

Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation in NRW

Kurzfassung zum Gutachten zur Abbildung der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation im Rahmen der Krankenhausplanung

Die Landesarbeitsgemeinschaft Neurorehabilitation NRW hatte im vergangenen Jahr mehrfach darauf hingewiesen, dass im bevölkerungsreichsten Bundesland über 500 Betten für eine adäquate Versorgung der neurologischen Patienten fehlen, und damit auch im Hinblick auf den Krankenhausplan 2015 eine öffentliche Diskussion angestoßen. Die Finanzierung einer bedarfsgerechten Rehabilitation, so wie sie in den Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation in der Phase B festgelegt wurden, ist durch das Konstrukt einer nur in NRW bestehenden Phase C+ nicht möglich. Kostenträger in NRW steuern damit gezielt in günstigere Rehabilitationseinrichtungen, die unter den dabei zur Verfügung gestellten finanziellen Ressourcen keine ausreichenden therapeutischen Leistungen anbieten können. Ein von der LAG beim IGES-Institut in Berlin in Auftrag gegebenes Gutachten zur Abbildung der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation im Rahmen der Krankenhausplanung weist nach, dass in Nordrhein-Westfalen mindestens 695 Betten in der neurologischen Frühreha fehlen, für eine optimale Versorgung sind es sogar 1.335 Betten. Die Gutachter kommen zu dem Schluss: »Der Bundesländervergleich zeigt zusammenfassend eine deutlich geringere Versorgungsdichte in Nordrhein-Westfalen als in anderen Bundesländern«. Nachfolgend findet sich die Kurzfassung des IGES-Gutachtens.

1. Einleitung

Seit dem Jahr 1995 wurde in Deutschland – basierend auf den Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (BAR 1995) – das Phasenmodell in der neurologischen Rehabilitation etabliert (Abbildung 1). Danach schließt sich an die Akutbehandlungsphase (Phase A) die frühe Behandlungs- und Rehabilitationsphase (Phase B) an, in der aufgrund schwerer und schwerster Beeinträchtigungen der Patienten noch intensivmedizinische Behandlungsmöglichkeiten vorgehalten werden müssen. Für die darauffolgende Phase C der Behandlung und Rehabilitation müssen die Patienten zwar noch kurativmedizinisch und mit hohem pflegerischem Aufwand betreut werden, sind aber schon in der Lage, aktiv in der Therapie mitarbeiten zu können.

Während es schon immer unstrittig war, dass die Phase A im Krankenhaus stattfindet und die Phase C in einer Rehabilitationseinrichtung, gab es vor allem in der Vergangenheit Diskussionen, in welchem Versorgungsbereich die Phase B angesiedelt werden sollte. In der Vergangenheit fand die neurologische Frührehabilitation überwiegend in Rehabilitationseinrichtungen statt. Seit Inkrafttreten des SGB IX im Jahr 2001 und der Neuformulierung des § 39 Abs. 1 SGB V ist die Frührehabilitation Bestand-

teil der Krankenhausbehandlung geworden. Allerdings gibt es hier sowohl fachliche als auch rechtliche Abgrenzungsprobleme, bei denen neben den Vorgaben des Fünften Sozialgesetzbuchs (insb. § 39 SGB V) vor allem medizinisch-inhaltliche Konzepte (z. B. das BAR-Phasenkonzept) und unmittelbar vergütungsrelevante Vorgaben in den OPS Codes (z. B. OPS 8-552) eine Rolle spielen. Aufgrund dieser – auch höchstrichterlich noch nicht geklärten – Abgrenzungsprobleme ist es nicht weiter verwunderlich, dass auch elf Jahre nach dieser Gesetzesänderung noch kein Konsens darüber besteht, wie die Frührehabilitation zu organisieren ist und insbesondere in welchem Versorgungssetting – Krankenhaus oder Rehabilitationseinrichtung oder beides – sie stattfinden soll. Entsprechend haben in den letzten Jahren auch unterschiedliche Versorgungskonzepte Eingang in die Krankenhausplanung der Länder gefunden. Die NNCHFR kann grundsätzlich

- in Krankenhäusern,
- in Rehabilitationskliniken, die für die NNCHFR über Krankenhausbetten verfügen und
- in Rehabilitationskliniken, die für die NNCHFR über Rehabilitationsbetten verfügen,

erfolgen (Abbildung 2). Die erbrachten Leistungen werden dabei sowohl über Fallpauschalen als auch nach tagsgleichen Pflegesätzen abgerechnet.

Im immer noch aktuellen Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen aus dem Jahr 2001 wird die neurologische Frührehabilitation der Phase B nicht ausdrücklich beplant. Der Krankenhausplan weist dafür dezidiert Betten und Standorte für die Versorgung von Schwer-Schädel-Hirnverletzten und für die fachübergreifende Frührehabilitation aus. Die Frührehabilitation insgesamt, zu der die fachübergreifende Frührehabilitation zählt, wird im Plan als sonstiges Versorgungsangebot definiert. Für

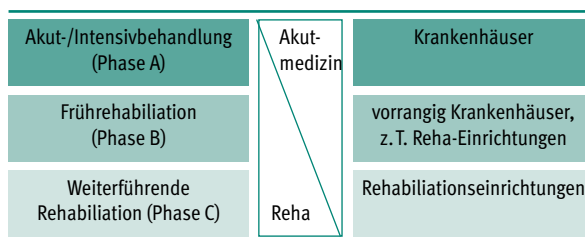


Abb. 1: Phase A bis C der neurologisch-neurochirurgischen Rehabilitation (Quelle: IGES)

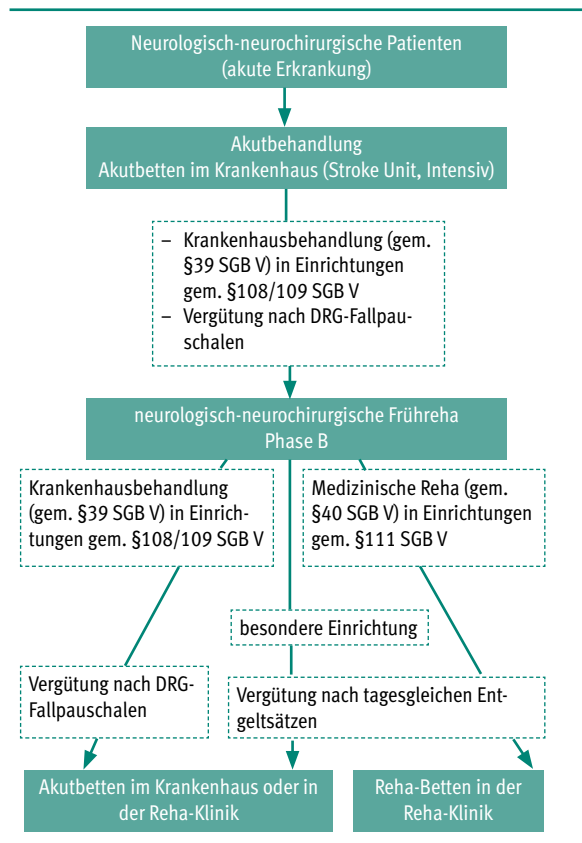


Abb. 2: Schematischer Versorgungsablauf, beteiligte Einrichtungen und deren Vergütung bei NNCHFR Phase B (Quelle: IGES)

eine fachliche Anbindung in Form von »Davon-Betten« kommen laut Krankenhausplan insbesondere die Gebiete Neurologie und Orthopädie in Betracht, wobei auf ein ausreichend großes Leistungsangebot des Hauptgebietes zu achten sei. Spezielle frührehabilitative Angebote, die über die oben schon erwähnte fachübergreifende Frührehabilitation hinausgehen, werden im Plan nicht gesondert ausgewiesen.

Eine der Rehabilitationskliniken, die dieses Gutachten beauftragt haben, hat die Aufnahme von Betten für die neurologische Frührehabilitation der Phase B in den Krankenhausplan beantragt mit der Begründung, dass die Versorgung gegenwärtig nicht bedarfsgerecht sei. Dieser Antrag wurde im Klageverfahren mit dem Hinweis auf die mangelnde Leistungsfähigkeit der antragstellenden Einrichtung abgewiesen. Zudem hat die Planungsbehörde bis zuletzt¹ betont, dass ihr keine Erkenntnisse vorlägen, die auf eine nicht bedarfsgerechte Versorgung in diesem Bereich hindeuten würden.

Ziel dieses Gutachtens ist es daher zu prüfen,

- ob die gegenwärtige Versorgung mit Leistungen zur NNCHFR in Nordrhein-Westfalen (NRW) bedarfsgerecht ist und

¹ Interview mit der zuständigen Ministerin Barbara Steffens im WDR am 23.09.2012: <http://www.wdr.de/tv/westpol/sendungsbeitraege/2012/0923/reha.jsp>.

- welche Anforderungen ein Krankenhaus erfüllen muss, um als hinreichend leistungsfähig zu gelten, um Leistungen der NNCHFR erbringen zu dürfen.

Die Bedarfsgerechtigkeit ist dabei von primärer Bedeutung.² Es soll daher zunächst geprüft werden,

- welcher Bedarf an Leistungen der NNCHFR in NRW besteht und
- wie sich dieser Bedarf zukünftig entwickeln wird.

Dem ermittelten Bedarf wird dann die aktuelle Versorgungssituation gegenübergestellt, um so die Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung beurteilen zu können.

Bezüglich der Anforderungen an die Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses gilt die Rechtsprechung der Verwaltungsgerichtsbarkeit: Danach ist ein Krankenhaus leistungsfähig, wenn das Leistungsangebot dauerhaft die Anforderungen erfüllt, die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft und dem Versorgungsauftrag aus dem Feststellungsbescheid, mit dem das Krankenhaus in den Krankenhausplan aufgenommen wird, an ein Krankenhaus dieser Art zu stellen sind. Daher wird in diesem Gutachten untersucht,

- wie sich der aktuelle Stand der medizinischen Wissenschaft im Hinblick auf Anforderungen an die Leistungsfähigkeit von Einrichtungen der NNCHFR darstellt,
- und welche Schlussfolgerungen sich daraus für die neurologische Frührehabilitation in Nordrhein-Westfalen ziehen lassen.

Im Folgenden werden zunächst die wesentlichen Charakteristika der NNCHFR und der dort behandelten Patienten beschrieben, insofern sich daraus Anforderungen an die Bedarfsgerechtigkeit und die Leistungsfähigkeit der Versorgungsstrukturen ableiten lassen. Im darauffolgenden Kapitel 3 werden die gegenwärtigen Versorgungsstrukturen der NNCHFR in Nordrhein-Westfalen beschrieben. Im Kapitel 4 wird dann untersucht, welche Anforderungen an die Leistungsfähigkeit von Einrichtungen der NNCHFR zu stellen sind. In diesem Kontext wird auch ausführlich auf die neurologische Frührehabilitation in den Krankenhausplänen anderer Bundesländer eingegangen, aus denen sich Vorgaben sowohl zur Leistungsfähigkeit als auch zur Bedarfsgerechtigkeit in der NNCHFR ableiten lassen. Im Kapitel 5 des Gutachtens wird schließlich der aktuelle und künftige Bedarf an versorgungsnotwendigen Betten für die neurologische Frührehabilitation ermittelt und geprüft, inwieweit die aktuelle Versorgungssituation als bedarfsgerecht angesehen werden kann.

Das Gutachten schließt mit einer Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse und Schlussfolgerungen.

² Dies zeigt sich schon daran, dass z. B. die Landesbehörden Ausnahmen von den Qualitätsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses zulassen können, wenn dies zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung notwendig ist.

2. Grundlagen der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation

Patienten in der NNCHFR (Phase B) sind in der Regel aufgrund von komplexen, vielfach kombinierten Funktionsstörungen funktionell hochgradig eingeschränkt und bedürfen deshalb umfangreicher rehabilitativer und pflegerischer Maßnahmen. Zudem besteht vielfach akut und teils intensivmedizinischer Behandlungsbedarf, etwa aufgrund von Komplikationen (z. B. Harnwegsinfekten) und Reinsulten. Diese besondere Kombination von akut-/intensivmedizinischem und Behandlungs- sowie rehabilitativem Versorgungsbedarf stellt besondere Anforderungen an die Leistungsfähigkeit der Einrichtungen zur NNCHFR, wie sie in Kapitel 4 diskutiert werden.

Patienten in der NNCHFR werden in der Regel aus anderen akutmedizinischen Abteilungen/Einrichtungen übernommen und bei schweren Komplikationen auch wieder in akutmedizinische Abteilungen (zurück)verlegt oder von dort tätigen Ärzten konsiliarisch mitbehandelt.

Zugleich werden viele Patienten aus der Phase B in eine weiterführende Rehabilitation (Phase C, D) entlassen. Auch hieraus entstehen strukturelle Anforderungen an Einrichtungen der NNCHFR Phase B (z. B. im Hinblick auf die Etablierung entsprechender Kooperationen), die bei der Beurteilung der erforderlichen Leistungsfähigkeit einer Einrichtung der NNCHFR in Kapitel 4 berücksichtigt werden müssen.

Der komplexe Versorgungsbedarf von Patienten in der NNCHFR hat zur Folge, dass es in Deutschland auch heute noch keine einheitliche Definition der Eingangskriterien für diese Behandlungsphase gibt. Neben den BAR-Kriterien wird vielfach der FR-BI als Entscheidungskriterium herangezogen. Voraussetzung für eine NNCHFR im Krankenhaus ist zudem die Feststellung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit. Im Rahmen dieser Studie wird – wie auch in der OPS 8-552 vergütungsrelevant vorgegeben – der FR-BI zu Behandlungsbeginn als maßgebliches Eingangskriterium für die NNCHFR und als Grundlage für die Bedarfsschätzung (Kapitel 5) herangezogen.

Schließlich ist noch zu berücksichtigen, dass Patienten mit neurologischen Erkrankungen und frührehabilitativem Behandlungsbedarf häufig auch in geriatrischen Einrichtungen versorgt werden. Auch dies wird bei der Bedarfsschätzung in Kapitel 5 berücksichtigt.

3. Versorgungsstrukturen der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation in Nordrhein-Westfalen

Im Jahr 2010 haben 18 Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen Leistungen der NNCHFR (OPS 8-552) erbracht. In den meisten Einrichtungen geschah dies jedoch nur in äußerst geringem Umfang. Lediglich sechs Einrichtungen erbrachten 2010 mehr als 50 Fälle. Krankenhäuser mit einem Schwerpunkt in der NNCHFR gibt es in Nordrhein-Westfalen – anders als in anderen Bundesländern – nicht.

Die unmittelbare Angliederung der NNCHFR an große neurologische Hauptabteilungen, wie sie bisher im Krankenhausplan NRW 2001 vorrangig angestrebt wird und in der Versorgungswirklichkeit Nordrhein-Westfalens über-

wiegend der Fall ist, stellt außerhalb Nordrhein-Westfalens nicht die dominante Organisationsform dar. Die Beispiele anderer Bundesländer zeigen vielmehr, dass die NNCHFR auch an Einrichtungen geleistet werden kann, die nicht an der unmittelbaren Akutversorgung neurologischer Erkrankungen beteiligt sind.

Die Rehabilitationseinrichtungen in Nordrhein-Westfalen können gegenwärtig keinen substantiellen Beitrag zur Versorgung von Patienten leisten, die einer NNCHFR bedürften. Lediglich zwei Einrichtungen hatten mit den gesetzlichen Krankenkassen Versorgungsverträge gem. § 111 SGB V (insgesamt 70 Betten) zur Versorgung von Patienten der Phase B abgeschlossen. Zwar gaben einige Einrichtungen an, Leistungen der Phase B erbringen zu können bzw. mit Kassen Vergütungsvereinbarungen für die in den BAR-Empfehlungen nicht vorgesehene Phase C+ abgeschlossen zu haben; eine leistungsfähige, nachvollziehbare und überprüfbare Versorgung von Phase-B-Patienten kann aber auf diesem Wege nicht dauerhaft sichergestellt werden. Zudem vertritt von den gesetzlichen Krankenkassen zumindest die AOK Rheinland/Hamburg die Position, dass die NNCHFR Phase B ausschließlich im Krankenhaus zu erbringen sei und deshalb keine Neuverträge mit Rehabilitationseinrichtungen abgeschlossen würden.³

4. Anforderungen an die Leistungsfähigkeit von Einrichtungen in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation

Ein Krankenhaus ist leistungsfähig, wenn das Leistungsangebot dauerhaft die Anforderungen erfüllt, die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft und dem Versorgungsauftrag aus dem Feststellungsbescheid, mit dem das Krankenhaus in den Krankenhausplan aufgenommen wird, an ein Krankenhaus dieser Art zu stellen sind. Die Leistungsfähigkeit wird dadurch gewährleistet, dass die nach medizinischen Erkenntnissen erforderliche personelle, räumliche und medizinische Ausstattung vorhanden ist.

Medizinische Leitlinien und Richtlinien des G-BA

Der Stand der medizinischen Wissenschaften lässt sich vielfach aus medizinischen Leitlinien ableiten. Die hier ausgewerteten Leitlinien treffen jedoch kaum Aussagen zu den Anforderungen an die Strukturqualität von Einrichtungen der NNCHFR. Lediglich im Hinblick auf die Personalausstattung werden Anforderungen formuliert. Auch der G-BA hat bisher keine Richtlinien erlassen, die Strukturvorgaben für die NNCHFR enthalten.

Wissenschaftliche und Fachliteratur

Eine Auswertung von wissenschaftlicher bzw. von Fachliteratur ergab die folgenden Aspekte:

- **Ansiedlung an Krankenhäusern oder Rehabilitationseinrichtungen:** Die NNCHFR Phase B kann – so der Grundtenor in der Literatur – aus medizinischer/versorgungspolitischer Sicht grundsätzlich sowohl

³ Schreiben der AOK Rheinland/Hamburg an das IGES Institut vom 25.09.2012.

in einem Krankenhaus als auch in einer Rehabilitationseinrichtung stattfinden, solange diese Rehabilitationseinrichtung über die notwendigen akutmedizinischen Ressourcen verfügt.

- Vorhaltung besonderer akut- und intensivmedizinischer Diagnostik und Therapie: Schon die BAR-Empfehlungen bezeichnen die NNCHFR der Phase B als die Phase, in der noch intensivmedizinische Behandlungsmöglichkeiten vorgehalten werden müssen. Auch die Verfügbarkeit einer ätiologischen und Funktionsdiagnostik wurde gefordert. Durch die zunehmende Verankerung der NNCHFR im Krankenhausbereich hat die Frage der vorzuhaltenden akutmedizinischen Diagnostik- und Behandlungsmöglichkeiten auch in Nordrhein-Westfalen an Bedeutung gewonnen. Über eine gewisse – v.a. in der o.g. Literatur näher beschriebene – Ausstattung hinaus (z. B. Röntgen, Neurosonologie, intensivmedizinisches Monitoring, Beatmungsmöglichkeit, Defibrillator) besteht in der Literatur breiter Konsens, dass weiterführende intensivmedizinische, neurochirurgische, neurologische und radiologische Diagnostik (insbesondere CT) verfügbar sein muss, allerdings wird auch eine Kooperation mit benachbarten Einrichtungen als ausrei-

chend angesehen. Selbst für die Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls (OPS 8-981, 8-98b) kann der laut OPS-Katalog notwendige Zugang zu neurochirurgischen Notfalleingriffen sowie zu gefäßchirurgischen und interventionell-radiologischen Behandlungsmaßnahmen auch durch Kooperationspartner in höchstens halbstündiger Entfernung sichergestellt werden. Ausführlich befasst sich das Land Baden-Württemberg in seiner aktuellen Planung mit der Möglichkeit von Kooperationen im Hinblick auf die Verfügbarkeit wesentlicher therapeutischer und diagnostischer Möglichkeiten: So sollen ein CT sowie ein MRT rund um die Uhr (24/7) innerhalb von 60 Minuten erreichbar sein, eine konsiliarärztliche Versorgung bei dringenden Indikationen sollte innerhalb von 24 Stunden verfügbar sein und ein Notfallröntgen soll rund um die Uhr (24/7) innerhalb der Einrichtung oder in einer räumlich angegliederten Einrichtung verfügbar sein.

- Personalausstattung: Hinsichtlich der Personalausstattung besteht in den untersuchten Quellen ein breiter Konsens. Angesichts seiner Vergütungsrelevanz sind insbesondere die im OPS 8-552 enthaltenen Anforderungen an die fachärztliche Leitung und die Zusammensetzung des therapeutischen Teams maß-

	Planungsjahr	Planung	Strukturvorgaben	Anzahl Einrichtungen	Ausweisung Bettenzahlen	Betten/ 1 Mio. Ew.	Fälle/ 1 Mio. Ew.
Baden-Württemberg	2012	ja	ja, ausführlich	13	ja	36	221
Bayern	2012	SA/SHV	nein	25	ja	78	603
Brandenburg (BB)	2008	ja	ja, knapp	3	ja	92	806
Berlin (B)	2010	nein	nein	k. A.	nein		49
BB/ B						38	364
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
NRW	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***

Tab. 1: NNCHFR in der Krankenhausplanung der Länder im Überblick

Quelle: IGES auf Basis der Krankenhauspläne der Länder und der SQB-Daten 2010

Anmerkung: * Da eine Klinik für die NNCHFR (M-V: Helios Leezen, S-A: Median Flechtingen) in ihrem Strukturierten Qualitätsbericht keine prozedurenbezogenen Fallzahlen ausweist, lag die tatsächliche Fallhäufigkeit im Jahr 2010 über dem hier ausgewiesenen Wert.

** Seitdem hat sich die Bettenkapazität weiter erhöht auf aktuell 200 Betten für Erwachsene bzw. 90 Betten je 1 Mio. Einwohner.

*** Da die Median Klinik Bad Tennstedt in den SQB-Daten auffällig wenig Fälle OPS 8-552 ausgewiesen hat und in ihrer pdf-Version des Qualitätsberichts deutlich höhere Fallzahlen angibt, dürfte die Leistungshäufigkeit 8-552 im Jahr 2010 in Thüringen insgesamt höher gewesen sein (631,2 Fälle je 1 Mio. Einwohner).

gebend. Die laut Bertram/Brandt (2007) notwendigen intensivmedizinischen Erfahrungen werden im aktuellen Konzept des Landes Baden-Württemberg dahingehend präzisiert, dass ärztliche und pflegerische Mitarbeiter über tätigkeitsbezogene intensivmedizinische Erfahrungen oder über mehrjährige Erfahrungen in einer NNCHFR Phase B-Einrichtung verfügen müssen.

Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation in den Krankenhausplänen

Die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation ist eine hochspezialisierte Behandlungsform, die besondere Anforderungen an die Leistungsfähigkeit der sie erbringenden Einrichtungen stellt. In den meisten Bundesländern wird die NNCHFR Phase B daher ausdrücklich geplant. Nur in den Ländern Berlin (da die Versorgung von Berliner Patienten überwiegend in Brandenburg erfolgt), Schleswig-Holstein (wo die Versorgungssituation – trotz einer inkonsistenten Planung – deutlich besser ist als in Nordrhein-Westfalen, vgl. Tabelle 34) und Niedersachsen (wo es eine lange etablierte Arbeitsgemeinschaft für NNCHFR und eine entsprechende Abstimmung mit den Kostenträgern und der Planungsbehörde gibt) erfolgt keine Planung der NNCHFR Phase B. In Bayern und Nordrhein-Westfalen wird die NNCHFR Phase B nicht direkt als solche geplant: In Bayern wird sie unter den Planungsschwerpunkt Schlaganfall/Schädel-Hirn-Verletzte (SA/SHV) subsumiert, in Nordrhein-Westfalen liegt der Fokus auf Kapazitäten für schwer Schädel-Hirn-Verletzte (SHV; vgl. Tab. 1).

Weitergehende Analysen der in den Krankenhausplänen für die NNCHFR ausgewiesenen Einrichtungen und – in den Ländern, in denen die NNCHFR nicht im Krankenhausplan ausgewiesen wird – der Einrichtungen, die Leistungen der NNCHFR erbracht haben, zeigen: Die NNCHFR findet in anderen Bundesländern am häufigsten in Rehabilitationskliniken statt, die neben der NNCHFR (in Krankenhausbetten) auch noch weiterführende Rehabilitationsleistungen (Phase C, D/AHB in Rehabetten) erbringen (Tabelle 2).

Oft wird die NNCHFR auch von integrierten Akut- und Rehabilitationseinrichtungen erbracht, die – meist als neurologische Fachkliniken – zusätzlich zu dem Angebot der Rehabilitationskliniken noch akutmedizinische Leistungen der Phase A erbringen. In Akutkliniken (Krankenhäusern), die über die akutmedizinische Versorgung und die NNCHFR Phase B hinaus keine weiterführenden rehabilitativen Maßnahmen erbringen, werden dagegen seltener Leistungen der NNCHFR erbracht. Dass bundesweit (ohne NRW) rund 27 % aller berücksichtigten Kliniken für NNCHFR Akutkliniken sind, ist darauf zurückzuführen, dass in den drei Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg die NNCHFR überwiegend in Akutkliniken stattfindet. Dabei ist noch zu berücksichtigen, dass in den fünf Berliner Einrichtungen jeweils nur sehr wenige Leistungen (in drei Kliniken nur 1, 3 bzw. 5 Fälle) der NNCHFR erbracht werden. In den großen Flächenländern dominieren Rehakliniken (Baden-Württemberg, Bayern, Brandenburg, Mecklenburg, Sachsen, Thüringen) oder Rehakliniken und integrierte Akut- und Rehakliniken (Hessen, Nie-

Bundesland	Anzahl Einrichtungen Phase B	davon Rehakliniken	davon integr. Akut- und Rehakliniken	davon Akutkliniken	davon andere Fachkliniken
Baden-Württemberg	13	62%	23%	8%	8%
Bayern	25	60%	12%	20%	8%
Berlin	5	0%	0%	100%	0%
Brandenburg	3	100%	0%	0%	0%
Bremen	1	0%	0%	100%	0%
Hamburg	6	0%	17%	83%	0%
Hessen	9	33%	33%	0%	33%
Mecklenburg-Vorpommern	4	100%	0%	0%	0%
Niedersachsen	11	36%	36%	27%	0%
Rheinland-Pfalz	7	29%	0%	71%	0%
Saarland	2	0%	0%	50%	50%
Sachsen	6	100%	0%	0%	0%
Sachsen-Anhalt	2	50%	50%	0%	0%
Schleswig-Holstein	8	25%	13%	50%	13%
Thüringen	5	100%	0%	0%	0%
Deutschland (ohne NRW)	107	50%	16%	27%	7%

Tab. 2: Anzahl und Art der Einrichtungen, in denen NNCHFR durchgeführt wird, nach Bundesländern
Quelle: IGES auf Basis der Krankenhauspläne der Länder und der SQB-Daten (2010)

dersachsen, Sachsen-Anhalt) das Versorgungsangebot. In den beiden Flächenländern, in denen relativ viele Akutkliniken Leistungen der NNCHFR erbringen (Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein), prägt jeweils eine große Rehaklinik das Leistungsgeschehen.

Die meisten Krankenhauspläne enthalten – angesichts nur sehr begrenzt verfügbarer Evidenz zum Zusammenhang von Struktur- und Ergebnisqualität nachvollziehbar – keine Anforderungen an die Strukturqualität der NNCHFR. Ausführliche, detaillierte und zudem aktuelle Strukturvorgaben zur NNCHFR, die auf einem eigenständigen Expertenkonsens beruhen, gibt es lediglich in Baden-Württemberg. In Hamburg wurden Auswahlkriterien für Krankenhäuser formuliert, die Betten für die NNCHFR beantragt haben. In Sachsen-Anhalt wurden zwar Vorgaben formuliert, diese orientieren sich aber stark am ohnehin für den Krankenhausbereich verbindlichen OPS 8-552. Die Vorgaben in Brandenburg und Schleswig-Holstein sind ähnlich knapp wie in Nordrhein-Westfalen und eher deklaratorisch.

Die Bettenkapazitäten für die NNCHFR im Krankenhausbereich wurden in den letzten Jahren deutlich ausgebaut, insbesondere in den Ländern Hessen, Hamburg, Baden-Württemberg, Sachsen, Rheinland-Pfalz und Thüringen. Hinsichtlich der aktuellen Versorgungssituation weisen vier Flächenländer Kapazitäten in der Größenordnung zwischen 70 und 82 Betten je 1 Mio. Einwohner auf: Bayern (aber hier mit SA/SHT: 78), Hessen (77), Sachsen (70) und Thüringen (82). In zwei Bundesländern war die Bettendichte noch deutlich höher (Hamburg: 115, Brandenburg: 92), was auf die Mitversorgung von Einwohnern angrenzender Bundesländer zurückzuführen sein dürfte.

Vier Länder verfügen über planmäßige Versorgungskapazitäten in der Größenordnung von 32–43 Betten je 1 Mio. Einwohner: Baden-Württemberg (36), Brandenburg und Berlin zusammen (38), Bremen (32) und das Saarland (43). Zwei Länder weisen nochmals deutlich niedrigere Planbettenkapazitäten je 1 Mio. Einwohner auf: Rheinland-Pfalz (22) und – mit den bundesweit niedrigsten Bettenkapazitäten – Nordrhein-Westfalen (5).

Der Abgleich zwischen Bettenkapazitäten und Leistungshäufigkeiten (Fälle mit OPS 8-552) im Jahr 2010 wird dadurch erschwert, dass sich die Daten nicht immer auf dieselben Zeiträume beziehen. Deutlich wird aber, dass in Nordrhein-Westfalen auch die Leistungshäufigkeit von 53 Fällen mit OPS 8-552 je 1 Mio. Einwohner deutlich niedriger war als in allen anderen Bundesländern. Sachsen und Hamburg weisen im Vergleich zu ihren Bettenkapazitäten eine unterdurchschnittliche Leistungshäufigkeit auf; dies dürfte in beiden Ländern u. a. darauf zurückzuführen sein, dass die Kapazitäten hier erst nach dem Jahr 2010 deutlich erhöht wurden.

Der Bundesländervergleich zeigt zusammenfassend eine deutlich geringere Versorgungsdichte in der NNCHFR in Nordrhein-Westfalen als in anderen Bundesländern. Angesichts dieser Tatsache scheint eine Diskussion darüber dringlich, ob die zuständige Planungsbehörde – wie die Planungsbehörden in fast allen anderen Bundes-

ländern auch – geeignete Maßnahmen ergreifen sollte, um im Sinne einer bedarfsgerechten Versorgung die Versorgungskapazitäten zu erhöhen. Damit verbundene Anforderungen an die Strukturqualität zusätzlicher Versorgungskapazitäten in der NNCHFR sollten sich im Wesentlichen an den im OPS Code 8-552 enthaltenen Vorgaben orientieren, die sich insbesondere auf die personelle Ausstattung beziehen. Die wissenschaftliche bzw. Fachliteratur sowie die Versorgungsrealität in anderen Bundesländern zeigen, dass die NNCHFR sowohl eigenständig an darauf spezialisierten solitären Fachkliniken als auch an allgemeinversorgenden Krankenhäusern erbracht werden kann. Komplikationen im Behandlungsverlauf können – so die Literatur und die im Rahmen der Gutachtenerstellung befragten Experten – grundsätzlich von den Einrichtungen der NNCHFR selbst bewältigt werden. Ein Bedarf an weitergehenden Versorgungsangeboten (z. B. neuro-, gefäß- und viszeralchirurgische Leistungen, radiologische Diagnostik per CT) kann durch Kooperationen mit nahegelegenen Einrichtungen gedeckt werden.

5. Bedarfsgerechtigkeit der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation

Der Leistungsbedarf in der NNCHFR Phase B für Nordrhein-Westfalen wird anhand der Parameter

- Anzahl Überlebende mit für die NNCHFR relevanten Akutdiagnosen in Krankenhäusern
- nach Altersgruppen (mit Variante 1: exklusive der über 80-Jährigen und mit Variante 2: inklusive der über 80-Jährigen),
- nach Barthel-Index bei Entlassung aus der Akutversorgung (< 30 Punkte) und
- nach Verteilung der Hauptdiagnosen bei Fällen mit DRG der NNCHFR

auf 8.299 Fälle (Variante 1) bzw. 13.562 Fälle (Variante 2) geschätzt. Daraus abgeleitet wird ein Bettenbedarf von 1.011 Betten (Variante 1) bzw. 1.651 Betten für die NNCHFR Phase B geschätzt.

Der Vergleich des geschätzten Versorgungsbedarfs mit den tatsächlichen Fällen in der NNCHFR Phase B im Jahr 2010 zeigt, dass nur 12 % (Variante 1) bzw. 7 % (Variante 2) der geschätzten Bedarfsfälle in Krankenhäusern behandelt werden (N = 969 Fälle) und weitere 7 % (Variante 1) bzw. 4 % (Variante 2) in den zwei Rehabilitationseinrichtungen mit Phase B Betten (geschätzte 575 Fälle). Außerdem erhalten 4 % (Variante 1) bzw. 2 % (Variante 2) der Bewohner Nordrhein-Westfalens eine NNCHFR Phase B in einem der umliegenden Bundesländer (N = 307 Fälle).

Aufgrund fehlender Datengrundlagen ist unklar, in welchem Umfang die verbleibenden 78 % (Variante 1) bzw. 86 % (Variante 2) des Fallpotentials für NNCHFR Phase B in geriatrischen Einrichtungen rehabilitativ versorgt werden oder in neurologischen Rehabilitationskliniken eine Versorgung als Phase B-Patient im Rahmen von Einzelfallgenehmigungen bzw. als Phase C bzw. Phase C+ Patient erhalten. Auch kann nicht abgeschätzt werden, wie hoch der Anteil an Patienten ist, die einen Bedarf an NNCHFR

haben, aber dennoch ohne eine entsprechende Rehabilitationsmaßnahme nach Hause oder in ein Pflegeheim entlassen werden.

Auch der Vergleich der geschätzten Bettenzahl für eine bedarfsgerechte Versorgung mit dem bestehenden Versorgungsangebot zeigt, dass die Kapazitäten in Nordrhein-Westfalen nicht ausreichen, um dem geschätzten Bedarf nach Leistungen für die NNCHFR Phase B zu entsprechen. Der Bedarfsschätzung nach fehlen für eine bedarfsgerechte Versorgung 849 Betten (Variante 1) bzw. 1.489 Betten (Variante 2). Würden die vorhandenen 154 Betten für (fachübergreifende) Frührehabilitation – im Unterschied zur heutigen Situation – vollständig für die NNCHFR genutzt, reduziert sich der zusätzlich benötigte Bettenbedarf auf 695 Betten (Variante 1) bzw. 1.335 Betten (Variante 2).

6. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Patienten in der NNCHFR (Phase B) sind in der Regel aufgrund von komplexen, vielfach kombinierten Funktionsstörungen hochgradig eingeschränkt und bedürfen deshalb umfangreicher rehabilitativer und pflegerischer Maßnahmen. Zudem besteht vielfach akut- und teils intensivmedizinischer Behandlungsbedarf.

Anforderungen an die Leistungsfähigkeit

Aufgrund des komplexen Behandlungsbedarfs der Patienten stellt die NNCHFR als hochspezialisierte Behandlungsform besondere Anforderungen an die Leistungsfähigkeit der Einrichtungen zur NNCHFR.

Das Land Nordrhein-Westfalen hat in seinem Krankenhausplan 2001 keine verbindlichen Vorgaben für die Leistungsfähigkeit von Einrichtungen der NNCHFR gemacht; die dortige Formulierung (»Eine fachliche Anbindung mit ›Davon-Betten‹ kommt insbesondere an die Gebiete Neurologie und Orthopädie in Betracht, wobei auf ein ausreichend großes Leistungsspektrum des Hauptgebietes zu achten ist«) ist prinzipiell offen und schließt eine Etablierung der NNCHFR an anderen Einrichtungen nicht aus.

Es erscheint jedoch nicht nachvollziehbar, diese Formulierung als verbindliches Kriterium zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit einer Einrichtung heranzuziehen. An verbindliche Kriterien der Leistungsfähigkeit von Krankenhäusern sind grundsätzlich hohe Anforderungen zu stellen, da sie ggf. in die grundgesetzlich geschützte Berufsausübungsfreiheit (Art. 12 GG) und die Eigentumsrechte (Art. 14 GG) eines Krankenhausträgers eingreifen. Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit ist – das haben sowohl das Bundesverfassungsgericht als auch das Bundesverwaltungsgericht in diesem Zusammenhang hervorgehoben – bei solchen Eingriffen zu beachten: Je weitgehender in den Schutzbereich des jeweiligen Grundrechts eingegriffen wird, umso strenger ist der Maßstab für den Rechtfertigungsgrund.

Für die Anforderungen an die Leistungsfähigkeit von Krankenhäusern im Bereich neurologischer Frührehabilitation ist eine nachvollziehbare Begründung nicht ersichtlich, die es rechtfertigte, eine fachliche Anbindung an die Gebiete Neurologie und Orthopädie zu einem all-

gemein verbindlichen Kriterium zu machen. Aus den einschlägigen medizinischen Leitlinien oder Richtlinien des G-BA lassen sich keine solchen Anforderungen an die Leistungsfähigkeit einer Einrichtung für die NNCHFR ableiten.

Aus der medizinischen Fachliteratur lässt sich entnehmen, dass die NNCHFR Phase B aus medizinischer und versorgungspolitischer Sicht grundsätzlich sowohl in einem Krankenhaus als auch in einer Rehabilitationseinrichtung erfolgen kann, solange die notwendigen akut- bzw. intensivmedizinischen Ressourcen verfügbar sind. Zu den Grundanforderungen gehört eine personelle Ausstattung, wie sie nicht nur in der Literatur beschrieben, sondern auch im OPS 8-552 als Basis für die Leistungsvergütung im Rahmen des DRG-Systems verbindlich vorgegeben wird.

Allerdings muss eine Einrichtung für die NNCHFR nicht alle für die Diagnostik und Therapie ggf. benötigte Ausstattung selbst vorhalten. Über eine gewisse Ausstattung hinaus (z. B. Notfall-Röntgendiagnostik, Neurosonologie, intensivmedizinisches Monitoring, Beatmungsmöglichkeit, Labor, Möglichkeit zur Anlage zentralvenöser Katheter, von Blasenkatetern und Ernährungs sonden) wird in der Literatur die Vorhaltung weiterführender diagnos-

Die Situation der Neurologisch-Neurochirurgischen Frührehabilitation Phase B (NNCHFR) in Nordrhein-Westfalen

- Die Bedarfsschätzungen ergeben für Nordrhein-Westfalen eine deutliche rechnerische Versorgungslücke im Bereich der NNCHFR.
- Die analysierten Daten deuten darauf hin, dass Nordrhein-Westfalen in der NNCHFR im Vergleich der Bundesländer die niedrigste Versorgungsquote und die niedrigste Bettendichte (Fälle bzw. Betten je 100.000 Einwohner) aufweist.
- Im Jahr 2010 wurden in Nordrhein-Westfalen rund 1.500 Fälle in der NNCHFR behandelt. Im Unterschied dazu ergeben die Schätzungen einen Bedarf von 8.299 Behandlungsfällen (gemäß Variante 1, nur Patienten unter 80 Jahre) bzw. 13.562 Behandlungsfällen (gemäß Variante 2, ohne Altersgrenze).
- Für die geschätzten Fallzahlen errechnet sich ein Bedarf in der NNCHFR von 1.011 Betten (Variante 1) bzw. 1.651 Betten (Variante 2) und somit ein zusätzlicher Bettenbedarf von 695 Betten (Variante 1) bzw. 1.335 Betten (Variante 2).
- Aus der medizinischen Fachliteratur lässt sich entnehmen, dass die NNCHFR Phase B aus medizinischer und versorgungspolitischer Sicht grundsätzlich sowohl in einem Krankenhaus als auch in einer Rehabilitationseinrichtung erfolgen kann, solange die notwendigen akut- bzw. intensivmedizinischen Ressourcen verfügbar sind.
- Die Praxis in anderen Bundesländern zeigt, dass die NNCHFR dort am häufigsten in Rehabilitationskliniken stattfindet, die dafür meist über Krankenhausbetten verfügen.
- Aus der Literatur und anderen Krankenhausplänen ist keine nachvollziehbare Begründung ersichtlich, die es rechtfertigte, eine fachliche Anbindung der NNCHFR an eine neurologische Hauptabteilung mit einem breiten akutmedizinischen Leistungsspektrum zu einem allgemein verbindlichen Kriterium zu machen.
- Da die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen derzeit die NNCHFR nicht im bedarfsnotwendigen Umfang zu erbringen scheinen, sollte die Krankenhausplanung dazu genutzt werden, um eine bedarfsgerechte Versorgung durch leistungsfähige Einrichtungen sicherzustellen.

tischer und therapeutischer Kapazitäten (z. B. CT, Neurochirurgie, Intensivmedizinische Abteilung) in Kooperation mit benachbarten Einrichtungen als ausreichend angesehen.

Der Blick in andere Bundesländer zeigt, dass die NNCHFR dort weit überwiegend explizit im Hinblick auf Standorte und Bettenkapazitäten geplant wird. In mehreren Bundesländern sind in den letzten Jahren die Kapazitäten für die NNCHFR ausgebaut worden, um eine Unterversorgung in diesem hochspezialisierten Versorgungsbereich zu vermeiden. Wo eine solche formelle Planung nicht erfolgt, ist dies z. B. auf langjährig etablierte, gut ausgebaute Versorgungsstrukturen (Niedersachsen) oder auf eine Mitversorgung durch ein anderes Bundesland (Brandenburg für Berlin) zurückzuführen. Weiterhin zeigen die Krankenhausplanungen und die Versorgungssituationen in anderen Bundesländern, dass die NNCHFR zu einem großen Teil in Rehabilitationskliniken erbracht werden kann, die nicht unmittelbar an der neurologischen oder neurochirurgischen Akutversorgung teilnehmen, oder in integrierten Akut- und Rehabilitationseinrichtungen.

Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung

Bislang gibt es weder für das Land Nordrhein-Westfalen noch für ein anderes Bundesland einen publizierten, epidemiologisch und klinisch fundierten, von der Leistungserbringung in diesem Bereich entkoppelten Ansatz zur Bedarfsabschätzung für die NNCHFR.

Für dieses Gutachten wurde der aktuelle Bedarf im Wesentlichen basierend auf der Anzahl neurologischer Akutfälle und einem diagnosebezogenen Frührehabilitationspotential (Anteil neurologischer Akutfälle mit einem Frührehabilitations-Barthel-Index < 30 Punkte) geschätzt. Eine Schätzung des zukünftigen Bedarfs erfolgte basierend auf den amtlichen Bevölkerungsvorausrechnungen. Die versorgungsnotwendigen Kapazitäten wurden mittels der Hill-Burton-Formel geschätzt. Die so ermittelten Bedarfe und notwendigen Kapazitäten wurden mit Werten aus anderen Bundesländern verglichen.

Die Bedarfsschätzungen ergeben für Nordrhein-Westfalen eine deutliche rechnerische Versorgungslücke im Bereich der NNCHFR. Im Unterschied zu den rund 1.500 behandelten Fällen in der NNCHFR im Jahr 2010⁴ wird ein Bedarf von 8.299 Fällen (gemäß Variante 1) bzw. 13.562 Fällen (gemäß Variante 2) geschätzt. Bei der ersten Variante wurden lediglich Patienten mit neurologischen Hauptdiagnosen bis zu einem Alter von 79 Jahren berücksichtigt. Bezüglich der älteren Patienten wurde in dieser Variante davon ausgegangen, dass sie in geriatrischen Abteilungen versorgt werden.

Da es für die NNCHFR aber keine feste Altersobergrenze gibt, wurden in der zweiten Variante alle Patienten mit neurologischen Hauptdiagnosen berücksichtigt. Für die geschätzten Fallzahlen errechnet sich ein Bedarf in der NNCHFR von 1.011 Betten (Variante 1) bzw. 1.651 Betten

⁴ Davon 969 Fälle in Krankenhäusern, Rest: geschätzte Fallzahlen für die beiden Rehabilitationseinrichtungen mit Vergütungsvereinbarungen Phase B (N = 575 Fälle).

(Variante 2) und somit ein zusätzlicher Bettenbedarf von 695 Betten (Variante 1) bzw. 1.335 Betten (Variante 2). Dabei wurde bereits unterstellt, dass sämtliche Betten, die für die fachübergreifende Frührehabilitation ausgewiesen sind, ausschließlich für die NNCHFR zur Verfügung stehen. Andernfalls fiel der Bedarf an zusätzlichen Betten höher aus.

Bezogen auf die Einwohnerzahl Nordrhein-Westfalens ergäbe sich aus der errechneten Bettenzahl für Variante 1 eine Bettendichte von rund 57 Betten je 1 Mio. Einwohner. Mit einer solchen Bettendichte läge Nordrhein-Westfalen bundesweit im Durchschnitt. Angesichts der in Nordrhein-Westfalen stark ausgebauten geriatrischen Versorgung könnte sich der niedrigere Schätzansatz gemäß Variante 1 als ausreichend erweisen. Bei der weiteren Bedarfsplanung für die Geriatrie sollte jedoch in jedem Fall der besondere Versorgungsbedarf in der NNCHFR berücksichtigt werden.

Zusammenfassend ergeben die Analysen deutliche Hinweise darauf, dass das bisherige Versorgungsangebot an neurologisch-neurochirurgischer Frührehabilitation in Nordrhein-Westfalen dem tatsächlichen Bedarf nicht vollumfänglich entspricht. Da die Krankenhäuser die NNCHFR nicht im bedarfsnotwendigen Umfang zu erbringen scheinen, ist es notwendig, das Instrument der Krankenhausplanung zu nutzen, um durch eine gezielte Ausweisung entsprechender Kapazitäten eine bedarfsgerechte Versorgung mit neurologisch-neurochirurgischer Frührehabilitation sicherzustellen.

Angesichts der besonderen Anforderungen in diesem Versorgungsbereich sollte bei der Ausweisung im Krankenhausplan darauf geachtet werden, dass die Versorgung durch entsprechend leistungsfähige Einrichtungen erbracht wird. Über die ohnehin schon bestehenden hohen Anforderungen an die Personalausstattung hinaus, die sich aus dem OPS 8-552 ergeben, bietet das aktuelle Fachkonzept des Landes Baden-Württemberg zur Beurteilung der notwendigen Leistungsfähigkeit eine ausgearbeitete Grundlage. Dabei sind die Anforderungen an die Leistungsfähigkeit der Einrichtungen so auszugestalten, dass einerseits die Voraussetzungen für eine möglichst hohe Qualität der Versorgung geschaffen werden, andererseits vorhandene Versorgungslücken geschlossen werden können.

Die Langversion des IGES-Gutachtens kann auf der Homepage der Landesarbeitsgemeinschaft Neurorehabilitation NRW (www.neuroreha-nrw.de) unter dem Menüpunkt »Veranstaltungen« eingesehen werden.

Korrespondenzadresse

Stefan Loos, Anke Schliwen
IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin
E-Mail: kontakt@iges.de

Versorgung, Teilhabe und Inklusion der Menschen mit erworbener Hirnschädigung (MeH)

Wahlprüfsteine an die politischen Parteien

Um ihrer Forderung nach Anerkennung eines eigenen Behindertenstatus für Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen (MeH) Nachdruck zu verleihen, hat die Arbeitsgemeinschaft Teilhabe – Rehabilitation Nachsorge und Integration nach Schädelhirnverletzung, ein Zusammenschluss von Fachverbänden und Selbsthilfeorganisationen unter der Schirmherrschaft der ZNS – Hannelore Kohl Stiftung, politische Entscheidungsträger und Parteien im Hinblick auf die anstehende Bundestagswahl gebeten, ihre Positionen und ihre politischen Vorhaben, soweit sie die Teilhabe von Menschen mit erworbener Hirnschädigung betreffen, darzulegen.

- (1) Kennt Ihre Partei die »Stille Epidemie« mit jährlich vielen Tausenden (!) Menschen aller Altersgruppen mit Behinderungen und von Behinderung Bedrohten durch eine erworbene Hirnschädigung – Opfer aus Haushalt, Straßenverkehr und Sport, neuerdings auch wieder aus Militär- und Kriegseinsatz und auch durch häufiger werdende chronische neurologische Krankheiten?
- (2) Wie steht Ihre Partei zu der mangelhaften Versorgungswirklichkeit in den Bereichen der stationären und nachstationären neurologischen Rehabilitation und der gemeinschaftlichen, schulischen, ausbildungsbezogenen sowie beruflichen Teilhabe und Inklusion der Menschen mit erworbener Hirnschädigung (MeH)?
- (3) Wie will Ihre Partei die seit Jahren überfällige Umsetzung des SGB IX – speziell auch für Menschen mit erworbener Hirnschädigung – fördern? Wie steht Ihre Partei im Lichte der UN-Behindertenrechtskonvention zur Weiterentwicklung des SGB IX in der nächsten Legislaturperiode zu einem praktisch wirksamen und justiziablen Leistungsgesetz der Rehabilitation und Teilhabe?
- (4) Wie steht Ihre Partei zur Überarbeitung des Schwerbehindertenrechtes im SGB IX und der Nachbargesetze und Verordnungen in der nächsten Legislaturperiode? Wie können nach Ihrer Meinung die besonderen Belange, Rechte und Nachteilsausgleiche für Menschen mit erworbener Hirnschädigung besser Berücksichtigung finden?
- (5) Wie steht Ihre Partei zu der Einführung eines eigenen teilhaberechtlichen Status MeH (Menschen mit erworbener Hirnschädigung) einschließlich eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs »erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz« angesichts der Tatsache, dass über 800.000 Menschen mit einer relevanten erworbenen Hirnschädigung sowie Millionen indirekt betroffener Angehörigen in Deutschland leben und nur regellos versorgt sind?
- (6) Welche Einflussmöglichkeiten will Ihre Partei nutzen, die Aufsichts- und Gestaltungsgremien in der Selbstverwaltung der Sozialversicherungen, die Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbank und die beteiligten Leistungserbringer auf die besonderen störungsbildspezifischen Versorgungsbelange der Menschen mit erworbener Hirnschädigung und ihrer Angehörigen hinzuweisen?
- (7) Wie kann Ihre Partei im Interesse der vielen Betroffenen helfen, die Versorgung mit neuropsychologischer Diagnostik und Therapie als vertragsärztliche/psychotherapeutische Leistung nach der positiven Bedarfsklärung im Gemeinsamen Bundesausschuss jetzt auch wirklich flächendeckend sicherzustellen (z. B. Zulassungshemmnisse beseitigen, Ausbildungswege verbessern)?
- (8) Wie gedenkt Ihre Partei, die nicht durchgängig funktionierenden Gemeinsamen Servicestellen nach SGB IX effektiver werden zu lassen? Wie kann sichergestellt werden, dass dort auch Kompetenz für die besonderen Belange der Menschen mit erworbener Hirnschädigung (Neurokompetenz) für die Teilhabeberatung und -planung gewährleistet ist?
- (9) Beabsichtigt Ihre Partei, für betroffene Menschen mit erworbener Hirnschädigung ein neutrales einheitliches System der Fallsteuerung mit Budgetverantwortung und der durchgängigen Rehabilitation und Nachsorge, in Weiterentwicklung des in der gesetzliche Unfallversicherung praktizierten Systems, auch bei den übrigen gesetzlichen Rehabilitationsträgern nach SGB V und VI zu entwickeln? Wenn nicht, warum nicht?
- (10) Wird Ihre Partei helfen, barrierefrei Zugang zu Rehabilitation zu ermöglichen sowie niedrigschwellige, regional verfügbare, trägerübergreifend wirksame Referenz- und Beratungsstellen (z. B. Medizinische Zentren für Erwachsene mit Behinderung, Fachambulanzen etc.) oder Netzwerke für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit Teilhabebehinderungen insbesondere auch bei MeH zu etablieren?
- (11) Wie steht Ihre Partei zur schulischen, universitären und beruflichen Inklusion von Kindern und Jugendlichen mit erworbener Hirnschädigung? Welche Maßnahmen zu einer Aufstockung der personellen, strukturellen und Sachmittelressourcen hält ihre Partei für notwendig und wird diese unterstützen?
- (12) Welche Maßnahmen hält Ihre Partei für erforderlich, um Kinder und Jugendliche mit erworbener Hirnschädigung und insbesondere deren Familien in ihrer häufig belasteten Familiensituation zu unterstützen bzw. zu entlasten? Was wird Ihre Partei tun, um diese Maßnahmen umzusetzen?

Konsentiert von den Mitgliedern der AG Teilhabe und den Teilnehmern des 7. Nachsorgekongresses am 1. März 2013, Berlin

Neuropsychologische Universitätsambulanz an der Saar-Universität eröffnet

Am bundesweit einzigen Lehrstuhl für Klinische Neuropsychologie (Professor Dr. Georg Kerkhoff, Universität des Saarlandes) wurde eine Neuropsychologische Lehr- und Forschungsambulanz eröffnet.

Mit der Veröffentlichung des neuen Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM 2013) wurde der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 24.11.2011 umgesetzt. Die ambulante Neuropsychologische Therapie gehört gemäß Anlage 1 der Richtlinien der Methoden der vertragsärztlichen Versorgung (MVV-RL) als »anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethode« somit zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Leistung).

Diese Entscheidung verbessert nachhaltig die Situation der ambulanten Behandlung und Nachsorge neurologischer Patienten und ermöglicht die kostendeckende Behandlung betroffener Patienten in der Saarbrücker Neuropsychologischen Universitätsambulanz. Diese wurde 2006 am Lehrstuhl für Klinische Neuropsychologie als Lehr- und Forschungsambulanz gegründet (die Fachrichtung Psychologie der Universität des Saarlandes ist nach §117 SGB V von der kassenärztlichen Vereinigung Saarland zur Krankenversorgung ermächtigt). Folgende Störungsbilder werden in der neuropsychologischen Lehr- und Forschungsambulanz behandelt:

- zerebrale Sehstörungen (Gesichtsfeldausfälle, Lese-, Explorations- und Fusionsstörungen),
- motorische und sensorische Neglect-Syndrome und Extinktion
- Störungen der multimodalen Raumorientierung
- Körperwahrnehmungsstörungen
- Dysexekutive Störungen, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen
- hirnorganisch bedingte Wesensveränderungen
- neuropsychologische und psychiatrische Veränderungen bei Multipler Sklerose

Neben der neuropsychologischen und psychotherapeutischen Versorgung betroffener Patienten verfolgt die Universitätsambulanz in Verbindung mit dem Lehrstuhl Klinische Neuropsychologie die kontinuierliche Verbesserung des Behandlungsangebotes durch entsprechende Therapieforschung mit klinisch-neuropsychologischen Fragestellungen. Hierzu gehört die Optimierung bestehender Behandlungsverfahren etwa im Bereich der zerebralen Seh-, Lese-, Explorations- und Raumwahrnehmungsstörungen, ebenso wie die Entwicklung und Evaluation innovativer Diagnostik- und Therapiemethoden im Bereich des Hemineglects, der Extinktion und körperbezogener Wahrnehmungsstörungen. Auch die Durchführung und Evaluation neuropsychologischer und psychotherapeutischer Interventionen bei Multipler Sklerose ist ein Schwerpunkt der Neuropsychologischen Universitätsambulanz.

Die umfangreichen klinischen Forschungsprojekte, die der Lehrstuhl sowohl in der eigenen Neuropsychologischen Universitätsambulanz als auch in enger Kooperation mit regionalen und überregionalen klinischen Einrichtungen und Institutionen realisiert, verbessern entscheidend die ambulante Versorgung neurologischer Patienten. Das Diagnostik- und Behandlungsangebot richtet sich auch an Patienten außerhalb des Saarlandes. Diese können sich einer störungsspezifischen neuropsychologischen Diagnostik und anschließend den neuesten, evidenzbasierten Therapien unterziehen. Nähere Informationen zu unserer Therapieforschung und der Neuropsychologischen Universitätsambulanz (inkl. Anmeldung) finden sich auf der Institutshomepage (s. u.).

Kontakt und Ablauf

Nach der Feststellung einer hirnorganischen Erkrankung durch einen entsprechenden Facharzt können sich Patienten, Angehörige oder Fachleute zwecks umfassender neuropsychologischer Diagnostik direkt an unsere Ambulanz wenden (Kontakt s. u.). Bei Vorliegen der Indikation für eine neuropsychologische Therapie stehen zunächst fünf Sitzungen für die Diagnostik zur Verfügung, im Anschluss sind pro Behandlungsfall maximal 60 Therapiesitzungen à 50 Minuten vorgesehen (in Ausnahmefällen plus weitere 20). Die Neuropsychologische Diagnostik und Therapie wird ausschließlich von approbierten Psychologischen Psychotherapeuten mit Weiterbildung in Klinischer Neuropsychologie durchgeführt. Auf der Grundlage der medizinischen Vorbefunde und der neuropsychologischen Diagnostik werden Behandlungsziele formuliert und ein individualisierter Behandlungsplan erstellt. Um das »co-therapeutische Potenzial« des psychosozialen Netzwerks auszuschöpfen, werden auf Wunsch auch Angehörige in den Therapieprozess miteinbezogen. Steht eine stufenweise Wiedereingliederung in den Beruf an, werden arbeitsplatzspezifische Anforderungen eruiert, um die entsprechenden neuropsychologischen Funktionen möglichst alltagsnah zu trainieren.

Zeitgleich zur Neuropsychologischen Therapie findet immer eine psychotherapeutische Begleitung statt, um eine funktionale Krankheitsverarbeitung sicherzustellen, und um gegebenenfalls zeitnah eine psychotherapeutische Intervention einzuleiten.

*Kontakt Lehrstuhl:
Univ.-Prof. Dr. Georg Kerkhoff
Neuropsychologische Universitätsambulanz,
AE Klinische Neuropsychologie
Campus Gebäude A1.3,
66123 Saarbrücken,
Tel.: 0681/302-57381,
E-Mail: kerkhoff@mx.uni-saarland.de
Internet: <http://www.uni-saarland.de/lehrstuhl/kerkhoff/personen/mitarbeiter/kerkhoff.html>*

*Kontakt Ambulanz:
Tel.: 0681/302-57381*