

Neurologisch-neurochirurgische **Frührehabilitation** im Rahmen der Krankenhausplanung

Für die Landesarbeitsgemeinschaft
NeuroRehabilitation NRW

STUDIEN
BERICHT

**Gutachten zur Abbildung der
neurologisch-neurochirurgischen
Frührehabilitation
im Rahmen der Krankenhausplanung**

*Endbericht für die
Landesarbeitsgemeinschaft NeuroRehabilitation NRW*

Stefan Loos
Anke Schliwen

Berlin, 10. Oktober 2012

IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180, 10117 Berlin
Tel.: 030 – 23 08 09-0; E-Mail: kontakt@iges.de; www.iges.de

Inhalt

1	Einleitung	12
2	Grundlagen der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation	16
2.1	Patientencharakteristika	16
2.2	Eingangskriterien für die Neurologische Frührehabilitation	20
2.3	Stellung der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation Phase B im Versorgungsgefüge	22
2.4	Zusammenfassung	25
3	Versorgungsstrukturen der neurologisch- neurochirurgischen Frührehabilitation in Nordrhein- Westfalen	26
3.1	Versorgungsangebot der Krankenhäuser	26
3.1.1	Intensivmedizinische Abteilungen und Stroke-Units	31
3.1.2	Personalausstattung	32
3.1.3	Apparative Ausstattung	33
3.2	Versorgungsspektrum der Krankenhäuser im Bundesländervergleich	35
3.3	Versorgungsangebot der Rehabilitationseinrichtungen gemäß § 111 SGB V	38
3.3.1	Versorgungsangebot NNCHFR Phase B	39
3.3.2	Sonstige Angebote	39
3.4	Zusammenfassung	42
4	Anforderungen an die Leistungsfähigkeit von Einrichtungen in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation	43
4.1	Anforderungen aus medizinischen Leitlinien und Richtlinien	44
4.1.1	Medizinische Leitlinien	44
4.1.2	Richtlinien des G-BA	46
4.2	Anforderungen aus dem OPS-Katalog	47
4.3	Anforderungen aus der Literatur	49
4.4	Die neurologische Frührehabilitation in den Krankenhausplänen der Bundesländer	54
4.4.1	Baden-Württemberg	56
4.4.2	Bayern	60

4.4.3	Berlin	63
4.4.4	Brandenburg	64
4.4.5	Bremen	65
4.4.6	Hamburg	66
4.4.7	Hessen	68
4.4.8	Mecklenburg-Vorpommern.....	70
4.4.9	Niedersachsen.....	71
4.4.10	Nordrhein-Westfalen	72
4.4.11	Rheinland-Pfalz	75
4.4.12	Saarland	77
4.4.13	Sachsen	78
4.4.14	Sachsen-Anhalt.....	79
4.4.15	Schleswig-Holstein.....	81
4.4.16	Thüringen	82
4.5	Zusammenfassung	84
5	Bedarfsgerechtigkeit der neurologisch- neurochirurgischen Frührehabilitation	92
5.1	Aktueller Bedarf an neurologischer Frührehabilitation.....	92
5.2	Prognose des Bedarfs an neurologischer Frührehabilitation	99
5.3	Inanspruchnahme/Leistungshäufigkeiten in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation	101
5.4	Bedarfsgerechtigkeit der Versorgungskapazitäten in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation	105
5.5	Zusammenfassung	108
6	Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	110

Abbildungen

Abbildung 1:	Phase A bis C der neurologisch-neurochirurgischen Rehabilitation.....	12
Abbildung 2:	Zuweisende Abteilungen in die NNCHFR Phase B.....	23
Abbildung 3:	Entlassungswege aus der NNCHFR.....	24
Abbildung 4:	Krankenhäuser mit mindestens einem Fall der NNCHFR (OPS 8-552) in NRW, 2010	28
Abbildung 5:	Verteilung der Krankenhäuser mit mind. fünf Fällen neurologischer Frührehabilitation (OPS 8-552) nach Versorgungsspektrum und Bundesland, 2010	36

Abbildung 6:	Verteilung der Fälle neurologischer Frührehabilitation (OPS 8-552) nach Versorgungsspektrum der Krankenhäuser* nach Bundesland, 2010.....	37
Abbildung 7:	Anteil der Fälle neurologischer Frührehabilitation (OPS 8-552) an allen Fällen der Fachabteilungen*, Deutschland, 2010	38
Abbildung 8:	Schematischer Versorgungsablauf, beteiligte Einrichtungen und deren Vergütung bei NNCHFR Phase B	55
Abbildung 9:	Schematische Darstellung der Analyse zur Bedarfsgerechtigkeit der NNCHFR-Versorgung in NRW	92
Abbildung 10:	Anzahl der Fälle neurologischer Frührehabilitation (OPS 8-552) in Krankenhäusern in NRW nach Altersgruppe und Geschlecht, 2010.....	94
Abbildung 11:	Untere, obere und mittlere Bettenbedarfsschätzung für die NNCHFR in Nordrhein-Westfalen	99
Abbildung 12:	Anzahl der Fälle neurologischer Frührehabilitation (OPS 8-552) in NRW nach Fachabteilung*, 2010	101
Abbildung 13:	Anzahl der Fälle neurologischer Frührehabilitation (OPS 8-552) je 100.000 Einwohner nach Bundesland, 2010	102
Abbildung 14:	Fallhäufigkeiten (OPS 8-552) je 100.000 Einwohner nach Stadt- und Landkreisen in NRW, 2010.....	103
Abbildung 15:	Anzahl der Fälle mit neurologischer Frührehabilitation (OPS 8-552) in NRW nach Altersgruppe, 2006 und 2010.....	104

Tabellen

Tabelle 1:	Ausgewählte Nebendiagnosen in den für die NNCHFR relevantesten DRGs, 2010	17
Tabelle 2:	Verteilung der Hauptdiagnosen bei Fällen mit DRG B11Z, B42A, B42B, B43Z, 2010.....	19
Tabelle 3:	Fachabteilungen für Neurologie / Neurochirurgie in Krankenhäusern mit Neurologischer Frührehabilitation (OPS 8-552) in NRW, 2010	29
Tabelle 4:	Anzahl der Fälle neurologischer Frührehabilitation (OPS 8-552) nach Krankenhaus und Fachabteilung, 2010.....	30
Tabelle 5:	Intensivmedizinische Leistungen (OPS 8-980) und neurologische Komplexbehandlung (OPS 8-981, 8-98b) in Krankenhäusern mit neurologischer Frührehabilitation (OPS 8-552) in NRW, 2010.....	32
Tabelle 6:	Personalausstattung in Krankenhäusern mit neurologischer Frührehabilitation (OPS 8-552) in NRW, 2010	34

Tabelle 7:	Rehabilitationskliniken mit neurologischen Leistungen in NRW, 2012.....	40
Tabelle 8:	Übersicht über die G-BA-Richtlinien zur Strukturqualität.....	47
Tabelle 9:	Betten für Neurologische Frührehabilitation in Baden-Württemberg, 2012.....	57
Tabelle 10:	In Baden-Württemberg geleistete NNCHFR (Anzahl der Fälle mit OPS 8-552) nach Einrichtungen, 2010.....	58
Tabelle 11:	Im Krankenhausplan ausgewiesene Einrichtungen für die Versorgung von Schlaganfallpatienten und Patienten mit Schädel-Hirn-Traumata in Bayern, 2012.....	60
Tabelle 12:	In Bayern geleistete NNCHFR (Fälle mit OPS 8-552) nach Einrichtungen, 2010.....	62
Tabelle 13:	In Berlin geleistete NNCHFR (Fälle mit OPS 8-552) nach Einrichtungen, 2010.....	63
Tabelle 14:	In Brandenburg geleistete NNCHFR (Fälle mit OPS 8-552) nach Einrichtungen, 2010.....	65
Tabelle 15:	Im Krankenhausplan ausgewiesene Einrichtungen der neurologischen Frührehabilitation in Bremen.....	65
Tabelle 16:	Im Krankenhausplan ausgewiesene Einrichtungen der NNCHFR in Hamburg.....	67
Tabelle 17:	In Hamburg geleistete NNCHFR (Fälle mit OPS 8-552) nach Einrichtungen, 2010.....	68
Tabelle 18:	In Hessen geleistete NNCHFR (Fälle mit OPS 8-552) nach Einrichtungen, 2010.....	69
Tabelle 19:	In Mecklenburg-Vorpommern geleistete NNCHFR (Fälle mit OPS 8-552) nach Einrichtungen, 2010.....	71
Tabelle 20:	In Niedersachsen geleistete NNCHFR (Fälle mit OPS 8-552) nach Einrichtungen, 2010.....	72
Tabelle 21:	Im Krankenhausplan ausgewiesene Einrichtungen für die Versorgung von schwer Schädel-Hirn-Verletzten in Nordrhein-Westfalen, 2001.....	73
Tabelle 22:	Aktuell ausgewiesene Einrichtungen für die Versorgung von schwer Schädel-Hirn-Verletzten in Nordrhein-Westfalen, 2012.....	74
Tabelle 23:	Aktuell ausgewiesene Einrichtungen und Betten für Frührehabilitation in Nordrhein-Westfalen, 2012, sowie Leistungshäufigkeiten (Fälle mit OPS 8-552 und 8-559), 2010.....	74
Tabelle 24:	In Nordrhein-Westfalen geleistete NNCHFR (Fälle mit OPS 8-552) nach Einrichtungen, 2010.....	75
Tabelle 25:	Im Krankenhausplan ausgewiesene Einrichtungen der NNCHFR in Rheinland-Pfalz, 2009.....	76

Tabelle 26:	In Rheinland-Pfalz geleistete NNCHFR (Fälle mit OPS 8-552) nach Einrichtungen, 2010.....	77
Tabelle 27:	Im Krankenhausplan ausgewiesene Einrichtungen der NNCHFR, 2011, sowie Leistungshäufigkeiten (Fälle mit OPS 8-552), 2010, im Saarland	78
Tabelle 28:	Im Krankenhausplan ausgewiesene Einrichtungen der NNCHFR in Sachsen.....	79
Tabelle 29:	In Sachsen geleistete NNCHFR (Fälle mit OPS 8-552) nach Einrichtungen, 2010.....	79
Tabelle 30:	In Sachsen-Anhalt geleistete NNCHFR (Fälle mit OPS 8-552) nach Einrichtungen, 2010	80
Tabelle 31:	In Schleswig-Holstein geleistete NNCHFR (Fälle mit OPS 8-552) nach Einrichtungen, 2010	82
Tabelle 32:	Im Krankenhausplan ausgewiesene Einrichtungen der NNCHFR in Thüringen.....	83
Tabelle 33:	In Thüringen geleistete NNCHFR (Fälle mit OPS 8-552) nach Einrichtungen, 2010	84
Tabelle 34:	NNCHFR in der Krankenhausplanung der Länder im Überblick	88
Tabelle 35:	Anzahl Fälle nach ausgewählten Hauptdiagnosen mit Behandlungsort NRW, 2010	93
Tabelle 36:	Anteil Schlaganfall-Patienten nach Barthel-Index bei Entlassung aus der Akutversorgung, 2011	95
Tabelle 37:	Geschätzte Anzahl der Bedarfsfälle für NNCHFR bei Schlaganfall-Patienten.....	96
Tabelle 38:	Ergebnis der Bedarfsschätzung Anzahl Fälle NNCHFR Phase B, 2010.....	97
Tabelle 39:	Ergebnis der Bedarfsprognose: Anzahl der Fälle NNCHFR Phase B bis zum Jahr 2025.....	100
Tabelle 40:	Anzahl der Fälle mit Wohnsitz in NRW und neurologischer Frührehabilitation (OPS 8-552) in umliegenden Bundesländern, 2010	104
Tabelle 41:	Anzahl der Fälle mit neurologischer Frührehabilitation (OPS 8-552) in Deutschland, 2006-2010.....	105
Tabelle 42:	Soll-Ist-Vergleich der Behandlungsfälle und Betten in der NNCHFR Phase B in NRW, 2010.....	107
Tabelle 43:	Patienten in Rehabilitationskliniken in Nordrhein-Westfalen mit einem Frührehabilitations-Barthel-Index bei Aufnahme von max. 30 Punkten, 2011	108

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AUG	Augenheilkunde
B	Berlin
BB	Brandenburg
BI	Barthel-Index
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
CHI	Chirurgie
CRP	C-reaktives Protein
CT	Computertomographie
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
DRG	Diagnosis Related Groups
EEG	Elektroenzephalographie
EKG	Elektrokardiogramm
EMG	Elektromyografie
FR-BI	Frührehabilitations-Barthel-Index
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GUG	Gynäkologie und Geburtshilfe
HNO	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
INN	Innere Medizin
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
MASFFS	Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien, Frauen und Senioren Baden-Württemberg
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen

Abkürzung	Erläuterung
MKG	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
MRSA	Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus
MRT	Magnetresonanztomographie
MTA	Medizinisch-Technischer Assistent
NCH	Neurochirurgie
NEU	Neurologie
NFR	Neurologische Frührehabilitation
NNCHFR	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation
NLG	Nervenleitgeschwindigkeit
NRW	Nordrhein-Westfalen
NSCLC	Non small cell lung carcinoma (Nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom)
OLG	Oberlandesgericht
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
ORT	Orthopädie
PEG-Sonde	Perkutane endoskopische Gastrostomie
PSO	Psychosomatik
PSY	Psychiatrie
RL	Richtlinie
RR	Respiratory Rate
SA	Schlaganfall
SGB IX	Sozialgesetzbuch IX
SGB V	Sozialgesetzbuch V
SHV	Schädel-Hirn-Verletzte
SQB	Strukturierten Qualitätsberichte
SU	Stroke Unit
URO	Urologie

Abkürzung	Erläuterung
ZNS	Zentralnervensystem

1 Einleitung

Seit dem Jahr 1995 wurde in Deutschland – basierend auf den Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (BAR 1995) – das Phasenmodell in der neurologischen Rehabilitation etabliert (Abbildung 1). Danach schließt sich an die Akutbehandlungsphase (Phase A) die frühe Behandlungs- und Rehabilitationsphase (Phase B) an, in der aufgrund schwerer und schwerster Beeinträchtigungen der Patienten noch intensivmedizinische Behandlungsmöglichkeiten vorgehalten werden müssen. Für die darauffolgende Phase C der Behandlung und Rehabilitation müssen die Patienten zwar noch kurativmedizinisch und mit hohem pflegerischem Aufwand betreut werden, sind aber schon in der Lage, aktiv in der Therapie mitarbeiten zu können.

Abbildung 1: Phase A bis C der neurologisch-neurochirurgischen Rehabilitation



Quelle: IGES

Während es schon immer unstrittig war, dass die Phase A im Krankenhaus stattfindet und die Phase C in einer Rehabilitationseinrichtung, gab es vor allem in der Vergangenheit Diskussionen, in welchem Versorgungsbereich die Phase B angesiedelt werden sollte. In der Vergangenheit fand die neurologische Frührehabilitation überwiegend in Rehabilitationseinrichtungen statt. Seit Inkrafttreten des SGB IX im Jahr 2001 und der Neuformulierung des § 39 Abs. 1 SGB V ist die Frührehabilitation Bestandteil der Krankenhausbehandlung geworden. Allerdings gibt es hier sowohl fachliche als auch rechtliche Abgrenzungsprobleme, bei denen neben den Vorgaben des Fünften Sozialgesetzbuchs (insb. § 39 SGB V) vor allem medizinisch-inhaltliche Konzepte (z. B. das BAR-Phasenkonzept) und unmittelbar vergütungsrelevante Vorgaben in den OPS Codes (z. B. OPS 8-552) eine Rolle spielen. Aufgrund dieser – auch höchstrichterlich noch nicht geklärten – Abgrenzungsprobleme ist es nicht weiter verwunderlich, dass auch elf Jahre nach dieser Gesetzesänderung noch kein Konsens darüber besteht, wie die

Frührehabilitation zu organisieren ist und insbesondere in welchem Versorgungssetting – Krankenhaus oder Rehabilitationseinrichtung oder beides – sie stattfinden soll. Entsprechend haben in den letzten Jahren auch unterschiedliche Versorgungskonzepte Eingang in die Krankenhausplanung der Länder gefunden. Überwiegend findet die neurologische Frührehabilitation jedoch in Krankenhausabteilungen statt, welche vielfach an Rehabilitationskliniken angegliedert sind.

Im immer noch aktuellen Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen aus dem Jahr 2001 wird die neurologische Frührehabilitation der Phase B nicht ausdrücklich beplant. Der Krankenhausplan weist dafür deziert Betten und Standorte für die Versorgung von Schwer-Schädel-Hirnverletzten und für die fachübergreifende Frührehabilitation aus. Die Frührehabilitation insgesamt, zu der die fachübergreifende Frührehabilitation zählt, wird im Plan als sonstiges Versorgungsangebot definiert. Für eine fachliche Anbindung in Form von "Davon-Betten" kommen laut Krankenhausplan insbesondere die Gebiete Neurologie und Orthopädie in Betracht, wobei auf ein ausreichend großes Leistungsangebot des Hauptgebietes zu achten sei. Spezielle frührehabilitative Angebote, die über die oben schon erwähnte fachübergreifende Frührehabilitation hinausgehen, werden im Plan nicht gesondert ausgewiesen.

Eine der Rehabilitationskliniken, die dieses Gutachten beauftragt haben, hat die Aufnahme von Betten für die neurologische Frührehabilitation der Phase B in den Krankenhausplan beantragt mit der Begründung, dass die Versorgung gegenwärtig nicht bedarfsgerecht sei. Dieser Antrag wurde im Klageverfahren mit dem Hinweis auf die mangelnde Leistungsfähigkeit der antragstellenden Einrichtung abgewiesen. Zudem hat die Planungsbehörde bis zuletzt¹ betont, dass ihr keine Erkenntnisse vorlägen, die auf eine nicht bedarfsgerechte Versorgung in diesem Bereich hindeuten würden.

Ziel dieses Gutachtens ist es daher zu prüfen,

- ob die gegenwärtige Versorgung mit Leistungen zur NNCHFR in Nordrhein-Westfalen (NRW) bedarfsgerecht ist und
- welche Anforderungen ein Krankenhaus erfüllen muss, um als hinreichend leistungsfähig zu gelten, um Leistungen der NNCHFR erbringen zu dürfen.

¹ Interview mit der zuständigen Ministerin Barbara Steffens im WDR am 23.09.2012: <http://www.wdr.de/tv/westpol/sendungsbeitraege/2012/0923/reha.jsp>.

Die Bedarfsgerechtigkeit ist dabei von primärer Bedeutung.² Es soll daher zunächst geprüft werden,

- welcher Bedarf an Leistungen der NNCHFR in NRW besteht und
- wie sich dieser Bedarf zukünftig entwickeln wird.

Dem ermittelten Bedarf wird dann die aktuelle Versorgungssituation gegenübergestellt, um so die Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung beurteilen zu können.

Bezüglich der Anforderungen an die Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses gilt die Rechtsprechung der Verwaltungsgerichtsbarkeit: Danach ist ein Krankenhaus leistungsfähig, wenn das Leistungsangebot dauerhaft die Anforderungen erfüllt, die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft und dem Versorgungsauftrag aus dem Feststellungsbescheid, mit dem das Krankenhaus in den Krankenhausplan aufgenommen wird, an ein Krankenhaus dieser Art zu stellen sind. Daher wird in diesem Gutachten untersucht,

- wie sich der aktuelle Stand der medizinischen Wissenschaft im Hinblick auf Anforderungen an die Leistungsfähigkeit von Einrichtungen der NNCHFR darstellt,
- und welche Schlussfolgerungen sich darauf für die neurologische Frührehabilitation in Nordrhein-Westfalen ziehen lassen.

Im Folgenden werden zunächst die wesentlichen Charakteristika der NNCHFR und der dort behandelten Patienten beschrieben, insofern sich daraus Anforderungen an die Bedarfsgerechtigkeit und die Leistungsfähigkeit der Versorgungsstrukturen ableiten lassen.

Im darauffolgenden Kapitel 3 werden die gegenwärtigen Versorgungsstrukturen der NNCHFR in Nordrhein-Westfalen beschrieben.

Im Kapitel 4 wird dann untersucht, welche Anforderungen an die Leistungsfähigkeit von Einrichtungen der NNCHFR zu stellen sind. In diesem Kontext wird auch ausführlich auf die neurologische Frührehabilitation in den Krankenhausplänen anderer Bundesländer eingegangen, aus denen sich Vorgaben sowohl zur Leistungsfähigkeit als auch zur Bedarfsgerechtigkeit in der NNCHFR ableiten lassen.

Im Kapitel 0 wird schließlich der aktuelle und künftige Bedarf an versorgungsnotwendigen Betten für die neurologische Frührehabilitation ermittelt

² Dies zeigt sich schon daran, dass z. B. die Landesbehörden Ausnahmen von den Qualitätsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses zulassen können, wenn dies zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung notwendig ist.

und geprüft, inwieweit die aktuelle Versorgungssituation als bedarfsgerecht angesehen werden kann.

Das Gutachten schließt mit einer Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse und Schlussfolgerungen.

2 Grundlagen der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation

2.1 Patientencharakteristika

In der Regel handelt es sich in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation (NNCHFR) um schwerstbeeinträchtigte, bewusstlose bzw. qualitativ oder quantitativ schwer bewusstseinsgestörte Patienten mit Schäden des zentralen und peripheren Nervensystems, die einer langfristig angelegten, intensiven medizinischen Behandlung/Rehabilitation bedürfen. Die Patienten leiden an komplexen, in der Regel kombinierten Funktionsstörungen. Dazu gehören – das zeigen u. a. die DRG-Daten des Jahres 2010 (Tabelle 1) – neben Lähmungen und Sprachstörungen auch Schluckstörungen, Harn- und Stuhlinkontinenz sowie Konzentrations-, Aufmerksamkeits-, Wahrnehmungs-, Gedächtnisstörungen und z. T. psychopathologische Veränderungen.³

Vielfach ist auch ihre Atmung eingeschränkt, so dass sie beatmet werden müssen.⁴ Mehrere Studien (z. B. Hoffmann et al. 2006, Haase et al. 2011, Schönle et al. 2001) zeigen, dass die in neurologischen Frührehabilitationseinrichtungen aufgenommenen Patienten vielfach sehr niedrige Werte im Barthel-Index (BI)⁵ bzw. dem – für die neurologische Frührehabilitation modifizierten – Frührehabilitations-Barthel-Index nach Schönle (FR-BI) haben, also starke krankheitsbedingte Funktionseinschränkungen bei alltäglichen Aktivitäten aufweisen.⁶ Hoffmann et al. (2006) weisen für ihre Patienten einen FR-BI bei Aufnahme von -175 Punkten im Median aus, in der

³ Vgl. dazu auch Stier-Jarmer et al. (2002: 262).

⁴ Vgl. Hoffmann et al. (2006); im Jahr 2002 mussten demnach 16,6 % der Patienten bei Aufnahme in die neurologische Frührehabilitation beatmet werden. Andere Quellen, z. B. Rollnik (2009) sowie Rollnik et al. (2010), deuten darauf hin, dass der Anteil beatmeter Patienten in der neurologischen Frührehabilitation seitdem – zumindest in darauf stärker spezialisierten Kliniken – weiter gestiegen sein dürfte.

⁵ Vgl. dazu www.dimdi.de/static/de/klasi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2012/zusatz-barthelindex.htm; (Zugriff 25.9.2012).

⁶ Vgl. dazu www.dimdi.de/static/de/klasi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2012/zusatz-frb-schoenle.htm; (Zugriff 25.9.2012) sowie Schönle (1995). Zum Teil werden auch andere Instrumente verwandt, z. B. der FIM-Score (Functional Independence Measurement) oder die Koma-Remissions-Skala (KRS).

Studie von Haase et al. (2011) liegt der FR-BI bei Aufnahme im Median bei -50 Punkten. Die DRG-Daten für das Jahr 2010 zeigen für die im Rahmen der NNCHFR relevantesten DRGs einen Anteil von Patienten mit einem FR-BI bei Aufnahme von -200 bis -76 Punkten zwischen 20 % und 30 % (Tabelle 1).

Tabelle 1: Ausgewählte Nebendiagnosen in den für die NNCHFR relevantesten DRGs, 2010

ICD	Bezeichnung	Fälle mit DRG B42A	Fälle mit DRG B42B	Fälle mit DRG B43Z	Fälle mit DRG B11Z
U50.50	BI 0-15 Punkte		14,88%	19,45%	27,50%
U52.1	-75 bis 30 Punkte	36,22%	42,30%	32,55%	30,47%
U52.2	-200 bis -76 Punkte		19,06%	26,42%	30,30%
U52.3	< - 200 Punkte	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Z43.0	Tracheostoma	k. A.	k. A.	15,37%	20,49%
Z43.1	Gastrostoma	k. A.	k. A.	21,90%	20,32%
R32	Harninkontinenz	21,17%	36,81%	41,71%	30,12%
R15	Stuhlinkontinenz	35,83%	48,48%	62,53%	45,88%
R47.0	Dysphasie und Aphasie	41,79%	26,85%	32,02%	28,37%
R47.1	Dysarthrie und Anarthrie	45,80%	26,52%	24,94%	k. A.
G81.0	Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie	70,89%	36,31%	38,40%	43,96%
G81.1	Spastische Hemiparese und Hemiplegie	16,56%	12,77%	15,29%	k. A.
N39	Harnwegsinfekt	20,18%	14,43%	22,77%	21,54%

Quelle: IGES, GDRG-Browser V2011 (Datenjahr 2010)

Anmerkung: Im DRG-Browser werden nur max. die 20 häufigsten Nebendiagnosen ausgewiesen; daraus resultieren in dieser Tabelle die Felder, welche keine Angabe enthalten.

Diagnosen

Bei den Hauptdiagnosen in der NNCHFR handelt es sich vorrangig um:

- Schlaganfälle,
- Hirnblutungen/ Subarachnoidalblutungen,
- Schädel-Hirn-Traumata,

- hypoxische Hirnschädigungen,
- Guillain-Barré-Syndrom (GBS)/Neuropathien,
- Hirntumore sowie
- entzündliche Gehirnerkrankungen (Meningitis, Enzephalitis).

Amtliche Statistiken zu den Diagnosen in der NNCHFR gibt es nicht, weil die statistischen Ämter diese Kategorie nicht erfassen. Zu den Häufigkeiten der einzelnen Diagnosen finden sich in der Literatur unterschiedliche Angaben. Dies ist auch darauf zurückzuführen, dass einzelne Einrichtungen oft ganz unterschiedliche Spezialisierungs- und damit Diagnoseprofile aufweisen. Zur Beschreibung der aktuellen Diagnoseverteilung in der NNCHFR des Krankenhaussektors werden die Hauptdiagnosen aller Behandlungsfälle herangezogen, für die mindestens eine der DRG B11Z, B42A, B42B oder B43Z abgerechnet wurde (Tabelle 2). Patienten, für die diese DRG dokumentiert werden, erhalten typischerweise alle eine NNCHFR (OPS 8-552).⁷ Demnach ist der Hirninfarkt (I63 ICD 10) die dominierende Hauptdiagnose mit einem Anteil an allen Hauptdiagnosen von rund 60 %.

Damit weicht die Diagnoseverteilung deutlich von der in älteren Studien ermittelten ab. Eine multizentrische Erfassung (neun Kliniken in sechs Bundesländern) basierend auf Daten des Jahres 2002 (Hoffmann et al. 2006) wies z. B. nur einen Anteil an Hirninfarkten von rund 30 % aus. Rollnik (2009) zeigt jedoch, dass sich die Diagnoseverteilung in der NNCHFR in der Folge der Einführung des DRG-Systems deutlich geändert hat und es zu einem starken Anstieg sowohl der absoluten Anzahl als auch des relativen Anteils von Hirninfarkten in der NNCHFR kam.

⁷ Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass nicht bei allen Patienten, die eine NNCHFR erhalten, auch eine entsprechende Frührehabilitations-DRG kodiert wird.

Tabelle 2: Verteilung der Hauptdiagnosen bei Fällen mit DRG B11Z, B42A, B42B, B43Z, 2010

ICD-10-Hauptdiagnose		Anteil an allen Diagnosen
C71	Bösartige Neubildung des Gehirns	0,05%
D32	Gutartige Neubildung der Meningen	0,12%
G60-G64	Polyneuropathien und sonst. Krankheiten des peripheren Nervensystems	7,77%
G81	Hemiparese und Hemiplegie	0,01%
G82	Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie	0,01%
G93	Sonstige Krankheiten des Gehirns	5,63%
I60	Subarachnoidalblutung	3,27%
I61	Intrazerebrale Blutung	15,96%
I62	Sonstige nicht traumatische intrakranielle Blutung	0,06%
I63	Hirnfarkt	59,78%
I65	Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien o. res. Hirnfarkt	0,02%
S06	Intrakranielle Verletzung	7,33%

Quelle: IGES, GDRG-Browser V2011 (Datenjahr 2010)

Medizinische Hilfsmittel bei Aufnahme

Patienten in der NNCHFR Phase B zeichnen sich dadurch aus, dass sie häufig verschiedene medizinische Zugänge erhalten haben, welche die Versorgung teilweise erheblich beeinflussen. So haben nach Hoffmann et al. (2006) 86 % der Patienten einen suprapubischen oder transurethralen Dauerkatheter, 31,8 % eine PEG-Sonde und 30,9 % einen zentralen Venenkatheter. Die DRG-Daten für das Jahr 2010 (Tabelle 1) zeigen für die im Rahmen der NNCHFR relevantesten DRGs einen Anteil von Patienten, bei denen ein Gastrostoma versorgt werden musste, von gut 20 % und einen Anteil von Patienten, bei denen ein Tracheostoma versorgt werden musste, von etwa 15-20 %.

Typische Komplikationen und Notfälle

Entsprechend den in der NNCHFR vorherrschenden Krankheitsbildern, dem Schweregrad der Erkrankungen und der Häufigkeit medizinischer Zugänge kommt es in der NNCHFR häufig zu Komplikationen und Notfällen, aus denen sich u. a. ein akutmedizinische bzw. intensivmedizinischer Behandlungsbedarf ableitet.

Nach Rollnik et al. (2011) stehen bei den Komplikationen thromboembolische Komplikationen, Keimbesiedlungen, vegetative Entgleisungen, tachykarde Rhythmusstörungen, hypertensive Krisen, Aspirationspneumonien, Harnwegsinfekte, gastrointestinale Blutungen, tracheotomieassoziierte Komplikationen und Elektrolytstörungen im Vordergrund.⁸ Nach Hoffmann et al. (2006)⁹ stellen ein Harnwegsinfekt (vgl. dazu auch Tabelle 1), eine Pneumonie und Herz-Kreislaufstörungen die häufigsten Komplikationen dar.

Die weitaus meisten Komplikationen können jedoch in Einrichtungen der NNCHFR behandelt werden, wobei es aufgrund der unterschiedlichen Ausstattungen der Einrichtungen durchaus Unterschiede in den Versorgungsmöglichkeiten gibt. Insgesamt muss – so Hoffmann et al. (2006) – etwa jeder zehnte Patient wegen einer Komplikation in ein Akutkrankenhaus verlegt werden. Häufigere Gründe für eine Verlegung sind z. B. ein Hydrozephalus, schwere Pneumonien, tracheotomieassoziierte Komplikationen, Ileus, gastrointestinale Blutungen oder ein Herzinfarkt bzw. ein Reinsult. Eine Verlegung erfolgt entsprechend der Komplikation z. B. in neurochirurgische, neurologische, viszeralchirurgische, internistische oder auch HNO-Abteilungen.

2.2 Eingangskriterien für die Neurologische Frührehabilitation

Als Eingangskriterien für die NNCHFR werden hier solche verstanden, die dazu geeignet sind zu entscheiden, ob Patienten einer NNCHFR bedürfen. Wie eingangs schon angesprochen, gibt es in Deutschland unterschiedliche, zueinander nicht vollständig kompatible Ansätze zur Definition der Eingangs- und Ausgangskriterien der NNCHFR, die zudem in der Praxis – z. T. aufgrund einer Unterspezifikation der Ansätze – von Krankenhausplanungsbehörden, Krankenkassen/ Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK), Gerichten und Klinikträgern sehr unterschiedlich gehandhabt und bewertet werden.¹⁰ Daraus resultiert – so Schorl/ Liebold (2012: 4) – "dass bundesweit keine einheitlichen Kriterien zur Phasenabgrenzung existieren, die Verlegungspraxis ist vollkommen uneinheitlich."

⁸ Zu typischen Komplikationen und Behandlungsvorschlägen vgl. Bertram/ Brandt (2007); zu den Komplikationsraten während der Frührehabilitation bei Schlaganfallpatienten vgl. Knecht et al. (2011).

⁹ Vgl. für aktuelle Daten einer Einrichtung Haase et al. (2011).

¹⁰ Vgl. dazu und zum Folgenden Schorl/Liebold (2012).

Als zentrale Instrumente bzw. Quellen für Ein- und Ausgangskriterien zur NNCHFR gelten zum einen das schon erwähnte Phasenmodell der BAR. Danach muss bei Frühreha-Patienten u. a. die primäre Akutversorgung abgeschlossen sein, es darf keine Sepsis oder floride Osteomyelitis vorliegen und die intrakraniellen Druckverhältnisse müssen stabil sein.¹¹ Diese BAR-Kriterien werden zum einen grundsätzlich aus juristischer Sicht kritisiert¹², zum anderen wird zumindest aus inhaltlicher Sicht angemerkt, dass diese Kriterien nicht hinreichend spezifiziert seien und daraus erhebliche Konflikte (zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern) in der Auslegung der Kriterien resultierten.¹³ Weiter zeigen – wie eingangs schon erwähnt – Hoffmann et al. (2006), dass 16,6 % ihrer Patienten bei Aufnahme beatmet wurden. Die Autoren folgern daher, dass das BAR-Eingangskriterium „nicht mehr kontrolliert beatmungspflichtig“ keine zwingende Voraussetzung für die Phase B sei; vielmehr sei die künstliche Beatmung als ein Baustein der in den BAR-Empfehlungen geforderten intensivmedizinischen Behandlungsmöglichkeiten zu sehen, auf den sich Kliniken für die NNCHFR der Phase B bei besonderem Bedarf spezialisieren können.¹⁴ Hinzu kommt schließlich noch, dass die Kostenträger mit den Leistungserbringern auch offiziell nicht definierte Unter- bzw. Zwischenphasen (z. B. unter der Bezeichnung "C-Plus-Phase") definieren. Dennoch bleibt festzuhalten, dass diese BAR-Kriterien vielfach noch zur Abgrenzung der Phasen herangezogen werden.¹⁵

Als zweiter, weit verbreiteter Ansatz gilt die Abgrenzung der Phasen anhand von Instrumenten, mit denen der Grad der funktionellen Einschränkung von Patienten gemessen werden kann. Weit verbreitet ist hier der oben schon erwähnte Barthel-Index (BI) bzw. der – für die NNCHFR modifizierte – Frührehabilitations-Barthel-Index nach Schönle (FR-BI). Der FR-BI hat gegenüber den BAR-Kriterien den Vorteil, dass er vergleichsweise ein-

11 Für die vollständige Liste der BAR-Kriterien vgl. BAR (1995: 9f.).

12 Vgl. dazu z. B. OLG München v. 23.7.2009.

13 Vgl. zu den Interpretations- und Abgrenzungsproblemen z. B. Bertram/ Brandt (2007), Platz et al. (2011) und Schorl/ Liebold (2012).

14 Für dezidierte Weaning-Stationen gibt es eigenständige Qualitätskriterien, die z. B. im Zertifizierungsverfahren der deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. geprüft werden. Vgl. dazu http://www.sdgp.de/fileadmin/pneumologie/downloads/Aktuelles/Erhebungsbogen_zur_Zertifizierung_von_Weaningzentren_DGP.pdf?cntmark. Eine entsprechende Leitlinie zum prolongierten Weaning wird zur Zeit erarbeitet: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/anmeldung/1/1/020-015.html>

15 Vgl. dazu die Übersichtstabelle (Tabelle 2) bei Schorl/ Liebold (2012).

fach und standardisiert zu erheben ist und einen eindeutigen Wert (beim FR-BI von -325 - 100, beim BI von 0 - 100) liefert. Dieser Vorteil mag mit dafür verantwortlich sein, dass im OPS 8-552 ausdrücklich ein FR-BI von maximal 30 Punkten zu Beginn der Behandlung als Abrechnungskriterium für diese Leistung bestimmt wird. Daher soll dieses Kriterium (FR-BI bei Aufnahme max. 30 Punkte) auch im Rahmen dieses Gutachtens die Grundlage für die Schätzung des Versorgungsbedarfs sein.¹⁶

Grundlegende Voraussetzung für die NNCHFR im Krankenhaus ist jedoch die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit. Deren Definition im Kontext der NNCHFR ist jedoch umstritten, insbesondere weil befürchtet wird, dass eine zu enge Definition zu einer Versorgungslücke zwischen den Phasen B und C führen könnte.¹⁷ Um diese Problematik zu entschärfen, wurde im Jahr 2011 in Bayern zwischen den relevanten Akteuren (Leistungserbringer, Kassen und das bayerische Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit) ein von einer Expertengruppe des Verbandes der privaten Krankenanstalten in Bayern entwickeltes Instrument zur Definition eines einheitlichen Endpunktes der akut-stationären Behandlungsbedürftigkeit in der NNCHFR abgestimmt.

2.3 Stellung der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation Phase B im Versorgungsgefüge

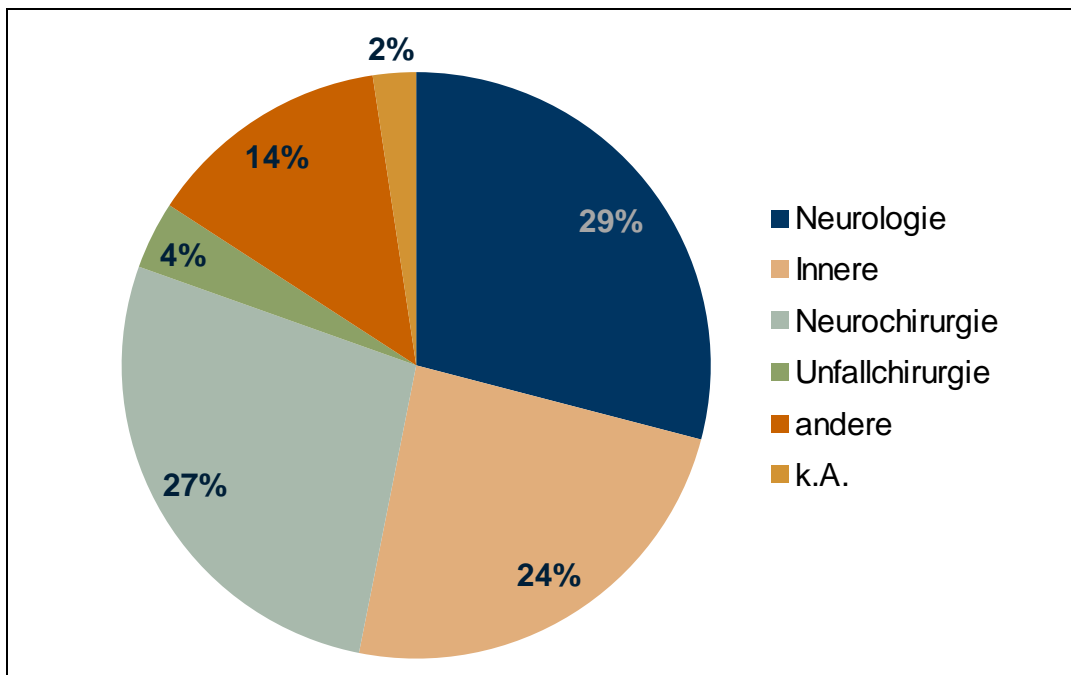
Im Phasenmodell der neurologischen Rehabilitation steht die NNCHFR (Phase B) zwischen der Akutbehandlung und der weiterführenden Rehabilitation (Phasen C, D) und stellt – wie beschrieben – die Brücke zwischen der überwiegend akutmedizinischen Versorgung (im Krankenhaus) und der Rehabilitation (in Rehabilitationseinrichtungen) dar.

Nach Hoffmann et al. (2006) kamen rund 29 % der Patienten in der NNCHFR Phase B aus neurologischen Abteilungen, gefolgt von der Neurochirurgie (27 %) und der Inneren Medizin (24 %) (Abbildung 2).

¹⁶ Vgl. dazu Kapitel 5.1.

¹⁷ Vgl. dazu Schorl / Liebold (2012).

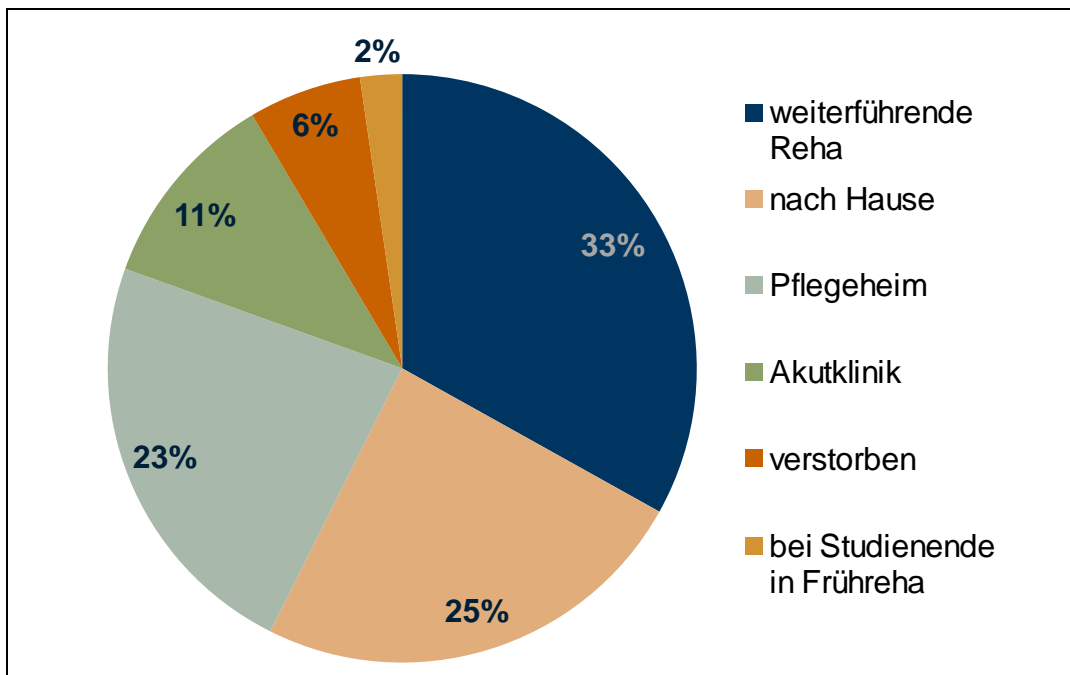
Abbildung 2: Zuweisende Abteilungen in die NNCHFR Phase B



Quelle: Hoffmann et al. (2006)

Insgesamt rund ein Drittel aller Phase-B-Patienten wurde in eine weiterführende Rehabilitation entlassen; bei Patienten mit Schädel-Hirn-Trauma bzw. Subarachnoidalblutung lag dieser Anteil über 40 %, bei Patienten mit einer Hypoxie mit 15 % deutlich darunter. Diese Patienten wurden statt dessen überdurchschnittlich häufig (34,6 %) in ein Pflegeheim entlassen, während der Anteil der Pflegeheim-Zuweisung unter allen Phase-B-Patienten nur 23,1 % betrug (Abbildung 3). Auch die Mortalität lag bei Patienten mit hypoxischen Hirnschäden mit 11,8 % deutlich über der Mortalität von Phase-B-Patienten insgesamt (6,2 %).

Abbildung 3: Entlassungswege aus der NNCHFR



Quelle: Hoffmann et al. (2006)

Neben der NNCHFR werden auch in der Geriatrie zu einem ganz erheblichen Teil Schlaganfallpatienten behandelt und medizinisch rehabilitiert. Daher stellt sich im Hinblick auf den Bedarf an neurologischer Frührehabilitation die Frage nach den differentiellen Zuweisungskriterien, anhand derer Schlaganfallpatienten entweder in eine NNCHFR oder in eine geriatrische Einrichtung zu überweisen sind.

Ein Ansatzpunkt sind die Kriterien, über die der „geriatrische Patient“ definiert wird. Gemäß der Definition der gemeinsamen Arbeitsgruppe der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e. V., der deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e. V. und der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e. V.¹⁸ ist der geriatrische Patient gekennzeichnet durch

- eine vorrangige geriatritypische Multimorbidität und gleichzeitig
- ein höheres Lebensalter (überwiegend 70 Jahre oder älter).

Umgekehrt bedeutet dies – so Platz et al. (2011: 154) –, dass es für die neurologische (Früh-)Rehabilitation grundsätzlich keine obere Altersgrenze gibt. Die NNCHFR schließt auch die Behandlung von Patienten mit gleichzeitigen Nebenleiden ein. Diese Nebenleiden stellen – so die Deutsche Ge-

¹⁸ Die Definition ist übernommen aus Bundesverband Geriatrie (2010: 13).

sellschaft für Neurorehabilitation (DGNR) – nur bei bestimmten Konstellationen ein Ausschlusskriterium für die neurologische (Früh-)Rehabilitation dar, wenn nämlich die nicht-neurologischen Behandlungsziele im Vordergrund der medizinischen Betreuung stehen und die geriatrische Multimorbidität das Behandlungsgeschehen somit vorrangig bestimmt.

2.4 Zusammenfassung

Patienten in der NNCHFR (Phase B) sind in der Regel aufgrund von komplexen, vielfach kombinierten Funktionsstörungen funktionell hochgradig eingeschränkt und bedürfen deshalb umfangreicher rehabilitativer und pflegerischer Maßnahmen. Zudem besteht vielfach akut- und teils intensivmedizinischer Behandlungsbedarf, etwa aufgrund von Komplikationen (z. B. Harnwegsinfekten) und Reinsulten. Diese besondere Kombination von akut-/intensivmedizinischem und Behandlungs- sowie rehabilitativem Versorgungsbedarf stellt besondere Anforderungen an die Leistungsfähigkeit der Einrichtungen zur NNCHFR, wie sie in Kapitel **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** diskutiert werden.

Patienten in der NNCHFR werden in der Regel aus anderen akutmedizinischen Abteilungen/Einrichtungen übernommen und bei schweren Komplikationen auch wieder in akutmedizinische Abteilungen (zurück)verlegt oder von dort tätigen Ärzten konsiliarisch mitbehandelt. Zugleich werden viele Patienten aus der Phase B in eine weiterführende Rehabilitation (Phase C, D) entlassen. Auch hieraus entstehen strukturelle Anforderungen an Einrichtungen der NNCHFR Phase B (z. B. im Hinblick auf die Etablierung entsprechender Kooperationen), die bei der Beurteilung der erforderlichen Leistungsfähigkeit einer Einrichtung der NNCHFR in Kapitel 4 berücksichtigt werden müssen.

Der komplexe Versorgungsbedarf von Patienten in der NNCHFR hat zur Folge, dass es in Deutschland auch heute noch keine einheitliche Definition der Eingangskriterien für diese Behandlungsphase gibt. Neben den BAR-Kriterien wird vielfach der FR-BI als Entscheidungskriterium herangezogen. Voraussetzung für eine NNCHFR im Krankenhaus ist zudem die Feststellung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit. Im Rahmen dieser Studie wird – wie auch in der OPS 8-552 vergütungsrelevant vorgegeben – der FR-BI zu Behandlungsbeginn als maßgebliches Eingangskriterium für die NNCHFR und als Grundlage für die Bedarfsschätzung (Kapitel 5) herangezogen.

Schließlich ist noch zu berücksichtigen, dass Patienten mit neurologischen Erkrankungen und frührehabilitativem Behandlungsbedarf häufig auch in geriatrischen Einrichtungen versorgt werden. Auch dies wird bei der Bedarfsschätzung in Kapitel 5 berücksichtigt.

3 Versorgungsstrukturen der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation in Nordrhein-Westfalen

Im Folgenden werden die aktuellen Versorgungsstrukturen der NNCHFR in Nordrhein-Westfalen im Bereich der Krankenhäuser und der Rehabilitationskliniken detailliert nach Einrichtungen dargestellt. Dabei werden die Vorgaben aus dem Krankenhausplan NRW 2001, dem DRG OP-Schlüssel für die OPS 8-552 und die Empfehlungen der BAR bezüglich der Ausstattung der Krankenhäuser, die NNCHFR erbringen, mit den Angaben aus den jeweiligen Strukturierten Qualitätsberichten (2010)¹⁹ abgeglichen.

3.1 Versorgungsangebot der Krankenhäuser

Leistungen der NNCHFR wurden in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2010 von 18 Krankenhäusern dokumentiert. Allerdings hatten davon sechs Einrichtungen weniger als zehn Fälle mit OPS 8-552 und nur die vier Einrichtungen Alexianer Krefeld GmbH Krankenhaus Maria-Hilf, Clemenshospital in Münster, Klinikum Duisburg und Uniklinik Köln mehr als 100 Fälle; viele Kliniken in Nordrhein-Westfalen wiesen in der NNCHFR sehr geringe Fallzahlen auf.²⁰ Die Uniklinik Köln hatte im Jahr 2010 mit 243 die meisten Fälle – was im Vergleich mit anderen Bundesländern vergleichsweise

¹⁹ Die Krankenhäuser sind verpflichtet in den Strukturierten Qualitätsberichten alle durchgeführten Prozeduren nach OPS nach Häufigkeit anzugeben. Laut Anlage 1 zu den Regelungen des G-BA gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser müssen in der Datenbankversion 100 % aller OPS-Ziffern der Fachabteilungen endstellig mit Anzahl aufgeführt werden. Auf diesen Angaben der Fälle nach OPS (nach Kapitel B 7.2) basieren die folgenden Auswertungen.

²⁰ Zum Vergleich: Im Jahr 2010 dokumentierten in Baden-Württemberg 12 Krankenhäuser mindestens einen Fall mit OPS 8-552, davon 9 Einrichtungen mehr als 100 Fälle.

wenig ist. So dokumentierten einige Kliniken in Bayern, Niedersachsen oder Brandenburg z. T. mehr als dreimal so viele Fälle.²¹

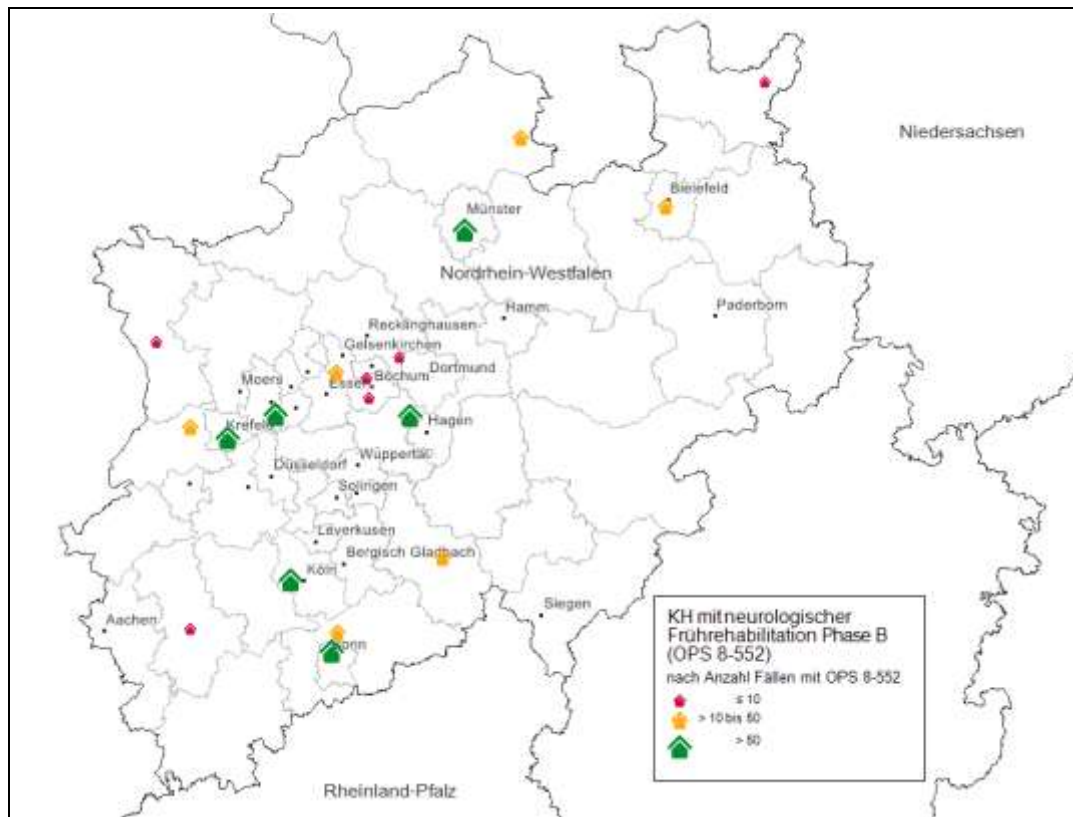
Trotz der geringen Fallzahl gaben 14 der 18 Einrichtungen in ihren SQ-Berichten an, die NNCHFR als Versorgungsschwerpunkt im Bereich Neurologie anzubieten.²²

Die Krankenhäuser mit mehr als 50 Fällen mit OPS 8-552 verteilen sich vor allem auf die Großstädte in der Mitte und dem Südwesten Nordrhein-Westfalens, während in der Osthälfte des Bundeslandes lediglich zwei Einrichtungen in Bielefeld und Minden in sehr geringem Umfang (elf bzw. zwei Fälle mit OPS 8-552 im Jahr 2010) Leistungen der NNCHFR erbringen (Abbildung 4).

²¹ z. B. BDH-Klinik Hessisch Oldendorf 700 Fälle, Klinikum am Europakanal Erlangen 703 Fälle, Neurologische Klinik Bad Neustadt an der Saale 748 Fälle, Median Klinik Grünheide 755 Fälle, Schön Klinik Bad Aibling 777 Fälle

²² Die Krankenhäuser Ev. Krankenhaus Castrop-Rauxel, Augusta-Kranken-Anstalt gGmbH Bochum, St. Johannes Krankenhaus Troisdorf und Hospital zum Heiligen Geist in Kempen gaben keinen Schwerpunkt Neurologische Frührehabilitation an.

Abbildung 4: Krankenhäuser mit mindestens einem Fall der NNCHFR (OPS 8-552) in NRW, 2010



Quelle: IGES nach SQB-Daten 2010

In den Rahmenvorgaben des Krankenhausplans NRW 2001 zur Frührehabilitation (Ziff. 3.6.2.2) ist eine fachliche Anbindung der Frührehabilitationsbetten an die Gebiete Neurologie und Orthopädie vorgesehen. Darüber hinaus wird in einer anderen Quelle (BMAS 1998) auch eine Angliederung der NNCHFR an eine neurochirurgische Hauptabteilung für sinnvoll gehalten.

Von den 18 Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen, die Leistungen der NNCHFR erbringen, haben mit Ausnahme der Augusta-Kranken-Anstalt gGmbH in Bochum und dem Hospital zum Heiligen Geist in Kempen alle eine Fachabteilung für Neurologie und/oder Neurochirurgie (Tabelle 3).

Tabelle 3: Fachabteilungen für Neurologie / Neurochirurgie in Krankenhäusern mit Neurologischer Frührehabilitation (OPS 8-552) in NRW, 2010

Krankenhaus	Hauptabteilung Neurologie	Hauptabteilung Neurochirurgie
Ev. Krankenhaus Castrop-Rauxel	ja	nein
Augusta-Kranken-Anstalt gGmbH Bochum	nein	nein
Marienhospital gGmbH Kevelaer	ja	nein
Johannes Wesling Klinikum Minden	ja	ja
Berufsgen. Universitätsklinikum Bergmannsheil GmbH Bochum	ja	nein
St. Augustinus Krankenhaus gGmbH Düren	ja	nein
Evangelische Kliniken Gelsenkirchen	ja	nein
Ev. Krankenhaus Bielefeld gGmbH	ja	ja
LWL-Klinik Lengerich	ja	nein
Kreiskrankenhaus Gummersbach GmbH	ja	nein
St. Johannes Krankenhaus Troisdorf	ja	nein
Hospital zum Heiligen Geist GmbH Kempen	nein	nein
LVR-Klinik Bonn	ja	nein
Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke gemeinnützige GmbH	ja	ja
Alexianer Krefeld GmbH Krankenhaus Maria-Hilf	ja	nein
Clemenshospital GmbH Münster	nein	ja
Klinikum Duisburg GmbH	ja	ja
Uniklinik Köln	ja	ja

Quelle: IGES nach Krankenhausplan NRW

Die Augusta-Kranken-Anstalt dokumentierte im Jahr 2010 allerdings auch nur einen Behandlungsfall mit OPS 8-552 – in der Fachabteilung für Hämatologie und internistische Onkologie. Das Hospital zum Heiligen Geist in Kempen hingegen dokumentierte 40 Fälle mit neurologisch-neurochirurgischer Frührehabilitation – die meisten dieser Fälle in einer Fachabteilung für Fachübergreifende Frührehabilitation (Tabelle 4).²³

²³ Laut SQB-Daten wurde die OPS 8-552 im Jahr 2010 in Nordrhein-Westfalen in 946 Fällen dokumentiert. Damit weicht diese Fallzahl, die auf Eigenangaben der Krankenhäuser beruht, leicht von den 969 Fällen gemäß DRG-Statistik ab.

Insgesamt wurden nur 2,1 % der Fälle mit OPS 8-552 in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2010 nicht in einer Fachabteilung für Neurologie, Neurochirurgie oder (neurologische) Frührehabilitation behandelt (Tabelle 4).

Tabelle 4: Anzahl der Fälle neurologischer Frührehabilitation (OPS 8-552) nach Krankenhaus und Fachabteilung, 2010

Krankenhaus	Fachabteilung	Anzahl Fälle OPS 8-552
Ev. Krankenhaus Castrop-Rauxel	Geriatrie	1
Augusta-Kranken-Anstalt gGmbH Bochum	Hämatologie und internistische Onkologie	1
Marienhospital gGmbH Kevelaer	Klinik für Neurologie	2
Johannes Wesling Klinikum Minden	Neurologie	2
Berufsgen. Universitätsklinikum Bergmannsheil GmbH Bochum	Chirurgische Klinik	1
	Neurologische Klinik	4
St. Augustinus Krankenhaus gGmbH Düren	Neurologie	7
Evangelische Kliniken Gelsenkirchen	Neurologie	11
Ev. Krankenhaus Bielefeld gGmbH	Innere Medizin und Rheumatologie	1
	Neurologie	10
LWL-Klinik Lengerich	Neurologie	23
Kreiskrankenhaus Gummersbach GmbH	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	1
	Neurologie	25
St. Johannes Krankenhaus Troisdorf	Neurologie	28
Hospital zum Heiligen Geist GmbH Kempen	Allgemeine Chirurgie	1
	Innere Medizin	4
	Fachübergreifende Frührehabilitation	35
LVR-Klinik Bonn	Neurologie	52
Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke gemeinnützige GmbH	Neurologie	1
	Frührehabilitation	59
Alexianer Krefeld GmbH Krankenhaus Maria-Hilf	Neurologie	122
Clemenshospital GmbH Münster	Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	4
	Department für neurologisch-	130

Krankenhaus	Fachabteilung	Anzahl Fälle OPS 8-552
	neurochirurgische Frührehabilitation	
Klinikum Duisburg GmbH	Klinik für Neurologische Frührehabilitation	178
Uniklinik Köln	Gefäßchirurgie	1
	Stereotaxie und Funkt. Neurochirurgie	1
	Anästhesiologie und Intensivmedizin	1
	Allgemeine Neurochirurgie	3
	Neurologie	237

Quelle: IGES nach SQB-Daten 2010

3.1.1 Intensivmedizinische Abteilungen und Stroke-Units

Die BAR definiert Phase B als eine Behandlungs-/Rehabilitationsphase, in der noch intensivmedizinische Behandlungsmöglichkeiten vorgehalten werden müssen.

Nur vier der 18 Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen, die im Jahr 2010 den OPS 8-552 dokumentiert haben, verfügen nach den in den SQ-Berichten gemachten Angaben über eine Hauptabteilung für Intensivmedizin. Allerdings dokumentierten 16 der 18 Krankenhäuser, bis auf das Hospital zum Heiligen Geist in Kempen und die LWL-Klinik in Lengerich, mindestens einen Fall mit einer intensivmedizinischen Komplexbehandlung (Basisprozedur) (OPS 8-980) und erbrachten damit faktisch Leistungen, für die eine intensivmedizinische Ausstattung benötigt wird (Tabelle 5).

Eine Stroke-Unit führen laut SQ-Berichten nur sechs der 18 Krankenhäuser. Allerdings erbrachten 15 der 18 Krankenhäuser die Leistungen einer neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls (OPS 8-981) oder einer anderen neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls (OPS 8-98b). Die Krankenhäuser Augusta-Kranken-Anstalt gGmbH in Bochum, Hospital zum Heiligen Geist GmbH in Kempen und das Clemenshospital GmbH Münster dokumentierten keine neurologische Komplexbehandlungen bei akutem Schlaganfall.

Tabelle 5: Intensivmedizinische Leistungen (OPS 8-980) und neurologische Komplexbehandlung (OPS 8-981, 8-98b) in Krankenhäusern mit neurologischer Frührehabilitation (OPS 8-552) in NRW, 2010

Krankenhaus	Anzahl Fälle OPS 8-980	Anzahl Fälle OPS 8-981	Anzahl Fälle OPS 8-98b
Ev. Krankenhaus Castrop-Rauxel	240	488	1
Augusta-Kranken-Anstalt gGmbH Bochum	624	0	0
Marienhospital gGmbH Kevelaer	48	291	0
Johannes Wesling Klinikum Minden	1.230	1.028	2
Berufsgen. Universitätsklinikum Bergmannsheil GmbH	1.979	322	0
St. Augustinus Krankenhaus gGmbH Düren	607	479	0
Evangelische Kliniken Gelsenkirchen	522	675	0
Ev. Krankenhaus Bielefeld gGmbH	1.385	1.578	0
LWL-Klinik Lengerich	0	334	0
Kreis Krankenhaus Gummersbach GmbH	463	697	0
St. Johannes Krankenhaus Troisdorf	503	326	0
Hospital zum Heiligen Geist GmbH Kempfen	0	0	0
LVR-Klinik Bonn	147	615	1
Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke gemeinnützige GmbH	137	190	0
Alexianer Krefeld GmbH Krankenhaus Maria-Hilf	7	0	34
Clemenshospital GmbH Münster	595	0	0
Klinikum Duisburg GmbH	931	649	1
Uniklinik Köln	4.467	913	0

Quelle: IGES nach SQB-Daten 2010

3.1.2 Personalausstattung

Zu den Mindestvoraussetzungen für die Abrechnung einer OPS 8-552 zählt die Ausstattung eines Krankenhauses mit neurologisch oder neurochirurgisch geschultem ärztlichen Personal. Das Frührehabilitationsteam soll unter der Leitung eines Facharztes für Neurologie, Neurochirurgie oder Kinder- und Jugendmediziner mit der Zusatzbezeichnung Neuropädiatrie stehen, der mindestens eine dreijährige Erfahrung in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation vorweisen kann. Einrichtungen, die

NNCHFR der Phase B erbringen, sollen zudem über therapeutisches Personal in den Therapiebereichen Physiotherapie bzw. Krankengymnastik, Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie und Psychologie verfügen.

Die Aussagen zur ärztlichen Fachexpertise und zum therapeutischen Personal in Krankenhäusern, die neurologischer Frührehabilitation leisten (bzw. OPS 8-552 dokumentieren), beruhen auf den eigenen Angaben der Einrichtungen in den SQ-Berichten für das Berichtsjahr 2010. Demnach beschäftigt das Hospital zum Heiligen Geist in Kempen als einziges Krankenhaus weder einen Facharzt für Neurologie, noch für Neurochirurgie oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie. In allen anderen Krankenhäusern sind Ärzte zumindest einer der drei Fachgebiete vertreten (Tabelle 6). Die meisten Krankenhäuser, die NNCHFR in nennenswertem Umfang leisten, halten laut den Angaben in ihren SQ-Berichten alle vier erforderlichen Therapiebereiche vor (Tabelle 6).

3.1.3 Apparative Ausstattung

Obwohl nicht alle Krankenhäuser in NRW, die Leistungen der NNCHFR der Phase B dokumentierten, in ihrem SQ-Bericht unter der apparativen Ausstattung ein CT oder ein MRT aufführten, erbrachten doch alle Einrichtungen Leistungen, die eine Verfügbarkeit der Geräte zur Bildgebung voraussetzen (OPS 3-20 für Native Computertomografie und OPS 3-80 bis 3-84 für Native Magnetresonanztomografie).

Tabelle 6: Personalausstattung in Krankenhäusern mit neurologischer Frührehabilitation (OPS 8-552) in NRW, 2010

	Facharzt für Neurologie	Facharzt für Neurochirurgie	Facharzt für Ki-Ju Med SP Neuropädiatrie	Ergo-therapeuten	Logopäden	Physio-therapeuten	Psychologen
Ev. Krankenhaus Castrop-Rauxel	ja	nein	nein	ja	ja	ja	ja
Augusta-Kranken-Anstalt gGmbH Bochum	ja	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Marienhospital gGmbH Kevelaer	ja	nein	nein	ja	ja	ja	nein
Johannes Wesling Klinikum Minden	ja	ja	nein	ja	ja	ja	ja
Berufsgen. Universitätsklinikum Bergmannsheil GmbH	ja	ja	nein	ja	ja	ja	ja
St. Augustinus Krankenhaus gGmbH Düren	ja	nein	nein	ja	ja	ja	nein
Evangelische Kliniken Gelsenkirchen	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Ev. Krankenhaus Bielefeld gGmbH	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
LWL-Klinik Lengerich	ja	nein	nein	ja	ja	ja	ja
Kreiskrankenhaus Gummersbach GmbH	ja	nein	nein	nein	nein	nein	nein
St. Johannes Krankenhaus Troisdorf	ja	nein	nein	ja	ja	nein	nein
Hospital zum Heiligen Geist GmbH Kempen	nein	nein	nein	ja	ja	ja	ja
LVR-Klinik Bonn	ja	nein	ja	ja	ja	ja	ja
Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Alexianer Krefeld GmbH KH Maria-Hilf	ja	ja	nein	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Clemenshospital GmbH Münster	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Klinikum Duisburg GmbH	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Uniklinik Köln	ja	ja	nein	ja	ja	ja	ja

Quelle: IGES nach SQB-Daten 2010

3.2 Versorgungsspektrum der Krankenhäuser im Bundesländervergleich

Um einordnen zu können, in welchem Kontext im Krankenhaus Leistungen der NNCHFR Phase B erbracht werden, wurde das Versorgungsspektrum aller Krankenhäuser, die im Jahr 2010 mind. fünf Fälle mit OPS 8-552 dokumentierten²⁴, verschiedenen Kategorien zugeteilt:

- Krankenhäuser, die nur Leistungen der Phase B, aber keine intensivmedizinischen Leistungen, Komplexleistungen in einer Stroke-Unit oder neurochirurgische Leistungen erbringen,
- Krankenhäuser, die Leistungen der Phase B und intensivmedizinische Leistungen erbringen,
- Krankenhäuser, die Leistungen der Phase B und Komplexleistungen in einer Stroke-Unit erbringen,
- Krankenhäuser, die Leistungen der Phase B und sowohl intensivmedizinische Leistungen, als auch Komplexleistungen in einer Stroke-Unit erbringen,
- Krankenhäuser, die Leistungen der Phase B und intensivmedizinische oder Stroke-Unit-Leistungen sowie mehr als 50 neurochirurgische Fälle mit ausgewählten OPS-Codes²⁵ erbringen.

Anhand dieser Einteilung kann eine Einschätzung gewonnen werden, welcher Typus Krankenhaus die NNCHFR Phase B typischerweise erbringt und wie groß der Anteil der Krankenhäuser ist, die neben der NNCHFR auch neurologische Akutversorgung der Phase A leistet.

Die Häufigkeitsverteilung der Krankenhäuser auf diese Kategorien unterscheidet sich deutlich zwischen den Bundesländern (Abbildung 5). Während in Sachsen der OPS 8-552 ausschließlich von Spezialkliniken für NNCHFR dokumentiert wurde, machten in Baden-Württemberg, Thüringen, Brandenburg, dem Saarland und Schleswig-Holstein auch die Krankenhäuser, die ausschließlich Phase B leisteten, ohne gleichzeitig Leistungen in der Intensivmedizin, Stroke-Unit oder Neurochirurgie erbracht zu

²⁴ Eine Grenze von mind. fünf Fällen mit OPS 8-552 wurde gewählt, um Verzerrungen aufgrund von Krankenhäusern mit sehr kleinen Fallzahlen in der neurologischen Frührehabilitation auszuschließen. Insgesamt wurden so 125 Krankenhäuser in Deutschland analysiert.

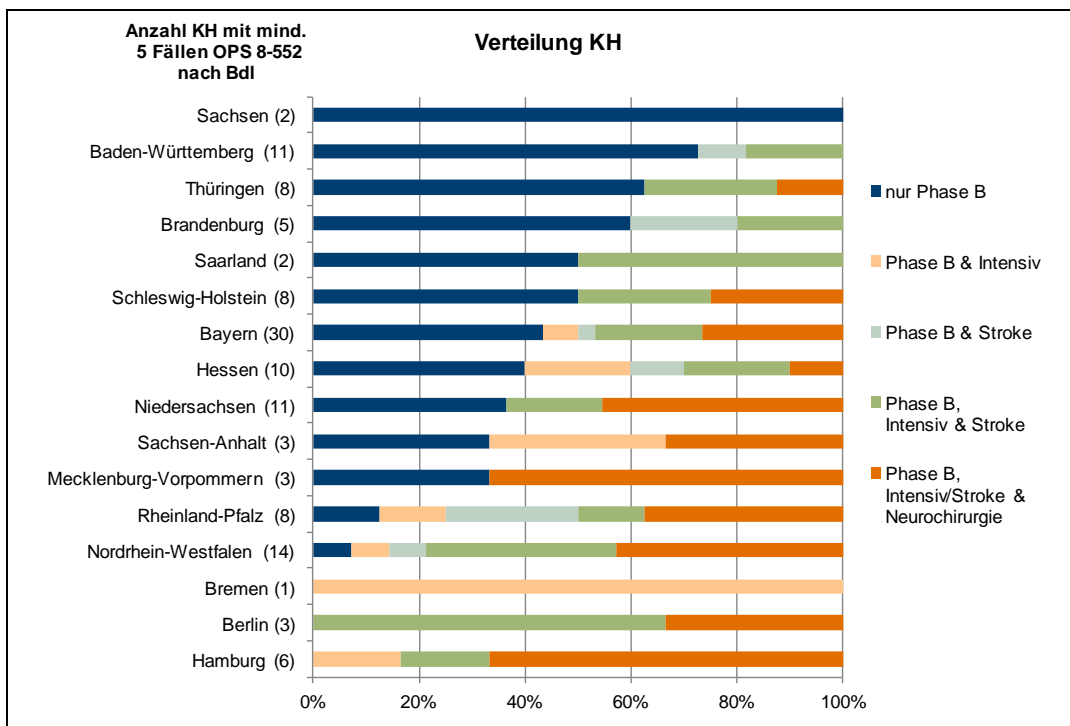
²⁵ Eine Grenze von 50 neurochirurgischen Fällen wurde gewählt um sicherzustellen, dass ein Krankenhaus strukturell neurochirurgische Leistungen erbringt und nicht nur einzelne leichte Prozeduren kodiert.

haben, die Hälfte oder mehr der Krankenhäuser mit OPS 8-552 Leistungen aus.

In Bremen, Berlin und Hamburg wurde der OPS 8-552 hingegen typischerweise in größeren Einrichtungen dokumentiert, die auch über eine intensivmedizinische Ausstattung, eine Stroke-Unit und/oder eine Abteilung für Neurochirurgie verfügten.

Das Versorgungsspektrum der Krankenhäuser mit mind. fünf Fällen mit OPS 8-552 in Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Hessen und Bayern war hingegen deutlich heterogener. In Nordrhein-Westfalen dokumentierte nur das Hospital zum Heiligen Geist den OPS 8-552 ohne gleichzeitig intensivmedizinische, Stroke-Unit oder neurochirurgische Leistungen erbracht zu haben.

Abbildung 5: Verteilung der Krankenhäuser mit mind. fünf Fällen neurologischer Frührehabilitation (OPS 8-552) nach Versorgungsspektrum und Bundesland, 2010

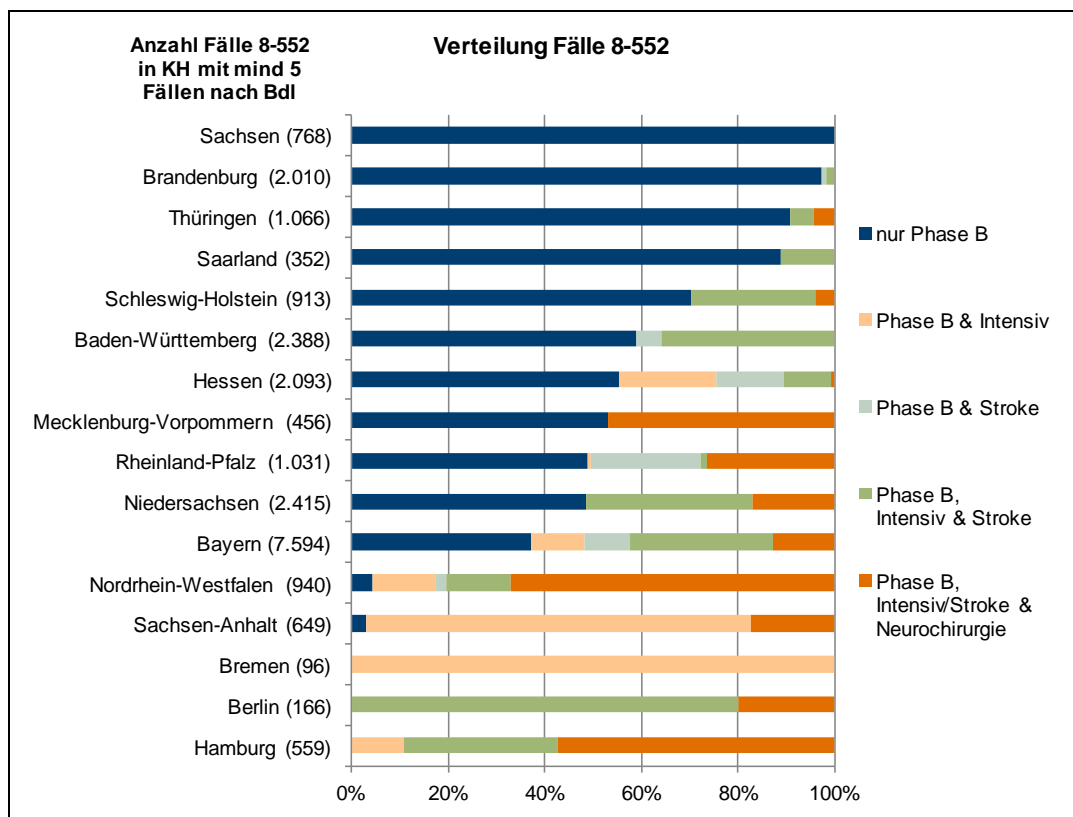


Quelle: IGES nach SQB-Daten 2010

Anhand der gleichen Einteilung der Krankenhäuser nach den fünf Kategorien des Versorgungsspektrums lassen sich auch die Fälle mit OPS 8-552 in diesen Krankenhäusern den Kategorien zuordnen. Dabei zeigt sich, dass in zehn der 16 Bundesländer der Anteil der Fälle in Krankenhäusern, die ausschließlich die NNCHFR Phase B (ohne Intensivmedizin, Stroke-Unit oder Neurochirurgie) anbieten, 50 % oder mehr ausmachten. In Nordrhein-

Westfalen hingegen wurde der Großteil der Fälle (67 %) in Krankenhäusern dokumentiert, die ein breites Versorgungsspektrum vorhielten (Abbildung 6). Der Anteil ist sogar höher als in den Stadtstaaten Berlin und Hamburg, in denen die NNCHFR überwiegend in Krankenhäusern der Maximalversorgung erbracht wurde.

Abbildung 6: Verteilung der Fälle neurologischer Frührehabilitation (OPS 8-552) nach Versorgungsspektrum der Krankenhäuser* nach Bundesland, 2010

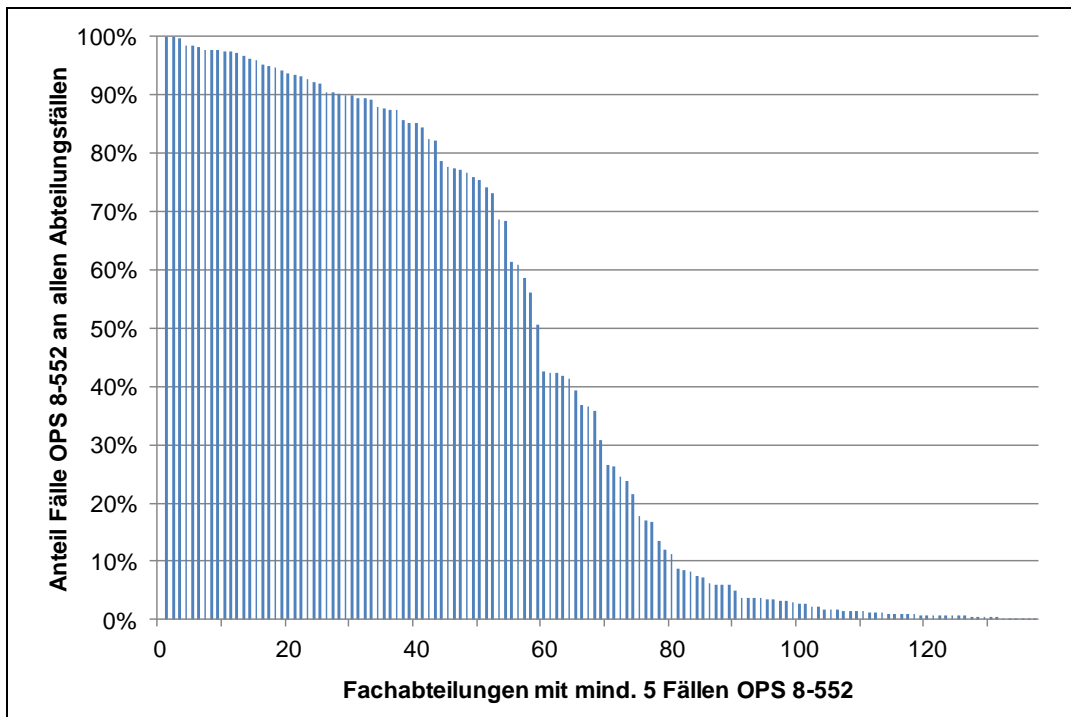


Quelle: IGES nach SQB-Daten 2010

Anmerkung: * nur für Krankenhäuser mit mind. fünf Fällen mit OPS 8-552

In rund einem Drittel aller Fachabteilungen in Deutschland, die mind. fünf Fälle mit OPS 8-552 dokumentierten, machten die Fälle mit neurologischer Frührehabilitation 80 % oder mehr der Abteilungsfälle insgesamt aus (Abbildung 7).

Abbildung 7: Anteil der Fälle neurologischer Frührehabilitation (OPS 8-552) an allen Fällen der Fachabteilungen*, Deutschland, 2010



Quelle: IGES nach SQB-Daten 2010

Anmerkung: * nur Fachabteilungen mit mind. fünf Fällen mit OPS 8-552

3.3 Versorgungsangebot der Rehabilitationseinrichtungen gemäß § 111 SGB V

Die amtlichen Statistiken ermöglichen keine Analysen zur Versorgungssituation in Rehabilitationseinrichtungen mit neurologischer Frührehabilitation Phase B, weil diese Kategorie wie auch die Phasen insgesamt nicht in den Daten enthalten sind.

Zur Analyse der Versorgung mit Leistungen der NNCHFR in Rehabilitationseinrichtungen wurde das Handbuch der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen des AOK-Verlags herangezogen (AOK 2012). Demnach gibt es aktuell in Nordrhein-Westfalen 47 Rehabilitationseinrichtungen, die Patienten mit neurologischen Erkrankungen und Erkrankungen der Stimmorgane versorgen und über einen Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V mit den gesetzlichen Krankenkassen verfügen. Davon sind allerdings 16 Einrichtungen ausschließlich in der ambulanten und/oder der teilstationären Versorgung tätig.

3.3.1 Versorgungsangebot NNCHFR Phase B

Von den übrigen 31 vollstationär tätigen Rehabilitationseinrichtungen²⁶ in Nordrhein-Westfalen haben nur zwei Rehabilitationseinrichtungen – REHANOVA und Godeshöhe – im Versorgungsvertrag gem. § 111 SGB V die Zulassung zur Behandlung von Phase B Patienten mit insgesamt 70 Betten sowie eine entsprechende Vergütungsvereinbarung mit dem Landesverbänden der Krankenkassen über Leistungen der NNCHFR der Phase B.

3.3.2 Sonstige Angebote

Die Klinik am Rosengarten in Bad Oeynhausen gab zwar für das AOK-Verzeichnis an, auch Patienten in der Phase B zu versorgen, vermerkte aber zum einen keinen entsprechenden Vergütungssatz und hat auch auf ihrer Homepage (www.klinikamrosengarten.de) keinerlei Hinweise auf die NNCHFR der Phase B. Das MediClin Reha-Zentrum Reichshof machte für das AOK-Verzeichnis keine Angaben zur Versorgung von Phase-B-Patienten, teilt aber auf seiner Homepage mit, auch Patienten der Phase B aufnehmen zu können.²⁷

Drei weitere Einrichtungen – HELIOS Rehasentrum Bad Berleburg Odebornklinik, HELIOS Klinik Hagen-Ambrock und die Klinik Dreizehnlinden – gaben an, Patienten in der im Rahmen der BAR-Empfehlungen nicht definierten Phase C+ zu versorgen, die hinsichtlich des Vergütungssatzes zwischen den Phasen B und C liegt, aber hinsichtlich des Patientenkontexts nach Expertenmeinung überwiegend der Phase B zuzurechnen ist.

Drei Kliniken – Dr. Becker Rhein-Sieg-Klinik, HELIOS Klinik Hagen-Ambrock, MediClin Reha-Zentrum Reichshof – weisen im AOK-Verzeichnis spezielle Vergütungssätze für die Versorgung von apallischen Patienten aus, die zwischen den Vergütungsniveaus der Phasen B und C liegen. Auch dies bietet jedoch keine Grundlage für die Versorgung von Phase B-Patienten.

Daten zu den Leistungshäufigkeiten der Rehabilitationskliniken in den Phasen B, C+, C und D liegen nicht vor.

²⁶ Eine der 31 Einrichtungen – das Hospital zum Heiligen Geist Kempen – ist mit seiner Abteilung für fachübergreifende Frührehabilitation in den Krankenhausplan aufgenommen. Daher wird sie hier nicht weiter berücksichtigt.

²⁷ Z. B. im Rahmen einer Einzelvereinbarung zwischen einer Kasse und der Klinik.

Tabelle 7: Rehabilitationskliniken mit neurologischen Leistungen in NRW, 2012

Name der Klinik	Ort	Frühreha Phase B	Phase B- Vergütung*	Phase C- Vergütung	Phase D- Vergütung	Besonderheiten
Aaltalklinik Wünnenberg	Bad Wünnenberg	nein	nein	233,46€	nein	
ANR	Bonn	nein	nein	nein	nein	
Asklepios Weserbergland-Klinik	Höxter	nein	nein	231,72€	149,34€	
Asklepios Weserbergland-Klinik	Horn-Bad Meinberg	nein	nein	nein	nein	
Berolina Klinik	Löhne	nein	nein	nein	nein	
Dr. Becker Rhein-Sieg-Klinik	Nümbrecht	nein	nein	224,99€	157,03€	Apalliker, SHV, Querschnitts-verletzte: 305,31€
Eifelhöhen-Klinik	Nettersheim-Marmagen	nein	nein	nein	nein	
Gesundheitszentrum Bad Waldliesborn	Lippstadt	nein	nein	nein	nein	
Heinrich-Piepmeyer-Haus	Münster	nein	nein	nein	Eltern-Kind	
HELIOS Klinik Hagen-Ambrock	Hagen	nein	nein	252,74€	180,39€	Apalliker: 310,49€ Homepage: B/C+
HELIOS Rehasentrum Bad Berleburg - Odebornklinik	Bad Berleburg	nein	nein	240,05€	141,77€	C+: 349,00€
Johanniter-Ordenshäuser Bad Oeynhausen	Bad Oeynhausen	nein	nein	232,59€	172,77€	
Kaiser-Karl-Klinik	Bonn	nein	nein	nein	nein	
Klinik am Osterbach	Bad Oeynhausen	nein	nein	219,05€	141,86€	
Klinik am Rosengarten	Bad Oeynhausen	ja	nein	nein	125,5€	Frühreha-Station mit 15 Betten
Klinik am Stein	Olsberg	nein	nein	218,40€	154,75€	

Name der Klinik	Ort	Frühreha Phase B	Phase B-Vergütung*	Phase C-Vergütung	Phase D-Vergütung	Besonderheiten
Klinik Dreizehnlinden	Bad Driburg	nein	nein	nein	nein	laut Homepage C+, C und D
Klinik Tecklenburger Land	Tecklenburg	nein	nein	nein	nein	
Kursanatorium für Kriegsblinde	Brilon-Gudenhagen	nein	nein	nein	nein	
Marcus-Klinik Bad Driburg	Bad Driburg	nein	nein	205,19€	145,86€	
MATERNUS-Klinik für Rehabilitation	Bad Oeynhausen	nein	nein	188,15€	144,3€	
MEDIAN Klinikum für Rehabilitation	Bad Salzuflen	nein	nein	nein	142,79€	
Median Weserlinik	Bad Oeynhausen	nein	nein	226,74€	142,79€	
MediClin Fachklinik Rhein/Ruhr	Essen	nein	nein	212,09€	156,92€	
MediClin Reha-Zentrum Reichshof	MediClin Reha-Zentrum Reichshof	nein	nein	202,00€	146,00€	Apalliker: 283,00€ Homepage: B
Neurologische Rehabilitationszentrum Godeshöhe	Bonn Bad Godesberg	ja	503,00€	234,00€	171,28€	
Rehabilitationsklinik für Anfalls Kranke	Bielefeld	nein	nein	nein	nein	
REHANOVA	Köln	ja	505,24€	235,98€	167,81€	
Ruhrtalklinik	Wickede-Wimbern	nein	nein	nein	nein	
St. Mauritius Therapieklinik	Meerbusch	nein	nein	237,35 €	162,36	laut Homepage: B

Quelle: IGES nach Handbuch der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, AOK-Verlag (2012) und z. T. Webseiten der Einrichtungen (*gem. Versorgungsvertrag mit den Krankenkassenverbänden nach § 111 SGB V)

3.4 Zusammenfassung

Im Jahr 2010 haben 18 Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen Leistungen der NNCHFR (OPS 8-552) erbracht. In den meisten Einrichtungen geschah dies jedoch nur in äußerst geringem Umfang. Lediglich sechs Einrichtungen erbrachten 2010 mehr als 50 Fälle. Krankenhäuser mit einem Schwerpunkt in der NNCHFR gibt es in Nordrhein-Westfalen – anders als in anderen Bundesländern – nicht.

Die unmittelbare Angliederung der NNCHFR an große neurologische Hauptabteilungen, wie sie bisher im Krankenhausplan NRW 2001 vorrangig angestrebt wird und in der Versorgungswirklichkeit Nordrhein-Westfalens überwiegend der Fall ist, stellt außerhalb Nordrhein-Westfalens nicht die dominante Organisationsform dar. Die Beispiele anderer Bundesländer zeigen vielmehr, dass die NNCHFR auch an Einrichtungen geleistet werden kann, die nicht an der unmittelbaren Akutversorgung neurologischer Erkrankungen beteiligt sind.

Die Rehabilitationseinrichtungen in Nordrhein-Westfalen können gegenwärtig keinen substantiellen Beitrag zur Versorgung von Patienten leisten, die einer NNCHFR bedürften. Lediglich zwei Einrichtungen hatten mit den gesetzlichen Krankenkassen Versorgungsverträge gem. § 111 SGB V (insgesamt 70 Betten) zur Versorgung von Patienten der Phase B abgeschlossen. Zwar gaben einige Einrichtungen an, Leistungen der Phase B erbringen zu können bzw. mit Kassen Vergütungsvereinbarungen für die in den BAR-Empfehlungen nicht vorgesehene Phase C+ abgeschlossen zu haben; eine leistungsfähige, nachvollziehbare und überprüfbare Versorgung von Phase B-Patienten kann aber auf diesem Wege nicht dauerhaft sichergestellt werden. Zudem vertritt von den gesetzlichen Krankenkassen zumindest die AOK Rheinland/Hamburg die Position, dass die NNCHFR Phase B ausschließlich im Krankenhaus zu erbringen sei und deshalb keine Neuverträge mit Rehabilitationseinrichtungen abgeschlossen würden.²⁸

²⁸ Schreiben der AOK Rheinland/Hamburg an das IGES Institut vom 25.09.2012.

4 Anforderungen an die Leistungsfähigkeit von Einrichtungen in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation

Im Fokus dieses Kapitels steht die Frage, welche konkreten Anforderungen sich aus dem Gebot der Leistungsfähigkeit von Krankenhäusern speziell im Bereich der NNCHFR ableiten lassen. Nach seinem Paragraphen 1 (Abs. 1) ist es das Ziel des Krankenhausgesetzes (KHG), eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten. Definiert wird der Begriff der Leistungsfähigkeit im Gesetz aber nicht.

Erste Anhaltspunkte für die strukturellen Anforderungen an Krankenhäuser lassen sich aus der Definition eines Krankenhauses im § 107 Abs. 1 SGB V ableiten. Im Vordergrund steht dort die ständige ärztliche Leitung und Präsenz, welche 24 Stunden am Tag zu gewährleisten ist. Die Einrichtung muss gemäß § 107 Abs. 1 Nr. 3 SGB V bestimmte organisatorische Voraussetzungen erfüllen, damit die ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1 SGB V) und die pflegerische Betreuung im Rahmen der Krankenhausbehandlung (§ 39 Abs. 1 SGB V) sichergestellt sind. Es wird eine stetige Präsenz bzw. Bereitschaft von ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal verlangt. Ein Krankenhaus hat die Aufgabe, die intensive, aktive und fortdauernde Betreuung von Patienten zu gewährleisten. Der Pflege kommt in diesem Zusammenhang eine in aller Regel untergeordnete Bedeutung zu, was sich ebenso an der Dominanz der ärztlichen Leistung erkennen lässt. Ferner muss das Haus Unterkunft und Verpflegung anbieten (§ 107 Abs. 1 Nr. 4 SGB V). Sämtliche der in § 107 Abs. 1 SGB V genannten Kriterien müssen gleichzeitig erfüllt sein.²⁹

Nach der Rechtsprechung³⁰ der Verwaltungsgerichtsbarkeit ist ein Krankenhaus leistungsfähig, wenn das Leistungsangebot dauerhaft die Anforderungen erfüllt, die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft und dem Versorgungsauftrag aus dem Feststellungsbescheid, mit dem das Krankenhaus in den Krankenhausplan aufgenommen wird, an ein Krankenhaus dieser Art zu stellen sind. Die Leistungsfähigkeit wird dadurch ge-

²⁹ Vgl. zur Thematik Krankenhaus nach § 107 SGB V, Rehborn in Ratzel/ Luxemburger (2011: § 30 RdNr. 24 – 27).

³⁰ Vgl. dazu Thomae in Ratzel/Luxenburger (2011) und Prütting (2009: § 12 RdNr. 36).

währleistet, dass die nach medizinischen Erkenntnissen erforderliche personelle, räumliche und medizinische Ausstattung vorhanden ist.³¹ Aufgrund der berufsregelnden Tendenz des KHG sind an das Merkmal der Leistungsgerechtigkeit keine unverhältnismäßig strengen Forderungen zu stellen. Es reicht aus, wenn das Krankenhaus dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft genügt.³²

Im Folgenden werden verschiedene Quellen herangezogen, um Aufschlüsse über die Anforderungen an die Leistungsfähigkeit der Einrichtungen mit neurologischer Frührehabilitation der Phase B zu gewinnen. Dazu gehören

- medizinische Leitlinien der Fachgesellschaften,
- Richtlinien des G-BA,
- der OPS-Katalog,
- medizinische Fachliteratur und
- die Krankenhauspläne der Bundesländer.

4.1 Anforderungen aus medizinischen Leitlinien und Richtlinien

4.1.1 Medizinische Leitlinien

Eine wesentliche Quelle zur Beschreibung des für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit maßgeblichen Standes der medizinischen Wissenschaft stellen medizinische Leitlinien dar. Medizinische Leitlinien sind dabei von unterschiedlicher Qualität, da der Begriff "Leitlinien" keiner Normierung unterliegt. In der Regel werden drei Entwicklungsstufen von Leitlinien unterschieden, wobei die Stufe S3 die höchste Qualitätsstufe darstellt:

- S1: Erarbeitung eines informellen Konsenses im Rahmen einer Expertengruppe
- S2: Erarbeitung der Leitlinie im Rahmen einer formalen Konsensfindung oder einer systematischen "Evidenz"-Recherche
- S3: Erarbeitung der Leitlinie mit zusätzlichen Elementen einer systematischen Entwicklung (Logik-, Entscheidungs- und „Outcome“-Analyse, Bewertung der klinischen Relevanz wissenschaftlicher Studien und regelmäßige Überprüfung)

³¹ Vgl. BVerwG NJW 1993, 3008, 3009.

³² Vgl. Thomae in Ratzel/Luxenburger (2011: § 30 Rd. 80-81) mit Verweis auf Rechtsprechung des BVerwG.

Im Rahmen dieses Gutachtens erfolgte eine Leitlinienrecherche auf der Internet-Seite der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Berücksichtigt wurden die folgenden Leitlinien, die sich mit den zentralen Krankheitsbildern in der NNCHFR beschäftigen:

- Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls³³
- Rehabilitation aphasischer Störungen nach Schlaganfall³⁴
- Enterale Ernährung bei Patienten mit Schlaganfall³⁵
- Schlaganfall³⁶
- Therapie des spastischen Syndroms³⁷
- Motorische Therapien für die obere Extremität zur Behandlung des Schlaganfalls³⁸
- Hypoxische Enzephalopathie³⁹
- Therapie akuter und chronischer immunvermittelter Neuropathien und Neuritiden⁴⁰
- Schädel-Hirn-Trauma im Erwachsenenalter⁴¹
- Neurogene Dysphagien⁴²

33 www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/030-046_S1_Schlaganfall_ischaemisch_Akuttherapie.pdf; (Zugriff 27.9.2012)

34 www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/030-090_S1_Rehabilitation_aphasischer_Stoerungen_nach_Schlaganfall_10-2008_10-2013.pdf; (Zugriff 27.9.2012)

35 www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/073-017_S3_Enterale_Ernaehrung_bei_Patienten_mit_Schlaganfall_Leitlinie_08-2007_08-2010_01.pdf; (Zugriff 27.9.2012)

36 www.awmf.org/leitlinien/detail/II/053-011.html; (Zugriff 27.9.2012)

37 www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/030-078_S1_Spastisches_Syndrom_Therapie_10-2008_10-2013.pdf; (Zugriff 27.9.2012)

38 www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/080-0011_S2e_Motorische_Therapien_obere_Extremitaet_Behandlung_Schlaganfall_2011.pdf; (Zugriff 27.9.2012)

39 www.awmf.org/leitlinien/detail/II/030-119.html; (Zugriff 27.9.2012)

40 www.awmf.org/leitlinien/detail/II/030-130.html; (Zugriff 27.9.2012)

41 www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/008-001_S2e_Schaedel-Hirn-Trauma_im_Erwachsenenalter_leitlinientext_abgelaufen.pdf; (Zugriff 27.9.2012)

- Multiprofessionelle neurologische Rehabilitation⁴³

Von den berücksichtigten Leitlinien weist nur eine (DEGAM Leitlinie Schlaganfall) ein S3-Niveau auf. Allerdings finden sich in dieser Leitlinie keine Strukturanforderungen an Einrichtungen zur NNCHFR.

Die Leitlinie zur Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls beschäftigt sich zwar mit der Vorbeugung und Behandlung von Komplikationen nach einem akuten ischämischen Schlaganfall, trifft aber – anders als im Hinblick auf die primäre Akutversorgung – keine Aussagen über die notwendige Strukturqualität der behandelnden Einrichtung.

Die Leitlinie "Neurogene Dysphagien" legt im Hinblick auf die Strukturqualität der behandelnden Einrichtung lediglich fest, dass Patienten mit einem Dilatationstracheostoma nicht in weiterführende Rehabilitationseinrichtungen ohne entsprechend geschultes Personal, in häusliche Pflege oder in Pflegeeinrichtungen entlassen werden sollten.

Die Leitlinie "Multiprofessionelle neurologische Rehabilitation" beschäftigt sich zwar mit der Strukturqualität behandelnder Einrichtungen, allerdings – ihrem Titel gemäß – lediglich im Hinblick auf die Zusammensetzung und Qualifikation des therapeutischen Teams.

Die übrigen Leitlinien enthalten keine Vorgaben zur Strukturqualität von Einrichtungen, die im Bereich der NNCHFR tätig sind. Insofern lässt sich aus keiner der untersuchten Leitlinien ableiten, dass eine NNCHFR notwendigerweise an eine neurologische Hauptabteilung mit einem hinreichend großen Leistungsangebot angegliedert sein sollte.

4.1.2 Richtlinien des G-BA

Auf der Grundlage von § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V kann der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Richtlinien beschließen, die Vorgaben zur Strukturqualität von zugelassenen Krankenhäusern machen. Bisher hat der G-BA sieben entsprechende Richtlinien (RL) verabschiedet. Davon regeln drei (RL 3, 6, 7) breite Versorgungsbereiche von Neugeborenen und Kindern bzw. Jugendlichen. Zwei Richtlinien regeln sehr spezifisch den Einsatz bestimmter Behandlungsmethoden bei bestimmten Diagnosen (RL 4, 5). Eine Richtlinie (RL 2) regelt die Versorgung von Patienten mit

⁴² www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/030-111_S1_Dysphagien__neurogene_10-2008_10-2013.pdf; (Zugriff 27.9.2012)

⁴³ www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/030-122_S1_Rehabilitation__multiprofessionelle_neurologische_10-2008_10-2013.pdf; (Zugriff 27.9.2012)

offen chirurgisch oder endovaskulär behandlungsbedürftigem Bauchaortenaneurysma.

Tabelle 8: Übersicht über die G-BA-Richtlinien zur Strukturqualität

Nr.	Richtlinien des G-BA zur Qualitätssicherung im stationären Sektor	Inkrafttreten
1	Qualitätssicherungsvereinbarung Versorgung von Früh- und Neugeborenen	2006
2	Qualitätssicherungsmaßnahmen bei autologer Chondrozytenimplantation am Kniegelenk	2007
3	Vereinbarung zur Kinderonkologie	2007
4	Qualitätssicherungsvereinbarung Positronenemissionstomographie beim NSCLC (nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom)	2007
5	Qualitätssicherungsvereinbarung Protonentherapie beim Rektumkarzinom	2008
6	Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchaortenaneurysma	2008
7	Richtlinie zur Kinderherzchirurgie	2010

Quelle: IGES

Aus der Übersicht wird ersichtlich, dass der G-BA bislang keine Richtlinien erlassen hat, welche die Erbringung von Leistungen der NNCHFR betreffen.

Somit lässt sich weder aus den recherchierten Leitlinien noch aus den Richtlinien des G-BA die Anforderung ableiten, dass die NNCHFR organisatorisch an neurologische Hauptabteilungen mit einem ausreichend großen Leistungsangebot angegliedert sein sollte.

4.2 Anforderungen aus dem OPS-Katalog

Die in Krankenhäusern erbrachten Leistungen werden mit dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) verschlüsselt. Die OPS Codes entstehen aus einem Vorschlagsverfahren, an dem sich primär die Fachgesellschaften beteiligen sollen; die Vorschläge können Verweise auf wissenschaftliche Evidenz enthalten. Diese Vorschläge werden bei Bedarf mit Vertretern von Fachgesellschaften abgestimmt und dann durch die Selbstverwaltung beraten und abgestimmt. Dabei werden an die OPS Codes vielfältige Anforderungen (im Hinblick auf ökonomische Aspekte, Qualitätssicherung, Transparenz, medizinische Dokumentation, statistische Qualität, Wissenschaftlichkeit, Epidemiologie usw.) gestellt, die im Abstimmungsprozess zu berücksichtigen sind.

Von den insgesamt mehr als 27.000 abrechenbaren OPS Codes enthalten rund 55 Codes Vorgaben zur Strukturqualität der Krankenhäuser. Diese Vorgaben sind für die Krankenhäuser als Leistungserbringer im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung unmittelbar verbindlich. Die Erfüllung der Anforderungen muss grundsätzlich im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen nachgewiesen werden und kann durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) im Einzelfall überprüft werden.

Zu den wenigen OPS Codes mit Vorgaben zur Strukturqualität gehört der hier einschlägige Code 8-552 zur neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation. Dieser enthält folgende Anforderungen an die Strukturqualität:

- Die Prozedur darf nur von einem Frühreheatem unter Leitung eines Facharztes für Neurologie, Neurochirurgie, Physikalische und rehabilitative Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Neuropädiatrie erbracht und abgerechnet werden, der über eine mindestens dreijährige Erfahrung in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation verfügt.
- Im Frühreheatem muss der neurologische oder neurochirurgische Sachverstand kontinuierlich eingebunden sein.
- In folgenden Therapiebereichen müssen Kapazitäten vorhanden sein und eingesetzt werden: Physiotherapie/ Krankengymnastik, Physikalische Therapie, Ergotherapie, Neuropsychologie, Logopädie/ fazioorale Therapie und/ oder therapeutische Pflege.

Der OPS 8-552 enthält im Hinblick auf die Strukturqualität also ausschließlich Anforderungen an die personelle Ausstattung des Krankenhauses. Gleiches gilt im Übrigen für die verwandten OPS zur geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung (8-550) und zur fachübergreifenden Frührehabilitation (8-559). Anders stellt sich die Lage bei der akutmedizinischen Behandlung von Schlaganfallpatienten dar. Sowohl die OPS 8-981 (Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls) als auch die OPS 8-98b (Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls) fordern im Rahmen der Behandlung unmittelbaren Zugang zu neurochirurgischen Notfalleingriffen sowie zu gefäßchirurgischen und interventionell-neuroradiologischen Behandlungsmaßnahmen (jeweils eigene Abteilung im Hause oder Kooperationspartner in höchstens halbstündiger Transportentfernung, unabhängig vom Transportmittel). Daraus wird ersichtlich, dass a) der OPS-Katalog strukturelle Vorgaben zur Verfügbarkeit von bestimmten weiterführenden Verfahren (Gefäßchirurgie, Neurochirurgie...) durchaus enthält, b) diese aber nicht für die NNCHFR gelten sondern nur für die neurologische Akutbehandlung des Schlaganfalls und dass c) selbst in diesem Fall eine Kooperation mit einem Partner in höchstens

halbständiger Transportentfernung die Vorhaltung entsprechender Kompetenzen im eigenen Hause ersetzen kann.

4.3 Anforderungen aus der Literatur

Um die Literatur zu identifizieren, die Anforderungen an die Strukturqualität von Einrichtungen formuliert, welche Leistungen der NNCHFR erbringen, wurde zunächst eine Internetrecherche durchgeführt. Die Literaturverzeichnisse schon identifizierter Artikel wurden genutzt, um weitere Quellen zu finden. Zudem wurden auch im Bereich der NNCHFR tätige Experten und Institutionen nach entsprechender Literatur befragt. Auf diesen Wegen konnten insbesondere die folgenden Quellen identifiziert werden:

- Kuratorium ZNS (1991)
- Mayer (1993)
- Arbeitsgemeinschaft Neurologische-Neurochirurgische Frührehabilitation der Bundesarbeitsgemeinschaft medizinisch-beruflicher Rehabilitationszentren (1994)
- BMAS (1998)
- Wullen/ Karbe (1999)
- Stier-Jarmer et al. (2002)
- Bertram/ Brandt (2007)
- Rollnik et al. (2011)

*Kuratorium ZNS (1991)*⁴⁴

Das Kuratorium ZNS sah in seinem Konzept die Notwendigkeit, ein flächendeckendes Netz von Abteilungen für Frührehabilitation an Akutkrankenhäusern der Maximalversorgung und in geeigneten Rehabilitationszentren einzurichten.

Solange keine ausreichenden Strukturen an den Kliniken der Maximalversorgung etabliert seien, seien frührehabilitative Strukturen an Rehabilitations-/ Schwerpunktkliniken notwendig. Dort müsse die Möglichkeit einer neurochirurgischen, neurologischen, intensivmedizinischen, chirurgischen, radiologischen Betreuung einschließlich CT sowie der Intensivüberwachung und Intensivbehandlung gewährleistet sein. Zumindest müssten Möglichkeiten hierzu in unmittelbarer Nähe gegeben sein, etwa in einem

⁴⁴ Kuratorium ZNS (1991) Hirnverletzung und Hirnerkrankung. Notwendigkeit und Bedeutung der Frührehabilitation. Kuratorium ZNS Bonn (Nachdruck 2001).

Klinikum der Maximalversorgung. Art und Organisation der Zusammenarbeit müssten durch Absprache und vertragliche Regelung geregelt sein. Das Konzept enthält neben Vorgaben zur Personalausstattung (inkl. Personalschlüssel) auch Vorgaben zur notwendigen apparativen Ausstattung; demnach sind vorzuhalten:

- Betten (Herzbetten) mit besonderer Eignung
- Betten zur Dekubitalprophylaxe
- Patiententransfer- und Duschsysteme
- Tagespflegerollstühle
- Lifter
- Duschrollstühle
- Patientenüberwachungsgeräte mit u.a. EKG und EEG
- elektrophysiologische Meßsysteme (z.B. EEG, evozierte Potentiale, EMG)
- Bioprozessoren
- Beatmungsgeräte

Mayer (1993)

Nach Mayer (1993) sollte ein flächendeckendes Netz von frührehabilitativen Einrichtungen in Akutkrankenhäusern der Maximalversorgung und in geeigneten Rehabilitationszentren je nach regionalem Bedarf und Möglichkeiten aufgebaut werden.

In den Akutkrankenhäusern sollten dafür die notwendigen diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Möglichkeiten einschließlich Intensivbehandlung und -überwachung vorgehalten werden. Es sollten eigenständige Fachabteilungen für neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation etabliert werden, die durch Neurologen/ Neurochirurgen (bei Kindern/ Jugendlichen: Neuropädiater) mit zusätzlicher Qualifikation für die Rehabilitation geleitet werden.

In den Rehabilitationskliniken sollten vergleichbare räumliche, apparative und personelle Voraussetzungen herrschen wie in den Krankenhäusern, ggf. durch eine Zusammenarbeit mit einem Klinikum der Maximalversorgung.

AG Neurologische-Neurochirurgische Frührehabilitation (1994)

Aus dem Jahr 1994 stammen die Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft Neurologische-Neurochirurgische Frührehabilitation der Bundesarbeitsgemeinschaft medizinisch-beruflicher Rehabilitationszentren zur Versorgung

eines Patientenlientels, welches im Wesentlichen dem der kurz darauf definierten Phase B entspricht.

Gemäß den Empfehlungen sollte ein regional flächendeckendes Netz frührehabitativer Abteilungen (Einzugsbereich ca. 2-3 Stunden Fahrzeit) etabliert werden, die sowohl an Akutkrankenhäusern der Maximalversorgung als auch in geeigneten Rehabilitationszentren eingerichtet werden können.

An die personelle Ausstattung werden folgende Anforderungen gestellt:

- Leitung der Abteilung für Frührehabilitation durch einen Arzt für Neurologie oder Neurochirurgie, wobei Weiterbildung und Erfahrung in der neurologischen Rehabilitation und Intensivmedizin Voraussetzung sein sollten;
- Vorhaltung der folgenden Berufsgruppen: Psychologischer Dienst, Pflegedienst, Sprachtherapeutischer Dienst, Krankengymnastischer Dienst, Masseure, Ergotherapeutischer Dienst, Sozialdienst, Sozialpädagogischer Dienst; zusätzlich insbesondere eine MTA für elektrophysiologische Diagnostik.

Zur Ausstattung der Abteilung sollten neben den üblichen Betten auch Betten zur Dekubitusprophylaxe gehören. Zur apparativen Überwachung und Diagnostik müssen gemäß den Empfehlungen folgende Geräte vorgehalten werden:

- Überwachung der Vitalfunktion (bei 20 Betten 6-10 Überwachungseinheiten, davon 2-4 mit Akku),
- Überwachung der Sauerstoffversorgung im Gehirn (Nahinfrarotspektroskopie),
- notfallmäßige Beatmung,
- Notfall-Labordiagnostik (Blutgase, Zucker, Elektrolyte, Blutbild),
- EKG bei raschem Zugriff auf Langzeit-EKG-Ableitung,
- neurophysiologische Diagnostik (EEG, EMG, evozierte Potentiale, Mag. Stim.),
- Sonographie, Doppler-Sonographie,
- Gastroskopie (z. B. Anlegen einer PEG-Sonde),
- Bronchoskopie sowie
- bildgebende Diagnostik.

In Akutkrankenhäuser sollte eine neurochirurgische, neurologische und neuroradiologische Abteilung sowie eine Intensivstation vorhanden und die weiterführende Rehabilitation gewährleistet sein.

In einer Rehabilitationsklinik müsse in etwa 15-20 Minuten eine neurochirurgische, neurologische und neuroradiologische Abteilung erreichbar sein.

Es müsse die Möglichkeit konsiliarärztlicher Untersuchungen in den Fächern Unfallchirurgie, Augen- und HNO-Heilkunde sowie innerer Medizin bestehen.

BMAS (1998)

Nach einem Bericht des BMAS (1998: 30) sollten Abteilungen für NNCHFR im Idealfall in Akutkrankenhäusern mit neurologischen oder chirurgischen Abteilungen eingerichtet werden sollten. Sinnvoll sei aber auch die Angliederung der NNCHFR an bestehende neurologische Rehabilitationseinrichtungen und an neurologische Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation, denn dann sei eine durchgängige rehabilitative Behandlung sichergestellt, die sich ohne Verzögerung an die Frührehabilitation anschließen könne.

Wullen/ Karbe (1999)

Nach Wullen/ Karbe (1999) können Stationen für Frührehabilitation sowohl in Krankenhäusern als auch in Rehabilitationskliniken eingerichtet werden. Eine Ansiedlung in einer Rehabilitationseinrichtung erfordere jedoch, dass dort akutmedizinische Versorgungsmöglichkeiten einschließlich rascher neurochirurgischer Interventionsmöglichkeiten bestehen, die am besten in Kooperation mit entsprechend ausgestatteten, benachbarten Krankenhausabteilungen erbracht werden könnten. Insbesondere sehen Wullen/ Karbe vor:

- an allen Behandlungsplätzen die Möglichkeit zur Überwachung der Vitalparameter und Behandlungsmöglichkeiten wie im Bereich der Intensivpflege;
- die Möglichkeit einer Respiratorbehandlung (für einige Patienten);
- die Verfügbarkeit des gesamten Spektrums der neurologischen und neuroradiologischen Diagnostik in gut erreichbarer Nähe sowie
- die Diagnostik von Begleiterkrankungen und Komplikationen mit den diagnostischen Verfahren der entsprechenden Fachrichtung.

Stier-Jarmer et al. (2002)

Stier-Jarmer et al. (2002: 263) gehen nur kurz auf die strukturellen Anforderungen an Einrichtungen der NNCHFR ein. Aufgrund der häufig vorkommenden Komplikationen und Notfälle müsse das Behandlungsteam jederzeit auf die Beherrschung lebensbedrohlicher Komplikationen vorbereitet sein. Diese bedinge, im Prinzip, dass in unmittelbarer Nähe einer Phase-B-Klinik oder -Abteilung einer Intensivstation vorhanden sein müsse.

Bertram/ Brandt (2007)

Aktuell und ausführlich setzen sich Bertram/ Brandt (2007) mit der Frage nach den strukturellen Anforderungen an eine Einrichtung für NNCHFR auseinander.

An die personelle Ausstattung werden folgende Anforderungen gestellt:

- qualifiziertes, organisatorisch eng vernetztes und kooperierendes multidisziplinäres Team unter ärztlicher Supervision;
- Neurologen und/oder Neurochirurgen mit intensivmedizinischer Erfahrung;
- Internisten;
- Funktions-MTAs;
- quantitativ wie qualitativ (z. B. Intensivpflegeweiterbildung) gut ausgestattetes Pflorgeteam sowie
- Reha-Therapeuten (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Neuropsychologie).

Im Hinblick auf die räumlich-apparative Ausstattung sollten folgende Anforderungen erfüllt werden:

- zentrales Monitoring und intensivpflege technische Ausstattung (Sauerstoff-/ Druckluftanschlüsse, Absaugung, Blutgasanalyse, Reanimationswagen, ggf. Respiratoren);
- Therapieräume in Frührehabstation integriert (kurze Wege bei Notfall);
- Möglichkeiten für Sauerstoffzufuhr und Absaugung (mobile Geräte);
- Rückzugsmöglichkeiten für Patienten und ggf. Angehörige;
- Neurologisch-diagnostisch: Neurosonologie;
- (extrakranieller / transkranialer) Doppler und Duplex und Elektrophysiologie (EMG / NLG, EEG, evozierte Potentiale);
- Liquorpunktion;
- bettseitig anwendbare videoendoskopische Schluckdiagnostik;
- basale internistisch-diagnostische Ausstattung (EKG, Langzeit-EKG / RR, Sonographie, Echokardiographie und Endoskopie, Bronchoskopie, Gastroskopie inkl. PEG-Anlage);
- Labor;
- konventionelle Radiologie (inkl. mobilem Gerät) sowie
- Gewährleistung eines zeitnahen und unkomplizierten Zugangs zu neuroradiologischer Diagnostik, falls nicht vor Ort vorhanden.

Darüber hinaus sollte eine enge Zusammenarbeit mit akutklinischen Einrichtungen und ggf. Praxen (internistisch, chirurgisch (Ileus / Subileus), traumatologische Nachsorge), HNO (z. B. Tracheomalazie), Urologie (z. B. Harnaufstau), Augenheilkunde, Dermatologie) etabliert werden.

Rollnik et al. (2011)

In dem Aufsatz von Rollnik et al. (2011) geht es primär um die Begründung, warum die NNCHFR (Phase B) nicht in einer Rehabilitationseinrichtung sondern in einem Krankenhaus angesiedelt werden sollte. Das Vorhalten der besonderen Mittel des Krankenhauses in der Frührehabilitationseinrichtung sei unbedingt erforderlich, um häufige Rückverlegungen in die Akutbehandlung zu vermeiden und allgemeine Komplikationen so abzufangen, dass die Probleme in der Phase B-Einrichtung selbst gelöst werden können. Dabei heben die Autoren als notwendige Strukturanforderungen besonders hervor:

- Röntgen, Sono, Bronchoskopie,
- Ausstattung für Patienten mit Problemkeimen (MRSA),
- intensivmedizinische Behandlungskapazitäten,
- intensivmedizinisches Monitoring.

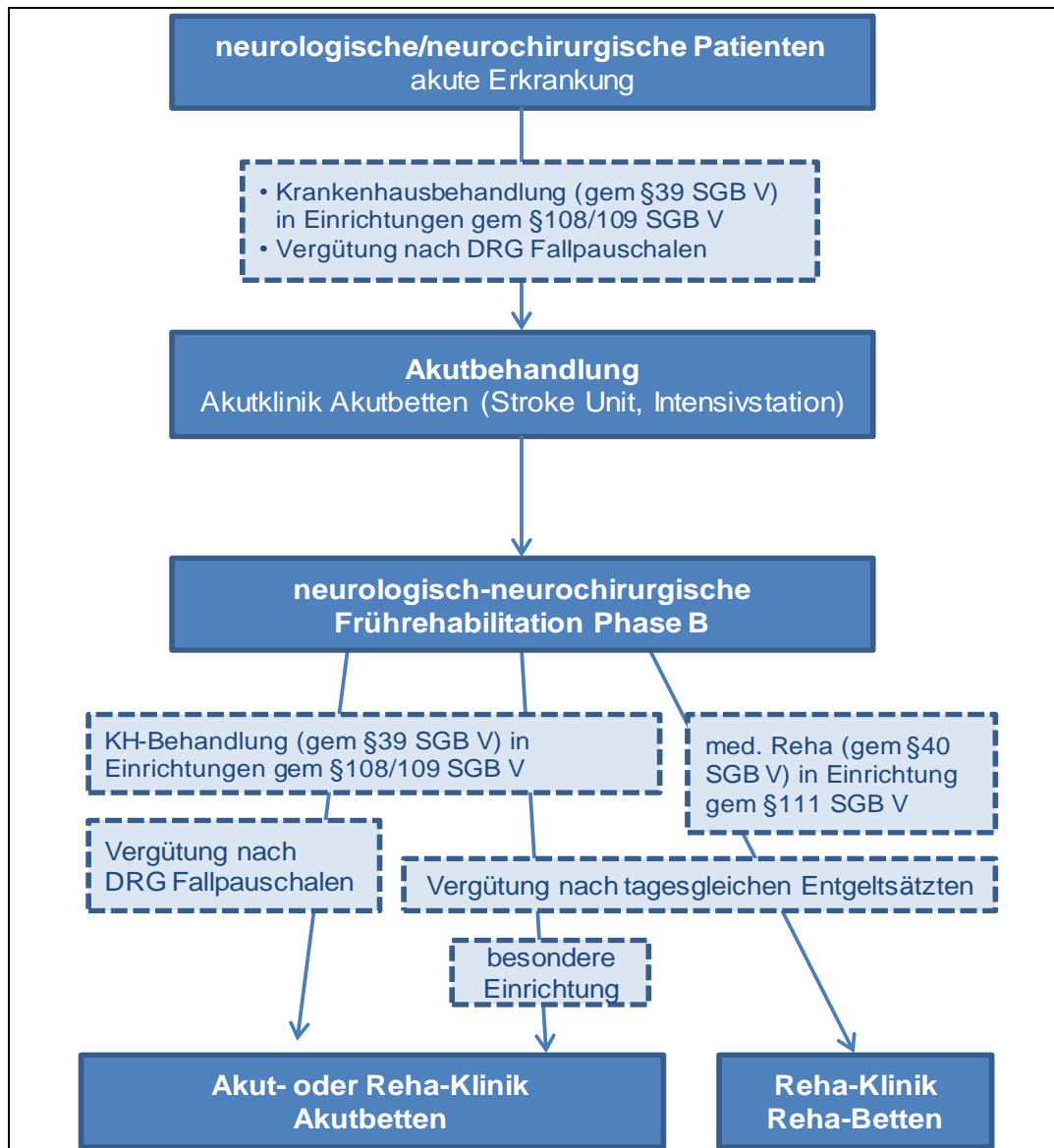
4.4 Die neurologische Frührehabilitation in den Krankenhausplänen der Bundesländer

Wie bereits ausgeführt, gibt es bundesweit leistungsrechtlich keine einheitliche Zuordnung der NNCHFR Phase B zu einem Versorgungsbereich. Stattdessen ist die Organisation der NNCHFR in den Bundesländern höchst unterschiedlich, so dass die übliche Unterscheidung zwischen Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen nicht ausreicht.

Wohl weit überwiegend erfolgt die NNCHFR in allgemeinen Krankenhäusern und Fachkrankenhäusern. Als weitere Organisationsform gibt es – vielfach in Bayern – Rehabilitationseinrichtungen, die für den Bereich der NNCHFR über einen zusätzlichen Versorgungsauftrag als Krankenhaus verfügen. Und schließlich findet die NNCHFR auch in Rehabilitationseinrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V statt (Abbildung 8).

Die erbrachten Leistungen werden dabei sowohl über Fallpauschalen als auch nach tagesgleichen Pflegesätzen abgerechnet.

Abbildung 8: Schematischer Versorgungsablauf, beteiligte Einrichtungen und deren Vergütung bei NNCHFR Phase B



Quelle: IGES in Anlehnung an Schönle (2012)

Während es im Bereich der Rehabilitationseinrichtungen weitgehend an einer übergreifenden und strukturierten Bedarfs-, Versorgungs- und Leistungsplanung fehlt, besteht im Krankenhausbereich die Möglichkeit, durch Vorgaben etwa des G-BA oder die Definition von vergütungsrelevanten Prozedurenziffern das Leistungsgeschehen umfassend und einheitlich zu regulieren. Entscheidende Bedeutung kommt jedoch der Krankenhausplanung der Länder zu. Ihr obliegt nicht nur die grundsätzliche Entscheidung, ob die NNCHFR überhaupt im Rahmen der Krankenhausplanung geplant werden soll; sie legt auch – je nach Bundesland in unterschiedlicher Regelungstiefe – Versorgungsstandorte und Versorgungskapazitäten fest. Im

Folgenden liegt der Fokus auf den strukturellen Anforderungen an die Leistungsfähigkeit, welche die aktuellen Krankenhauspläne der Länder an die NNCHFR stellen.

Datenquelle für die im Folgenden dargestellten Leistungshäufigkeiten der Krankenhäuser sind die vom G-BA im Jahr 2011 in maschinenlesbarer Form veröffentlichten Qualitätsberichte der Krankenhäuser gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Jahr 2010.⁴⁵

4.4.1 Baden-Württemberg

Das Land Baden-Württemberg hat eine lange Tradition in der Planung der NNCHFR. Grundlage war lange das Versorgungskonzept für Patienten mit schwersten Hirnverletzungen und Hirnerkrankungen (Phase B) und einem apallischen Syndrom in Baden-Württemberg,⁴⁶ welches zur Ausweisung entsprechender Bettenkapazitäten für die NNCHFR im Krankenhausplan führte.⁴⁷

Im Jahr 2012 hat das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien, Frauen und Senioren (MASFFS) Baden-Württemberg ein neues Konzept "Neurologische Frührehabilitation Phase B – Fachplanung für Baden-Württemberg 2012" vorgelegt. Dies enthält neben einer aktualisierten, deutlich erhöhten⁴⁸ Versorgungskapazität von 391 Betten an 13 Standorten (entsprechend 36,2 Betten je 1 Mio. Einwohner, davon 53 Betten für Kinder und Jugendliche an zwei Standorten) detaillierte Vorgaben zur Strukturqualität der Einrichtungen für Neurologische Frührehabilitation Phase B.

⁴⁵ Die Qualitätsberichte der Krankenhäuser werden vorliegend nur teilweise bzw. auszugsweise und in Verbindung mit anderen Erkenntnisquellen genutzt. Eine vollständige unveränderte Darstellung der Qualitätsberichte der Krankenhäuser ist unter www.g-ba.de verfügbar.

⁴⁶ Patienten mit schwersten Hirnverletzungen und Hirnerkrankungen (Phase B). Apallisches Syndrom, Versorgungskonzept für Baden-Württemberg, Behandlung – Pflege – Rehabilitation. Reihe Gesundheitspolitik 21, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg Stuttgart, September 1993

⁴⁷ www.sm.baden-wuerttemberg.de/fm7/1442/LKHP-A3-Verzeichnis%20Kliniken%20120321.pdf; (Zugriff 27.9.2012)

⁴⁸ Laut Schönle et al. (2001) gab es für Frührehabilitation der Phase B in Baden-Württemberg 190 Betten im Jahr 1998 und 215 Betten im März 2000.

Tabelle 9: Betten für Neurologische Frührehabilitation in Baden-Württemberg, 2012

Krankenhaus	Bettenzahl
Neurologische Frührehabilitation der Phase B Erwachsene	
BDH Klinik Elzach	70
Kliniken Schmieder Heidelberg	47
Kliniken Schmieder Allensbach	43
Fachklinik Neresheim	42
SRH-Klinik Karlsbad-Langensteinbach	33
Kliniken Schmieder Gerlingen	30
Christophsbad Göppingen	22
Fachklinik Wangen	20
ZfP Südwestwürttemberg Zwiefalten	18
Kurpfalzlinik Heidelberg	10
Rehabilitationskrankenhaus Ulm	3
Neurologische Frührehabilitation der Phase B Kinder und Jugendliche	
Hegau Jugendwerk	28
Kinderklinik Schömburg	25
Gesamt	391

Quelle: MASFFS (2012)

Tabelle 10: In Baden-Württemberg geleistete NNCHFR (Anzahl der Fälle mit OPS 8-552) nach Einrichtungen, 2010

Krankenhaus	Ort	Fälle mit OPS 8-552
Klinik Allensbach	Allensbach	585
BDH-Klinik Elzach GmbH	Elzach	400
SRH Klinikum Karlsbad-Langensteinbach GmbH	Karlsbad	274
Klinik Heidelberg	Heidelberg	261
SRH Fachkrankenhaus Neresheim GmbH	Neresheim	179
Fachkliniken Wangen	Wangen	161
SRH Kurpfalzkrankenhaus Heidelberg GmbH	Heidelberg	146
Christophsbad GmbH & Co. Fachkrankenhaus KG	Göppingen	125
Hegau-Jugendwerk GmbH	Gailingen	109
SRH Fachkrankenhaus Neckargemünd GmbH	Neckargemünd	85
Kinderklinik Schömberg gGmbH	Schömberg	63
Universitätsklinikum Freiburg	Freiburg	1
Gesamt		2.389

Quelle: SQB-Daten 2010

Gemäß diesem Konzept sollen Einrichtungen der NNCHFR Phase B entweder an ein Krankenhaus (Phase A) oder an eine Rehabilitationseinrichtung, die Neurologische Rehabilitation der Phasen C und D erbringt, angebunden sein.

Die Einrichtungen sollen die folgende apparative sowie räumliche Ausstattung aufweisen:

- Ausstattung aller Betten als Intensivüberwachungseinheiten mit im folgenden definierten Monitormöglichkeiten (Ausnahme: Versorgung desorientierter Patienten);
- EKG, Langzeit-EKG;
- kontinuierliche Blutdruck-Überwachung;
- Überwachung der Körpertemperatur;
- Atmungskontrolle;
- Pulsoxymetrie;
- Beatmungsmöglichkeit: mindestens zwei Beatmungsplätze je 18 Betten für Notfälle; entsprechend höherer Anteil bei Einrichtungen mit Beatmungsentwöhnung;
- Defibrillator;

- Computertomograph (CT): innerhalb 60 Minuten erreichbar mit 24/7-Bereitschaft;
- Vorhalten einer Notfall-Röntgendiagnostik mit 24/7-Bereitschaft innerhalb der Einrichtung selbst oder in einer räumlich angegliederten Einrichtung;
- Labor 24/7 innerhalb 60 Minuten verfügbar: Blutgasanalyse, Gerinnung, Blutbild, Elektrolyte, Blutzucker, Troponin T, d-Dimere, CRP, Liquordiagnostik;
- Mobiles EKG-Gerät;
- mobiles Ultraschallgerät (Farbduplex);
- Möglichkeit zur Anlage zentralvenöser Katheter, von Blasenkathe-tern und Ernährungssonden;
- EEG, Schluckdiagnostik (Videoendoskopie und/ oder Videofluoroskopie, Spirometrie: innerhalb der Einrichtung selbst);
- ggf. auch in Kooperation: Bronchoskopie (bei Einrichtungen, die Neurologische Frührehabilitation Phase B mit Beatmungsentwöhnung betreiben: innerhalb der Einrichtung);
- Räumlichkeiten: behindertengerecht, schließbare Bereiche für Patienten mit schwerem hirnorganischem Psychosyndrom und Eigen- oder Fremdgefährdung, Bestandsschutz für bestehende Einrichtungen).

Das Fachkonzept sieht die folgende personelle Ausstattung vor:

- Frührehabilitationsteam unter Leitung eines Facharztes für Neurologie, Neurochirurgie oder Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Neuropädiatrie, der über eine mindestens dreijährige Erfahrung in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation verfügt;
- aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal auf dem Gebiet der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation;
- ärztliche und pflegerische Mitarbeiter müssen über tätigkeitsbezogene intensivmedizinische Erfahrungen oder über mehrjährige Erfahrungen in einer Neurologischen Frührehabilitation Phase B-Einrichtung verfügen;
- in folgenden Therapiebereichen müssen Kapazitäten vorhanden sein und eingesetzt werden: Physiotherapie/ Krankengymnastik, Physikalische Therapie, Ergotherapie, Neuropsychologie, Logopädie/ fa-zioorale Therapie und/ oder therapeutische Pflege;

- ärztliche Präsenz in der Einrichtung über 24 Stunden in der Einrichtung (Notfallversorgung);
- konsiliarärztliche Mitbetreuung (internistisch, chirurgisch, urologisch etc.) bei dringlicher Indikation innerhalb von 24 Stunden.

4.4.2 Bayern

Gemäß der 37. Fortschreibung des Krankenhausplans vom 1.1.2012⁴⁹ gibt es einen Planungsvorbehalt für Zentren für die stationäre Versorgung und Rehabilitation von Schlaganfallpatienten und Schädel-Hirn-Verletzten in Bayern (einschließlich Stroke Units). Die NNCHFR Phase B wird also im Plan nicht ausdrücklich ausgewiesen. Insgesamt verfügen 25 Kliniken über 979 Betten (77,7 Betten je 1 Mio. Einwohner) für die Versorgung und Rehabilitation von Schlaganfallpatienten und Schädel-Hirn-Verletzten. Wie Tabelle 11 zeigt, handelt es sich bei etwa der Hälfte der Kliniken um neurologische Fachkliniken, bei denen die Versorgung von Schlaganfallpatienten und Schädel-Hirn-Verletzten im Vordergrund steht. Vier davon haben zwischen 88 und 163 Betten, die übrigen zwischen 10 und 30 Betten. In den übrigen Kliniken – entweder Allgemeinkrankenhäuser oder neurologisch-psychiatrische Bezirkskrankenhäuser – spielt die Versorgung von Schlaganfallpatienten und Schädel-Hirn-Verletzten anteilmäßig eine deutlich geringere Rolle.

Tabelle 11: Im Krankenhausplan ausgewiesene Einrichtungen für die Versorgung von Schlaganfallpatienten und Patienten mit Schädel-Hirn-Traumata in Bayern, 2012

Krankenhaus	Anzahl Betten Schlaganfall/SHT	Anzahl Betten gesamt	Anteil	Fachabteilungen
Klinik Kipfenberg	100	100	100%	NEU
Therapiezentrum Burgau	88	88	100%	NEU
Kiliani-Klinik Bad Windsheim	30	30	100%	NEU
Fachklinik Ichenhausen	26	26	100%	NEU
Fachklinik Loipl Bischofswiesen	25	25	100%	NEU
Fachklinik Lenggries	20	20	100%	NEU

⁴⁹ www.stmug.bayern.de/gesundheit/krankenhaus/krankenhausplanung/doc/krankenhausplan_2012.pdf; (Zugriff 27.9.2012)

Krankenhaus	Anzahl Betten Schlaganfall/ SHT	Anzahl Betten gesamt	Anteil	Fachabteilungen
Reha-Zentrum Passauer Wolf Bad Griesbach	20	20	100%	NEU
Medical Park Bad Rodach	20	20	100%	NEU
Reha-Zentrum Nittenau	12	12	100%	NEU
Fachklinik Herzogenaurach	10	10	100%	NEU
Schön Klinik Bad Aibling	105	115	91%	NEU, Dialyse
Neurologische Klinik Neustadt a.d. Saale	98	163	60%	NEU
Schön Klinik München Schwabing	40	80	50%	NEU
Schön Klinik Bad Staffelstein	40	90	44%	NEU, PSO
Fachklinik Bad Heilbrunn	14	39	36%	INN, NEU
Fachklinik Enzensberg	20	120	17%	INN, NEU, ORT
Klinikum am Europakanal Erlangen	60	461	13%	NEU, PSY, PSO
Krankenhaus Hohe Warte Bayreuth	36	336	11%	INN, MKG, NCH, NEU, ORT, URO
Bezirksklinikum Regensburg	65	626	10%	KJP, NEU, PSY, PSO
Schön Klinik Vogtareuth	20	277	7%	CHI, HCH, KIN, NCH; NEU, ORT
Bezirksklinikum Mainkofen	36	572	6%	KJP, NEU, PSY, PSO
Bezirkskrankenhaus Günzburg	20	442	5%	NCH, NEU, PSY, PSO
Klinikum Bogenhausen	40	951	4%	CHI, HCH, INN, NCH, NEU, ORT, URO
Juliuspital Würzburg	14	342	4%	CHI, INN, NEU, URO
Klinikum Harlaching	20	749	3%	AUG, CHI, GUG, INN, KIN, NEU, PSO, URO, HD
Gesamt	979	5714	17%	

Quelle: 37. Fortschreibung des Krankenhausplans Bayern, 2012

In Bayern wurden im Jahr 2010 insgesamt 7.601 Leistungen der NNCHFR (OPS 8-552) in insgesamt 34 Einrichtungen kodiert; dies entspricht 603,5 Fällen je 1 Mio. Einwohner. Von den 34 Einrichtungen wiesen 21 Kliniken

Fallzahlen von 108 bis 777 Fällen auf. Die zehn fallzahlstärksten Einrichtungen versorgten rund zwei Drittel aller Fälle.

Tabelle 12: In Bayern geleistete NNCHFR (Fälle mit OPS 8-552) nach Einrichtungen, 2010

Krankenhaus	Ort	Anzahl Fälle mit OPS 8-552
Schön Klinik Bad Aibling Krankenhaus	Bad Aibling	777
Neurologische Klinik Bad Neustadt an der Saale	Bad Neustadt an der Saale	748
Klinikum am Europakanal	Erlangen	703
Klinik Kipfenberg GmbH	Kipfenberg	617
Therapiezentrum Burgau	Burgau	607
Bezirksklinikum Regensburg	Regensburg	387
Schön Klinik München Schwabing	München	346
Städtisches Klinikum München GmbH, Klinikum Bogenhausen	München	300
Schön Klinik Bad Staffelstein	Bad Staffelstein	278
Klinik Hohe Warte	Bayreuth	276
Dr. Becker Kiliani-Klinik - Abteilung für neurologische Frührehabilitation Phase B	Bad Windsheim	275
MEDICAL PARK LOIPL	Bischofswiesen / Loipl	237
Bezirksklinikum Mainkofen	Deggendorf	235
MEDICAL PARK BAD RODACH	Bad Rodach	219
Fachklinik Ichenhausen	Ichenhausen	217
Klinikum Harlaching	München	179
Reha-Zentrum Passauer Wolf	Bad Griesbach-Therme	174
m&i-Fachklinik Enzensberg	Hopfen am See	174
m&i-Fachklinik Bad Heilbrunn	Bad Heilbrunn	169
Fachklinik Lenggries	Lenggries	160
Fachklinik Herzogenaurach	Herzogenaurach	108
Klinikum Ingolstadt GmbH	Ingolstadt	95
Krankenhaus der Stiftung Juliusspital Würzburg	Würzburg	94
Klinikum Nürnberg	Nürnberg	69
Reha-Zentrum Nittenau	Nittenau	56
Isar-Amper-Klinikum, Klinikum München-Ost	Haar b. München	28
Bezirksklinikum Ansbach	Ansbach	26

Krankenhaus	Ort	Anzahl Fälle mit OPS 8-552
Städtisches Klinikum München Schwabing	München	22
Sozialstiftung Bamberg; Klinikum Bamberg	Bamberg	13
Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Murnau	Murnau	5
Inn-Salzach-Klinikum	Wasserburg am Inn	3
Asklepios Klinik Lindau	Lindau	2
Klinikum Dachau	Dachau	1
Benedictus Krankenhaus Feldafing GmbH & Co. KG	Feldafing	1
Gesamt		7.601

Quelle: SQB-Daten 2010

4.4.3 Berlin

Gemäß dem Krankenhausplan 2010 des Landes Berlin entfällt mit diesem Plan die spezielle Schwerpunktfestlegung für Einheiten für NNCHFR. Laut Plan gibt es in Berlin 35 Betten für die NNCHFR Phase B.

Gemäß den SQB-Daten für das Jahr 2010 wurden von insgesamt fünf Einrichtungen 170 Leistungen der NNCHFR (OPS 8-552) erbracht, davon aber nur von zwei Einrichtungen (Vivantes Klinikum Spandau mit 128 und Unfallkrankenhaus Berlin mit 33 Fällen) in nennenswertem Umfang. Dies entspricht 48,5 Fällen je 1 Mio. Einwohner, wobei aber zu berücksichtigen ist, dass – wie oben schon erwähnt – Patienten aus Berlin weit überwiegend in Brandenburg rehabilitiert werden.

Tabelle 13: In Berlin geleistete NNCHFR (Fälle mit OPS 8-552) nach Einrichtungen, 2010

Krankenhaus	Anzahl Fälle mit OPS 8-552
Vivantes Klinikum Spandau	128
Unfallkankenhaus Berlin	33
DRK Kliniken Berlin Köpenick	5
Charite Universitätsmedizin Berlin	3
HELIOS Klinikum Berlin-Buch	1
Gesamt	170

Quelle: SQB-Daten 2010

4.4.4 Brandenburg

Der aktuelle dritte Krankenhausplan des Landes Brandenburg aus dem Jahr 2008⁵⁰ weist für die NNCHFR drei Fachkrankenhäuser aus. Diese wurden im Jahre 2007 mit 230 Betten neu in den Plan aufgenommen. Dies entspricht - bezogen auf die Einwohner Brandenburgs - rd. 92,3 Betten je 1 Mio. Einwohner und - bezogen auf die Einwohner Berlins und Brandenburgs zusammen - 38,3 Betten je 1 Mio. Einwohner.⁵¹

Das Land Brandenburg stellt bei seinen Planungsüberlegungen das Ziel einer größtmöglichen Versorgungskontinuität beim Übergang aus der Phase B in die Phasen C und D in den Vordergrund. Daher wird die neurologische Frührehabilitation Phase B in Krankenhäusern erbracht, die in unmittelbarem organisatorischen und räumlichen Verbund mit für die Anschlussphasen C und D gleichermaßen geeigneten Rehabilitationseinrichtungen stehen und somit sowohl für die medizinischen Anforderungen der Akutbehandlung und der rehabilitativen Behandlung in den entsprechenden Phasen als auch für die nahtlose Behandlungskontinuität im Rehabilitationsverlauf besonders geeignet sind.

Die SQB-Daten für das Jahr 2010 zeigen, dass die drei in den Plan aufgenommenen Einrichtungen in Grünheide, Bernau und Beelitz-Heilstätten das Angebot dominieren (Tabelle 14).

⁵⁰ Vgl. dazu www.mugv.brandenburg.de/cms/detail.php/bb1.c.189876.de; (Zugriff 27.9.2012)

⁵¹ Allerdings gibt es auch in Berlin Kapazitäten für die neurologische Frührehabilitation Phase B, vgl. vorigen Abschnitt 4.4.3.

Tabelle 14: In Brandenburg geleistete NNCHFR (Fälle mit OPS 8-552) nach Einrichtungen, 2010

Krankenhaus	Ort	Anzahl Fälle mit OPS 8-552
MEDIAN Klinik Grünheide	Grünheide	755
Brandenburgklinik, Abteilung Neurologische Frührehabilitation	Bernau	687
Kliniken Beelitz GmbH / Neurologisches Fachkrankenhaus für Frührehabilitation	Beelitz-Heilstätten	515
Asklepios Fachklinikum Brandenburg	Brandenburg an der Havel	37
Martin Gropius Krankenhaus GmbH	Eberswalde	16
Evangelisches Krankenhaus Lutherstift Frankfurt (Oder)/Seelow Standort Frankfurt (Oder)	Frankfurt (Oder)	1
Asklepios Fachklinikum Lübben	Lübben	1
Gesamt		2.012

Quelle: SQB-Daten 2010

Addiert man zu den 2.012 in Brandenburg ausgewiesenen Fällen die 170 Fälle hinzu, die im Jahr 2010 in Berlin erbracht wurden, ergibt sich ein Verhältnis von 363,3 Fällen je 1 Mio. Einwohner beider Bundesländer.

4.4.5 Bremen

Der Krankenhausplan des Landes Bremen 2006-2009 aus dem Jahr 2007 macht keine Vorgaben zur Neurologischen Frührehabilitation.⁵² Er weist 21 Betten für die neurologische Frührehabilitation im Krankenhaus Bremen Ost für das Jahr 2009 aus. Dies entspricht 31,8 Betten je 1 Mio. Einwohner.

Tabelle 15: Im Krankenhausplan ausgewiesene Einrichtungen der neurologischen Frührehabilitation in Bremen

Krankenhaus	Anzahl Betten
Klinikum Bremen Ost	21

Quelle: Krankenhausplan des Landes Bremen, 2007

⁵² www.krankenhauswegweiser.bremen.de/sixcms/media.php/13/lkpl_2006_2009_Teil3.pdf; (Zugriff 27.9.2012)

Im Jahr 2010 wurden in diesem Klinikum 96 Leistungen der NNCHFR (OPS 8-552) erbracht; dies entspricht 145,2 Fällen je 1 Mio. Einwohner.

4.4.6 Hamburg

Die Freie und Hansestadt Hamburg hat sich in ihrem aktuellen Krankenhausplan 2015 aus dem Jahr 2010⁵³ intensiv mit dem Thema der (neurologisch-neurochirurgischen) Frührehabilitation auseinandergesetzt. Dabei wurde zwischen drei Teilbereichen der Frührehabilitation unterschieden:

- „pneumologische Frührehabilitation“ und Beatmungsmedizin (Weaning),
- intensivmedizinische neurologische Frührehabilitation, insbesondere für beatmete Patientinnen und Patienten und
- neurologisch/neurochirurgische Frührehabilitation.

Die Krankenhäuser wurden anhand der folgenden Kriterien ausgewählt:

- Mindestvoraussetzung für jeden möglichen Leistungserbringer sind die im OPS festgelegten Anforderungen an die Strukturqualität. Weitere Auswahlkriterien für eine Entscheidung waren:
- Neurologische oder neurochirurgische Kompetenz (Präsenz) 24 Std. am Tag vorhanden?
- Akutversorgung Schlaganfall-Versorgung / Stroke Unit vorhanden?
- Sind bereits Erfahrungen in der Frührehabilitation vorhanden?
- Wird neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation bereits erbracht?
- Welche Therapiebereiche (Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie) können bereits abgedeckt werden?
- Regionale Verteilung auch in Bezug auf die schon vorhandenen Versorgungsangebote
- Wirtschaftliche Größe bei eigenständiger Einheit (mindestens 20 Betten), auch in Hinblick auf einen wirtschaftlichen Einsatz knapper Personalressourcen in Pflege und Therapie.
- Umsetzung im Gebäudebestand möglich? Aufwand? Investitionsbedarf?
- Ist eine kurzfristige Umsetzung möglich?

⁵³ Vgl. www.hamburg.de/contentblob/2644160/data/krankenhausplan-2015.pdf (Zugriff 27.9.2012).

- Weiterführende Rehabilitation Phasen C und D in Hamburg vorhanden? Nachweis der Kooperation zwischen Frührehabilitation und Rehabilitation erforderlich.

Im Krankenhausplan 2010 waren insgesamt 139 Betten an vier Standorten (St. Georg, Eilbek, Harburg, BG Unfallkrankenhaus) ausgewiesen. Im aktuellen Krankenhausplan werden insgesamt 207 Planbetten an sechs Standorten (zusätzlich Klinik Nord, Groß Sand) ausgewiesen, wobei es sich am Standort Harburg um 12 Betten der pneumologischen Frührehabilitation handelt.

Tabelle 16: Im Krankenhausplan ausgewiesene Einrichtungen der NNCHFR in Hamburg

Krankenhaus	Betten Plan 2012
Schön Klinik Hamburg Eilbek	84
Berufsgenossenschaftliches Unfallkrankenhaus Hamburg	44
Asklepios Klinik St. Georg	27
Asklepios Klinik Nord	20
Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand	20
Asklepios Klinik Harburg	12 (Pulmologie)
Gesamt	207 (195 ohne Harburg)

Quelle: Krankenhausplan 2015, Freie und Hansestadt Hamburg

Bezogen auf die Hamburger Bevölkerung beträgt die Kapazität 114,8 bzw. (ohne Harburg) 108,2 Betten je 1 Mio. Einwohner. Dazu ist zu berücksichtigen, dass Hamburg in größerem Umfang Versorgungsleistungen für die angrenzenden Bundesländer Niedersachsen und Schleswig-Holstein erbringt. Im Jahr 2010 wurden in Hamburg insgesamt 561 Fälle mit OPS 8-552 dokumentiert (311,9 Fälle je 1 Mio. Einwohner), der Großteil davon in drei Einrichtungen (Tabelle 17).

Tabelle 17: In Hamburg geleistete NNCHFR (Fälle mit OPS 8-552) nach Einrichtungen, 2010

Krankenhaus	Anzahl Fälle mit OPS 8-552
Asklepios Klinik St. Georg	169
Schön Klinik Hamburg Eilbek	165
Berufsgenossenschaftliches Unfallkrankenhaus Hamburg	114
Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand	60
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf	38
Asklepios Klinik Harburg	13
Martini-Klinik am UKE GmbH	1
Asklepios Klinik Nord	1
Gesamt	561

Quelle: SQB-Daten 2010

4.4.7 Hessen

In Hessen kam es gemäß dem aktuellen Hessischen Krankenhausrahmenplan 2009 aus dem Jahre 2008 zum 1.1.2005 zur Neuaufnahme von fünf Krankenhäusern mit insgesamt 190 Planbetten für Patienten mit schweren Schädel-Hirn-Schädigungen in der neurologischen Behandlungsphase B. Insgesamt gibt es in Hessen neun Krankenhäuser mit spezifisch überregionalem neurologischen Versorgungsauftrag und insgesamt 470 Planbetten (77,1 Betten je 1 Mio. Einwohner)⁵⁴:

- Paracelsus-Elena-Klinik in Kassel,
- Hardtwaldklinik I in Bad Zwesten,
- Neurologische Klinik Westend in Bad Wildungen,
- Neurologische Klinik Braunfels,
- Asklepios Neurologische Klinik Bad Salzhausen in Nidda,
- Neurologisches Rehabilitationszentrum Wiesbaden,
- Asklepios Schlossberg-Klinik Bad König
- Kinderkrankenhaus Park Schönfeld in Kassel und
- Klinik und Rehabilitationszentrum Lippoldsberg in Wahlsburg.

⁵⁴ www.hessen-agentur.de/mm/mm001/727_Krankenhausrahmenplan_2009.pdf; (Zugriff 27.9.2012)

Insgesamt wurden im Jahr 2010 in Hessen von 15 Einrichtungen insgesamt 2.103 Leistungen der NNCHFR (OPS 8-552) erbracht; dies entspricht 345,2 Fällen je 1 Mio. Einwohner. Knapp die Hälfte aller Fälle wurde in den beiden größten Einrichtungen erbracht.

Tabelle 18: In Hessen geleistete NNCHFR (Fälle mit OPS 8-552) nach Einrichtungen, 2010

Krankenhaus	Ort	Anzahl Fälle mit OPS 8-552
Neurologische Klinik Westend, Bad Wildungen	Bad Wildungen	602
Asklepios Schlossberg Klinik	Bad König	405
NRW Neurologisches Reha-Zentrum Wiesbaden GmbH	Wiesbaden	296
BDH-Klinik Braunfels GmbH	Braunfels	290
Hardtwald Klinik I Frühreha Phase B	Bad Zwesten	145
Vitos Weilmünster gemeinnützige GmbH	Weilmünster	122
Ev. Krankenhaus Gesundbrunnen	Hofgeismar	117
Asklepios Neurologische Klinik Bad Salzhausen	Nidda/ Bad Salzhausen	86
HKZ GmbH & Co. Betriebs KG HKZ Fachkrankenhaus	Rotenburg an der Fulda	17
Klinikum Bad Hersfeld GmbH	Bad Hersfeld	13
Verein Frankfurter Stiftungskrankenhäuser e.V. - Standort Clementine Kinderhospital	Frankfurt	4
Werner-Wicker-Klinik	Bad Wildungen	3
Dr. Horst Schmidt Kliniken	Wiesbaden	1
Asklepios Neurologische Klinik Falkenstein	Königstein – Falkenstein	1
Asklepios Fachklinik Fürstenhof GmbH	Bad Wildungen	1
Gesamt		2.103

Quelle: SQB-Daten 2010

4.4.8 Mecklenburg-Vorpommern

Im aktuellen Krankenhausplan 2012 des Landes Mecklenburg-Vorpommern⁵⁵ werden insgesamt vier Fachkliniken für die besondere Aufgabe der Frührehabilitation von schweren Schädel-Hirn-Schädigungen ausgewiesen:

- BDH-Greifswald,
- Helios Leezen,
- MediClin Plau am See,
- Fachklinik Schwaan-Waldeck.

Eine Zuweisung von Planbetten und besondere Strukturvorgaben enthält der Plan nicht.

Im Jahr 2010 wurden in Mecklenburg-Vorpommern von fünf Kliniken insgesamt 461 Leistungen der NNCHFR (OPS 8-552) erbracht; dies entspricht 282 Fällen je 1 Mio. Einwohner. Weit überwiegend (83,1 %) wurden diese Leistungen von zwei im Plan ausgewiesenen Einrichtungen erbracht. Allerdings fehlt in dieser Darstellung die Helios-Klinik Leezen, die nur unvollständige Qualitätsberichte veröffentlicht und keine Leistungshäufigkeiten ausweist. Angesichts von 180 Betten im Akutbereich und 60 Betten nach § 111 SGB V sowie insgesamt 1.125 vollstationären Fällen im Jahr 2010 im Akutbereich dürfte auch die Gesamtzahl der Fälle in der NNCHFR Phase B in Mecklenburg-Vorpommern im Jahre 2010 deutlich höher gelegen haben als in Tabelle 19 ausgewiesen.

⁵⁵ www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/mv/krankenhaus/vereinbarungen/laender/krankenhausplan_2012_mv.pdf; (Zugriff 27.9.2012)

Tabelle 19: In Mecklenburg-Vorpommern geleistete NNCHFR (Fälle mit OPS 8-552) nach Einrichtungen, 2010

Klinik	Ort	Anzahl Fälle mit OPS 8-552
BDH-Klinik Greifswald GmbH	Greifswald	242
MediClin Krankenhaus Plau am See	Plau am See	141
Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum Altentreptow, Malchin, Neubrandenburg)	Neubrandenburg	73
Asklepios Klinik Pasewalk	Pasewalk	4
Fachklinik Waldeck	Schwaan	1
Gesamt		461

Quelle: SQB-Daten 2010

4.4.9 Niedersachsen

In Niedersachsen wird die NNCHFR nicht im aktuellen Krankenhausplan des Landes⁵⁶ separat ausgewiesen, sondern ist Teil der Neurologie. Allerdings besteht in Niedersachsen schon seit dem Jahr 1999 eine Landesarbeitsgemeinschaft NNCHFR, die sich mit dem zuständigen Ministerium und den Landesverbänden der Krankenkassen über die NNCHFR verständigt hat.

Im Jahr 2010 wurden von elf Kliniken insgesamt 2.145 Fälle mit OPS 8-552 dokumentiert; dies entspricht 305,2 Fällen je 1 Mio. Einwohner.

⁵⁶ www.ms.niedersachsen.de/portal/live.php?navigation_id=5223&article_id=14156&psmand=17; (Zugriff 27.9.2012)

Tabelle 20: In Niedersachsen geleistete NNCHFR (Fälle mit OPS 8-552) nach Einrichtungen, 2010

Klinik	Ort	Anzahl Fälle mit OPS 8-552
BDH-Klinik Hessisch Oldendorf	Hessisch Oldendorf	700
MediClin Hedon-Klinik	Lingen	502
Therapiezentrum für neurologische und orthopädische Rehabilitation – Fachklinik für neurologische Frührehabilitation Jesteburg	Jesteburg	328
MediClin Klinikum Soltau	Soltau	190
Krankenhaus Ludmillenstift	Meppen	167
Klinik und Rehabilitationszentrum Lippoldsberg	Wahlsburg	154
Klinikum Osnabrück GmbH	Osnabrück	133
Asklepios Kliniken Schildautal	Seesen	120
Evangelisches Krankenhaus Oldenburg	Oldenburg	68
Universitätsmedizin Göttingen	Göttingen	34
Allgemeines Krankenhaus Celle	Celle	19
Gesamt		2.415

Quelle: SQB-Daten 2010

Systematisch aufbereitete Daten zu den für die NNCHFR vorgehaltenen Betten in Niedersachsen liegen nicht vor.

4.4.10 Nordrhein-Westfalen

Im Krankenhausplan 2001 des Landes Nordrhein-Westfalen wird zwischen sonstigen Angebotsstrukturen und besonderen Leistungsangeboten unterschieden.⁵⁷

Zu den besonderen Leistungsangeboten im Sinne einer Schwerpunktfestlegung gemäß § 15 KHG NRW (alt) gehört die Versorgung schwer Hirn-Verletzter. Laut Plan waren im Jahr 2001 drei Intensivfördereinheiten zur Frührehabilitation von schwer Schädel-Hirn-Verletzten anerkannt:

⁵⁷ www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/rla/krankenhaus/vereinbarungen/laender/nrw_kh_plan_2001.pdf; (Zugriff 27.9.2012)

Tabelle 21: Im Krankenhausplan ausgewiesene Einrichtungen für die Versorgung von schwer Schädel-Hirn-Verletzten in Nordrhein-Westfalen, 2001

Klinik	Ort	Betten
Clemens Hospital	Münster	20
Städt. Bertha-Krankenhaus	Duisburg	20
Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Alexianer-Krankenhaus	Krefeld	16

Quelle: Krankenhausplan NRW 2001

Ferner sollten auch in den Berufsgenossenschaftlichen Kliniken Bergmannsheil in Bochum entsprechende Behandlungen im Rahmen eines Versorgungsvertrages nach § 109 SGB V ohne konkrete Zuordnung von Kapazitäten erbracht werden.

Die Frührehabilitation ist gemäß dem Krankenhausplan 2001 (S. 54 f.) nach den Planungsgrundsätzen "als sonstiges Versorgungsangebot bettenführenden Gebieten für einen überörtlichen Versorgungsbereich zuzuordnen. Eine fachliche Anbindung mit 'Davon-Betten' kommt insbesondere an die Gebiete Neurologie und Orthopädie in Betracht, wobei auf ein ausreichend großes Leistungsangebot des Hauptgebietes zu achten ist."

Zum damaligen Zeitpunkt wurden allerdings lediglich die folgenden vier Abteilungen mit insgesamt 104 Betten für eine fachübergreifende Frührehabilitation im Krankenhausplan ausgewiesen⁵⁸:

- Hospital zum Heiligen Geist in Kempen mit 30 Betten,
- St. Antonius-Hospital in Eschweiler mit 22 Betten,
- St. Johannes-Hospital in Duisburg mit 20 Betten und
- Gemeinnütziges Gemeinschaftskrankenhaus in Herdecke mit 32 Betten.

In der aktuellen Krankenhausdatenbank (Stand: September 2012) werden insgesamt fünf Kliniken mit Kapazitäten für schwer Schädel-Hirn-Verletzte mit Bettenkapazitäten im Umfang von 92 Betten ausgewiesen.⁵⁹

⁵⁸ Krankenhausplan NRW (2001: 55).

⁵⁹ www.mgepa.nrw.de/krankenhausdb/; Zugriff (27.9.2012)

Tabelle 22: Aktuell ausgewiesene Einrichtungen für die Versorgung von schwer Schädel-Hirn-Verletzten in Nordrhein-Westfalen, 2012

Klinik	Ort	Betten
BG Universitätsklinikum	Bochum	4
Clemenshospital	Münster	20
Klinikum Duisburg	Duisburg	30
Universitätsklinikum Köln	Köln	12
Alexianer Krankenhaus	Krefeld	26
Gesamt		92

Quelle: Krankenhausdatenbank NRW

Hieraus ergibt sich eine Bettendichte von 5,2 Betten je 1 Mio. Einwohner.

Für die Frührehabilitation (inkl. fachübergreifende Frührehabilitation) stehen der aktuellen Krankenhausdatenbank zufolge 154 Betten zur Verfügung.

Tabelle 23: Aktuell ausgewiesene Einrichtungen und Betten für Frührehabilitation in Nordrhein-Westfalen, 2012, sowie Leistungshäufigkeiten (Fälle mit OPS 8-552 und 8-559), 2010

Klinik	Ort	Anzahl Betten (Ist)	Ausweisung 2001 für fachübergreifende Frühreha	Anzahl OPS 8-552 2010	Anzahl Fälle mit OPS 8-559
Augustahospital Anholt	Isselburg	30		0	1.169
Gem. Gemeinschafts-KH	Herdecke	12	ja	60	1
Hospital zum Heiligen Geist	Kempen	30	ja	40	121
Kloster Graftschaft	Schmallenberg	20		0	0
Sauerlandklinik	Sundern	40		0	755
St. Antonius-Hospital	Eschweiler	22	ja		341
Gesamt		154		100	2.387

Quelle: Krankenhausdatenbank NRW, SQB 2010

Die Auswertung der SQB-Daten für das Jahr 2010 zeigt aber, dass diese Betten kaum für die NNCHFR genutzt werden: Nur von zwei Einrichtungen

gen (Hospital zum Heiligen Geist Kempen, Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke) wurden insgesamt 100 Fälle mit OPS 8-552 abgerechnet.

Insgesamt wurden im Jahr 2010 von 18 Krankenhäusern 946 Leistungen der NNCHFR (OPS 8-552) erbracht. Diese 946 Fälle entsprechen 53,0 Fällen je 1 Mio. Einwohner. Lediglich von vier Krankenhäusern wurden mehr als 100 Leistungen der NNCHFR erbracht.

Tabelle 24: In Nordrhein-Westfalen geleistete NNCHFR (Fälle mit OPS 8-552) nach Einrichtungen, 2010

Klinik	Ort	Anzahl Fälle mit OPS 8-552
Uniklinik Köln	Köln	243
Klinikum Duisburg GmbH	Duisburg	178
Clemenshospital GmbH	Münster	134
Alexianer Krefeld GmbH Krankenhaus Maria-Hilf	Krefeld	122
Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke gemeinnützige GmbH	Herdecke	60
LVR-Klinik Bonn	Bonn	52
Hospital zum Heiligen Geist GmbH	Kempen	40
St. Johannes Krankenhaus	Troisdorf	28
Kreiskrankenhaus Gummersbach GmbH	Gummersbach	26
LWL-Klinik Lengerich	Lengerich	23
Evangelische Kliniken Gelsenkirchen	Gelsenkirchen	11
Ev. Krankenhaus Bielefeld gGmbH	Bielefeld	11
St. Augustinus Krankenhaus gGmbH	Düren	7
Berufsgenossenschaftliches Universitätsklinikum Bergmannsheil GmbH	Bochum	5
Marienhospital gGmbH Kevelaer	Kevelaer	2
Johannes Wesling Klinikum Minden	Minden	2
Augusta-Kranken-Anstalt gGmbH Bochum	Bochum	1
Ev. Krankenhaus Castrop-Rauxel	Castrop-Rauxel	1
Gesamt		946

Quelle: SQB-Daten 2010

4.4.11 Rheinland-Pfalz

Gemäß dem aktuellen Landeskrankenhausplan 2010 des Landes Rheinland-Pfalz bestehen für schwer Schädel-Hirn-verletzte und -erkrankte Patienten

an sechs Standorten entsprechende Angebote für die NNCHFR der Phase B, die als frührehabilitative Schwerpunkte innerhalb der Fachrichtung Neurologie etabliert sind.⁶⁰ In diesen sechs Einrichtungen sind – in den Einzelblättern unterschiedlich bezeichnet – insgesamt 67 Betten für die neurologische Versorgung der Behandlungsphase B ausgewiesen (16,8 Betten je 1 Mio. Einwohner). Für eine siebte Einrichtung (Westpfalz Klinikum) ist darüber hinaus das besondere Angebot von Früh-Reha ohne Angabe einer Bettenzahl ausgewiesen. In der BDH-Klinik Vallendar sollen die Kapazitäten bis zum Jahr 2016 auf 40 Betten steigen. Der Qualitätsbericht der Klinik zeigt, dass diese Steigerung schon realisiert wurde. Daraus ergibt sich eine Bettendichte von 21,8 Betten je 1 Mio. Einwohner.

Tabelle 25: Im Krankenhausplan ausgewiesene Einrichtungen der NNCHFR in Rheinland-Pfalz, 2009

Klinik	Früh-Reha	SHV	SU
Evangelisches und Johanniter-Krankenhaus Dierdorf-Selters		3	4
BDH-Klinik Vallendar		20 (+20 bis 2016)	
St. Josef-Krankenhaus Zell		7 (Reha)	
Rheinhausen-Fachklinik Alzey	4 (+20 KiNeu)		
Krankenhaus der barmherzigen Brüder Trier	20	8	8
Glantal-Klinik Meisenheim	5		4
Westpfalz-Klinikum VK Kaiserslautern/ Kusel	k. A.		12
Gesamt	29 (mit Alzey)	38 (ohne Alzey)	16

Quelle: Landeskrankenhausplans Landes Rheinland-Pfalz, 2010

Anmerkung: SHV=Schädel-Hirn-Verletzte, SU= Stroke Unit

Im Jahr 2010 wurden insgesamt 1.031 Leistungen der NNCHFR erbracht; dies entspricht rund 257,8 Fällen je 1 Mio. Einwohner.

⁶⁰ http://msagd.rlp.de/no_cache/aktuelles/?cid=102381&did=57231&sechash=819dc792; (Zugriff 27.9.2012)

Tabelle 26: In Rheinland-Pfalz geleistete NNCHFR (Fälle mit OPS 8-552) nach Einrichtungen, 2010

Klinik	Ort	Anzahl Fälle OPS 8-552
BDH-Klinik Vallendar GmbH	Vallendar	502
Rheinessen-Fachklinik Alzey	Alzey	209
Westpfalz-Klinikum GmbH - Standort I Kaiserslautern und Standort II Kusel	Kaiserslautern	181
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier	Trier	70
Marienhaus Klinikum	Bad Neuenahr-Ahrweiler	24
Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz	Mainz	21
St. Josef-Krankenhaus Zell	Zell/Mosel	14
Evangelisches und Johanniter Krankenhaus Dierdorf/ Selters gGmbH	Dierdorf	10
Gesamt		1.031

Quelle: SQB-Daten 2010

Die Leistungserbringung im Jahr 2010 war in Rheinland-Pfalz sehr konzentriert: Die größte Klinik erbrachte knapp die Hälfte (48,7 %) aller Leistungen und die drei größten Kliniken insgesamt 86 % aller Leistungen.

4.4.12 Saarland

Gemäß dem Krankenhausplan für das Saarland 2011-2015⁶¹ wird die Frührehabilitation der Phase B bei Schlaganfall oder Schädel-Hirn-Trauma im Saarland ausschließlich in den SHG-Kliniken Sonnenberg, wo dafür 36 Betten vorgehalten werden. Darüber hinaus verfügt das Knappschaftskrankenhaus Püttlingen über acht zusätzliche Betten für Frührehabilitation in der Hauptfachabteilung Neurologie außerhalb des Krankenhausplans und ausschließlich für Knappschaftsversicherte. Bezogen auf die Knappschaftsversicherten im Saarland (100.697 Versicherte gemäß KM6-Statistik für Juli 2012) entspricht das einer Bettendichte von 79,4 Betten je 1 Mio. Einwohner. Bezieht man die 36 Betten der SHG-Kliniken Sonnenberg auf alle übrigen Einwohner des Saarlands, liegt die Bettendichte bei 39,4 Betten je 1 Mio. Einwohner. Addiert man die Versicherten und die Bettenkapazitäten,

⁶¹ www.saarland.de/dokumente/res_gesundheit/Krankenhausplan.pdf;
(Zugriff 27.9.2012)

so ergibt sich eine Gesamtbettendichte von 43,4 Betten je 1 Mio. Einwohner.

Von den beiden Einrichtungen wurden insgesamt 352 Leistungen der NNCHFR (OPS 8-552) erbracht. Bezogen auf die Knappschafts-Versicherten waren es 387,3 Fälle je 1 Mio. Einwohner, bezogen auf alle übrigen Einwohner des Saarlandes waren es 343,0 Fälle. Hieraus ergibt sich eine Gesamtversorgungsquote von 347,4 Fällen je 1 Mio. Einwohner.

Tabelle 27: Im Krankenhausplan ausgewiesene Einrichtungen der NNCHFR, 2011, sowie Leistungshäufigkeiten (Fälle mit OPS 8-552), 2010, im Saarland

Klinik	Ort	Betten	Anzahl Fälle mit OPS 8-552
SHG-Kliniken Sonnenberg	Saarbrücken	36	313
Knappschaftskrankenhaus Püttlingen	Püttlingen	8	39
Gesamt		44	352

Quelle: Krankenhausplan für das Saarland, 2011-2015; SQB-Daten 2010

4.4.13 Sachsen

Gemäß dem Krankenhausplan 2012/2013⁶² erfolgt die akutstationäre Behandlung von Patienten der Phase B (einschließlich Beatmungsentwöhnung) mit dem Ziel eines nahtlosen Reha-Verfahrens (Früh- und Intensivrehabilitation, postprimäre Rehabilitation und Mobilisation) im Freistaat Sachsen an sechs dafür spezialisierten Fachkliniken mit insgesamt 290 Betten. Dies entspricht 70,1 Betten je 1 Mio. Einwohner. Weitere Strukturvorgaben sind nicht ersichtlich.

⁶² www.gesunde.sachsen.de/download/Download_Gesundheit/Krankenhausplan_2012-2013_Teil_I.pdf; (Zugriff 27.9.2012) www.gesunde.sachsen.de/download/Download_Gesundheit/Krankenhausplan_Sachsen_2012-2013_Teil_II.pdf; (Zugriff 27.9.2012)

Tabelle 28: Im Krankenhausplan ausgewiesene Einrichtungen der NNCHFR in Sachsen

Einrichtung	Anzahl Betten
Neurologisches Rehabilitationszentrum Leipzig	60
Klinik Bavaria Kreischa	80
HELIOS-Klinik Schloß Pulsnitz	80
Klinik am Tharandter Wald (Niederschöna)	30
ELBLAND Reha- und Präventionsklinik Großenhain	25
Neurologisches Reha-Zentrum für Kinder und Jugendliche Klinik Bavaria Zscheckwitz	15
Gesamt	290

Quelle: Sachsen-Anhalt, Krankenhausplan 2012/13

Im Jahr 2010 wurden 768 Leistungen der NNCHFR (OPS 8-552) an zwei Kliniken erbracht. Dies entspricht rund 185,6 Fällen je 1 Mio. Einwohner. Der im aktuellen Krankenhausplan für 2012/2013 ausgewiesene Anstieg der geplanten Kapazitäten lässt darauf schließen, dass die Versorgungssituation im Jahr 2010 im Hinblick auf die Bettenkapazitäten als unzureichend beurteilt wurde.

Tabelle 29: In Sachsen geleistete NNCHFR (Fälle mit OPS 8-552) nach Einrichtungen, 2010

Klinik	Ort	Anzahl Fälle mit OPS 8-552
NRZ Leipzig	Bennewitz	409
HELIOS Klinik Schloss Pulsnitz	Pulsnitz	359
Gesamt		768

Quelle: SQB-Daten 2010

4.4.14 Sachsen-Anhalt

Gemäß den Rahmenvorgaben für Versorgungs- und Qualitätsziele aus dem Jahre 2010⁶³ ist wegen der zunehmenden Bedeutung der NNCHFR die Pla-

⁶³ Vgl. www.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Elementbibliothek/Master-Bibliothek/Gesundheit/Krankenhausplan/RV_2010__Stand__23_08_2010.pdf; (Zugriff 27.9.2012)

nung von Frührehabilitationszentren notwendig. Die NNCHFR der Phase B findet in Sachsen-Anhalt ausschließlich im Akutkrankenhaus statt und ist Bestandteil der Krankenhausplanung.

Gemäß Anlage 2 zum Krankenhausplan 2011 erfolgt die NNCHFR in zwei Zentren⁶⁴; Bettenzahlen wurden nicht ausgewiesen.

- Neurologisches Rehabilitationszentrum Magdeburg
- Berufsgenossenschaftliche Kliniken Bergmannstrost

Vor allem in diesen beiden Kliniken wurde im Jahr 2010 auch der Großteil der Fälle mit OPS-8552 dokumentiert.

Tabelle 30: In Sachsen-Anhalt geleistete NNCHFR (Fälle mit OPS 8-552) nach Einrichtungen, 2010

Klinik	Ort	Anzahl Fälle OPS 8-552
NRZ Magdeburg MEDIAN Kliniken GmbH & Co. KG	Magdeburg	517
Berufsgenossenschaftliche Kliniken Bergmannstrost Halle (Saale)	Halle (Saale)	112
Klinikum in den Pfeifferschen Stiftungen GmbH	Magdeburg	20
Gesamt		649

Quelle: SQB-Daten 2010

Diese 649 dokumentierten Fälle mit OPS 8-552 entsprechen 280,6 Fällen je 1 Mio. Einwohner. Allerdings dürfte die im Jahr 2010 tatsächlich erbrachte Anzahl OPS 8-552 über dem hier ausgewiesenen Wert liegen, weil die Median Klinik Flechtingen in ihrem Strukturierten Qualitätsbericht keine OPS-bezogenen Fallzahlen ausgewiesen hat.⁶⁵

Gemäß den o. g. Rahmenvorgaben aus dem Jahr 2010 müssen folgende – eng an die Anforderungen des OPS 8-552 angelehnten – Kriterien erfüllt sein, damit eine Einrichtung in den Krankenhausplan aufgenommen werden kann:

⁶⁴ Vgl. dazu www.landesrecht.sachsen-anhalt.de/jportal/docs/anlage/VVST/pdf/VVST-212000-LReg-20101130-SF-A002.pdf; (Zugriff am 10.09.2012)

⁶⁵ Die Median Klinik Flechtingen mit 310 Betten für die Phasen A und B verfügt über einen Versorgungsvertrag nach § 108 Nr. 3 SGB V; vgl. <http://www.mediankliniken.de/images/content/flechtingen/pdf/QM-MEDIAN-Klinikum-Flechtingen.pdf>.

- versorgungspolitischer und epidemiologischer Bedarf;
- Leitung durch einen Facharzt für Neurologie;
- Beschäftigung von mindestens zwei Ärzten/Ärztinnen im Krankenhaus mit der entsprechenden Facharztkompetenz, von denen zwei zusammen mindestens 60 Stunden pro Arbeitswoche arbeitsvertraglich gebunden sein müssen;
- Durchführung einer strukturierten neurologischen Diagnostik mit standardisierten Testverfahren;
- konstante Vorhaltung eines therapeutischen Teams mit den Professionen Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Neuropsychologie;
- Vorhaltung aktivierend-therapeutischer Pflege durch besonders geschultes Personal auf dem Gebiet der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation.

4.4.15 Schleswig-Holstein

Gemäß dem aktuellen Krankenhausplan des Landes Schleswig-Holstein aus dem Jahr 2010 (S. 63)⁶⁶ sollen neurologische Frührehabilitationsbetten – medizinisch begründet – zweckmäßiger Weise an Schwerpunktversorgungskrankenhäusern eingerichtet werden, die auch über eine ausreichende Zahl an akutneurologischen Betten verfügen. Die Planungsbeteiligten gehen davon aus, dass die Kliniken, die aufgrund der Krankenhausplanung Planbetten für Frührehabilitation nach Phase B vorhalten, auch weiterführend Versorgungsverträge nach § 40 SGB V abschließen oder Kooperationsverträge mit entsprechenden Rehabilitationskliniken (§ 111 SGB V) bestehen. Eine systematische Ausweisung der Betten im Plan erfolgt jedoch nicht. Lediglich bei einer Klinik (August-Bier-Klinik) findet sich im Einzelblatt eine Bemerkung, dass dort vier Betten für die NNCHFR Phase B vorgehalten werden. Dies dürfte allerdings angesichts der Leistungshäufigkeit in dieser Klinik (325 Fälle mit OPS 8-552 im Jahr 2010) nicht der Zahl der tatsächlich für die NNCHFR genutzten Betten entsprechen.

Im Jahr 2010 dokumentierten acht Kliniken insgesamt 913 Fälle mit einer OPS 8-552 (321,7 Fälle je 1 Mio. Einwohner); davon konnten aber nur vier Kliniken größere Fallzahlen aufweisen. Der Großteil der Versorgung fand in einer Einrichtung statt (August-Bier-Klinik), die sowohl über einen Versorgungsvertrag als Krankenhaus als auch über einen Vertrag als Rehabilitationseinrichtung verfügt und die Phasen A bis D abdeckt. Das DRK-

⁶⁶ www.schleswig-holstein.de/MASG/DE/Gesundheit/Krankenhaeuser/Krankenhausplan/KhsPlanSH2010__blob=publicationFile.pdf; (Zugriff 27.9.2012)

Krankenhaus Middelburg, welches ebenfalls einen großen Teil der Versorgung übernimmt, scheint hingegen nicht über eine Akutneurologie (Phase A) zu verfügen.⁶⁷

Tabelle 31: In Schleswig-Holstein geleistete NNCHFR (Fälle mit OPS 8-552) nach Einrichtungen, 2010

Klinik	Ort	Anzahl Fälle mit OPS 8-552
AUGUST-BIER-KLINIK, Fachklinik für Neurologie, Neurotraumatologie und Rehabilitation	Bad Malente-Gremsmühlen	325
SEGEBERGER KLINIKEN GMBH	Bad Segeberg	218
DRK-Krankenhaus Middelburg	Süsel	184
Ostseeklinik Damp GmbH	Ostseebad Damp	113
UNIVERSITÄTSKLINIKUM Schleswig-Holstein, Campus Lübeck	Lübeck	25
HELIOS Klinik Geesthacht	Geesthacht	19
Klinikum Itzehoe	Itzehoe	17
Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide gGmbH	Heide	12
Gesamt		913

Quelle: SQB-Daten 2010

4.4.16 Thüringen

Im aktuellen sechsten Thüringer Krankenhausplan⁶⁸ aus dem Jahr 2010 sind insgesamt vier Vertragskrankenhäuser nach § 108 Nr. 3 SGB V für die NNCHFR nach Phase B ausgewiesen. Leistungen der NNCHFR nach Phase B sollen im Regelfall diesen Vertragskrankenhäusern vorbehalten bleiben, da diese an Thüringer Rehabilitationskliniken angesiedelten Krankenhausabteilungen in Verbindung mit den neurologischen Versorgungsaufgaben der Rehabilitationskliniken ein optimiertes Behandlungskonzept anbieten können. Insgesamt werden 181 Betten (81,5 Betten je 1 Mio. Einwohner) ausgewiesen.

⁶⁷ Vgl. dazu www.drk-tzm.de/fileadmin/media/LGS/Formulare/Middelburg/Patientenanmeldung_web.pdf; (Zugriff 27.9.2012)

⁶⁸ www.thueringen.de/imperia/md/content/tmsfg/abteilung6/6._kh_plan__kabinett_mit_tabellen__08.12.2010.pdf; (Zugriff 27.9.2012)

Tabelle 32: Im Krankenhausplan ausgewiesene Einrichtungen der NNCHFR in Thüringen

Einrichtung	Betten
Heinrich Mann Klinik Bad Liebenstein	31
Moritz-Klinik Bad Klosterlausnitz	40
Median Klinik Bad Tennstedt	44
m&i Klinik Bad Liebenstein	48
KMG Sülzhayn (Kinder)	18
Gesamt	181

Quelle: 6. Thüringer Krankenhausplan, 2010

Gemäß einer Mitteilung des zuständigen Ministeriums sind die Kapazitäten seitdem weiter erhöht worden; aktuell werden für die NNCHFR bei Erwachsenen 200 Betten vorgehalten.

Im Jahr 2010 wurden in neun Einrichtungen insgesamt 1.067 Leistungen der NNCHFR (OPS 8-552) und damit 480,4 Fälle je 1 Mio. Einwohner erbracht, davon der weit überwiegende Teil (935 Fälle bzw. 88 %) in drei der vier im Krankenhausplan aufgeführten Einrichtungen.

Tabelle 33: In Thüringen geleistete NNCHFR (Fälle mit OPS 8-552) nach Einrichtungen, 2010

Klinik	Ort	Anzahl Fälle mit OPS 8-552
m&i-Fachklinik Bad Liebenstein	Bad Liebenstein	378
Moritz Klinik	Bad Klosterlausnitz	352
Dr. Becker Heinrich Mann Klinik	Bad Liebenstein	205
Zentralklinik Bad Berka	Bad Berka	46
Sophien- und Hufeland-Klinikum Weimar	Weimar	31
MEDIAN Klinik Bad Tennstedt	Bad Tennstedt	23 ⁶⁹
Klinikum Altenburger Land	Altenburg	22
Asklepios Fachklinikum Stadtroda	Stadtroda	9
SRH Wald-Klinikum Gera	Gera	1
Gesamt		1.067

Quelle: SQB-Daten 2010

4.5 Zusammenfassung

Ein Krankenhaus ist leistungsfähig, wenn das Leistungsangebot dauerhaft die Anforderungen erfüllt, die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft und dem Versorgungsauftrag aus dem Feststellungsbescheid, mit dem das Krankenhaus in den Krankenhausplan aufgenommen wird, an ein Krankenhaus dieser Art zu stellen sind. Die Leistungsfähigkeit wird dadurch gewährleistet, dass die nach medizinischen Erkenntnissen erforderliche personelle, räumliche und medizinische Ausstattung vorhanden ist.

Medizinische Leitlinien und Richtlinien des G-BA

Der Stand der medizinischen Wissenschaften lässt sich vielfach aus medizinischen Leitlinien ableiten. Die hier ausgewerteten Leitlinien treffen jedoch

⁶⁹ Allerdings hat die Median Klinik Bad Tennstedt im Verhältnis zu den im Krankenhausplan ausgewiesenen Betten in den SQB-Daten 2010 auffallend wenig OPS 8-552 kodiert. Gem. der pdf-Version des Qualitätsberichts hat die Klinik im Jahr 2010 insgesamt 357 OPS 8-552 kodiert; vgl. <http://www.median-kliniken.de/images/content/badtennstedt/pdf/QM-MEDIAN-Klinik-Bad-Tennstedt2010.pdf>. Die hier verwendeten Daten dürften also die tatsächliche Leistungshäufigkeit unterschätzen; Unter Verwendung der Zahl von 357 OPS 8-552 ergibt sich für Thüringen insgesamt eine Fallhäufigkeit von 631,2 Fällen je 1 Mio. Einwohner.

kaum Aussagen zu den Anforderungen an die Strukturqualität von Einrichtungen der NNCHFR. Lediglich im Hinblick auf die Personalausstattung werden Anforderungen formuliert. Auch der G-BA hat bisher keine Richtlinien erlassen, die Strukturvorgaben für die NNCHFR enthalten.

Wissenschaftliche und Fachliteratur

Eine Auswertung von wissenschaftlicher bzw. von Fachliteratur ergab die folgenden Aspekte:

- Ansiedlung an Krankenhäusern oder Rehabilitationseinrichtungen

Die NNCHFR Phase B kann – so der Grundtenor in der Literatur – aus medizinischer/ versorgungspolitischer Sicht grundsätzlich sowohl in einem Krankenhaus als auch in einer Rehabilitationseinrichtung stattfinden, solange diese Rehabilitationseinrichtung über die notwendigen akutmedizinischen Ressourcen verfügt.

- Eigenständige Abteilungen oder Schwerpunkt

Flächenländer wie Baden-Württemberg, Brandenburg, Thüringen, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern haben die NNCHFR überwiegend oder ausschließlich an Fachkrankenhäusern angesiedelt. Vielfach sind die Krankenhauskapazitäten auch an Rehabilitationskliniken angegliedert.

In anderen Bundesländern ist das Verhältnis zwischen Fachkliniken und Krankenhäusern der Allgemeinversorgung ausgewogener: In Bayern gibt es neben den neurologischen Fachkliniken auch allgemeinversorgende Krankenhäuser, welche im größeren Umfang Leistungen der NNCHFR erbringen; der Schwerpunkt liegt allerdings in den Fachkliniken. In Rheinland-Pfalz sind sowohl Fachkliniken als auch allgemeinversorgende Krankenhäuser an der NNCHFR beteiligt, der Versorgungsschwerpunkt liegt hier aber ebenfalls bei den Fachkliniken. In Sachsen-Anhalt findet die planmäßige Versorgung in einer Fachklinik und einem allgemeinversorgenden Krankenhaus statt.

Eindeutig auf die Anbindung der NNCHFR an allgemeinversorgende Krankenhäuser setzen die Bundesländer Hamburg und Nordrhein-Westfalen. In Schleswig-Holstein schließlich soll die NNCHFR zwar laut Plan v. a. an Schwerpunktkrankenhäusern erfolgen, tatsächlich ist aber ein Fachkrankenhaus maßgeblich an der Versorgung beteiligt.

- Vorhaltung besonderer akut- und intensivmedizinischer Diagnostik und Therapie

Schon die BAR-Empfehlungen bezeichneten die NNCHFR der Phase B als die Phase, in der noch intensivmedizinische Behandlungsmöglichkeiten vorgehalten werden müssen. Auch die Verfügbarkeit einer ätiologischen und Funktionsdiagnostik wurde gefordert. Durch die zunehmende Verankerung der NNCHFR im Krankenhausbereich hat die Frage der vorzuhaltenden akutmedizinischen Diagnostik- und Behandlungsmöglichkeiten auch in Nordrhein-Westfalen an Bedeutung gewonnen.

Über eine gewisse – v. a. in der o. g. Literatur näher beschriebene – Ausstattung hinaus (z. B. Röntgen, Neurosonologie, intensivmedizinisches Monitoring, Beatmungsmöglichkeit, Defibrillator) besteht in der Literatur breiter Konsens, dass weiterführende intensivmedizinische, neurochirurgische, neurologische und radiologische Diagnostik (insbesondere CT) verfügbar sein muss, allerdings wird auch eine Kooperation mit benachbarten Einrichtungen als ausreichend angesehen. Selbst für die Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls (OPS 8-981, 8-98b) kann der laut OPS-Katalog notwendige Zugang zu neurochirurgischen Notfalleingriffen sowie zu gefäßchirurgischen und interventionell-radiologischen Behandlungsmaßnahmen auch durch Kooperationspartner in höchstens halbstündiger Entfernung sichergestellt werden.

Ausführlich befasst sich das Land Baden-Württemberg in seiner aktuellen Planung mit der Möglichkeit von Kooperationen im Hinblick auf die Verfügbarkeit wesentlicher therapeutischer und diagnostischer Möglichkeiten: So sollen ein CT sowie ein MRT rund um die Uhr (24/7) innerhalb von 60 Minuten erreichbar sein, eine konsiliarärztliche Versorgung bei dringenden Indikationen sollte innerhalb von 24 Stunden verfügbar sein und ein Notfallröntgen soll rund um die Uhr (24/7) innerhalb der Einrichtung oder in einer räumlich angegliederten Einrichtung verfügbar sein.

- Personalausstattung

Hinsichtlich der Personalausstattung besteht in den untersuchten Quellen ein breiter Konsens. Angesichts seiner Vergütungsrelevanz sind insbesondere die im OPS 8-552 enthaltenen Anforderungen an die fachärztliche Leitung und die Zusammensetzung des therapeutischen Teams maßgebend. Die laut Bertram/Brandt (2007) notwendigen intensivmedizinischen Erfahrungen werden im aktuellen Konzept des Landes Baden-Württemberg dahingehend präzisiert, dass ärztliche und pflegerische Mitarbeiter über tätigkeitsbezogene intensivmedizinische Erfahrungen oder über mehrjährige Erfahrungen in einer NNCHFR Phase B-Einrichtung verfügen müssen.

Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation in den Krankenhausplänen

Die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation ist eine hochspezialisierte Behandlungsform, die besondere Anforderungen an die Leistungsfähigkeit der sie erbringenden Einrichtungen stellt. In den meisten Bundesländern wird die NNCHFR Phase B daher ausdrücklich beplant. Nur in den Ländern Berlin (da die Versorgung von Berliner Patienten überwiegend in Brandenburg erfolgt), Schleswig-Holstein (wo die Versorgungssituation – trotz einer inkonsistenten Planung – deutlich besser ist als in Nordrhein-Westfalen, vgl. Tabelle 34) und Niedersachsen (wo es eine lange etablierte Arbeitsgemeinschaft für NNCHFR und eine entsprechende Abstimmung mit den Kostenträgern und der Planungsbehörde gibt) erfolgt keine Planung der NNCHFR Phase B. In Bayern und Nordrhein-Westfalen wird die NNCHFR Phase B nicht direkt als solche geplant: In Bayern wird sie unter den Planungsschwerpunkt Schlaganfall/Schädel-Hirn-Verletzte (SA/SHV) subsumiert, in Nordrhein-Westfalen liegt der Fokus auf Kapazitäten für schwer Schädel-Hirn-Verletzte (SHV; vgl. Tabelle 34).

Tabelle 34: NNCHFR in der Krankenhausplanung der Länder im Überblick

	Planungs- jahr	Planung	Strukturvorgaben	Anzahl Einrichtungen	Ausweisung Bettenzahlen	Betten/1. Mio Ew.	Fälle je 1 Mio. Ew.
Baden-Württemberg	2012	ja	ja, ausführlich	13	ja	36	221
Bayern	2012	SA/SHV	nein	25	ja	78	603
Brandenburg (BB)	2008	ja	ja, knapp	3	ja	92	806
Berlin (B)	2010	nein	nein	k.A.	nein		49
BB/ B						38	364
Bremen	2007	ja	nein	1	ja	32	145
Hamburg	2010	ja	ja	6	ja	115	312
Hessen	2008	ja	nein	15	ja	77	345
Mecklenburg-Vorpommern	2012	ja	nein	4	nein		282*
Niedersachsen	2012	nein	nein	k.A.	nein		305
NRW	2001	SHV, tw.	ja, knapp	SHV: 5	SHV: ja; NFR: nein	5	53
Rheinland-Pfalz	2010	ja	nein	7	ja	22	258
Saarland	2.011	ja	nein	2	ja	43	347
Sachsen	2.012	ja	nein	6	ja	70	186
Sachsen-Anhalt	2.010	ja	ja, knapp	2	nein		281*
Schleswig-Holstein	2.010	nein	ja, knapp	k.A.	nein		322
Thüringen	2010	§ 108 III	Nein	4	ja	82**	480***

Quelle: IGES auf Basis der Krankenhauspläne der Länder und der SQB-Daten 2010

Anmerkung: * Da eine Klinik für die NNCHFR (M-V:Helios Leezen, S-A: Median Flechtingen) in seinem Strukturierten Qualitätsbericht keine prozedurenbezogenen Fallzahlen ausweist, lag die tatsächliche Fallhäufigkeit im Jahr 2010 über dem hier ausgewiesenen Wert.
** Seitdem hat sich die Bettenkapazität weiter erhöht auf aktuell 200 Betten für Erwachsene bzw. 90 Betten je 1 Mio. Einwohner.
*** Da die Median Klinik Bad Tennstedt in den SQB-Daten auffällig wenig Fälle OPS 8-552 ausgewiesen hat und in ihrer pdf-Version des Qualitätsberichts deutlich höhere Fallzahlen angibt, dürfte die Leistungshäufigkeit 8-552 im Jahr 2010 in Thüringen insgesamt höher gewesen sein (631,2 Fälle je 1 Mio. Einwohner).

Die meisten Krankenhauspläne enthalten – angesichts nur sehr begrenzt verfügbarer Evidenz zum Zusammenhang von Struktur- und Ergebnisqualität nachvollziehbar – keine Anforderungen an die Strukturqualität der NNCHFR. Ausführliche, detaillierte und zudem aktuelle Strukturvorgaben zur NNCHFR, die auf einem eigenständigen Expertenkonsens beruhen, gibt es lediglich in Baden-Württemberg. In Hamburg wurden Auswahlkriterien für Krankenhäuser formuliert, die Betten für die NNCHFR beantragt haben. In Sachsen-Anhalt wurden zwar Vorgaben formuliert, diese orientieren sich aber stark am ohnehin für den Krankenhausbereich verbindlichen OPS 8-552. Die Vorgaben in Brandenburg und Schleswig-Holstein sind ähnlich knapp wie in Nordrhein-Westfalen und eher deklaratorisch.

Die Bettenkapazitäten für die NNCHFR wurden in den letzten Jahren deutlich ausgebaut, insbesondere in den Ländern Hessen, Hamburg, Baden-Württemberg, Sachsen und Rheinland-Pfalz. Hinsichtlich der aktuellen Versorgungssituation weisen vier Flächenländer Kapazitäten in der Größenordnung zwischen 70 und 82 Betten je 1 Mio. Einwohner auf: Bayern (aber hier mit SA/SHT: 78), Hessen (77), Sachsen (70) und Thüringen (82). In zwei Bundesländern war die Bettendichte noch deutlich höher (Hamburg: 115, Brandenburg: 92), was auf die Mitversorgung von Einwohnern angrenzender Bundesländer zurückzuführen sein dürfte.

Vier Länder verfügen über planmäßige Versorgungskapazitäten in der Größenordnung von 32-43 Betten je 1 Mio. Einwohner: Baden-Württemberg (36), Brandenburg und Berlin zusammen (38), Bremen (32) und das Saarland (43). Zwei Länder weisen nochmals deutlich niedrigere Planbettenkapazitäten je 1 Mio. Einwohner auf: Rheinland-Pfalz (22) und – mit den bundesweit niedrigsten Bettenkapazitäten – Nordrhein-Westfalen (5).

Der Abgleich zwischen Bettenkapazitäten und Leistungshäufigkeiten (Fälle mit OPS 8-552) im Jahr 2010 wird dadurch erschwert, dass sich die Daten nicht immer auf dieselben Zeiträume beziehen. Deutlich wird aber, dass in Nordrhein-Westfalen auch die Leistungshäufigkeit von 53 Fällen mit OPS 8-552 je 1 Mio. Einwohner deutlich niedriger war als in allen anderen Bundesländern. Sachsen und Hamburg weisen im Vergleich zu ihren Bettenkapazitäten eine unterdurchschnittliche Leistungshäufigkeit auf; dies dürfte in beiden Ländern u. a. darauf zurückzuführen sein, dass die Kapazitäten hier erst nach dem Jahr 2010 deutlich erhöht wurden.

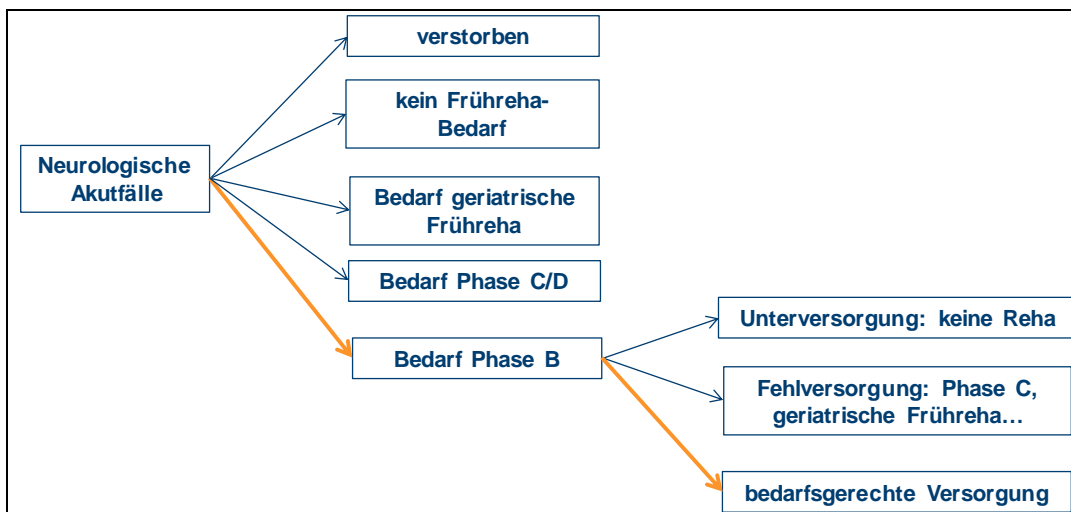
Der Bundesländervergleich zeigt zusammenfassend eine deutlich geringere Versorgungsdichte in der NNCHFR in Nordrhein-Westfalen als in anderen Bundesländern. Angesichts dieser Tatsache scheint eine Diskussion darüber dringlich, ob die zuständige Planungsbehörde – wie die Planungsbehörden in fast allen anderen Bundesländern auch – geeignete Maßnahmen ergreifen sollte, um im Sinne einer bedarfsgerechten Versorgung die Versorgungskapazitäten zu erhöhen. Damit verbundene Anforderungen an die Strukturqua-

lität zusätzlicher Versorgungskapazitäten in der NNCHFR sollten sich im Wesentlichen an den im OPS Code 8-552 enthaltenen Vorgaben orientieren, die sich insbesondere auf die personelle Ausstattung beziehen. Die wissenschaftliche bzw. Fachliteratur sowie die Versorgungsrealität in anderen Bundesländern zeigen, dass die NNCHFR sowohl eigenständig an darauf spezialisierten solitären Fachkliniken als auch an allgemeinversorgenden Krankenhäusern erbracht werden kann. Komplikationen im Behandlungsverlauf können - so die Literatur und die im Rahmen der Gutachtenerstellung befragten Experten - grundsätzlich von den Einrichtungen der NNCHFR selbst bewältigt werden. Ein Bedarf an weitergehenden Versorgungsangeboten (z. B. neuro-, gefäß- und viszeralchirurgische Leistungen, radiologische Diagnostik per CT) kann durch Kooperationen mit naheliegenden Einrichtungen gedeckt werden.

5 Bedarfsgerechtigkeit der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation

Für das Bundesland Nordrhein-Westfalen wird ein Nachholbedarf bei den Versorgungskapazitäten der NNCHFR im Vergleich zu anderen Bundesländern konstatiert (Landesarbeitsgemeinschaft Neurorehabilitation NRW). Um diese Aussage zu überprüfen, wird eine Abschätzung der aktuell und zukünftig versorgungsnotwendigen Bettenkapazitäten für die NNCHFR in Nordrhein-Westfalen vorgenommen. Das Ergebnis dieser Bedarfsschätzung wird mit den bestehenden Versorgungskapazitäten in Nordrhein-Westfalen verglichen. Zudem wird die Versorgungssituation in anderen Bundesländern als Vergleichsbasis herangezogen. Abbildung 9 zeigt das grundsätzliche, im folgenden näher beschriebene Vorgehen der Analyse.

Abbildung 9: Schematische Darstellung der Analyse zur Bedarfsgerechtigkeit der NNCHFR-Versorgung in NRW



Quelle: IGES

5.1 Aktueller Bedarf an neurologischer Frührehabilitation

Ausgangspunkt für eine Bedarfsschätzung des Fallpotentials der neurologischen Rehabilitation Phase B bilden alle akutstationär behandelten Fälle, die in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2010 mit einer Hauptdiagnose behandelt wurden, die typischerweise im Zusammenhang mit einer NNCHFR steht. Die Auswahl der Hauptdiagnosen erfolgte nach Auswertung

- der häufigsten Hauptdiagnosen, die in Zusammenhang mit den DRG B11Z, B42A, B42B und B43Z dokumentiert wurden,
- der wissenschaftlichen Literatur zum Thema NNCHFR und
- der Erfahrungswerte von medizinischen Experten.

Die Grundgesamtheit bilden insgesamt 138.423 Krankenhausfälle (Tabelle 35). Neben den Schlaganfällen (Hirnfarkt und Blutung I61-I65 ICD 10) kommen traumatische Hirnschädigungen (S06 ICD 10) am häufigsten vor. Von dieser Grundgesamtheit werden zunächst 7.598 Fälle abgezogen, die im Krankenhaus verstorben sind (DRG-Statistik 2010).

Tabelle 35: Anzahl Fälle nach ausgewählten Hauptdiagnosen mit Behandlungsort NRW, 2010

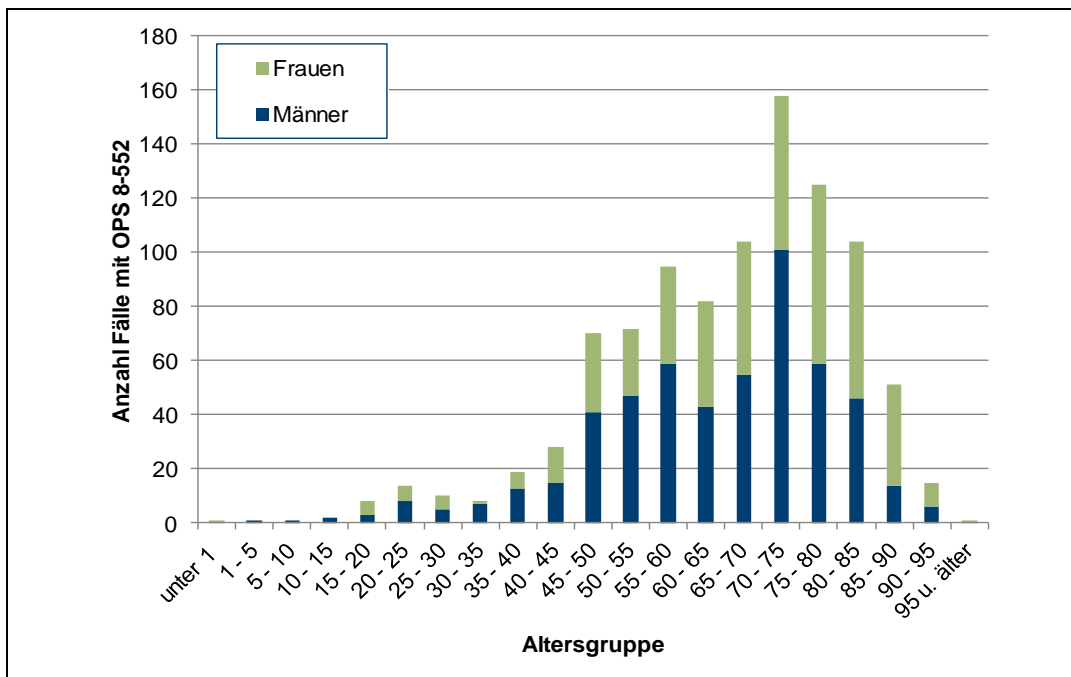
ICD-10-Diagnosen		Anzahl Fälle
A39	Meningokokkeninfektion	115
C71	Bösartige Neubildung des Gehirns	4.930
C72	Bösartige Neubildung des Rückenmarkes, der Hirnnerven und anderer Teile des Zentralnervensystems	283
D32	Gutartige Neubildung der Meningen	1.855
D43	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens des Gehirns und des Zentralnervensystems	1.196
G00-G09	Entzündliche Krankheiten des Zentralnervensystems	3.051
G60-G64	Polyneuropathien und sonst. Krankheiten des peripheren Nervensystems	5.205
G91	Hydrozephalus	2.330
G93	Sonstige Krankheiten des Gehirns	1.990
I60	Subarachnoidalblutung	2.284
I61	Intrazerebrale Blutung	6.518
I62	Sonstige nicht traumatische intrakranielle Blutung	2.077
I63	Hirnfarkt	48.234
I64	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	2.198
I65	Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien o. res. Hirnfarkt	8.503
S06	Intrakranielle Verletzung	47.654
Gesamt		138.423

Quelle: IGES nach DRG-Statistik 2010

Im nächsten Schritt wird die Abgrenzung der NNCHFR von der geriatrischen, frührehabilitativen Versorgung operationalisiert. Wie in Kapitel 2.2

beschrieben, ist der geriatrische Patient laut Definition der gemeinsamen Arbeitsgruppe der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e. V., der deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e. V. und dem Bundesverband Geriatrie e. V. durch eine vorrangige geriatrietypische Multimorbidität und ein Alter von über 70 Jahren gekennzeichnet. Ein Behandlungsbedarf bei alterstypisch erhöhter Vulnerabilität ergibt sich demnach auch bei Hochbetagten im Alter von über 80 Jahren (Bundesverband Geriatrie e. V. 2010). Auswertungen des Altersprofils der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitationsfälle mit OPS 8-552 zeigen, dass mehr als 80 % der Fälle mit neurologischer Frührehabilitation Phase B unter 80 Jahre alt sind (DRG-Statistik 2010; Abbildung 10).

Abbildung 10: Anzahl der Fälle neurologischer Frührehabilitation (OPS 8-552) in Krankenhäusern in NRW nach Altersgruppe und Geschlecht, 2010



Quelle: IGES nach DRG-Statistik 2010

Da es aber für die NNCHFR a priori keine obere Altersgrenze gibt, werden im Folgenden zwei Varianten der Bedarfsschätzung für die NNCHFR gerechnet.

- In der ersten Variante wurden alle Krankenhausfälle mit den in Tabelle 35 genannten Diagnosen im Alter von 80 Jahren und älter der geriatrischen Frührehabilitation zugerechnet. Da es auch Patienten im Alter von über 80 Jahren gibt, bei denen die geriatrietypische Morbidität nicht den Behandlungsverlauf dominiert, dürfte so der Bedarf an neurologischer Frührehabilitation eher unterschätzt werden.

- Daher wurde eine zweite Variante gerechnet, in der alle Fälle mit den in Tabelle 35 aufgeführten Diagnosen, unabhängig von ihrem Alter, in das weitere Verfahren der Bedarfsschätzung eingehen. Der Bedarf an neurologischer Frührehabilitation wird bei dieser Variante tendenziell überschätzt, da in dieser Patientengruppe auch Patienten enthalten sein können, die aufgrund ihrer Morbidität in einer geriatrischen Einrichtung behandelt werden sollten.

Wie in Kapitel 2.2 beschrieben, soll zur Abschätzung des Frührehabilitationsbedarfs unter den neurologischen Akutfällen gemäß OPS 8-552 ein Frührehabilitations-Barthel-Index von maximal 30 Punkten zu Beginn der (frührehabilitativen) Behandlung herangezogen werden. Epidemiologische Daten hierzu liegen jedoch nicht auf einer breiten empirischen Basis vor. Daher wird zur Bedarfsermittlung auf Daten der Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen (2012) zurückgegriffen. Dort wird im Rahmen der Qualitätssicherung der Schlaganfallversorgung für das Jahr 2011 der Anteil der Patienten mit einem Barthel-Index von <30 Punkten bei Entlassung aus dem Akutkrankenhaus ausgewiesen. Demnach hatten rund 29 % der Patienten mit Subarachnoidalblutung (I60), 33 % der Patienten mit intrazerebraler Blutung (I61) und rund 18 % der Patienten mit Hirninfarkt (I63) bei Entlassung nach einem akutstationären Aufenthalt einen Barthel-Index von <30 Punkten (Tabelle 36). Für die Diagnosen "sonstige nicht traumatische intrakranielle Blutung" (I62) und den "Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet" (I64) wurde mangels spezifischer Daten der gleiche Anteil an Patienten mit einem Barthel-Index von <30 Punkten bei Entlassung angenommen wie bei der Hauptdiagnose Hirninfarkt (I63).

Tabelle 36: Anteil Schlaganfall-Patienten nach Barthel-Index bei Entlassung aus der Akutversorgung, 2011

ICD-10-Code	Barthel-Index bei Entlassung		
	>70	30-70	< 30
I60 Subarachnoidalblutung	47,4%	6,8%	28,9%
I61 Intrazerebrale Blutung	28,5%	14,2%	33,1%
I62 Sonstige nicht traumatische intrakranielle Blutung*	62,9%	13,8%	17,6%
I63 Hirninfarkt	62,9%	13,8%	17,6%
I64 Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet*	62,9%	13,8%	17,6%

Quelle: IGES nach Jahresauswertung Hirninfarkt, Subarachnoidalblutung und Intrazerebrale Blutung GQH (2012)

Anmerkung: * Hier wurde die gleiche Verteilung wie bei I63 angenommen.

Mithilfe der für Hessen ermittelten Verteilung der Fälle nach Diagnose und Barthel-Index, angewendet auf die absolute Anzahl neurologischer Akutfälle der Diagnosen I60 bis I64, ergibt sich ein Bedarf für NNCHFR bei Schlaganfallpatienten von 6.563 Fällen (gemäß Variante 1) bzw. 10.725 Fällen (gemäß Variante 2) (Tabelle 37).

Tabelle 37: Geschätzte Anzahl der Bedarfsfälle für NNCHFR bei Schlaganfall-Patienten

ICD-10-Code	Anzahl Fälle mit Barthel-Index bei Entlassung <30	
	Variante 1	Variante 2
I60 Subarachnoidalblutung	488	553
I61 Intrazerebrale Blutung	979	1.647
I62 Sonstige nicht traumatische intrakranielle Blutung	213	337
I63 Hirninfarkt	4.739	7.854
I64 Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	143	334
Gesamt	6.563	10.725

Quelle: IGES nach DRG-Statistik 2010 und Jahresauswertung Hirninfarkt, Subarachnoidalblutung und Intrazerebrale Blutung GQH (2012)

Wie eingangs dargestellt, machten Schlaganfallpatienten rund 79 % aller Fälle in für die NNCHFR Phase B relevanten DRGs B42A, B42B, B43Z und B11Z aus (Tabelle 2). Bei den übrigen 21 % der Fälle wurden vor allem Polyneuropathien (G60-G64) (7,8 %) oder intrakranielle Verletzungen (S06) (7,3 %) dokumentiert. Für diese Indikationen liegen jedoch keine Daten (wie z. B. Barthel-Index bei Behandlungsbeginn) vor, anhand derer der neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitationsbedarf geschätzt werden kann. Daher wird die Verteilung der Hauptdiagnosen in den Abrechnungsdaten der o. g. DRG zur Bedarfsschätzung herangezogen: Der für die Schlaganfallpatienten ermittelte Bedarf von 6.563 (Variante 1) bis 10.725 (Variante 2) Fällen wird entsprechend als ein Anteil von 79 % des Gesamtpotentials an Bedarfsfällen angesetzt, so dass 21 % des geschätzten Bedarfs auf Fälle mit anderen Hauptdiagnosen entfallen. Somit ergibt sich ein Gesamtbedarf in Höhe von 8.299 Fällen (Variante 1) bzw. 13.562 Fällen (Variante 2) (Tabelle 32). Das entspricht 465 Fällen (Variante 1) bzw. 760 Fällen (Variante 2) je 1 Mio. Einwohner in Nordrhein-Westfalen.

Damit ist der auf diese Weise geschätzte Bedarf in Nordrhein-Westfalen verglichen mit der tatsächlichen Fallzahl mit neurologischer Frührehabilitation Phase B (gemessen an der Anzahl der Fälle mit OPS 8-552) in anderen

Flächenländern relativ hoch, ist allerdings je nach Variante vergleichbar mit der Fallzahl in Thüringen (480 Fälle je 1 Mio. Einwohner) und Bayern (603 Fälle je 1 Mio. Einwohner), die eine überdurchschnittliche Fallhäufigkeit aufweisen.⁷⁰

Tabelle 38: Ergebnis der Bedarfsschätzung Anzahl Fälle NNCHFR Phase B, 2010

Kriterium	Variante 1		Variante 2	
	Anzahl Fälle	Anteil an allen Fällen	Anzahl Fälle	Anteil an allen Fällen
Akutfälle insgesamt	138.423	100 %	138.423	100 %
davon Todesfälle	7.598	5%	7.598	5%
davon Bedarf Geriatrie (Alter 80+)	31.641	23%	-	
davon Bedarf Phase B	8.299	6%	13.562	10%

Quelle: IGES

Die gemäß dieser Schätzung bedarfsadäquate Anzahl an Betten in der NNCHFR in Nordrhein-Westfalen wird mithilfe der Hill-Burton-Formel berechnet. Dieser Bettenbedarf ergibt sich aus dem Produkt von Einwohnerzahl in Mio., Krankenhaushäufigkeit je 1 Mio. Einwohner (KHH) und durchschnittlicher Verweildauer (VWD), dividiert durch das Produkt aus Sollnutzungsgrad und 365:

$$\text{Bettenbedarf} = \frac{\text{Einwohner NRW} * \text{KHH NRW} * \varnothing \text{ VWD NRW}}{\text{Sollnutzungsgrad} * 365}$$

Die Bevölkerung Nordrhein-Westfalens umfasst 17,84 Mio. Einwohner (Stand: 31.12.2011). Die Krankenhaushäufigkeit ergibt sich aus den zwei geschätzten Fallzahlen für NNCHFR nach den Varianten 1 und 2.

Neben der oben ermittelten Krankenhaushäufigkeit ist die durchschnittliche Verweildauer für die Bedarfsberechnung zu schätzen. Für die Bedarfsermittlung wird eine durchschnittliche Verweildauer von 40 Tagen für einen Behandlungsfall mit einer NNCHFR Phase B angenommen. Das entspricht in etwa der durchschnittlichen Verweildauer der Fälle mit den DRG B11Z,

⁷⁰ Vgl. Tabelle 32

B42A, B42B, B43Z von 41,3 Tagen im Jahr 2010 (InEK DRG-Browser 2010), wobei hier nur die Normalliegender betrachtet werden können.⁷¹

Als Sollnutzungsgrad wird in Anlehnung an die Fachplanung der neurologischen Frührehabilitation Phase B für Baden-Württemberg (2012) eine Auslastung von 90 % angenommen.

Unter diesen Annahmen ergibt sich ein Bettenbedarf von insgesamt 1.011 Betten (Variante 1) bis 1.651 Betten (Variante 2) für die NNCHFR Phase B:

$$\text{Bettenbedarf Var 1} = \frac{17,84 * 465 * 40}{0,9 * 365} = 1.011 \text{ Betten}$$

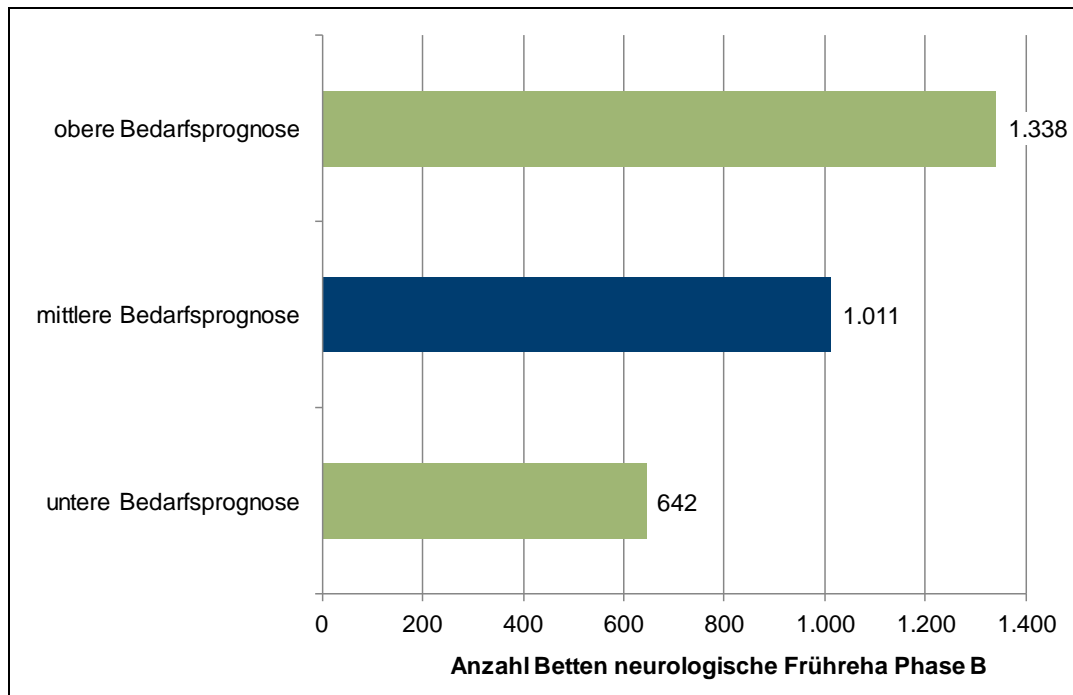
$$\text{Bettenbedarf Var 2} = \frac{17,84 * 760 * 40}{0,9 * 365} = 1.651 \text{ Betten}$$

Das entspricht einer Bettendichte von 57 Betten (Variante 1) bzw. 93 Betten (Variante 2) je 1 Mio. Einwohner in Nordrhein-Westfalen für die NNCHFR Phase B.

Wie oben dargestellt, lassen sich bei den anderen Bundesländern zwei große Gruppen unterscheiden: solche (wie z. B. Baden-Württemberg) mit etwa 30 bis 40 Betten je 1 Mio. Einwohner und solche (wie z. B. Hessen) mit Kapazitäten in der Größenordnung von ca. 70 Betten je 1 Mio. Einwohner. Für diese Unterschiede zwischen den Ländern kann es – auch bei Annahme einer bedarfsgerechten Versorgung in beiden Gruppen – berechtigte Gründe geben (wie z. B. Unterschiede in den Zugangskriterien für die NNCHFR oder andere komplementäre Versorgungsstrukturen). Der errechnete Bettenbedarf gemäß Variante 1 fällt genau zwischen diese beiden Gruppen. Es erscheint somit vertretbar, diesen mittleren Wert als bedarfsadäquate Bettenkapazität anzusetzen und die Bettendichte von Ländern wie Baden-Württemberg mit 642 Betten als untere sowie die von Ländern wie Hessen mit 1.338 Betten als obere Bedarfsgrenze zu betrachten (vgl. Abbildung 11).

⁷¹ Laut InEK-DRG-Browser lag der Anteil der Normalliegender im Jahr 2010 für die DRG B11Z und B43Z bei 100 %, für B42A bei 89,9 % und für B42B bei 96,1 %. Rollnik/Janosch (2010) haben für das Jahr 2008 eine durchschnittliche Verweildauer von 38,8 Tagen ermittelt. Die BAR-Empfehlungen sehen einen ungestörten Therapieverlauf über mindestens acht Wochen in der neurologischen Frührehabilitation Phase B vor. Das entspricht einer Verweildauer von 56 Tagen. Allerdings ist davon auszugehen, dass ein hoher Anteil von Verlegungen in ein anderes Krankenhaus (bei Rollnik / Janosch (2010) 27,6 % der Fälle) zur kürzeren Verweildauern in den Einrichtungen der neurologischen Frührehabilitation führt.

Abbildung 11: Untere, obere und mittlere Bettenbedarfsschätzung für die NNCHFR in Nordrhein-Westfalen



Quelle: IGES

5.2 Prognose des Bedarfs an neurologischer Frührehabilitation

Für die Prognose des Bedarfs werden die Bevölkerungsvorausberechnungen 2011 bis 2030/2050 des Landesbetriebs "Information und Technik NRW" differenziert nach Alter und Geschlecht verwendet. Die Anzahl der im Krankenhaus verstorbenen Fälle nach Hauptdiagnose wird unter Verwendung des Anteils "Todesfälle" aus dem Jahr 2010 für das Jahr 2025 geschätzt. Die Annahmen zur Verteilung der Schlaganfall-Fälle nach Barthel-Index bei Entlassung aus der Akutbehandlung und zum Potential für NNCHFR bei anderen Hauptdiagnosen werden für die Prognose nicht verändert.

Für Nordrhein-Westfalen wird insgesamt ein Bevölkerungsrückgang bis zum Jahr 2025 um 2,4 % prognostiziert (it.nrw 2012). Allerdings sinkt vor allem die Anzahl der jüngeren Einwohner unter 55 Jahren, während die ältere Bevölkerung stark zunimmt. Da die Altersgruppen über 55 Jahren bei den für die NNCHFR Phase B relevanten Diagnosen überproportional häufig besetzt sind, steigt auch der prognostizierte Bedarf bis zum Jahr 2025 an. Insgesamt steigt die Fallzahl mit Potential für eine NNCHFR bis 2025 um 2,0 % in der Variante 1 (ohne die Fälle über 80 Jahren) und um 18,8 % in der Variante 2, in der Fälle über 80 Jahre berücksichtigt werden.

Im Jahr 2025 beträgt der geschätzte Bedarf für die NNCHFR damit zwischen 8.465 Fälle (Variante 1) und 16.110 Fälle (Variante 2) (Tabelle 39). Das entspricht einer Zunahme der Fallzahl je 1 Mio. Einwohner von 465 auf 486 Fälle (Variante 1: +4,5 %) bzw. von 760 auf 925 Fälle (Variante 2: +21,7 %). Der starke Anstieg der prognostizierten Fallzahl der Variante 2 bei gleichzeitigem Bevölkerungsrückgang in Nordrhein-Westfalen um 2,4 % ist auf die Altersverteilung der Fälle nach berücksichtigten Diagnosen und den steigenden Anteil der hochbetagten über 80-Jährigen in der Bevölkerung zurückzuführen.

Tabelle 39: Ergebnis der Bedarfsprognose: Anzahl der Fälle NNCHFR Phase B bis zum Jahr 2025

Kriterium	Variante 1		Variante 2	
	Anzahl Fälle	Anteil an allen Fällen	Anzahl Fälle	Anteil an allen Fällen
Akutfälle insgesamt	153.448	100 %	153.448	100 %
davon Todesfälle	10.424	7%	10.424	7%
davon Bedarf Geriatrie (Alter 80+)	46.078	30%	-	
davon Bedarf Phase B	8.465	6%	16.110	10%

Quelle: IGES

Der Bettenbedarf für diese prognostizierten Fälle mit NNCHFR Phase B wird wie zuvor mithilfe der Hill-Burton Formel ermittelt. Da keine Erkenntnisse über die Entwicklung der Verweildauer über den Zeitraum der nächsten 15 Jahre vorliegen, wird auch für die Prognose eine Verweildauer von 40 Tagen zu Grunde gelegt. Auch die Annahme zur Auslastungsrate von 90 % wird übernommen. Die prognostizierte Gesamtbevölkerung im Jahr 2025 beträgt für Nordrhein-Westfalen 17,42 Mio. Einwohner.

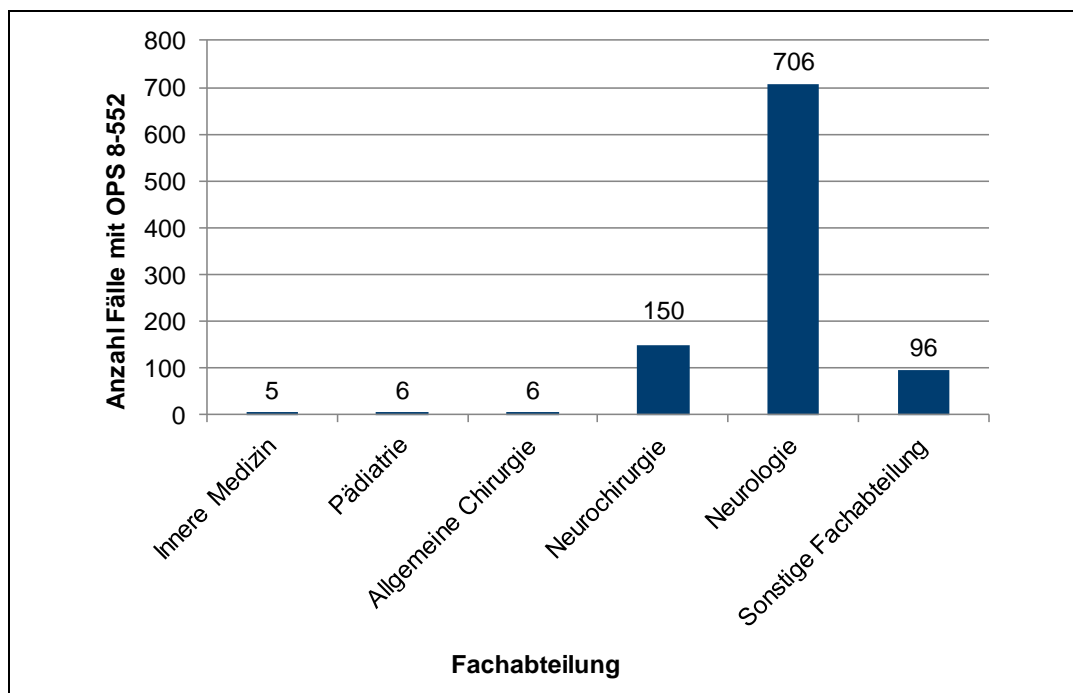
Damit ergibt sich ein Bettenbedarf im Jahr 2025 zwischen 1.031 Betten (Variante 1) und 1.962 Betten (Variante 2) für die Versorgung von Patienten in der NNCHFR Phase B insgesamt. Das entspricht einer Bettendichte von 59 bzw. 113 Betten je 1 Mio. Einwohner in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2025 und damit einer Zunahme von +4 % bzw. +22 % gegenüber dem Bettenbedarf, wie er für das Jahr 2010 geschätzt wurde.

5.3 Inanspruchnahme/Leistungshäufigkeiten in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation

Nachdem im vorigen Kapitel der Bedarf an Leistungen und Betten der NNCHFR Phase B ermittelt wurde, wird im Folgenden zunächst die aktuelle Inanspruchnahme von Leistungen der NNCHFR in Nordrhein-Westfalen in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen beschrieben, damit im nächsten Kapitel Bedarf und Inanspruchnahme miteinander verglichen werden können.

Die Anzahl der Fälle mit NNCHFR Phase B in den Krankenhäusern im Jahr 2010 wird anhand des OPS 8-552 abgebildet. Nach der DRG-Statistik wurde im Jahr 2010 in Nordrhein-Westfalen bei 969 Fällen ein OPS 8-552 kodiert. Die neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitationsfälle Phase B in Nordrhein-Westfalen wurden fast ausschließlich in Fachabteilungen für Neurologie oder Neurochirurgie behandelt (88 %) (Abbildung 12).

Abbildung 12: Anzahl der Fälle neurologischer Frührehabilitation (OPS 8-552) in NRW nach Fachabteilung*, 2010



Quelle: IGES nach DRG-Statistik 2010

Anmerkung: * Ausgewertet wurde je Fall die behandelnde Fachabteilung mit der längsten Verweildauer.

Die Fallhäufigkeit der NNCHFR liegt in NRW bei 5,3 Fällen je 100.000 Einwohner und damit bei knapp einem Fünftel des Bundesdurchschnitts (28,8 Fälle je 100.000 Einwohner) bzw. bei rund einem Sechstel des Durch-

schnitts der anderen Bundesländer ohne NRW (35,3 Fälle je 100.000 Einwohner). Nur in Berlin ist die Häufigkeit der Fälle mit OPS 8-552 geringer, allerdings findet die NNCHFR von Patienten aus Berlin grundsätzlich in Brandenburg statt, wo die Fallhäufigkeit entsprechend überproportional hoch ist (Abbildung 13).

Abbildung 13: Anzahl der Fälle neurologischer Frührehabilitation (OPS 8-552) je 100.000 Einwohner nach Bundesland, 2010

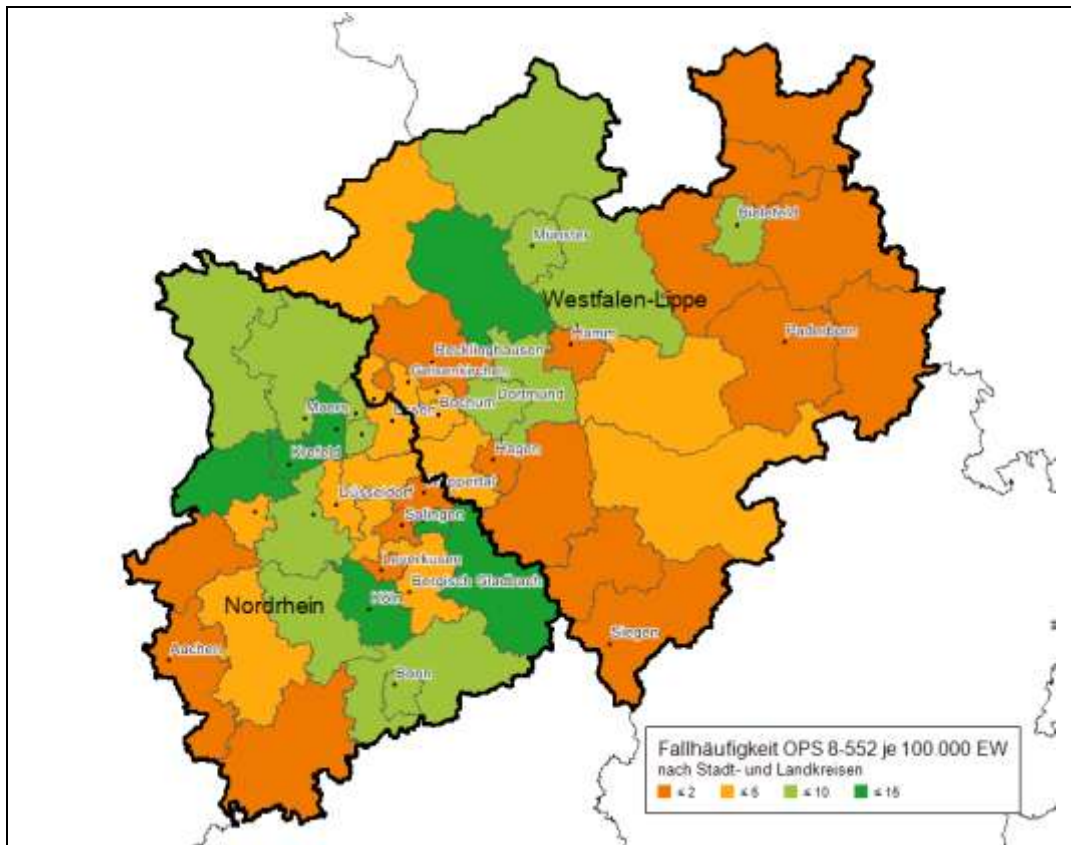


Quelle: IGES

Von den Behandlungsfällen mit OPS 8-552 in NRW des Jahres 2010 entfielen 97 % auf Personen mit Wohnort in Nordrhein-Westfalen – nur für 28 der 969 Krankenhausfälle mit neurologischer Frührehabilitation Phase B wurden Wohnorte in anderen Bundesländern oder im Ausland dokumentiert. Die Verteilung der Fälle nach Wohnkreisen zeigt deutliche regionale Unterschiede in der Häufigkeit der NNCHFR innerhalb Nordrhein-Westfalens: Während für die Behandlungsfälle mit Wohnort im Oberbergischen Kreis oder der Städte Köln, Krefeld und Remscheid die Versorgungsquoten jeweils über 12 Fälle je 100.000 Einwohner lagen, war die

Fallhäufigkeit im Jahr 2010 in Heinsberg, Olpe, Siegen-Wittgenstein, Minden-Lübbecke, Lippe, Hamm und der Städtereion Aachen unter einem Fall je 100.000 Einwohner (Abbildung 14).

Abbildung 14: Fallhäufigkeiten (OPS 8-552) je 100.000 Einwohner nach Stadt- und Landkreisen in NRW, 2010



Quelle: IGES nach DRG-Statistik 2010

Anmerkung: Die Fallhäufigkeiten wurden nach dem Wohnort ermittelt, nicht nach dem Behandlungsort.

Rund 300 Einwohner mit Wohnsitz in Nordrhein-Westfalen erhielten zudem Leistungen der NNCHFR in einem Krankenhaus in den umliegenden Bundesländern Niedersachsen, Hessen und Rheinland-Pfalz, die meisten davon in Niedersachsen (189 Fälle im Jahr 2010).

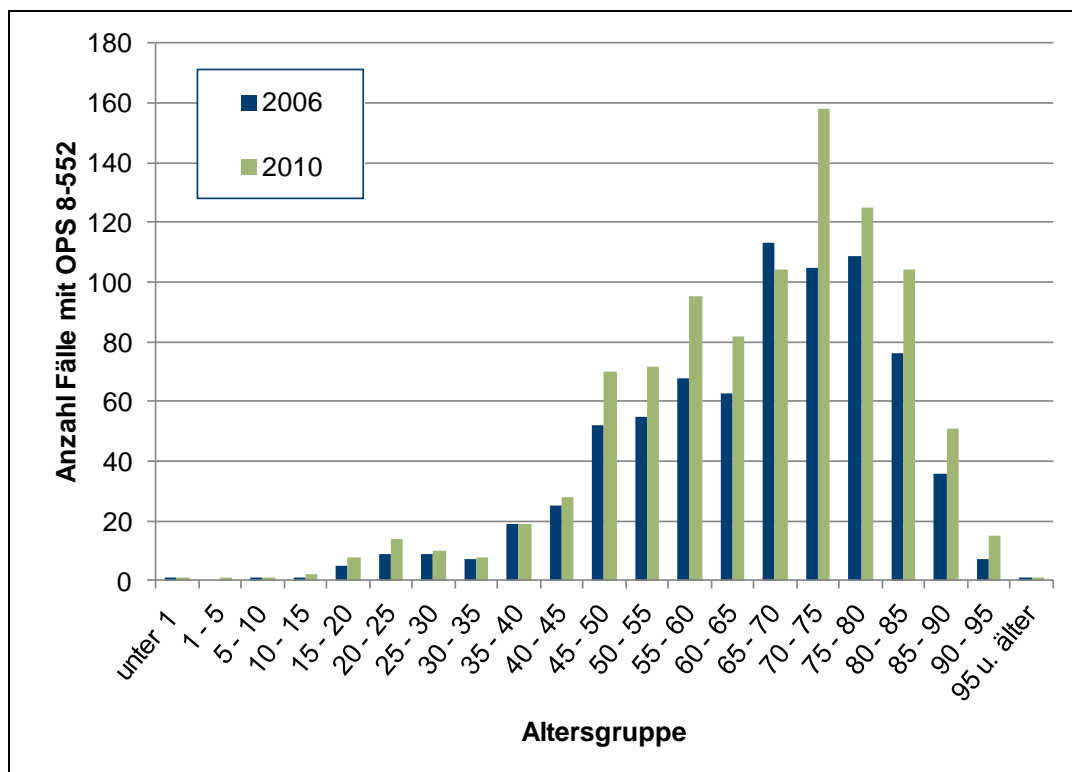
Tabelle 40: Anzahl der Fälle mit Wohnsitz in NRW und neurologischer Frührehabilitation (OPS 8-552) in umliegenden Bundesländern, 2010

Behandlungsort	Anzahl Fälle mit OPS 8-552
Niedersachsen	189
Hessen	81
Rheinland-Pfalz	37
gesamt	307

Quelle: IGES nach DRG-Statistik 2010

Die Anzahl der Fälle mit neurologischer Frührehabilitation in Nordrhein-Westfalen ist im Zeitraum der Jahre 2006 bis 2010 um 27 % deutlich gestiegen (von 762 Fällen mit OPS 8-552 auf 969 Fälle). Insbesondere die Anzahl der Fälle in der Altersgruppe 70-75 Jahre hat im Zeitraum 2006 bis 2010 stark zugenommen (+50 %) (Abbildung 15).

Abbildung 15: Anzahl der Fälle mit neurologischer Frührehabilitation (OPS 8-552) in NRW nach Altersgruppe, 2006 und 2010



Quelle: IGES nach DRG-Statistik 2010

Im gleichen Zeitraum stieg die Fallzahl mit neurologischer Frührehabilitation in Deutschland insgesamt allerdings noch stärker an als in Nordrhein-

Westfalen: von 17.516 Fällen mit OPS 8-552 im Jahr 2006 auf 23.691 Fälle im Jahr 2010 (+35,3 %) (Tabelle 41).

Tabelle 41: Anzahl der Fälle mit neurologischer Frührehabilitation (OPS 8-552) in Deutschland, 2006-2010

OPS		2006	2007	2008	2010
8-552	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation	17.516	19.971	20.194	23.691

Quelle: InEK Begleitforschung gem. §17b Abs. 8 KHG, 2010

Neben der stationären Versorgung in Krankenhäusern wird die NNCHFR Phase B in Nordrhein-Westfalen auch von zwei Rehabilitationseinrichtungen angeboten. Das Neurologische Rehabilitationszentrum Godeshöhe in Bonn und die RehaNova in Köln verfügen über 20 bzw. 50 Betten nach § 111 SGB V für die NNCHFR. Laut Qualitätsbericht 2010 betrug die Anzahl der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitationsfälle mit Phase B bei Aufnahme im Jahr 2010 in der RehaNova Köln 411 Fälle. Für das Neurologische Rehabilitationszentrum Godeshöhe ist die Fallzahl den öffentlich verfügbaren Quellen nicht zu entnehmen, kann aber anhand der Auslastung der RehaNova Köln geschätzt werden, wenn man eine gleiche Verweildauer und Belegungsrate unterstellt. Demnach beträgt die geschätzte Fallzahl im Jahr 2010 für Godeshöhe 164 neurologisch-neurochirurgischer Frührehabilitationsfälle mit Phase B bei Aufnahme. Insgesamt werden demnach geschätzte 575 Fälle in den beiden Einrichtungen mit neurologische-neurochirurgischer Frührehabilitation versorgt.

5.4 Bedarfsgerechtigkeit der Versorgungskapazitäten in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation

Die Bedarfsschätzung hat ergeben, dass in Nordrhein-Westfalen potentiell 8.299 Fälle (Variante 1) bzw. 13.562 Fälle (Variante 2) mit neurologischer Frührehabilitation der Phase B versorgt werden müssten.

Tatsächlich wurde im Jahr 2010 in nur 969 Fällen eine NNCHFR im Krankenhaus durchgeführt und geschätzte 575 weitere Fälle in Rehabilitationseinrichtungen behandelt. Daraus ergibt sich eine rechnerische Versorgungslücke von 6.755 Fällen (gemäß Variante 1) bzw. 12.018 Fällen (gemäß Variante 2) für die NNCHFR in Nordrhein-Westfalen (Die Anzahl der benötigten Betten, um den geschätzten Bedarf an neurologischer Frührehabilitation Phase B in Nordrhein-Westfalen zu decken, beträgt 1.011 (Variante 1) bzw. 1.651 (Variante 2). Tatsächlich werden gemäß Krankenhausplan bzw. Krankenhausdatenbank NRW aber nur 154 Betten in Fachabteilungen für

Frührehabilitation und 92 Betten in Intensivfördereinheiten von Schwer-Schädelhirnverletzten in Krankenhäusern und 70 Betten für NNCHFR in Rehabilitationseinrichtungen vorgehalten. Wie in Kapitel 4.4.9 dargestellt, werden die 154 Betten für (fachübergreifende) Frührehabilitation bisher nahezu gar nicht für die NNCHFR genutzt. Berücksichtigt man diese 154 Betten beim Ist-Betten-Bestand, beträgt der ungedeckte Bettenbedarf 695 (Variante 1) bzw. 1.335 (Variante 2). Berücksichtigt man diese Betten nicht, steigt der zusätzliche Bedarf auf 849 Betten (Variante 1) bzw. 1.489 Betten (Variante 2).

Tabelle 42).

Die Anzahl der benötigten Betten, um den geschätzten Bedarf an neurologischer Frührehabilitation Phase B in Nordrhein-Westfalen zu decken, beträgt 1.011 (Variante 1) bzw. 1.651 (Variante 2). Tatsächlich werden gemäß Krankenhausplan bzw. Krankenhausdatenbank NRW aber nur 154 Betten in Fachabteilungen für Frührehabilitation und 92 Betten in Intensivfördereinheiten von Schwer-Schädelhirnverletzten in Krankenhäusern und 70 Betten für NNCHFR in Rehabilitationseinrichtungen vorgehalten. Wie in Kapitel 4.4.9 dargestellt, werden die 154 Betten für (fachübergreifende) Frührehabilitation bisher nahezu gar nicht für die NNCHFR genutzt. Berücksichtigt man diese 154 Betten beim Ist-Betten-Bestand, beträgt der ungedeckte Bettenbedarf 695 (Variante 1) bzw. 1.335 (Variante 2). Berücksichtigt man diese Betten nicht, steigt der zusätzliche Bedarf auf 849 Betten (Variante 1) bzw. 1.489 Betten (Variante 2).

Tabelle 42: Soll-Ist-Vergleich der Behandlungsfälle und Betten in der NNCHFR Phase B in NRW, 2010

	Anzahl Ist	Anzahl Soll	rechnerische Versorgungslücke
Variante 1			
Anzahl Fälle	1.544	8.299	6.755
davon Krankenhaus	969		
davon Reha-Einrichtung (geschätzt)	575		
Anzahl Betten	162 (316)	1.011	849 (695)
Krankenhaus	92 (246)		
Reha-Einrichtung	70		
Variante 2			
Anzahl Fälle	1.544	13.562	12.018
davon Krankenhaus	969		
davon Reha-Einrichtung (geschätzt)	575		
Anzahl Betten	162 (316)	1.651	1.489 (1.335)
Krankenhaus	92 (246)		
Reha-Einrichtung	70		

Quelle: IGES

Anmerkung: Geklammerte Zahlen: unter Einbeziehung der Betten für (fachübergreifende) Frührehabilitation.

Als weiterer Indikator für eine Unterversorgung im Bereich der NNCHFR in Nordrhein-Westfalen kann zum einen gelten, dass Vertreter von neurologischen Akutkliniken darauf hinweisen, dass sie ihre Patienten nicht – wie es medizinisch erforderlich wäre – in die NNCHFR verlegen können, weil hierzu die entsprechenden freien Bettenkapazitäten nicht vorhanden sind.

Hinzu kommt, dass in Rehabilitationseinrichtungen, die über Phase-C-Betten verfügen, Patienten mit einem Barthel-Index von weniger als 30 Punkten bei Behandlungsbeginn aufgenommen werden. Diese Patienten aber – gemäß den oben erläuterten Eingangskriterien zur NNCHFR der Phase B – der Phase B zugeordnet werden. In zwei Rehabilitationskliniken in Nordrhein-Westfalen, die über eine Vergütungsvereinbarung für die Versorgung von Patienten in der Phase C verfügen, lag der Anteil von Patienten mit einem Frührehabilitations-Barthel-Index bei Aufnahme von max. 30 Punkten bei 26 % in der einen und 74 % in der anderen Klinik. Insgesamt

wiesen dort im Jahr 2011 827 Patienten bei Aufnahme einen Frührehabilitations-Barthel-Index von max. 30 Punkten auf (Tabelle 43).

Tabelle 43: Patienten in Rehabilitationskliniken in Nordrhein-Westfalen mit einem Frührehabilitations-Barthel-Index bei Aufnahme von max. 30 Punkten, 2011

	Frührehabilitations-Barthel-Index bei Aufnahme				
	Gesamt	≤100	≥100 - <=0	>0 - ≤30	Gesamt ≤30
Klinik A	1.382	32	126	197	355
	Anteil	2%	9%	14%	26%
Klinik B	637	14	154	304	472
	Anteil	1%	11%	22%	74%
Gesamt	2.019	46	280	501	827
	Anteil	2%	14%	25%	41%

Quelle: IGES, eigene Erhebung

5.5 Zusammenfassung

Der Leistungsbedarf in der NNCHFR Phase B für Nordrhein-Westfalen wird anhand der Parameter

- Anzahl Überlebende mit für die NNCHFR relevanten Akutdiagnosen in Krankenhäusern
- nach Altersgruppen (mit Variante 1: exklusive der über 80-Jährigen und mit Variante 2: inklusive der über 80-Jährigen),
- nach Barthel-Index bei Entlassung aus der Akutversorgung (<30 Punkte) und
- nach Verteilung der Hauptdiagnosen bei Fällen mit DRG der NNCHFR

auf 8.299 Fälle (Variante 1) bzw. 13.562 Fälle (Variante 2) geschätzt.

Bezogen auf die Einwohnerzahl liegen diese Bedarfsschätzungen über dem aktuellen Bundesdurchschnitt. Die ermittelte Anzahl der erforderlichen Betten für den geschätzten Versorgungsbedarf dieser potentiellen Fälle mit NNCHFR Phase B unterscheidet sich dagegen kaum von der vorgehaltenen Bettendichte in anderen Bundesländern.⁷²

⁷² Der Umstand, dass für Nordrhein-Westfalen ein überdurchschnittlich hoher Fallbedarf aber ein durchschnittlicher Bettenbedarf ermittelt wird kann u. U. auch auf die

Der Vergleich des geschätzten Versorgungsbedarfs mit den tatsächlichen Fällen in der NNCHFR Phase B im Jahr 2010 zeigt, dass nur 12 % (Variante 1) bzw. 7 % (Variante 2) der geschätzten Bedarfsfälle in Krankenhäusern behandelt werden (N= 969 Fälle) und weitere 7 % (Variante 1) bzw. 4 % (Variante 2) in den zwei Rehabilitationseinrichtungen mit Phase B Betten (geschätzte 575 Fälle). Außerdem erhalten 4 % (Variante 1) bzw. 2 % (Variante 2) der Bewohner Nordrhein-Westfalens eine NNCHFR Phase B in einem der umliegenden Bundesländer (N= 307 Fälle). Aufgrund fehlender Datengrundlagen ist unklar, in welchem Umfang die verbleibenden 78 % (Variante 1) bzw. 86 % (Variante 2) des Fallpotentials für NNCHFR Phase B in geriatrischen Einrichtungen rehabilitativ versorgt werden oder in neurologischen Rehabilitationskliniken eine Versorgung als Phase B-Patient im Rahmen von Einzelfallgenehmigungen bzw. als Phase C bzw. Phase C+ Patient erhalten. Auch kann nicht abgeschätzt werden, wie hoch der Anteil an Patienten ist, die einen Bedarf an NNCHFR haben, aber dennoch ohne eine entsprechende Rehabilitationsmaßnahme nach Hause oder in ein Pflegeheim entlassen werden.

Auch der Vergleich der geschätzten Bettenzahl für eine bedarfsgerechte Versorgung mit dem bestehenden Versorgungsangebot zeigt, dass die Kapazitäten in Nordrhein-Westfalen nicht ausreichen, um dem geschätzten Bedarf nach Leistungen für die NNCHFR Phase B zu entsprechen. Der Bedarfsschätzung nach fehlen für eine bedarfsgerechte Versorgung 849 Betten (Variante 1) bzw. 1.489 Betten (Variante 2). Würden die vorhandenen 154 Betten für (fachübergreifende) Frührehabilitation – im Unterschied zur heutigen Situation – vollständig für die NNCHFR genutzt, reduziert sich der zusätzlich benötigte Bettenbedarf auf 695 Betten (Variante 1) bzw. 1.335 Betten (Variante 2).

6 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Patienten in der NNCHFR (Phase B) sind in der Regel aufgrund von komplexen, vielfach kombinierten Funktionsstörungen hochgradig eingeschränkt und bedürfen deshalb umfangreicher rehabilitativer und pflegerischer Maßnahmen. Zudem besteht vielfach akut- und teils intensivmedizinischer Behandlungsbedarf.

Anforderungen an die Leistungsfähigkeit

Aufgrund des komplexen Behandlungsbedarfs der Patienten stellt die NNCHFR als hochspezialisierte Behandlungsform besondere Anforderungen an die Leistungsfähigkeit der Einrichtungen zur NNCHFR.

Das Land Nordrhein-Westfalen hat in seinem Krankenhausplan 2001 keine verbindlichen Vorgaben für die Leistungsfähigkeit von Einrichtungen der NNCHFR gemacht; die dortige Formulierung ("Eine fachliche Anbindung mit 'Davon-Betten' kommt insbesondere an die Gebiete Neurologie und Orthopädie in Betracht, wobei auf ein ausreichend großes Leistungsspektrum des Hauptgebietes zu achten ist.") ist prinzipiell offen und schließt eine Etablierung der NNCHFR an anderen Einrichtungen nicht aus.

Es erscheint jedoch nicht nachvollziehbar, diese Formulierung als verbindliches Kriterium zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit einer Einrichtung heranzuziehen. An verbindliche Kriterien der Leistungsfähigkeit von Krankenhäusern sind grundsätzlich hohe Anforderungen zu stellen, da sie ggf. in die grundgesetzlich geschützte Berufsausübungsfreiheit (Art. 12 GG) und die Eigentumsrechte (Art. 14 GG) eines Krankenhausträgers eingreifen. Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit ist – das haben sowohl das Bundesverfassungsgericht als auch das Bundesverwaltungsgericht in diesem Zusammenhang hervorgehoben – bei solchen Eingriffen zu beachten: Je weitgehender in den Schutzbereich des jeweiligen Grundrechts eingegriffen wird, umso strenger ist der Maßstab für den Rechtfertigungsgrund.

Für die Anforderungen an die Leistungsfähigkeit von Krankenhäusern im Bereich neurologischer Frührehabilitation ist eine nachvollziehbare Begründung nicht ersichtlich, die es rechtfertigte, eine fachliche Anbindung an die Gebiete Neurologie und Orthopädie zu einem allgemein verbindlichen Kriterium zu machen. Aus den einschlägigen medizinischen Leitlinien oder Richtlinien des G-BA lassen sich keine solchen Anforderungen an die Leistungsfähigkeit einer Einrichtung für die NNCHFR ableiten.

Aus der medizinischen Fachliteratur lässt sich entnehmen, dass die NNCHFR Phase B aus medizinischer und versorgungspolitischer Sicht grundsätzlich sowohl in einem Krankenhaus als auch in einer Rehabilitationseinrichtung erfolgen kann, solange die notwendigen akut- bzw. intensivmedizinischen Ressourcen verfügbar sind. Zu den Grundanforderungen gehört eine personelle Ausstattung, wie sie nicht nur in der Literatur beschrieben, sondern auch im OPS 8-552 als Basis für die Leistungsvergütung im Rahmen des DRG-Systems verbindlich vorgegeben wird. Allerdings muss eine Einrichtung für die NNCHFR nicht alle für die Diagnostik und Therapie ggf. benötigte Ausstattung selbst vorhalten. Über eine gewisse Ausstattung hinaus (z. B. Notfall-Röntgendiagnostik, Neurosonologie, intensivmedizinisches Monitoring, Beatmungsmöglichkeit, Labor, Möglichkeit zur Anlage zentralvenöser Katheter, von Blasenkathetern und Ernährungs sonden) wird in der Literatur die Vorhaltung weiterführender diagnostischer und therapeutischer Kapazitäten (z. B. CT, Neurochirurgie, Intensivmedizinische Abteilung) in Kooperation mit benachbarten Einrichtungen als ausreichend angesehen.

Der Blick in andere Bundesländer zeigt, dass die NNCHFR dort weit überwiegend explizit im Hinblick auf Standorte und Bettenkapazitäten geplant wird. In mehreren Bundesländern sind in den letzten Jahren die Kapazitäten für die NNCHFR ausgebaut worden, um eine Unterversorgung in diesem hochspezialisierten Versorgungsbereich zu vermeiden. Wo eine solche formelle Planung nicht erfolgt, ist dies z. B. auf langjährig etablierte, gut ausgebaute Versorgungsstrukturen (Niedersachsen) oder auf eine Mitversorgung durch ein anderes Bundesland (Brandenburg für Berlin) zurückzuführen. Weiterhin zeigen die Krankenhausplanungen und die Versorgungssituationen in anderen Bundesländern, dass die NNCHFR zu einem großen Teil in Einrichtungen erbracht werden kann, die nicht unmittelbar an der neurologischen oder neurochirurgischen Akutversorgung teilnehmen.

Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung

Bislang gibt es weder für das Land Nordrhein-Westfalen noch für ein anderes Bundesland einen publizierten, epidemiologisch und klinisch fundierten, von der Leistungserbringung in diesem Bereich entkoppelten Ansatz zur Bedarfsabschätzung für die NNCHFR.

Für dieses Gutachten wurde der aktuelle Bedarf im Wesentlichen basierend auf der Anzahl neurologischer Akutfälle und einem diagnosebezogenen Frührehabilitationpotential (Anteil neurologischer Akutfälle mit einem Frührehabilitations-Barthel-Index < 30 Punkte) geschätzt. Eine Schätzung des zukünftigen Bedarfs erfolgte basierend auf den amtlichen Bevölkerungsvorausrechnungen. Die versorgungsnotwendigen Kapazitäten wurden mittels der Hill-Burton-Formel geschätzt. Die so ermittelten Bedarfe

und notwendigen Kapazitäten wurden mit Werten aus anderen Bundesländern verglichen.

Die Bedarfsschätzungen ergeben für Nordrhein-Westfalen eine deutliche rechnerische Versorgungslücke im Bereich der NNCHFR. Im Unterschied zu den rund 1.500 erbrachten Leistungen der NNCHFR (2010)⁷³ wird ein Bedarf von 8.299 Fällen (gemäß Variante 1) bzw. 13.562 Fällen (gemäß Variante 2) geschätzt. Bei der ersten Variante wurden lediglich Patienten mit neurologischen Hauptdiagnosen bis zu einem Alter von 79 Jahren berücksichtigt. Bezüglich der älteren Patienten wurde in dieser Variante davon ausgegangen, dass sie in geriatrischen Abteilungen versorgt werden. Da es für die NNCHFR aber keine feste Altersobergrenze gibt, wurden in der zweiten Variante alle Patienten mit neurologischen Hauptdiagnosen berücksichtigt.

Für die geschätzten Fallzahlen errechnet sich ein Bedarf in der NNCHFR von 1.011 Betten (Variante 1) bzw. 1.651 Betten (Variante 2) und somit ein zusätzlicher Bettenbedarf von 695 Betten (Variante 1) bzw. 1.335 Betten (Variante 2). Dabei wurde bereits unterstellt, dass sämtliche Betten, die für die fachübergreifende Frührehabilitation ausgewiesen sind, ausschließlich für die NNCHFR zur Verfügung stehen. Andernfalls fiel der Bedarf an zusätzlichen Betten höher aus.

Bezogen auf die Einwohnerzahl Nordrhein-Westfalens ergäbe sich aus der errechneten Bettenzahl für Variante 1 eine Bettendichte von rund 57 Betten je 1 Mio. Einwohner. Mit einer solchen Bettendichte läge Nordrhein-Westfalen bundesweit im Durchschnitt. Angesichts der in Nordrhein-Westfalen stark ausgebauten geriatrischen Versorgung könnte sich der niedrigere Schätzansatz gemäß Variante 1 als ausreichend erweisen. Bei der weiteren Bedarfsplanung für die Geriatrie sollte jedoch in jedem Fall der besondere Versorgungsbedarf in der NNCHFR berücksichtigt werden.

Zusammenfassend ergeben die Analysen deutliche Hinweise darauf, dass das bisherige Versorgungsangebot an neurologisch-neurochirurgischer Frührehabilitation in Nordrhein-Westfalen dem tatsächlichen Bedarf nicht vollumfänglich entspricht. Da die Krankenhäuser die NNCHFR nicht im bedarfsnotwendigen Umfang erbringen, erscheint es notwendig, das Instrument der Krankenhausplanung zukünftig zu nutzen, um durch eine gezielte Ausweisung entsprechender Kapazitäten eine bedarfsgerechte Versorgung mit neurologisch-neurochirurgischer Frührehabilitation sicherzustellen. Angesichts der besonderen Anforderungen in diesem Versorgungs-

⁷³ Davon 969 Fälle in Krankenhäusern, Rest: geschätzte Fallzahlen für die beiden Rehabilitationseinrichtungen mit Vergütungsvereinbarungen Phase B (N= 575 Fälle).

bereich sollte bei der Ausweisung im Krankenhausplan darauf geachtet werden, dass die Versorgung durch entsprechend leistungsfähige Einrichtungen erbracht wird. Über die ohnehin schon bestehenden hohen Anforderungen an die Personalausstattung hinaus, die sich aus dem OPS 8-552 ergeben, bietet das aktuelle Fachkonzept des Landes Baden-Württemberg zur Beurteilung der notwendigen Leistungsfähigkeit eine ausgearbeitete Grundlage. Dabei sind die Anforderungen an die Leistungsfähigkeit der Einrichtungen so auszugestalten, dass einerseits die Voraussetzungen für eine möglichst hohe Qualität der Versorgung geschaffen werden, andererseits vorhandene Versorgungslücken geschlossen werden können.

Literaturverzeichnis

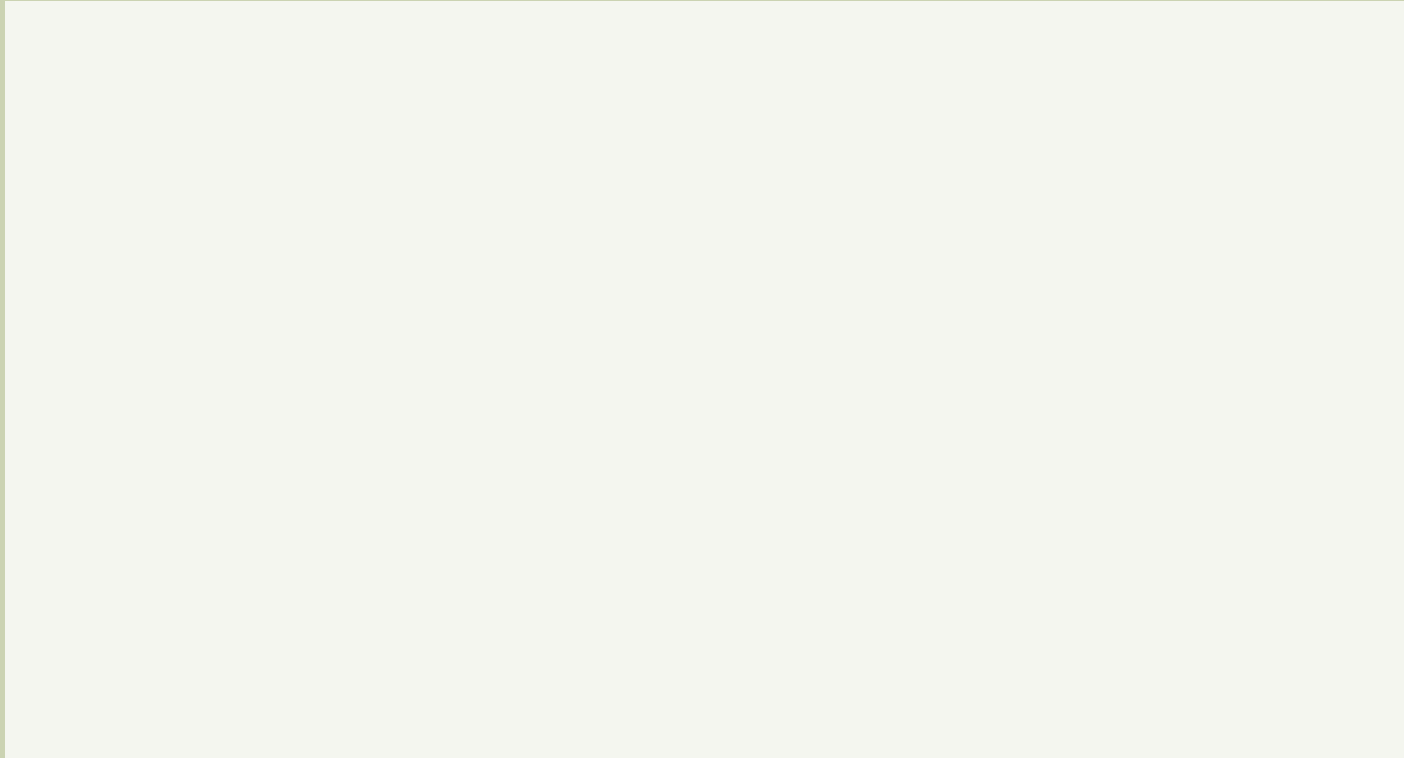
- Arbeitsgemeinschaft Neurologische-Neurochirurgische Frührehabilitation der Bundesarbeitsgemeinschaft medizinisch-beruflicher Rehabilitationszentren (1994).
- AOK (2012): Handbuch der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. AOK Verlag Remagen.
- Bertram M, Brandt T (2007) Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation. Eine aktuelle Bestandsaufnahme. *Nervenarzt* 78 (10): 1160-1174. Kohlhammer Stuttgart.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.) (BMAS 1998). Die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation. Bonn: Vierter Bericht der Bundesregierung. BT-Drs. 13/9514.
- Bundesverband Geriatrie (Hrsg. 2010) Weißbuch Geriatrie. Die Versorgung geriatrischer Patienten: Strukturen und Bedarf - Status Quo und Weiterentwicklung.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR 1995). Empfehlung zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C. BAR Publikation, Frankfurt/Main.
- Haase CG, Tollkötter M, Buchner H (2011) Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation an einem Akutkrankenhaus. *Akt Neurol* 38: 75-80.
- Hoffmann, B, Karbe H, Krusch C, Müller B, Pause M, Prosiegel M, Puschendorf W, Schleep J, Spranger M, Steube D, Voss A (2006) Patientencharakteristika in der neurologisch/neurochirurgischen Frührehabilitation (Phase B): Eine multizentrische Erfassung im Jahr 2002 in Deutschland. *Akt Neurol* 33: 287-296.
- Knecht S, Hesse S, Oster P (2011) Rehabilitation nach Schlaganfall. *Deutsches Ärzteblatt* 108 (36): 600-606.
- Mayer K (1993) Hirnverletzung und Hirnerkrankung. Notwendigkeit und Bedeutung der Frührehabilitation. *Versicherungsmedizin* 45 (4): 135-137.
- Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien, Frauen und Senioren Baden-Württemberg (MASFFS 2012) Neurologische Frührehabilitation Phase B – Fachplanung für Baden-Württemberg 2012.
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg (1993) Patienten mit schwersten Hirnverletzungen und Hirnerkrankungen (Phase B). Apallisches Syndrom, Versorgungskonzept für Baden-Württemberg, Behandlung – Pflege – Rehabilitation. Reihe Gesundheitspolitik 21, Stuttgart.
- Platz T, Witte OW, Liepert J, Siebler M, Audebert H, Koenig E (2011) Neurorehabilitation nach Schlaganfall - ein Positionspapier aus dem Kompetenznetzwerk Schlaganfall. *Akt Neurol* 38: 150-156.
- Prütting D (2009): Krankenhausgestaltungsgesetz Nordrhein-Westfalen, Kommentar für die Praxis. 3 Auflage 2009. Kohlhammer Stuttgart.
- Ratzel R, Luxenburger B (Hrsg., 2011) Handbuch Medizinrecht. DeutscherAnwaltVerlag Bonn.
- Rollnik JD (2009) Veränderungen im Anforderungsprofil an die neurologisch/neurochirurgische Frührehabilitation der Phase B. *Akt Neurol* 36: 368-371.

- Rollnik JD, Janosch U (2010). Verweildauerentwicklung in der neurologischen Frührehabilitation. Deutsches Ärzteblatt, 107 (16): 286-292.
- Rollnik JD, Berlinghof K, Lenz O, Bertomeu AM (2010) Beatmung in der neurologischen Frührehabilitation. Akt Neurol 37: 316-318.
- Rollnik JD, Platz T, Böhm K-D, Weber R, Wallesch CW (2011) Argumente für eine Zuordnung der neurologische-neurochirurgischen Frührehabilitation (Phase B) zum Krankenhausbereich (§ 39 SGB V). Positionspapier der Kliniken des BDH Bundesverband Rehabilitation. Aktuelle Neurologie, 38: 362-368.
- Schönle PW, Ritter K, Diesener P, Ebert J, Hagel K-H, Hauf D, Herb E, Hülser P-J, Lipinski C, Manzl G, Maurer P, Schmalohr D, Schneck M, Schumm F (2001) Frührehabilitation in Baden-Württemberg - Eine Untersuchung aller Frührehabilitationseinrichtungen Baden-Württembergs. Rehabilitation 2001, 40: 123-130.
- Schönle PW (1995) Der Frühreha-Barthelindex (FRB) - eine frührehabilitationsorientierte Erweiterung des Barthelindex. Rehabilitation, 34: 69-73.
- SQB-Daten (2010) Qualitätsberichte der Krankenhäuser nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V in der vom G-BA zur Verfügung gestellten maschinenlesbaren Form.
- Stier-Jarmer M, Koenig E, Stucki G (2002) Strukturen der neurologischen Frührehabilitation (Phase B) in Deutschland). Phys Med Rehab Kuror 12: 260-271.
- Wullen T, Karbe H (1999): Verbesserte Therapiemöglichkeiten durch neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation. Dtsch Arztebl 1999; 96(44): A-2809 / B-2393 / C-2241.

Folgende Experten wurden im Rahmen der Gutachtenerstellung befragt:

- Prof. Dr. Koenig, Schön Klinik Bad Aibling, Bayern
- Dr. Neunzig, Waldklinik Jesteburg, Niedersachsen
- PD Dr. Busch, Evangelische Kliniken Gelsenkirchen, Nordrhein-Westfalen
- Dr. Ebke, Dr. Becker Rhein-Sieg-Klinik Nümbrecht, Nordrhein-Westfalen

Ihnen und den Mitgliedern der Landesarbeitsgemeinschaft NeuroRehabilitation NRW sei hiermit für die gute Zusammenarbeit gedankt.



IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin
www.iges.de