

Zur aktuellen Diskussion um den Begriff »intensivmedizinische Rehabilitation«

Neurol Rehabil 2017; 23(4): 342–343
© Hippocampus Verlag 2017

P. W. Schönle¹, J. Beyer²

Erwiderung

Zum Leserbrief von M. Schorl: »Hohes Niveau der neurointensivmedizinischen Versorgung in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation flächendeckend ausrollen«
Neurologie & Rehabilitation 2017; 23(4): 335–336

1 *Maternus Klinik Bad Oyenhause*
2 *Ludmillenstift, Meppen*

Zum Leserbrief der Arbeitsgemeinschaft neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: »Ein »missing link« zwischen Intensivmedizin und Rehabilitation existiert nicht!«
Neurologie & Rehabilitation 2017; 23(4): 337–339

Originalbeitrag: Intensivmedizinische Rehabilitation funktionell schwerstgeschädigter Patienten – missing link zwischen Intensivmedizin und Rehabilitation
P. W. Schönle, J. Beyer, M. Bredehorst, S. Grotkamp, V. Brahner, W. Seger, W. Cibis, A. Badke, S. Weinbrenner (Projektgruppe des Sachverständigenrats der Ärzteschaft der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation BAR)
Neurol Rehabil 2017; 23(3): 249–255

Zu dem in der letzten Ausgabe von Neurologie & Rehabilitation erschienenen Artikel »Intensivmedizinische Rehabilitation – missing link zwischen Intensivmedizin und Rehabilitation« sind in der vorliegenden Ausgabe zwei Leserbriefe von J. Rollnik, B. Frank und M. Pohl für die Arbeitsgemeinschaft neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (AG NNFR) und von M. Schorl, Chefarzt MediClin Klinik Bad Elster, erschienen.

Im Vordergrund der beiden Leserschriften wird die Position vertreten: Eine ausreichende Versorgung mit intensivmedizinischen Weiterbehandlungsplätzen ist durch die NNFR sichergestellt.

Diese Ansicht wird allerdings durch die Versorgungsrealität mit massivem Ausbau der außerklinischen intensivpflegerischen Versorgung widerlegt, die durch die ITS-Bettennot und offenbar fehlende Weiterversorgungsmöglichkeiten nicht neurologischer Patienten getriggert wurde. Im Positionspapier der DIGAB wird die Zahl der Patienten, die allein wegen eines Tracheostomas mit aufwendiger häuslicher Krankenpflege (Intensivpflege) (nach §37 SGB V) ambulant behandelt werden, mit zwischen 15.000 und 30.000 angegeben (im Jahr 2005 ca. 1.000 Fälle), und die Versorgungskosten werden auf 2–4 Milliarden Euro pro Jahr beziffert. Dabei sind die beatmeten Patienten, die ambulant intensivpflegerisch betreut werden müssen, gar nicht eingerechnet. »85% der betroffenen (>beatmeten«, Anmerkung der Verfasser) Patienten werden direkt von Akut-Intensivstationen in den ambulanten Bereich entlassen.«

Aus ethischen Gründen und Gründen der Lebensqualität der einzelnen Patienten ist es nicht zu vertreten, dass sie ohne intensivmedizinische Rehabilitation (IMR)

in eine lebenslange ambulante intensivmedizinische Pflege verlegt werden ohne eine Chance der Tracheostoma- und Beatmungsentwöhnung. Auch diese Patienten haben ein Anrecht auf intensivmedizinische Rehabilitation vor intensivmedizinischer Pflege.

Hinzu kommt, dass die singuläre 7 x 24 h Betreuung durch intensivmedizinische Pflegekräfte den Pflegefachkräftemangel weiter verschärft und diese der intensivmedizinischen Rehabilitation entzieht, ein Circulus vitiosus. Sinnvoller wäre es, möglichst vielen Patienten durch die IMR die weiterführende Rehabilitation zu ermöglichen und die nach der IMR verbleibende geringe Zahl der Patienten adäquat zu versorgen.

Da die NNFR die intensivmedizinische Rehabilitation bereits sicherstelle, bestehe die Gefahr der Entwicklung von Doppelstrukturen. Diese Problematik wurde in der Arbeitsgruppe gesehen. Daher wurde in der Veröffentlichung hinsichtlich der Implementierung der IMR die Position vertreten, dass die regionalen Gegebenheiten und die bereits vorhandenen Strukturen zu berücksichtigen sind. Dabei dürfte den Einrichtungen der NNFR sicherlich eine wesentliche Bedeutung zukommen, da der intensivmedizinische Aspekt in der Phase B der BAR-Empfehlungen bereits angelegt war und sie sich zunehmend intensivmedizinisch entwickelt und erweitert bzw. intensivmedizinische Abteilungen eingerichtet haben. Eine wesentliche Rolle spielt dabei DRG-bezogen ganz offensichtlich die Beatmung und weniger die entsprechende NNFR OPS.

Als weiterer Aspekt wird die therapeutische Pflege mit 6 Stunden pro 24 Stunden als zu hoch problematisiert. Dabei berücksichtigen die Verfasser der

Lesezuschriften nicht, dass sich allein schon für eine zweistündliche Lagerung mit 15 Minuten Dauer 3 Stunden Lagerung pro 24 Stunden ergeben, ggf. sogar 6 Personalstunden bei Erforderlichkeit zweier Pflegekräfte. Unberücksichtigt lassen die Verfasser ferner die bei diesen Patienten häufig auftretenden hirnrorganischen Durchgangssyndrome mit schweren neurokognitiven und neuropsychischen Störungen wie deliranten, auto- und heteroaggressiven Zuständen, illusionären Verknüpfungen, Halluzinationen, Wahnwahrnehmungen und -vorstellungen, Panikattacken. In einem intensivmedizinisch-rehabilitativen Setting sollten diese Patienten in keinem Fall fixiert oder medikamentös ruhiggestellt, sondern ggf. über 24 Stunden therapeutisch-pflegerisch betreut werden, so dass die genannten Zeiten unter Einbeziehung der 24 Stunden Lagerungsbedarfe sehr wohl zustande kommen.

Diese »psychoneurologische«/neuropsychiatrische Problematik wird in der intensivmedizinischen Literatur vermehrt auch im Hinblick auf die Langzeitergebnisse der intensivmedizinischen Behandlung diskutiert (Post-Intensivstations-Syndrom/Post ICU Syndrome).

Sowohl die rasante Ausweitung der ambulanten Intensiv- und Beatmungspflege als auch der Ausbau der Intensivmedizin inklusive Beatmung in der NNFR sind Antworten auf gesteigerte Verlegungsbedarfe aus den Intensivstationen. Damit leistet die NNFR im Sinne der IMR sicherlich einen wesentlichen Beitrag zur Versorgung von Patienten mit schwersten funktionellen Einschränkungen auch aus anderen Fachgebieten, der über die Definition der Phase B der BAR weit hinausgeht (als Vertreter der neurologischen Rehabilitation in der damaligen BAR Arbeitsgruppe und Mitbegründer der AG NNFR sei mir diese Anmerkung auch in persönlicher Reminiszenz gestattet). Daher ist es intrinsisch sinnvoll, diese neuen Versorgungserfordernisse konzeptionell als IMR neu zu fassen (novum pro novo – wie seinerzeit das Phasenmodell) und begrifflich/sprachlich zur kommunikativen Klarheit neu zu benennen¹ – dies insbesondere im Hinblick auf Veränderungen im Entgeltsystem, sollte die derzeit im Rahmen der PRÄ MDC noch akzeptierte gute Vergütung neu bewertet werden.

Der Diskurs ist eröffnet und sollte mit dem Ziel geführt werden, die Lebenssituation der Patienten mit schwersten funktions-, aktivitäts- und teilhabebezogenen Einschränkungen zu verbessern. Dazu sind alle involvierten Fachdisziplinen erforderlich.

Literatur

1. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/83676/Marburger-Bund-fordert-verpflichtende-Personalstandards-auf-Intensivstationen>
2. <https://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=17&typ=16&aid=181264&s=beatmung&s=hausarzt>
3. <https://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=17&typ=1&nid=73691&s=beatmung&s=hausarzt>
4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3889146>
5. Positionspapier zur aufwendigen ambulanten Versorgung tracheotomierter Patienten mit und ohne Beatmung nach Intensivtherapie (ambulante Intensivpflege), <http://www.digab.de/informationen/positionspapier/>

¹ Kopien des Phasenmodells für andere Fachgebiete im bestehenden konzeptionell festfügten System der Frührehabilitation, die derzeit in Arbeit bzw. schon formuliert sind, sind keine Alternative zur IMR und kaum einzuführen.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Dr. med. Paul W. Schönle
 Lt. Ärztlicher Direktor MATERNUS-Klinik für Rehabilitation
 Vorsitzender Bundesverband Neurorehabilitation
 Am Brinkkamp 16
 D-32545 Bad Oeynhausen
 p1.schoenle@gmail.com