

## **Die neurologische Frührehabilitation der Phase B**

### **Eckpunktepapier des BNR zur Zukunftssicherung**

In Deutschland sind in den letzten 20 Jahren auch im internationalen Vergleich vorbildliche Strukturen für eine frühe Rehabilitation von Patienten mit schweren Schädigungen des zentralen und peripheren Nervensystems entstanden. Wesentlich dazu beigetragen hat dabei das Phasenmodell der neurologischen Rehabilitation, in welchem der Übergang von der Akutbehandlung in mit unterschiedlichen akutmedizinischen und pflegerischen Notwendigkeiten versehene Rehabilitationsstrukturen der Phasen B bis E durch die BAR als Dachorganisation der Spitzenverbände der Leistungsträger definiert wurde.

Unlogische Brüche und Unzulänglichkeiten in der leistungsrechtlichen Verortung der Phase B sind durch die Einführung nosologisch definierter, prospektiv pauschalierter Entgeltsysteme (DRG) im Akutkrankenssektor entstanden.

Es gibt einen weitgehenden politischen aber auch medizinisch-fachlichen Konsensus, dass die sinnvollen Strukturen der Phase B-Rehabilitation auch in Zukunft erhalten werden sollen, da sie Patienten mit schweren neurologischen Schädigungen nachweislich zu großen Erfolgen führende Rehabilitationschancen eröffnen, die Lebensqualität verbessern und auch nationalökonomisch wesentlich dazu beitragen, Pflegenotwendigkeit zu vermeiden bzw. zu vermindern.

In der Diskussion der letzten Jahre ist es aber stets bei der Aporie geblieben, ob die neurologische Rehabilitation der Phase B nun dem Akutsektor (mit DRG-Abrechnungssystem) oder dem Rehabilitationssektor (mit Vergütung durch tagesgleiche Pflegesätze) zuzurechnen ist.

Nur noch vergleichbar mit antiken theologischen Diskussionen ist hier der Diskurs über Verschiedenes im Gleichen geführt worden, da die neurologische Rehabilitation der Phase B immer wesensgleich sowohl Akut- wie Rehabilitationsbehandlung ist, ohne dass sie der einen oder anderen leistungsrechtlichen Kategorie eindeutig zuzuordnen ist.

Diese Nichtzuordnungsfähigkeit führt zu einer berechtigten Besorgnis der Phase B-Einrichtungen, innerhalb der Ordnungssysteme des Sozialrechts zwischen alle Maschen zu fallen: In Deutschland gibt es eine historisch gewachsene Zuordnung der neurologischen Rehabilitation der Phase B entweder in den Akutbereich (§39 bzw. §108-109 SGB V) bzw. den Reha-Bereich (§40 bzw. §111 SGB V). Selbst im gleichen Bundesland gibt es Phase B-

Einrichtungen, die im Akutbereich und andere, die im Rehabilitationsbereich angesiedelt sind.

Die Zuordnung zu dem einen oder anderen Bereich ist stets mit gewissen Vor- und Nachteilen verbunden:

Vorteilhaft im Akutbereich ist der uneingeschränkte Anspruch auf Krankenhausbehandlung, die zeitlich unverzögerte Krankenhausverlegung in die Frührehabilitation bzw. Phase B und die freie Krankenhauswahl. Nachteile sind die Fehlbelegungsprüfung durch den Kostenträger bzw. den MDK im Nachhinein und die Abrechnung innerhalb des Fallpauschalensystems.

Aufgrund der enormen Verweildauerinhomogenität führen Fallpauschalen zu leistungsrechtlichen Risiken in Hinblick auf die gesetzlich gewollte gerechte Bezahlung. Aktuell ist dies entschärft mit einem eigentlich systemfremden Kunstgriff, der die Vergütung von Phase B Rehaleistungen länger als 27 Tage mit Krankenhaus-individuell zu verhandelnden Tagessätzen vorsieht. Teilweise wurde die leistungsrechtliche Problematik der Phase B durch Zuordnung zu sog. „besonderen Einrichtungen“ gelöst, deren Bestand aber nach Ende der Konvergenzphase in Zweifel steht. Ähnliches gilt z.B. auch für die Behandlung von Querschnittslähmungen, die zunächst passager auch aus dem DRG-System herausgenommen wurden.

Vorteile der Phase B im Rehabilitationsbereich (§111 SGB V) sind das Fehlen dieser Abrechnungsprobleme (Abrechnung weiterhin nach tagesgleichen Pflegesätzen) und eine Minimierung des Fehlbelegungsrisikos durch die vorher erfolgte Kostenzusage.

Nachteile für den Patienten sind die Zeitverzögerung der Verlegung durch die vorher einzuholende Kostenzusage und der durch §40, Abs. 3 SGB V eingeschränkte Rechtsanspruch des Patienten (bezüglich Durchführung, Dauer der Rehabilitation und Wahl der Einrichtung), der im Widerspruch zu dem im SGB IX formulierten gesetzlichen Anspruch auf Rehabilitation und den Wahlrechten des Patienten steht. Die Auswirkungen von §40, Abs. 3 sind insbesondere auch deshalb kritisch zu sehen, weil die Kostenträger die dort formulierte Verpflichtung, die Entscheidung nach pflichtgemäßem Ermessen zu treffen, doch in einem erheblichen Teil der Fälle einseitig an ihren finanziellen Interessen orientieren.

Die Auseinandersetzung, ob die Phase B nun Akut- oder Reha-Behandlung ist, hat bisher nicht zu einer überzeugenden und logisch nachvollziehbaren Lösung geführt; völlig ungelöst ist insbesondere der Teil der Investitionskostenfinanzierung bzw. Refinanzierung.

Daraus ergeben sich folgende Forderungen des BNR zur Frührehabilitation der Phase B:

1. Es muss gewährleistet sein, dass jeder Patient, der einer Neurorehabilitation der Phase B bedarf, mit kürzest möglicher Latenz einer geeigneten Einrichtung seiner Wahl zugeführt werden kann.  
Diese Einrichtungen sollten möglichst problemlos kooperieren mit Einrichtungen der weiterführenden Rehabilitation der Phasen C und weiterführenden anderen Phasen. Dies kann entweder in der gleichen Klinik oder aber durch klare Kooperationsverträge erfolgen.
2. Die Wahlrechte von Patienten und Angehörigen bei der Auswahl einer geeigneten und nach §20 SGB IX zertifizierten Phase-B-Rehabilitationseinrichtung müssen vor dem Hintergrund des SGB IX gewahrt werden.
3. Aufgrund der hohen Verweildauerinhomogenität sind pauschalisierte konvergente Entgeltsysteme für diesen Leistungsbereich nicht leistungsgerecht. Hier muss – auch im Sinne der Patienten - auf der bewährten Abrechnung durch tagesgleiche Pflegesätze bestanden werden.

Der Bundesverband NeuroRehabilitation (BNR) schlägt daher vor, statt der bisherigen leistungsrechtlichen Zuordnung (§39 versus §40 SGB V) für die Neurorehabilitation der Phase B ein neues leistungsrechtliches Segment zu schaffen, das den oben genannten Eckpunkten entsprechen sollte. Diese neue leistungsrechtliche Kategorie würde Elemente aus der Krankenhausbehandlung und Rehabilitation umfassen, damit aus Schnittstellen und Zuordnungsproblematik herausführen und einen gesetzlich geforderten Beitrag zu einer leistungsgerechten Vergütung unter Sicherung der Nahtlosigkeit des Rehabilitationsablaufes leisten.

Einer solchen klärenden leistungsrechtlichen Zuordnung müsste der Gesetzgeber durch einfache Ergänzungen zum §39 oder §40 SGB V mittels einer Novellierung der rechtlichen Grundlage entsprechen.

Dies wäre ein entscheidender Beitrag, die in Deutschland gewachsenen sinnvollen Strukturen der Phase B-Rehabilitation für schwerst neurologisch geschädigte Patienten dauerhaft auch in einer leistungsrechtlich veränderten Landschaft zu sichern.