bundesländern (zum Beispiel Bayern oder Baden-Württemberg), Schwerstkrankenrehabilitation zu leisten und Menschen vor dauerhafter Abhängigkeit von Intensivpflegebedürftigkeit zu bewahren.
- Die wenigen (insgesamt 5) vorhandenen spezialisierten integrierten Neurofrühreha-Zentren befinden sich derzeit ausschließlich in den Regierungsbezirken Köln (4) und Düsseldorf (1)
Wir raten dringend dazu, Einrichtungen in Westfalen ebenfalls für den Aufbau vergleichbarer Strukturen zuzulassen. Entsprechende entscheidungsreife Anträge liegen den Bezirksregierungen in Westfalen seit vielen Jahren vor.
- Zusätzliche Betten für Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation sollten sowohl in beantragenden Neurorehabilitationskliniken, wie in beantragenden Regelkrankenhäusern aufgebaut und ausgebaut werden. Es besteht ein Frühreha-Versorgungseingpass besteht in NRW auch für weniger schwer erkrankte Patienten.

² IGES. Teilaktualisierung des Frührehabilitation im Rahmen der Krankenhausplanung. 2014

³ Busse R. Gutachten Krankenhauslandschaft NRW. 2019

Dabei muss Entscheidern klar sein, dass zum einen neu in den Krankenhausplan aufgenommene Neuroreha-Kliniken anfangs mangels Vorlaufs noch keine Neuro-Frühreha auf Intensivmediziniveau leisten können. Zum anderen leisten auch Regelkrankenhäusern keine Neuro-Frühreha auf Intensivmediziniveau und werden es infolge der bundesweit einheitlichen Fallpauschalen-Logik wahrscheinlich auch dauerhaft nicht können.

- Bei allen Entscheidungen ist sicherzustellen, dass für Neuro-Frühreha bewilligte Betten auch nur für diese genutzt werden dürfen und nicht zweckfremd für Regelkrankenhausleistungen zur Verfügung stehen.

Wir weisen darauf hin, dass oftmals zwei Aspekte leicht vermengt werden können:

1. Neuro-Frühreha als **frühe Neuroreha**. Hierauf fokussieren Regelkrankenhäuser mit Schlaganfallmedizin, die ihre Patienten zügig verlegen wollen.
2. Neuro-Frühreha als **Neurofrühreha von schwer- bis schwerstkranken**, teilweise noch beatmeten Patienten nach intensivmedizinischer Akutbehandlung (aktuell z.B. schwerstbetroffene Patienten nach COVID). Es ist die besondere Kompetenz der Neuroreha-Zentren, die intensivmedizinischen Möglichkeiten sowie den vollen Rehabilitationskontext vorzuhalten.

Ausgehend vom Mengenverhältnis Schlaganfall- zu Intensivmedizin schätzen wir den **Neurofrühreha-Bedarf auf 25% „früh“ und 75% „schwer“** ein⁴.

Wir empfehlen deshalb 75% der Bettenkapazitäten an den spezialisierten integrierten Neuroreha-Zentren und 25% der Betten an Regelkrankenhäusern zu beplanen.

Qualitätsanforderungen in der Leistungsgruppe Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation

Mit der bewussten Weiterführung der Krankenhausplanung in der Leistungsgruppe der Neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation kann die Gesundheitsversorgung in NRW entschieden verbessert werden. Die qualitätsorientierte Neuaufstellung der Krankenhausplanung ist deshalb eine riesige Chance für Betroffene.

⁴ Ausgangspunkt sind 38.000 OPS 8.552 pro Jahr in Deutschland nach Statistischem Jahrbuch und zusätzlich 8000 Neuro-Weaning Fälle (bei 45 Tagen VWD) nach Platz et al. 2020, also ca. **46.000 NFR** Fälle pro Jahr (Destatis, 2014)(Platz, 2020). Erste Plausibilität: NFR-schwer ist meist Reha nach Intensivbehandlung, NFR-früh meist nach Stroke-Unit Behandlung. Nach der Datenbank „Qualitätssicherung in der Schlaganfallbehandlung Nordwestdeutschland“ erhalten 5,75% aller Schlaganfallpatienten eine Neuroreha der Phase B. Bei 250.000 Schlaganfallbehandlungen in Deutschland wären das maximal 9000 Fälle. Damit lägen wir für NFR-früh bei 20% der NFR Fälle insgesamt. Problem hier: Wir wissen nicht, ob Verlegungen in die NFR in den Registern verlässlich als Phase-B Reha kodiert wurden. Zweite Plausibilität: NFR-schwer in Reha-Zentren zeichnet sich dadurch aus, dass auch beatmete Patienten versorgt werden. Nach Pohl liegt der Anteil der Beatmeten bei 26% (Pohl et al., 2016). Auf 8000 Neuro-Weaning Fälle würden dann dreimal so viele, also 24.000 NFR-schwer ohne Beatmung kommen. Zusammen wären das 32.000 NFR-schwer oder 70% alle NFR-Fälle. Zusätzlich sollte man sich vor Augen halten, dass auf **250.000 Schlaganfallbehandlungen** (nur 50% in Stroke-Units behandelt) über **2.000.000 Intensivbehandlungen** kommen. Und letztere brauchen einfach sehr häufig NFR-schwer. Zu wie häufig fehlen leider Registerdaten.

Die Zuordnung von Leistungen zu dieser Leistungsgruppen erfolgt über die OPS-Codes, in diesem Fall ist der OPS 8.552 führend.

In dieser OPS sind bereits weitreichende Qualitätsanforderungen benannt. Unter Anderem handelt es sich dabei um

- Behandlungsleitung eines Facharztes (...) mit einer mindestens 3-jährige Erfahrung in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation
- Aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal auf dem Gebiet der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation
- Vorhandensein von folgenden Therapiebereichen: Physiotherapie/Krankengymnastik, Physikalische Therapie, Ergotherapie, Neuropsychologie, Logopädie/facio-orale Therapie und therapeutische Pflege
- mindestens 300 Minuten tägliche Therapiezeit

Diese Qualitätsanforderungen können durch Neurorehakliniken oder integrierte Neurorehabilitationszentren bereits heute regelhaft mindestens doppelt abgedeckt werden. Deshalb sind sie bereits heute die Spezialisten für die schwere Neuro-Frühreha.

Ein Versuch, Neurofrühreha künftig in großem Umfang an Regelkrankenhäusern zu erbringen, wird auf Jahre hin schon deswegen schlecht funktionieren, weil dort das nötige qualifizierte Personal fehlt, z.B. neurologische Fachärzte mit wenigstens drei Jahren Erfahrung in der Neurofrühreha.

Soll kein destruktiver Verteilungskampf um qualifiziertes Personal entstehen, müssten diese Mitarbeiter erst in den Neuroreha-Zentren für die Regelkrankenhäuser ausgebildet werden.

Diese Aspekte sind in die behördliche Auswahlentscheidung einzubeziehen, damit nachhaltig sichergestellt wird, dass der geeignetste Leistungserbringer dazu beiträgt, die Ziele der Krankenhausplanung des Landes am besten zu gewährleisten.

Wir unterstützen an dieser Stelle den Antrag der CDU Politiker Armin Laschet, Lutz Lienenkämper und Peter Preuß (Drucksache 16/5250), die fordern, dass Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation von den Leistungserbringern erbracht werden soll, welche die Struktur- und Qualitätsparameter erfüllen, die entsprechenden Strukturen vorhalten und die qualitativ hochwertige Versorgung sicherstellen.

Es sind also ausdrücklich auch geeignete Rehakliniken für diese Leistung zuzulassen.

NeuroReha schafft Raum und kann schnell Intensivbetten freimachen

Die aktuell andauernde Corona Krise macht besonders deutlich, wie intensive Neuro-Rehabilitation wirkungsvoll die Intensivmedizin entlastet.

Die bereits etablierten integrierten Neurorehazentren in den Regierungsbezirken Köln und Düsseldorf übernehmen regelhaft Patienten direkt aus der Intensivmedizin um diese Schwerstkranken intensiv zu rehabilitieren und die Stationen zu entlasten.

Dies ist direkter Ausfluss aus der in diesem Fall gelungenen fraktionsübergreifenden Krankenhausstrukturpolitik der letzten Jahre in NRW.

Dieser Weg muss weitergegangen werden um die Aufwände für die Intensivmedizin nachhaltig wirken zu lassen.

Die Kosten für die Intensivmedizin liegen in Deutschland bei über 4 Milliarden Euro jährlich (Köhler, 2019). Jedoch hat sich in den letzten Jahren gezeigt, dass das System vielfach nicht zu Ende umgesetzt wurde. In vielen Fällen führt intensivmedizinische Apparatedizin zu einer Funktionsverkümmerng von Atmung, Schlucken und Rumpfkontrolle. Ohne spezialisierte Rehabilitation bleiben Betroffenen von Apparaten abhängig und müssen häufig dauerhaft in Intensivpflegeeinrichtungen versorgt werden. Diese Intensivpflege kostet noch einmal so viel wie die gesamte Intensivmedizin.

Geschätzt wird, dass von über 20.000 betroffenen Menschen in Deutschland 60 – 85% durch qualifizierte Rehabilitation von Apparaten befreit werden könnten (Köhler, 2019).

Das von Gesundheitsminister Spahn auf den Weg gebrachte Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz zielt darauf, direkte Entlassungen von Intensivpatienten in Pflegeeinrichtungen zu erschweren und die Chancen für eine Verlegung in Rehaeinrichtungen zu erhöhen. Damit die Intention der Bundesregierung aufgeht, braucht es neben einem Gesetz aber Kapazität in spezialisierten Rehazentren. Diese müssen in NRW erst noch geschaffen werden, damit sich auch hier die hohen Investitionen in die Intensivmedizin auszahlen.

Während in Regelkrankenhäusern und Intensivmedizin kausal gehandelt wird (Beseitigung der Ursache); wird in Neurorehazentren final gehandelt (Teilhabe ermöglicht).

Resümee:

Wir raten, für die in NRW dringend und kurzfristig auszubauende Neurofrühreha zunächst auf bestehende Neurorehabilitationskliniken zurückzugreifen, und zwar aus folgenden Gründen:

- 1) Diese Form der Reha braucht intensivmedizinische Vorhaltungen, eine Rehabilitationsspezialisierung und hat präzise Anforderungen (Behandlungsleitung eines Facharztes, aktivierend-therapeutische Pflege, Therapieausstattung etc.). Diese Anforderungen können Neurorehakliniken oder integrierte Neuroreha-Zentren heute schon leisten. Sie sind die Spezialisten für die schwere Neuro-Frühreha, die 75% ausmachen (im Gegensatz zu 25% Schlaganfallpatienten, die aus den Krankenhäusern schnell verlegt werden sollen).**
- 2) Wollte man die Neurofrührehabilitation künftig überwiegend durch Regelkrankenhäuser erbringen lassen, droht schon wegen dort fehlender Fachkräfte eine Verschleppung der Leistungserbringung und ein zerstörerischer Verteilungskampf um qualifiziertes Personal.**
- 3) Neurorehabilitationskliniken haben das Personal, erfüllen die Struktur- und Qualitätsparameter, halten die entsprechenden Kompetenzen vor und stellen die qualitativ hochwertige Versorgung sicher.**
- 4) Verringerung von Intensivpflegeabhängigkeit bedeutet Humanisierung und Kosteneinsparungen: Eine qualitativ und quantitative adäquat aufgestellte Neurofrühreha von Schwerkranken in Neuroreha-Zentren bewahrt mehr Menschen als heute davor, dauerhaft von Intensivpflege und Apparaturen abhängig zu bleiben.**

Wir hoffen Ihnen mit diesen Ausführungen gedient zu haben und zur nachhaltigen Verbesserung der Versorgung von Patientinnen und Patienten der Neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation in NRW beitragen zu können.
Für Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung und verbleiben bis dahin

mit freundlichen Grüßen



Christiane Dubois
Betroffene Angehörige/ Netzwerk SchädelHirnverletzter NRW



Rene Jeuck
Betroffener Angehöriger/ Netzwerk SchädelHirnverletzter NRW



Ulrike Kramer
2. Vorsitzende Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG)



Dr. Ursula Becker
Sprecherin der Landesarbeitsgemeinschaft NeuroRehabilitation NRW



Prof. Dr. Stefan Knecht
Sprecher der Landesarbeitsgemeinschaft NeuroRehabilitation NRW

Korrespondenzadresse:

Landesarbeitsgemeinschaft NeuroRehabilitation NRW
c/o Dr. Becker Klinikgruppe
Parkstraße 10
50968 Köln
Tel 0221/9346470
www.neuroreha-nrw.de