

**Positionspapier**  
**des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken (BDPK) e. V.**  
**zur Vergütung der neurologischen Frührehabilitation im DRG-System**

Die Frührehabilitation im Krankenhaus ist im Jahr 2001 in Zusammenhang mit der Einführung des SGB IX in § 39 Abs. 1 SGB V als Bestandteil der Krankenhausbehandlung ausgewiesen worden. Mit Einführung des DRG-Systems stellte sich die Aufgabe, für die Frühreha eine adäquate Vergütungsregelung im Fallpauschalenkatalog zu finden, die bis dato nicht zufriedenstellend gelöst ist. Eine sach- und leistungsgerechte Abbildung der Frührehabilitation im DRG-System gestaltet sich vor allem deshalb so schwierig, weil die leistungsrechtliche Definition und Zuordnung zur Krankenhaus- bzw. Rehabilitationsbehandlung in den einzelnen Bundesländern den historisch gewachsenen Strukturen Rechnung trägt und daher sehr unterschiedlich geregelt ist.

Dem konnte bislang durch die Anerkennung der Frührehabilitationseinrichtungen vor Ort als besondere Einrichtung nach § 17 Absatz 1 Satz 15 KHG und Vereinbarung individueller Leistungsentgelte weitgehend sachgerecht entsprochen werden. Allerdings haben die Einrichtungen keinen gesetzlichen Anspruch, als besondere Einrichtung anerkannt zu werden. Dies setzt vielmehr die Bereitschaft der Kostenträger voraus, die nicht immer gegeben ist und auch in Zukunft für die Kliniken keine verlässliche Option darstellt. Vielmehr wird es zunehmend schwieriger, diese Option vor Ort umzusetzen.

Besonders problematisch stellt sich diese Situation für die neurologische Frührehabilitation im Krankenhaus dar. Deshalb schlagen wir die Aufnahme folgender Regelung im Krankenhausfinanzierungsgesetz vor:

**Im Gesetzgebungsverfahren zur Krankenhausfinanzierung ab 2009 sollte eine Öffnungsklausel im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) aufgenommen werden, die die Entwicklung eines differenzierten tagesbezogenen pauschalierten Entgeltsystems für die neurologische Frührehabilitation durch die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene vorsieht.**

**Begründung:**

Im DRG-Fallpauschalenkatalog erfolgt die Zuordnung der Leistungen im Bereich der neurologischen Frührehabilitation (NFR) unter anderem anhand eines Verweildauersplits. Für Patientenfälle mit einer Verweildauer von bis zu 27 Tagen sind kalkulierte DRG-Entgelte im Hauptabteilungskatalog ausgewiesen. Für Behandlungsfälle mit einer Verweildauer über 27 Tage werden krankenhausespezifische Entgelte vereinbart. Diese Regelung führt in der Praxis unter anderem zu Schwierigkeiten bei der Budgetplanung und bei der Verrechnung von Minder- und Mehrerlösen. Diese Problematik lässt sich durch die Anerkennung der Leistungserbringung zur neurologischen Frührehabilitation als besondere Einrichtung lösen.

Eine gesetzlich verankerte Anerkennung der NFR als besondere Einrichtung würde eine sachgerechte Vergütung und den Erhalt des aktuell medizinisch sehr hochwertigen und differenzierten Angebotes sicherstellen. Das DRG-System hat von Anfang an Öffnungsklauseln für besondere Tatbestände vorgesehen. Der BDPK sieht diese Tatbestände für die NFR nach wie vor für gegeben.

Die Politik und die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene signalisieren jedoch deutlich eine Abkehr von Ausnahmeregelungen im DRG-System. In der Tendenz gehen die Bestrebungen dahin, die NFR stärker in das Fallpauschalen-System zu integrieren. Eine verweildauerorientierte Fallpauschalenlösung stellt jedoch für die NFR keine sachgerechte Vergütungsbasis dar.

Für die Psychiatrie und Psychosomatik werden derzeit Überlegungen zur Einführung eines tagesbezogenen, pauschalierten Entgeltsystems angestellt. Im Arbeitsentwurf des Bundesgesundheitsministeriums zu den technischen Regelungen in den Krankenhausfinanzierungsgesetzen ab 2009 ist in einem neuen § 17d KHG der konkrete Auftrag an die Selbstverwaltung zur Entwicklung eines entsprechenden Entgeltsystems vorgesehen.

Die NFR im Krankenhaus weist hinsichtlich Organisation, Aufgaben und Abläufen zahlreiche Parallelen zur Psychiatrie auf. Die Verweildauer hängt in der NFR ebenso wie in der Psychiatrie kaum von der zugrunde liegenden Diagnose, sondern vielmehr von der Schwere der aus der Diagnose resultierenden Beeinträchtigungen und der damit verbundenen sehr unterschiedlichen Behandlungsbedarfe ab. Zudem erschwert die große und inhomogene Streuung der Verweildauer die Ermittlung von kostenhomogenen Fallgruppen, die für die Kalkulation von Fallpauschalen erforderlich sind. Deshalb erscheint die Entwicklung von tagespauschalierten Entgelten für die NFR sachgerechter als eine verweildauerorientierte Fallpauschalenlösung.

Die tagespauschalierten Entgelte müssten jedoch ausreichend differenziert werden und den jeweils erforderlichen Ressourcenbedarf der Behandlung adäquat abbilden. Hierfür bedarf es einer Präzisierung der Leistungsdefinition, die letztlich für die Differenzierung der Vergütung ausschlaggebend ist. Es bietet sich an, dabei auf die vorhandenen OPS-/ICD-Kataloge zurückzugreifen. Um eine Überfrachtung und Verkomplizierung der vorhandenen Codes zu vermeiden, sollte bei Bedarf eine Erweiterung der Kataloge um weitere Codes in Betracht gezogen werden. Als Differenzierungskriterien zu berücksichtigen sind z. B. Beatmung, intensivmedizinischer Bedarf, MRSA-Infektionen, gerätetechnische Vorhalteleistungen, Präzisierung von Funktionstherapie und Pflege, etc.

Ergänzend wird darauf hingewiesen, dass es in diesem Zusammenhang ausschließlich um eine sach- und leistungsgerechte Vergütungsregelung der NFR im Krankenhausbereich (§§ 108,109 SGB V) geht. Die Vertrags- und Vergütungsstrukturen der NFR im §111-Bereich sind in diesem Zusammenhang nicht tangiert. Die historisch gewachsenen und bewährten Strukturen in der NFR sowie die örtliche Ansiedlung und in den einzelnen Bundesländern unterschiedliche Zuordnung der NFR zur Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V bzw. zur Rehabilitation nach § 40 SGB V werden nicht in Frage gestellt.