



Bundesverband NeuroRehabilitation  
BNR e. V.

## **Bundesverband NeuroRehabilitation e.V. (BNR)**

### **Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz - KHVVG, Stand 13.04.2024)**

Kontakt:

Bundesverband NeuroRehabilitation e.V. (BNR)  
Prof. Dr. med. Thomas Mokrusch, Vorsitzender  
Bundesgeschäftsstelle Frau Susanne Huber  
Am Tannwald 1  
79215 Elzach

[info@bv-neuroreha.de](mailto:info@bv-neuroreha.de)

Der Bundesverband NeuroRehabilitation e.v. (BNR) ist als Dachverband aller im Bereich der NeuroRehabilitation tätigen Träger von Einrichtungen, Fachgesellschaften sowie Behindertenverbänden und Selbsthilfegruppen tätig. Der Bundesverband koordiniert und nimmt insbesondere die nach § 26 Abs. 6 SGB IX festgelegten Beteiligungsrechte wahr. Insoweit ist er auch Ansprechpartner für die Bundesregierung in fachspezifischen Fragestellungen der NeuroRehabilitation.

Die hier vorgelegten Empfehlungen wurden zum einen als Stellungnahme zum Entwurf des KHVVG erarbeitet, zum anderen, um die Besonderheiten der neurologisch-neurochirurgischen (Früh-)Rehabilitation zukunftsweisend darzustellen. Die Sicherung der Neurologisch-Neurochirurgischen Frührehabilitation (NNF) ist essentiell für eine moderne und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung.

## **Generelle Aussage**

**Der BNR begrüßt explizit und generell die Planungen zu einer Reform der Gesundheitsversorgung. Diese Reform hat im aktuellen Status das Potential für wegweisende Verbesserungen des Gesundheitswesens, weist aber gleichzeitig auch einen relevanten Mangel auf:**

**Im vorliegenden Entwurf werden die Neurologisch-Neurochirurgische Frührehabilitation (NNF) und die NNF-Weaning (NNF mit Beatmungsentwöhnung) in der selben Leistungsgruppe verortet.**

Positiv ist zunächst anzumerken, dass der Entwurf des KHVVG die Sonderrolle der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation anerkennt, indem der NNF eine eigene Leistungsgruppe 55 „Neuro-Frühreha (NNF, Phase B) zuordnet wird. Sofern es sich um spezialisierte Einrichtungen der NNF handelt,

werden diese als Fachkliniken dem Level 2 zugeordnet. Zudem wird einer klaren Definition von Leistungsgruppen hohe Bedeutung zugemessen:

*„Die Definition von Leistungsgruppen ist für den Erfolg der Krankenhausreform von höchster Relevanz. Sie haben eine hohe Bedeutung für die zukünftige Krankenhausplanung und die Sicherstellung der stationären Versorgung. Bund und Länder erarbeiten und verantworten gemeinsam die Festlegung und Weiterentwicklung der Leistungsgruppen mit Qualitätskriterien, die durch eine zustimmungsbedürftige Rechtsverordnung festgelegt werden.“*

Das Besondere an neurologischen Erkrankungen ist, dass sie in der Regel als äußerst komplexe Schädigungs- und Störungsmuster auftreten, bedingt durch die umfassenden Steuerungsaufgaben des zentralen und peripheren Nervensystems. Ohne frühzeitige und intensive rehabilitative Maßnahmen in einem fachärztlich geleiteten multiprofessionellen, inter- oder transdisziplinär arbeitenden Team (Neuropsychologie, Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie, aktivierend-therapeutische Pflege, Sozialdienst u.e.m.) verbleiben häufig lebenslang schwere Behinderungen mit Verlust der Teilhabe in allen Dimensionen.

Bei der rehabilitativen Versorgung schwer betroffener neurologisch erkrankter Menschen (Schlaganfall, Tumor, Schädel-Hirn-Verletzung etc.) bedarf es initial gleichermaßen intensivmedizinischer wie auch rehabilitativer Expertise. Das Zusammenwirken dieser im wesentlichen ärztlichen, therapeutischen sowie pflegerischen Kompetenzen wurde über Jahrzehnte effektiv und flächendeckend in Deutschland aufgebaut. Dies gilt heute gleichermaßen für die klassischen, nicht beatmeten Frühreha-Patienten mit Trachealkanüle, wie seit einigen Jahren auch für beatmete Patienten, die zur Frührehabilitation mit paralleler Beatmungsentwöhnung aufgenommen werden. Heute kann die NNF Patienten frühzeitig von den unterschiedlichsten Intensivstationen übernehmen und diese dadurch entlasten. Diesbezüglich wurden - ähnlich wie für die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation - auch für die

Frührehabilitation mit prolongierter Beatmungsentwöhnung Strukturvoraussetzungen definiert, die u.a. auf den Struktur- und Prozessmerkmalen der OPS 8-552 Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation sowie 8-718.8. und .9 Prolongierte Beatmungsentwöhnung basieren und sich vielfältig bewährt haben.

Bei vielen Gemeinsamkeiten besteht jedoch ein gravierender Unterschied zwischen den „konventionellen“ neurologischen Frühreha-Patienten und jenen, die noch beatmet werden. Für letztere sind neben den sonstigen umfänglichen Kompetenzen der Rehabilitation und der allgemeinen Neurologie und Intensivmedizin zusätzlich vor allem die Kompetenzen auf dem Gebiet der Beatmungsmedizin erforderlich, sowohl in der ärztlichen als auch in der pflegerischen Versorgung, die neben der selbsterklärenden Begründung z.B. auch eine spezielle Ausbildung erfordern (beim Arzt mindestens die Zusatzbezeichnung „spezielle neurologische Intensivmedizin“, alternativ den Nachweis von spezifischen Erfahrungen, bei der Pflege die Weiterbildung zum „Fachkrankenpfleger für Intensivpflege und Anästhesie“ oder vergleichbare Erfahrungen. Mittlerweile ist jeder fünfte Frühreha-Patient der neurologischen Frührehabilitation mit prolongierter Beatmungsentwöhnung (Weaning) zuzuordnen. Zu der bereits vorgesehenen Leistungsgruppe „neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation, NNF“ soll deshalb zusätzlich auch eine weitere Leistungsgruppe „Beatmungsentwöhnung in der NNF, NNF-Weaning“ geschaffen werden, welches personell und apparativ den bisherigen Voraussetzungen im OPS 8-817.8/9 entsprechen. Dieses Leistungssegment existiert heute bereits eigenständig und muss auch unbedingt eigenständig erhalten bleiben. Zum einen hat sich die Integration von prolongierter Beatmungsentwöhnung in die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation in Bezug auf die Behandlungserfolge als sehr effektiv erwiesen, zum anderen sind sowohl die Art der therapeutischen Zuwendung als auch die Behandlungsergebnisse bei konventionellen Frühreha-Patienten und bei Neuroweaning-Patienten nicht sinnvoll miteinander zu vergleichen. Allein die Mortalitätsraten unterscheiden sich bereits um Dimensionen.

Während die Mortalitätsraten bei konventionellen Frühreha-Patienten in der Regel im niedrigen einstelligen Bereich liegen, sind diese bei neurologischen Weaning-Patienten um ein vielfaches höher. Werden diese beiden unterschiedlichen Patientenklientele gemeinsam in einer einzigen Leistungsgruppe verortet (was bisher auch im OPS nicht geschieht) wird die Behandlung weder der einen noch der anderen Klientel gerecht, und die dadurch zu erwartende „Eindampfung“ der Patientenzahlen wird zu einem dramatischen Verlust an Behandlungsqualität und Behandlungsergebnis bei neurologischen Erkrankungen des Gehirns führen, mit allen Konsequenzen nicht nur für den einzelnen Betroffenen, sondern auch für die sozioökonomischen Folgen, z.B. durch den dann stark ansteigenden Pflegebedarf.

In beiden Leistungsgruppen (NNF und NNF-Weaning) ist ein hoher Vorhalteanteil der Gesamtvergütung zu berücksichtigen. Eine 40-%ige Vorhaltungsfinanzierung wird allein schon in der Leistungsgruppe (NNF) der Bedeutung in der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung nicht gerecht. Es gilt dabei zu bedenken, dass in der NNF regelhaft personelle und apparative Überwachungspflicht mit zentralem Monitoring besteht, entweder auf Intermediate Care- oder Intensiv-Standard. Intensivmedizinische Leistungen werden aber Leistungsgruppen zugeordnet, die einen Vorhaltungsfinanzierungsanteil von 60 % beinhalten. Wir empfehlen daher, den Anteil von 60 % Vorhaltungsfinanzierung auch für die Leistungsgruppen NNF und NNF-Weaning vorzusehen.

### **Vorschlag:**

**Die bereits vorgesehene Leistungsgruppe 55 „neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (NNF, Phase B)“ wird um eine weitere Leistungsgruppe „neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation mit Beatmungsentwöhnung (NNF, Phase**

**B/Beatmungsentwöhnung)“ ergänzt. Die Operationalisierung und Differenzierung der beiden Leistungsgruppen erfolgt aktuell bereits ausreichend sicher über die etablierten Struktur- und Prozessmerkmale der OPS 8-552 sowie 8-718.9. Sowohl für die NNF als auch für die NNF-Weaning soll ein Anteil von 60% für die Vorhaltungsfinanzierung vorgesehen werden.**

2023-04-29

Für den Vorstand des BNR

**Prof. Dr. med. Thomas Mokusch**

Vorsitzender Bundesverband NeuroRehabilitation e.V. (BNR)