

Diskussion

Vorschlag zur Änderung der DRG-Klassifikation

Lösungsvorschläge

Festlegung bundeseinheitlicher Phasengrenzen für den Übergang von Frührehabilitation zu Rehabilitation per Gesetz oder Verordnung.

Festlegung auf ein verbindliches Messinstrument (zum Beispiel Kombination aus Frühreha-Barthel-Index und erweiterten Barthel-Index).

Problembeschreibung

6. Triggerung einer 2. Fallpauschale für die Frührehabilitation nach einer (1.) DRG für das Akutkrankenhaus in einem System, das langfristig die Vergütung der gesamten Akutbehandlung (zukünftig auch bei Verlegung) durch eine Fallpauschale vorsieht.

Langfristig ist geplant, die gesamte Akutbehandlung durch eine Fallpauschale zu vergüten. Die derzeitige Regelung, dass bei einer Verlegung jedes Krankenhaus eine eigene volle Fallpauschale vergütet bekommt, wird (sinnvollerweise) langfristig abgeschafft werden müssen. Es sind dann bei der Verlegung eines Patienten Regeln zur Teilung der Fallpauschale notwendig. Bei Indikation zu einer neurologischen Frührehabilitation folgt der Akutbehandlung aber eine Frührehabilitationsbehandlung, die in der Dauer und in der Regel auch im Behandlungsaufwand die Akutphase übersteigt, so dass nicht vorstellbar ist, wie die Kosten für Akutbehandlung und Frührehabilitation in einer Fallpauschale sinnvoll zusammengefasst werden können. Nach der bisherigen Logik des DRG-Systems handelt es sich bei den Patienten, die in die Frührehabilitation kommen, in der Regel um die Patienten, die im Akutkrankenhaus als »Outlier« die obere Grenzverweildauer bei der jeweiligen Diagnose deutlich übersteigen würden. Eine Vergütung der Frührehabilitation über die bei »Outliern« reduzierten Tagessätze erlaubt aber keinesfalls die Deckung der entstehenden Kosten. Für die Frührehabilitation müsste deshalb in jedem Fall eine 2. (wie auch immer zu berechnende) Fallpauschale vorgesehen werden (siehe auch Gutachten des Sachverständigenrates zur konzertierten Aktion im Gesundheitswesen, Seite 452–455). Für die Berechnung einer derartigen frührehabilitativen Fallpauschale fehlen derzeit im G-DRG-System die entsprechenden Voraussetzungen, weil die Schwere der Funktionsstörung und der Behandlungsaufwand in den speziellen rehabilitativen Prozeduren nicht kodierbar sind.

Lösungsvorschläge

Wenn die Frührehabilitation in das Fallpauschalensystem einbezogen werden soll, muss eine eigene Fallpauschale für die Frührehabilitation definiert werden. Der Schnittpunkt zwischen Behandlung im Akutkrankenhaus und Frührehabilitation dürfte in der Regel der Verlegungszeitpunkt sein. Am Beginn der Frührehabilitation ist ein Assessment-Verfahren (z.B. in den ersten 3 Tagen) zu definieren, das zusätzlich zum Barthel-Index die Diagnostik in den Therapiebereichen (insbesondere in den Bereichen Neuropsychologie und Sprechen/Schlucken, die mehrere Stunden erfordern kann), umfasst. Auf dieser Basis soll die Festlegung der Therapieziele erfolgen. Zusätzlich muss auch der noch verbleibende neurologisch-ärztliche Diagnostikbedarf festgelegt werden, da ein erheblicher Teil der Frühreha-Patienten nicht in neurologischen und neurochirurgischen Abteilungen vorbehandelt wurde. Das Assessment sollte sich schwerpunktmäßig auf die Funktionsstörungen bei Aufnahme und ihre notwendige Behandlung konzentrieren (ärztlich, pflegerisch, therapeutisch), ohne besondere Schwerpunkte zu betonen.

Problembeschreibung

7. Der Behandlungsaufwand der neurologischen Frührehabilitation lässt sich im derzeitigen Prozedurenkatalog nicht kodieren.

a) Neben der häufig notwendigen Weiterbehandlung der Akuterkrankung incl. Nebendiagnosen setzt sich der spezielle rehabilitative Behandlungsaufwand neben der Grundpflege (die ebenfalls nicht kodierbar ist) aus der speziellen rehabilitativen Behandlungspflege, den diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen in den Therapiebereichen (Physiotherapie, physikalische Therapie, Ergotherapie, Sprachtherapie, Schlucktherapie, Neuropsychologie, Verhaltenstherapie, sozialtherapeutische Betreuung, Kunsttherapie, Musiktherapie, Komastimulation) zusammen. Diese sind im derzeitigen Prozedurenkatalog nur rudimentär hinterlegt. Grundsätzlich nicht gelöst ist aber, dass die genannten Übungstherapien möglichst täglich und abgestimmt durch ein Behandlungskonzept nur bei wiederholter Anwendung sinnvoll sind, der Prozedurenkatalog aber nur eine einmalige Kodierung ermöglicht.

b) Weiterer frührehabilitativer Behandlungsaufwand besteht in Frührehabilitationskliniken mit Intensivstationen bei Patienten mit extremer Langzeitbeatmung und bei Patienten, die Tracheostomaträger sind (in der Regel wegen einer schweren Schluckstörung). Im australischen Fallpauschalensystem ist eine Pre-MDC für Tracheostoma Patienten vorgesehen. In diese Pre-MDC kommt man aber nur, wenn im gleichen Krankenhaus auch das Tracheostoma angelegt wurde. In der Frührehabilitation ist das aber in der Regel nicht der Fall. Da das Tracheostoma in der Regel nicht in der Frührehabilitationsklinik angelegt wird, wird bei der derzeitigen Ausgestaltung des Systems der Aufwand der Behandlungspflege eines Tracheostoma-Patienten nicht in der Fallpauschale

abgebildet.

c) Ein Teil der Patienten mit Störungen der höheren Hirnfunktionen zeigt Krankheitsbilder im Grenzgebiet zur Psychiatrie (insbesondere beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung und Weglauftendenz), die wegen des Ausschlusses psychiatrischer Krankheitsbilder vom derzeitigen G-DRG-System nicht für die Fallpauschale kostenrelevant werden, aber einen hohen Behandlungsaufwand darstellen.

Lösungsvorschläge

a) Änderung der Kodierregeln, so dass therapeutische Anwendungen mehrfach kodiert werden können.

b) Änderung der Kodiermöglichkeiten für Patienten mit extremer Langzeitbeatmung (z.B. <30 Tage) und Tracheostoma-Patienten (Möglichkeit, Tracheostomapflege zu kodieren, ohne dass die Tracheostoma-Anlage in der Frührehabilitation erforderlich ist).

c) Kodierung von psychiatrischen Krankheitsbildern in der Frührehabilitation und Berücksichtigung in einem Kalkulationsprojekt. Da man sich einig war, psychiatrische Krankheitsbilder nicht über DRGs zu vergüten, ein wesentlicher Teil der Patienten aber psychiatrische Funktionsstörungen – wenn auch auf offensichtlich organischer Basis durch Hirnläsionen – erlitten hat, ist die Vergütung derartiger psychiatrischer Funktionsstörungen innerhalb von Fallpauschalen fragwürdig.

Problembeschreibung

8. Es fehlen klare Kriterien für die Beendigung der Rehabilitation.

Es fehlt an klaren Kriterien für die Beendigung der Behandlung. Dies könnte einerseits dazu führen, dass in einem Fallpauschalensystem Kliniken ihren wirtschaftlichen Erfolg in einem frühzeitigen Beenden der Therapie suchen, andererseits dazu, dass sich Patienten, Angehörige und Kostenträger einer sinnvollen Beendigung der Therapie auch nach längerem Therapiestillstand widersetzen, weil die Pauschale einmal gezahlt worden ist und nach Beendigung des Krankenhausaufenthaltes bei verbleibender Pflegebedürftigkeit neue Kosten entstehen, die bei der Pflegeversicherung (in der Regel eine Tochtergesellschaft der Krankenversicherung) auflaufen.

Lösungsvorschläge

Beendigung der Rehabilitation auf der Basis fehlenden Rehabilitationsfortschrittes.

Festlegung

a) Wie lange Rehabilitation ohne signifikante Fortschritte?

b) Wie wird signifikanter Fortschritt definiert?

c) Wie wird Fortschritt gemessen? Gleiche Assessment-Verfahren wie bei Aufnahme?

Hierzu fehlen bislang Studien unter Berücksichtigung der Assessmentskalen und ein politischer Konsens zwischen Gesellschaft, Patienten/Angehörigen, Kostenträgern, Rehabilitationserbringern.

Die definierte Zeitdauer ohne Rehafortschritt muss als Mindestverweildauer des Patienten im Kalkulationsprojekt berücksichtigt werden.