

Positionspapier

Zusammenfassende Kurzversion des Positionspapiers der Deutschen Gesellschaft für Neurologische Rehabilitation zur Neurologischen Frührehabilitation

März 2006

Das Phasenmodell der BAR hat sich zur Differenzierung unterschiedlich schwer betroffener Patienten in der Neurologischen Frührehabilitation und Rehabilitation bewährt. Die Umsetzung erfolgt in den einzelnen Bundesländern jedoch sehr verschieden. So wird zwar überwiegend entsprechend den Empfehlungen der BAR die neurologische Frührehabilitation als Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V leistungsrechtlich eingestuft, es gibt aber auch Phase B Einrichtungen mit Verträgen nach § 40 SGB V und Rehakliniken, die Phase B Patienten ohne explizierten Versorgungsvertrag behandeln. Dies ist notwendig geworden, da sonst die Patientenversorgung nicht sichergestellt werden kann.

Zwischen und zum Teil innerhalb der Bundesländer variieren die Indizes zur Messung der funktionellen Defizite (Barthel-Index, Frührehabilitations-Barthel-Index, Functional Independence Measure). Weiterhin sind zwischen den Bundesländern die Punktwerte der Indizes, die den Phasenwechsel von B nach C (25 – 30 Punkte) und von C nach D (65 – 80 Punkte) triggern, unterschiedlich definiert. Dies führt dazu, daß je nach Bundesland unterschiedliche Patientenpopulationen in die Kalkulation der Fallpauschalen eingegangen sein müssen und somit eine korrekte Berechnung nicht möglich ist.

Das vom Bundesministerium für Gesundheit in den Mittelpunkt gerückte Kriterium der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit eines Frührehabilitationspatienten ist in den durch die in den Bundesländern vereinbarten Kriterien für die Phasendefinition aufgrund funktioneller Defizite gar nicht berücksichtigt. Da bundesweit Kriterien für das Ende von Krankenhausbehandlung fehlen, ist das Kriterium der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit an der Schnittstelle zur Rehabilitation auch aktuell nicht zu definieren.

Die DGNR legt Wert auf die Feststellung, daß erhebliche und zunehmende Unterschiede zwischen der Akutmedizin und Rehabilitationsmedizin bestehen. Während in Akutkrankenhäusern streng indikations- und diagnosebezogen therapiert wird, ist das Aufgabenspektrum in der Rehabilitation nicht nur auf die Therapie der organischen Störung bezogen, sondern ganz besonderer Wert wird auch auf die psychischen Aspekte (Stichwort: Krankheitsverarbeitung) und die beruflichen und sozialen Belange der Patienten (Stichwort: Teilhabe an der Gesellschaft) gelegt. Die Rehabilitationsmedizin ermöglicht letztendlich erst das DRG-System dadurch, daß lang verlaufende Akuterkrankungen und chronische Erkrankungen von ihr aufgefangen werden.

Eine zustandsadäquate Versorgung der schwerbetroffenen neurologischen Frührehabilitationspatienten ist nach Ansicht der DGNR zur Zeit dadurch erschwert, daß ein deutlicher Unterschied zwischen der ethischen, ärztlichen und gesellschaftlichen Sichtweise der Frührehabilitation einerseits und den juristischen Aspekten andererseits besteht. Aus Sicht der DGNR ist die leistungsrechtliche Einstufung der Einrichtungen in Akutkrankenhäuser (§ 39 SGB V) oder Rehakliniken (§ 40 SGB V) nicht hilfreich, da neurologische Frührehabilitation genau beide Aspekte abdecken muß. Aus diesem Grund ist es wichtig klarzustellen, daß unabhängig von der leistungsrechtlichen Einstufung die Qualität der Einrichtungen den besonderen Bedürfnissen dieser Patientengruppe entsprechen muß. Einrichtungen, die neurologische Frührehabilitation und/oder Phase B Patienten neurologisch behandeln, haben sich in sehr vielfältiger Weise in Deutschland etabliert und sichern – trotz schwieriger gesetzlicher und bürokratischer Rahmenbedingungen – eine angemessene Versorgung dieser komplizierten Patientengruppe. Probleme treten durch die unterschiedlichen Handhabungen in den verschiedenen Bundesländern, durch Schwierigkeiten bei einer adäquaten Vergütung in Akutkliniken und durch einen überbürokratisierten Zugang dieser Patienten in die Rehakliniken auf. In den nach § 39 SGB V eingestuften Einrichtungen erfolgt die Vergütung teilweise mit Fallpauschalen, ergänzt durch tagesgleiche Vergütungen; ein Verfahren, das die ungeheure Variabilität der neurologischen Frührehabilitation nicht adäquat abbildet. Für die in § 40 SGB V eingestuften Rehakliniken ist der Zugang zur neurologischen Frührehabilitation überbürokratisch und inadäquat gesteuert. In sehr komplizierten Verfahren, die deutliche Unterschiede zwischen verschiedenen Kostenträgern zeigen, stehen nicht ärztliche und Patienten Aspekte im Vordergrund, sondern Kostenträger entscheiden über den Beginn, die Zeitdauer und den Ort einer neurologischen Frührehabilitation. Durch diese aufgeführten Hemmnisse wird eine adäquate Patientenversorgung erschwert oder zum Teil ganz verhindert. Aus Sicht der Betroffenen, die sich selbst wegen der Schwere ihrer Störung nicht vertreten können, ist eine ärztliche Steuerung der medizinischen Versorgung zwingend erforderlich. Aus diesem Grund schlägt die DGNR zusammenfassend folgendes vor:

1. Neurologische Frührehabilitation wird als besondere Behandlungsform für schwerst-krankte Patienten mit neurologischen Störungen anerkannt.

2. Die Behandlung dieser Patienten erfolgt in besonderen Einrichtungen, die den Nachweis ihrer Befähigung erbracht haben.
3. Die leistungsrechtliche Zuordnung dieser Einrichtungen kann sowohl zu § 39 als auch zu § 40 SGB V erfolgen.
4. Alle Einrichtungen, die zur Zeit neurologische Frührehabilitation oder Phase B Rehabilitation von Patienten durchführen, werden vorerst zu dieser Behandlungsform zugelassen, unabhängig davon, ob ein Vertrag nach § 39 oder § 40 oder gar kein Vertrag besteht.
5. Sämtliche Einrichtungen unterliegen einer besonderen Qualitätskontrolle. Gemeinsam mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen, dem Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) und dem Bundesverband NeuroRehabilitation (BNR) kann die DGNR hierzu Kriterien mit erarbeiten.
6. Der Zugang der Patienten zur neurologischen Frührehabilitation wird ärztlich geregelt und unterliegt nicht der Steuerung durch die Kostenträger.
7. Die Vergütung neurologischer Frührehabilitation erfolgt nicht mit einer Fallpauschale, sondern mit tagesgleichen Pflegesätzen.
8. Die Zeitdauer neurologischer Frührehabilitation und der Übergang der neurologischen Frührehabilitation in neurologische Rehabilitation wird von den Einrichtungen in Zusammenarbeit mit dem MDS geregelt.