

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0095  
vom 02.04.03  
  
15. Wahlperiode**

01.04.2003

***Entwurf eines Fallpauschalenänderungsgesetzes (BT-Drs. 15/614)***

**Stellungnahme der DVfR**

Sehr geehrter Herr Kirschner,  
Sehr geehrte Damen und Herren,

die DVfR begrüßt die Initiative der Bundesregierung für ein Fallpauschalenänderungsgesetz (Kabinettsentwurf vom 26.2.2003), das die Möglichkeit vorsieht, nicht hinreichend abbildbare Leistungen vorerst aus dem DRG-Katalog herauszunehmen. Von dieser Möglichkeit muss nach Auffassung der DVfR für folgende drei Personengruppen Gebrauch gemacht werden:

- (1) Menschen mit Bedarf an Frührehabilitation im Krankenhaus
- (2) Menschen mit Akuterkrankungen bei vorbestehender schwerer und komplexer Behinderung
- (3) Menschen mit behinderungsassoziiertem speziellen Behandlungsbedarf

Die ggf. vorübergehende Herausnahme entsprechender Leistungen aus dem DRG-System verhindert das Wegbrechen von speziellen Versorgungsstrukturen und gibt allen Beteiligten ausreichend Zeit, die Einbindung der offenen Versorgungsleistungen und -bereiche in das DRG-System sorgfältig vorzubereiten.

Die DVfR hat wiederholt an Kliniken und Klinikträger appelliert, Leistungen der Frührehabilitation sowie von Spezialbereichen (z. B. für Querschnittgelähmte) und Leistungen zur Versorgung von Menschen mit Behinderungen im Krankenhaus nicht vorschnell aufzugeben und stattdessen ihre fachliche Kompetenz in die Weiterentwicklung der G-DRG sowie in Verhandlungen um Sondervergütungen für nicht DRG-konforme Leistungen konstruktiv einzubringen.

Für die befristete Herausnahme von Leistungsbereichen und Einrichtungen aus dem Vergütungssystem müssen jetzt zügig Kriterien festgelegt werden, die eine Herausnahme begründen, z. B. müssen Instrumente für die Erhebung des Behandlungsbedarfes von schwerstbehinderten Menschen entwickelt und eingeführt werden. Dabei bietet die DVfR ihre Unterstützung und ihre Möglichkeiten zur Integration der Beteiligten für den Bereich der Versorgung von Menschen mit Behinderungen an.

Die DVfR erwartet, dass das BMGS von den Möglichkeiten des Fallpauschalenänderungsgesetzes Gebrauch machen und entsprechend auf die Selbstverwaltung Einfluss nehmen wird, um eine Finanzierung der folgenden drei Leistungsbereiche außerhalb des DRG-Systems auch praktisch zu gewährleisten:

1. Leistungen von Krankenhausabteilungen mit überwiegend rehabilitativen Leistungen
2. Leistungen besonders spezialisierter Krankenhäuser oder Krankenhausabteilungen
3. Leistungen für Menschen mit behinderungsassoziiertem Mehrbedarf im Akutkrankenhaus

(siehe dazu die beigefügte Stellungnahme der DVfR)

Die folgenden Verbände, die Mitglieder der DVfR sind, möchten Ihre Unterstützung für die Position der DVfR durch namentliche Nennung zum Ausdruck bringen:

Sozialverband VdK (VdK), Bonn

Sozialverband Deutschland (SoVD), Bonn/Berlin

Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte (BAG H), Düsseldorf

Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe (BeB), Stuttgart

Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation

it freundlichen Grüßen

gez.  
Prof. Dr. Walter Schönle  
(Vorsitzender der DVfR)

gez.  
Dr. Friedrich Mehrhoff  
(DVfR-Ausschuss „DRG und Rehabilitation“)

Anlage:

**Stellungnahme der DVfR zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems**



## Stellungnahme zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems

im März 2003

Die DVfR, eine interdisziplinäre Vereinigung von Leistungsträgern, Leistungserbringern, Fach- und Berufsverbänden der Rehabilitation und Verbänden der Menschen mit Behinderungen, hat mehrfach zur Umsetzung des Fallpauschalengesetzes (FPG) in Deutschland Stellung genommen. Sie sieht bei einer Umsetzung der G-DRG auf der Grundlage des z. Zt. erreichten und bis 2004 erreichbaren Entwicklungsstandes das derzeitige Versorgungsniveau mit Frührehabilitation und spezialisierten Versorgungsangeboten im Krankenhaus für **Personen (1) mit Frührehabilitationsbedarf, (2) mit Akuterkrankungen bei vorbestehender schwerer Behinderung und (3) mit behinderungsassoziiertem spezialisierten Behandlungsbedarf** nach wie vor gefährdet.

Der Projektbericht des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) und des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) über die Kalkulation der ersten deutschen Bewertungsrelationen für das G-DRG-System (vom Dezember 2002) bestärkt diese Befürchtungen: Zusammenfassend wird dort festgestellt: „Die Ergebnisse der Rohkostenkalkulation erweisen sich als sehr gute Grundlage für die abschließende Festlegung der Bewertungsrelationen“ (Projektbericht Bd. 1, S. 8) und: „Wesentlichen Teilen der artikulierten Probleme einer nicht aufwandsgerechten Abbildung wird durch die Erstkalkulation deutscher Bewertungsrelationen und die Regelungen zur oberen Grenzverweildauer begegnet. Eine existentielle Gefährdung von Fachabteilungen sowie die unzureichende Versorgung von Patienten in den genannten Problem-bereichen..... im Optionsjahr wird durch drei wesentliche Faktoren verhindert: das Kalkulationsergebnis bildet insgesamt die Aufwandsproportionen gut ab...“ (ebd. S. 62).

Diese Aussagen treffen für die von der DVfR genannten drei Problemgruppen sicher nicht zu, wie inzwischen in zahlreichen Einzelstellungennahmen und durch Prüfkalkulationen anhand der vorliegenden Werte auch auf Krankenhausebene nachgewiesen werden konnte. Zwar werden im Bericht einige Problembereiche benannt, zu deren sachlich richtiger Beurteilung mehr Daten benötigt werden, die grundsätzliche Eignung der vorhandenen Daten für die Bildung von DRGs wurde jedoch nicht in Zweifel gezogen. Dies ist nicht nur deshalb problematisch, weil sich für einige Bereiche Unterdeckungen ergeben werden, sondern auch, weil andere Leistungen relativ überbezahlt und verteuert werden.

Einige Beispiele:

- Problembereiche: **Die im Projektbericht vorgestellte Analyse von Problembereichen, wie Neurologische Erkrankungen, Querschnittlähmung, Epilepsie, Rheuma, Multiple Sklerose, Unfallchirurgie, Frührehabilitation u. a., ist unzureichend. Nach unseren Analysen ist diese Aufzählung zudem unvollständig. Probleme ergeben sich bei allen drei von der DVfR genannten Personengruppen.**
- Ungeeigneter ICD- und Prozedurenkatalog: **Die zur Zeit berechneten DRGs sind als Vergütung für die Frührehabilitation unzureichend. Sie bilden lediglich den Ressourcenverbrauch der akutmedizinischen Behandlung, der operativen Prozeduren, der Beatmung und der Frühmobilisation ab. Die rehabilitativen Leistungsanteile können über den gültigen ICD- und Prozedurenkatalog nicht erfasst werden.**
- Mangelnde Abgrenzung: **Das unterschiedliche Qualitäts- und Leistungsspektrum von fachübergreifender bzw. fachspezifischer (neurologischer, kardiologischer und geriatrischer) Frührehabilitation und den Leistungen allgemeinstationärer Versorgung ist nicht differenziert erfasst.**  
**Wenn Leistungen der allgemeinstationären Versorgung, der Fachabteilungen und der interdisziplinären Frührehabilitationsabteilungen gleich bewertet und vergütet werden, obwohl ihnen ein ungleicher Ressourceneinsatz (Therapeutenteam, Therapiedichte), unterschiedliche Qualität und verschiedene Assessments zugrunde liegen, wird dies zu unzureichender Vergütung der Frührehabilitationen und damit zu einer Gefährdung dieses Angebotes führen.**
- Ergänzende (komplementäre) Frührehabilitation: **Eine Kalkulation von Leistungen zur Frührehabilitation im Akutbereich (Frührehabilitation zum „frühestmöglich-**

**chen Zeitpunkt“ nach § 39 Abs. 1 SGB V) fehlt völlig. Sie sind von den diagnosebezogenen Leistungen der Frühmobilisierung zu unterscheiden.**

- **Negativeffekte durch „Ein-Haus-Methode“:** Im Projektbericht werden für Schlaganfallpatienten in Fachkliniken trotz höherer Verweildauer niedrigere Kosten ermittelt als in Nicht-Fachkliniken. Dieses Ergebnis scheint zweifelhaft. (vgl. Stellungnahme der klinisch-geriatrischen Einrichtungen).  
Die Datenqualität ist für die Vergleichbarkeit der Leistungen verschiedener Kliniken mit unterschiedlichen Behandlungs- und Rehabilitationskonzepten nicht ausreichend und führt zu Ungerechtigkeiten bei der Bewertung und Finanzierung. Als problematisch erweist sich die „Ein-Haus-Methode“ auch aus methodischen Gründen.
- **Datenverzerrung:** Insgesamt haben nach Informationen der DVfR zu wenige Akutkrankenhäuser mit neurologischen Fachabteilungen, in denen die schweren und schwersten Erkrankungen des ZNS behandelt werden, am Kalkulationsverfahren teilgenommen, d. h. die schwerkranken Patienten sind unterrepräsentiert. Verzerrungen sind deshalb wahrscheinlich.
- **Schwerstbehinderte Patienten in Akutkrankenhäusern:** Diese Patientengruppe kann mit den vorhandenen Daten nicht identifiziert und der Ressourcenverbrauch nicht erfasst werden. Dies liegt auch daran, dass entsprechende Daten in den Krankenhäusern noch nicht ausreichend erhoben werden.

Insgesamt kommt der Projektbericht aus methodischen und inhaltlichen Gründen zu unzulässigen Aussagen, die die Unzulänglichkeiten des DRG-Konzeptes für die drei Personengruppen verharmlosen, die kritische Situation der frührehabilitativen Versorgung im Krankenhaus negieren und die besonderen Versorgungsbedarfe von Menschen mit Behinderungen unterschätzen. Diese Problembereiche können nach den Erkenntnissen der DVfR und vieler Experten auch im Rahmen des InEK-Vorschlagsverfahrens (bis 31.3.2003) nicht kurzfristig gelöst werden, obwohl dies von verschiedenen Arbeitsgruppen, auch der DVfR, versucht wurde.

Die Gründe für die derzeit nicht ausreichende Erfassung der rehabilitativen Leistungsanteile durch akutmedizinisch definierte Diagnosegruppen wurden mehrfach erläutert und liegen u. a. darin, dass der Bedarf von Rehabilitationsleistungen nicht mit der Diagnose korreliert, dass Menschen mit schweren Behinderungen zusätzliche Ressourcen im Krankenhaus zu ihrer Versorgung benötigen und dass Menschen mit Behinderungen und einem besonderen, spezialisierten Behandlungsbedarf besondere Leistungen benötigen, die sich in den Prozedurenkatalogen bzw. den Diagnosekatalogen (noch) nicht abbilden lassen. Solche Leistungen müssen diagnoseübergreifend funktionsbezogenen in einem Konzept erfasst und bewertet werden, das auf Wiederherstellung, Verbesserung bzw. Erhalt der Aktivitäten und der Teilhabefähigkeit im Sinne der ICF orientiert ist. Ein im klinischen Alltag praktikables und konsensfähiges Messinstrument für Funktionseinschränkungen ist jedoch zur Zeit noch nicht verfügbar. Auch mangelt es noch an ausreichenden Beschreibungen rehabilitativer Prozeduren.

Die DVfR ist jedoch der Auffassung, dass es sinnvoll und grundsätzlich möglich ist, ein geeignetes Patientenklassifikationssystem für die drei genannten Personengruppen zu entwickeln und dieses prozessoptimierend einzusetzen. Die DVfR tritt dafür ein, umgehend in einem konstruktiven, strukturierten Dialog Lösungsmöglichkeiten für diese Probleme zu erarbeiten.

Bis eine ausreichende Erfassung und Bewertung im DRG-System möglich ist, fordert die DVfR, **folgende Leistungsbereiche aus der DRG-Systematik auszunehmen.**

## **1. Leistungen der Krankenhausabteilungen mit überwiegend rehabilitativen Leistungen**

z. B.:

Abteilungen für indikationsübergreifende Frührehabilitation

Abteilungen für indikationsspezifische Frührehabilitation (u.a. in Spezial- und Rehabilitationskliniken)

## **2. Leistungen besonders spezialisierter Krankenhäuser oder Krankenhausabteilungen**

z. B. für

Neurologische Erkrankungen (wie Schädelhirntrauma, Hypoxie, Schlaganfall, Multiple Sklerose), Querschnittlähmung, Brandverletzungen, Infantile Zerebralparese (spezialisierte orthopädische/kinderorthopädische Versorgung), Epilepsie, Amputation, schwere Atemstörungen (Beatmung) einschl. Mukoviszidose, Akutbehandlung von Menschen mit schwerer geistiger, körperlicher, seelischer oder Sinnesbehinderung bzw. Mehrfachbehinderung, geriatrische Erkrankungen einschl. Demenz, onkologische Erkrankungen, entzündlich-rheumatische Erkrankungen, Kinderneurologie, Neuro- und Sozialpädiatrie, Unfallchirurgie/Neurochirurgie

## **3. Leistungen für schwerbehinderte Menschen mit behinderungsassoziiertem Mehrbedarf im Akutkrankenhaus**

z. B.

Mehrbedarf bei der Akutbehandlung im regulären Akutkrankenhaus von Menschen aller Altersgruppen bei schwerer Behinderung (umfangreiche Leistungen der Pflege, der ergänzenden (komplementären) Frührehabilitation und ggf. der Überwachung und persönlichen Betreuung).

**Auf Antrag des jeweiligen Krankenhauses sollte eine Vergütung nach tagesgleichen Pflegesätzen (Gruppe 1 u.2.) oder eine Zuschlagsregelung (Gruppe 3) möglich sein.**

Da für die Identifizierung und Vergütung der genannten drei Leistungsbereiche aus der Sicht der DVfR im DRG-System kurzfristig keine sachgerechten Lösungen gefunden werden können, begrüßt die DVfR den Entwurf des **Fallpauschalenänderungsgesetz** (Kabinettsentwurf vom 26.2.2003), das vorsieht, besondere Einrichtungen zeitlich befristet aus dem Vergütungssystem herausnehmen zu können, und in dem das BMGS ermächtigt wird, Regelungen zur Korrektur/Herausnahme (noch) unzureichend abgebildeter Leistungen vorzunehmen.

Die DVfR erwartet, dass dieses Instrument vom BMGS entsprechend genutzt wird und so allen Beteiligten ausreichend Zeit eingeräumt wird, Lösungen für eine Einbeziehung der genannten Leistungsbereiche in das DRG-System oder andere sachgerechte Lösungen zu finden.

Eine vorrangige Aufgabe noch für 2003 ist aus Sicht der DVfR die Entwicklung von praxistauglichen Assessmentverfahren zur Identifizierung der Personengruppen mit besonderem Bedarf sowie zur Quantifizierung des erhöhten Behandlungsbedarfs als Kalkulationsgrundlage. Diese Aufgabe sollte von den Fachgesellschaften im Verbund mit dem BMGS und mit InEK-Unterstützung wahrgenommen werden. Für die Gruppe der Menschen mit schwerer Behinderung und behinderungsassoziiertem Mehrbedarf im Akutkrankenhaus fühlt sich jedoch keine Fachgesellschaft verantwortlich. Um dennoch ein solches Instrument rechtzeitig verfügbar zu haben, schlagen wir ein **Projekt „Effiziente Ermittlung des behinderungsbedingten Mehrbedarfes bei schwerbehinderten Menschen im Akutkrankenhaus“** vor. Für ein solches Projekt könnte die DVfR einen multiprofessionellen Projektbeirat stellen. Entsprechende Erfahrungen aus den Bereichen Kinderneurologie und Pflege (LEP, Leistungs-/Aufwands-erfassung in der Pflege) oder wissenschaftlich erprobte Verfahren wie FIM (Functional independence measurement), EBI (Erweiterter Barthelindex) oder Früh-Reha-Bartelindex können dabei zugrunde gelegt werden. Für ein solches Projekt sind entsprechende Mittel bereitzustellen. Unter den genannten Maßgaben unterstützt die DVfR alle Initiativen bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems und bei Umsetzung des Fallpauschalengesetzes bzw. des Fallpauschalenänderungsgesetzes.

Heidelberg, den 27.03.2003