

# **Neurologische Frührehabilitation Phase B**

**Fachplanung für Baden-Württemberg**

**2016**



**Baden-Württemberg**

MINISTERIUM FÜR SOZIALES UND INTEGRATION

## Vorwort



Die Fachplanung „Neurologische Frührehabilitation Phase B“ aus dem Jahr 2012 hat sich in ihren wesentlichen Aspekten bewährt. Die darin festgelegten Anforderungen an die Kliniken zur Struktur- und Prozessqualität sichern eine qualitativ hochwertige Behandlung dieser kleinen, aber schwer kranken Patientengruppe.

Der Trend der vergangenen Jahre hat sich fortgesetzt: Die Fallzahlen im Bereich der Neurologischen Frührehabilitation nehmen zu und auch der Schweregrad der dort behandelten Patientinnen und Patienten. Der Großteil leidet an den Folgen eines Schlaganfalles oder einer Gehirnblutung. Weitere Gruppen sind Patientinnen und Patienten mit Nervenschädigungen nach langer intensivmedizinischer Behandlung oder einer Hirnschädigung nach Herzstillstand. Die Anforderungen an die Behandlungsmöglichkeiten der Phase B-Einrichtungen steigen daher weiter.

Der Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg (VGH) hat in einer aktuellen Entscheidung vom 16.04.2015 festgestellt, dass bei der Ermittlung des Versorgungsbedarfs die prognostische Entwicklung berücksichtigt werden muss, die Versorgungsbereiche ermittelt und die Wirtschaftlichkeit bzw. Kostengünstigkeit der entsprechenden Krankenhäuser im Rahmen einer Auswahlentscheidung differenziert bewertet werden muss.

Diese Vorgaben der Rechtsprechung sind nun in der vorliegenden Fortschreibung der Fachplanung umgesetzt.

Wir können stolz darauf sein, dass wir in Baden-Württemberg eine durchgängige Versorgungskette aus sämtlichen Behandlungs- und Rehabilitationsstufen sowie vollstationärer und ambulanter Pflege haben. Die überarbeitete Fachplanung unterstützt unser Bestreben, auch bei hochspezialisierten Behandlungsformen wie der Neurologischen Frührehabilitation Phase B eine qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen.

A handwritten signature in blue ink that reads "Manfred Lucha". The signature is fluid and cursive.

**Manfred Lucha MdL**  
Minister für Soziales und Integration  
Baden-Württemberg

## 1. Einleitung

Bereits während der stationären Akutbehandlung verschiedener schwerer neurologischer Störungen sollten frühzeitig Maßnahmen der Rehabilitation eingeleitet und entsprechend des Patientenbedarfs parallel zu den kurativmedizinischen Maßnahmen fortgeführt werden.

Die Arbeitsgruppe Neurologische Rehabilitation des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger hat ein Konzept einer zustands- und behinderungsangepassten Behandlungs- und Rehabilitationskette in der neurologischen und neurochirurgischen Versorgung in Deutschland entwickelt, das „Phasenmodell“ mit den Phasen A bis F<sup>1</sup>. Darauf basierend hat die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation Empfehlungen zur neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C erarbeitet.<sup>2</sup>

Zwischen der Akutbehandlung (Phase A) und der Behandlung in Rehabilitationskliniken (Phase C und D) kombiniert die Neurologische Frührehabilitation Phase B akutmedizinische und rehabilitative Behandlungsansätze. Die Neurologische Frührehabilitation Phase B ist leistungsrechtlich der Krankenhausbehandlung zuzurechnen und unterliegt damit der Krankenhausplanung des Landes (§ 4 Abs.1 Landeskrankenhausgesetz - LKHG).

Der Übergang zwischen den einzelnen Phasen soll reibungslos verlaufen. Hierzu sind enge Kooperationen von Krankenhausträgern bzw. Rehabilitationsanbietern erforderlich.

In den bestehenden Einrichtungen der Neurologischen Frührehabilitation Phase B werden bundesweit am häufigsten Patientinnen und Patienten mit folgenden Krankheitsbildern behandelt (Pohl et al, 2016 <sup>3</sup>):

- Schlaganfälle (Ischämie, Blutung) 52,1 %
- Critical Illness Polyneuropathie/ - myopathie 17,1%
- Hypoxische Hirnschädigung z.B. durch Herz-Kreislaufstillstand 16,2 %
- Schädel-Hirn-Traumata 11,5%
- Sonstige neurologische Erkrankungen 3,7%
- Querschnittslähmung 3,7%

Die gesteigerte Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten der Neurologischen Frührehabilitation Phase B gründet auf einer verbesserten Akut- und Notfallbehandlung der häufigsten Erkrankungen (Verbesserte Schlaganfallversorgung, verbesserte Notfallversorgung). Weitere Faktoren sind das zunehmende Lebensalter und die Erweiterung der Behandlungsmöglichkeiten in der Neurologischen Frührehabilitation Phase B. In der Neurologischen Frührehabilitation von Kindern und Jugendlichen spielen zudem perinatale Schädigungen und komplexe genetische Schädigungen eine wichtige Rolle.

Bundesweit lag das Durchschnittsalter bei 68 Jahren. Bei Aufnahme waren 26% der Patientinnen und Patienten beatmet; der Frührehabilitations-Barthelindex (FBI nach Schönle, <sup>4</sup>) lag bei  $-111,6 \pm 84,1$ ; durchschnittlich 37,8 % der Phase-B-Patientinnen und Patienten gelingt der Übergang in die Phase C. (Pohl et al, 2016 <sup>3</sup>).

## 2. Definition der Neurologischen Frührehabilitation Phase B

In Baden-Württemberg hat sich der Schweregrad der in der Neurologischen Frührehabilitation Phase B behandelten Kranken erhöht. Im Interesse eines möglichst frühen Einbezugs rehabilitativer Maßnahmen zur Verbesserung der individuellen Prognose müssen in der Neurologischen Frührehabilitation Phase B noch intensivmedizinische Behandlungsmöglichkeiten vorgehalten werden, da jederzeit mit schwerwiegenden, auch lebensbedrohlichen Komplikationen zu rechnen ist. In der Neurologischen Frührehabilitation Phase B können auch kontrolliert und unterstützend beatmungspflichtige Patienten behandelt werden.

Eine allgemein anerkannte Definition der Neurologischen Frührehabilitation Phase B mit Beschreibung der Patientencharakteristika, Behandlungs-/Rehabilitationsziele, der kurativmedizinischen und rehabilitationsbezogenen Aufgaben sowie der Therapiedichte hat die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) entwickelt und veröffentlicht.<sup>2</sup> Diese wird im Folgenden dargestellt (*kursiv*).

### 2.1 Patienten-Charakteristika (Eingangskriterien)

- *bewußtlose bzw. qualitativ oder quantitativ schwer bewußtseinsgestörte Patienten (darunter auch solche mit einem sog. „apallischen Syndrom“) mit schwersten Hirnschädigungen als Folge von Schädelhirntraumen, zerebralen Durchblutungsstörungen, Hirnblutungen, Sauerstoffmangel (insbesondere mit Zustand nach Reanimation), Entzündungen, Tumoren, Vergiftungen, u.a.; neben der Bewußtseinsstörung können weitere schwerste Hirnfunktionsstörungen bestehen*
- *Patienten mit anderen schweren neurologischen Störungen (z. B. Locked-in-Syndrom, Guillain-Barré, hoher Querschnitt), die noch intensivbehandlungspflichtig sind*
- *bei den Patienten mit Schädelhirntrauma liegen häufig noch andere Verletzungen vor (polytraumatisierte Patienten)*
- *primäre Akutversorgung abgeschlossen*
- *aktuell keine operative Intervention (neurochirurgisch oder allgemein-/unfallchirurgisch, orthopädisch) erforderlich*
- *keine Sepsis, keine floride Osteomyelitis*

- *intracranielle Druckverhältnisse stabil*
- *HerzKreislauf- und Atmungsfunktionen im Liegen stabil*
- *nicht mehr (kontrolliert) beatmungspflichtig; Ausnahmen hiervon sind möglich bei Patienten, die mental nicht eingeschränkt sind, deren Atemantrieb aber gestört ist. Für diese Patienten müssen Einzelfalllösungen gefunden werden; nicht fähig zur kooperativen Mitarbeit*
- *vollständig von pflegerischer Hilfe abhängig*
- *in der Regel Sonden-Ernährung erforderlich*
- *in der Regel können Ausscheidungsfunktionen nicht kontrolliert werden*
- *u. U. erhebliche Selbst- und/oder Fremdgefährdung bei Dyskontrollsyndrom, Verwirrheitszuständen oder anderen schweren psychischen Störungen*
- *bestehende Begleiterkrankungen dürfen eine Mobilisierung nicht verhindern*

## 2.2 Behandlungs-/Rehabilitationsziele

- *Besserung des Bewußtseinszustandes und Herstellen der Kommunikations- und Kooperationsfähigkeit*
- *beginnende Mobilisierung*
- *Minderung des Ausmaßes von Schädigungen des ZNS und PNS*
- *Vermeidung sekundärer Komplikationen*
- *Klärung des Rehabilitationspotentials*
- *Planung und Einleitung der weiteren Versorgung.*

## 2.3 Behandlungs-/Rehabilitationsaufgaben und –leistungen:

### Kurativmedizinische Aufgaben

- *Fortführung der in Phase A begonnenen kurativmedizinischen Maßnahmen (inklusive ggf. erforderlicher intensivmedizinischer Behandlung, außer kontrollierter Beatmung)*
  - *medizinische Diagnostik der ZNS-/PNS-Schädigungen und ihrer Ursachen sowie der Grund- und Begleiterkrankungen und weiterer Verletzungen (ätiologische und Funktionsdiagnostik)*
  - *kurativmedizinische Behandlung der neurologischen Schädigung sowie der Grund-/Begleiterkrankungen und weiterer Verletzungen (die Beherrschung lebensbedrohlicher und eventuell bei der Mobilisierung auftretender Komplikationen muss möglich sein)*
  - *permanente Überwachung des Krankheitsverlaufs, insbesondere Neuro-Monitoring und Intensivpflege*

- *Einleitung sekundärprophylaktischer Maßnahmen.*

### Rehabilitationsbezogene Aufgaben

- *Funktionsdiagnostik auf der Impairment- und Disability-Ebene*
- *Erfassung der Rückbildungstendenzen bei Funktionsstörungen (rehabilitationsspezifische Verlaufsdiagnostik)*
  - *aktivierende Pflege und gezielte funktionelle Behandlung zur Verhinderung von Sekundärschäden im Bereich der Bewegungsorgane*
  - *Förderung von Motorik und Sensorik*
  - *kontrolliert stimulierende Behandlung mit dem Ziel der Kontaktaufnahme über verschiedene sensorische Zugänge, Kommunikations-/Interaktionsbehandlung und Sprachtherapie*
  - *orofaciale Therapie (Kau-, Schluck- und Esstraining) und Sprechtherapie*
  - *Selbständigkeitstraining (auf basaler Ebene)*
- *Beratung, Anleitung und Betreuung von Angehörigen*
- *Klärung der Notwendigkeit und Einleitung von weiterführenden Rehabilitationsleistungen (aufgrund systematischer Verlaufsbeobachtung).*

### 2.4. Therapiedichte

- *Intensivpflege/-überwachung unter Einschluss von vier bis sechs Stunden Rehabilitationspflege(hier als aktivierende Pflege) täglich*
- *mehrfach täglich Visite*
- *Funktionstherapie insgesamt mehrere Stunden am Tag, häufig durch mehrere Therapeuten gleichzeitig.*

### 2.5. Behandlungs-/Rehabilitationszeitraum

- *In der Regel bis zu sechs Monaten, bei besonderer medizinischer Indikation und Prognose auch länger; wenn bei ungestörtem Therapieverlauf über mindestens acht Wochen kein funktioneller Zugewinn feststellbar ist, ist die Beendigung der Phase B angezeigt. Im begründeten Einzelfall kann die Behandlung auch über einen längeren Zeitraum unter Berücksichtigung der bisherigen Behandlungsdauer fortgesetzt werden. Bei Kindern kann ein wesentlich längerer Zeitraum als acht Wochen erforderlich sein.*
- *Bei Patienten mit unterbrochenen Behandlungszeiträumen (z. B. bei der Wiederaufnahme aus dem Pflegebereich) wird in der Regel von einer achtwöchigen Beobachtungsphase zur Klärung des Rehabilitationspotentials ausgegangen.*

Die Eingangskriterien der Phase C stellen gemäß BAR-Empfehlungen<sup>2</sup> gleichzeitig die Ausgangskriterien der Phase B dar:

- *Patient ist überwiegend bewusstseinsklar, kommt einfachen Aufforderungen nach, seine Handlungsfähigkeit reicht aus, um an mehreren Therapiemaßnahmen täglich von je etwa 30 Minuten Dauer aktiv mitzuarbeiten*
- *Patient ist kommunikations- und interaktionsfähig (ggf. unter Verwendung von Hilfsmitteln)*
- *Patient ist teilmobilisiert (z. B. längere Zeit kontinuierlich zwei bis vier Stunden im Rollstuhl verbringend)*
- *für alltägliche Verrichtungen weitgehend auf pflegerische Hilfe angewiesen*
- *bedarf keiner intensivmedizinischen Überwachung/Therapie, da praktisch keine Gefahr für lebensbedrohliche Komplikationen mehr besteht (vital-vegetative Stabilität)*
- *nicht mehr beatmungspflichtig*
- *bestehende Begleiterkrankungen dürfen eine Mobilisierung nicht verhindern*
- *keine konkrete Selbst- und Fremdgefährdung (z. B. durch Weglauftendenz, aggressive Durchbrüche) und keine schweren Störungen des Sozialverhaltens.*
- *Kleingruppenfähigkeit (drei bis fünf Patienten) muss vorliegen und darf nicht durch schwere Verhaltensstörungen gefährdet werden. Diese sollten nicht nur kurzfristig beeinflussbar sein.*

Das Behandlungsspektrum hat sich seit der Entstehung der BAR-Empfehlungen weiterentwickelt, insbesondere im Hinblick auf die Durchführung kontrollierter und unterstützender Beatmung bei Patienten der Neurologischen Frührehabilitation Phase B mit stabiler Beatmungssituation.

### **3. Versorgungsangebote im Bereich der Krankenhausbehandlung und krankenhausplanerische Grundlagen**

#### **3.1. Akutbehandlung Phase A**

Die Akutbehandlung sämtlicher Krankheitsbilder, die im Verlauf einen Behandlungsbedarf in der Neurologischen Frührehabilitation Phase B nach sich ziehen, findet in somatischen Krankenhäusern statt, insbesondere in den Fachgebieten Neurologie, Neurochirurgie, Innere Medizin, Kinderheilkunde und Chirurgie. Zunächst steht die Sicherung der Vitalfunktionen der Patientinnen und Patienten im Vordergrund. Danach sollten aber bei vielen Erkrankungen frühzeitig Maßnahmen der Rehabilitation eingeleitet werden, um zu verhindern, dass sich Rehabilitationschancen verschlechtern und der Rehabilitationsprozess sich insgesamt verzögert. Eine enge Kooperation zwischen Akutkrankenhaus und Rehabilitationseinrichtung ist daher erforderlich.

#### **3.2. Neurologische Frührehabilitation Phase B**

Die Neurologische Frührehabilitation Phase B ist in Baden-Württemberg leistungsrechtlich der Krankenhausbehandlung gem. § 39 SGB V zuzuordnen.

Die Neurologische Frührehabilitation Phase B gehört zu den Leistungen, die medizinisch sehr hohe Anforderungen stellen und bei deren Erbringung hohe Kosten anfallen, die aber auf der anderen Seite nur in verhältnismäßig geringer Zahl indiziert sind. Dies erzwingt die Konzentration auf eine beschränkte Anzahl von Standorten in Baden-Württemberg, insbesondere um durch ausreichende Fallzahlen die Qualität der Leistungserbringung zu sichern.

Daher ist die Fachplanung Neurologische Frührehabilitation Phase B landesweit angelegt und mit der Zuweisung einer konkreten Planbettenzahl verbunden.

Eine Einrichtung der Neurologischen Frührehabilitation Phase B sollte entweder an ein Krankenhaus (Phase A) oder an eine Rehabilitationseinrichtung, die Neurologische Rehabilitation der Phasen C und D erbringt, angebunden sein. Dabei ist die konzeptionelle, räumliche und personelle Trennung der Neurologischen Frührehabilitation Phase B als Krankenhausbehandlung von der Neurologischen Rehabilitation der Phasen C und D als Rehabilitationsbehandlung sicherzustellen. Die Einrichtungen sollen aus Gründen der Qualität und Wirtschaftlichkeit mindestens 18 Betten umfassen.

Die Fachplanung des Landes erfolgt für das gesamte Spektrum der Phase-B-Patienten. Eine planerische Aufteilung in leichtere und schwerere Fälle erfolgt nicht, da diese auf-



grund der hohen Varianz der Fälle schwer zu operationalisieren ist und eine zusätzliche Schnittstelle geschaffen würde.

Seit 1993 haben sich im Laufe der Jahre nicht nur Behandlungsverfahren weiterentwickelt und die Zielgruppe geändert, sondern auch die bedarfsplanerischen Grundlagen. Der stetig wachsende Bedarf wird an einer nachgewiesenen hohen Auslastung der bisherigen Einrichtungen deutlich, die in den vergangenen Jahren jeweils Kapazitätserweiterungen nach sich gezogen haben. Entsprechend der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts ist die Grundlage der Planung der „tatsächlich zu versorgende Bedarf“. Der tatsächlich zu versorgende Bedarf resultiert aus der Summe der Verordnungen für Krankenhausbehandlungen durch Ärzte und deren Anerkennung durch die jeweilige Krankenkasse.

Das Ministerium für Soziales und Integration erhebt einmal jährlich landesweit die Belegung bei allen Krankenhausträgern mit Abteilungen für Neurologische Frührehabilitation Phase B und berechnet den im Land „tatsächlich zu versorgenden Bedarf“ unter Anwendung der Burton-Hill-Formel. Versuche der empirischen Bedarfsermittlung sind wegen fehlender Versorgungsdaten erheblich fehlerbehaftet (vgl. IGES-Gutachten für Nordrhein-Westfalen; Loos und Schliwen 2012<sup>5</sup>). Wie der Verwaltungsgerichtshof (VGH) Baden-Württemberg mit Urteil vom 16.04.2015 bestätigte, ist das Land auch nicht gehalten, sich bei der Ermittlung des landesweiten Bedarfs von epidemiologischen Daten leiten zu lassen, nachdem hinreichend belastbare epidemiologische Daten für dieses Fachgebiet fehlen und es sich landesweit um einen zahlenmäßig relativ geringen Bedarf handelt <sup>6</sup>.

Der VGH Baden-Württemberg hat im selben Urteil gefordert, dass die erhobenen Daten zusätzlich einer prognostischen Bewertung im Sinne einer Trendextrapolation unterzogen werden. Für die Trendextrapolation wird die Änderung der landesweiten Belegungstage aus den letzten drei Jahren gemittelt. Der sich daraus ergebende jährliche Durchschnittswert wird dem aus der Belegungsumfrage ermittelten tatsächlich zu versorgenden Bedarf des Vorjahres zugerechnet. Die vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) ermittelte Fehlbelegungsquote in diesem Zeitraum wird berücksichtigt. Mit dieser prognostischen Entwicklungsbetrachtung sind neben dem zu versorgenden Bedarf auch die zukünftige Bevölkerungsentwicklung und die Inzidenz- und Mortalitätsraten einbezogen. Sowohl bei medizinischen, demographischen als auch volkswirtschaftlichen Veränderungen können die künftigen Berechnungsgrundlagen kurzfristig angepasst werden.

Der konkrete Bedarf einer Phase B-Einrichtung wird von Amts wegen oder bei Anträgen auf Erhöhung der Bettenzahl geprüft. Entsprechend § 8 LKHG sind die Phase B-Einrichtungen verpflichtet, dem Ministerium unter Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht und des Datenschutzrechts die zur Krankenhausplanung erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Danach wird der Bettenbedarf mit Hilfe der Burton-Hill-Formel berechnet. Bei der Berechnung des Bedarfs wird für Phase B-Einrichtungen, die Erwachsene behandeln, eine Bettenauslastung von 90% zugrunde gelegt.

Sofern zur Bedarfsdeckung mehrere geeignete Phase B-Einrichtungen zur Verfügung stehen, prüft die Planungsbehörde im Rahmen einer Auswahlentscheidung, welche antragstellende Phase B-Einrichtung am besten geeignet ist, den festgestellten künftigen Bedarf zu decken. Der VGH Baden-Württemberg hat im Urteil vom 16.04.2015 <sup>6</sup> als zentralen Aspekt festgestellt, dass im Rahmen der Bedarfsermittlung und der Auswahlentscheidung die gleichen Bezugsgrößen – Einzugsgebiete und bedarfsdeckende Klinikangebote – betrachtet werden müssen.

Eine detaillierte Auswertung der Herkunftsortestatistik des Jahres 2015 sämtlicher Einrichtungen der Phase B für Erwachsene hat ergeben, dass sich die Größe der Einzugsgebiete der einzelnen Einrichtungen stark unterscheidet und sich die Einzugsgebiete erheblich überlappen. Mit Patientinnen und Patienten aus den der Phase B-Einrichtung benachbarten Landkreisen (ausschließlich Baden-Württemberg) wurden je nach Einrichtung zwischen 44 und 91% der Berechnungstage erbracht. 10 von 12 Krankenhäusern versorgen weniger als 80% Patientinnen und Patienten aus den benachbarten Stadt- und Landkreisen. Durchschnittlich versorgen die Phase B-Einrichtungen in Baden-Württemberg Patientinnen und Patienten aus 23 Stadt- und Landkreisen. In der Praxis hat sich gezeigt, dass Patienten, die einer Behandlung in der Neurologischen Frührehabilitation Phase B bedürfen, möglichst schnell in entsprechende Krankenhäuser verlegt werden, um ohne Zeitverzögerung mit der Behandlung beginnen zu können. Gleichwohl ist es krankenhauserplanerisches Ziel, die Versorgung zunehmend wohnortnäher zu gestalten. Am Beispiel einer neu aufgenommenen Phase B-Einrichtung mit regionalem Versorgungsanspruch wird deutlich, dass sie in erheblichem Maße überregional versorgt.

Bei Neuantragstellern, die über kein historisch gewachsenes Einzugsgebiet verfügen und erfahrungsgemäß überregional bzw. landesweit versorgen müssen, um in der Anfangsphase nach Aufnahme in den Krankenhausplan die vorgehaltenen Planbetten auszulasten und sich auf dem Markt zu etablieren, ist daher von einem landesweiten Einzugsbereich auszugehen.

Angesichts dieser Ergebnisse wird von einem landesweiten Einzugsgebiet der Einrichtungen ausgegangen. In die Auswahlentscheidung werden dann alle landesweit im Fachgebiet tätigen Einrichtungen einbezogen.

Örtliche Gegebenheiten können durch Berücksichtigung der Nähe zu Bevölkerungsschwerpunkten sowie zu den wesentlichen akutmedizinischen Angeboten, insbesondere Neurochirurgische Abteilungen und Einheiten der Schlaganfallversorgung in die Auswahlentscheidung einfließen.

Gemäß VGH-Urteil vom 16.04.2015 <sup>6</sup> ist im Rahmen der Auswahlentscheidung auch die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit und Kostengünstigkeit zu bewerten.

In Bezug auf eine wirtschaftliche Leistungserbringung sind die in diesem Konzept dargelegten Vorgaben wie die Mindestgröße der Einheiten und Anbindung an eine weitere Phase eine notwendige Voraussetzung. Im Rahmen einer Auswahlentscheidung haben die Kliniken in einem Gesamtkonzept darzustellen, welche weiteren Strukturmerkmale an dem jeweiligen Standort zur Wirtschaftlichkeit der Einrichtung beitragen. Dies kann z.B. eine Beteiligung an Einkaufsverbänden oder ein Kooperationskonzept sein.

Die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit einzelner Phase B-Einrichtungen als Vergleichsmerkmal ist jedoch durch die unterschiedlichen Abrechnungssysteme im Bereich der Versorgung von Phase B-Patientinnen und Patienten (DRG-Vergütungssystem und besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 S. 10 KHG) und individuelle Besonderheiten wie unterschiedliche Fallschwere erheblich erschwert. Eine Bewertung der Wirtschaftlichkeit der zu vergleichenden Phase-B-Einrichtungen erfordert somit eine umfassende Vergleichsbeurteilung anhand mehrerer Parameter.

Zur Beurteilung der Kostengünstigkeit ist allerdings eine Relation von Kosten und den entsprechenden Leistungen der Klinik zu bilden, wobei unter anderem der Schweregrad der Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen ist:

- Die Kosten können für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 S. 10 KHG zunächst durch einen Vergleich der tagesgleichen Pflegesätze ohne Ausgleiche und Zuschläge bewertet werden; für DRG-Krankenhäuser zunächst durch einen Vergleich der krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG, die nicht mit den bundesweit vorgegebenen DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten vergütet werden. Bei ca. zwei Dritteln der Leistungen von DRG-Krankenhäusern der Neurologischen Frührehabilitation Phase B handelt es sich um solche krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Entgelte. Als Beispiel für eine krankenhausesindividuell zu vereinbarende DRG-Fallpauschale kann die DRG B43Z (Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als 27 Tage) angeführt werden. Individuelle Besonderheiten der Budgetvereinbarung können berücksichtigt werden.

Neuantragsteller haben eine entsprechende Kalkulation vorzulegen.

- Als Parameter für den Schweregrad der behandelten Patientinnen und Patienten können dabei insbesondere der Case-Mix-Index (CMI), der durchschnittliche Frührehabilitations-Barthel-Index [FRB]<sup>4</sup> (höchster Wert innerhalb der ersten 5 Behandlungstage, analog ICD -10<sup>7</sup> U 52.-), die durchschnittliche Verweildauer und eine Nebendiagnosestatistik herangezogen werden. Dabei sollen insbesondere folgende Faktoren erfasst werden, die ein gutes Abbild des Schweregrades bieten:

Tracheostoma (Z 43.0), PEG (Z 43.1), Besiedelung mit multiresistenten Keimen (Z 22.3), Inkontinenz (R 15, R 32) und Barthel-Index (U 50).

Bedingt durch den individuell sehr unterschiedlichen Behandlungsverlauf weist die Verweildauer eine hohe Schwankungsbreite auf. Die durchschnittliche Verweildauer aller erwachsenen Patientinnen und Patienten der Phase B in Baden-Württemberg lag 2015 bei 42 Tagen; die durchschnittliche Verweildauer in den einzelnen Einrichtungen zwischen 28 und 61 Tagen. Bundesweit liegt die Verweildauer nach Pohl 2016<sup>3</sup> durchschnittlich bei 56,2 ± 51,1 Tagen.

Bestehende Standorte der Einrichtungen für Neurologische Frührehabilitation Phase B sind in Kap. 5. dargestellt.

### **3.3. Frührehabilitation bei Kindern und Jugendlichen**

Die Übertragung der BAR-Kriterien auf Kinder und Jugendliche ist nur eingeschränkt möglich. Vergleichbare Leistungen werden in spezialisierten Fachkliniken erbracht und zeichnen sich durch eine Kombination aus akutmedizinischer Diagnostik und Therapie und rehabilitativen Elementen aus.

Indiziert ist diese Behandlungsform nach intensivmedizinischer Intervention wegen akuter Erkrankung oder Verletzung (Phase A) oder als Intervallbehandlung, wenn die spezifischen Kompetenzen und Überwachungsmöglichkeiten einer Neurologischen Frührehabilitation Phase B-Einrichtung beispielsweise bei intensivmedizinischer Dauerintervention erforderlich sind.<sup>8</sup>

Die Mindestanforderungen zur personellen Ausstattung orientieren sich an den Mindestanforderungen zur Durchführung der Prozedur neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (OPS 8-5526). Hinsichtlich der diagnostischen Ausstattung müssen jederzeit Monitor-EKG und Pulsoxymetrie sowie Restharnsonographie verfügbar sein und für Trachealkanülenträger die flexible Tracheoskopie. Die übrige spezielle Diagnostik (zerebrale Bildgebung, telemetrische Kontrolle von zerebralen Shunt-Systemen oder intrathekaler Medikamentenapplikation, Neuro-und Elektrophysiologie, EEG, Farbduplex, apparative Dysphagie-Diagnostik, Urometrie), die internistische Diagnostik (Labor, Röntgen, Sonographie, EKG, Blutdruckmonitoring, Echokardiographie, Endoskopie, Spirometrie) und die konsiliarärztliche Betreuung müssen in einem angemessenen Rahmen grundsätzlich analog zu den Vorgaben bei Erwachsenen verfügbar sein.<sup>8</sup>

Bei der Berechnung des Bedarfs wird für Einrichtungen, die Kinder und Jugendliche behandeln, eine Bettenauslastung von 85% zugrunde gelegt.

## 4. Ausstattungs- und Leistungsmerkmale der Einrichtungen für Neurologische Frührehabilitation Phase B

Ausstattungs- und Leistungsmerkmale leiten sich aus dem Behandlungs- und Rehabilitationsbedarf der in den BAR-Empfehlungen geschilderten Patientengruppe ab.

Charakteristisch für die Neurologische Frührehabilitation Phase B ist, dass intensivmedizinische Interventionsmöglichkeiten vorgehalten und die in der Phase A begonnenen kurativmedizinischen Maßnahmen fortgeführt werden müssen. Gleichzeitig müssen rehabilitative Maßnahmen durchgeführt werden.

Der rehabilitative Anteil wird in den BAR- Empfehlungen wie folgt definiert: *Einschluss von vier bis sechs Stunden Rehabilitationspflege täglich und Funktionstherapie insgesamt mehrere Stunden am Tag.* Hinweise für Mindestmerkmale hinsichtlich des rehabilitativen Anteils ergeben sich auch aus den Mindestanforderungen zur Durchführung der Prozedur neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (OPS 8-552).<sup>9</sup>

Daraus leiten sich folgende **Mindestanforderungen** an Einrichtungen der Neurologischen Frührehabilitation Phase B ab:

### 4.1. Krankenhausstruktur und apparative sowie räumliche Ausstattung:

- Alle Betten sollen als Intensivüberwachungseinheiten mit im folgenden definierten Monitormöglichkeiten ausgestattet sein (Ausnahme: Versorgung desorientierter Patientinnen und Patienten):
  - EKG, Langzeit-EKG
  - Kontinuierliche Blutdrucküberwachung
  - Überwachung der Körpertemperatur
  - Atmungskontrolle
  - Pulsoxymetrie
- Beatmungsmöglichkeit: Für Notfälle müssen pro Krankenhaus mindestens 2 Beatmungsplätze vorgehalten werden. Ein entsprechend höherer Anteil ist bei - Einrichtungen der Neurologischen Frührehabilitation Phase B mit kontrolliert und unterstützend beatmungspflichtigen Phase-B-Patientinnen und Patienten erforderlich.
- Vorhandensein eines Defibrillators zur Notfallversorgung
- Computertomograph (CT): innerhalb 60 Minuten erreichbar mit 24/7 Bereitschaft
- Notfall-Röntgendiagnostik muss mit 24/7 Bereitschaft innerhalb der Einrichtung selbst oder in einer räumlich angegliederten Einrichtung vorgehalten werden

- Labor innerhalb 60 min. verfügbar über 24 h/ 7 Tage: Blutgasanalyse, Gerinnung, Blutbild, Elektrolyte, Blutzucker, Troponin T, d-Dimere, CRP, Liquordiagnostik
- Mobiles EKG-Gerät
- mobiles Ultraschallgerät (Farbduplex)
- Möglichkeit zur Anlage zentralvenöser Katheter, von Blasenkathetern und Ernährungssonden
- Weitere diagnostische Verfahren:
  - EEG, Schluckdiagnostik (Videoendoskopie und/oder Videofluoroskopie), Spirometrie: innerhalb der Einrichtung selbst
  - Ggfs. auch in Kooperation: Bronchoskopie (bei Einrichtungen, die Neurologische Frührehabilitation Phase B mit Beatmungsentwöhnung betreiben innerhalb der Einrichtung)
- Räumlichkeiten:
 

Behindertengerecht; individuelle Sicherungsmöglichkeiten für Patientinnen und Patienten mit schwerem hirnorganischem Psychosyndrom und eigen- oder fremdgefährdendem Verhalten.

#### **4.2. Personelle Ausstattung:**

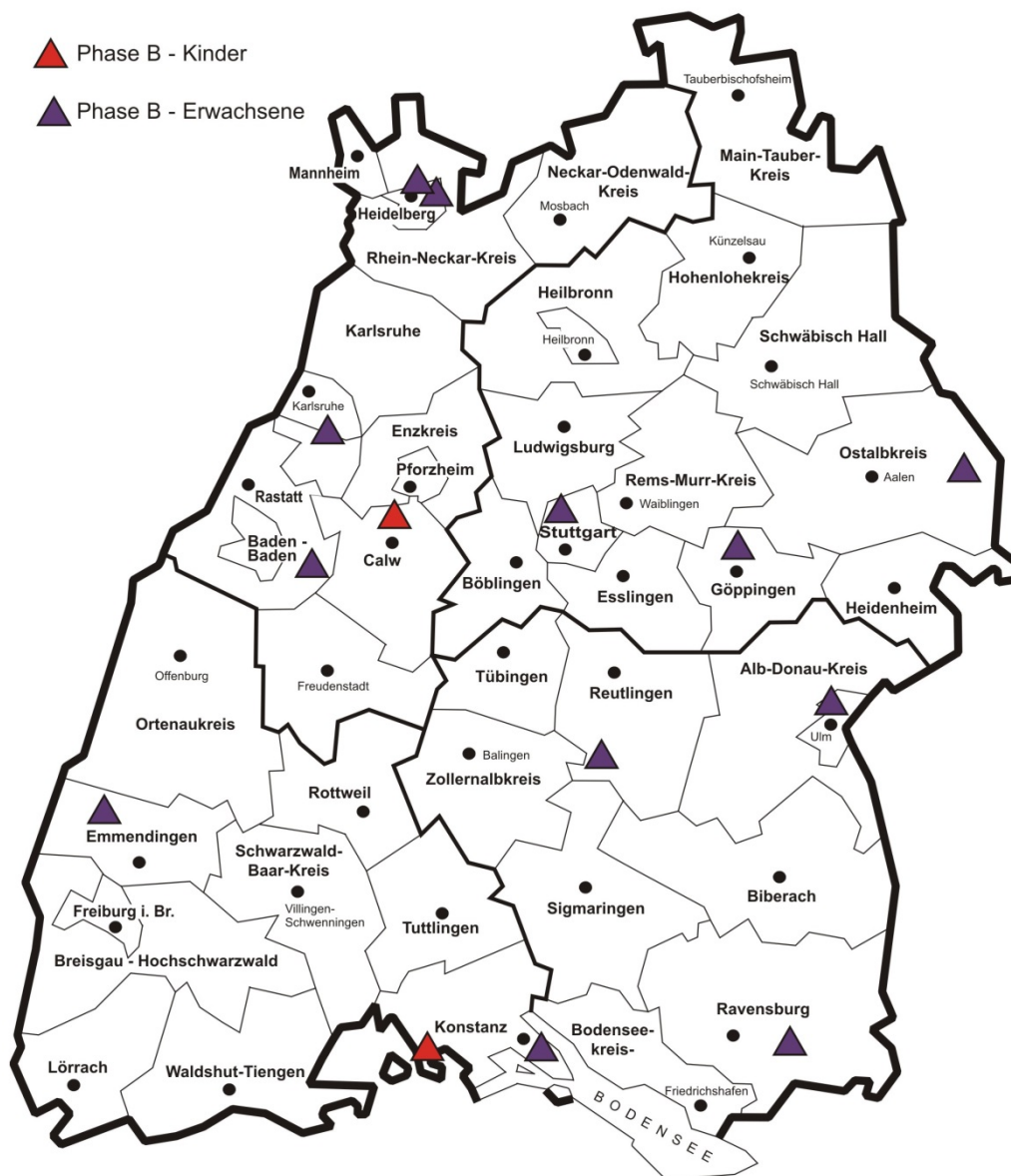
- Frührehabilitationsteam unter Leitung einer Fachärztin oder eines Facharztes für Neurologie, Neurochirurgie oder Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Neuropädiatrie, die bzw. der über eine mindestens 3-jährige Erfahrung in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation verfügt
- Aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal auf dem Gebiet der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation
- Ärztliche und Pflegerische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter müssen über tätigkeitsbezogene intensivmedizinische Erfahrungen oder über mehrjährige Erfahrungen in einer Einrichtung der Neurologischen Frührehabilitation Phase B- verfügen.
- Vorhandensein und Einsatz von folgenden Therapiebereichen: Physiotherapie/Krankengymnastik, Physikalische Therapie, Ergotherapie, Neuropsychologie, Logopädie/faziorale Therapie und/oder therapeutische Pflege (Waschtraining, Anziehungstraining, Esstraining, Kontinenztraining, Orientierungstraining, Schlucktraining, Tracheostomamanagement, Isolierungspflichtige Maßnahmen u.a.)
- Ärztliche Präsenz in der Einrichtung über 24 h in der Einrichtung (Notfallversorgung)
- Konsiliarärztliche Mitbetreuung (internistisch, chirurgisch, urologisch etc.) bei dringlicher Indikation innerhalb von 24 h

### 4.3. Prozessqualität:

- Standardisierte Diagnostik und medizinische Akuttherapie nach dem aktuellen Stand der medizinischen Kenntnis
- Standardisiertes Frührehabilitations-Assessment zur Erfassung und Wertung der funktionellen Defizite in mindestens 5 Bereichen (Bewusstseinslage, Kommunikation, Kognition, Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Verhalten, Emotion) zu Beginn der Behandlung
- Wöchentliche Teambesprechung mit Festlegung der bisherigen Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele
- Intensivpflege /-überwachung unter Einschluss von 4 bis 6 Stunden aktivierend-therapeutische Pflege täglich, mehrfach täglich Visite, Funktionstherapie insgesamt mehrere Stunden am Tag, häufig durch mehrere Therapeuten gleichzeitig.
- Gewährleistung der nahtlosen Weiterverlegung in nächste indizierte Rehabilitationsstufe (ggfs. verbindliche Kooperation)
- Mitwirkung an Qualitätssicherungsmaßnahmen (intern und extern)
- Interne Fortbildungen
- Konzepte zur Notfallversorgung intensivpflichtiger Patientinnen und Patienten
- Konzept zum Umgang mit multiresistenten Erregern
- Konzept für den Umgang mit beaufsichtigungspflichtig verhaltens- und orientierungsgestörte Patientinnen und Patienten

Einzelne Einrichtungen der Neurologischen Frührehabilitation Phase B haben sich spezialisiert auf primär beatmete Phase-B- Patientinnen und Patienten mit zusätzlicher Beatmungsentwöhnung, oder auf dialysepflichtige Phase-B Patientinnen und Patienten. Die Versorgung dieser Patientengruppen erfordert das Vorhandensein zusätzlicher spezifischer Ausstattungs- und Leistungsmerkmale.

## 5. Standorte der Einrichtungen für Neurologische Frührehabilitation Phase B



Standort
<b>Neurologische Frührehabilitation Phase B Erwachsene</b>
Kliniken Schmieder Heidelberg
Kliniken Schmieder Gerlingen
Kliniken Schmieder Allensbach
SRH Kurpfalzkrankenhaus Heidelberg
SRH Klinikum Karlsbad-Langensteinbach
SRH Fachkrankenhaus Neresheim
Klinikum Christophsbad Göppingen
BDH-Klinik Elzach
Krankenhaus Steinberg/Ermstal Bad Urach
Fachklinik Wangen
RKU- Universitäts- und Rehabilitationsklinikum Ulm
MediClin Rehaklinik Gernsbach
<b>Neurologische Frührehabilitation Phase B Kinder und Jugendliche</b>
Kinderklinik Schömberg
Hegau Jugendwerk Gailingen

(Stand 30.06.2016)



## Quellen:

1. Schupp W (1995) Konzept einer zustands- und behinderungsangepassten Behandlungs- und Rehabilitationskette in der neurologischen und neurochirurgischen Versorgung in Deutschland („Phasenmodell“). *Nervenarzt* 66:907-914
2. Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), Frankfurt/Main– Ausgabe 1999 –
3. Pohl, M. et al (2016), Rehabilitationsverlauf von Patienten in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation, *Nervenarzt* 87:634–644, DOI 10.1007/s00115-016-0093-1, Online publiziert: 18. April 2016, Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016
4. Schönle PW (1995) Der Frühreha-Barthelindex (FRB) – eine frührehabilitationsorientierte Erweiterung des Barthelindex. *Rehabilitation* 34:69–73
5. Loos S, Schliwen A. (2012) Gutachten zur Abbildung der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation im Rahmen der Krankenhausplanung. Berlin: IGES Institut GmbH 2012
6. Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg, Urteil vom 16. April 2015 – 10 S 96/13 – , juris.
7. ICD-10-GM Version 2016, <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/index.htm>
8. Diesener, P (2010) Frührehabilitation: Intensivmedizin unter anderem Blickwinkel aus: Kretz, Beushausen, Ure, Roth (Hrsg.) *Kinder Notfall – Intensiv* 3. Auflage 2010, Urban und Fischer
9. OPS-Katalog 2016 (DIMDI: Operationen- und Prozedurenschlüssel Version 2016. <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/ops/kodesuche/onlinefassungen/opshtml2016/>)