

# Hohes Niveau der neurointensivmedizinischen Versorgung in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation flächendeckend ausrollen

Neurol Rehabil 2017; 23(4): 337–338  
© Hippocampus Verlag 2017

M. Schorl

## Leserbrief zum Artikel

»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

*Fachklinik für Neurologie, MediClin Klinik am Brunnenberg, Bad Elster*

Der Artikel von Schönle et al. [1] kann nicht unkommentiert im Raum stehen bleiben, stellt er doch die aktuelle Versorgungssituation in Deutschland sehr verzerrt dar.

Zwar wird richtigerweise dargestellt, dass es in vielen Fachgebieten mit Ausnahme der neurologisch-(neurochirurgisch)en Rehabilitation Versorgungslücken zwischen Intensivmedizin und Rehabilitation gibt, allerdings ist die Schlussfolgerung daraus, dass es einer »neue« Rehabilitationsform, die von den Autoren intensivmedizinische Rehabilitation genannt wird, als »missing link« bedürfe, falsch [1].

Die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation in Deutschland hat in den letzten Jahren eine rasante Entwicklung hin zur Intensivmedizin vollzogen mit spezialisierten Kliniken, die die gesamte intensivmedizinische Versorgung inklusive Zwei-Organersatz-Verfahren, Fortführung der Therapie mit cardiac assist-Systemen, etc. anbieten können. Diese Entwicklung resultierte genau aus der Versorgungsproblematik dieser von Schönle et al. im Artikel dann gut beschriebenen Patienten [1].

Sie werden bereits seit Jahren landauf/landab in der neurologischen Frührehabilitation behandelt, was inhaltlich gerechtfertigt ist, da in einer Vielzahl der Fälle als Resultat der langwierigen Erkrankung eine Critical-Illness-Polyneuro-/myopathie und/oder -Enzephalopathie vorliegt.

Pohl et al. haben in einer großen multizentrischen Erfassung aus dem Jahr 2014 in Deutschland stellvertretend für die Arbeitsgemeinschaft Neurologisch-Neurochirurgische Frührehabilitation sehr schön gezeigt, dass die Critical-Illness-Polyneuro-/myopathie (CIPNM) als alleinige Zugangsdiagnose zur neurologisch-neuro-

chirurgischen Frührehabilitation mit einem Anteil von 17,1% mittlerweile Platz 2 der Diagnosestatistik belegt [2], wohingegen diese Diagnosen in einer früheren Erhebung der Arbeitsgruppe noch keine Relevanz hatte [3]. Bei sehr vielen der von Schönle et al. adressierten Patienten liegt bei genauer Betrachtung eine CIPNM vor.

Viele der auf die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation spezialisierten Kliniken tragen der Erkrankungsschwere und Multimorbidität der Patienten Rechnung, indem ausgebildete Neuro-Intensivmediziner (die auch die allgemeine Intensivmedizin beherrschen !) oder ein interdisziplinäres Team relevanter Fachrichtungen unter neurologischer Federführung diese Patienten betreut.

Dies ist insofern gerechtfertigt, als bei einer CIPNM als peripher-neurologische Erkrankung, aber auch anderen neurologischen Erkrankungen bezüglich Weaning, Dekanülierung, wahrscheinlich auch Mobilisations- und Therapiestrategien Besonderheiten zu berücksichtigen sind, die erfahrungsgemäß in der nicht-neurologischen Intensivmedizin nicht ausreichend bekannt sind oder nicht ausreichend berücksichtigt werden (Beispiel 1: neurogene Dysphagie: in der nicht-neurologischen Intensivmedizin häufig unterschätzt, Extubation erfolgt häufig allein unter Berücksichtigung der (Be)atmungssituation, Beispiel 2: Stellenwert nichtinvasiver Beatmungsformen bei kooperationsunfähigen, schluckgestörten Patienten).

Nebenbei sei bemerkt, dass die CIPNM als sekundär den Verlauf komplizierende Diagnose auch unter unselektierten Patienten der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation mit knapp 70% bei entsprechend komplizierten Langzeitverläufen eine wichtige,

oft für die Prognose nicht erkannte, da nur elektrophysiologisch zu beweisende, Problematik darstellt [4].

Es bedarf inhaltlich also keiner neuen Rehabilitationsform, da die von den Autoren genannten Voraussetzungen, Fähigkeiten und Inhalte bereits heute in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation vorhanden sind.

Über die Motivation der Autoren bzw. der Auftraggeber (Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation [BAR]) kann nur spekuliert werden.

Insbesondere mit Hinwendung zum DRG-System in Deutschland spielt das Phasenmodell der BAR für die neurologische Frührehabilitation aus juristischen Gründen im Bereich Frührehabilitation nur noch eine ungeordnete Rolle [5].

Maßgeblich für die Behandlung ist allein der akutstationäre Behandlungsbedarf, da die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation im DRG-System gemäß § 39 SGB V der Akutkrankenhausbehandlung zugerechnet wird [5].

Verschiedene Urteile (z. B. OLG München 23.07.2009 [6], BGH 18.11.2010 [7]) kommen daher zu dem Schluss, »dass das Phasenmodell allenfalls eine Orientierungshilfe darstellt, ob eine Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit besteht bzw. wie die Abgrenzung einer Frührehabilitation im Sinne von § 39 SGBV von einer Rehabilitation im Sinne von § 40 SGBV vorzunehmen ist. Eine pauschale Gleichsetzung der Phase B kann jedoch nicht erfolgen«.

Der Große Senat des Bundessozialgerichtes hat mit Urteil vom 27.09.2007 [8] klargestellt, dass eine stationäre Behandlung nur aus medizinischen Gründen indiziert ist. Insofern ist die Hinwendung der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation zur Akutmedizin bezüglich Beginn und Inhalten der Behandlung systemimmanent gewollt und ordnungspolitisch nur konsequent.

Aus Gesagtem ergibt sich, dass es keinerlei Notwendigkeit gibt, neben den bestehenden Versorgungsstrukturen konkurrierende zu etablieren.

Neurologisch-neurochirurgische Patienten gehören aus inhaltlichen Gründen in neurologisch-neurochirurgische Hände, das notwendige Knowhow (PEG-Anlage, Tracheotomie, Bronchoskopie, FEES etc.) ist dort vorhanden, für die notwendige Ausstattung existieren ebenfalls, z. T. landesabhängige, Vorgaben.

Es besteht allenfalls die Notwendigkeit, das in vielen Teilen der Republik bestehende hohe Niveau der neurointensivmedizinischen Versorgung in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation flächendeckend auszurollen.

Politisch viel wichtiger wäre, die durch das DRG-System aufgeworfene Versorgungslücke am Ende der Akutmedizin zu schließen. Es existieren nach wie vor keine allgemeingültigen, insbesondere nicht juristisch fixierte, Kriterien für das Ende der akutstationären Behandlungs-

bedürftigkeit in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation, lediglich landes- oder klinikspezifische Einzellösungen, da ein Teil dieser intensivmedizinisch komplex kranken Patienten im Verlauf keinen sicher akutmedizinischen Behandlungsbedarf mehr aufweist und somit aus der Frührehabilitation nach DRG-Logik entlassen werden müsste, jedoch noch nicht die für die weiterführenden Rehabilitationsphasen nach § 40 SGB V erforderlichen inhaltlichen Aufnahmekriterien erfüllt.

Inhaltlich und auch bezüglich der notwendigen Vergütung für die erforderliche personelle Ausstattung und das entsprechende medizinische Niveau wäre die BAR hier viel mehr gefordert, die im BAR-Phasenmodell mustergültig angedachte Nahtlosigkeit des Rehabilitationsmodells wiederherzustellen und die Lücke zu schließen, die nicht zuletzt auf dem Boden pauschaler, die spezifischen Bedürfnisse frührehabilitativer Patienten negierender und nicht sachkundiger Rechtsprechung entstanden ist.

## Literatur

1. Schönle PW et al. Intensiv-medizinische Rehabilitation funktionell schwerstgeschädigter Patienten – missing link zwischen Intensivmedizin und Rehabilitation. *Neurol Rehabil* 2017; 23(3): 249–255.
2. Pohl M et al. Rehabilitationsverlauf von Patienten in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation. *Nervenarzt* 2016; 87: 634–644.
3. Pohl M et al. Langzeitverlauf von Patienten der neurologischen Rehabilitation Phase B: Ergebnisse der 6 Jahres-Nachuntersuchung einer Multicenterstudie. *Nervenarzt* 2011; 82: 753–763.
4. Schorl M et al. Critical-Illness-Polyneuropathie bei Patienten in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation – Häufigkeit und Auswirkungen auf die Beatmungsentwöhnung. *Neurol Rehabil* 2012; 18: 99–105.
5. Schorl M et al. Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation in Deutschland – aktuelle Situation, Probleme und Lösungsmöglichkeiten aus medizinischer und juristischer Sicht. *Akt Neurol* 2012; 39:1–11.
6. OLG München, Urteil vom 23.07.2009 – 1 U 1863/08
7. BGH, Urteil vom 18.11.2010 – III ZR 239/09, KHR 2010, 164–169
8. BSG GS 1/06, ZMGR, 2008, 99

## Korrespondenzadresse

Dr. med. Martin Schorl  
 Chefarzt der Fachklinik für Neurologie  
 MediClin Klinik am Brunnenberg  
 Endersstr. 4  
 08645 Bad Elster  
 martin.schorl@mediclin.de