

Memorandum

Memorandum der DGNR zu den Auswirkungen des Fallpauschalensystems auf die rehabilitative Krankenhausbehandlung neurologisch schwergeschädigter Patienten

Mit § 17 Krankenhausgesetz ist für die Bundesrepublik die Rechtslage geschaffen worden, dass mit Ausnahme der Psychiatrie die Krankenhausbehandlung aller Fachgebiete durch Fallpauschalen (sogenannte DRGs – diagnosis related groups) spätestens ab 01.01.2004 zu entgelten ist. Während Maßnahmen zur Diagnosefindung und elektive Operationen sich sehr gut dazu eignen, über Pauschalen vergütet zu werden, gibt es andere Krankenhausbereiche, insbesondere der konservativen Medizin, in denen langfristig schwerkranke Patienten versorgt werden, die sich für die Vergütung über Fallpauschalen nicht eignen. Dies ist in anderen Ländern auch erkannt worden, denn dort wurde eine 100%ige Vergütung der Krankenhausbehandlung über diagnoseabhängige Fallpauschalen gar nicht erst geplant, wie dies zur Zeit in der Bundesrepublik der Fall ist.

Ziel des Fallpauschalensystems ist eine Verkürzung der Verweildauern. Bei langfristig schwerkranken Patienten, insbesondere neurologischen Patienten, kann dies aber kein sinnvolles Ziel sein, weil die Reorganisations- und Regenerationsprozesse im zentralen und peripheren Nervensystem langsam verlaufen und Zeit deshalb ein wesentliches Element einer erfolgreichen Behandlung ist. Innerhalb des neurologischen Fachgebietes sind längerfristige Behandlungen insbesondere bei folgenden Patienten notwendig:

- Neurologische Frührehabilitation Erwachsener, insbesondere Schlaganfall- und Schädel-Hirn-Trauma-Patienten (sogenannte Phase B der neurologischen Rehabilitation)
- Intensivmedizinische Behandlung neurologischer Patienten auf Intensivstationen mit rehabilitativer Ausrichtung bei Patienten mit schwersten Hirnschädigungen, die noch beatmungspflichtig oder intensiv überwachungspflichtig sind
- Neuropädiatrische Frührehabilitation für Kinder und Jugendliche mit angeborenen und erworbenen Hirnschäden
- Patienten mit Querschnittslähmung
- Patienten mit schwer behandelbaren Epilepsien
- Patienten mit fortgeschrittener Multipler Sklerose
- Patienten mit fortgeschrittener Parkinson-Erkrankung

Für die oben genannten Bereiche gibt es jeweils Spezialabteilungen in Akutkrankenhäusern oder darauf spezialisierte Fachkliniken.

Wichtige Argumente sprechen gegen die Vergütung der neurologischen Langzeitbehandlung mit Fallpauschalen:

1. Bei Langzeitschwerkranke ist der Aufwand nicht in diagnoseabhängigen kostenhomogenen Gruppen abbildbar. Daten für die Kostenkalkulation liegen zur Zeit hier noch nicht vor. Es ist aber absehbar, dass die Kosten sehr stark mit der Verweildauer der Patienten in den Kliniken korrelieren werden. Da die Verweildauern bei der gleichen Diagnose sehr erheblich streuen, ist sehr unwahrscheinlich, dass die Bildung von kostenhomogenen Gruppen auf der Basis von Diagnosen möglich ist. Es kommt hinzu, dass die an diesen Patienten erbrachten Leistungen weitestgehend außerhalb des derzeitigen Prozedurenkatalogs (OPS) liegen, da sie in der häufigen Wiederholung von – für sich betrachtet – relativ wenig aufwendigen Leistungen im Bereich der Lern- und Übungstherapie bestehen, die aber hochfrequent und kontinuierlich durch spezialisierte Fachkräfte durchgeführt werden müssen.
2. Fallpauschalen führen zur Selektion der Patienten mit den besten Behandlungschancen (sogenanntes Patienten-Picking). Bei jeder Form von pauschaliertem Entgelt ist bei einer Knappheit an Behandlungsplätzen damit zu rechnen, dass aufgrund des ökonomischen Drucks im System die sekundärversorgenden Spezialkliniken von den erstversorgenden Kliniken bevorzugt die Patienten zur Weiterbehandlung akzeptieren werden, die die besten Behandlungsaussichten, daher den kürzesten Aufenthalt und entsprechend die geringsten Kosten haben. Dies führt dazu, dass gerade die Patienten mit den schwersten Erkrankungen und der ungünstigsten Prognose diejenigen sind, die im neuen System mit einer nachgeordneten Priorität versorgt werden. Gerade diese Patienten sind aber auf die solidarische Unterstützung unseres sozialen Netzwerkes angewiesen.
3. Aktuell sehen die Regelungen des DRG-Systems vor, dass bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus das zweite aufnehmende Krankenhaus erneut eine Fallpauschale aufgrund der kodierten Diagnosen und Prozeduren erhält. Zukünftig wird man wohl damit rechnen müssen, dass bei Krankenhausverlegungen die ursprünglich beabsichtigte Teilung der Fallpauschale zwischen den Kliniken vorgeschrieben wird. (Dies ließ sich zur Einführung des Systems jetzt kurzfristig nicht realisieren, weil entsprechende Kalkulationsunterlagen dafür fehlten). Aufgrund der Langfristigkeit des Aufenthaltes und des Aufwandes in der Spezialklinik ist nur schwer vorstellbar, wie eine später zu teilende Fallpauschale kalkuliert werden kann, da der Aufwand für die an-gesprochenen Schwerstkranken ja sowohl in der erstversorgenden Klinik wie in der nachbehandelnden Spezialklinik außerordentlich hoch sind.
4. Es fehlt an klaren Kriterien für die Beendigung der Behandlung. Dies könnte dazu führen, dass in einem Pauschalensystem Klinken

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.

5. Im Bereich der rehabilitativ ausgerichteten neurologischen Intensivmedizin werden Patienten mit schwersten Hirnschädigungen, die oft sehr langfristiger Beatmung bedürfen, behandelt. Hierzu gehören Patienten mit schwer verlaufendem Guillain-Barré-Syndrom, einer Lähmung des peripheren Nervensystems, die auch zur Lähmung der Atemmuskeln bei voll erhaltenem Bewusstsein führen kann, Patienten nach schwerem Schädel-Hirn-Trauma, Schlaganfällen, Ertrinkungsunfällen, nach schweren Komplikationen kardiologischer Erkrankungen oder nach kardio-chirurgischen Eingriffen. Die bisher im OPS vorgesehene Berücksichtigung der Beatmungsdauer (länger als 11 Tage) wird dem Aufwand für diese Patienten, die zum Teil Beatmungsdauern von mehr als 6 Monaten erfordern, in keiner Weise gerecht und kann von den Spezialkliniken auch nicht auf der Grundlage eines »Patientenmixes« auf der Intensivstation akzeptiert werden, weil ja derartig schwer erkrankte und langwierig zu behandelnde Patienten gerade Gegenstand der Tätigkeit solcher Intensivstationen sind und dort daher häufig vorkommen.

6. Im Bereich der neurologischen Frührehabilitation ist die Zuordnung zur Akutmedizin (§108/§109 SGB V, Geltungsbereich von §17 KHG) und Rehabilitationsmedizin (§111 SGB V) unterschiedlich geregelt, z. T. unterschiedlich in den Bundesländern auf der Basis des Phasenmodells der neurologischen Rehabilitation (Phase B, C und D), z. T. aufgrund historisch bestehender Versorgungsverträge. In den Bundesländern Bayern, Baden-Württemberg, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt unterliegen die Phase B und in Niedersachsen und Sachsen-Anhalt auch die Phase C dem §17 KHG und würden somit mit Fallpauschalen vergütet werden. In den übrigen Bundesländern werden die neurologische Frührehabilitation (Phase B) und die Phase C der Rehabilitationsmedizin (§111) zugeordnet und weiterhin mit Tagespflegesätzen entgolten. Die Behandlungsplätze in Querschnittskliniken, Epilepsie-, MS- und Parkinson-Kliniken sowie in der neuropädiatrischen Frührehabilitation sind in der Regel der Akutmedizin zugeordnet. Eine unterschiedliche Zuordnung zur Akutmedizin und Rehabilitationsmedizin findet sich ebenfalls in der Geriatrie. Wenn das Fallpauschalensystem bundesweit einheitlich funktionieren soll, müssen hier einheitliche Strukturen geschaffen werden.

Die Deutsche Gesellschaft für Neurologische Rehabilitation ist deshalb der Ansicht, dass das geplante Fallpauschalensystem für die Vergütung der in unserem Fachbereich behandelten Patienten ungeeignet ist und für diese Patienten dringend eine Ausnahmeregelung gefunden werden muss. Ansonsten ist, wie schon ausgeführt, mit einer Selektion der Patienten zu rechnen und auch mit der Schließung von Fachabteilungen aus ökonomischen Gründen. Insbesondere im Bereich der neurologischen Frührehabilitation (Phase B) sind die entsprechenden Versorgungseinrichtungen in der Bundesrepublik ja erst in den vergangenen 10 Jahren geschaffen worden, was einerseits auf den Bedarf hinweist, andererseits die Absurdität einer Schließung vor Augen führt.

Kurzfristig kann die Langzeitbehandlung in der Neurologischen Rehabilitation unseres Erachtens nur über tagesgleiche Pflegesätze erfolgen. Dies schließt nicht aus, dass man, abhängig von Prognose und Verlaufskriterien sowie Messung des Behandlungsaufwandes, differenziertere Entgeltformen entwickelt. Dies bedarf aber einer genauen Analyse des Ressourcenverbrauchs, der Verweildauern und einer Berücksichtigung der extremen Schwere der behandelten Krankheitsbilder. Bei der Entwicklung adäquaterer Vergütungsformen wird unsere Fachgesellschaft gerne konstruktiv mitwirken.

14.08.2002