

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

Präambel

zur „ASB-Checkliste“ in der 3. Fassung, Anwendung ab 01.01.2017

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. Eine in dieser Runde ebenso konsentiertere überarbeitete Version der „ASB-Checkliste“ trat am 01.06.2014 in Kraft und 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, die allseits begrüßt wurde. Allerdings fielen in den vergangenen zwei Jahren doch auch Unschärfen in den Formulierungen auf, die im Alltag immer wieder zu Diskussionen geführt haben. Deshalb wurde am 18.01.2016 im Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege entschieden, die ASB-Checkliste erneut zu überarbeiten. Hierzu sollte auch den Leistungserbringern die Gelegenheit gegeben werden, 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.

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")

3. Fassung, Anwendung ab 01.01.2017

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 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)	<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. Notwendigkeit der engmaschigen (mind. alle 4 Stunden) Kontrolle der Vitalparameter	<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. Entwöhnung naso-gastrale Sonde oder PEG und/oder oraler Kostaufbau bei Dysphagie mit Aspirationsrisiko. Notwendigkeit einer regelmäßigen spezifischen Schlucktherapie mit wöchentlichem 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 -	
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 ZVK, EVD, Thoraxdrainage, Spül drainagen	<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 Beobachtung und diagnostischer Kontrolle (bis max. 5 Tage nach letzter Medikationsänderung)	<input type="checkbox"/>

- 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) hochgradiger Tetraparese
- 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 Kostenaufbau 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 2. Fassung der ASB-Checkliste

- 1.1. Intensive Überwachungspflicht mit kontinuierlichem Monitoring — 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 und diskontinuierliche hochfrequente nicht-invasive RR-Messung“¹ (Dokumentation der gemessenen Parameter 6 x tgl.) oder klinisch durch Pflegemitarbeiter oder Ärzte (das apparative Monitoring kann für Therapien und Diagnostik unterbrochen werden)
- 1.2. Notwendigkeit kontinuierlicher oder intermittierender i. v.-Medikamentengabe oder parenterale Ernährung
Wird ergänzt um
„incl. medizinisch nachvollziehbar indizierter i.v.-Flüssigkeit mit Bilanzierungsbedarf“
- 1.8. Entwöhnung naso-gastrale Sonde oder PEG und/oder oraler Kostaufbau bei beaufsichtigungspflichtiger Dysphagie mit Aspirationsgefahr — diese wird in einer 1:1-Situation durch erfahrenes Personal beurteilt
Wird geändert in
Entwöhnung naso-gastrale Sonde oder PEG und/oder oraler Kostaufbau bei Dysphagie mit Aspirationsrisiko. Notwendigkeit einer regelmäßigen spezifischen Schlucktherapie mit wöchentlichem 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.
- 1.9. Das Kriterium „Vegetative Instabilität“ wurde ersatzlos gestrichen.
Begründung:
Die in der 2. Fassung unter diesem Punkt genannten Symptomen/Befunden machen immer eine Überwachung erforderlich, die die Kriterien I.1. oder I.3. erfüllen wird.
- 1.10. Beaufsichtigungspflichtige Orientierungs- oder Verhaltensstörung: der bei den bisherigen Versionen besonders hervorgehobene „fehlende Knochendeckel“ wurde gestrichen, da jede Form der Eigen- oder Fremdgefährdung das Kriterium erfüllt, aber auch entsprechend dokumentiert sein muss.
- 2.6. Intensiver Betreuungs- oder Beaufsichtigungsbedarf: dieser ist nicht nur durch eine „schwere Verständigungsstörung“, sondern auch durch die jetzt ergänzten Störungen (schwerer Neglect und hochgradige Tetraparese) gegeben, die typisch für die NNFR sind. Der die Behandlung kennzeichnende hohe Pflegeaufwand bedingt die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung. Der zeitliche Zusammenhang mit dem neurologischem Akutereignis muss gegeben sein.
- 3.3. Redaktionelle Änderung
- 3.4. Redaktionelle Änderung

B. Erläuterungen zu häufig strittig diskutierten Kriterien

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 < 100mmHg (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.

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.

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.