

Fachkliniken der Neurologisch-Neurochirurgischen Frührehabilitation: Ein Vergleich zwischen NRW und Bayern

J. Bracht¹, Ch.-M. Dintsios²

¹ Geschäftsführer, Vamed Klinik Kipfenberg

² Institut für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie, Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Zusammenfassung

Nordrhein-Westfalen (NRW) unterscheidet sich in den Versorgungsstrukturen für schwerstbetroffene Patienten von denen in anderen deutschen Bundesländern. Am Beispiel Bayern wird dargestellt, ob und wie sich NRW und Bayern in der Versorgung unterscheiden. Weiter wird analysiert, ob es in Nordrhein-Westfalen, verglichen mit den anderen Bundesländern, eine Lücke in der Versorgung entsprechender Patienten gibt. Des Weiteren werden die Quantität der vorgehaltenen Krankenhäuser und Krankenhausbetten so-

wie die erbrachten Fallzahlen analysiert, und es wird auf die Bedeutung und Notwendigkeit der Fachkliniken für die Versorgungsstruktur eingegangen. Anhand der schwerstbetroffenen Patientenklintel wird die Zentrenbildung der Krankenhäuser und die damit einhergehende Spezialisierung der Leistungserbringer, z.B. im Rahmen der Krankenhausreform, aufgezeigt. Die Rolle der Fachkrankenhäuser, die während der COVID-19-Pandemie besonders deutlich wurde, wird beleuchtet.

Schlüsselwörter: neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation, Ländervergleich, Nordrhein-Westfalen, Bayern, Versorgungsstrukturen

Einleitung und Vorgehen

In der vorliegenden Arbeit werden die Quantität der vorgehaltenen Krankenhäuser und Krankenhausbetten sowie die erbrachten Fallzahlen analysiert, und es wird auf die Bedeutung und Notwendigkeit von Fachkliniken für Neurologische und Neurochirurgische Frührehabilitation für die Versorgungsstruktur eingegangen. Anhand schwerstbetroffener Patienten der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation wird die Zentrenbildung der Krankenhäuser, z.B. im Rahmen der Krankenhausreform, aufgezeigt. Diese Arbeit beleuchtet Entwicklungstendenzen und widmet sich der Rolle von Fachkrankenhäusern in der deutschen Krankenhauslandschaft. Am Beispiel der Neurologischen Frührehabilitation werden Möglichkeiten zur Verbesserung der Versorgung von Patienten, zur Verbesserung der Auslastung von Krankenhäusern und damit zu einer besseren Kostensteuerung aufgezeigt. Ziel dieser Arbeit ist es darzustellen, dass Fachkrankenhäuser eine elementare Rolle in der stationären Patientenversorgung spielen und positiv zur Kontrolle steigender Kosten im Gesundheitssystem und der Verbesserung der sektorenübergreifenden Behandlung von (neurologisch) schwersterkrankten und multimorbiden Patienten beitragen. Zusätzlich werden anhand der unterschiedlichen Versorgungsmodelle dieser Patientenklintel in den beiden bevölkerungsreichsten Bundesländern Bayern und Nordrhein-Westfalen verschiedene Qualitätsstandards und (Kosten-)Steuerungsmechanismen miteinander ver-

glichen. Dabei wird der Frage nachgegangen, ob und wie diese Versorgungsmodelle sich voneinander unterscheiden. Es wird die Hypothese aufgestellt, dass die Patientenversorgung in Nordrhein-Westfalen – aufgrund fehlender Vorgaben zur Therapiedichte und Pflegebetreuungsschlüsseln sowie fehlender Strukturvoraussetzungen in Kombination mit einer unklaren Verortung der Rehabilitation schwerstbetroffener Patienten zwischen §§108 und 111 SGB V – eine geringere Qualität aufweist als die in Bayern respektive dem Rest Deutschlands. Um dieser Hypothese nachzugehen, wird die neurologische Rehabilitation ins Verhältnis zu anderen Indikationen mit Rehabilitationsauftrag gesetzt und insbesondere die spezielle Rolle in der Patientenversorgung in Deutschland herausgearbeitet und kontextualisiert.

Versorgungshintergrund

Die Gesamtausgaben für die stationäre Rehabilitation nach §111 SGB V (siehe **Tab. 1**) beliefen sich zwischen 2019 und 2021 auf zwischen 10,64 und 10,92 Milliarden Euro und sind zwischen 2012 und 2021 durchschnittlich um 3% p.a. gestiegen. Eine Ausnahme stellt das Jahr 2020 dar, in dem die Ausgaben für Rehabilitation pandemiebedingt um 4% im Vergleich zum Vorjahr gesunken sind, da elektive Operationen und medizinisch nicht zwingend notwendige Rehabilitationsverfahren verschoben werden mussten, um Kapazitäten für die Akutbehandlung von COVID-19 Patienten zu schaffen [1]. Die durchschnittliche Verweildauer von Rehabilitanden

Neurol Rehabil 2025; 31(1): 35–42 | <https://doi.org/10.14624/NR2501004> | © Hippocampus Verlag 2025

Specialized Clinics for Neurological-Neurosurgical Early Rehabilitation: A Comparison between NRW and Bavaria

J. Bracht, Ch.-M. Dintsios

Abstract

North Rhine-Westphalia differs from other German states in its rehabilitative structures for severely affected neurological patients. The structural organization of neurological rehabilitation in Bavaria is exemplarily demonstrated and specific differences to other German states are highlighted. It is also analyzed whether there is a gap in rehabilitative care of such patients in North Rhine-Westphalia compared to the other federal states in Germany. Furthermore, the quantity of hospitals, hospital beds and case numbers are comparatively analyzed and the importance and necessity of specialist hospitals for the rehabilitative process are discussed. Based on the most severely affected patient group, e.g. patients requiring early neurological rehabilitation, the formation of hospital centers in the context of a novel hospital reform is shown. The role of specialist hospitals, which became particularly clear during the COVID-19 pandemic, is addressed.

Keywords: neurological-neurosurgical early rehabilitation, state comparison, North Rhine-Westphalia, Bavaria, care structures

hat sich in derselben Zeitspanne kaum verändert und liegt durchschnittlich bei 25,5 Tagen. Betrachtet man die durchschnittlichen Gesamtausgaben, sowohl pro Pfl egetag als auch hochgerechnet pro Rehabilitationsaufenthalt, fällt auf, dass diese im selben Zeitraum ebenfalls um durchschnittlich 3% gestiegen sind, das Jahr 2020 im Vergleich zum Vorjahr aber mit einer Steigerung von 21% zu Buche schlägt. Von 2012 bis 2019 stiegen die durchschnittlichen Kosten für einen Tag Rehabilitation von 173,37€ auf 210,42€. In 2020 springt dieser Wert auf 253,82€. Durch die konstante Verweildauer stiegen die durchschnittlichen Ausgaben pro Rehabilitationsaufenthalt somit zwischen 2012 und 2019 von 4.421,04€ auf 5.344,59€ nominal nur moderat an. In 2020 ergaben sich durch die gestiegenen Kosten durchschnittliche Gesamtausgaben für einen Rehabilitationsaufenthalt

von 6.523,07€. Da die Behandlung schwerer betroffener höher vergütet wird als die Behandlung leichter betroffener Patienten, könnte dies darauf hinweisen, dass die Pflegesätze in 2020 höher waren als in den vorangegangenen Jahren und somit auch die durchschnittliche Patientenschwere höher war als in den Jahren vor der Corona-Pandemie (Tab. 1).

Den weit größeren Anteil an den Gesamtausgaben für Gesundheit macht im Vergleich zur Rehabilitation der Krankenhausektor aus. Hier fielen zwischen 2019 und 2021 Gesamtausgaben von 103,42 Milliarden und 114,83 Milliarden Euro an. Wie in Tabelle 2 dargestellt, fielen 2019 24% (4,7 Millionen) und 15,4% (3 Millionen) der insgesamt 19,41 Millionen behandelten Krankenhausfälle nur auf die Bundesländer NRW und Bayern. Da diese beiden Bundesländer zum einen die bevölkerungsreichsten Deutschlands sind und zum anderen knapp 40% der Gesamtkrankenhäuser und -ausgaben im Krankenhaussektor dort anfallen, konzentriert sich diese Arbeit auf diese Bundesländer. Insgesamt fielen Ausgaben von circa 17,8 Mrd. € in Bayern bzw. 27,1 Mrd. € in NRW an. Deutschlandweit wurden 2019 115,1 Mrd. € für Krankenhausbehandlungen ausgegeben. Bei Durchschnittskosten von 5.105€ (Bayern) bzw. 4.936€ (NRW) pro Fall und einer durchschnittlichen Verweildauer von 7,2 Tagen ergeben sich somit durchschnittliche Ausgaben von 709,03€ pro Tag in Bayern bzw. 685,56€ in NRW [8].

Inanspruchnahme Neurologische Rehabilitation

In einer älter werdenden Gesellschaft steigen die Risiken und damit die Behandlungskosten für lebensstilbedingte Krankheiten [5]. »Der Rehabilitation im Alter kommt jedoch, auch im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Versorgung, eine große Bedeutung zu, weil die Mehrzahl der im Alter auftretenden Beeinträchtigungen durch geeignete Rehabilitationsmaßnahmen erheblich abgemildert oder aufgefangen werden können« [26]. Ein Schlaganfall z.B. ist die häufigste Diagnose für eine lebenslange Behinderung, die häufig einer Rehabilitation bedarf. Neben dem Hirninfarkt sind Schädelhirntraumata, Hirnblutungen (z. B. Subarachnoidal- oder intrazerebrale Blutungen), Critical-Illness Polyneuro- und Polymyopathien und hypoxische Hirnschäden die relevantesten Diagnosen für die Notwendigkeit einer neurologischen Rehabilitation [24]. Hauptaufgabe der neurologischen Rehabilitation ist es, die Teilhabe der Patienten trotz der oft bleibenden Beeinträchtigungen im Alltag zu gewährleisten und idealerweise die Arbeitsfähigkeit und Reintegration ins berufliche Umfeld wiederherzustellen. Dabei werden gemeinsam mit dem Rehabilitanden für den Patienten »unbedingt erforderlich[e]« und von der Einrichtung »subjektiv notwendige« [20] Rehabilitationsziele identifiziert und verfolgt.

Die Notwendigkeit für eine neurologische Rehabilitation ergibt sich aus der neurologischen Diagnose. Dabei wird in drei Kategorien unterschieden: Akute

Tab. 1: Kosten für Rehabilitation 2012–2021. Quelle: Destatis-Bericht 23112-0001 und 23611-0003

Jahr	Pflegetage in 1.000	Durchschnittl. Verweildauer Tage	Ausgaben gesamt in Mio. €	Ausgaben pro Pfl egetag in €	durchschnittl. Kosten pro Rehaufenthalt in €
2012	50.094	25,5	8.685	173,37	4.421,04
2013	49.455	25,3	8.685	175,61	4.443,04
2014	49.837	25,3	8.980	180,19	4.558,74
2015	49.877	25,3	9.277	186,00	4.705,74
2016	50.211	25,3	9.451	188,23	4.762,11
2017	50.098	25,4	9.727	194,16	4.931,65
2018	50.264	25,2	10.101	200,96	5.064,17
2019	50.590	25,4	10.645	210,42	5.344,59
2020	40.293	25,7	10.227	253,82	6.523,07
2021	42.454	26,1	10.921	257,24	6.714,05

Tab. 2: Kosten pro Krankenhausfall pro Bundesland 2019 – Durchschnittskosten Phase B, Quelle: Destatis 2021 [8]

Land	Anzahl Krankenhäuser	Fallzahl	Bruttokosten insg. in Mrd. €	Kosten pro Fall in €	Kosten pro Tag in € (allgemein)	Kosten pro Fall in € (Phase B)
Deutschland	1.914	19.415.555	115,1	5.088,00	706,67	37.453,33
Baden-Württemberg	250	2.143.779	14,5	5.468,00	759,44	40.250,56
Bayern	347	2.995.838	17,8	5.105,00	709,03	37.578,47
Berlin	87	876.983	5,9	5.474,00	760,28	40.294,72
Brandenburg	58	565.736	2,8	4.691,00	651,53	34.530,97
Bremen	14	207.197	1,2	5.526,00	767,50	40.677,50
Hamburg	60	498.158	3,7	6.146,00	853,61	45.241,39
Hessen	157	1.370.063	8,0	5.263,00	730,97	38.741,53
Mecklenburg-Vorpommern	37	415.930	2,2	4.729,00	656,81	34.810,69
Niedersachsen	177	1.691.531	9,7	4.904,00	681,11	36.098,89
Nordrhein-Westfalen	341	4.656.023	27,1	4.936,00	685,56	36.334,44
Rheinland-Pfalz	87	944.875	5,2	4.853,00	674,03	35.723,47
Saarland	24	287.613	1,7	5.026,00	698,06	36.996,94
Sachsen	77	1.006.294	5,4	4.920,00	683,33	36.216,67
Sachsen-Anhalt	47	579.295	3,1	4.927,00	684,31	36.268,19
Schleswig-Holstein	108	596.297	3,7	5.208,00	723,33	38.336,67
Thüringen	43	579.947	3,0	4.679,00	649,86	34.442,64

Ereignisse (z. B. Schlaganfälle, Schädel-Hirn-Traumata oder Guillain-Barré-Syndrom), Chronische Krankheiten (z. B. Morbus Parkinson, Multiple Sklerose) und Zustand nach Intensivbehandlung (z. B. Critical Illness[-care] Polyneuro- oder Polymyopathie) [20] (Abb. 1).

Zwischen 2012 und 2019 machten eben diese Diagnosen ca. 6,2 Millionen Behandlungstage in deutschen Krankenhäusern und damit gemittelt 4,32 % der Gesamt-krankenhaustage p.a. aus. Dieser Anteil am Gesamtvolumen ist auch durch die COVID-Pandemie konstant geblieben [7].

Der frühzeitige Beginn der neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (NNFR) unmittelbar nach der Akuterkrankung ist für die Wirksamkeit der Rehabilitation besonders wichtig. Beginnt die Rehabilitation nach einem akuten Schlaganfall innerhalb von einer Woche nach dem Ereignis, führt diese zu signifikant besseren Ergebnissen im Vergleich zum Beginn erst 2–3 Wochen nach dem Akutereignis [18]. Schon 1995 wurde durch die Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (BAR) festgelegt, dass »Der Grundsatz der frühzeitigen Einleitung der gebotenen Maßnahmen zur Rehabilitation bedeutet, dass [daß] Rehabilitation als Behandlungsauftrag bereits während der Akutbehandlung einsetzen

muss [muß]. Wenn rehabilitative Bemühungen zu spät einsetzen, sind die Rehabilitationschancen häufig verschlechtert und der Rehabilitationsprozess [Rehabilitationsprozeß] wird insgesamt verzögert« [2]. Die Deutsche Gesellschaft für Neurologische Rehabilitation (DGNR) empfiehlt daher in ihrer S2k-Richtlinie: »Beatmete Patienten mit Erkrankungen des zentralen und/oder peripheren Nervensystems und/oder (neuro-)muskulären Erkrankungen sollten so früh wie möglich in eine neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitationseinrichtung mit intensivmedizinischer und Weaningkompetenz verlegt werden« [22]. Die durchschnittliche Verweildauer von Phase-B-Patienten lag 2019 bei 53 Tagen, wobei bei 19% der behandelten Patienten der Phase B sogar eine Behandlungsdauer von mehr als 80 Tagen notwendig war. Die BAR empfiehlt eine Dauer der Rehabilitationsmaßnahme in der Phase B von bis zu sechs Monaten. Bei ausbleibendem Rehabilitationspotential soll die Maßnahme allerdings nach acht Wochen wieder beendet werden [2, 23].

Mit den in Tabelle 2 dargestellten Durchschnittskosten aus 2019 und der durchschnittlichen Verweildauer in der NNFR mit 53 Tagen ergeben sich somit durchschnittliche Kosten in Höhe von 36.334,44 € in

Akute Ereignisse:	Chronische Erkrankungen:	Zustand nach Intensivbehandlung:
<ul style="list-style-type: none"> ■ 163 Ischämischer Hirninfarkt ■ 160 & 169 Subarchnoidalblutung ■ S06 & T 90.5 Schädel-Hirn-Trauma 	<ul style="list-style-type: none"> ■ G35-37 Multiple Sklerose ■ G20-26 Morbus Parkinson 	<ul style="list-style-type: none"> ■ G62.8 Critical Illness(-care) Polyneuropathie ■ G72.8 critical Illnes(-care) Myopathie oder Septische Enzephalopathie

Abb. 1: Notwendigkeit für neurologische Rehabilitation, Quelle: In Anlehnung an Pichler 2018 [20]

NRW und 37.578,47 € in Bayern pro Fall in der Phase B (s. Tab. 2) [8]. Damit übersteigen die durchschnittlichen Kosten für einen Fall der Frührehabilitation die allgemeinen Durchschnittskosten für einen Krankenhausfall um den Faktor fünf bis acht und liegen um ein Vielfaches über dem Gesamtdurchschnitt. Es ist anzunehmen, dass die realen Kosten in Fachkrankenhäusern durch den erhöhten Material- und Personaleinsatz sogar noch höher sein könnten [19].

Ergebnisse Ländervergleich

Die NNFR wird in Deutschland überwiegend in Fachkliniken erbracht. Diese Spezialisierung ist nötig und sinnvoll, um zum einen eine optimale Auslastung der Krankenhauskapazitäten und zum anderen eine qualitativ hochwertige Behandlung der Patienten zu garantieren. Aufgrund des komplexen Krankheitsgeschehens an der Schnittstelle zur Akutmedizin müssen auf die NNFR spezialisierte Fachkliniken ein breites Spektrum an Diagnostik und Therapie vorhalten. Viele Patienten sind noch intensivpflichtig und erfordern aufgrund der Schwere ihrer neurologisch-neurochirurgischen Erkrankung und Multimorbidität einen hohen personellen und materiellen Aufwand. Komplexität und Schweregrad der Erkrankung werden zum einen im Case Mix Index (CMI) abgebildet, der in Fachkliniken der NNFR im Vergleich zu Akutkrankenhäusern besonders hoch ist, und zum anderen in den Mortalitätsquoten, die bis zu 10 % betragen [19].

Zwischen 2012 und 2021 wurden in Bayern im OPS 8-552 (»neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation«) relativ konstant ca. 7.750 Fälle pro Jahr abgerechnet. Im selben Zeitraum wurden in NRW teilweise nur 842 Fälle behandelt. Auch wenn die Anzahl der abgerechneten Fälle seit 2012 konstant ansteigt, werden im bevölkerungsreicheren NRW gerade einmal ein Drittel der Fälle der NNFR im Vergleich zu Bayern abgerechnet (s. Tab. 3) [6].

Tab. 3: Anzahl abgerechneter Fälle im OPS 8-552 in Bayern und NRW zwischen 2012–2021. Quelle: Destatis Bericht 23141

Jahr	Bayern	Nordrhein-Westfalen
2012	7.756	842
2013	7.526	979
2014	7.913	1.073
2015	7.877	1.304
2016	8.056	1.602
2017	8.085	1.990
2018	7.981	2.414
2019	8.060	2.523
2020	7.340	2.582
2021	7.191	2.836
Gesamtergebnis	77.785	18.145

Für den OPS 8-559 (»Fachübergreifende und andere Frührehabilitation«) (FFR) sieht die Verteilung anders aus: Der Code wurde im betrachteten Zeitraum zwischen 1.907 und 1.180-mal in Bayern abgerechnet – mit rückläufiger Tendenz. In NRW bewegt sich die Abrechnung gemittelt um 3.190 Fälle pro Jahr und ist relativ konstant (s. Tab. 4) [6].

Tab. 4: Anzahl abgerechneter Fälle im OPS 8-559 in Bayern und NRW zwischen 2012–2021. Quelle: Destatis Bericht 23141

Jahr	Bayern	Nordrhein-Westfalen
2012	1.907	2.866
2013	1.738	2.893
2014	1.588	3.358
2015	1.518	3.536
2016	1.204	3.475
2017	1.412	3.601
2018	1.683	3.305
2019	1.658	3.255
2020	1.246	2.615
2021	1.180	2.994
Gesamtergebnis	15.134	31.898

Die Diskrepanz in der Anzahl der abgerechneten Fälle in den beiden bevölkerungsreichsten Bundesländern ist auffällig. Legt man der dargestellten Anzahl der abgerechneten Fälle pro Jahr die durchschnittlichen Verweildauer in der NNFR von 53 Behandlungstagen [23] und in der FFR von 39 Tagen zugrunde [9], ergeben sich für den Zeitraum 2012–2021 in Deutschland für den OPS 8-552 insgesamt 1.750.108 Krankenhaustage und für den OPS 8-559 300.054 Krankenhaustage pro Jahr (s. Tab. 5) [6]. Damit sind die beiden OPS-Codes für 1,63% der durchschnittlichen Gesamtkrankenhaustage verantwortlich.

Tab. 5: Fälle und Krankenhaustage der OPS 8-552 und 8-559 in Deutschland zwischen 2012 und 2021, Quelle: Destatis Bericht 23141

Jahr	OPS 8-552	OPS 8-559	Krankenhaustage OPS 8-552	Krankenhaustage OPS 8-559
2012	27.562	7.064	1.460.786	275.496
2013	28.346	6.818	1.502.338	265.902
2014	31.533	7.038	1.671.249	274.482
2015	31.951	7.613	1.693.403	296.907
2016	33.685	7.870	1.785.305	306.930
2017	35.379	8.518	1.875.087	332.202
2018	34.852	8.697	1.847.156	339.183
2019	36.283	8.755	1.922.999	341.445
2020	35.381	7.041	1.875.193	274.599
2021	35.237	7.523	1.867.561	293.397
Gesamtergebnis	330.209	76.937	1.737.057	300.054

Eine Erklärung liegt im »Sonderweg« NRWs, in dem die Patientenklintel der NNFR in NRW im Gegensatz zu anderen Bundesländern in der sogenannten Phase C+ erfolgt, die nicht wie die Phase B im §108 SGB V, sondern im §111 SGB V Abs. 1 angesiedelt ist. Im Vergleich zur Phase B existieren in der Phase C+ keine gesetzlichen Regularien zur Pflegepersonaluntergrenze oder der von den Leistungserbringern zu erfüllenden Therapiedichte.

Vergleicht man die Anzahl der Einrichtungen für die Phase B in NRW und Bayern (NRW: 5; Bayern: 25, davon 15 Fachkliniken für NNFR, 3 gemischte Kliniken mit Betten sowohl im Akutbereich als auch für die Rehabilitation nach §111 SGB V, 5 Akutkrankenhäuser und 2 andere Fachkliniken) als auch die vorgehaltenen Betten zur Behandlung von neurologisch schwerstbetroffenen Patienten pro 1 Millionen Einwohner (NRW: 35 : 1.000.000; Bayern: 78 : 1.000.000) sowie die Zahl der behandelten Phase-B-Patienten pro 1 Million Einwohner (NRW: 53 : 1.000.000; Bayern: 603 : 1.000.000), so zeigt sich, dass Bayern in allen drei Kategorien weit vor NRW liegt (s. Tab. 6). Auch im bundesdeutschen Durchschnittsvergleich (Betten/1 Millionen Einwohner: 40,58; Fälle/1 Millionen Einwohner: 315,23) liegt NRW deutlich hinter allen anderen Bundesländern zurück. In NRW stehen gerade einmal 35 Phase-B-Betten pro 1 Millionen Einwohner zur Verfügung.

(Pflege-)Personalbetreuungsschlüssel können dadurch, dass die Phase C+ nicht dem Akutbereich zugeordnet und somit nicht als »pflegesensitiver Bereich« definiert ist, nicht angewendet werden und resultieren in einer geringeren bzw. nicht weiter spezifizierten pflegeri-

schen Betreuungsquote. Des Weiteren gelten die Vorgaben der OPS 8-552 oder 8-559 mit Hinblick auf die Vorgaben zu der Anzahl der zu erbringenden therapeutischen Leistungen nicht für die Patienten der Phase C+. Es ist anzunehmen, dass die geringere Betreuungsquote sowie Therapiedichte in einer geringeren Versorgungsqualität resultieren. Absatz 5 des §111 SGB V regelt, dass »Die Vergütungen für die in Absatz 1 genannten Leistungen [...] zwischen den Krankenkassen und den Trägern der zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen vereinbart [werden]«. Durch diese individuellen Verhandlungen ergeben sich hier für die Kostenträger Möglichkeiten zur kostenbasierten Belegungsteuerung [12].

Verschiedene Selbsthilfeverbände haben sich in den vergangenen Jahren immer wieder an politische Entscheidungsträger wie die BAR und das Gesundheitsministerium in NRW, gewandt und auf die unverständliche Versorgung der schwerstbetroffenen Patienten beziehungsweise auf die mangelnde gesetzliche Grundlage der Phase C+ hingewiesen [13]. Zuletzt äußerten sich das Netzwerk Schädel-Hirnverletzter in NRW, die Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und die Landesarbeitsgemeinschaft NeuroRehabilitation [10] in einem gemeinsamen Schreiben zur Rolle der NNFR in der COVID-19 Pandemie, die maßgeblich zur Entlastung der Akuthäuser beitrage, da schwerstbetroffene Patienten von den Intensivstationen entlassen werden konnten, um Platz für COVID-infizierte Patienten zu machen. Dies sei auch unabhängig von externen Faktoren wie Pandemien eine notwendige Maßnahme aufgrund der bereits dargestellten langen Liegezeiten

Tab. 6: Krankenhausbetten für die NNFR nach Bundesland, Quelle: Loos, Schliwen, 2013, S. 145.

	Planungsjahr	Planung	Strukturvorgaben	Anzahl Einrichtungen	Ausweisung Bettenzahlen	Betten/ 1 Mio. Einwohner	Fälle/ 1 Mio. Einwohner
Baden-Württemberg	2012	ja	ja, ausführlich	13	ja	36	221
Bayern	2012	SA/SHV	nein	25	ja	78	603
Brandenburg	2008	ja	ja, knapp	3	ja	92	806
Berlin	2010	nein	nein	k.A.	nein		49
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
Nordrhein-Westfalen	2001	SHV, tw.	ja, knapp	SHV: 5	SHV: ja NFR: nein	5	53
Rheinland-Pfalz	2010	ja	nein	7	ja	22	258
Saarland	2011	ja	nein	2	ja	43	347
Sachsen	2012	ja	nein	6	ja	70	186
Sachsen-Anhalt	2010	ja	ja, knapp	2	nein		281
Schleswig-Holstein	2010	nein	ja, knapp	k.A.	nein		322
Thüringen	2010	§108 III	nein	4	ja	82	480

der Patienten, des voranschreitenden demographischen Wandels und des sich weiter verschärfenden Fachkräftemangels [10].

Im November 2022 gab das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW bekannt, dass die NNFR im Krankenhausplan NRW ab 2023 über eine eigene »Leistungsgruppe« berücksichtigt wird [15]. Die Leistungsgruppe »Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)« sah vor, dass die »Leistungsgruppe Intensivmedizin« ebenfalls am Standort der NNFR erbracht werden und Kooperationen für die Leistungsgruppen »Allgemeine Innere Medizin« und »Allgemeine Neurologie« vorhanden sein müssen. Des Weiteren wird die medizinisch-technische Ausstattung, mit z. B. CT oder MRT, sowie EKG, EEG und weiteren vorgegeben und das Vorhalten von fachärztlichen Qualifikationen, wie z. B. einer Fachärztin für Neurologie, Neurochirurgie, Neuropädiatrie oder Rehabilitationsmedizin bestimmt. Darüber hinaus werden die Einhaltung der PpUGV sowie das Vorhalten von »Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Sozialdienst und Neuropsychologie (mind. in Kooperation)« [15] gefordert. Die Leistungsgruppe NNFR ist seit dem 18.03.2024 den Bestimmungen des OPS 8-552s gleichgesetzt und in Kraft getreten [14]. Die Umsetzung wird ab dem 01.04.2025 erfolgen. Die Wirksamkeit dieser Implementierung kann zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht abgesehen werden. Das MAGS gab in seiner Stellungnahme zur Anhörung der Krankenhausplanung gem. § 14 KHGG NRW vom 04.11.2024 bekannt, dass im Regierungsbezirk Arnsberg 1.247 der beantragten 2.821 zu erbringenden Fälle in 10 Einrichtungen bewilligt wurden. Lediglich bei der VAMED Klinik Hattingen handelt es sich dabei um eine Rehabilitationsklinik [17].

Das Angebot an Behandlungskapazitäten unterscheidet sich zwischen Bayern und NRW grundlegend. Auch das MAGS geht in der prospektiven Krankenhausbettenplanung davon aus, dass die Versorgungsstrukturen angepasst werden müssen [16]. Ob dies in letzter Instanz zu einem Abstoßen der Phase C+ führt und zu einer Angleichung der Strukturen z. B. aus Bayern bleibt abzuwarten.

Diskussion

Im Gegensatz zu allen anderen Bundesländern existiert die NNFR in Nordrhein-Westfalen bisher zu großen Teilen nur theoretisch. Das Hilfskonstrukt der sogenannten Phase C+ sieht vor, dass betroffene Patienten bei Beendigung der Akutbehandlung und Stabilisierung des Patienten durch die »Beherrschung lebensbedrohlicher [...] Komplikationen« [21] von der Phase A nicht direkt in die Phase B übergeleitet werden. Auch die dafür vorgesehene Verlegung in spezialisierte Fachkliniken ist in NRW im Vergleich zum Rest Deutschlands nicht ohne Antragsstellung bei der Krankenkasse durch das Akutkrankenhaus vorgesehen. Die an deren Stelle etablierte »Phase C+« wird statt in dem Akutbereich zugehö-

rigen Fachkliniken in Rehabilitationskliniken erbracht. Dabei handelt es sich, anders als bei der Phase B, um eine Antragsleistung, die durch das verlegende Akutkrankenhaus für den Patienten bei der Krankenkasse beantragt werden muss. Zwar kann eine Übernahme in die Rehaklinik schon zum Zeitpunkt der Antragstellung erfolgen, allerdings ist die finanzielle Sicherheit für die aufnehmende Rehabilitationsklinik erst bei Vorlage einer Kostenzusage nach Einzelfallprüfung durch die Krankenkasse zur Notwendigkeit der Rehabilitationsmaßnahme gewährleistet, welche teilweise nur mit zeitlichem Versatz erfolgt [11]. Unstrittig ist auch in NRW, dass die Behandlung von Patienten der Phase A in einem Akutkrankenhaus erbracht werden muss und dass die Behandlung von Patienten der Phase C in einer Rehabilitationseinrichtung verortet ist. Hauptstreitpunkt zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern sowie Patientenvertretungen sind der Erbringungsort der Phase B, durch die Neuformulierung des § 39 Abs. 1 SGB V sowie das 2001 in Kraft getretene SGB IX. Seit 2013 ist es trotz der Überarbeitung des Krankenhausbettenplanes NRW nicht gelungen die Phase C+ in NRW abzulösen, auch wenn in der Krankenhausbettenplanung für 2022 das MAGS NRW davon ausgeht, dass es »In einigen wenigen Leistungsgruppen und Versorgungsgebieten [...] Anzeichen für eine Unterversorgung [gibt], zum Beispiel in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation und der Palliativmedizin« [15]. Zwar wurde der § 39 Absatz 1 Satz 3 SGB V gleichzeitig so definiert, dass »Die Leistungen [der Frührehabilitation] [...] als Teil der Krankenhausbehandlung nur so lange erbracht werden, wie diese erforderlich sind« [15] und somit eindeutig in den Akut-Bereich verortet, die notwendige Beantragung der für die Behandlung und Abrechnung der Patientenfälle notwendigen Leistungsgruppen, die sich an den Struktur- und Qualitätskriterien des OPS 8-552 orientieren, erfolgten zum 18.03.2024 [14]. Eine Bewertung der Auswirkung auf die Versorgungssituation der Patienten steht somit noch aus.

In der Ergebnisqualität, der Verbesserung des Gesundheitszustands der Patienten während der Behandlung, und insbesondere dem Übergang aus der Phase C+, in die weiterführende Rehabilitation zeigt sich die Versorgungslücke in NRW deutlich dadurch, dass die Eintrittskriterien in die Phase C klar definiert sind. Unter anderem wird Bewusstseinsklarheit, Kommunikations- und Interaktionsfähigkeit der Rehabilitanden sowie das Nicht-Mehr-Vorhandensein von Beatmung oder Tracheostoma gefordert. Diese Definition grenzt die Phase B eindeutig von der Phase C ab, wodurch die Legitimation der Phase C+ in Frage gestellt werden muss [24]. Auch die BAR gibt in ihren »Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C« keinen Spielraum für das Hilfskonstrukt der Phase C+, sondern grenzt die Phasen B und C eindeutig voneinander ab [2].

In der Phase C+ unterscheidet sich die Behandlung von schwerstkranken Patienten der NNFR in NRW ergo zum Rest von Deutschland. Die Frage des Behandlungsortes der Patienten sowie der Verortung des rechtlichen Rahmens ist weiterhin unklar und bedarf einer abschließenden Lösung.

Eine Aussage dazu, wie groß die Versorgungslücke und der Qualitätsunterschied in der Versorgung der Patienten in NRW im Vergleich zu anderen Bundesländern genau ist, ist dadurch, dass die Behandlungsdaten der Patienten der Phase C+ im Gegensatz zu den Behandlungszahlen der OPS nicht veröffentlicht werden, nicht möglich. Würden sich die dargestellten Fallzahlen bzw. Behandlungstage der OPS 8-552 und 8-559 zusätzlich auf die Akutkrankenhäuser und nicht auf die dafür spezialisierten Fachkrankenhäuser verteilen, ständen diese Ressourcen nicht für die Behandlung akuter Notfälle o.ä. zur Verfügung.

Ein Lösungsansatz in der Leistungsverteilung des stationären Sektors und in der Anpassungsmöglichkeit der Leistungsportfolios der Krankenhäuser findet sich in den aktuell angestrebten Veränderungen der Bundesregierung. Eine Ambulantisierung von medizinischen Leistungen, wie sie z. B. von der Bundesregierung bei kleineren chirurgischen Eingriffen angestrebt wird, könnte zu einer Entlastung der stationären Einrichtungen und zu einer Allokation personeller Ressourcen führen [3]. Dies könnte, aus denselben Gründen, mitunter auf die Rehabilitation, zum Beispiel aufgrund der leichter betroffenen Patientenklitel die orthopädische oder kardiologische Rehabilitation, übertragen werden [25]. Für die Klientel der neurologischen Rehabilitation, insbesondere der Phasen B und C und für intensivpflichtige Patienten wird dies allerdings nicht möglich sein. Fachkliniken könnten daher eher Teil der Lösung sein. Die mit einer Spezialisierung einhergehende Zentrenbildung stellt eine Chance dar, um die Versorgung der Patienten auch in Zukunft gewährleisten zu können. Rehabilitation, insbesondere der schwerstbetroffenen Patienten, und eine frühzeitig eingeleitete Überleitung in dafür vorgesehene Fachkliniken, könnte die vorgehaltenen Ressourcen der Kliniken allgemein besser verteilen und die Notaufnahmen und Intensivstationen in den Akut-Krankenhäusern entlasten, insbesondere vor dem Hintergrund der personalintensiven Versorgung der Patientenklitel und der langen Liegezeiten. Damit dieser Leistungstransfer nachhaltig gestaltet werden kann, wäre dafür die Etablierung eines PCCL (Patient Clinical Complexity Level) auch in der Rehabilitation vonnöten, um zu verhindern, dass klinisch instabile oder medizinisch aufwendige Patienten in Fachkrankenhäuser übergeleitet werden, in denen die Versorgung ggf. nicht gewährleistet werden kann [4]. Nicht nur während der Corona-Pandemie hat sich gezeigt, welche wichtige Rolle die Rehabilitation, vor allem die neurologische Rehabilitation, in der stationären Gesundheitsversorgung einnimmt. Für die NNFR existieren zwar »keine

vergleichenden Studien zur Wirksamkeit [der] [...] NNFR als komplexe Behandlungsform [...], z. B. im Vergleich zu prolongierter Behandlung im primär versorgenden Krankenhaus oder Verlegung in eine (Intensiv-) Pflegeeinrichtung.« [19], allerdings lassen sich über die Langzeitverläufe der Rehabilitanden Rückschlüsse über die Wirksamkeit der NNFR ziehen. Der Vergleich von zwei Multicenterstudien aus 2002 und 2014 zeigt zum einen, dass die Patientenklitel 2014 im Vergleich zu 2002 kürzere Aufenthalte in den Akutkrankenhäusern aufwiesen, älter waren und ein höherer Anteil an Critical-Illness-Polyneuropathien sowie Beatmungen festgestellt wurden. Ergo »[müssen sich] moderne Frührehabilitationseinrichtungen auf immer schwerer betroffene intensivpflichtige und beatmete Patienten einstellen« [19]. Gleichzeitig stieg der Anteil der Entlassungen aus der NNFR in die Weiterführende Rehabilitation (Phase C) um 4,8% und der Anteil der Verstorbenen um 3,1%, wohingegen die Entlassung nach Hause um 10,4% zurückging. Der Anteil der Patienten, die eine stationäre, außerklinische Weiterbehandlung benötigten, blieb mit ca. 23% unverändert. Dies spricht zum einen dafür, dass die Patientenklitel in den Fachkliniken in der Tat schwerer betroffen ist, zum anderen scheint aber die Wirksamkeit von Rehabilitation und dem weiterführenden Rehabilitationspotential für die Reintegration der Rehabilitanden in den Alltag zu sprechen [19].

Schlussfolgerung

Die Versorgung von Patienten in der neurologisch-neurochirurgischen und der interdisziplinären Frührehabilitation bildet einen wichtigen Baustein der stationären Versorgung. Es ist anzunehmen, dass der Rehabilitation in den kommenden Jahren bis 2050, in einer älter werdenden Gesellschaft und mit einem wachsenden Bedarf an medizinischer Versorgung, eine tragende Rolle zukommen wird, um gerade ältere Menschen und Menschen mit Behinderung so lange wie möglich am Alltag und am Arbeitsleben teilhaben lassen zu können und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Insgesamt ist durch das Fehlen von Strukturvorgaben zu Ausstattung, Personalschlüsseln und Therapiedichte eine schlechtere Versorgung der schwerstbetroffenen Patienten der FFR und NNFR in NRW im Vergleich zum Rest Deutschlands anzunehmen. Durch die SARS-CoV-2 Pandemie wurden Schwächen in der deutschen Gesundheitsversorgung offengelegt. Die neurologische Rehabilitation, insbesondere die Versorgung von schwerstbetroffenen Patienten in Fachkrankenhäusern für Neurologische und Neurochirurgische Frührehabilitation, kann dabei helfen, die vorhandenen stationären Kapazitäten optimal zu nutzen. Dies sollte in die Entscheidungsfindung zur Zukunft derselben mit einfließen.

Literatur

1. Ärztblatt. Freihalten von Intensivbetten angeordnet. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/129250/Freihalten-von-Intensivbetten-angeordnet>, 19.11.2021. zuletzt abgerufen am: 01.11.2024
2. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C. Frankfurt am Main 1995. <https://bar-frankfurt.de>
3. Bundesgesundheitsministerium – Krankenhausreform (2023), <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/krankenhausreform.html>, zuletzt abgerufen am 01.11.2024
4. Charlson ME, Charlson RE, Peterson JC et. al. The Charlson comorbidity index is adapted to predict costs of chronic disease in primary care patients. *J Clin Epidemiol* 2008; 61: 1234–40
5. Cieza A, Causey K, Kamenov K, Wulf Hanson S, Chatterij S, Vos T, Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019. *Lancet* 2019; 396: 1946–7.
6. Destatis – Bericht 23141-0110, zuletzt abgerufen am 15.01.2025.
7. Destatis – Bericht 23131-0110, zuletzt abgerufen am 15.01.2025
8. Destatis Pressemitteilung Nr. 194 vom 14.04.2021. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/04/PD21_194_231.html, zuletzt abgerufen am 15.01.2025
9. Dellweg D, Siemon K, Höhn E, Barchfeld T, Köhler D. Pneumologische Frührehabilitation nach Langzeitbeatmung, *Pneumologie* 2021; 75(6): 432–8
10. Landesarbeitsgemeinschaft Neuroreha NRW. Verbesserung der Versorgung von Patientinnen und Patienten der Neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation in NRW, 07.12.2020. <https://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/MMST17-3376.pdf>
11. Loos S, Schliwen A. Gutachten zur Abbildung der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation im Rahmen der Krankenhausplanung – Endbericht für die Landesarbeitsgemeinschaft NeuroRehabilitation NRW, Berlin, 2012
12. Loos S, Schliwen A. Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation in NRW – Kurzfassung zum Gutachten zur Abbildung der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation im Rahmen der Krankenhausplanung, *Neurologie & Rehabilitation* 2013; 2: 141–8
13. Ludwig L, Anfrage an die BAR vom 27.02.2014
14. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW, Aktualisierung der OPS und ICD Codes 2024, https://www.mags.nrw/system/files/media/document/file/uebersichtstabelle_ueber_die_leistungsgruppendifinitionen_stand_18.03.2024.pdf, zuletzt abgerufen am: 15.01.2025
15. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022, Düsseldorf, 2022
16. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW, Bericht »Versorgung durch Rehakliniken im Kontext der Krankenhausplanung in NRW« vom 25.11.2022
17. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW, Krankenhausplanung gem. §14 KHGG NRW, vom 04.11.2024
18. Musicco M, Emberti L, Nappi G, Caltagirone C. Italian Multicenter Study on Outcomes of Rehabilitation of Neurological Patients. *Arch Phys Med Rehabil* 2003; 84(4): 551–8
19. Pohl M, Bertram M. Wirksamkeit der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation – Evidenzbasierte Therapieformen, Outcome und Prognosefaktoren. *Nervenarzt* 2016; 86: 1043–50
20. Pichler J. Nervensystem. In: Rehabilitation – vom Antrag bis zur Nachsorge – für Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und andere Gesundheitsberufe. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) (Hrsg.) 2018
21. Pohl M, Groß M. Rehabilitation beatmeter neurologischer Patienten. In: Groß M (Hrsg.) Neurologische Beatmungsmedizin – Auf der Intensivstation, in der Frührehabilitation, im Schlaflabor, zu Hause. Berlin: Springer 2020, S. 393–408
22. Rollnik JD, Krauss JK, Gutenbrunner C et. al. Weaning of neurological early rehabilitation patients from mechanical ventilation: a retrospective observational study. *Eur J Phys Rehabil Med* 2017; 53: 441–6
23. Schönle PW, Ritter K, Diesener P, Hagel K-H et al. Frührehabilitation in Baden-Württemberg – Eine Untersuchung aller Frührehabilitationseinrichtungen Baden-Württembergs. *Die Rehabilitation* 2001; 40: 123–30
24. Schönle PW, Busch EW, Ebke M, Knecht S et al. Qualitätsstandards in der Neurologisch-Neurochirurgischen Frührehabilitation. *Neurol Rehabil* 2015; 21(4): 185–94
25. Steiner M, Zwingmann CH, Riedel W, Schüssler R, Zweers U. Die medizinische Rehabilitation Erwerbstätiger – Sicherung von Produktivität und Wachstum. Berlin, 2009
26. Tesch-Römer C, Wurm S. Gesundheit im Alter bedingt durch Schicksal, Schichtzugehörigkeit oder Verhalten? Gesundheitsrelevante Lebenslagen und Lebensstile. In: Böhm K, Tesch-Römer C, Ziese T (Hrsg.): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Gesundheit und Krankheit im Alter. Berlin: Robert Koch-Institut 2009, S. 134–59

Interessenkonflikt:

Johannes Bracht ist Klinikgeschäftsführer der Vamed Klinik Kipfenberg, Fachkrankenhaus für neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation. Es besteht kein Interessenkonflikt.

Korrespondenzadresse:

Johannes Bracht, MPH
Konrad-Regler-Straße 1
85110 Kipfenberg
Johannes.Bracht@vamed-gesundheit.de