

## **Umgang mit dem Pflegenotstand unter Berücksichtigung der Neurorehabilitation**

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

### Teil 2: Anhang mit Hintergrundinformationen

#### **Kernaussagen:**

- Die Neurorehabilitation hat ihren etablierten Stellenwert in der Versorgungslandschaft. Sie hat einen nachhaltigen und kostensenkenden Effekt auf die Gesundheitsausgaben
- Die Neurorehabilitation vermeidet jährlich mehrere 10.000 Fälle von dauerhafter Pflegebedürftigkeit und trägt damit maßgeblich dazu bei, den Pflegemangel zu reduzieren
- Durch das PpSG in der jetzigen Form werden weniger Reha-Plätze für Schlaganfall zur Verfügung stehen und daher der Pflegenotstand verschärft, was durch das RiSG nicht kompensiert wird.
- Eine Verbesserung der Pflegesituation kann nur durch Stärkung der fachspezifischen Rehabilitation erreicht werden, insbesondere durch die Neurorehabilitation mit einem hohen Anteil körperlich schwer betroffener Patienten.
- Aufgrund der fachlichen Besonderheit von langzeitbeatmeten Patienten bei neurologisch-neurochirurgischen Grunderkrankungen sollte die Überprüfung der Indikation krankheitsabhängig aus neurologisch/neurochirurgischer oder pulmologischer Expertise getroffen werden.

#### **Ausführliche, wissenschaftlich belegte Begründung der Kernaussagen:**

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 entlassen werden [4]. Eine qualifizierte Neuro-Rehabilitation ist für diese Patienten die einzige Chance, ihre Selbständigkeit wiederzuerlangen und langfristige Pflegebedürftigkeit abzuwenden. Mit ca. 80.000 Patienten pro Jahr ist die Erkrankung „Schlaganfall“ bereits jetzt die häufigste nicht-orthopädische Indikation für eine Rehabilitation [6].

Patienten mit derart schweren körperlichen und auch geistigen Einschränkungen sind in einem „klassischen“ Rehabilitationssetting nicht zu versorgen. Daher hat die Neurorehabilitation in Deutschland mit dem für das Fach einzigartigen Phasenmodell [5] „Zwischenstufen“ eingeführt, die die Fortführung akutmedizinischer Behandlungsaufträge („Phase A“) mit Rehabilitationsaufgaben kombiniert. In der sogenannten Phase B werden Patienten rehabilitiert, die aufgrund der neurologischen Grunderkrankung noch intensivmedizinisch bis hin zur Beatmungspflichtigkeit versorgt werden müssen. Dabei sind die Ursachen der Langzeitbeatmung zu etwa 75 % aufgrund neurologischer und zu ca. 25 % aufgrund internistischer Erkrankungen mit neurologischen Begleiterkrankungen [10]. In pneumologischen Weaning-Zentren ist die Diagnoseverteilung umgekehrt [11]. Die Rehabilitationsphase C behandelt Patienten, die nicht mehr intensivpflichtig sind, aber noch weitreichende pflegerische und akutmedizinische Betreuung benötigen, was ebenfalls nur stationär zu leisten ist. Erst die Rehabilitationsphase D weitgehend selbstständiger Patienten ist vergleichbar zur „klassischen“ Rehabilitation in anderen Indikationen.

Dieses weltweit vorbildliche Modell ist hocheffektiv: In der Phase B werden etwa 80 % der Patienten von der Beatmung entwöhnt, etwa 60 % von einer Trachealkanüle [10] [12][13]. Beides sind Meilensteine, um eine langfristige Intensivpflege zu vermeiden. Daher hat die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation der Phase B einen entscheidenden Stellenwert in der Patientensteuerung

In der Phase C erreichen etwa die Hälfte der schwer pflegebedürftigen Patienten die Phase D, in der sie weitgehend selbstständig sind und nur noch geringe pflegerische Unterstützung brauchen [14][15]. Alleine durch die Phase C werden jährlich mehrere 10.000 neue Pflegefälle vermieden. Diese Resultate sind im Wesentlichen unabhängig vom Alter [16].

Leider wurden diese inhaltlich in sich verzahnten kontinuierlichen Rehabilitationsphasen unterschiedlichen Leistungssegmenten zugeordnet, so dass nur die Phase B als Krankenhausbehandlung durch das PpSG unterstützt wird, die Phase C-Behandlung als Teil des Rehabilitationssektors nicht. Dies bedeutet:

- In Akuthäusern und Phase B-Einrichtungen können Kostensteigerungen im Pflegebereich gemäß PpSG gesichert erstattet werden
- In Rehabilitationskliniken, insbesondere der Phase C, werden Kostensteigerungen für den Pflegebereich über tagesgleiche Pflegesätze mit den jeweiligen Kostenträgern ausgehandelt, teilweise (im Falle von Schlichtungsverfahren) auch erst Monate und Jahre nach der Leistungserbringung. Somit besteht in der Rehabilitation keinerlei Planungssicherheit für eine Anpassung der Vergütungsordnung der Pflegekräfte an die Akutkliniken.
- Bei den häufig anzutreffenden rehabilitativen Einrichtungen mit Phase B und Phase C unter einem Dach ergeben sich durch das PpSG unterschiedliche Gehälter für Pflegekräfte im selben Haus bei nahezu identischem Arbeitsinhalt.

Dieses durch das PpSG geschaffene Gehaltsgefälle wird durch das RISG nicht ausreichend kompensiert und ist inhaltlich nicht zu begründen: Warum sollte die pflegerisch und körperlich aufwendige Arbeit in der Phase C schlechter bezahlt werden als z.B. eine körperlich leichte Tätigkeit in der Dermatologie in einem Akuthaus? Bereits jetzt ist die Phase C unterfinanziert und bietet

keinen Spielraum für kompetitive Gehälter [17]. Der sich nun vergrößernde Vergütungsnachteil bei mindestens gleicher Arbeitsbelastung wird nicht zu kompensieren sein und wird unweigerlich zu einer massiven Abwanderung der Pflege aus dem Rehabilitationssektor in die Akuthäuser führen. Dies wird Kapazitätseinschränkungen bis hin zur Schließung von Einrichtungen im Bereich der Neurorehabilitation zur Folge haben. Dieser Umstand wird durch das RISG in seiner bestehenden Form nicht behoben, da die Umlage von Gehaltsveränderungen auf den Pflegesatz weiterhin nur auf dem Verhandlungsweg erreicht wird, nicht aber gesichert ist. Ein kompetitives Gehaltsgefüge ist daher unabdinglich.

## Referenzen:

- [1] Feigin VL, Alemu Abajobir A, Abd-Allah F, Ferede S, Yitayih Abyu G, Beshir Ahmed M, et al. Global, regional, and national burden of neurological disorders during 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet Neurol* 2017;16:877–97.
- [2] Heuschmann P, Busse O, Wagner M, Endres M, Villringer A, Röther J, et al. Schlaganfallhäufigkeit und Versorgung von Schlaganfallpatienten in Deutschland. *Aktuelle Neurol* 2010;37:333–40.
- [3] Foerch C, Misselwitz B, Sitzer M, Steinmetz H, Neumann-Haefelin T. Die Schlaganfallzahlen bis zum Jahr 2050. *Dtsch Arztebl* 2008;105:467–73.
- [4] ÄrztekammerBerlin. Berliner Schlaganfallregister 2017:1–56. <https://www.aerztekammer-berlin.de/cgi-bin/htsearch?words=schlaganfallregister&method=and&format=long&sort=score&config=&restrict=&exclude=> (accessed August 9, 2019).
- [5] BundesarbeitsgemeinschaftRehabilitation. Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C. 1999.
- [6] StatistischesBundesamt. Diagnosedaten der Patientinnen und Patienten in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2016. vol. Fachserie. 2017.
- [7] Rollnik JD et al.: Prolongiertes Weaning in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation. S2k-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurorehabilitation. AWMF Register-Nr. 080/002, S. 1-68. [www.awmf.org](http://www.awmf.org)
- [8] Heidler M, Bidu L, Friedrich N, Völler H, Klinik B. Oralisierung langzeitbeatmeter Patienten mit Trachealkanüle Unterschätzte Gefahr von Dysphagien. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 2015;110:55–60. doi:10.1007/s00063-014-0397-5.
- [9] Prosiegel M. Neurogene Dysphagien (DGN-Leitlinien). *DGN\_Leitlinie* 2015:1–23. doi:10.1007/s00115-007-2337-6.
- [10] Oehmichen F, Ketter G, Mertl-Rötzer M, Platz T, Puschendorf W, Rollnik JD, et al. Beatmungsentwöhnung in neurologischen Weaningzentren: Eine Bestandsaufnahme der Arbeitsgemeinschaft Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation. *Nervenarzt* 2012;83:1300–7. doi:10.1007/s00115-012-3600-z.
- [11] Schönhofer B, Berndt C, Achtzehn U, Barchfeld T, Geiseler J, Heinemann F, et al. Weaning from mechanical ventilation - A survey of facilities in Germany. *Dtsch Medizinische Wochenschrift* 2008;133:700–4. doi:10.1055/s-2008-1067309.
- [12] Pohl M, Bertram M, Bucka C, Hartwich M, Jöbges M, Ketter G, et al. Rehabilitationsverlauf von Patienten in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation. *Nervenarzt* 2016;87:634–44. doi:10.1007/s00115-016-0093-1.
- [13] Heidler MD, Salzwedel A, Jöbges M, Lück O, Dohle C, Seifert M, et al. Decannulation of tracheotomized patients after long-term mechanical ventilation - results of a prospective multicentric study in German neurological early rehabilitation hospitals. *BMC Anesthesiol* 2018;18:1–7. doi:10.1186/s12871-018-0527-3.
- [14] Rollnik JD. Der Barthel-Index als Verweildauer-Prädiktor in der neurologischen Rehabilitation. *Rehabilitation* 2009:91–4. doi:10.1055/s-0029-1202294.

- [15] Freidel, K. und Linck-Eleftheriadis S. TK EVA-Reha Rehabilitation, Jahresbericht 2010/2011. 2011.
- [16] Knecht S, Roßmüller J, Unrath M, Stephan K, Berger K, Studer B. Old benefit as much as young patients with stroke from high-intensity neurorehabilitation. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2015;0:1–5. doi:10.1136/jnnp-2015-310344.
- [17] Kemper L. Behandlungskosten in der Neuro-Rehabilitation, Prognos AG. 2011.

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 Mokrusch