

Umgang mit dem Pflegenotstand unter Berücksichtigung der Neurorehabilitation

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Neurorehabilitation (DGNR) und des Bundesverbandes NeuroRehabilitation (BNR) zum Rehabilitations-/Intensivpflegestärkungsgesetz RISG

Teil 1: Stellungnahme mit Begründung

Die Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation (DGNR) und der Bundesverband NeuroRehabilitation (BNR) wurden um Stellungnahme zum Gesetzentwurf zur Stärkung von Rehabilitation und intensiv-pflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (RISG) gebeten. Aufgrund der unten näher erläuterten speziellen Organisationsstruktur der Neurorehabilitation in Deutschland als Mischform mit Anteilen sowohl von Akutmedizin als auch Rehabilitation lassen sich die Auswirkungen des RISG nur im Zusammenhang mit den Auswirkungen des ebenfalls neu eingeführten Pflegepersonalstärkungsgesetzes (PpSG) kommentieren.

DGNR und BNR begrüßen die Bemühungen zur Beherrschung des bereits bestehenden und sich weiter verschärfenden Pflegenotstands ausdrücklich. Mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG) wurden Elemente zur Verbesserung der Vergütung von Pflegekräften etabliert - allerdings nur für Akutkrankenhäuser und stationäre Pflegeeinrichtungen. Unverständlicherweise wurde der Rehabilitationssektor ausgeklammert und damit absehbar geschwächt. Mit dem zu kommentierenden Gesetzentwurf zur Stärkung von Rehabilitation und intensiv-pflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (RISG) ist eine Nachbesserung des PpSG mit Stärkung der hierin vernachlässigten Rehabilitation beabsichtigt. Zudem sind Regelungen zur Neustrukturierung außerklinischer Intensivpflege enthalten. Somit adressiert dieser Gesetzentwurf erstmals nicht nur symptomatische Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte, sondern etabliert auch Strategien, den Bedarf an Pflegedienstleistung zu sichern, was prinzipiell sehr begrüßenswert ist.

Allerdings berücksichtigt der Gesetzentwurf zum RISG nicht ausreichend die in Deutschland im internationalen Vergleich sehr gut organisierte Neurorehabilitation, die aus intrinsischen Gründen mit ihrem Tun erheblich zur Entschärfung des Pflegenotstands beiträgt. Eine Schwächung der Neurorehabilitation ist kontraproduktiv und würde den Pflegenotstand massiv Vorschub leisten: Neurologische Erkrankungen sind weltweit die häufigste Ursache für Behinderung und damit für Hilfsbedürftigkeit im Erwachsenenalter [1]. Den größten Anteil

hat dabei der Schlaganfall, dessen Häufigkeit aufgrund des demographischen Wandels stetig steigt. In Deutschland erleiden derzeit ca. 250.000 Patienten im Jahr einen erstmaligen oder erneuten Schlaganfall [2]. Schätzungen erwarten eine Verdopplung speziell der Zahl der schwer betroffenen Schlaganfallpatienten bis 2050 [3]. Trotz der kontinuierlich verbesserten Akutversorgung des Schlaganfalls auf den sogenannten „Stroke Units“ muss ca. ein Drittel der Patienten mit einem substantiellen Defizit mit Hilfsbedürftigkeit aus der Akutbehandlung entlassen werden [4]. Eine qualifizierte Rehabilitation ist für diese Patienten die einzige Chance, ihre Selbständigkeit wiederzuerlangen und langfristige Pflegebedürftigkeit abzuwenden. Dabei weist die Neurorehabilitation mit dem „Neurologischen Phasenmodell“ [5] als einzige Disziplin ein differenziertes Versorgungskonzept zur Rehabilitation auf, das von beatmungspflichtigen bis hin zu selbstständigen Patienten reicht. Um dieses nicht zu gefährden, sollten unseres Erachtens zwei wesentliche Elemente des RISG, nämlich Stärkung der Rehabilitation sowie Stärkung der außerklinischen Intensivpflege wie folgt geändert werden:

1. Stärkung der Rehabilitation

Wir begrüßen ausdrücklich, dass die Rolle der Rehabilitation zur Verhinderung von Pflegebedürftigkeit im RISG anerkannt wird. Zur Ermöglichung einer verbesserten Vergütung werden neue Instrumente etabliert, in denen die Tagessätze nicht mehr an die Grundlohnsammenentwicklung gekoppelt werden müssen. Damit sind prinzipiell höhere Vergütungssteigerungen möglich, die allerdings verhandelt werden müssen - bei Dissens mit den Kostenträgern u.U. erst Monate bis Jahre nach Leistungserbringung. Damit ist immer noch keine Parität gegenüber dem Akutsektor gegeben, der dank PpSG Vergütungssteigerungen unmittelbar und ohne Verhandlungen erstattet bekommen kann. Bei vergleichbarer körperlicher Belastung insbesondere der Pflegekräfte in der Rehabilitationsphase C mit Patienten mit schweren körperlichen Einschränkungen wird dieser nicht kompensierbare Nachteil mittelfristig zu einem pflegerischen „Ausbluten“ der Rehabilitationseinrichtungen führen, ganz besonders in der Neurorehabilitation, was den Bedarf an Pflegebedürftigkeit erhöht. Wir fordern daher

- **Ergänzung des RISG um Regelungen zur unmittelbaren Erstattung von erhöhten Aufwendungen für Pflege in der Rehabilitation (in Analogie zum PpSG)**

Darüber hinaus finden sich im Gesetz Maßnahmen zur Stärkung der Verordnungsfähigkeit der Rehabilitation, die prinzipiell begrüßenswert sind. Allerdings beschränken sich diese exklusiv auf die geriatrische Rehabilitation, die nur bei einem Alter > 70 Jahre und geriatrischer Multimorbidität indiziert ist. Nur in diesem Fall soll zukünftig eine Rehabilitation im Umfang von 20 Tagen ohne Prüfung verordnet werden können. Dies soll nicht für die jeweils fachspezifische (z.B. neurologische, orthopädische usw.) Rehabilitation gelten, obwohl in der Rehabilitation die Erkrankung „Schlaganfall“ mit ca. 80.000 Patienten pro Jahr bereits jetzt die häufigste nicht-orthopädische Indikation für eine stationäre Rehabilitation ist [6]. Die geplante einseitige Hervorhebung einer kurzzeitigen Rehabilitationsmaßnahme in dem krankheitsunspezifischen Fach der Altersmedizin ist gesundheitspolitisch nicht nachvollziehbar und widerspricht allen sonstigen Strategien zur Steigerung der Behandlungsqualität, z.B. durch das IQTiG. Dies wird von uns entschieden abgelehnt.

Überraschender Weise findet sich im RISG keine Unterscheidung, ob Maßnahmen im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung erfolgen sollen oder aus dem ambulanten Setting heraus. Analog zum Ablauf der außerklinischen Intensivpflege ist für die

Neurorehabilitation mit Ziel der Pflegevermeidung gerade die Phase nach einer akuten Erkrankung entscheidend für die langfristige Zustandsbesserung. Wir fordern daher:

- **den Entfall der Prüfung für Maßnahmen direkt im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung (Anschlussrehabilitation), unabhängig von der Fachdisziplin**
- **den Fortbestand der Prüfung der Rehabilitationsmaßnahme vor Antritt aus dem ambulanten Umfeld, ebenfalls unabhängig von der Fachdisziplin**

2. Stärkung der außerklinischen Intensivpflege

Das Gesetz adressiert den stetig wachsenden Bereich der ambulanten Intensivpflege für Patienten, die mit Beatmung und/oder Trachealkanüle entlassen werden. Es gibt deutliche Signale, dass es unter diesen Patienten einen relevanten Anteil gibt, die diese Langzeitversorgung z.B. wegen einer Besserung des klinischen Zustandes im Verlauf nicht dauerhaft benötigen. Daher ist die wiederholte fachärztliche Prüfung eines evtl. noch bestehenden oder sich ggf. neu ergebenden Entwöhnungspotentials unbedingt zu unterstützen. Im Gesetzentwurf wird allerdings nur die Pulmologie als relevante Fachdisziplin erwähnt.

Entwöhnungsbehandlungen finden aber bei weitem nicht nur in pulmologischen Weaning-Einheiten statt, sondern ebenso in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation der Phase B, und dies in ständig wachsender Anzahl. Im neurologisch-neurochirurgischen Weaning werden Patienten beispielsweise nach einem Schlaganfall oder nach Schädel-Hirnverletzungen von der Beatmung und nachfolgend auch von einer eventuell vorhandenen Trachealkanüle entwöhnt. Um diesen und anderen Besonderheiten des neurologischen Weanings gerecht zu werden, und auch in Abgrenzung zur pulmologischen Patienten Klientel hat die DGNR unter Federführung der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften) in den letzten Jahren eine eigene fachgesellschaftsübergreifende Leitlinie mit hohem Evidenzlevel entwickelt [7] welche die Qualität fachspezifisch deutlich weiter gefördert hat.

Gerade bei neurologischen Patienten kann die außerklinische Intensivpflege nicht allein aufgrund einer Beatmungspflichtigkeit, sondern auch durch die neurologischen Krankheitsbilder selbst bedingt sein. Zum Beispiel ist eine Trachealkanüle (Luftröhrenschnitt) bei Patienten mit anhaltender schwerer neurologisch bedingter Schluckstörung zum Schutz vor Aspiration (Einatmen) von Speichel (oder Nahrung) erforderlich. In diesem Fall muss ebenfalls rund um die Uhr spezialisiertes Pflegepersonal kurzfristig verfügbar sein. In der Neurorehabilitation erfordert das Abtrainieren von der Kanüle bei Schluckstörungen aufgrund einer neurologischen Grunderkrankung eine besondere Expertise, die bei einem rein pulmologischen Setting in der Regel nicht gegeben ist [7] [8] [9]. Hinzu kommen erschwerend die in der Neurorehabilitation regelmäßig auftretenden Verwirrheitszustände, Kommunikationsstörungen sowie aggressives oder anderweitig emotional auffälliges Verhalten etc.. Wir fordern daher:

- **sowohl die Entscheidung zur langfristigen Notwendigkeit der Intensivpflege als auch das Langzeitmanagement sollte in Abhängigkeit von der Grunderkrankung durch Neurologen/Neurochirurgen oder Pulmologen mit Erfahrung im Weaning bzw. Trachealkanülenmanagement erfolgen**

Die Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation (DGNR) repräsentiert bundesweit ca. 1000 Einrichtungen für Neurorehabilitation mit insgesamt ca. 25.000 Betten, davon ca. 1000 Beatmungsplätzen. Jährlich werden ca. 120.000 Patienten rehabilitiert. Mit über 50 % ist der Schlaganfall die häufigste Diagnose, aber auch alle anderen neurologischen und neurochirurgischen Erkrankungen sind repräsentiert. Aufgrund der langen Liegezeiten (Wochen bis Monate) werden auch allgemeinmedizinische und internistische Begleiterkrankungen regelhaft mittherapiert.

Der Bundesverband NeuroRehabilitation (BNR) repräsentiert als Dachverband eine große Anzahl von in der Neurorehabilitation tätigen Trägern von Einrichtungen, Fach- und Berufsverbänden, Behindertenverbänden und Selbsthilfegruppen.

Rheinbach, 04. September 2019

Für die DGNR als Präsident

Für den BNR als Vorsitzender



Prof. Dr. med. Thomas Mokuschi