

## Diskussion

### Frührehabilitation von Schlaganfallpatienten

Am 11.06.2003 fand auf Einladung von Herrn Dr. Rainer Will (Aufsichtsrat AOK Bundesverband) ein Round Table-Gespräch zum Thema »Frührehabilitation von Schlaganfallpatienten« in Berlin statt. Im folgenden ist das leicht gekürzte Protokoll der Sitzung wiedergegeben.

Gegenstand der Besprechung war die Darstellung des Verhandlungsstandes zwischen den Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Frau Dr. Schlottmann berichtete, dass die Selbstverwaltung sich um eine Anpassung des australischen Fallpauschalensystems an die speziellen deutschen Bedingungen im Gesundheitssystem bemühe. Das Vorschlagsverfahren habe zu einer großen Zahl von Einsendungen an das InEK geführt, die ein weites Spektrum von sehr globalen Vorschlägen bis zu sehr spezifischen Regelungen, etwa Splitting von Fallpauschalen, beinhalten. Die Selbstverwaltungspartner hätten sich deshalb darauf geeinigt, für diesen Anpassungsprozess statt zahlreicher Einzelregelungen ein allgemeines Regelwerk mit festen Verfahrensschritten zu definieren.

Ein Bereich seien Regelungen zu »besonderen Einrichtungen«. Einigkeit der Selbstverwaltung bestehe voraussichtlich darin, dass es sich bei »besonderen Einrichtungen« um ein ganzes Klinikum, eine Abteilung innerhalb eines Klinikums oder auch nur um eine Station handeln könne. Da die genaue Definition allgemeiner Kriterien zur Identifizierung »besonderer Einrichtungen« jedoch als schwierig angesehen wird, hat die Geschäftsstelle der DKG vorgeschlagen, bestimmte Bereiche, z.B. die Palliativmedizin, direkt von der DRG-Regelung auszunehmen.

Angesprochen auf die medizinischen Aspekte in der Frührehabilitation von Schlaganfallpatienten, wies Prof. Koenig darauf hin, dass das Thema etwas erweitert werden müsse, da es auch um die besondere Berücksichtigung von Patienten mit vorbestehenden schweren und komplexen Behinderungen gehe, die akut erkranken und deshalb im Akutkrankenhaus neben dem üblichen Behandlungsbedarf aufgrund ihrer Behinderung einen überproportionalen Ressourceneinsatz erfordern, weiterhin um behinderte Patienten, die aufgrund ihrer Behinderung einen speziellen, z.T. lebenslangen besonderen Behandlungsbedarf haben.

Deshalb sollten außer dem Schlaganfall auch andere neurologische Diagnosen, nämlich Hirnblutungen, Schädel-Hirn-Trauma, zerebrale Hypoxie (bei Herz-Kreislaufstillstand und besonders bei Ertrinkungsunfällen von Kindern) sowie das Guillain Barré-Syndrom berücksichtigt werden. Für eine Gruppe weiterer Diagnosen (Epilepsie, Querschnitt, Multiple Sklerose, Morbus Parkinson) gäbe es außer der Behandlung in Frührehabilitationseinrichtungen auch spezielle, auf die jeweilige Diagnose spezialisierte Fachkliniken.

Vom Gesamtbudget des Gesundheitswesens her betrachtet sei die neurologische Frührehabilitation ein begrenztes Problem. Im gesamten Bundesgebiet gibt es nur ca. 2.500 Betten, z.T. als Spezialstationen in Allgemeinkrankenhäusern, z.T. in Fachkliniken oder in Rehakliniken. Aber durch die hohe Variabilität der Fallkosten, die kaum mit der Diagnose korrelieren, lasse sich die Frührehabilitation in den Fallpauschalen nicht sinnvoll abbilden.

Die besonderen Leistungen der neurologischen Frührehabilitation bestehe darin, nachfolgende Kosten im Gesundheitssystem zu vermindern. Anhand von Daten aus der eigenen Klinik wurde gezeigt, dass nur 8% der Patienten der Neurologischen Klinik Bad Aibling in ein Pflegeheim verlegt werden, über 70% dagegen als Selbstversorger oder mit Hilfe der Unterstützung von Angehörigen und sozialen Diensten nach Hause entlassen werden können. Ohne gezielte Frührehabilitation werde eine Versorgung derartiger Patienten zu Hause ganz überwiegend nicht möglich.

Auch könne eine Verlaufsuntersuchung der Rentenversicherung an 135 Schädel-Hirn-Trauma-Patienten belegen, dass nach einer durchschnittlichen Rehabilitation von 100 Tagen (davon 40 Tage Frührehabilitation) 6 Monate nach Klinikentlassung 47% der Patienten wieder berufstätig waren, 2% besuchten eine beschützte Werkstatt, 24,5% waren berufsunfähig und 26,5% waren bereits vor dem Schädel-Hirn-Trauma berentet. Angesichts der Schwere der Schädigung bei Intensiv- und Frührehabilitationspatienten sei dies doch ein bemerkenswerter Erfolg.

Herr Dr. Deerberg-Wittram zeigte auf, dass die Ergebnisse der Kalkulation des Jahres 2002 für die Frührehabilitation zu völlig unzureichenden Vergütungen innerhalb des Fallpauschalensystems führe. Wenn man die Pauschale auf Tageskosten zurückrechne, blieben für die ärztliche Betreuung auf einer Intensivstation 16€ pro Tag, für die pflegerische Betreuung einer Frührehabilitationsstation 50€ pro Tag, für das gesamte Therapieangebot einer Frührehabilitationsstation 10€ pro Tag übrig. Es sei völlig klar, dass mit solchen Beträgen die Qualitätsvorgaben der Kostenträger nicht zu erfüllen seien. Außerdem konnte er nachweisen, dass sich durch die negative Selektion hinter der Fallpauschale »schwerer Schlaganfallpatient B70A« in internistischen Abteilungen und Frührehabilitationseinrichtungen völlig unterschiedliche Patienten verbergen, die in der Frührehabilitation deutlich höhere Kosten verursachten. Vergütungsstrukturen der Frührehabilitation in anderen Ländern mit Fallpauschalensystemen seien noch in der Erprobungsphase.

Herr Dr. Braun führte aus, dass die Kalkulationsdaten in diesem Jahr sehr viel besser seien als im vorhergehenden Jahr. Das Vorschlagsverfahren habe bis Ende März zu über 2.000 Einzelvorschlägen von 250 Institutionen geführt. Kalkulationsdaten lägen jetzt von 144 Krankenhäusern aller Größenordnungen vor. Es handle sich fehlerbereinigt um 2,6 Mill. Datensätze. Die regelgebundenen Analysen verhindern eine Beeinflussung der Ergebnisse durch externe Experten. Im Sommer sei mit der Vorlage der Auswertungsergebnisse zu rechnen.

Prof. Koenig bezweifelte, dass die neuen Kalkulationsdaten in Hinblick auf die neurologische Frührehabilitation zu wesentlich

besseren Ergebnissen führen, da der Prozedurenkatalog für das Jahr 2002 ja gegenüber dem Jahr 2001 unverändert geblieben sei und daher die Prozedur 8-551 Frührehabilitation (incl. neurologischer Frührehabilitation) mit ihren sehr niedrig angesetzten Voraussetzungen weiterhin auch durch nicht neurologische Fachabteilungen kodiert werden konnten. Herr Dr. Braun entgegnete, aufgrund der sehr verbesserten Plausibilitätsprüfung sei die Datenbasis besser als im Vorjahr. Eine Lösung des Problems der neurologischen Frührehabilitation sei denkbar.

Herr Baum führte aus, dass dem Bundesgesundheitsministerium immer wieder der Vorwurf gemacht würde, dass es inflexibel einen 100% Ansatz bei den DRGs verfolge. Dies sei jedoch nicht der Fall. Man habe eine hohe Sensibilität für die gesamte Problemlage und auf der Basis des Fallpauschalenänderungsgesetzes auch die Möglichkeit, einzelne Leistungen herauszunehmen. Es könne sich dabei jenseits der Tagessätze um Fallpauschalen und Zusatzentgelte handeln, z.T. auch ortsgebunden. Es könnten auch ganze Einrichtungen herausgenommen werden. Bei dem Ganzen sei dem Ministerium eine Akzeptanz auch unter sozialen Gesichtspunkten genauso wichtig wie das Durchhalten einer möglichst weitgehenden medizinischen Systematik des Systems. Trotzdem sollte man keine allzu hohen Erwartungen haben, dass das Bundesministerium für Gesundheit großzügig Ausnahmen vom DRG-System vornehmen werde. Das Ministerium habe nur begrenzte Möglichkeiten, differenziert zu reagieren, falls sich die Partner der Selbstverwaltung nicht einigen. Es habe zwar jetzt einen direkten Zugriff auf die Ressourcen des InEK, die eigenen Ressourcen des Ministeriums seien aber so begrenzt, dass sehr differenzierte Lösungen vom Ministerium nicht zu erwarten seien. Seine Hoffnung sei deshalb, dass es auf der Ebene der Selbstverwaltung möglichst weitgehend zu Vereinbarungen zu den zahlreichen differenzierten Problemen kommen werde. Außerdem sei noch einmal darauf hinzuweisen, dass die Anfangsphase des DRG-Systems ja budgetneutral realisiert werde.

Herr Dr. Gerdemann führte aus, dass die DRGs von einem kostenneutralen Umlegen auf Fallpauschalen ausgingen. Auch das Interesse der Kassen sei, dass das Geld dahin komme, wo es benötigt wird. D.h., dass auch die Frührehabilitation angemessen berücksichtigt werden müsse. Eine 100%ige Vergütung der Akutmedizin durch Fallpauschalen sei wohl nicht möglich. Es stelle sich dann die Frage, ob es krankenhausespezifische oder systematische Regeln geben solle. Zur Zeit befinde sich das System in der Lernphase. Der Gesetzgeber habe alle Möglichkeiten für Veränderungen geschaffen. Ein Regelwerk sei abgesprochen, um eine automatische Findung von Fallpauschalen zu ermöglichen. Die 2.000 Eingaben beim InEK würden derzeit systematisch abgearbeitet. Frührehabilitationspauschalen müssten sachgerecht sein, eine vorzeitige Festlegung sei hier nicht möglich. Die Qualität hänge wesentlich von den gelieferten Daten ab. Von seiten der Krankenkassen bestehe man nicht auf einer Vergütung der Frührehabilitation durch Fallpauschalen zum 1.1.2004.

Herr Dr. Reimann erklärte, dass der VDR an der Umsetzung des Fallpauschalensystems nicht direkt beteiligt ist, da eine Finanzierung der neurologischen Rehabilitation durch die Rentenversicherungen erst ab der Phase C in Betracht komme. Der VDR sei aber daran interessiert, dass der finanzielle Rahmen der Spezialeinrichtungen in der Übergangsphase in das DRG-System erhalten bleibe. Gegebenenfalls müsse man über eine andere Definition der medizinischen Zustände der Patienten am Beginn der von der Rentenversicherung getragenen Rehabilitation nachdenken.

Herr Prof. Hansis führte aus, dass er drei Bereiche hoher Varianz erkenne: (1) eine hohe Varianz der Patienten, (2) eine hohe Varianz der Dauer der Phase B und (3) eine hohe Varianz der Inhalte dessen, was in der Phase B stattfindet. Da davon auszugehen sei, dass es nicht zu einer Vereinheitlichung der Behandlungsdauer bzw. der Behandlungstiefe kommen könne, sei es sinnvoll, stark abweichende Behandlungsdauern bzw. Behandlungsinhalte durch Zusatzentgelte abzubilden. Deren Gewährung sollte sich dann z.B. an konkreten Prozeduren (OPS) oder an erreichten Rehabilitationszielen (Barthel-Index) orientieren. Hierbei könne man sich an den vorangehend präsentierten Beispielen anderer Länder orientieren.

Frau Dr. Schlottmann entgegnete, dass eine Definition der Inhalte praktisch Behandlungsleitlinien voraussetzen würde. Dies sei ein steiniger Weg und überfordere ein Vergütungssystem bzw. sei auch nicht dessen Zweck.

Herr Dr. Gerdemann erklärte, die DRGs seien ein sehr flexibles System, in dem durch Differenzierung auch Besonderheiten ausgedrückt werden könnten. Man habe sich selbst etwas dadurch gebunden, dass man das System auf 800 Fallpauschalen begrenzen möchte. Zuerst müsse der Versuch gemacht werden, die spezielle Therapieform innerhalb der DRGs abzubilden. Als zweite Möglichkeit ergäben sich Zusatzentgelte, als dritte Möglichkeit die Definition spezieller Einrichtungen, die von den Fallpauschalen ausgenommen werden. Auf keinen Fall könne es hausindividuelle Vereinbarungen geben. Es müsse auf der Basis landesweit geltender Regeln entschieden werden. Hausindividuelle Vereinbarungen würden letztlich wieder auf Pflegesatzverhandlungen alter Prägung hinauslaufen und zu einem Selbstkostendeckungsprinzip durch die Hintertür führen.

Herr Baum wies auf die Möglichkeit hin, ggfs. Zusatzentgelte zu vereinbaren, die in der Höhe vom jeweiligen Bundesland abhängig sein sollten.

Frau Dr. Schlottmann wies auf einen Katalog von zusatzentgeltfähigen Leistungen auf Bundesebene (nach § 17 b KHG) und einen lokalen Katalog von Zusatzentgelten nach § 6 Abs. 1 KHentG hin.

Prof. Hansis plädierte dafür, dass Sonderentgelte nur für besondere vorgehaltene Leistungen gewährt werden. Dr. Gerdemann stellte klar, dass es für die Krankenkassen in Zukunft nur folgende drei Regelungen geben könne: (1) DRG auf Basis einer landesweiten Baserate, (2) Zusatzentgelte und (3) besondere Einrichtungen, die nicht durch Fallpauschalen entgolten werden.

Herr H. Schillinger forderte von den Kliniken einen stärkeren Beitrag zu der Ausgestaltung des DRG-Systems. Von den Kliniken sei bisher fast nur darauf hingewiesen worden, welche Bereiche aus dem DRG-System ausgenommen werden sollten, aber es seien

keine detaillierten Unterlagen vorgelegt worden, wie sich die Kosten verteilen und wie man dementsprechend sinnvolle Fallpauschalen entwickeln könne. Die Rentenversicherung habe ein großes Interesse daran, dass die Fallpauschalen in ausreichendem Umfang die Frührehabilitation berücksichtigen. Gelingt dies nicht, sei mit hohen Folgekosten zu rechnen, die sich insbesondere in den Bereichen Rehabilitation und Frühberentung niederschlagen können. Aber auch außerhalb der Rentenversicherung liegende Versorgungssysteme, z.B. Pflegeversicherung, können betroffen sein. Frau Dr. Schlottmann entgegnete, es sei einmalig, wie viele Vorschläge beim InEK von den Kliniken zur Weiterentwicklung des DRG-Systems eingegangen seien. An dieser Stelle sei allen Beteiligten außerordentlich gedankt für die intensive Unterstützung. Prof. Koenig ergänzte, dass man das Problem der DRGs für die Frührehabilitationskliniken frühzeitig erkannt habe und in den vergangenen drei Jahren zahlreiche begründete Stellungnahmen zum Teil auch mit beispielhaften Kalkulationen erarbeitet habe. Herr Dr. Deerberg-Wittram ergänzte weiter, dass sich in seiner Klinikgruppe 27 Mitarbeiter mit einem DRG-Kalkulationsprojekt beschäftigen und dass mit erheblichem Aufwand sehr genaue Berechnungen zu den Folgen der DRGs erfolgt seien. Zum heutigen Themenkomplex könne er z.B. mitteilen, dass sich unter den aktuellen Codierungs- und Kalkulationsregeln für die Frührehabilitation in Bad Aibling Mindererlöse von 66% ergeben würden. Daher müsste man eigentlich sofort mit einer Restrukturierung der Klinik beginnen, da bis zur Einführung des Systems ja nur noch sechs Monate Zeit seien. Auch der Hinweis auf die Budgetneutralität gelte hier nicht, weil die Kodierungen in 2004 unmittelbar Auswirkungen auf 2005 haben und so schon zu 20% Mindererlösen führen. Insofern sei man dringend auf ein möglichst baldiges Signal der Gesundheitspolitik angewiesen, wie es mit der neurologischen Frührehabilitation weitergehen solle.

Herr Dr. Will fasste zusammen, dass es offenbar einen sehr engen Zeithorizont gebe. Auch müsse man von der politischen Erwartung ausgehen, dass das derzeitige Angebot medizinischer Leistungen auch im Fallpauschalensystem erhalten bleibe. Von der Selbstverwaltung erwartet er sich ein Signal, ob es einen Konsens zwischen den Partnern der Selbstverwaltung geben werde. Wegen des Vorhandenseins des Fallpauschalenänderungsgesetzes stehe man in diesem Jahr unter einem höheren Verhandlungsdruck als im vergangenen Jahr. Auch im Namen von Herrn Schlosser und des AOK-Bundesverbandes wünsche er sich keine vorzeitigen Festlegungen. Die Vorlage der Zahlen des InEK müsse man wohl vor einer Entscheidung in jedem Fall abwarten.

**Prof. Dr. med. E. Koenig, Bad Aibling**

**Teilnehmer des Round Table Gesprächs:**

Georg Baum, Bundesministerium für Gesundheit; Dr. Martin Braun, InEK; Dr. Jens Deerberg-Wittram, Neurologische Klinik Bad Aibling; Dr. Werner Gerdemann, Stellvertretender Vorsitzender des VdAK; Prof. Dr. Martin Hansis, MDS; Prof. Dr. E. Koenig, DGNR, DGN, als Vertr. von Prof. Schönle DVfR; Dr. Axel Reimann, VDR; Herbert Schillinger, Geschäftsführung der BfA; Dr. Nicole Schlottmann, Deutsche Krankenhausgesellschaft; Dr. Rainer Will, Aufsichtsrat AOK Bundesverband