



Frühreha von Schlaganfallpatienten

Gesetzesreform verschlechtert Therapiechancen

Der Fixkostendegressionsabschlag, der im Krankenhausstrukturgesetz eingeführt wurde, verschlechtert die Behandlungschancen für Schlaganfallpatienten in der Frührehabilitation. Solche Leistungen sind daher dringend von den Abschlägen zu befreien und in den sogenannten Ausnahmekatalog aufzunehmen.

Von Prof. Dr. Thomas Mokrusch

270.000 Menschen erleiden in Deutschland jedes Jahr einen Schlaganfall, der häufigste Grund für bleibende Pflegebedürftigkeit. In der Bundesrepublik werden überlebende Patienten direkt nach der Akutbehandlung eines Schlag-

anfalls in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation (OPS-2018 8–552) intensiv und aufwendig therapiert, damit sie ihr gewohntes Leben nach dem Schlaganfall bestmöglich wieder aufnehmen können. Oft sind die

Chancen auf eine (fast) komplette Remission hoch. Durch die rechtzeitige Behandlung lässt sich ein späterer, oft umfangreicher Pflegebedarf vermeiden. Das ist für die Betroffenen wie auch ihre Familien von größter Bedeutung.

Mit Blick auf die bereits heute fehlenden Pflegekräfte wäre es auch von großem gesellschaftlichen Interesse, eine bleibende Pflegebedürftigkeit durch frühestmöglich einsetzende Rehabilitation zu mindern.

Die positiven Aussichten für Schlaganfall-Patienten haben sich aber leider durch die jüngste Reform des Krankenhausstrukturgesetzes verschlechtert, weil eine angemessene Behandlung durch die Hintertür rationiert wird.

Therapie von Schlaganfall-Patienten ist gefährdet

Das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) sieht seit 2017 für „mengenanfällige Leistungen“ einen finanziellen Abschlag in Höhe von 35 bis 50 Prozent (Fixkostendegressionsabschlag, FDA) vor. Dies bedeutet beispielsweise, dass ein Krankenhaus für einen zusätzlichen, über das vereinbarte Budget hinaus gehenden Patienten drei Jahre lang gravierende Abschläge hinnehmen muss. Im Referentenentwurf des Pflegestärkungsgesetzes (gemäß Stand vom 25. Juni) ist vorgesehen, die Höhe über das Jahr 2018 hinaus auf 35 Prozent gesetzlich festzulegen.

Hinter dem FDA steht die Annahme, dass Anbieter solche Leistungen aus wirtschaftlichen Gründen steigern wollen. Schlaganfälle sind aber nicht planbar, also kann auch die neurologische Frührehabilitation, die sich direkt an die Primärversorgung des Schlaganfallopfers oder eines Unfallopfers mit Schädel-Hirn-Trauma anschließt, keine steuerbare Leistung sein. Krankenhäuser können die Zahl dieser Fälle nicht aus wirtschaftlichen Gründen steuern. Damit macht es keinen Sinn, die Behandlung zusätzlicher Patienten mit Abschlägen zu belegen.

Bei akut schwer erkrankten Patienten bestand nicht die Annahme, dass hier Krankenhäuser ihre Erlöse optimieren. In den deshalb entwickelten Ausnahmekatalog wurden unter anderem intensivmedizinisch zu behandelnde Patienten, Polytrauma-Patienten und Schlaganfall-Patienten aufgenommen, nicht aber die neurologische Frührehabilitation. Darunter fallen Schlaganfall-Patienten, die von der Intensivsta-

tion oder der Stroke-Unit verlegt werden können. Sie bleiben in der Regel weiter krankenhausbearbeitungsbedürftig und überwachungspflichtig, zum Beispiel wegen Schluckstörungen oder einer liegenden Trachealkanüle (Gefahr einer Lungenentzündung bei etwa einem Drittel der Patienten), und bedürfen gleichzeitig intensiver Rehabilitation, um eine dauerhafte Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Diese Kombination von weiterer Krankenhausbehandlung und intensiver Rehabilitation wird als „Frührehabilitation“ bezeichnet, und dafür wurden in der Vergangenheit zahlreiche Spezialkliniken oder Spezialabteilungen an bestehenden Kliniken geschaffen.

Therapieintensität und Rationalisierungsmöglichkeit

Die fehlende Ausnahme für die Neuro-Frührehabilitation ist umso weniger verständlich, als das Vergütungssystem der Krankenhäuser in der Frührehabilitation eine hohe Therapieintensität (durchschnittlich 300 Minuten pro Kalendertag) für den Patienten verlangt. Eine große Metaanalyse (Stroke Unit Trialists' Collaboration. Collaborative systematic review of the randomised trials of organised inpatient [stroke unit] care after stroke. *BMJ* 314: 1151–1159, 1997), die mehr als 3.000 Schlaganfall-Patienten berücksichtigte, zeigte frühzeitig klar, dass stationäre Rehabilitationsbehandlung wirksam ist. Das heißt, die Rehabilitationsbehandlung ist sonstiger stationärer Behandlung überlegen, um Patienten wieder alltagskompetent zu machen und in ihre häusliche Umgebung zurückkehren zu lassen.

Eine solchermaßen hohe Therapieintensität für Schlaganfall-Patienten in diesem Stadium ist nur durch einen hohen Personaleinsatz realisierbar. Daher besteht auch für die jeweilige Klinik selbst theoretisch kaum eine Möglichkeit, mit der Behandlung zusätzlicher Patienten Kosten einzusparen. Vielmehr steigen die Kosten fast linear mit der Zahl der Patienten. Ein Anreiz für Leistungserbringer, mehr Patienten als nötig zu behandeln, besteht also auch deswegen nicht.

Eine FDA-erzeugte Unterdeckung über den Zeitraum von drei Jahren kann sich kein Krankenhaus leisten. Höhere Fallzahlen bieten keineswegs Einsparpotenziale in dieser Höhe an, wie sie der Gesetzgeber suggeriert, und basieren auf falschen Annahmen zu Fixkosten.

FDA-Ausnahme für Frührehabilitation

Die Folgen liegen auf der Hand: Bleibt der FDA für Schlaganfall-Patienten, dann besteht die Gefahr, dass die Angehörigen dieser Patienten künftig nach einem freien Bett für die Weiterbehandlung ihres betroffenen Familienmitglieds werden suchen müssen.

Angetrieben wird diese Entwicklung zusätzlich von der Alterung der Bevölkerung. Der Bedarf an qualifizierter Behandlung nach einem Schlaganfall steigt und wird weiter steigen, denn die Schlaganfall-Häufigkeit nimmt im höheren Lebensalter zu. Im Jahr 2000 betrug der Anteil der über 65-Jährigen 16 Prozent. Schon in naher Zukunft (2030) wird sich ihr Anteil auf 33 Prozent mehr als verdoppeln. Experten rechnen deswegen in den nächsten Jahrzehnten mit einer deutlichen Zunahme von Schlaganfall-Opfern. Wenn diese nach den aktuellen Leitlinien versorgt werden sollen, darf das Angebot an spezialisierter Versorgung nicht gesetzlich gedeckelt werden. Um eine Rationierung der Frührehabilitation zu verhindern, muss sie dringend in den Ausnahmekatalog für den FDA aufgenommen werden.

Prof. Dr. Thomas Mokrusch
Vorsitzender des Vorstands
Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation (DGNR)
Facharzt für Neurologie, Psychotherapeut
Leiter der Fachgruppe Neurologie MediClin/Asklepios
E-Mail: mokrusch@mac.com