

Diskussion

Stellungnahme der DGNR zum Fallpauschalengesetz

Der Einschluss der neurologischen Frührehabilitation ins Fallpauschalengesetz ist eine für Patienten und Kliniken im Bereich der Neurologischen Rehabilitation sehr ungünstige Entwicklung. Die finanziellen Konsequenzen sind zwar noch nicht im Detail übersehbar, weil die Baserate, der Grouper und zu erwartende Verhaltensänderungen der zuweisenden Akutkrankenhäuser noch nicht absehbar sind. Klar ist aber, dass die Entwicklung den Interessen der schwer hirngeschädigten Patienten zuwider läuft. Die relativen Fallgewichte werden nicht ausreichen, um in größerer Zahl die Patienten nach DGNR-Kriterien ausreichend lange zu behandeln. Die Überliegervergütung ist so niedrig bemessen, dass eine intensive Therapie in den späteren Phasen des Aufenthaltes sicher nicht mehr möglich sein wird. Auch die Tatsache, dass im OPS 301, Version 2004, eine Kurzbehandlung mit einer Woche, eine mittellange Behandlung mit zwei Wochen und eine Langbehandlung mit mehr als drei Wochen kodiert werden können, zeigt an, dass die in der Neurorehabilitation üblichen Behandlungsdauern offenbar gar nicht mehr vorgesehen sind.

Im einem Brief haben Vorstandsmitglieder der DGNR, des Aktionskreises Frührehabilitation und der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter dem Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Dr. Klaus Theo Schröder, Lösungsvorschläge für die Probleme unterbreitet, die bei Einschluss der Neurorehabilitation schwerst hirngeschädigter Patienten (Phase B) und der Neurorehabilitation von Kindern in das Fallpauschalensystem entstehen würden. Der Brief und die Antwort des Staatssekretärs sind nachfolgend abgedruckt.

Düsseldorf, 02.10.2003

Sehr geehrter Herr Staatssekretär,

für das ausführliche Gespräch und die eingehende Erörterung der Probleme, die mit dem Einschluss der Neurorehabilitation schwerst hirngeschädigter Patienten (Phase B) und der Neurorehabilitation von Kindern in das Fallpauschalensystem entstehen würden, möchten wir uns sehr herzlich bedanken.

Mit diesem Schreiben kommen wir Ihrer Aufforderung nach, alternative Lösungsmöglichkeiten und eine Definition der Kliniken, die als Spezialeinrichtungen ausgenommen werden sollen, anzubieten.

Bevor wir Lösungsansätze diskutieren, möchten wir die ausgetauschten Argumente kurz zusammenfassen:

1. Grundsätzliche Problematik der Abbildung der Neurorehabilitation schwerst hirngeschädigter Patienten (Kinder und Erwachsene) im diagnosenbezogenen Fallpauschalensystem:

a) Bei der Neurorehabilitation von Kindern und bei der Phase B der Neurorehabilitation Erwachsener handelt es sich leistungsrechtlich um eine Akutbehandlung, inhaltlich aber um Rehabilitation. Der Rehabilitationsaufwand lässt sich im Diagnosebezogenen Fallpauschalensystem derzeit nicht abbilden. Der Rehabilitationsaufwand ist im wesentlichen nicht abhängig von der Diagnose, sondern von den Fähigkeitsstörungen (also dem Ausmaß der Behinderung) und dem Verlauf, d.h. der Geschwindigkeit der Besserung im Zeitablauf (bei Schwerstkranken häufig unterbrochen von Komplikationen).

b) Psychiatrische Patienten und Patienten mit Rückenmarksläsionen (Querschnitt) wurden vom Fallpauschalensystem ausgenommen, weil die Verweildauern bei gleicher Diagnose ausgesprochen inhomogen sind. Dies trifft in gleicher Art und Weise auf Patienten mit schwersten Hirnschädigungen zu. Dabei resultieren Krankheitsbilder mit Einschränkung der höheren Hirnfunktionen, die den Krankheitsbildern bei psychiatrischen Erkrankungen im Ausmaß durchaus vergleichbar sind. Ähnliches gilt bei Schädigungen der unteren Hirnabschnitte kurz vor dem Übergang zum Rückenmark, die im Ausmaß der Fähigkeitsstörung und in der Verlaufsinhomogenität mit Querschnittspatienten durchaus vergleichbar sind. Schwersthirngeschädigte Patienten müssten deshalb mit der gleichen Begründung vom Fallpauschalensystem ausgenommen werden.

c) Grundsätzlich »belohnt« das Fallpauschalensystem kurze Aufenthaltsdauern. Diese sind in der Neurorehabilitation Schwersthirngeschädigter in der Regel nicht sinnvoll, da die Regenerations- und Adaptationsprozesse im Gehirn langsam ablaufen und die lange Behandlungsdauer deshalb konstituierendes Element einer sinnvollen Neurorehabilitation ist. Eine Verkürzung der Rehabilitation bei noch weiter besserungsfähigen Patienten wird die Kosten durch erhöhten Pflegebedarf (höhere Pflegestufe, Heimeinweisung) in nachfolgende soziale Sicherungssysteme (Pflegeversicherung) verschieben.

d) Der Einschluss der Neurorehabilitation Schwersthirngeschädigter befördert das sogenannte Patienten-Picking, nämlich die bevorzugte Aufnahme sich rasch bessernder Patienten, durch die ja elektiv aufnehmenden Rehabilitationskliniken. Es wird also eine Konkurrenz der Phase B-Kliniken um »gute« Phase B-Patienten geben, von denen erwartet werden darf, dass sie im kürzeren Bereich der Regelverweildauern der Fallpauschalen B 42 a, b, c in die Phase C umgestuft werden können. Patienten mit prospektiv wenig günstigem Verlauf wie z.B. Patienten mit globaler cerebraler Hypoxie werden dann nur noch einen Rehabilitationsplatz bekommen, soweit die Kapazitäten der Phase B-Kliniken nicht durch »günstigere« Fälle ausgelastet werden können. Die am schwersten Betroffenen werden dann also keine Rehabilitationschance mehr erhalten. Die unter Punkt 3 dargestellte aktuelle Ausgestaltung der relevanten Prozeduren und Fallpauschalen zwingt den Kliniken geradezu ein solches Vorgehen auf, wenn sie

ökonomisch überleben wollen.

2. Spezielle Problematik der Neurorehabilitation bei Kindern:

Bei Kindern (u.a. Frühgeburten, embryonale Missbildungen, Z.n. Ertrinkungsunfällen) sind die Verläufe besonders langwierig. Die Behandlung der Erkrankung begleitet die Kindheit und Jugend des Patienten. Häufig wird deshalb eine intermittierende Behandlung durchgeführt mit Entlassung des Patienten nach Hause zu den Eltern und regelmäßiger Wiederaufnahme nach einigen Wochen zu Rehamaßnahmen. Hier gelingt keine sinnvolle Fallabgrenzung. Die Assessmentinstrumente, die bei Erwachsenen die Pflegeabhängigkeit messen, sind bei Kindern nicht sinnvoll anzuwenden, weil das Kind (altersabhängig) auch ohne Erkrankung pflegebedürftig ist. Deshalb müssten komplizierte (altersabhängige) Messinstrumente geschaffen werden.

3. Spezielle Probleme der Abbildung der Phase B im Fallpauschalensystem:

Der Prozedurenkatalog differenziert nicht zwischen neurologischer Rehabilitation Schwersthirngeschädigter in der Phase B (sogenannte Neurologische Frührehabilitation) und der zeitlich frühen Rehabilitation im Akutkrankenhaus (ebenfalls OPS 8-551), die aber alle Schweregrade, d.h. auch leichtere Patienten, umfasst. Deshalb ergibt sich bei Auswertung von Patienten mit gleichen Diagnosen und der Prozedur 8-551 ein Mix aus rehabilitierten Patienten aller Schweregrade im Akutkrankenhaus und Patienten mit schwersten Hirnschädigungen in Spezialkliniken für die neurologische Phase B. Damit könnten sich die ungewöhnlich kurzen mittleren Verweildauern der DRGs B 42 a, b, c erklären, ebenso die im Prozedurenkatalog für das Jahr 2004 vorgesehene Kodierung von Rehabilitationsdauern (1–2 Wochen, 2–3 Wochen und über 3 Wochen), Rehabilitationsdauern, die die Patienten in der neurologischen Phase B kaum abbilden.

4. Schlechte Datenlage für die neurologische Phase B:

Nach unseren Erkenntnissen haben sich lediglich 3 Phase B-Abteilungen aus Süddeutschland am Kalkulationsprojekt beteiligt. Die Daten aus Abteilungen für fachübergreifende Rehabilitation im Akutkrankenhaus (Physikalische Medizin und Rehabilitationsmedizin) und anderen Fachabteilungen im Akutkrankenhaus dürften bei weitem überwiegen und das Bild verwässern. Die unterschiedliche Schwere der Erkrankung in Klinikabteilungen, die Rehabilitationsleistungen nach der Ziffer 8-551 kodiert haben, müsste sich in einer separaten Auswertung von Phase B-Kliniken und anderen Krankenhäusern z.B. über den Casemix-Index differenzieren lassen.

5. Rehabilitative Intensivmedizin:

Ein Teil der Phase B-Kliniken verfügt über Intensivstationen zur Langzeitbeatmung, Entwöhnung vom Respirator und zur Intensivüberwachung. Die Differenzierung von Beatmungsdauern ist aktuell wesentlich verbessert worden, ungelöst ist weiter die Abbildung von intensiv überwachungspflichtigen Patienten im Fallpauschalensystem. Dies gilt natürlich auch insoweit, als diese Patienten in Phase B-Kliniken liegen.

6. Aktuelle Auswirkungen:

Aufgrund der mitgeteilten mittleren Verweildauern in den DRGs B 42 a, b, c und des Überliegerfaktors herrscht erhebliche Verunsicherung, da die eigenen Verweildauern länger sind und mit erheblichen Erlöseinbußen gerechnet wird (auch bei öffentlichen Trägern Einstellungsstopp trotz Budgetneutralität). Wegen der späten Zahlung des Budgetausgleichs erst in 2005 werden Liquiditätsprobleme in 2004 und 2005 erwartet, die zunächst über erhöhte Betriebsmittelkredite incl. Kreditkosten ausgeglichen werden müssen.

Lösungsmöglichkeiten

Am Ende der Unterredung hatten Sie uns aufgefordert, alternative Lösungsvorschläge zu machen:

1. Fallpauschalen für Rehabilitationsleistungen:

Ein adäquates Fallpauschalensystem für Rehabilitationsleistungen erfordert eine wesentlich andere Ausdifferenzierung als ein diagnosebezogenes Fallpauschalensystem für die Akutmedizin, nämlich die Differenzierung nach Fähigkeitsstörungen (Ausmaß der Behinderung) und gleichzeitig nach dem Rehabilitationsverlauf. Die Diagnose spielt eine tertiäre Rolle. Grundsätzlich muss also ein völlig anderes System mit anderen ökonomischen Reizen entwickelt werden. Rehabilitation dient nämlich der Minimierung und Bewältigung von Krankheitsfolgen. Infolgedessen hat eine suboptimale Rehabilitation insbesondere Folgen für nachgeordnete Versorgungsbereiche (Pflegeversicherung) bzw. für die soziale und ökonomische Reintegration (Wiedereingliederung ins Berufsleben), die als Systemkosten im Krankenkassensystem nicht unmittelbar sichtbar werden.

Vorschläge für eine »hilfswise« Abbildung der Phase B über den Prozedurenkatalog mit zumindest Ausdifferenzierung der Schweregrade wurden von unseren Fachgesellschaften im Jahre 2001 bei DIMDI und im Rahmen des strukturierten Dialogs im Jahre 2003 gemacht und wurden bisher nicht berücksichtigt. Sie wären jetzt auch nicht mehr umsetzbar, da durch den schon erschienenen Prozedurenkatalog 2004 (Ergebnisse in 2005) frühestens für 2006 in einer sinnvolleren Weise kodiert werden könnte (Ergebnisse in 2007). In diesen Zeiträumen werden die neurologischen Phase B-Kliniken wegen der oben ausgeführten wirtschaftlichen Auswirkungen in der heutigen Form nicht mehr existieren. Aus Zeitgründen erscheint uns eine solche Lösung nicht mehr realisierbar.

2. Definition von Fachkrankenhäusern zur Rehabilitation Schwersthirngeschädigter (Phase B der neurologischen Rehabilitation), die als Spezialeinrichtungen aus dem Fallpauschalensystem herausgenommen werden könnten:

Diese Fachkrankenhäuser könnten identifiziert werden über:

- die Zulassung als Phase B-Kliniken in den jeweiligen Krankenhausbedarfsplänen der Länder
- Nachweis ausschließlicher Behandlung von schwersthirngeschädigten Patienten (nach der jeweiligen für das betreffende Bundesland geltenden Definition der Phase B, üblicherweise Barthelindex < 30)
- ausschließliches Vorhandensein neurologischer Hauptdiagnosen (nach klinischen Gesichtspunkten)

3. Phasenmodell der Neurorehabilitation mit Verbesserungen:

In der Neurorehabilitation gibt es im Gegensatz zu anderen Bereichen der Rehabilitation bereits ein kostenmäßig gestuftes Modell, das man mit einigen Verbesserungen (z.B. Vereinheitlichung der Kriterien für die Phase B zwischen den Bundesländern) beibehalten könnte. Das aktuell gültige Verfahren wurde von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), also mit wesentlicher Beteiligung der Kostenträger, entwickelt. Es hat sich in der Praxis bewährt und erlaubt durch die regelmäßige Beurteilung von Verlängerungsanträgen dem Kostenträger und dem Med. Dienst der Krankenkassen (MDK) eine Kontrolle der Verweildauer und damit eine Kostenkontrolle. Das Gebot der Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen wird in diesem Verfahren also auf einem anderen Wege als im Fallpauschalensystem erreicht. Das Verfahren erfüllt gleichzeitig die Vorgaben der Rehabilitationsmedizin, nämlich eine individualisierte Behandlungsdauer, die die Ausschöpfung des Rehabilitationspotentials erlaubt und eine Benachteiligung von besonders schwer betroffenen und langwierig zu behandelnden Patienten vermeidet.

Das Verfahren läuft derzeit folgendermaßen ab: Bei Rehabilitationsbedürftigkeit am Ende des Akutkrankenhausaufenthaltes meldet das Akutkrankenhaus den Patienten in einer Rehabilitationsklinik unter Angabe der bestehenden Fähigkeitsstörung an (meistens gemessen mit dem Barthel-Index, Frühreha-Barthel-Index oder dem erweiterten Barthel-Index). Dieser Index wird in Form eines ausgefüllten Formulars gleichzeitig auch der Krankenkasse übermittelt, so dass sie eine von der Rehabilitationsklinik unabhängige Einschätzung der Fähigkeitsstörung des Patienten erhält.

Liegt der Barthel-Index bei < 30 Punkten, erfolgt die Rehabilitation zunächst in der Phase B (sogenannte neurologische Frührehabilitation), bei Punktwerten über 30 Punkten in der Phase C oder D nach § 111 SGB V mit jeweils niedrigeren Tagessätzen. In der Rehabilitationsklinik erfolgen wöchentlich oder 14-täglich wiederholte Messungen der Pflegebedürftigkeit mit dem Barthel-Index. Überschreitet der Patient 30 Punkte, erfolgt die weitere Rehabilitation in der Phase C oder D nach § 111 SGB V mit entsprechender Reduktion des Tagessatzes. Obwohl bei stationärer Krankenhausbehandlung nach §108/109 SGB V an sich nicht vorgesehen, limitieren die Krankenkassen nach Beratung durch den Medizinischen Dienst regelmäßig die Fortsetzung des Rehabilitationsaufenthaltes in der Phase B, wenn kein ausreichender Fortschritt in der Verbesserung des Behinderungsgrades anhand des Barthel-Index nachweisbar ist.

Die Rehabilitationskliniken akzeptieren diese Begrenzungen in der Regel, auch wenn sie das nach der Gesetzeslage nicht müssten, da bei fehlendem Rehabilitationsfortschritt eine Fortsetzung der Reha-Maßnahme häufig nicht indiziert ist und die Kliniken auf die Kooperation der Krankenkassen bei Verlängerungen in den Phasen C und D angewiesen sind.

Effektiv führt dies dazu, dass der Aufenthalt zeitlich limitiert wird und damit unnötig lange Aufenthalte vermieden werden, wenn der Patient keinen Rehabilitationsfortschritt mehr zeigt.

Verbesserungen in diesem Verfahren sind angesichts bundesweiter Akutfallpauschalen von einer Vereinbarung gleicher Kriterien für die Phase B in allen Bundesländern zu erwarten (gleicher Index zur Messung der Fähigkeitsstörung, gleiche Punktegrenzen zwischen den Phasen B, C und D, gleiche Zuordnung zur Akut- bzw. Rehabilitationsmedizin der Phasen B und C).

Wir möchten Sie daher bitten, die Rehabilitation Schwersthirngeschädigter (Phase B) und die Neurorehabilitation für Kinder in Analogie zu Patienten mit Querschnittslähmungen vollständig vom Fallpauschalensystem auszunehmen und das aktuelle Verfahren durch Anregung einer identischen Definition der Phase B in allen Bundesländern zu verbessern. Das derzeitige diagnosebezogene Fallpauschalensystem setzt, wie oben ausgeführt, für die Rehabilitation grundsätzlich nicht sinnvolle wirtschaftliche Anreize. Zusätzlich bedingt die aktuell absehbare Unterfinanzierung trotz Budgetneutralität Liquiditätsengpässe mit wesentlicher Kostensteigerung, so dass sich die Phase B-Kliniken rasch soweit wie möglich durch Änderung ihres Patientenselektionsverhaltens im System optimieren müssen, mit Verlust an Know-how in der Versorgung Schwersthirngeschädigter.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Volker Hömberg
(1. Vorsitzender der DGNR)

Prof. Dr. Dr. Paul Schönle
(1. Vorsitzender der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter, Vorstandsmitglied der DGNR)

Prof. Dr. Eberhard Koenig

(2. Vorsitzender der DGNR)

Dr. Wilfried Diener

(Vorsitzender des Aktionskreises Frührehabilitation)

Sehr geehrter Herr Professor Hömberg, sehr geehrter Herr Professor Koenig,

für Ihr Schreiben vom 02. Oktober 2003, mit dem Sie die Problematik der neurologischen Frührehabilitation erläutern, danke ich Ihnen.

Im Nachgang zum Gespräch am 25. September 2003 in Berlin wurde die gesamte Problematik nochmals mit dem DRG-Institut erörtert. Dabei ist deutlich geworden, dass die Frühreha-Fallpauschalen auf den Kosten- und Leistungsdaten von 10 Fachkliniken für Neurologie sowie 10 Einrichtungen für speziell ausgewiesene Abteilungen der neurologischen Frührehabilitation basieren. Die fachliche Analyse der möglichen Fallgestaltungen hat des weiteren ergeben, dass ein Großteil der Schädel-Hirnpatienten dem krankenhausesindividuell zu verhandelnden Entgelt »Frühreha bei Polytrauma« (W40Z) zuzuordnen ist. Sofern Wachkoma-Patienten beatmet werden, werden diese in die Fallpauschalen für Langzeitbeatmungsfälle eingruppiert.

Um eine noch sachgerechtere Abbildung der Leistungen der neurologischen Frührehabilitation zu erreichen, wurden zusammen mit dem DRG-Institut zusätzlich folgende Verbesserungen erarbeitet:

– Schaffung einer gesonderten Wachkoma-DRG (A43Z), in die Wachkoma-Patienten ohne Polytrauma und ohne Beatmung eingestuft werden. Die Vergütung ist krankenhausesindividuell zu verhandeln.

– Zusätzlich wird die Grenzverweildauerregelung der Basis-DRG B42 verbessert, indem für Langlieger anstelle 0,7 des durchschnittlichen Tageskostensatzes der volle Satz vergütet wird.

Darüber hinaus kann für die spezialisierten Einrichtungen auch die noch zu erarbeitende Regelung zur Herausnahme von besonderen Einrichtungen aus der Anwendung des DRG-Systems zum Tragen kommen. Zwischenzeitlich haben die Selbstverwaltungspartner das Ministerium zur Ersatzvornahme aufgerufen. In einer eigenständigen Rechtsverordnung sind dazu Kriterien vorzugeben, auf deren Grundlage die einzelnen Krankenhäuser mit den Kostenträgern die Herausnahme aus dem DRG-System vereinbaren können.

Ich denke, dass damit ein sehr ausdifferenzierter Fallpauschalenkatalog sowie wichtiges Zusatzinstrumentarium zur Verfügung steht. Dies gilt insbesondere in Verbindung mit der budgetneutralen Einführung im Jahr 2004.

Erwogen, aber nicht weiter verfolgt wurde die Herausnahme von Leistungen der neurologischen Frührehabilitation anhand des OPS-Frührehabilitationsschlüssels 8-551. Dies wäre nicht zielführend, weil der Schlüssel in einem breiten Spektrum von neurologischen Krankheiten zur Anwendung kommt. Rund 33% aller Krankenhäuser wären von einer Ausnahmeregelung betroffen.

Wichtig für die sachgerechte Weiterentwicklung des Systems ist vor allem, dass sich Krankenhäuser, die Leistungen der Frührehabilitation im Allgemeinen und der neurologischen Frührehabilitation im Besonderen erbringen, an der Kalkulation des Katalogs für das Jahr 2005 beteiligen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Klaus Theo Schröder

(Staatssekretär Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung)