



Bundesverband NeuroRehabilitation (BNR) e.V.



DGNR + BNR c/o Angelica Totzauer • Berliner Str. 6 • 53359 Rheinbach

**Geschäftsstelle
der Deutschen Gesellschaft für
NeuroRehabilitation (DGNR) e.V
und
des Bundesverbandes
NeuroRehabilitation (BNR) e.V.**

c/o Angelica Totzauer
Berliner Str. 6
53359 Rheinbach

Mobil: 0 163 - 87 15 023
Tel: 0 22 26 - 80 96 59

E-Mail: at.dgnr@t-online.de
E-Mail: at.bnr@t-online.de

Juni 2017

Kernpunkte:

- **Krankenhausstrukturgesetz gefährdet die Neurologische Frührehabilitation durch BMG-2017-Ersatzvornahme mit Globalabschlag.**
- **Neurologische Frührehabilitation ist keine mengenanfällige Leistung.**
- **Medizinisch sind Mengenausweitungen zu erwarten (Demographie).**

Daher:

Aufnahme der neurologischen Frührehabilitation (OPS 8-552) in den Katalog nach § 9 Abs. 1 Nr. 6 KHEntgG in 2018

Sehr geehrte/-r,

Bundesverband Neurorehabilitation (BNR) und Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation wenden sich gemeinsam an Sie, um auf eine Gefahr hinzuweisen, die den zur Weiterversorgung intensivbehandlungspflichtiger Patienten wichtigen Sektor der neurologischen Frührehabilitation gefährdet (Wallesch 2016). Bei steigendem Bedarf nach Frührehabilitation werden die Leistungserbringer durch die Bestimmungen des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) zur Mengengrenzung erheblich beeinträchtigt.

Das KHSG sieht zur Regulierung von Mengenzuwächsen bei Krankenhausleistungen Fixkostendegressionsabschläge vor. Vor Einführung des Fixkostendegressionsabschlages (FDA) durch das KHSG wurden zusätzliche Kapazitäten aufgrund der Krankenhausplanung des Landes vom Mehrleistungsabschlag ausgenommen, um die Umsetzung der Krankenhausplanung in den Krankenhäusern zu gewährleisten (4 Abs. 2a Satz 3 KHEntgG a.F.). Die o. g. krankenhauserplanerische

Vorsitzender DGNR
Prof. Dr. med. Thomas Mokrusch

Stv. Vorsitzender DGNR
Prof. Dr. med. Claus-W. Wallesch

Vorsitzender BNR
Prof. Dr. phil. Dr. med. P. W. Schönle

Stv. Vorsitzender BNR
Prof. Dr. med. C.-W. Wallesch

Umsetzung kann unter FDA-Bedingungen nicht fortgeführt werden. Stattdessen kann ein Abschlagsverzicht nur noch bei zusätzlich bewilligten Versorgungsaufträgen, für die bislang keine Abrechnungsmöglichkeiten bestanden, Anwendung finden.

Ausnahmen vom FDA sollen nur für Leistungen gelten, bei denen aus rein medizinischen Gründen eine Mengenausweitung zu erwarten ist. Dies gilt auch für die neurologische Frührehabilitation aus den unten angeführten Gründen.

- 1) Die neurologische Frührehabilitation nach OPS 8-552 ist eine Krankenhausleistung, bei der es um die Behandlung von schwerstbetroffenen Patienten geht. **Die zugrundeliegenden Diagnosen (Schlaganfall, Schädel-Hirn-Trauma und neurologische Komplikationen der Intensivmedizin) sind allesamt nicht mengenanfällig** sowie ohne „Ermessensspielraum“ in Bezug auf Diagnose und/ oder Zeitpunkt der Behandlung (die Dauer der Behandlung wird vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung geprüft).

Bitte erlauben Sie uns ein paar Anmerkungen zur Versorgungsrealität. Aktuell dürften in Deutschland ca. 5.000 Behandlungsplätze der neurologischen Frührehabilitation Phase B vorgehalten werden. Die fortschreitende Verkürzung der Liegezeiten in den Akut-Krankenhäusern und der Ausbau der Intensivmedizin insbesondere bei den Maximal- und Schwerpunktversorgern führt zu einer arbeitsteiligen Versorgung organmedizinisch stabiler, noch intensivbehandlungs- oder -überwachungspflichtiger, hochgradig komplikationsgefährdeter, pflegerisch hochaufwendiger Patienten mit positiver oder noch unklarer Rehabilitationsprognose in Einrichtungen der neurologischen Frührehabilitation Phase B. Hier besteht eine enge Kooperation mit den erstbehandelnden Maximal- und Schwerpunktversorgern (z.B. Deckelung nach Hemikraniektomie, Shuntversorgung, Komplikationsmanagement). Der Anteil beatmet in die Frührehabilitation Phase B übernommener Patienten beträgt über 25% (Pohl et al. 2016). Die Entwöhnung von der Beatmung (Weaning) von Patienten mit neurologischen Grunderkrankungen und Komorbiditäten ist eine Hauptaufgabe der neurologischen Frührehabilitation (Wallesch 2015) und überaus erfolgreich. Weniger als 5% der Phase-B-Patienten werden beatmet entlassen (Pohl et al. 2016). Dies bedeutet für die Patienten eine erhebliche Verbesserung ihrer Lebensqualität und für die Kostenträger wesentlich geringere Folgekosten bei der weiteren Versorgung als bei (heim-) beatmeten Patienten.

Die Phase B ist leistungsrechtlich dem akutstationären Sektor zugeordnet (BAR 1995). Fast alle Patienten leiden entweder unter einer neurologischen Grunderkrankung oder relevanten neurologischen Komorbidität (hypoxische oder septische Enzephalopathie, protrahiertes Delir, Critical-Illness-Polyneuropathie und -Myopathie). Phase-B- Einrichtungen zeichnen sich durch eine hohe Fallschwere aus, die mit dem sogenannten Case-Mix-Index gemessen wird. Laut Krankenhausreport finden sich: unter den 10 Kliniken mit dem höchsten Case-Mix-Index überwiegend Phase-B-Einrichtungen (Klauber et al.2015).

- 2) Bei der oben beschriebenen Arbeitsteilung sind die Einrichtungen der Phase B **abhängig von den Fallzahlen der vorbehandelnden Einrichtungen**. Diese Arbeitsteilung in der Versorgung schwerstkranker Patienten ist medizinisch und ökonomisch sinnvoll:
 - Medizinisch, weil die Patienten nach Abschluss akutmedizinischer Interventionen von spezialisierten Behandlungsteams in Einrichtungen ausreichender Größe und großer Erfahrung bis zur Klärung der Rehabilitationsprognose auf hohem professionellem Niveau, meist in enger Kooperation mit der erstversorgenden Klinik, weiterbehandelt werden. Die Überlebensrate ist

Vorsitzender DGNR
Prof. Dr. med. Thomas Mokrusch

Stv. Vorsitzender DGNR
Prof. Dr. med. Claus-W. Wallesch

Vorsitzender BNR
Prof. Dr. phil. Dr. med. P. W. Schönle

Stv. Vorsitzender BNR
Prof. Dr. med. C.-W. Wallesch

höher und die Folgeprobleme für die Patienten sind geringer.

- Ökonomisch, weil die Spezialisierung der Phase-B-Einrichtungen auf dieses Segment sowie Skaleneffekte im Vergleich zu den erstbehandelnden Kliniken ohne Abstriche bei der Qualität eine kostengünstigere Behandlung erlauben.
- Ökonomisch, weil sich der verminderte Ressourceneinsatz der Erstversorger in der Kalkulationsstichprobe und damit in den Fallpauschalen (DRG) abbildet.
- Ökonomisch, weil durch rechtzeitiges Weaning und Dekanülierung teurer Dauerpflegeaufwand (Beatmung, Tracheostoma) vermieden wird.
- Ökonomisch, weil ein höherer Prozentsatz von Patienten geringer bis nicht pflegebedürftig entlassen werden kann.

- 3) Es ist **epidemiologisch mit einer Zunahme von Schlaganfällen** und Schlaganfallüberlebenden zu rechnen (Foerch et al. 2008), die über die Hälfte der Patienten der Neurologischen Frührehabilitation Phase B ausmachen (Pohl et al. 2016). Dies liegt allein schon in der Bevölkerungsentwicklung begründet. Die große Anzahl der „Baby-Boomer“ kommt in den nächsten Jahren in das durch Schlaganfälle gefährdete Alter. Die Behandlung des akuten Schlaganfalles ist dementsprechend übrigens in den Katalog nach § 9 Abs. 1 Nr. 6 KHEntgG aufgenommen. Es ist daher nicht nachvollziehbar, warum die anschließende immer noch akute, aber mit rehabilitativen Elementen angereicherte Behandlung nicht darin aufgenommen werden sollte.

In *Anlage 1* erhalten Sie die vom Statistischen Bundesamt veröffentlichte Bevölkerungsentwicklung der Altersstruktur bis zum Jahr 2060. Hieraus ist deutlich erkennbar, dass zukünftige Nachfragen an Gesundheitsleistungen gerade aufgrund der altersdemographischen Entwicklung zu erwarten sind.

- 4) Bei der Neurologischen Frührehabilitation Phase B handelt es sich um eine hochgradig personalintensive Behandlung. Einrichtungen der Phase B haben einen Personalkostenanteil von über 70%, **zumindest dieser Anteil ist nicht mengenanfällig**. Die Leistung wird individuell und unmittelbar am Patienten erbracht. Die OPS 8-552 sieht eine Mindestmenge von 300 Therapieminuten täglich im Durchschnitt der Behandlung vor, dazu kommen ärztliche Leistungen, Koordination der Behandlung, Dokumentation, Grund- und Behandlungspflege). Ein Mehr an Patienten bedeutet auch zwingend ein Mehr an Personal, so dass auch hier mit den Personalkosten der größte Teil der Kosten keine Fixkosten sind.

Um Ihnen, die wirtschaftliche Auswirkung des FDA aufzuzeigen, ist in *Anlage 2* eine wirtschaftliche Bewertung bei einer 5%-igen Leistungssteigerung beigefügt. Wenn die notwendigen Personaleinstellungen in den Kliniken erfolgen, welche zwingend notwendig sind, sind die zu erwartenden Personalkosten nicht kostendeckend. Nicht berücksichtigt wurden die mit der Leistungssteigerung in Verbindung stehenden notwendigen Sachaufwendungen.

Wir gehen davon aus, dass Sie unsere Bewertung teilen: Es war sicher nicht die Absicht des Gesetzgebers, durch die Einführung des FDA eine zukünftige Versorgung schwerst betroffener Patienten zu gefährden. Wir haben den gesundheitspolitischen Ansatz immer so verstanden, dass es auch der Politik immer um eine qualitative Verbesserung der Versorgung, um eine organisatorische Optimierung der Strukturen und um eine Korrektur von etwaigen Fehlanreizen - wie z. B. der ausschließlich mengenorientierten Fallzahlmehrung – ging.

Wir fordern daher zumindest die Aufnahme der neurologischen Frührehabilitation nach OPS 8-552 in den Katalog nach § 9 Abs. 1 Nr. 6 KHEntgG von Leistungen, bei denen aus rein medizinischen

Vorsitzender DGNR
Prof. Dr. med. Thomas Mokrusch

Stv. Vorsitzender DGNR
Prof. Dr. med. Claus-W. Wallesch

Vorsitzender BNR
Prof. Dr. phil. Dr. med. P. W. Schönle

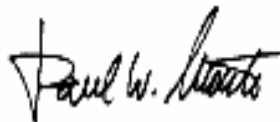
Stv. Vorsitzender BNR
Prof. Dr. med. C.-W. Wallesch

Gründen eine Mengenausweitung zu erwarten ist und daher nur der hälftige FDA angewandt wird – dies bedeutet derzeit einen Abschlag von 17,5% statt 35% auf Mehrleistungen. Für das Jahr 2017 hat das Bundesministerium der Gesundheit eine Ersatzvornahme mit einem globalen Abschlag beschlossen, der die notwendigerweise wachsenden Frührehabilitationseinrichtungen hart treffen wird. Wir bitten um Unterstützung, dass für das Jahr 2018 und die folgenden eine adäquate Lösung gefunden wird.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr.med. Th. Mokusch
Vorsitzender der DGNR



Prof. Dr. med. Dr. phil. P.W. Schönle
Vorsitzender des BNR



Prof. Dr.med. C. -W. Wallesch
Stellv. Vorsitzender DGNR
Stellv. Vorsitzender BNR

Anlagen

Anlage 1: Entwicklung der Altersstruktur

Anlage 2: Ökonomische Auswirkung FDA

Literatur:

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehhabilitation (BAR). Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen. Frankfurt: BAR 1995

Klauber J, Geraedts M, Friedrich J et al. (Hrsg.). Krankenhaus-Report 2015. Schwerpunkt Strukturwandel Stuttgart: Schattauer 2015

Loos S, Schliwen A. Kurzfassung zum Gutachten zur Abbildung der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation im Rahmen der Krankenhausplanung. Berlin: IGES 2012

Pohl M, Bertram M, Bucka C et al. Rehabilitationsverlauf von Patienten in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation. Nervenarzt 2016; 87: 634-644

Wallesch CW. Beatmungsmedizin, Intensivmedizin und neurologische Frührehabilitation. Akt Neurot 2015; 42: 257-258

Wallesch CW. Die neurologische Frührehabilitation Phase B als neuer Subsektor der akutstationären Behandlung. Akt Neurol 2016; 43: 280-284

Vorsitzender DGNR
Prof. Dr. med. Thomas Mokusch

Stv. Vorsitzender DGNR
Prof. Dr. med. Claus-W. Wallesch

Vorsitzender BNR
Prof. Dr. phil. Dr. med. P. W. Schönle

Stv. Vorsitzender BNR
Prof. Dr. med. C.-W. Wallesch