

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0105  
vom 07.04.03  
  
15. Wahlperiode**

**Schriftliche Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung  
zum Fallpauschalenänderungsgesetz (FPÄndG)  
am Mittwoch, 09. April 2003**

**von Armin Nentwig, Landrat  
Bundesvorsitzender  
„Schädel-Hirnpatienten in Not e. V.“ – Deutsche WACHKOMA Gesellschaft  
Bayreuther Str. 33, 92224 Amberg, Telefon 0 96 21/6 48 00**

**Einzigartige Neurologische Rehakette (Phase A bis F) darf nicht  
zerreißen!**

**Frühreha aus DRG herausnehmen!**

Die Bundesrepublik hat ein weltweit einzigartiges Neurologisches Rehabilitationsmodell für schwerst Schädel-Hirn-Verletzte und Patienten im Koma und Wachkoma, welches die Rehaphasen A (Intensiv, Akut) bis Phase F (aktivierende Langzeit-Behandlungspflege) umfasst. Die Frührehabilitation (Phase B) ist nach der Intensivstation das Herzstück dieser Rehakette. Der Patient im Koma oder im Wachkoma wird dabei durch gezielte Therapien, eine aktivierende Pflege und spezielle medizinische Behandlungsweisen aus seinem Komazustand geholt und auf die weiterführenden Rehaphasen (C, D und F) vorbereitet. Der unerwartet hohe Erfolg gibt diesem Behandlungsziel Recht. Von den jährlich etwa 40.000 im Bundesgebiet aufs Neue schwerstbetroffenen Kopfverletzten können etwa ein Drittel wieder in Schule und Beruf eingegliedert werden. Etwa 40 % können nach Teilerfolgen in der Rehabilitation im überwiegend häuslichen Bereich weiter leben.

Schriftliche Stellungnahme, Seite 2:

Der starke aktivierende Aufwand bei Behandlungspflege, Therapie und Medizin bedarf eines besonderen fachlich qualifizierten Personaleinsatzes. Dadurch wird auch der relativ hohe Tagesatz in der Frühreha (Phase B) geprägt und bestimmt den Erfolg. Weder in Australien (Herkunftsland der DRG) noch in allen anderen Ländern dieser Erde gibt es unser Rehamodell. Deshalb sind die dort üblichen Beträge (bestenfalls für Schlaganfallpatienten) bei uns überhaupt nicht vergleichbar und anwendbar. Um bei Komapatienten in der Frührehabilitation den durchschlagenden Erfolg zu haben ist eine durchschnittliche Frührehazzeit von mindestens zwei bis drei Monaten erforderlich. Alleine daraus ergeben sich bei durchschnittlichen Tagessätzen von 400 bis 600 Euro auch die erforderlichen Fallpauschalsummen. Die bisher im Gespräch befindlichen Pauschalsummen sind deshalb in keiner Weise zu akzeptieren und umzusetzen.

**Wiederbelebte sind die Verlierer!**

Aus der Praxis ist bekannt, dass bei schwerst Kopfverletzten die Betroffenen mit Schädel-Hirn-Trauma noch größere Erfolgschancen haben als z.B. Wiederbelebte (Reanimierte mit hypoxischen Schäden). Die Forderung, auch die Neurologische Frührehabilitation in das „DRG-Korsett“ zu zwängen, bringt es automatisch mit sich, dass bei der Aufnahme der Patienten in brutaler Weise eine Selektion und Triage erfolgen wird. Eindeutig werden dabei die Wiederbelebten die Verlierer sein und künftig wohl nur noch schwer die Chance der Rehabilitation bekommen!

Es besteht nach wie vor (unterschiedlich nach Ländern und Regionen) eine deutliche Unterversorgung in der Frührehabilitation (Phase B). Unser Verband schätzt, dass höchstens jeder zweite Patient überhaupt die Chance der Frührehabilitation bekommt. Dass dieser chancenlose Betroffenenanteil nicht noch höher ausfällt, wird lediglich dadurch verwischt, dass die durchschnittlichen Frührehazeiten in letzter Zeit auch aus Kostengründen auf sechs bis acht Wochen heruntergedrückt wurden und sich somit ein Rehabett öfter belegen lässt.

Beiliegend zu Ihrer Information die von unserem Bundesverband erstellten Tabellen und den Werdegang.