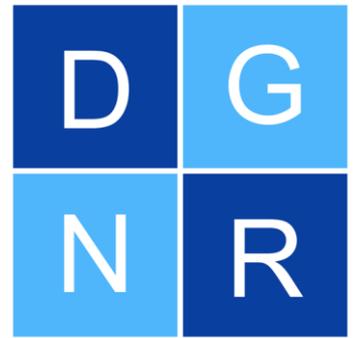




Bundesverband NeuroRehabilitation (BNR) e.V.



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

**Geschäftsstelle der Deutschen  
Gesellschaft für  
Neurorehabilitation e.V  
DGNR  
und Bundesverband  
NeuroRehabilitation (BNR) e.V.**

Herrn  
Dr. Ulrich Orlowski  
Bundesministerium für Gesundheit  
Dienstszitz Berlin  
Friedrichstraße 108  
10117 Berlin

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

04.01.2018

## **Positionspapier zur Herausnahme der Neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation (NNFR) vom Fixkostendegressionsabschlag sowie Wiedereinführung des alten Ausnahmetatbestands „zusätzliche Kapazitäten aufgrund der Krankenhausplanung“**

Sehr geehrter Herr Dr. Orlowski,

### **1. Ausnahme der Neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation (NNFR) vom Fixkostendegressionsabschlag nach § 4 (2b) KHEntgG**

#### **Ausgangslage**

2017 löste der Fixkostendegressionsabschlag (FDA) den Mehrleistungsabschlag (MLA) als Instrument zur Leistungsbegrenzung ab. Mit der Einführung des FDA´s wurde zwar sinnvoll eine sich jährlich wiederholende Mengendegression im Landesbasisfallwert abgeschafft, aber gleichzeitig eine negative Konsequenz bei steigendem Bedarf auf die Hausebene verlagert. Kliniken, deren Nachfrage steigt, werden bei Erfüllung ihrer Versorgungspflicht mit massiven finanziellen Abschlägen belastet. Weitere Einsparungen in den Personal- und Sachkosten müssen umgesetzt werden. In § 4 Abs. 2b Satz 3 Nr. 1 KHEntgG sind hiervon gesetzliche Ausnahmen festgelegt, für die der FDA nicht gilt, **bspw. Polytraumata** und schwer brandverletzte Patienten. Nach § 4 Abs. 2b Satz 3 Nr. 2 KHEntgG vereinbaren die Selbstverwaltungspartner zudem einen Katalog sog.

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

nicht mengenanfälliger Leistungen, die dem hälftigen Abschlag unterliegen. Die in dem zwischen den Selbstverwaltungspartnern verhandelten Katalog aufgeführten Leistungen umfassen z. B. Fallpauschalen für intensivmedizinische Leistungen, Schlaganfall- und Herzinfarktbehandlungen sowie Bypass-Operationen.

Im Rahmen der NNFR werden Schwerst-Schädel-Hirn geschädigte Patienten, in der Regel in spezialisierten Einrichtungen mit ärztlichen und therapeutischen Schwerpunkten, intensiv behandelt und rehabilitiert (§ 39 SGB V). Vor allem bedürfen z. B. Polytraumata- aber auch Schlaganfallpatienten einer neurologischen Frührehabilitation. Dabei ist aufgrund des demographischen Wandels zu erwarten, dass die Zahl von Schlaganfällen betroffener Patienten und somit auch der Bedarf einer neurologischen Frührehabilitation ansteigen werden.

Es ist nicht nachvollziehbar, warum die Frührehabilitation im Rahmen von Polytraumata (z. B. W01A, W05Z, W40Z (**Anlage 1**)) vom FDA befreit ist, wohingegen diese bspw. bei der Behandlung von Schlaganfallpatienten einem vollen FDA von mindestens 35% über 3 Jahre (z. B. B42B (**Anlage 2**)) unterliegt. Zur Verdeutlichung führen wir ein Beispiel auf: Die Hauptdiagnose ist nach einem Unfall ein Polytraumata. Der Patient wird nach der Behandlung der Verletzungen weiter behandelt. Geschieht dies im gleichen Krankenhaus entsteht z.B. die DRG W01A, die in der Mehrleistung abschlagsfrei zu erlösen ist. Geschieht die weitere Behandlung hingegen in einem zweiten Krankenhaus verändern sich die Hauptdiagnose und somit auch die DRG, die mit einem FDA als Mehrleistung stark reduziert wird. Eine weitere unlogische und bestrafende Konstellation entsteht, wenn der Patient im Krankenhaus durch eine längere Verweildauer in der Frührehabilitation (>27 Tage) in eine individuelle DRG hineinläuft, die wiederum FDA-frei ist.

## Lösungsvorschlag

Auf die NNFR darf kein voller FDA Anwendung finden. Dies kann durch die Aufnahme der NNFR in die Ausnahmetatbestände des § 4 Abs. 2b Satz 3 Nr. 1 KHEntgG erreicht werden. Weiterhin unbefriedigend aber hilfsweise kann durch die Aufnahme in den Katalog sog. nicht mengenanfälliger Leistungen nach § 4 Abs. 2b Satz 3 Nr. 2 KHEntgG ein hälftiger FDA akzeptiert werden.

Operationalisierung der Lösung: Die Listen nach § 4 Abs. 2b Satz 3 Nr. 2 KHEntgG und nach § 4 Abs. 2b Satz 3 Nr. 1b müssen ergänzt werden um eine Liste nach § 4 Abs. 2b Satz 3 Nr. 1a KHEntgG. Diese zusätzliche 3. Liste ist ein im Verhältnis zum Ungleichgewicht von Fehlanreizen akzeptabler zusätzlicher Aufwand. Die Liste würde gleichzeitig über die Bundesländergrenzen hinweg sich positiv streitmindernd auswirken, weil sie die unterschiedliche Bewertung pro Bundesland zur Zentrumsausweisung der NNFR obsolet macht (Ausnahmetatbestand nach § 4 Abs.2b Satz 3 Nr. 1d KHEntgG). Zudem wäre die Gefahr von Leistungsrationisierungen gebannt.

## Begründung

Für eine Änderung von § 4 Abs. 2b Satz 3 Nr. 1 KHEntgG und die Aufnahme der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation in die gesetzlichen Ausnahmetatbestände spricht, dass Polytraumata gesetzlich vom FDA ausgenommen sind. Diese stellen bereits einen Teil der Patienten der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation dar. Daher wäre es nur konsequent, wenn die Notwendigkeit einer anschließenden neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation (§ 39 SGB V) auch für diese Patienten gesetzlich vorgesehen und vom FDA ausgenommen wäre. Die

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

Betreuungsintensität von Patienten der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation ist unabhängig von der Grunderkrankung genauso hoch. Zudem stellen unlogische Zusammenhänge immer die Gefahr falscher Anreize dar.

Es ist nicht nachvollziehbar, wenn die gleiche Patientengruppe der Folgephase (NNFR) vom FDA betroffen ist, während - in der ersten Phase eine Leistungssteigerung zu Recht nicht leistungsbegrenzend gesteuert werden soll (also ohne FDA). Die Aufnahme der NNFR als Ausnahmetatbestand nach § 4 Abs 2b Satz 3 Nr.1 KHEntgG würde diesen logischen Bruch heilen.

Anlage 1: Grouper Pfad MDC 21 Polytrauma (FDA frei)

Anlage 2: Grouper Pfad MDC 01 (FDA voll, halb, frei)

## **2. Wiedereinführung des alten Ausnahmetatbestands bei zusätzlichen Kapazitäten aufgrund der Krankenhausplanung**

### **Ausgangslage**

Vor der Einführung des FDA wurden zusätzliche Kapazitäten aufgrund der Krankenhausplanung oder des Investitionsprogramms des Landes vom Mehrleistungsabschlag (MLA) nach § 4 Abs 2a Satz 3 KHEntgG ausgenommen, um die Umsetzung der Krankenhausplanung in den Krankenhäusern gewährleisten zu können. Beim FDA wird dieser Ausnahmetatbestand seit 2017 nicht fortgeführt. Der FDA findet nach § 4 Abs. 2b Satz 3 Nr. 1c KHEntgG nur noch bei zusätzlich bewilligten Versorgungsaufträgen, für die bislang *keine* Abrechnungsmöglichkeit bestand, keine Anwendung. Diese Formulierung lässt große Interpretationsspielräume zu, die dazu führen, dass weite Teile der von der jeweiligen Landesregierung beschlossenen Maßnahmen der Krankenhausplanung nicht mehr umsetzbar sind, weil sie nach Auffassung der Krankenkassen dem vollen FDA unterfallen.

In einem Schreiben vom 07.11.2016 hatte das BMG klargestellt, dass eine Leistungsanpassung dann unter den Ausnahmetatbestand der Befreiung fällt, wenn sie von der Krankenhausplanungsbehörde ausdrücklich gebilligt worden ist. Diese Auffassung ist noch nicht gesetzlich verankert und wird von den Krankenkassen bestritten.

### **Lösungsvorschlag**

Die Wiederaufnahme des alten Ausnahmetatbestands durch eine Neufassung von § 4 Abs. 2b Satz 3 Nr. 1c KHEntgG:

„Der für das Krankenhaus anzuwendende Abschlag nach Satz 1 oder Satz 2 gilt nicht bei [...] 1 c) zusätzlichen Kapazitäten aufgrund der Krankenhausplanung oder des Investitionsprogramms des Landes, [...].“

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

## Begründung

Durch die Wiederaufnahme des alten Ausnahmetatbestands in § 4 Abs. 2b KHEntgG können negativen Auswirkungen verhindert und die Fachauffassung des BMGs umgesetzt werden. Nur so kann z. B. die planerische Bewilligung zusätzlicher Betten zu einer Ausnahme vom FDA führen.

Mit freundlichen Grüßen



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



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

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