

Qualitätskriterien für die  
Neurologisch-Neurochirurgische  
Frührehabilitation (NNFR)  
in Bayern  
2016

## Inhaltsverzeichnis

<b>A. Einleitung</b> .....	<b>2</b>
<b>B. Definition der Neurologisch-Neurochirurgischen Frührehabilitation Phase B</b> .....	<b>4</b>
<b>C. Strukturqualität</b> .....	<b>5</b>
C.1. Allgemeine Struktur der Frührehaeinrichtung / Mindestgröße.....	5
C.2. Intensivmedizinische Überwachung / Notfallbehandlung .....	6
C.3. Diagnostik .....	7
C.4. Zusätzliche apparative, reha-technische Ausstattung .....	8
C.5. Personalstruktur.....	8
C.5.1. Ärztlicher Dienst.....	8
C.5.2. Pflege.....	9
C.5.3. Therapeuten .....	9
C.5.4. Zusätzliche Personalanforderungen.....	10
<b>D. Anforderungen an die Prozessqualität</b> .....	<b>10</b>
D.1. Aufnahme.....	10
D.2. Akut-/kurativmedizinische Behandlung.....	10
D.3. Rehabilitative Behandlung .....	11
D.3.1. ICF-Orientierung Rehabilitation .....	11
D.3.2. Aufnahme-Untersuchung und Frühreha-Assessment .....	11
D.3.3. Therapieziel/-planung .....	12
D.3.4. Teambesprechung.....	12
D.3.5. Therapien.....	12
D.3.6. Therapiedichte .....	12
D.4. Dauer der Behandlung.....	13
D.5. Angehörigenbetreuung .....	13
D.6. Sozialdienst, Hilfsmittelversorgung und Entlassmanagement.....	14
D.7. Dokumentation/Arztbrief .....	14
D.8. Qualitätssicherungsmaßnahmen .....	14
<b>E. Beurteilung der Ergebnisqualität</b> .....	<b>14</b>
E.1. Interne Qualitätssicherung .....	15
E.1.1. Daten aus der externen Qualitätssicherung .....	15
E.1.2. Routinedaten.....	15
E.2. Externe Qualitätssicherung.....	16
Turnusgemäße Aktualisierung .....	<b>17</b>
Literatur.....	<b>17</b>

## A. Einleitung

1982 wurden vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung mit dem „Fachprogramm „Stationäre Versorgung und Rehabilitation von Schlaganfallpatienten und Schädel-Hirn-Verletzten in Bayern“ (1) die Grundlagen für ein abgestuftes Rehabilitationssystem dieser bis dahin unterversorgten Patientengruppe gelegt. Neben der erforderlichen Krankenhausplanung sind in diesem Papier auch erste Strukturvorgaben für eine neurologische Rehabilitation und Frührehabilitation publiziert. Vor über 20 Jahren wurden von der bundesweiten Arbeitsgemeinschaft Neurologisch-Neurochirurgische Frührehabilitation (AG NNFR) dann „Empfehlungen zur Neurologisch-Neurochirurgischen Frührehabilitation“ und damit erste Qualitätskriterien für die innerhalb der gesamten neurologisch-neurochirurgischen Behandlungskette besonders herauszustellende Frührehabilitation veröffentlicht (2). 1998 legte die AG NNFR eine weitere Publikation zur „Qualitätssicherung innerhalb der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation“ vor (3). 1995 folgten dann die „Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C“ der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation BAR (4), die in Fachkreisen bis heute als „Goldstandard“ der Qualitätskriterien für die NNFR gelten können, auch wenn sie leistungs- und leistungserbringerrechtlich nie bindend geworden sind. Dieses Positionspapier nimmt deshalb immer wieder Bezug auf die BAR-Kriterien. Sowohl die Fachplanung für Neurologische Frührehabilitation in Baden-Württemberg 2012 (5) als auch ein aktueller Vorschlag zu Qualitätsstandards in der Neurologischen-Neurochirurgischen Frührehabilitation (6) haben wesentliche Teile der BAR-Empfehlungen zum Teil wörtlich übernommen.

Ziel der BAR-Empfehlungen war es, erhebliche Versorgungslücken in der Phase zwischen der Erstversorgung im Akutkrankenhaus und der Behandlung in der Rehabilitationsklinik zu schließen und eine sowohl medizinisch als auch rehabilitativ durchgängige Behandlungskette der schwerst betroffenen Patienten sicherzustellen. Im Verlauf der letzten Jahre ist aber eine allseitige Erosion der BAR-Kriterien zu beobachten: beispielsweise sind die Ein- und Ausschlusskriterien von 1995 von der Realität überholt (z.B. Sepsis, kontrollierte Beatmung), an die Empfehlungen zur Behandlungsdauer sehen sich insbesondere die Leistungsträger längst nicht mehr gebunden, und das Bundesgesundheitsministerium wertete 2006 das Phasenschema der BAR-Empfehlungen nur noch als „hilfreich für die generelle Orientierung“ (7).

Seit 1995 hat sich auch das Umfeld der NNFR deutlich verändert. 1995 hat die BAR in ihren Empfehlungen die NNFR leistungsrechtlich nicht der Rehabilitation, sondern der Krankenhausbehandlung zugewiesen, obwohl für diese Behandlungsphase die vorrangige Ausrichtung der Behandlung an rehabilitativen Zielen charakteristisch sein sollte. Dem folgte 2001 der Gesetzgeber mit der Erweiterung des §39 SGB V (Krankenhausbehandlung) um den Passus „die akutstationäre Behandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation.“ Zur Definition dieser Leistungen wurden dann aber in Abstimmung mit den Bundesländern seitens des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung in einem Schreiben vom 27.10.2004 (8) klargestellt, dass in der Frührehabilitation – auch nach dem Phasenmodell der BAR – „bei vordringlich/primär bestehendem akutstationären Behandlungsbedarf gleichzeitig Rehabilitationsbedarf besteht“. Mit der Einführung des deutschen Fallpauschalen-Systems (G-DRG-Systems) als prozedurenorientiertes System wurden 2004 auch dessen Möglichkeiten genutzt, leistungsrechtlich relevante Minimal Kriterien für Struktur- und Prozessqualität (minimale Leistungsmengen und -qualitäten) für die NNFR (OPS 8-552) zu definieren. Diese sind im Gegensatz zu den BAR-Kriterien zwar relevant für die Vergütung der erbrachten Leistung nach Krankenhausentgeltgesetz, fördern aber nicht die besondere Qualität in der Komplexität der NNFR/Phase B im Phasenmodell (9).

In Bayern wurde die NNFR bis 2012 sowohl nach dem Phasenmodell der BAR als Phase B in „Besonderen Einrichtungen“ (nach §17 KGH) als auch nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel OPS 8-552 in „DRG-Einrichtungen“ erbracht. Die beiden Systeme sind aber bezüglich Inhalten, Anforderungen und Abgrenzungskriterien nicht deckungsgleich (10), was sich schon 2008 bei einer bayernweiten MDK-Erhebung andeutete (11). Nachdem sich nun aber insbesondere die Vergütung im G-DRG-System an den Minimal Kriterien des OPS 8-552 orientiert, wurden Befürchtungen nicht nur in Fachkreisen verständlich, dass sich die Qualität der NNFR in Bayern mit dem Übertritt fast aller NNFR-Einrichtungen ins G-DRG-System 2012/2013 verschlechtern könnte.

Darüber hinaus konnte bayernweit keine Einigung mehr erreicht werden, an welchen Kriterien sich Prüfungen wie 2008 durch den MDK oder Strukturprüfungen im Rahmen der Krankenhausplanung zu orientieren hätten. Nur für die „Besonderen Einrichtungen“ galten die Empfehlungen zur Phase B der BAR nicht nur als Qualitätskriterien, sondern historisch auch implizit als Prüfkriterien für Strukturprüfungen im Rahmen der Krankenhausplanung. Im G-DRG-System dagegen gibt es keine rechtliche Grundlage, die den Einsatz der BAR-Empfehlungen für Prüfungen jeglicher Art rechtfertigen würde, so dass hier lediglich die OPS-Kriterien als Prüfungsgrundlage eingesetzt werden können.

Der Arbeitskreis Rehabilitation von Schlaganfallpatienten und Schädelhirnverletzten in Bayern e.V. hat sich deshalb zur Aufgabe gemacht, in der Tradition der Vorgänger von 1982, 1994 und 1995 Qualitätskriterien für die NNFR in Bayern zu erarbeiten, die das Ziel haben,

- die nachweislich hohe Qualität (11) einer **lückenlosen** neurologisch-neurochirurgisch-frührehabilitativen Versorgung in Bayern zu sichern,
- die Sicherung der rehabilitativen Versorgung von Patienten, die nicht mehr krankenhausbearbeitungspflichtig aber noch nicht rehabilitationsfähig für die weiterführende Rehabilitation sind, zu bewirken und
- die Grundlage zu schaffen für in Kooperation mit den Leistungserbringern und -trägern sowie dem MDK Bayern unter Schirmherrschaft des bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege zu entwickelnde Kriterien für Strukturprüfungen.

Im Krankenhausstrukturgesetz (KHSG), das am 05.11.2015 vom Bundestag verabschiedet wurde, wird der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) „gesetzlich beauftragt, Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu entwickeln (planungsrelevante Indikatoren), die als Kriterien und Grundlage für Planungsentscheidungen der Länder geeignet sind“ (12). Diese Qualitätsindikatoren sollen eine zusätzliche Grundlage für die Planungsentscheidungen der Länder bilden. Damit verfolgt der Gesetzgeber das Ziel einer qualitätsorientierten Weiterentwicklung der Krankenhausplanung und -finanzierung. Die Mitglieder des Arbeitskreis Rehabilitation von Schlaganfallpatienten und Schädelhirnverletzten in Bayern e.V. wollen auch hierzu mit dem hier vorgelegten Positionspapier für die NNFR in Bayern einen Beitrag leisten.

Grundsätzlich muss an dieser Stelle betont werden, dass die hier vorgelegten Qualitätskriterien zwar das medizinisch-inhaltliche Fundament für die Verbesserung der Qualität der NNFR in Bayern liefern, ihnen aber keine leistungsrechtliche Relevanz zukommt, da die Erfüllung einiger Kriterien nicht über die aktuelle Vergütung im DRG-System abgebildet ist. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hat diesbezüglich zu Recht darauf hingewiesen, dass sich konkrete Vorgaben für Strukturen und Prozesse innerhalb des DRG-Systems auf das notwendige Minimum beschränken müssen. Die Ausgestaltung der konkreten Leistungserbringung sei danach Aufgabe der Krankenhäuser, die durch geeignete Festlegung der Prozessabläufe die Qualität der Behandlung sicherzustellen hätten (13). Dieses Positionspapier versteht sich in diesem Zusammenhang als Hilfe bei der konkreten Ausgestaltung der NNFR und geht deshalb bewusst deutlich über ein „notwendiges Minimum“ hinaus. Gleichzeitig verwehrt sich der Arbeitskreis gegen eine missbräuchliche Nutzung dieser weit über die abrechnungsrelevanten Minimalkriterien der NNFR im OPS hinausreichenden Qualitätskriterien zur leistungsrechtlichen Überprüfung der Einrichtungen.

Das Deutsche Krankenhausinstitut fordert in seinem Gutachten „Qualität als Entscheidungskriterium in der Krankenhausplanung“ darüber hinaus, dass bei der Entwicklung und Umsetzung krankenhauserplanerischer Qualitätsvorgaben Finanzierungsaspekte unbedingt berücksichtigt und etwaige Mehrkosten infolge entsprechender Planungsvorgaben komplett refinanziert werden müssten, was gleichermaßen für Investitions- und Betriebskosten gelte. Solange erhöhte Betriebskosten nicht über die Fallpauschalkalkulation abgedeckt seien, seien sie über bundesweite oder ggf. landesspezifische Zuschläge zu finanzieren (14).

Das Positionspapier orientiert sich an den von A. Donabedian 1966 definierten Qualitätsdimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (15).

## B. Definition der Neurologisch-Neurochirurgischen Frührehabilitation Phase B

Den Empfehlungen der AG NNFR von 1994 und der BAR von 1995 folgend, wollen wir unter neurologisch-neurochirurgischer Frührehabilitation ein

- eigenständiges interdisziplinäres Therapiekonzept diagnostischer, rehabilitativer und psychosozialer Maßnahmen verstehen,
- bei dem wegen der Schwere und Komplexität der neurologischen Schäden mit primären oder sekundären Störungen zahlreicher Organsysteme noch intensivmedizinische Behandlungsmöglichkeiten vorgehalten werden müssen.

Ziel der NNFR ist es, eine größtmögliche biologische, physische und psychische Unabhängigkeit zu erzielen und die Patienten weitestgehend ins Alltagsleben wiedereinzugliedern und hierfür die erforderliche Rehabilitationsfähigkeit zu schaffen.

Eine der wesentlichen Aufgaben der NNFR besteht in der Klärung des Rehabilitationspotenzials. Ein Rehabilitationspotenzial kann deshalb bei den schwerst betroffenen Patienten der NNFR weder a priori vorausgesetzt noch ex post abgesprochen werden.

Im Unterschied zur (weiterführenden) Rehabilitation ist die Frührehabilitation dadurch gekennzeichnet, dass

- neben einem Rehabilitationsbedarf gleichzeitig akutstationärer Behandlungsbedarf besteht
- die Rehabilitationsfähigkeit (Belastbarkeit und Motivierbarkeit) erheblich eingeschränkt sein kann,
- die Rehabilitationsprognose oftmals unsicher ist (8).

### Patienten-Einschlusskriterien für die Neurologisch-Neurochirurgische Frührehabilitation

In der NNFR werden Patienten mit neurologischen Akutereignissen (auch akute Verschlechterung einer chronischen Störung) behandelt, die einer langfristig angelegten, intensiven medizinischen Behandlung und Rehabilitation bedürfen. Hierzu gehören insbesondere Patienten mit schweren Bewusstseinsstörungen, aber auch Patienten mit anderen schweren neurologischen Funktionsstörungen (z.B. Lähmungen, Schluckstörung, Sprachstörungen, kognitiven Störungen) als Folge von

- Schädelhirnverletzungen
- zerebralen Durchblutungsstörungen
- intrakraniellen Blutungen
- Sauerstoffmangel (insbesondere mit Zustand nach Reanimation)
- Erkrankungen des peripheren Nervensystems und der Muskulatur, z.B. Neuropathien wie Guillain-Barré-Syndrom oder Critical-illness-Polyneuropathie/myopathie
- Entzündliche Erkrankungen des zentralen oder peripheren Nervensystems
- Querschnittssyndromen, Myelopathien
- Neuroonkologischen Erkrankungen
- Stoffwechselerkrankungen
- Vergiftungen
- und anderen, vereinzelt auch prozesshaften cerebralen Erkrankungen (wie z.B. Parkinson-Syndrome, Multiple Sklerose), falls hier eine akute, prinzipiell behandelbare und rehabilitierbare Verschlechterung von Aktivität oder Teilhabe eingetreten ist.

Für die Funktions-/Aktivitätsstörung und damit für die rehabilitativen Aufgaben ist die Ursache der zugrundeliegenden Schädigung aber weniger entscheidend.

In Sonderfällen können die o.g. Erkrankungen auch in einem chronischen Krankheitsstadium zu einer stationären Behandlung in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation (Intervallrehabilitation) führen, falls entscheidende teilhaberelevante Therapieziele nur mit den besonderen Möglichkeiten der NNFR zu erreichen sind (wie in den bayerischen ASB-Kriterien definiert(16)).

Weder in den BAR-Kriterien, noch im OPS 8-552 (17) wird eine Altersgrenze für die Behandlung in der NNFR definiert. Insofern gibt es keine Altersgrenze für die Behandlung in der NNFR.

## **C. Strukturqualität**

Strukturqualität beschreibt die Qualität der Leistungserstellung und umfasst die personellen Voraussetzungen, d. h. den Facharztstandard, die technische Ausstattung einer Institution, die räumlichen Gegebenheiten und die Ablauforganisation. Die Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen, Qualitätszirkeln und Weiterbildungsveranstaltungen werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss als weitere Kennzeichen für eine Strukturqualität genannt (18). Trotz deutlicher Fortschritte bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems hat es aber gerade im Bereich der NNFR aufgrund der hohen Diversifizierung auf Einrichtungsebene mit sehr inhomogenem Patientenspektrum und der landesweit uneinheitlichen Leistungserbringung noch keinen Reifegrad erreicht, der eine sach- und leistungsgerechte Abbildung frührehabitativer Leistungen erlaubt. Da aber die Umsetzung und Verbesserung struktureller Maßnahmen unmittelbar mit der Finanzierung der dadurch entstehenden Kosten verbunden ist (13), können hier nur Mindestanforderungen definiert werden, die im Interesse einer sicheren und qualitativ hochwertigen Behandlung von allen Leistungserbringern gleichermaßen erfüllt werden sollen. Die Formulierung von Mindestanforderungen ist im Bereich der neurologischen Frührehabilitation erschwert durch den Mangel an belastbaren evidenzbasierten Daten. Häufig bewegen sich die Empfehlungen daher auf dem Niveau von konsentierten Expertenmeinungen (Evidenz-Grad V).

### **C.1. Allgemeine Struktur der Frührehaeinrichtung / Mindestgröße**

Einrichtungen, welche Neurologisch-Neurochirurgische Frührehabilitation in Bayern durchführen, müssen in der Lage sein, sowohl die Anforderungen für den akutstationären Behandlungsbedarf zu erfüllen, als auch eine multimodale Rehabilitation verschiedenster neurologischer Erkrankungen und Funktionsausfälle zu leisten. Damit kann die NNFR grundsätzlich erbracht werden

- in einer Rehabilitationsklinik
- in einer eigenständig geführten Behandlungseinheit eines Akutkrankenhauses

Eine Abteilung / Klinik für NNFR muss eine klare neurorehabilitative Ausrichtung aufweisen und sollte über eine Mindestgröße von 18 Betten verfügen. Lediglich in einer Neuroreha-Einrichtung, die neben der NNFR auch neurologische Rehabilitation in Phase C erbringt und über eine Gesamtgröße von mindestens 30 Betten verfügt, kann als Orientierungsgröße eine Anzahl von mindestens 12 Betten NNFR als ausreichend erachtet werden.

Das Erbringen der NNFR ist bei Erfüllen der genannten Mindestgröße für die Abteilung / Klinik von 18 Betten grundsätzlich auch auf einer Stroke Unit, auf einer Neurologisch/Neurochirurgischen Intermediate Care Station oder einer Neurologisch/Neurochirurgischen Intensivstation möglich, wobei die eingestreute Unterbringung der Frührehapatienten (weniger als 6) auf diesen Stationen aus Gründen der Qualität abzulehnen ist.

Eine nahtlose Versorgung in den Rehabilitationsphasen C und D ist in der Einrichtung möglich oder durch Kooperationen sicherzustellen.

Die Frührehabilitationsabteilung hat einen sehr großen Raumbedarf, der begründet ist durch die bei den medizinisch instabilen Patienten stationsbezogen zu erbringenden therapeutischen Maßnahmen, den hohen Personalbedarf und die Angehörigenbetreuung. Die Zimmer müssen groß genug sein, um auch im Patientenzimmer eine adäquate Mobilisierung und ggf. apparative Therapie zu ermöglichen. Stationsbezogen sollten Therapieräume mit entsprechender therapeutischer Ausstattung vorhanden sein. Die Einrichtungen müssen in allen Bereichen behindertengerecht ausgestattet sein. Hierzu gehören insbesondere Hilfsmittel, die den unterschiedlichen Mobilisierungsbedürfnissen und –möglichkeiten der Patienten Rechnung tragen:

- Patiententransfersysteme/Lifter
- Betten zur Decubitusprophylaxe

- verschiedene, individuell anpassbare Rollstuhltypen
- Möglichkeit zur Körperpflege auch bei bettlägerigen Patienten, z.B. Nasszellen/Stationsbad mit Duschieliegen
- geeignetes therapeutisches Equipment für bettlägerige, monitorpflichtige oder aus hygienischen Gründen isolierte Patienten (z.B. Stehtische, Tilt-Betten, Bettfahrrad etc.)

Es sollte in der Klinik ein Aufenthaltsraum/-bereich für Patienten und Angehörige zur Verfügung stehen.

## **C.2. Intensivmedizinische Überwachung / Notfallbehandlung**

Die Patienten in der NNFR sind meist medizinisch instabil, so dass die Einrichtung jederzeit in der Lage sein muss, klinische Verschlechterungen wie respiratorische Insuffizienz, Kreislaufinstabilität, erhöhten intrakraniellen Druck, Ausweitung der neurologischen Schädigung, Status epilepticus usw. rechtzeitig zu erkennen (Monitoring, klinische Diagnostik) und darauf umgehend und adäquat zu reagieren (Notfallbehandlungsmöglichkeiten, kurze Verlegungswege in eine operative Einheit, Stroke Unit oder Intensivstation).

Die NNFR kann von Einrichtungen

- mit oder ohne Beatmungsstation
- mit oder ohne Intensivstation

erbracht werden.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) hat in ihren Empfehlungen 1995 einerseits definiert, dass in der NNFR noch intensivmedizinische Behandlungsmöglichkeiten vorgehalten werden müssen, andererseits eine Vielzahl von typischen intensivmedizinischen Situationen als Ausschlusskriterien definiert, die deutlich machen, dass die Anforderungen an die intensivmedizinischen Behandlungsmöglichkeiten in der NNFR nicht gleichzusetzen sind mit den Voraussetzungen für eine Intensivstation im Akutkrankenhaus. Die Einrichtungen mit Beatmungs- oder Intensivstation müssen in der Lage sein, Patienten auf eine intermittierende Beatmung z.B. mit einem Heimbeatmungsgerät einzustellen und fachgerecht zu behandeln.

Folgende definierte Monitormöglichkeiten müssen in ausreichender Anzahl (mindestens 30% der Betten) vorgehalten werden:

- EKG
- Kontinuierliche Blutdrucküberwachung (nicht invasiv)
- Atmungskontrolle
- Pulsoxymetrie

Es müssen nicht bei jedem überwachten Patienten alle genannten Parameter überwacht werden; die Auswahl der überwachten Parameter richtet sich nach den medizinischen Gesichtspunkten.

Es muss jederzeit möglich sein, einen Patienten, der sich vom Allgemeinzustand verschlechtert, an einen Monitor anzuschließen. Falls dies aus baulichen Gegebenheiten nicht im Bereich der gesamten Phase B-Einheit möglich ist, so muss auf dem Teil mit Monitorüberwachung bzw. auf der Intensivstation im Haus ein Notfallbett freigehalten werden.

Für absaugpflichtige Patienten und Patienten mit geblockter Trachealkanüle sowie Patienten, bei denen ein Weaning von der Trachealkanüle erfolgt sowie für respiratorisch oder kardial instabile Patienten muss eine Überwachungsmöglichkeit vorgehalten werden. Alle Überwachungssysteme müssen entweder an einen Zentralmonitor, an eine Rufanlage oder ein Telefonsystem angeschlossen werden können, damit das Personal einen Alarm wahrnimmt, wenn es sich nicht in der unmittelbaren Nähe des Patientenzimmers aufhält.

Für jeden absaugpflichtigen Patienten mit Trachealkanüle oder sonstige Patienten, die häufiger abgesaugt werden müssen, muss ein geeignetes Absauggerät am Patientenbett vorhanden sein. Bei diesen Patienten muss die Möglichkeit zur endotrachealen / oralen bzw. nasalen Absaugung auch in

der Therapie bzw. während der Nahrungsaufnahme gegeben sein. Eine entsprechende Anzahl an Absaugvorrichtungen, auch mobilen, ist deshalb vorzuhalten.

Jede NNFR-Einrichtung muss über ein System zur Notfallalarmierung, ein eingewiesenes Notfallteam und mindestens einen Raum zur Behandlung von Notfällen verfügen. Im Notfallteam müssen ein Arzt und mindestens eine qualifizierte Pflegekraft bereit stehen. Für die primäre Behandlung am Ort des Notfalls hat das Notfallteam einen Notfallkoffer oder Notfallrucksack mit geeigneter Ausrüstung mitzuführen. Bei Kliniken mit Intensivstation / Intermediate Care Unit kann statt des Notfallraumes auch ein frei zu haltendes Notfallbett auf der Intensivstation / Intermediate Care Unit verwendet werden.

Für Notfälle muss eine Möglichkeit zur Beatmung bis zur Verlegung gegeben sein.

Im Notfallraum oder in unmittelbarer Nähe des Notfallraumes / Notfallbetts müssen vorhanden sein:

- Defibrillator mit externer Schrittmacherfunktion (AED nicht ausreichend), Notfall-EKG
- Absauger mit Absaugschläuchen
- Sauerstoffanschluss, Beatmungsbeutel, (transportables) Notfall-Beatmungsgerät
- Wagen oder Schrank mit Notfallmedikamenten, Material für sicheren intravenösen Zugang, Material zur endotrachealen Intubation (einschließlich Larynx tuben), Notfall-Trachealkanülen
- Bestimmungen des Blutzuckers sowie von Blutdruck, Puls und Körpertemperatur müssen auf jeder Station jederzeit möglich sein
- Bei Patienten mit Trachealkanüle sollte im Patientenzimmer zusätzlich ein Notfallset mit Notfallkanüle vorhanden sein

NNFR-Einrichtungen sollten so gelegen sein, dass im Regelfall eine Notfallverlegung auf eine Intensivstation/Beatmungsstation, Stroke Unit, zur Radiologischen Diagnostik (incl. CT) oder zur chirurgischen bzw. neurochirurgischen Intervention rund um die Uhr innerhalb von 60 Minuten an 7 Tagen pro Woche (24/7) möglich ist.

### **C.3. Diagnostik**

Für die Bestimmung des Blutbildes, der Elektrolyte, der Retentionsparameter, Herzenzyme, Entzündungsparameter, sowie Liquordiagnostik muss rund um die Uhr innerhalb 60 Minuten ein Notfalllabor erreichbar sein (vorzugsweise in der eigenen Klinik, ggf. extern). Die Möglichkeit zur Blutgasanalyse muss in der Klinik gegeben sein. Die Bestimmung anderer Laborparameter sowie Mikrobiologie muss werktäglich möglich sein, wobei sicher gestellt sein muss, dass Blutkulturen und andere kritische mikrobiologische Proben jederzeit abgenommen werden können und innerhalb der notwendigen Bearbeitungszeit ins mikrobiologische Labor gebracht werden können.

Die Möglichkeit zum konventionellen Röntgen sollte innerhalb der Klinik werktäglich tagsüber, bei Vorhandensein einer Beatmungs-/Intensivstation rund um die Uhr möglich sein. Auch eine Restharnbestimmung sollte jederzeit möglich sein.

In der Klinik sollten

- neurologische und internistische Sonographie einschließlich Farbduplexsonographie und Echokardiographie,
- Neuro- und Elektrophysiologie (EEG, EMG, NLG, Evozierte Potentiale),
- flexible Tracheoskopie für Trachealkanülenpatienten sowie
- apparative Dysphagie-Diagnostik, fiberendoskopische Schluckuntersuchung (FEES) und/oder Videofluoroskopie
- Langzeit-EKG und Langzeit-Blutdruckmessung

werktäglich verfügbar sein.

Das Körpergewicht jedes Patienten muss im Verlauf jederzeit bestimmt werden können, z.B. durch geeignete Waagen einschließlich Sitzwaagen oder Rollstuhlwaagen sowie Patientenlifter mit integrierter Waage für nicht mobile Patienten.

#### **C.4. Zusätzliche apparative, rehathechnische Ausstattung**

Für besonders schwergewichtige oder sehr große Patienten müssen Spezialbetten zur Verfügung stehen, ggf. über einen Kooperationsvertrag mit einer externen Firma. Dies gilt auch für Anti-Dekubitus Matratzen und anderes Lagerungszubehör.

An jedem Bettenplatz muss ein funktionsfähiger Anschluss an die Rufanlage mit geeignetem Bedienelement vorhanden sein. Die Klinik / Abteilung muss auch über ein ausreichendes Sortiment an Spezialklingelknöpfen oder anderen Interfaces für schwerst bewegungseingeschränkte Patienten (z.B. für Patienten mit Tetraplegie) verfügen.

In der Abteilung bzw. Klinik muss ein geeignetes Sortiment an Hilfsmitteln, vor allem verschiedene Rollstühle, Gehhilfen, Geräte zur Frühmobilisierung, zur Erleichterung des Transfers, zur Lokomotionstherapie, angepasstes Besteck und andere Greifhilfen vorhanden sein. Spezielle Hilfsmittel wie Umfeldkontrollgeräte, Kommunikationshilfen, Spezial-Interfaces zur Steuerung von Elektrorollstühlen etc. sollte innerhalb weniger Tage z.B. im Rahmen einer Kooperation mit einer externen Firma den Patienten zur Verfügung gestellt werden können.

#### **C.5. Personalstruktur**

Die Empfehlungen der AG NNFR zum Personalbedarf einer Frührehabilitationsabteilung von 1994 sind in den meisten Einrichtungen der NNFR nicht umgesetzt worden und nirgends im Bundesgebiet bindend geworden. Zudem sind die Personal- und Stationsstrukturen, die Aufgabenverteilung und Prozesse sowie Patientenstrukturen (z.B. Anteil an beatmeten Patienten oder tracheotomierten Patienten) in den einzelnen Einrichtungen so unterschiedlich, dass die Definition eines einheitlichen Personalschlüssels problematisch ist. Insofern verzichten wir an dieser Stelle wie die BAR und die OPS-Kriterien auf die Definition eines bestimmten Personalschlüssels für die NNFR.

Die Mindestanforderungen zur Personalstruktur orientieren sich an den Mindestanforderungen zur Durchführung der Prozedur neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (OPS 8-552).

Es muss aber darauf hingewiesen werden, dass die Behandlung in der NNFR sehr personalintensiv und darum kostenintensiv ist. Soll eine über die Minimalkriterien des OPS 8-552 hinausreichende Qualität der NNFR in Bayern erhalten werden, so ist dies nicht ohne eine entsprechende Berücksichtigung bei der Vergütung zu erreichen. Mit den auf Basis der Minimalkriterien bundesweit kalkulierten DRGs wird dies sicherlich nicht zu erreichen sein, wohingegen die hier vorgelegten Qualitätskriterien bei den Budgetverhandlungen zwischen den Kostenträgern und den Einrichtungen der NNFR bezüglich der Vergütung der frei verhandelbaren, unbewerteten DRGs (z.B. A43Z für das apallische Syndrom, B43Z für NNFR über 27 Tage) Berücksichtigung finden sollten.

Desweiteren müssen beim Personal eine ausreichende Fachkenntnis und ein ausreichender Personalschlüssel vorliegen, um die schwer betroffenen und pflegeaufwändigen Patienten der NNFR adäquat versorgen und die notwendigen Therapien in ausreichender Zahl und Qualität gewährleisten zu können. Auch die Erfüllung der Kriterien zur Prozessqualität im Abschnitt D stellt letztlich hohe Anforderungen an die Personalstruktur der NNFR-Einrichtungen.

##### **C.5.1. Ärztlicher Dienst**

Entsprechend der OPS 8-552 (Version 2016) steht das Frührehabilitationsteam unter Leitung eines Facharztes für Neurologie, Neurochirurgie, Physikalische und rehabilitative Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Neuropädiatrie, der über eine mindestens dreijährige Erfahrung in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation verfügt. Im Frührehatteam muss der neurologische oder neurochirurgische Sachverstand kontinuierlich eingebunden sein.

Der Personalschlüssel muss die Erfordernisse der Neurologisch-Neurochirurgischen Frührehabilitation abbilden, so dass eine ausreichende, patientennahe Diagnostik, bei Bedarf mehrfach tägliche Visiten, der fachärztliche Behandlungsstandard sowie ein kontinuierliche Arzt-Patientenbeziehung gewährleistet sind.

Wegen der häufigen internistischen Komorbiditäten ist eine ausreichende fachärztlich internistische Versorgung zu gewährleisten, vorzugsweise durch einen fest angestellten Facharzt für Innere Medizin oder durch einen internistischen Konsiliardienst mit ausreichender Präsenz. Der Facharzt für Innere Medizin sollte nicht nur für akute Fragestellungen eingeschaltet werden, sondern sich auch an der stationären Behandlung von Phase B Patienten beteiligen (z.B. in Form von regelmäßigen Visiten, Durchführung der internistischen Diagnostik und Behandlung).

Wegen der Komorbiditäten ist eine konsiliarärztliche Mitbetreuung (Neurochirurgie, Urologie, HNO, Augenheilkunde, Orthopädie/Unfallchirurgie, etc.) sicherzustellen, bei dringlicher Indikation ggf. auch durch Verbringung des Patienten in eine nahegelegene Akutklinik.

Bei Neurologischen Frührehaeinrichtungen mit Intensiv-/Beatmungsstation muss zumindest ein Arzt der Station über die entsprechende Zusatzbezeichnung Intensivmedizin oder Facharztanerkennung für Anästhesiologie verfügen. Der intensivmedizinische Sachverstand muss kontinuierlich eingebunden sein.

Zur Notfallversorgung ist eine ärztliche Präsenz in der Einrichtung rund um die Uhr (24/7) unabdingbar. In der Regel wird dies nachts und an Wochenenden/Feiertagen durch einen Bereitschaftsdienst sicher gestellt. Der fachärztliche Behandlungsstandard ist jederzeit zumindest über einen Hintergrunddienst (Rufbereitschaft) sicherzustellen.

### **C.5.2. Pflege**

Für die NNFR wird eine aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal auf dem Gebiet der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation gefordert. Zumindest ein Teil der Pflegekräfte sollte über eine spezielle Ausbildung für neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation verfügen, desweiteren sollte im Pflorgeteam der Klinik intensiv- und notfallmedizinischer Sachverstand vorhanden sein.

Der Pflegeschlüssel muss ausreichend sein, um sowohl pflegerische Tätigkeiten wie Grundpflege und Dokumentation, als auch die geforderte Zeit an pflegetherapeutischen Maßnahmen leisten zu können (zusammen mit der Therapie pro Behandlungstag im Durchschnitt mindestens 300 Minuten).

Der überwiegende Anteil der am Patienten tätigen Pflegekräfte sollte eine Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege oder Altenpflege abgeschlossen haben oder über eine mindestens dreijährige tätigkeitsbezogene Erfahrungen in einer Einrichtung der NNFR verfügen.

Es erfolgt eine therapeutische Ausbildung von Pflegekräften, z.B. Reha-Pflegefachkraft, Fachkraft Neurorehabilitation.

Für Beatmungsstationen müssen auch Pflegekräfte mit Fachweiterbildung Intensivmedizin zur Verfügung stehen.

### **C.5.3. Therapeuten**

Im OPS 8-552 werden Vorhandensein und Einsatz von folgenden Therapiebereichen gefordert:

- Physiotherapie/Krankengymnastik
- Physikalische Therapie
- Ergotherapie
- Neuropsychologie
- Logopädie/faziorale Therapie
- therapeutische Pflege und ggf.
- Musiktherapie.

Atmungstherapie, Orthoptik, Neuro-/Reha-Pädagogik und Tier-gestützte Therapie sind sinnvolle Ergänzungen des Therapieangebots. Innerhalb der genannten Bereiche können verschiedene therapeutische Maßnahmen zum Einsatz kommen.

Unter Berücksichtigung der individuellen Besonderheiten und Konzeptmerkmalen der Einrichtung sind ausreichend viele (Pfleger-)Therapeuten mit adäquaten Zusatzqualifikationen zur Behandlung der Patienten vorhanden.

Desweiteren ist eine entsprechende Qualifikation und Erfahrung der Therapeuten notwendig. Die Einrichtung trägt Sorge um die Ausbildung/Schulung der Mitarbeiter. In der Physiotherapie und Ergotherapie sollte eine ausreichende Zahl der Therapeuten über eine Ausbildung in neurophysiologischen Verfahren oder funktionsorientierter neurologischer Rehabilitation verfügen.

Der Personalschlüssel für die Therapeuten muss auf die Anforderungen der Prozessqualität abgestimmt sein.

#### **C.5.4. Zusätzliche Personalanforderungen**

Kliniken mit Frührehabilitations-Abteilung müssen über einen eigenen klinischen Sozialdienst sowie eine Organisation zur Hilfsmittelversorgung verfügen. Die Frührehabilitationseinheit sollte auch Zugriff auf eine Diätassistentin haben und besonders geschultes Personal für Wundmanagement (Pfleger) und Atmungstherapie (Pfleger oder Physiotherapie, Logopädie).

### **D. Anforderungen an die Prozessqualität**

„Prozessqualität beschreibt sämtliche diagnostische und therapeutische Maßnahmen innerhalb eines Versorgungsablaufes, die unter Berücksichtigung der individuellen Krankheitsmerkmale eines Patienten ergriffen werden oder nicht. Bei der Prozessqualität stellt sich somit die Frage nach dem „Wie“ der Behandlung. Wie wird diagnostiziert/therapiert? Wie läuft der Behandlungsprozess ab? Prozessqualität bezieht sich direkt auf medizinisch-therapeutische Fragen“ (18). Der Prozessqualität kommt in der NNFR als Qualitätskriterium eine wesentliche Bedeutung zu.

#### **D.1. Aufnahme**

Nach unserem Verständnis beginnt die Frührehabilitation frühestmöglich, auch schon auf der Intensivstation. Eine primäre Akutbehandlung (z.B. unfallchirurgisch, strahlentherapeutisch) sollte aber soweit abgeschlossen sein, dass über einen längeren Zeitraum (z.B. 3 Wochen) eine multimodale Rehabilitationsmaßnahme sinnvoll durchgeführt werden kann. Maschinelle Beatmung, neurologisch-intensivmedizinische Überwachung und Therapie (z.B. bei SIRS/Sepsis, Osteomyelitis), zentraler Venenkatheter, parenterale Ernährung, Tracheostoma oder Dialyse sind keine Ausschlusskriterien, solange die Einrichtung hierauf eingerichtet ist.

Über die Aufnahme jedes einzelnen Patienten wird individuell von der jeweiligen Einrichtung entschieden. Die Indikation zur neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation wird bei Aufnahme fachärztlich geprüft. Der Patient hat einen Frührehabilitations-Barthel-Index nach Schönle (19) bis maximal 30 Punkte zu Beginn der Behandlung.

#### **D.2. Akut-/kurativmedizinische Behandlung**

Die Neurologisch-Neurochirurgische Frührehabilitation ist als Krankenhausbehandlung eine akutmedizinische Versorgung, die geeignet ist, sowohl die neurologische/neurochirurgische Erkrankung, als auch typische Nebenerkrankungen der schwerst neurologisch-neurochirurgisch Erkrankten bzw. typische Komplikationen zu behandeln/zu beherrschen. Hierzu gehören die Fortführung der in der Akutbehandlungsphase begonnenen kurativmedizinischen Maßnahmen (inklusive ggf. erforderlicher intensivmedizinischer Behandlung), medizinische Diagnostik der ZNS-/PNS-Schädigungen und ihrer Ursachen sowie der Grund- /Begleiterkrankungen und weiterer Verletzungen (ätiologische und Funktionsdiagnostik), die permanente Überwachung des

Krankheitsverlaufs, die Beherrschung potentiell lebensbedrohlicher Komplikationen und die Einleitung sekundärprophylaktischer Maßnahmen.

- Die frührehabilitative Komplexbehandlung ist in der Regel nur angezeigt, solange ein akutstationärer Behandlungsbedarf besteht. Dieser wird wöchentlich mit der ASB-Checkliste dokumentiert (15).
- Neue Patienten werden bei der Aufnahme qualifiziert neurologisch untersucht. Diese Aufnahmeuntersuchung wird durch einen in der Frührehabilitation erfahrenen Facharzt durchgeführt oder supervidiert.
- Ärztliche Visiten finden mindestens einmal werktäglich statt. Erforderliche ärztliche/medizinische Untersuchungen müssen kurzfristig jederzeit möglich sein.
- Die Anordnung der Medikation sowie sämtliche relevanten medizinischen Daten müssen nachvollziehbar, überprüfbar und schriftlich dokumentiert sein.
- Im Hinblick auf die Patientensicherheit besteht ein klinisches Risiko-/Komplikationsmanagement mit schriftlich hinterlegten clinical pathways/SOPs hinsichtlich typischer Komplikationen in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation:
  - Notfallmanagement
  - Trachealkanülenmanagement, incl. zum Risiko-adjustierten Vorgehen zum Monitoring von Patienten mit geblockter Trachealkanülen
  - epileptische Anfälle/Status epilepticus
  - Aspiration/Pneumonie (Antibiotika-Management)
  - Harnwegsinfekte/Harnverhalten/Harnableitung
  - kardiale Komplikationen
  - Elektrolyt-/Blutzuckerentgleisungen
- Es besteht ein Hygieneplan der Einrichtung, der die Spezifika der Versorgung von Patienten in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation berücksichtigt.
- Pflegestandards (für Wundmanagement, Dekubitus- und Sturzprophylaxe, Trachealkanülen- und Ernährungsmanagement) werden umgesetzt.

### **D.3. Rehabilitative Behandlung**

Der Ablauf der neurologischen Rehabilitation muss geplant, klar strukturiert, überprüfbar und dem Zustand des einzelnen Patienten angepasst sein. Die rehabilitationsbezogenen Aufgaben der Frührehabilitation umfassen ein Assessment auf Funktions- und Aktivitätsebene, die Erfassung der Rückbildungstendenzen bei Funktionsstörungen (rehabilitationsspezifische Verlaufsdiagnostik), die aktivierende Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal auf dem Gebiet der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation und gezielte funktionelle und alltagsrelevante Behandlung (4).

#### **D.3.1. ICF-Orientierung Rehabilitation**

- Orientierung der Rehabilitation an der ICF-Konzeption
- Individuell relevante Kontextfaktoren (Umweltfaktoren, personenbezogene Faktoren) werden erhoben und nachweislich im Rehabilitationsprozess berücksichtigt.

#### **D.3.2. Aufnahme-Untersuchung und Frühreha-Assessment**

Bei jedem Patienten erfolgt ein interdisziplinäres, standardisiertes Frührehabilitations-Assessment zur Erfassung und Wertung der funktionellen Defizite in mindestens 5 Bereichen (Bewusstseinslage, Kommunikation, Kognition, Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Verhalten, Emotion, Schluckfunktion) zu Beginn und Ende der Behandlung.

### **D.3.3. Therapieziel/-planung**

Es werden für jeden Patienten individuelle Ziele der neurologischen Rehabilitation benannt, schriftlich dokumentiert und ggf. aktualisiert. Die Therapiezieldefinition erfolgt teilhabeorientiert, gegebenenfalls unter Einbeziehung der Angehörigen.

Für jeden Patienten erfolgt in der Teambesprechung eine Rehaplanung, die die individuelle und medizinische Gesamtsituation berücksichtigt. Diese Planung wird bei im Verlauf geänderten Gegebenheiten vom Rehateam angepasst.

### **D.3.4. Teambesprechung**

Die Abstimmung der verschiedenen Therapeuten, des Pflegepersonals und der Ärzte wird in wöchentlichen Besprechungen gewährleistet. Bezugsrahmen ist die Kalenderwoche, d.h. in jeder Kalenderwoche hat eine Therapiebesprechung stattzufinden, die Abstände zwischen den Teambesprechungen können dabei z.B. durch Feiertage variieren. Die erste Teambesprechung erfolgt innerhalb von 7 Tagen nach Aufnahme. Bisherige Behandlungsergebnisse und weitere Behandlungsziele werden in einer wochenbezogenen Dokumentation festgehalten. Solange hier bezüglich Aktivitäten oder Teilhabe relevante Ziele formuliert werden können, ist auch von einer Rehabilitationsfähigkeit im Sinne der NNFR auszugehen.

### **D.3.5. Therapien**

- Die Therapien werden in ausreichender Menge und Qualität nach ärztlicher Verordnung durchgeführt. Alle Therapien werden für jeden Patienten individuell dokumentiert. Art, Anzahl und Zeitdauer der Therapien werden schriftlich festgehalten.
- Die aktivierend-therapeutische Pflege wird durch auf dem Gebiet der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation besonders geschultes Pflegepersonal erbracht
  - anerkannte, auf Frühreha-Patienten spezialisierte Therapien werden angewandt
  - der überwiegende Anteil der in der aktivieren-therapeutischen Pflege tätigen Pflegekräfte ist nach speziell in der NNFR angewandten Konzepten geschult.
- Im Hinblick auf typische Struktur-/Funktionsstörungen von Patienten in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation liegen schriftlich hinterlegte clinical pathways/SOPs vor, die die jeweils aktuellen Leitlinien (DGN, DGNR) berücksichtigen, zusätzlich sind SOPs für folgende Bereiche sinnvoll:
  - Trachealkanülenmanagement
  - Schluckstörungen
  - PEG/Sondenernährung/Ernährung/Flüssigkeitsregime
  - Pharmakostimulation
  - Apparativ gestützte Atemtherapie
  - Orientierungs-/Verhaltensstörung, Freiheitsentziehende Maßnahmen
  - Spastik (die redressierende Gips- bzw. Schienenbehandlung, die Behandlung mit Botulinumtoxin sowie zur Testung/Einstellung der intrathekalen Baclofentherapie sind in der Einrichtung etabliert, ein Kooperationspartner für neuroorthopädische Sehnenverlängerungen/Myofasciotomie namentlich benannt)
  - Heterotope Ossifikationen
  - Schulter-Arm-Syndrom
  - Therapie in Isolierung
  - Blasen- und Darmfunktion
  - Umgang mit Sterbenden bzw. Palliativkonzept
- Anerkannte, evidenzbasierte Therapieverfahren (z.B. Spiegeltherapie, Forced-use, Tapen, Lokomotionstherapie) werden regelmäßig angewendet.

### **D.3.6. Therapiedichte**

- Die Therapiebereiche Physiotherapie/Krankengymnastik, Physikalische Therapie (z.B. funktionelle Elektrostimulation, Lymphdrainage, Schmerztherapie, tonusregulierende Maßnahmen),

Ergotherapie, Neuropsychologie, Logopädie/faziorale Therapie und/oder therapeutische Pflege (Waschtraining, Anziehtraining, Esstraining, Kontinenztraining, Orientierungstraining, Schlucktraining, Tracheostomamanagement, Isolierungspflichtige Maßnahmen u.a.) und ggf. Musiktherapie werden patientenbezogen in unterschiedlichen Kombinationen von mindestens 300 Minuten täglich (bei simultanem Einsatz von zwei oder mehr Mitarbeitern dürfen die Mitarbeiterminuten aufsummiert werden) im Durchschnitt der Behandlungsdauer der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation eingesetzt. Dies bedeutet explizit, dass dieses Mindestmengenkriterium nicht an jedem einzelnen Tag, also z.B. nicht an Sonn- und Feiertagen, erfüllt sein muss, zumal es keine wissenschaftliche Evidenz für die Sinnhaftigkeit hierfür gäbe. Insofern muss auch diesbezüglich die Ausgestaltung der konkreten Leistungserbringung den Leistungserbringern überlassen werden.

- Bei den Behandlungen handelt es sich um Einzel- oder speziell an die Bedürfnisse von Frührehabilitierten angepasste Kleinstgruppentherapien mit max. drei Patienten, die durch Fachpersonal mit geeigneter Qualifikation durchgeführt werden. Die Kleinstgruppentherapieminuten werden zeitanteilig auf die 300 Minuten angerechnet; d.h. bei 3 Patienten ein Drittel der Therapiedauer.
- Die Leistungsminuten der therapeutischen Pflege werden nach dem Katalog pflegetherapeutischer Maßnahmen in der NNFR (20) berechnet.
- Der Anteil der fachspezifischen Therapie (ohne Pflēgetherapie) soll mindestens 100 Minuten (Einzeltherapie, Kleinstgruppen bis max. drei Teilnehmer zeitanteilig) im Durchschnitt pro Behandlungstag (s.o.) über den Aufenthalt betragen.

#### **D.4. Dauer der Behandlung**

Die Interpretation der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit durch das Bundesgesundheitsministerium (7, 8) und die Konditionen im G-DRG-System mit den aktuellen OPS-Kriterien zwingen letztlich zur Beendigung der frührehabilitativen Komplexbehandlung, sobald kein akutstationärer Behandlungsbedarf mehr besteht. Die akutstationäre Behandlungsbedürftigkeit wurde für Bayern in den ASB-Kriterien definiert (15). Neben unstrittigen und harten Indikationen für die Rechtfertigung des akutstationären Behandlungsbedarfs in der NNFR können hier „Sonderfälle und seltene Indikationen“ beschrieben werden. Dadurch sollte den BAR-Empfehlungen Rechnung getragen werden, die fordern, dass jede Bestimmung von Behandlungs-/Rehabilitationsphasen anhand mehrerer Kriterien (Rehabilitationsziele/-potential, Pflegebedarf, Einschlusskriterien Phase C) zu geschehen habe. Die Patienten haben einen Anspruch auf Fortführung der NNFR, solange die akutmedizinische Krankenhausbehandlung noch erforderlich ist und ein funktioneller Zugewinn dokumentiert ist oder die Prüfung des Rehabilitationspotentials noch nicht abgeschlossen ist.

Bei einer relevanten Anzahl von Patienten endet der akutstationäre Behandlungsbedarf weit vor dem Ausschöpfen des realistischen Rehabilitationspotentials. Andererseits erfüllen viele dieser Patienten aber noch nicht die Eingangskriterien in die Phase C. Hier ist eine hoch relevante Versorgungslücke entstanden (die sog. „B-C-Lücke“). Kostenträger, Leistungserbringer und Aufsichtsbehörden werden ausdrücklich aufgefordert hierfür zeitnah Lösungen zu erarbeiten. Ziel muss es sein, auch bei einer nicht in allen relevanten Dimensionen gleichsinnig verlaufenden Krankheitsentwicklung eine lückenlose Behandlungskette sicherstellen zu können.

Die Dauer erstreckt sich in der Regel über 6-8 Wochen (AG NNFR, Frühreha-Studie 2014, noch nicht publiziert), im Einzelfall aber auch durchaus über 4-12 Monate. Diese Behandlungsdauern stellen somit per se keine Auffälligkeit dar.

#### **D.5. Angehörigenbetreuung**

Angehörige sind wichtige Partner im Prozess der rehabilitativen Behandlung, denn sie haben einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit und den Verlauf nach der (Früh-) Rehabilitation. Der Behandlungserfolg kann langfristig nur gesichert werden, wenn die Angehörigen schon beim stationären Aufenthalt mit einbezogen werden und somit ein nahtloser Übergang möglichst in die häusliche Versorgung vorbereitet wird.

Angehörigenarbeit umfasst neben der direkten Aktivierung des Patienten

- die Miteinbeziehung des Angehörigen als Co-Therapeuten
- Wissensvermittlung für den Angehörigen über den weiteren Umgang mit dem Kranken im häuslichen Umfeld
- Wissensvermittlung für den Angehörigen über weitere häusliche oder institutionelle Pflege
- psychosoziale Unterstützung von Angehörigen und Patienten bei der Bewältigung der Krankheitsfolgen und der veränderten Lebenssituation.

Die Betreuungs- und Anleitungszeiten der Angehörigen durch Therapeuten und Pflegekräfte werden bei der Ermittlung der im OPS 8-552 geforderten 300 Minuten berücksichtigt.

Im Bedarfsfall (z.B. in der Reorientierungsphase oder zur Vorbereitung der häuslichen Versorgung durch die Angehörigen) sollte die Möglichkeit einer zeitlich begrenzten, gemeinsamen räumlichen Unterbringung des Patienten mit einem vertrauten Angehörigen bestehen (Rooming-in).

#### **D.6. Sozialdienst, Hilfsmittelversorgung und Entlassmanagement**

Der klinische Sozialdienst bietet dem Betroffenen und seinen Angehörigen persönliche und lebenspraktische Hilfe in Form von Beratung, Information und Schnittstellen-Management. Insbesondere die Beratung und Koordination bezüglich der häuslichen Situation bzw. weiterer pflegerischer Versorgung und sozialer Integration sind häufig notwendig.

Die Leistungen des klinischen Sozialdienstes werden bei der Ermittlung der geforderten 300 Minuten berücksichtigt.

Es erfolgt eine individuelle Verordnung von Hilfsmitteln (schon während des stationären Aufenthaltes).

Die gesetzlichen Anforderungen zum Entlass- und Versorgungsmanagement sind erfüllt.

#### **D.7. Dokumentation/Arztbrief**

Für jeden Patienten wird individuell eine Dokumentation mit allen relevanten Daten erstellt und laufend aktualisiert. Veränderungen des funktionellen Status werden schriftlich dokumentiert.

Nachbehandelnden Ärzten wird über die medizinischen Details des Patienten sowie über den Verlauf der Rehabilitation schriftlich berichtet. Bei der Entlassung aus der Rehabilitation werden Vorschläge für die weitere medizinische und rehabilitative Betreuung schriftlich ausgearbeitet.

#### **D.8. Qualitätssicherungsmaßnahmen**

Die gesetzlichen Vorgaben zur Qualitätssicherung im Krankenhaus sind erfüllt:

- externe und interne Qualitätssicherungsmaßnahmen führt die Institution regelmäßig durch
- ein klinisches Risikomanagement und Fehlermeldesysteme sowie ein patientenorientiertes Beschwerdemanagement sind institutionalisiert und werden gelebt.

### **E. Beurteilung der Ergebnisqualität**

Ergebnisqualität bezieht sich auf das Behandlungsergebnis (18). Die DKG hat den Gesetzgeber und den G-BA aufgefordert, der Bewertung der Ergebnisqualität Vorrang vor Festlegungen zur Strukturqualität einzuräumen, da insbesondere die Berücksichtigung patientenrelevanter Endpunkte das beste Maß für den Nutzen einer Behandlung für den Patienten sei (13). Insofern kommt der Ergebnisqualität neben der Struktur- und der Prozessqualität auch in der neurologischen Frührehabilitation eine besondere Bedeutung zu.

Die OPS 8-552 (17) stellt keine konkreten Anforderungen an die Erhebung der Ergebnisqualität. Insofern kann davon ausgegangen werden, dass Maßnahmen zur Erhebung der Ergebnisqualität nicht in die Vergütung einbezogen sind. Auch der G-BA lässt in der Richtlinie über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für nach §108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (21) erkennen, dass an eine Finanzierung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagement und damit auch der Erfassung der Ergebnisqualität nicht gedacht ist. Damit wird leicht nachvollziehbar, dass die DKG fordert, dass zukünftig in allen Verfahren der Qualitätssicherung „geeignete und hinreichend validierte routinemäßig erhobene Daten“ bevorzugt genutzt werden sollen (13). Auch der G-BA setzt auf „Indikatoren auf Basis von Routinedaten, womit im engeren Sinne die bei den Krankenkassen liegenden Sozialdaten gemeint sind“ (22) – also im Wesentlichen Abrechnungsdaten.

Die folgenden Empfehlungen zur Erfassung der Ergebnisqualität in der NNFR orientieren sich an der Einschätzung des G-BA, dass die Qualitätssicherung in Zukunft auf den drei Datengrundlagen QS-Dokumentationen, Sozialdaten und Patientenbefragungen aufbauen wird, aber bei zahlreichen Fragestellungen, zum Beispiel zur Risikoadjustierung der Qualitätsergebnisse, auch in Zukunft die Erhebung zusätzlicher Daten erforderlich sein wird (23).

## **E.1. Interne Qualitätssicherung**

### **E.1.1. Daten aus der externen Qualitätssicherung**

Für alle Einrichtungen der NNFR ist eine externe Qualitätssicherung zur Dekubitusprophylaxe über die Bayerische Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung (BAQ) in der stationären Versorgung verpflichtend.

Es sind ganzjährig (Aufnahmedatum 01.01. bis 31.12.) stationäre Patienten mit einem Dekubitus ab Grad 2 und einem Alter von mindestens 20 Jahren dokumentationspflichtig. Die QS-Auslösung erfolgt über die Kodierung entsprechender Diagnosen. Für die Kliniken beschränkt sich der Dokumentationsaufwand dann auf die Angaben zum Zustand bei Aufnahme (POA: present on admission) und Entlassung (POD: present on discharge). Weitere Angaben, wie die klinikspezifische Verteilung der Risikofaktoren, werden direkt den Abrechnungsdaten entnommen.

Da die Patienten der NNFR oft erheblich in ihrer Mobilität und Mobilisierbarkeit eingeschränkt sind, besteht in diesem Bereich ein deutlich erhöhtes Decubitusrisiko. Die Erfassung des Decubitusrisikos in den Einrichtungen stellt damit ein wichtiges Instrument der Messung der Ergebnisqualität dar.

### **E.1.2. Routinedaten**

In den Kliniken wird eine Vielzahl von Routinedaten erfasst. Hierzu gehören:

- Alter und Geschlecht der Patienten
- Hauptkostenträger (GKV, PKV, BG, andere)
- Zuweisende Einrichtung
- Kodierung Hauptdiagnosen (Hirnfarkt mit/ohne sek. Hämorrhagie, Hirnblutung, Subarachnoidalblutung, Schädel-Hirn-Trauma, spinale Trauma/Querschnitt, CIP/CIM/CIE, globale zerebrale Hypoxie, Erregerbedingte ZNS-Entzündung, anderes)
- Kodierung Nebendiagnosen (Pneumonie, Sepsis, Harnwegsinfekte, Stroke, Myokardinfarkt, epileptischer Anfall, neu erworbener Decubitus (mind. Grad II), Thrombose/Lungenembolie, überwachungspflichtige kardiale Problematik, Reanimation, Sturz mit Frakturfolge)
- Kodierung OPS-Codes (z.B. Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern 8-987)
- Verweildauer
- Anzahl intermittierende Verlegungen/Unterbrechung der Frührehabilitation (z.B. Rückverlegung ins Akuthaus)
- Abschließende Entlassart (Rehabilitation Phase C/D, geriatrische Rehabilitation, Akutbehandlung, ins eigene Wohnumfeld, ins eigene Wohnumfeld mit Pflege, Pflegeeinrichtung, Intensivpflege (Einrichtung oder zuhause), verstorben)

Bereits aus diesen Daten könnten im Rahmen der internen Qualitätssicherung wichtige Rückschlüsse auf die Ergebnisqualität der neurologisch-frührehabilitativen Behandlung gezogen werden. Hierzu zählt insbesondere der Anteil der in die weiterführende Rehabilitation verlegter Patienten, bei denen offensichtlich eines der primären Ziele der NNFR – Schaffung der Rehabilitationsfähigkeit – erreicht wurde. Zur Wertung dieses Qualitätsergebnisses (Risikoadjustierung) sind aber auch Patientencharakteristika wie Alter, Art der neurologischen Schädigung, Komorbidität und Komplikationen unabdingbar.

In den Einrichtungen der NNFR werden auch Daten im rehabilitativen Verlauf routinemäßig erhoben, die zur Messung funktioneller Fortschritte geeignet sind. Skalen zur Bewusstseinslage (z.B. CRS-R), zur Selbsthilfefähigkeit (z.B. Barthel-Index), zu Reha-Erschwernissen (Frühreha-Index nach Schönle) oder zum globalen Outcome (z.B. modified Rankin-Scale) wären prinzipiell geeignet für eine interne Qualitätssicherung und Darstellung der Ergebnisqualität.

Weitere für eine Messung der Ergebnisqualität interessante Daten, die aber nur mit einem (teils erheblichen) zusätzlichen Erhebungsaufwand zu erheben sind, wären:

- detaillierte Angaben der zuweisenden Abteilung (Intensivstation, Intermediate Care, Stroke Unit, Normalstation, von Zuhause/Pflegeheim) und Disziplin (Neurologie, Neurochirurgie, Anästhesiologie, Innere Medizin, Chirurgie, andere)
- Rückverlegungsquoten auf eine interne Intensivstation
- Anteil medizinische Devices (Aufnahme und Entlassung) mit Entwöhnungsraten (Trachealkanüle, nasogastrale Sonde/PEG, Blasenkatheter transurethral/suprapubisch, ZVK, Dialyse)
- Erwerbsstatus (voll erwerbsfähig, (teil-)erwerbsgemindert, Altersrentner) vor Akutereignis
- Versorgungssituation (unabhängig zuhause/in Institution, Pflege zuhause, Pflege in Institution, Pflegestufe) vor Akutereignis
- Zeit zwischen Akutereignis und Aufnahme in der Frührehabilitation
- Komorbidität bei Aufnahme

Die Mitglieder des Arbeitskreises betrachten Qualitätssicherung als originäre Aufgabe des ärztlichen Berufsstands und setzen sich dafür ein, dass zumindest einzelne der hier genannten Routinedaten für die Messung der Ergebnisqualität für die interne Qualitätssicherung herangezogen werden, wobei die konkrete Ausgestaltung den einzelnen Einrichtungen überlassen werden muss. Solange es auch für eine umfassendere Qualitätssicherung, wie sie mit den genannten Kriterien möglich wäre, weder eine gesetzliche Grundlage noch eine Berücksichtigung bei der Vergütung dieser freiwilligen Zusatzleistungen der Einrichtungen gibt (aktuell politisch werden z.B. Qualitätsverträge, Pay for Performance diskutiert), kann eine Verpflichtung für die NNFR-Einrichtungen aus diesen Empfehlungen keinesfalls abgeleitet werden.

### **E.1.3. Patientenbefragungen**

Wichtig für die Einschätzung der Ergebnisqualität ist natürlich insbesondere auch die Patientenzufriedenheit in Bezug auf die Behandlung und das erreichte Ergebnis. Den Einrichtungen werden deshalb regelmäßige Befragungen zu Patienten- und Angehörigenzufriedenheit empfohlen.

## **E.2. Externe Qualitätssicherung**

Der Arbeitskreis für Rehabilitation von Schlaganfallpatienten und Schädelhirnverletzten in Bayern e.V. vertritt die Auffassung, dass eine bayernweite kontinuierliche externe Qualitätssicherung in der NNFR vor dem Hintergrund des immer weiter zunehmenden Stellenwertes der Qualitätssicherung und der qualitativen Weiterentwicklung der NNFR in Bayern sinnvoll und angemessen ist. Dies könnte z.B. durch die Etablierung eines bayerischen NNFR-Registers umgesetzt werden, das sich realitätsbezogen auch an der Machbarkeit infolge beschränkter finanzieller Ressourcen orientieren müsste. Als Vorbild könnte die Qualitätssicherung zur NNFR in Hessen über die Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen (GQH) dienen.

Hierzu ist jedoch aufgrund der hohen methodischen Anforderungen (u.a. den Datenschutz) und Kosten die Unterstützung z.B. des Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege unabdingbar. Die hier definierten Kriterien wären geeignet, die Ergebnisse einer solchen Qualitätssicherung im Hinblick auf die Heterogenität der Einrichtungen (z. B. mit/ohne Intensivstation, mit/ohne Beatmungsmöglichkeiten, mit/ohne Anbindung an Akutkliniken, mit/ohne Angebot der weiteren Rehabilitationsphasen C und D) interpretierbar zu machen und ein qualitätsförderndes Benchmarking der Einrichtungen im geschützten Raum sicherzustellen. Der Arbeitskreis würde zur Erarbeitung eines einheitlichen Verfahrens zur Errichtung eines Registers zur Verfügung stehen.

### **Turnusgemäße Aktualisierung**

Die Qualität der in diesem Positionspapier vorgelegten Empfehlungen hängt – wie die von Leitlinien – maßgeblich davon ab, ob sie in regelmäßigen Abständen aktualisiert werden. Diese Notwendigkeit ergibt sich aus der Verfügbarkeit neuer wissenschaftlicher Erkenntnis, der Einbeziehung neuer gesetzlicher oder untergesetzlicher Vorgaben sowie aus der Evaluierung der bisherigen Versorgungsrealität zur Identifizierung von Verbesserungspotentialen. Der Arbeitskreis für Rehabilitation von Schlaganfallpatienten und Schädelhirnverletzten in Bayern e.V. hat sich deshalb vorgenommen, dieses Positionspapier in einem Turnus von 3 Jahren zu überprüfen.

### **Literatur**

1. Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.). Stationäre Versorgung und Rehabilitation von Schlaganfallpatienten und Schädel-Hirn-Verletzten in Bayern. München 1982.
2. Arbeitsgemeinschaft Neurologische-Neurochirurgische Frührehabilitation (AGNNNFR) der Bundesarbeitsgemeinschaft medizinisch-beruflicher Rehabilitationszentren (BAG mbR). Empfehlungen der AG NNCHFR. Bonn: Schriftenreihe der BAG mbR, Heft 8, 1994.
3. Arbeitsgemeinschaft Neurologische-Neurochirurgische Frührehabilitation der Bundesarbeitsgemeinschaft medizinisch-beruflicher Rehabilitationszentren (BAG mbR). Qualitätssicherung innerhalb Neurologisch/Neurochirurgischer Frührehabilitation. Bonn: Schriftenreihe der BAG mbR, Heft 10, 1998.
4. Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (BAR). Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C vom 2. November 1995. Frankfurt 1995.
5. Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren. Neurologische Frührehabilitation Phase B. Fachplanung für Baden-Württemberg 2012. Stuttgart 2012.
6. Schönle PW, Busch EW, et al. Qualitätsstandards in der Neurologisch-Neurochirurgischen Frührehabilitation. Neurol Rehabil 2015; 21(5): 149-158. DOI: 10.14624/NR201508.001.
7. Bundesministerium für Gesundheit. Schreiben von MinR Tuschen an die für die Krankenhausplanung zuständigen Ministerien und Senatsverwaltungen der Länder vom 08.02.2006.
8. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Schreiben von MinR Tuschen an die Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. vom 27.10.2004. Anlage zum Rundschreiben Nr. 241/2004 „Frührehabilitation im Rahmen von Krankenhausbehandlung“ vom 02.11.2004.
9. Helling J. Frührehabilitation auf dem Prüfstand. Frührehabilitation im G-DRG-System 2011/2012. DRG-Research-Group, Universitätsklinikum Münster. Berlin 28. Juni 2011.
10. Schorl M, Liebold D. Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation in Deutschland – Aktuelle Situation, Probleme und Lösungsmöglichkeiten aus medizinischer und juristischer Sicht. Akt Neurol 2012; 39: 1–11.
11. Hagen T. MDK Bayern Gesamtauswertung Phase B in Bayern. München 19.11.2008.
12. Deutscher Bundestag. Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG). Drucksache 18/5867. Berlin 26.08.2015.
13. Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. Hrsg. Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und der Patientensicherheit. Berlin Mai 2014.  
[http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/216/aid/2610/title/Positionen\\_der\\_DKG](http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/216/aid/2610/title/Positionen_der_DKG), download 22.12.2015.
14. Deutsches Krankenhausinstitut e.V. (DKI). Qualität als Entscheidungskriterium in der Krankenhausplanung. Gutachten für die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Landeskrankenhausgesellschaften. Düsseldorf, 01.09.2015
15. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. Volume 1. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press 1980.
16. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege. Definition eines einheitlichen Endpunktes der akutstationären Behandlungsbedürftigkeit in der neurologischen Frührehabilitation Phase B in Bayern. Anlage Checkliste „Rechtfertigung des akutstationären Behandlungsbedarfs in der neurologischen Frührehabilitation“. München, 26.05.2014.

17. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Operationen- und Prozedurenschlüssel Version 2016. <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/ops/kodesuche/onlinefassungen/opshtml2016/index.htm>, download 22.12.2015.
18. Gemeinsamer Bundesausschuss G-BA. Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. <https://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/qualitaets sicherung/ergebnisqualitaet/>, download 22.12.2015.
19. Schönle PW. Der Frühreha-Barthelindex (FRB) – eine frührehabilitationsorientierte Erweiterung des Barthelindex. Die Rehabilitation 1995; 34(2): 69-73.
20. Hagen T, Bennefeld H, et al. Entwicklung eines Kataloges pflegetherapeutischer Maßnahmen in der neurologischen Frührehabilitation (Phase B). Neurol Rehabil 2007; 13 (3): 151-158
21. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Qualitätsmanagement-Richtlinie Krankenhäuser - QQM-RL). Bundesanzeiger BAnz AT 16.04.2014 B4.
22. Gemeinsamer Bundesausschuss G-BA. Sektorenübergreifende Qualitätssicherung: G-BA forciert Routinedaten-Nutzung. Pressemitteilung Nr. 26/2014. Berlin 19.06.2014.
23. Klakow-Franck R. Qualitätsmessung und Qualitätsmanagement aus der Sicht des G-BA – Nationale Qualitätsstrategien. 4. QMR-Kongress, Potsdam 04.05.2015.

**Erarbeitet von:**

Prof. Dr. med. Andreas Bender, Chefarzt Therapiezentrum Burgau  
 Dr. med. Joachim Durner, Chefarzt m&i Klinik Ichenhausen  
 Dr. med. Gerald Lehrieder, Chefarzt Dr. Becker Klinik Bad Windsheim  
 Prof. Dr. med. Dennis Nowak, Chefarzt Helios Klinik Kipfenberg  
 Dr. med. Jochen Quintern, Chefarzt Medical Park Loipl  
 Priv. Doz. Dr. med. Anselm Reiners, Chefarzt Städtisches Klinikum München-Bogenhausen  
 Dr. med. Werner Rink, Chefarzt Passauer Wolf Bad Griesbach  
 Dr. med. Matthias Schaupp, Chefarzt Schön Klinik Bad Aibling

Konsentiert vom Plenum des Arbeitskreises zum 12.01.2016

**Korrespondierender Autor:**

Dr. med. Matthias Schaupp  
 1. Vorsitzender des Arbeitskreises Rehabilitation von Schlaganfallpatienten und Schädelhirnverletzte in Bayern e.V.  
 Kolbermoorer Str. 72  
 83043 Bad Aibling