

Stationäre Rehabilitation nach Schlaganfall

Aktuelle Versorgungsrealität – der richtige/beste Weg für den Patienten?

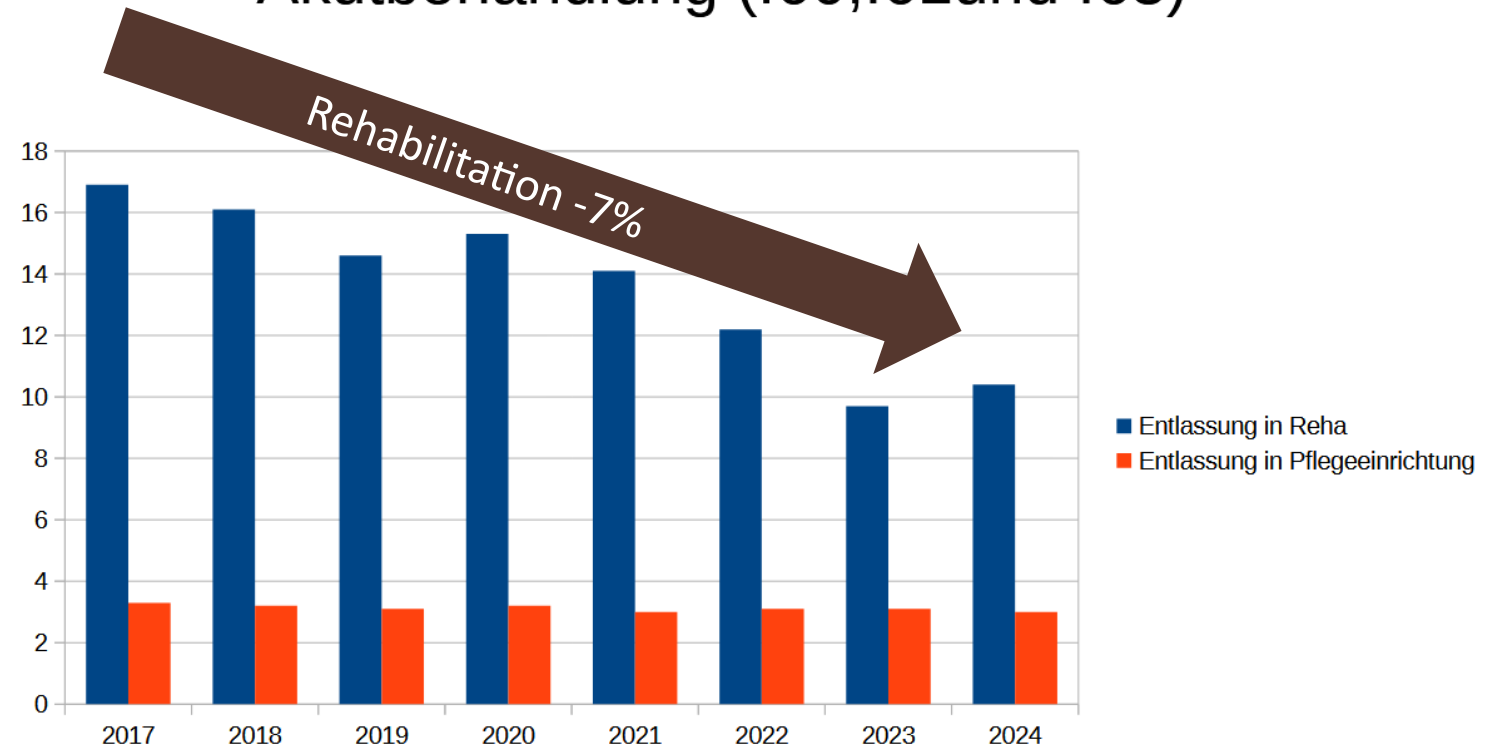
AG Hessen: Dr. J. Allendörfer, Dr. Ch. Bucka, Dr. M. Hartwich, Prof. Dr. I. H. Sünkeler,
S. Puttins, A. Meister



Schlaganfall Akutbehandlung – und dann?

Rehabilitation
oder
Pflegeheim

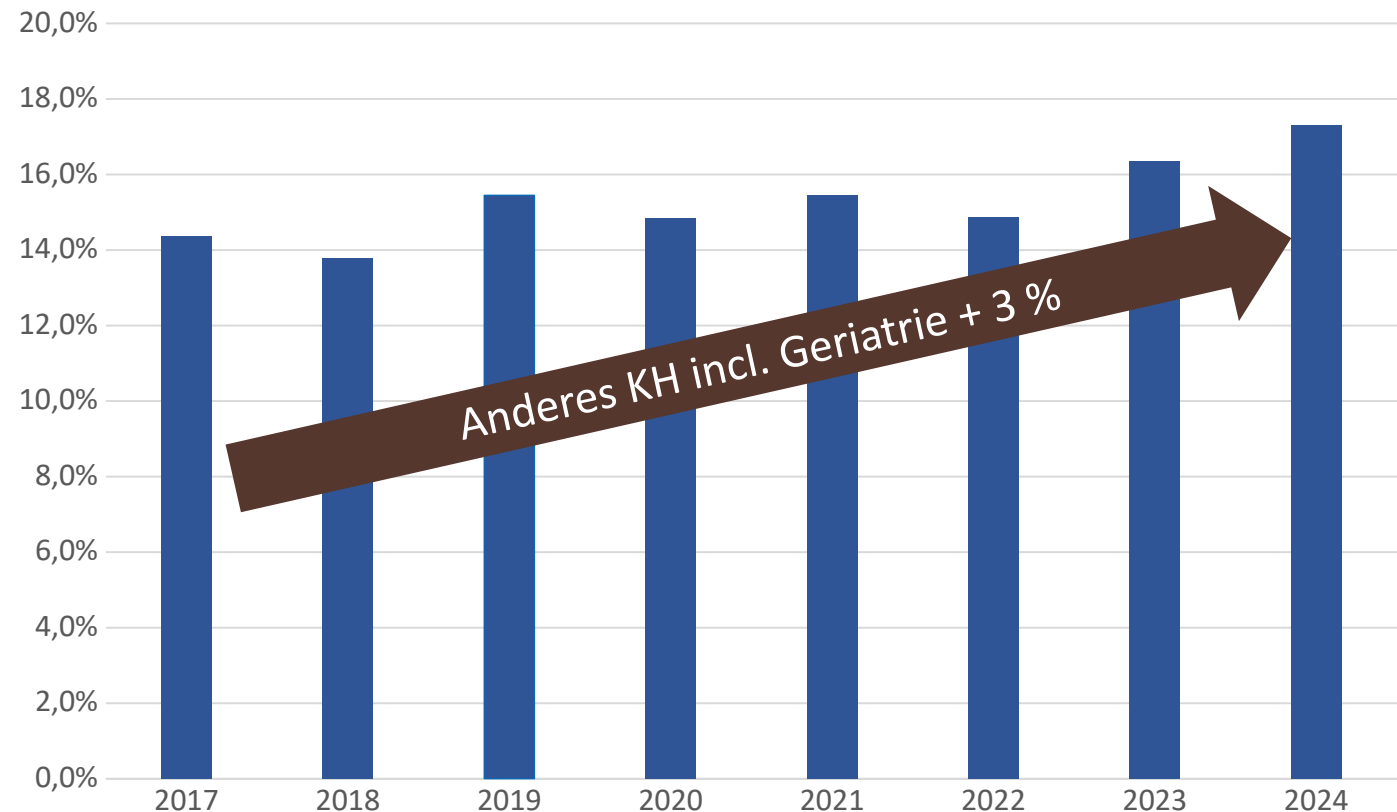
Entwicklung Entlassungsgrund Reha/Pflegeheim aus
Akutbehandlung (I60,I61und I63)



Schlaganfall
Akutbehandlung
– und dann?

Anderes KH
Incl. Geriatrie

Verlegung in anderes KH (I60,I61 und I63)

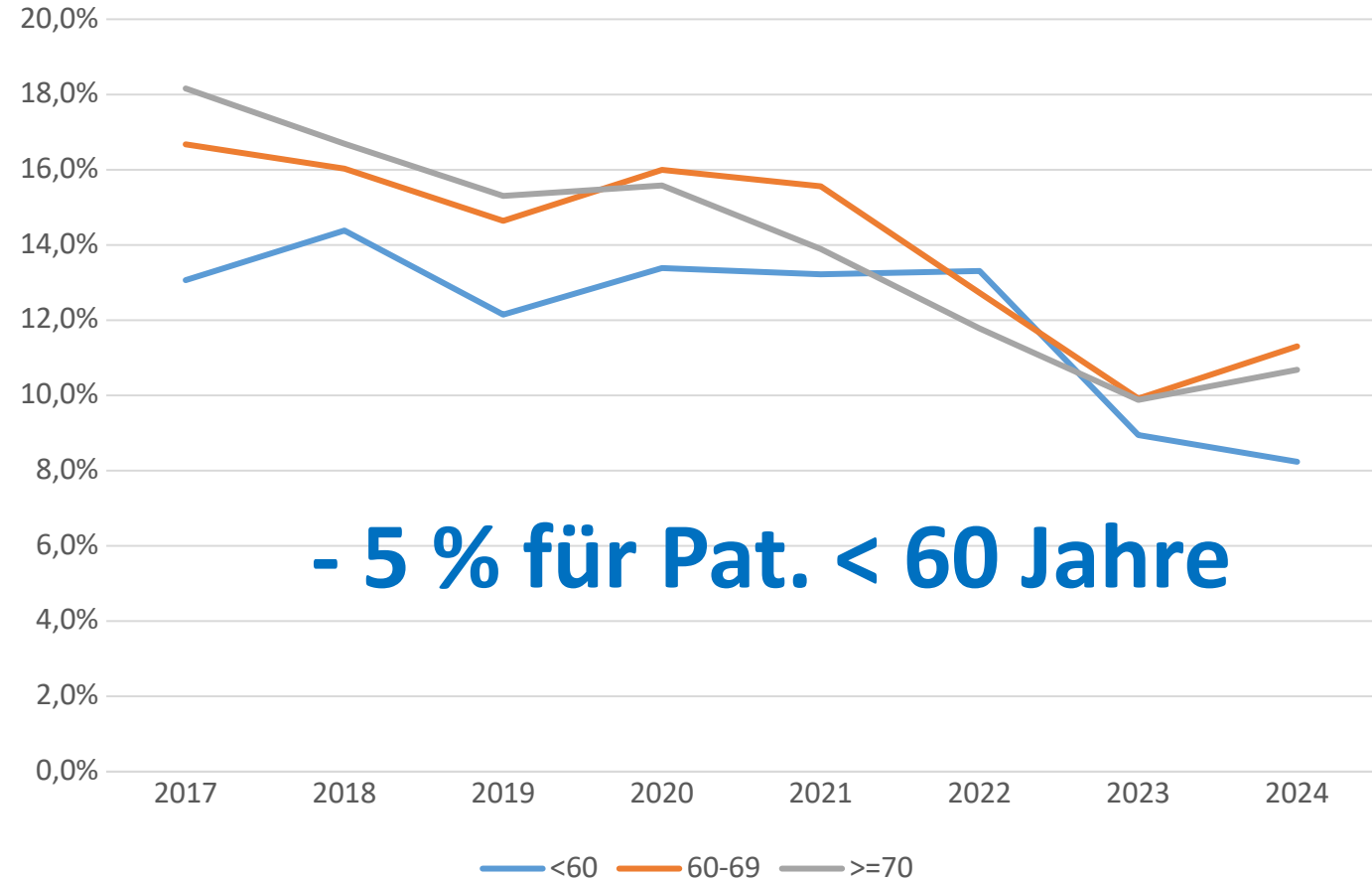


Shift von Phase C in Geriatrie?

Schlaganfall Akutbehandlung – und dann?

Rückgang Reha
für alle
Altersgruppen

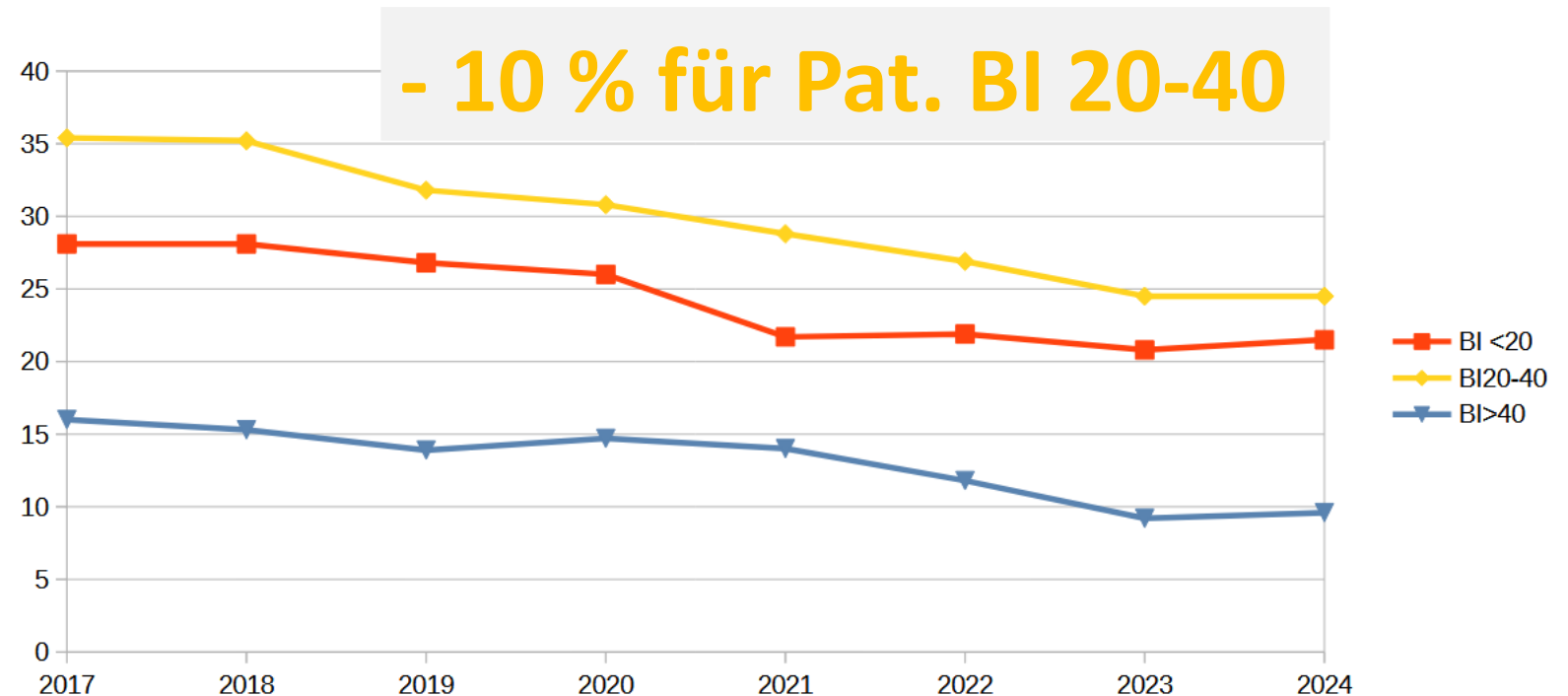
Entlassung in eine Rehaeinrichtung



Schlaganfall Akutbehandlung – und dann?

Rückgang Reha
für alle
Schweregrade
(n. Barthel-Index)

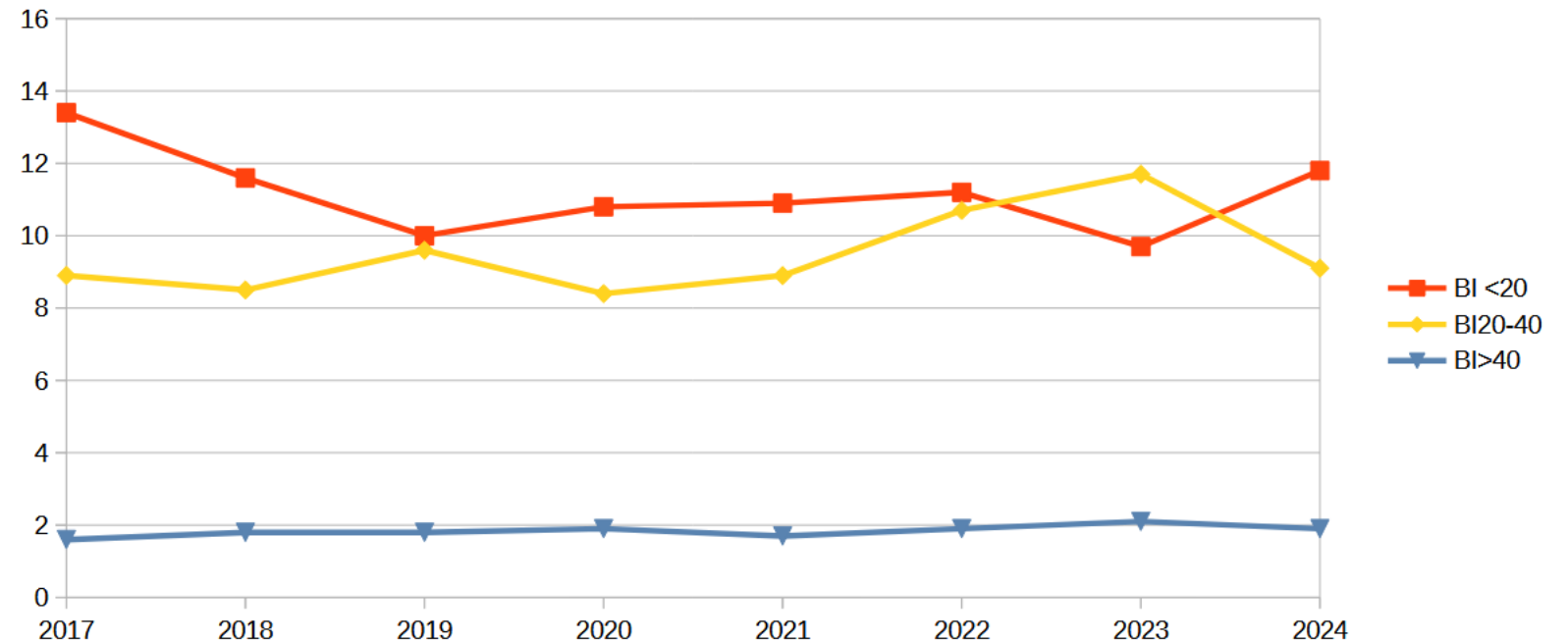
Entwicklung Entlassung in eine Rehaeinrichtung aus
Akutbehandlung (I60,I61und I63) nach BI n.E.



Schlaganfall Akutbehandlung – und dann?

Quote Pflegeheim
für alle
Schweregrade
stabil

Entwicklung Entlassung in eine Pflegeeinrichtung aus
Akutbehandlung (I60,I61und I63) nach BI n.E.

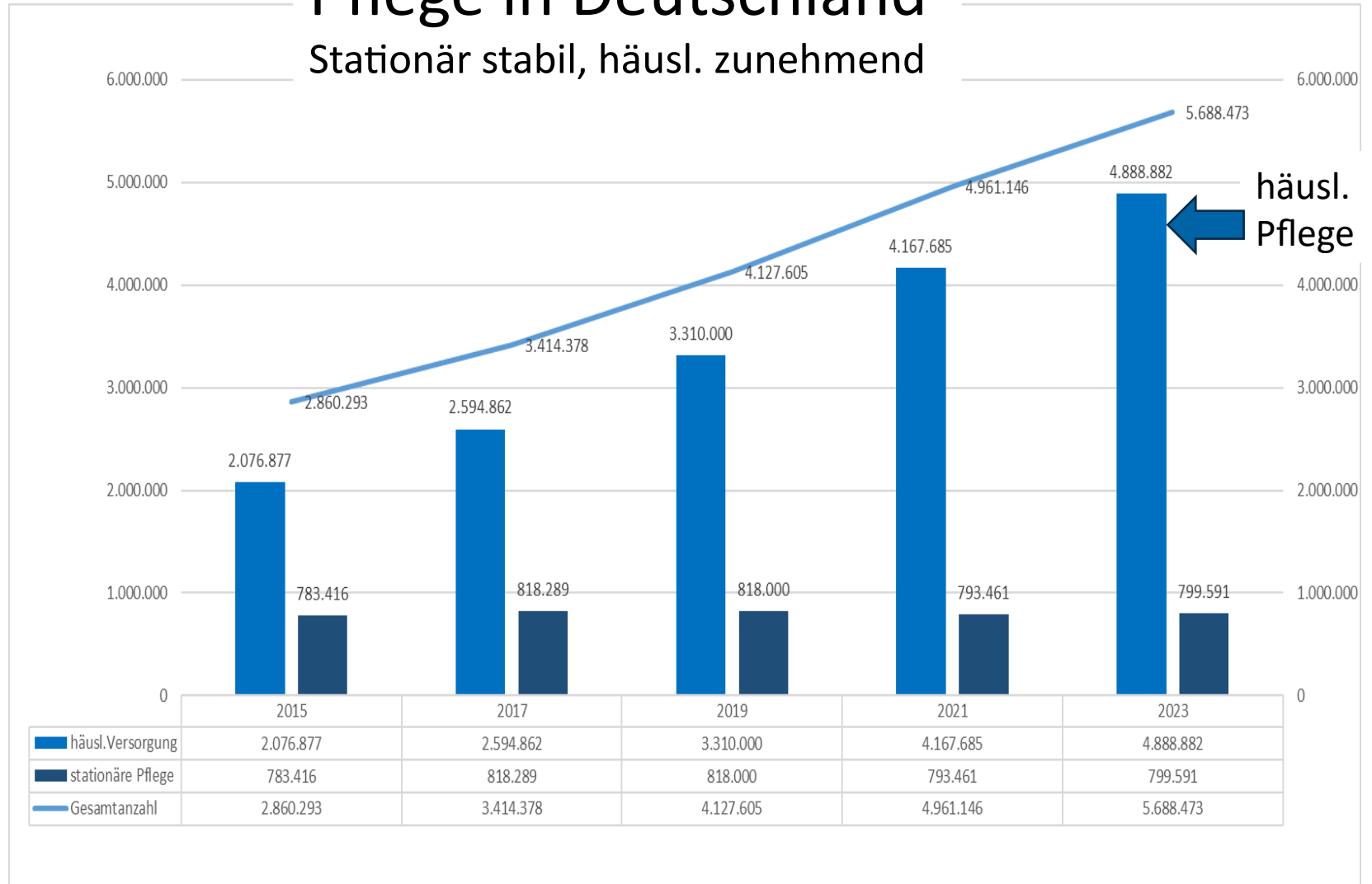


Schlaganfall Akutbehandlung g – und dann? Fehlende Phase C Kapazitäten

Hypothese:
Rückgang Ph C
führt zu mehr
häuslicher Pflege
(ohne suffiziente
Rehabilitation)

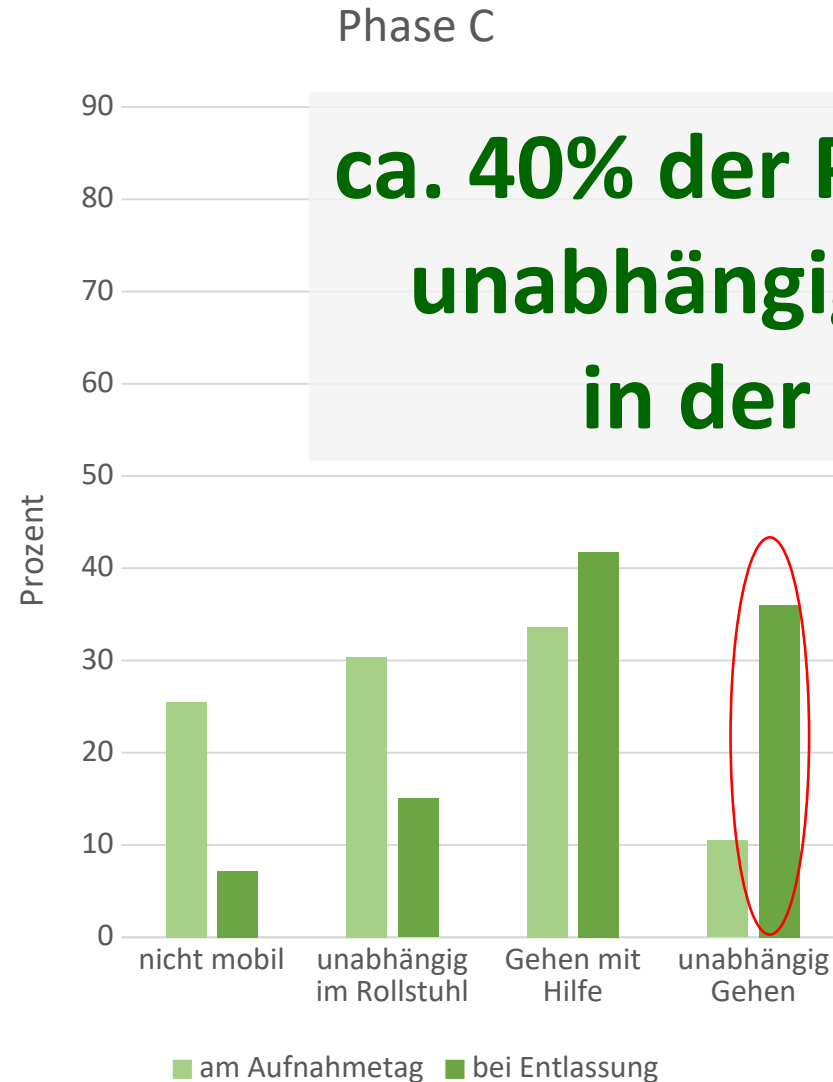
Pflege in Deutschland

Stationär stabil, häusl. zunehmend



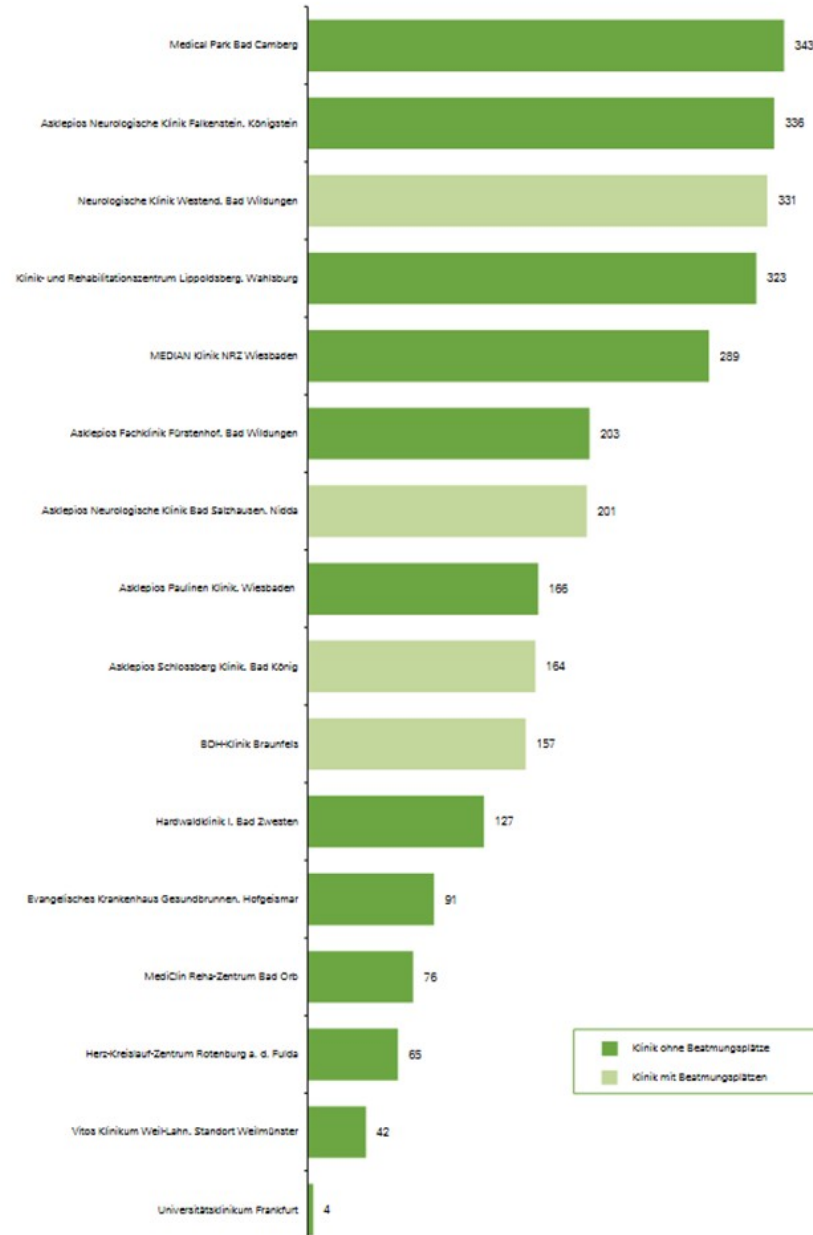
Schlaganfall Akutbehandlung – und dann? Phase C macht mobil

Wichtiger Baustein
im Phasenmodell
der Neuroreha,
sollte für alle
erreichbar sein



Neurologische Frühreha – 16 Kliniken, davon 4 mit Beatmungs- betten für NFR

- Bedarfsplanung
- Zurechnung zur Akut-KH-Struktur
- Einheitliche Vergütung
- Qualitätssicherung verpflichtend



LAGO II

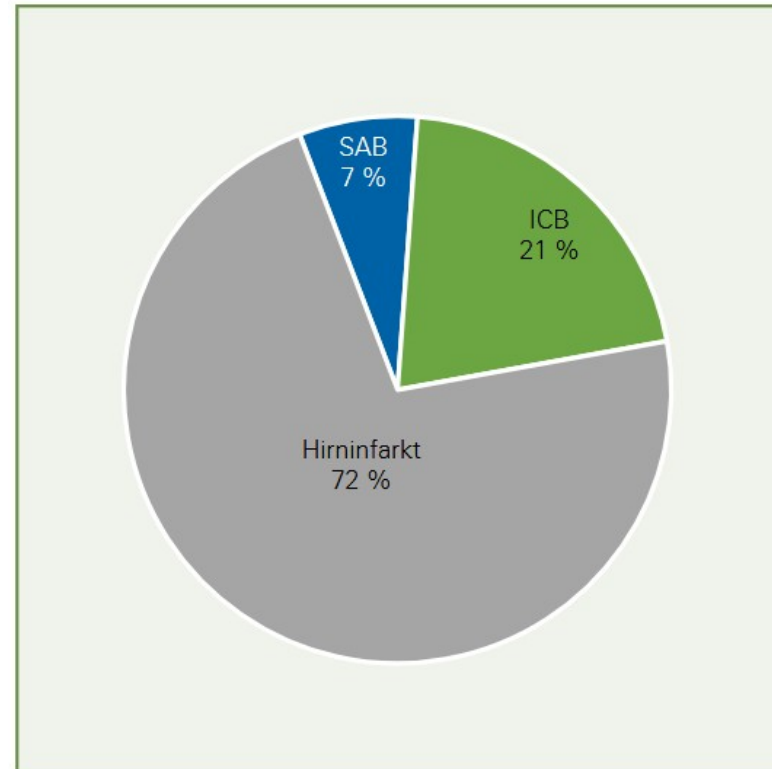


16 Kliniken in Hessen

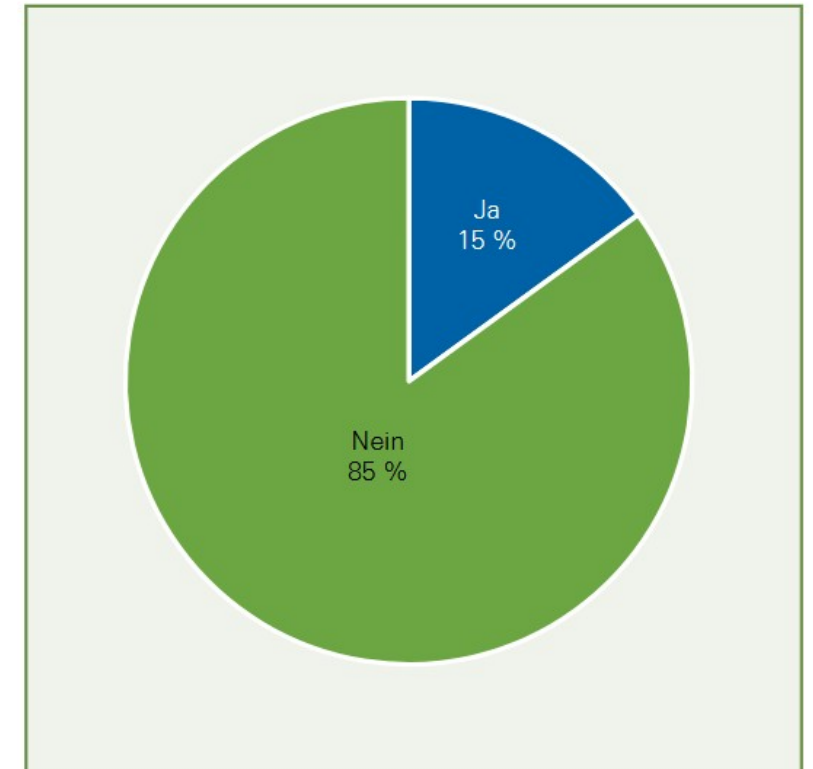
Neurologische Frühreha – ein Erfolgs- modell

Diagnosen, Beatmung

Diagnoseverteilung



Beatmung bei Aufnahme



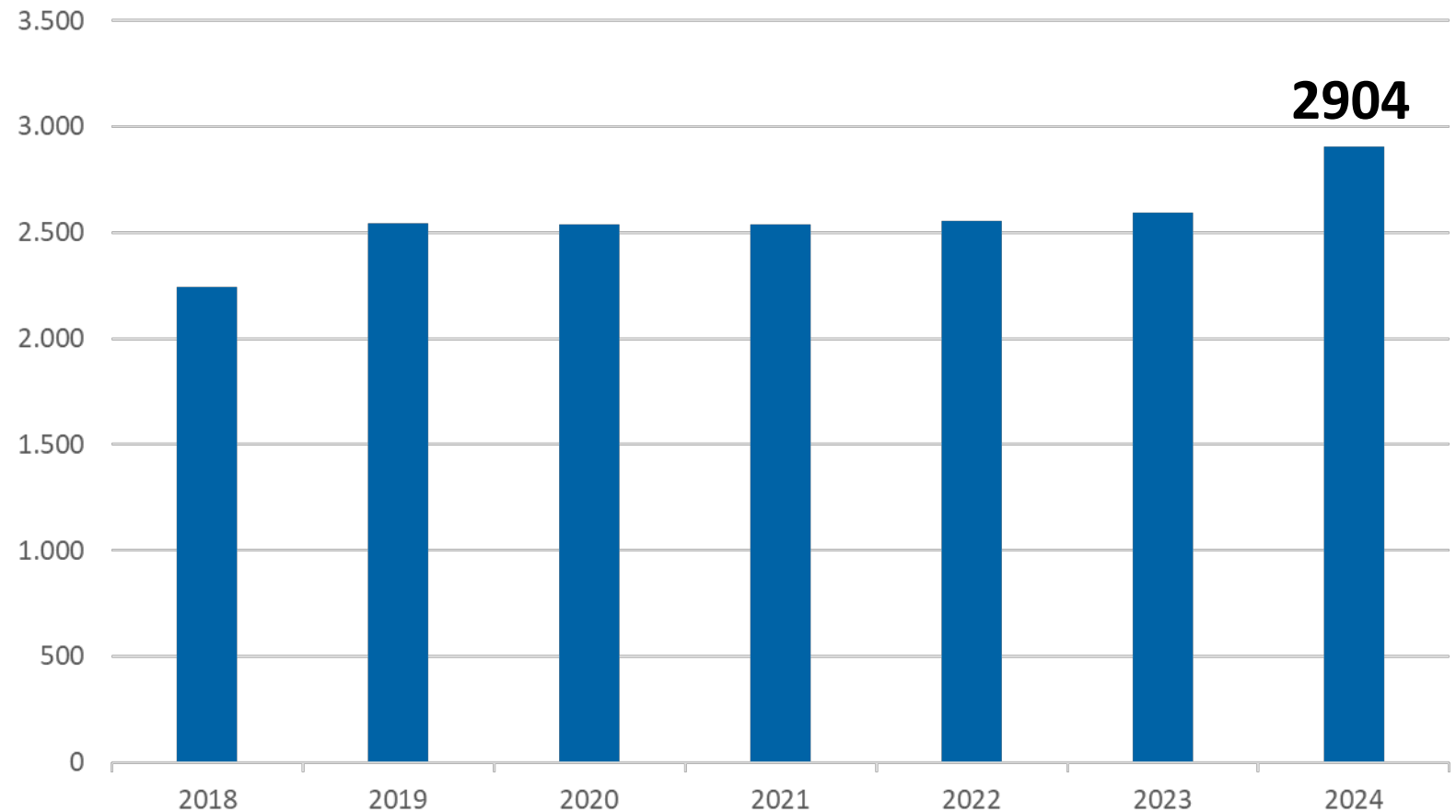
2024

- Bedarfsplanung
- Zurechnung zur Akut-KH-Struktur
- Einheitliche Vergütung
- Qualitätssicherung verpflichtend

Neurologische Frühreha – ein Erfolgs- modell

- Bedarfsplanung
- Zurechnung zur Akut-KH-Struktur
- Einheitliche Vergütung
- Qualitätssicherung verpflichtend

Fallzahlen zunehmend



Neurologische Frühreha – Qualitäts- sicherung

Dekanülierung 2024

Kennzahl: SAFR - SAFR-4

Alle Fälle exklusive Verstorbenen mit Trachealkanüle bei Aufnahme
- davon alle Fälle ohne Trachealkanüle bei Entlassung

Hessen gesamt

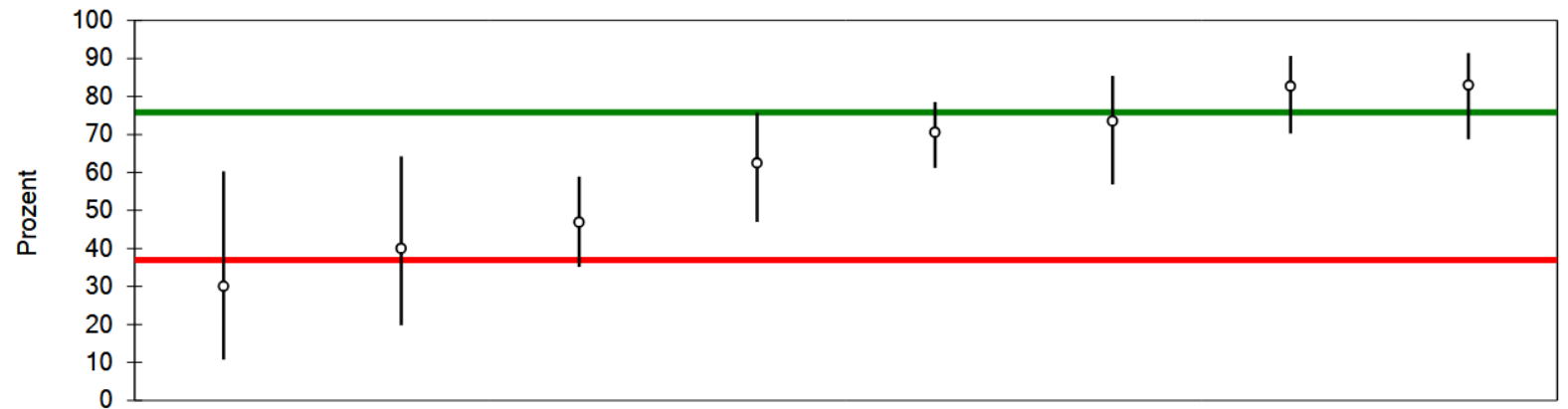
Hessen

N	%	N	%
384		384	
253	65,9	253	65,9

Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95 % CI
61,01 ; 70,45	61,01 ; 70,45

- Auswahl relevanter Indikatoren
- Eindeutig definierte Endpunkte
- Abbildung möglichst vieler Patienten



Verteilung der
Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
30,00	37,00	45,20	66,50	61,10	75,80	82,80	82,90

Blasenkatheter bei Entlassung 2024

Kennzahl: SAFR - SAFR-6

Alle Fälle exklusive Verstorbener mit transurethralem
oder suprapubischem Katheter bei Aufnahme

- davon alle Fälle ohne transurethralen und ohne suprapubischen Katheter bei Entlassung

Hessen gesamt

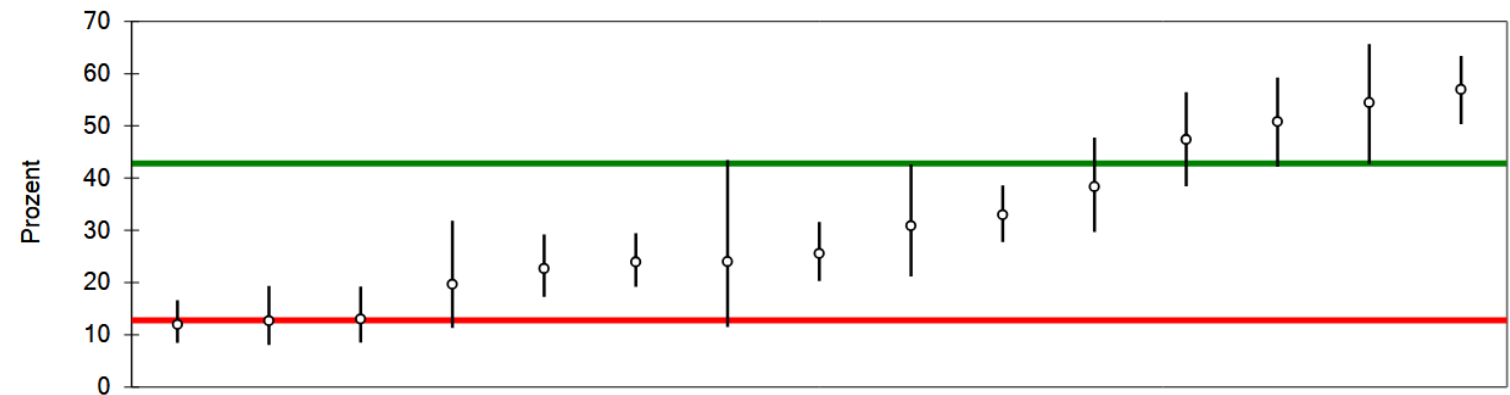
Hessen

N	%	N	%
2 271		2 271	
682	30,0	682	30,0

Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95 % CI
28,18 ; 31,95	28,18 ; 31,95

- medizinisch relevant
- Aber: Kollektiv heterogen
- Vergleichbarkeit über Risikoadjustierung herstellen



Verteilung der
Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
12,00	12,80	21,20	25,60	31,00	42,80	53,00	56,90

Dekubitus (neu) bei Entlassung 2024

Kennzahl: SAFR - SAFR-10

Alle Fälle exklusive Verstorbener ohne Dekubitus (ab Grad 2) bei Aufnahme
- davon alle Fälle mit Dekubitus (ab Grad 2) bei Entlassung

Hessen gesamt

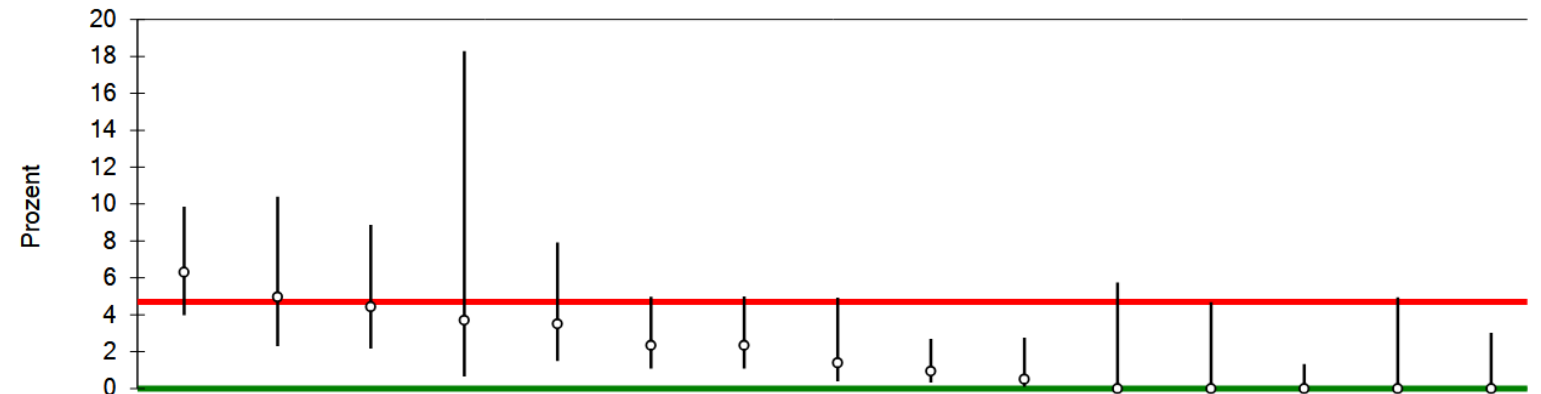
Hessen

N	%	N	%
2 533		2 533	
54	2,1	54	2,1

Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95 % CI
1,64 ; 2,77	1,64 ; 2,77

- Ohne Risikoadjustierung
bzw. Subgruppenvergleich



Verteilung der
Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
0,00	0,00	0,00	1,40	2,00	3,60	4,70	6,30

Neurologische Frühreha – Qualitäts- sicherung

Dekubitus (neu) bei Entlassung 2024

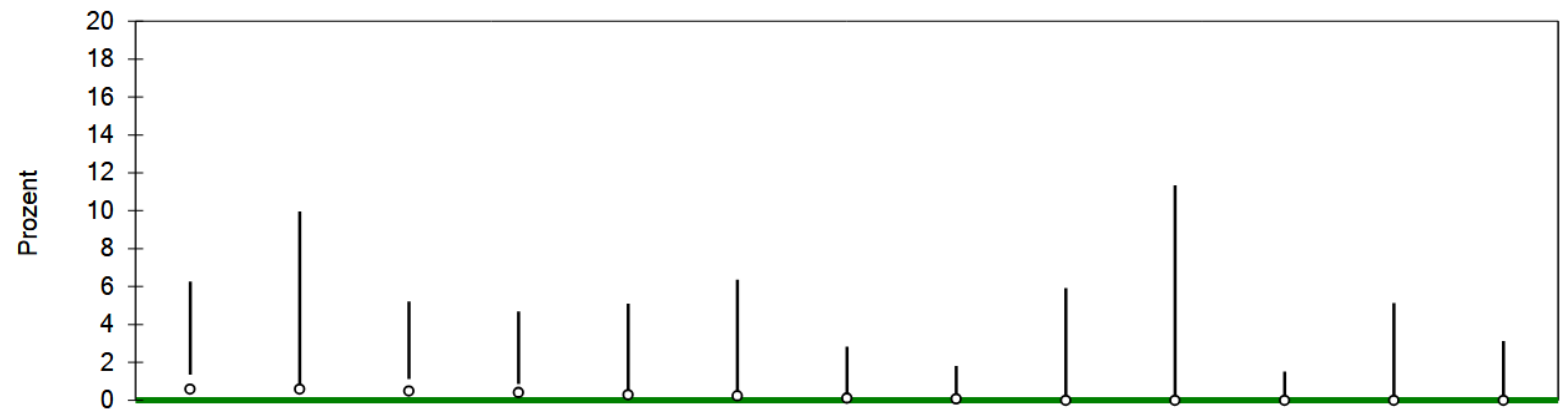
Exkl. Beatmete und Pat. mit TK

Alle Fälle exklusive Verstorbener ohne Beatmung und ohne Tracheostoma
ohne Dekubitus (ab Grad 2) bei Aufnahme
- davon alle Fälle mit Dekubitus (ab Grad 2) bei Entlassung

Hessen gesamt		Hessen	
N	%	N	%
2 046		2 046	
24	1,2	24	1,2
95% CI		95% CI	
0,79 ; 1,74		0,79 ; 1,74	

Vertrauensbereich (in %)

- Mit „Risikoadjustierung“
- Ohne Hochrisikopat. für Dekubitus



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	0,00	0,00	0,00	0,50	1,10	2,00	2,80	2,90

Dekubitus (neu) bei Entlassung 2024

Nur Beatmete und Pat. mit TK

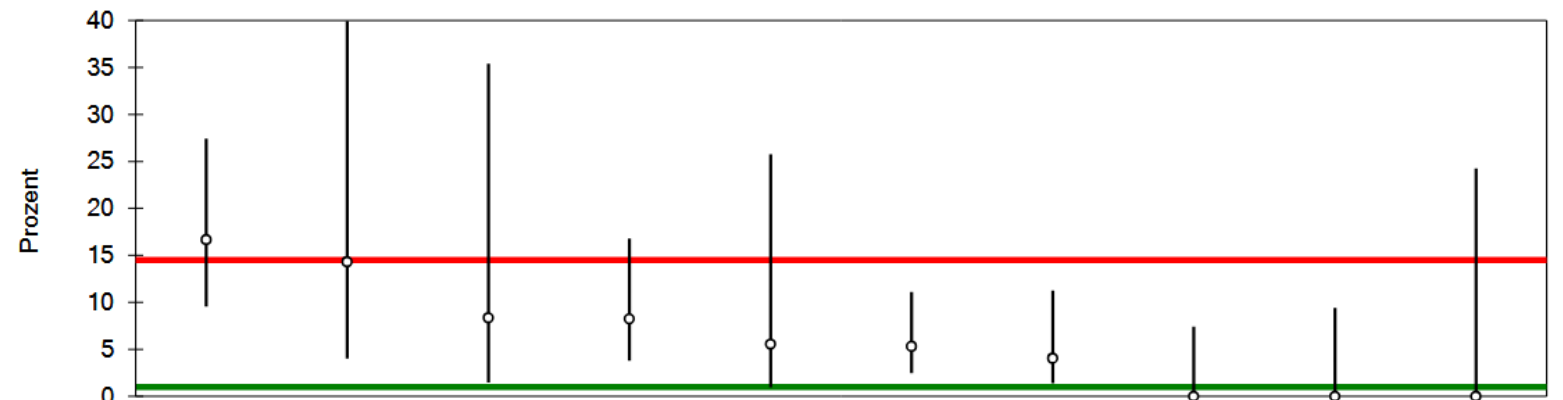
Alle Fälle exklusive Verstorbener mit Beatmung oder mit Tracheostoma
ohne Dekubitus (ab Grad 2) bei Aufnahme
- davon alle Fälle mit Dekubitus (ab Grad 2) bei Entlassung

Hessen gesamt		Hessen	
N	%	N	%
487		487	
30	6,2	30	6,2

Vertrauensbereich (in %)

95% CI	95% CI
4,35 ; 8,66	4,35 ; 8,66

- Mit „Risikoadjustierung“
- **Nur Hochrisikopat.** für Dekubitus
- Unterschiede erklärungsbedürftig



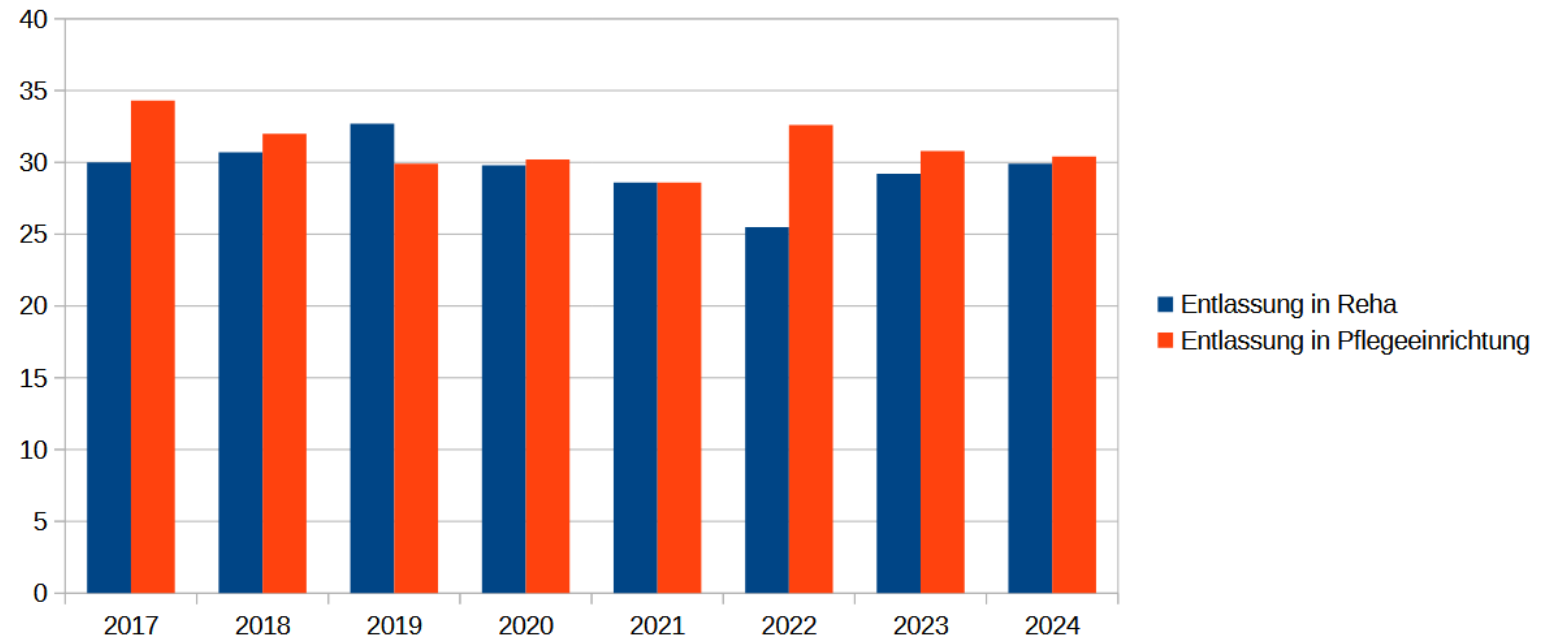
Verteilung der
Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
0,00	0,00	1,00	5,40	6,20	8,30	14,50	16,70

Neurologische Frühreha – und dann?

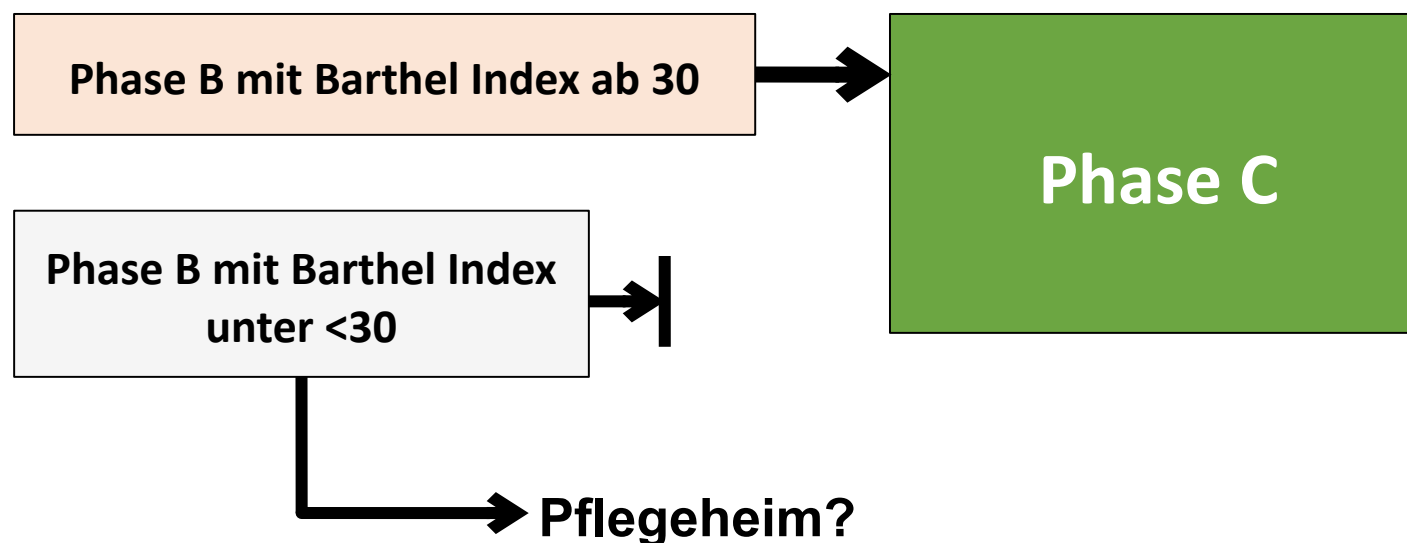
NFR Entlassung
in Phase C
& Pflegeheim
stabil

Entwicklung Entlassungsgrund Reha/Pflegeheim aus Frühreha (I60,I61und I63)



Wann endet die „Akutbehandlungsbedürftigkeit“

- G-AEP Kriterien?
- Vitale Stabilität?
- Eingangskriterien der Phase C?



Trotz Potential
weiterführende
Reha bei schwer
Betroffenen oft
nicht möglich

Zusammenfassung

- NFR Phase B etabliert und gut verfügbar, Weiterentwicklung von Qualitätsindikatoren erforderlich
- Schnittstelle zur Phase C nicht klar definiert
- Zugang zur Phase C zunehmend erschwert, insbesondere für schwer betroffene Patienten
- Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Phase C kann Pflegebedürftigkeit vermindern und Akutkliniken durch raschere Übernahme entlasten