

Definition eines einheitlichen Endpunktes der akutstationären Behandlungsbedürftigkeit in der neurologischen Frührehabilitation in Bayern

Präambel

zur „ASB-Checkliste“ in der 4. Fassung (gültig ab 01.01.2022)

Am 01.09.2012 trat die „Checkliste zur Rechtfertigung des akutstationären Behandlungsbedarfs in der neurologischen Frührehabilitation“ in ihrer ersten Fassung in Kraft. Sie war von einer medizinischen Arbeitsgruppe aus maßgeblichen und entscheidungsrelevanten Vertretern des MDK und des Arbeitskreises Rehabilitation von Schlaganfallpatienten und Schädel-Hirnverletzten in Bayern e.V. erarbeitet und im damaligen Bayerischen Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit von den Autoren, Verbänden, Kostenträgern und Leistungserbringern konsentiert worden. Die ASB-Checkliste wird mittlerweile konsequent zur Prüfung der sekundären Fehlbelegung (Ende der Indikation zur neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation) genutzt. Durch den Einsatz der ASB-Checkliste bei den Prüfungen hinsichtlich des Endpunktes der akutstationären Behandlungsbedürftigkeit in der neurologischen Frührehabilitation konnte eine deutlich verbesserte Transparenz erreicht werden. Überarbeitete Versionen der ASB-Checkliste traten am 01.06.2014 und 01.01.2017 in Kraft.

In der Sitzung des Runden Tisches „Neurologische Frührehabilitation Phase B in Bayern“ am 21.01.2020 im Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege wurde beschlossen, die ASB-Checkliste erneut zu überprüfen. Verbänden und Leistungserbringern wurde die Gelegenheit gegeben, Vorschläge und Änderungswünsche in die medizinische Arbeitsgruppe einzubringen. Alle Stellungnahmen wurden in der Arbeitsgruppe diskutiert und haben teils Eingang in die Neuformulierung der einzelnen Kriterien gefunden. In der virtuellen Sitzung des „Runden Tisches“ am 22.11.2021 wurde die ASB-Checkliste in ihrer 4. Fassung einstimmig verabschiedet.

Ergibt sich aus der „ASB-Checkliste“ ein akutstationärer Behandlungsbedarf, gilt dieser Status für 1 Woche, sofern keine Statusänderung eintritt. Änderungen müssen dokumentiert werden.

Diese Checkliste ergänzt die etablierten Indikationskriterien der neurologischen Frührehabilitation (Leistner K, Stier-Jarmer M, et al. *Frührehabilitation im Krankenhaus – Definition und Indikation*. Phys Med Rehab Kuror 2005;15:157-167):

Die Indikation zu einer Frührehabilitation besteht, wenn **Frührehabilitationsbedürftigkeit und Frührehabilitationsfähigkeit** gegeben sind, wobei die Rehabilitationsfähigkeit erheblich eingeschränkt sein kann.

Frührehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn bei einem Pat. im Rahmen der akutmedizinischen stationären Behandlung aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung

- eine voraussichtlich nicht nur vorübergehende relevante („schwerwiegend komplexe“) Beeinträchtigung der Körperfunktionen und/oder Aktivitäten vorliegt, durch die eine Beeinträchtigung der Teilhabe droht, oder
- bei einer bereits manifesten Beeinträchtigung der Teilhabe ohne frührehabilitative Interventionen eine hohe Wahrscheinlichkeit der Verschlimmerung dieser Beeinträchtigungen besteht.

Frührehabilitationsfähigkeit ist gegeben, wenn bei vorliegender Frührehabilitationsbedürftigkeit keines der nachfolgend genannten Ausschlusskriterien erfüllt ist:

- Negative Willenserklärung eines geschäftsfähigen Patienten oder seines Betreuers bezüglich der Einleitung und Durchführung von Maßnahmen der Frührehabilitation,
- akute vitale Gefährdung durch die frührehabilitativen Maßnahmen

Die „ASB-Kriterien“ definieren die akutstationäre Behandlungsbedürftigkeit (incl. „Leistungen“ der Frührehabilitation nach § 39 SGB V) und nicht generell das Ende der Notwendigkeit frührehabilitativer Maßnahmen. Diese können mit Wegfall der akutstationären Behandlungsbedürftigkeit als Rehabilitation nach §§ 40, 111 SGB V erbracht werden.

Rechtfertigung des akutstationären Behandlungsbedarfs in der neurologischen Frührehabilitation

("ASB-Check-Liste")

4. Fassung (gültig ab 01.01.2022)

Kategorie I (unstrittige Indikation):

Ein Kriterium genügt, um den akutstationären Behandlungsbedarf zu begründen; alle Zutreffenden sind ergänzend anzugeben.

- | | Ja |
|--|--------------------------|
| 1.1. Intensive Überwachungspflicht mit kontinuierlichem Monitoring von mindestens 1 Parameter (EKG, SpO ₂) an einem Monitor mit zentraler Überwachung oder diskontinuierliche hochfrequente nicht-invasive RR-Messung (Dokumentation der gemessenen Parameter 6 x tgl.); das apparative Monitoring kann für Therapien und Diagnostik unterbrochen werden | <input type="checkbox"/> |
| 1.2. Notwendigkeit kontinuierlicher oder intermittierender i. v.-Medikamentengabe, incl. medizinisch nachvollziehbar indizierter i.v.-Flüssigkeit mit Bilanzierungsbedarf oder parenteraler Ernährung | <input type="checkbox"/> |
| 1.3. - entfällt - | <input type="checkbox"/> |
| 1.4. Infektion mit Temperaturerhöhung > 38°C | <input type="checkbox"/> |
| 1.5. Beatmung mit Weaning oder Einstellung auf Heimbeatmung | <input type="checkbox"/> |
| 1.6. Abtrainieren vom Tracheostoma | <input type="checkbox"/> |
| 1.7. Absaugpflichtiges Tracheostoma (bei Trachealkanüle unabhängig von der neurologischen Grunderkrankung, z. B. HNO-ärztl./internist. Erkrankung, Begründung in Kategorie III erforderlich) | <input type="checkbox"/> |
| 1.8. Dysphagie mit Aspirationsrisiko und Behandlungsziel Entwöhnung nasogastrale Sonde oder PEG und/oder oraler Kostaufbau. Notwendigkeit einer regelmäßigen spezifischen Schlucktherapie mit wöchentlichem standardisiertem Assessment der Schwere und des Aspirationsrisikos. Notwendigkeit einer Überwachung des Kostaufbaus 1:1 oder in Kleinstgruppen bis max. 3 Patienten durch Schlucktherapeuten oder erfahrenes Pflegepersonal. | <input type="checkbox"/> |
| 1.9. - entfällt - | <input type="checkbox"/> |
| 1.10. Beaufsichtigungspflichtige Orientierungs- oder Verhaltensstörung mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung aufgrund des erworbenen Hirnschadens bei gleichzeitig bestehendem positiven Rehapotential | <input type="checkbox"/> |
| 1.11. Spastisches Zustandsbild mit aufwändiger multimodaler Therapie (z. B. Redression, intensivierter Physiotherapie, BTX-Behandlung, Baclofenpumpenimplantation, differenzierter medikamentöser Therapie) | <input type="checkbox"/> |
| 1.12. Plötzliche Bewusstseinsstörung oder akuter Verwirrheitszustand | <input type="checkbox"/> |
| 1.13. Serielle Lumbalpunktion, Shunt- oder Baclofenpumpeneinstellung | <input type="checkbox"/> |
| 1.14. Vorhandensein von einem der folgenden Verfahren: ZVK / EVD / Thoraxdrainage / Spüldrainagen / Herzunterstützungssystem (VAD, „Kunstherz“; bei BI <60) | <input type="checkbox"/> |

Kategorie II (harte Indikation):

Zwei **Kriterien genügen**, um den akutstationären Behandlungsbedarf zu begründen; alle Zutreffenden sind ergänzend anzugeben.

- | | Ja |
|---|--------------------------|
| 2.1. BI (nach dem Hamburger Manual) < 35 Punkte, impliziert eine hohe Pflegeintensivität | <input type="checkbox"/> |
| 2.2. Maßgebliche medikamentöse Umstellung / Neueinstellung neurologischer oder internistischer Krankheitsbilder mit konsekutiv notwendiger klinischer | <input type="checkbox"/> |

- Beobachtung und diagnostischer Kontrolle (bis max. 5 Tage nach letzter Medikationsänderung)
- 2.3. Spezielles Wundmanagement inkl. Dekubitustherapie, auch VAC-Therapie mit der Notwendigkeit einer mind. 3-stündlichen Umlagerung
- 2.4. Isolationspflicht, solange eine Therapieindikation seitens der neurologischen Schädigung besteht
- 2.5. Aufwändige Diagnostik zur Ursachenabklärung, Verlaufskontrolle oder Abschätzung der Prognose des Krankheitsbildes (mind. 3 Untersuchungsverfahren pro Woche, ausgenommen Routinelabor)
- 2.6. Intensiver Betreuungs- oder Beaufsichtigungsbedarf - im zeitlichen Zusammenhang mit einem Akutereignis - aufgrund:
 (a) schwerer Verständigungsstörung oder
 (b) schweren Neglects oder
 (c) Rumpfinstabilität bei hochgradiger Tetraparese, Hemiplegie oder Paraparese
- 2.7. Interventionen oder spezielle diagnostische Maßnahmen, die aufgrund der Schwere der Grunderkrankung nicht ambulant durchgeführt werden können (Tracheostomaanlage, -verschluss, -erweiterung, PEG-Anlage, Pufi-Anlage, etc.)
- 2.8. Belastungsinstabile Frakturen
- 2.9. Substitutionspflichtige Elektrolytstörung mit mind. 2 x pro Woche Laborkontrolle

Kategorie III (Sonderfälle und seltene Indikationen):

- 3.1. Patient kommt mit klarem Auftrag zur Dekanülierung **Ja**
- 3.2. Patient kommt mit klarem Auftrag zum vollständigen oralen Kostaufbau bei noch bestehender Aspirationsgefahr mit beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörung
- 3.3. Patient kommt zur Behandlung eines spastischen Schubes
- 3.4. Seltene Indikationen (Begründung des stationären Behandlungsbedarfes außerhalb der Kategorien I und II erforderlich)

Ort, Datum

Unterschrift Arzt

Anhang zur ASB-Checkliste

A. Änderungen gegenüber der 3. Fassung der ASB-Checkliste

- 1.1. Intensive Überwachungspflicht mit kontinuierlichem Monitoring von „mindestens 1 Parameter (EKG, SpO₂) an einem Monitor mit zentraler Überwachung und diskontinuierliche hochfrequente nicht-invasive RR-Messung“ (Dokumentation der gemessenen Parameter 6 x tgl.) ~~oder klinisch durch Pflegemitarbeiter oder Ärzte~~ (das apparative Monitoring kann für Therapien und Diagnostik unterbrochen werden)
Wird ersetzt durch
Intensive Überwachungspflicht mit kontinuierlichem Monitoring von mindestens 1 Parameter (EKG, SpO₂) an einem Monitor mit zentraler Überwachung oder diskontinuierliche hochfrequente nicht-invasive RR-Messung (Dokumentation der gemessenen Parameter 6 x tgl.); das apparative Monitoring kann für Therapien und Diagnostik unterbrochen werden
- 1.3. Das Kriterium „Notwendigkeit der engmaschigen (mind. alle 4 Stunden) Kontrolle der Vitalparameter“ wurde ersatzlos gestrichen.
Begründung:
Die Vitalparameterkontrolle ist über das umformulierte Kriterium 1.1. hinreichend abgebildet.
- 1.8. Der erste Satz des Kriteriums wird umformuliert, um deutlich zu machen, dass das Aspirationsrisiko eine wesentliche Bedingung für die Erfüllung dieses Kriteriums darstellt: Dysphagie mit Aspirationsrisiko und Behandlungsziel Entwöhnung naso-gastrale Sonde oder PEG und/oder oraler Kostaufbau.
- 1.14 Die eine Krankenhausbehandlung bei Patienten mit neurologisch-neurochirurgischer Hauptdiagnose rechtfertigenden Devices wurden um den Punkt „Herzunterstützungssystem (VAD, „Kunstherz“; bei BI <60)“ ergänzt.
Begründung:
An die medizinische Versorgung und Pflege von Patienten mit Herzunterstützungssystemen sind besondere und spezifische Anforderungen zu stellen, die mit einem höheren personellen und apparativen Aufwand einhergehen. Die Rehabilitationsfähigkeit für eine kardiologische Rehabilitation ist erst ab einem Barthel-Index von 60 gegeben.
- 2.6. Der Unterpunkt 2.6.(c) wird umformuliert und ergänzt.
Begründung:
Der für dieses Kriterium grundsätzlich zu fordernde intensive Betreuungs- oder Beaufsichtigungsbedarf ergibt sich im motorischen Bereich insbesondere durch eine Rumpfinstabilität, die nicht nur bei einer hochgradigen Tetraparese, sondern auch bei einer Hemiplegie (Kraftgrad 0/5) oder höhergradigen Paraparese vorliegen kann. Die Rumpfinstabilität muss hinreichend dokumentiert sein.

B. Erläuterungen zu häufig strittig diskutierten Kriterien

Dokumentation

Die ASB-Checkliste definiert einerseits die Kriterien der akutstationären Behandlungsbedürftigkeit und dient andererseits der übersichtlichen Synopsis der verschiedenen Kriterien. Mit dem Ankreuzen der Kriterien allein ist aber der erforderlichen Dokumentation nicht genüge getan. Vielmehr ist eine hinreichende Dokumentation der in den Kriterien postulierten Gegebenheiten in der Patientenakte erforderlich.

II.2. Maßgebliche medikamentöse Umstellung:

Hier können nur medikamentöse Umstellungen berücksichtigt werden, die einen akutstationären Behandlungsbedarf rechtfertigen. Es müssen bei der Beurteilung des Kriteriums

- die Schwere der zu behandelnden Störung und
- das Risiko von Komplikationen/unerwünschter Arzneimittelwirkungen

berücksichtigt werden (in Analogie zur Kombination der G-AEP-Kriterien A und B, „Schwere der Erkrankung“ und „Intensität der Behandlung“²). Die medikamentöse Umstellung muss vor dem komplexen Hintergrund der neurologischen Grunderkrankung beurteilt werden.

Zur **Orientierung** können folgende Beispiele dienen:

- Blutdruckeinstellung bei Patienten mit zerebrovaskulären Erkrankungen und Blutdruckwerten > 180mmHg oder < 100 mmHg (bis 3 Tage stabiler RR)
- Veränderungen der neuroleptischen Medikation bei psychotischer Symptomatik oder bei insuffizient eingestelltem organischen Psychosyndrom
- Ausschleichen einer Benzodiazepintherapie bei Patienten mit rückläufigem Psychosyndrom aber epileptischen Anfällen in der Anamnese
- Veränderung einer antidepressiven Medikation bei schwerer depressiver Störung
- Umstellung der antikonvulsiven Medikation bei Patienten mit epileptischen Anfällen innerhalb der vergangenen Woche oder Status epilepticus im Rahmen des aktuellen Aufenthaltes
- Beginn einer oralen Antikoagulationsbehandlung bei Z.n. Blutungskomplikation (neurologisch / nicht-neurologisch) im Rahmen des aktuellen Aufenthaltes (gilt für max. 2 Tage bei NOAK und 4 Tage bei Marcumar)
- Blutzucker-Einstellung mit Insulin bei Patienten mit BZ-Werten > 250 oder < 70 mg/dl zu mehr als 2 Messzeitpunkten innerhalb der vergangenen 3 Tage bei Patienten mit zerebrovaskulärer Erkrankung
- Veränderungen einer immunsuppressiven Behandlung (z.B. Steroide, Azathioprin) bei Patienten mit neurologischer Autoimmunerkrankung als Rehabilitationsdiagnose bis zum Erreichen eines stabilen Zustands im Hinblick auf die Grunderkrankung.
- Aufdosieren einer Amiodaron-Therapie (auch oral) bei Herzrhythmusstörungen mit EKG-und Laborkontrolle (Schilddrüsenwerte, Medikamentenspiegel) (gilt für 1 Woche)
- Anpassung einer komplexen (z.B. mind. 2 verschiedene dopaminerge Medikamente) medikamentösen Anti-Parkinson-Therapie“

I.2. Notwendigkeit medizinisch nachvollziehbar indizierte i.v.-Flüssigkeit:

Die i.v. Flüssigkeit ist hier in Analogie zu einer Medikamentengabe zu verstehen. Sie rechtfertigt einen akutstationären Krankenhausaufenthalt nur bei entsprechender Schwere der mit der Flüssigkeitsgabe zu behandelnden Störung.

I.8. Entwöhnung naso-gastrale Sonde oder PEG und/oder oraler Kostaufbau

Dieses Kriterium kann nur angerechnet werden, wenn d. Pat. eine spezifische Schlucktherapie erhält, die (noch) die genannten Ziele verfolgt. Gleichzeitig muss ein relevantes Aspirationsrisiko bestehen, das entsprechend belegt sein muss (wöchentliches Assessment). Nur diese Kombination erfüllt die Anforderungen an „Schwere der Erkrankung“ und „Intensität der Behandlung“ und damit die akutstationäre Behandlung in Analogie zu den G-AEP-Kriterien. Deshalb sind auch an die erforderliche Beaufsichtigung die genannten hohen Anforderungen zu stellen. Das erforderliche Assessment kann klinisch erfolgen, z.B. durch entsprechende Befunde oder Scores im Rahmen der Schlucktherapie.

I.10. Beaufsichtigungspflichtige Orientierungs- oder Verhaltensstörung mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung

Es wird allseits anerkannt, dass zur Bestätigung des Kriteriums 1.10. nicht notwendigerweise freiheitsentziehende Maßnahmen angeordnet sein müssen.

Entlassmanagement

Es wird allseits anerkannt, dass die Entlassplanung von Patienten in der NNFR häufig eine längere Vorbereitungszeit und Vorlaufphase benötigt. Eine Dokumentation der Vorbereitung der Entlassplanung, z.B. durch den Sozialdienst, kann somit nicht als alleinig ausreichendes Indiz für eine nicht mehr vorhandene akutstationäre Behandlungspflichtigkeit gewertet werden.

Darüber hinaus wird allseits anerkannt, dass bei sterbenden Patienten keine Entlassung/Verlegung angestrebt werden muss.

Literatur:

- 1 Arbeitsgemeinschaft Neurologische Frührehabilitation. Der Frühreha-Index: Ein Manual zur Operationalisierung. Rehabilitation 2010; 49: 22 – 29
- 2 G-AEP-Kriterien. http://www.mdk.de/media/pdf/17c_Anlage2_g_aep_11_10_2003.pdf; download 13.09.2016.