

Was geleistet und wie finanziert werden muss:

Frührehabilitation im Krankenhaus

Zur Begriffsklärung einer wichtigen Leistung

Von Harry Fuchs

Der Erfolg einer medizinischen Rehabilitation hängt wesentlich davon ab, dass die Reha so früh wie möglich nach dem auslösenden Ereignis (z. B. einem Herzinfarkt) beginnt oder – bei chronischen Krankheiten – in den Krankheitsverlauf eingreift. Zwar besteht dieses Selbstverständnis seit Ende der 60er Jahre in der Kardiologie und seit Anfang der 80er Jahre auch in der Neurologie. Dennoch ist der Begriff „Frührehabilitation“ bis heute mit ganz unterschiedlichen inhaltlichen Vorstellungen besetzt und wird häufig auch missverstanden. Außerdem beginnt eine notwendige Rehabilitation längst nicht bei allen Indikationen so rasch wie möglich. Dadurch entstehen Fehlentwicklungen im Gesundheitswesen. Der folgende Beitrag unternimmt eine rechtliche und inhaltliche Klärung dieser wichtigen (Krankenversicherungs-)Leistung: Wann muss was geleistet werden – und wie werden Leistungen der Frührehabilitation finanziert?

1. Kurzer Abriss der geschichtlichen Entwicklung

Der Begriff „Frührehabilitation“ wurde zum ersten Mal im Bereich der kardiologischen Rehabilitation verwandt. Dabei wurde unter Rehabilitation im Krankenhaus der Einsatz von Krankengymnastik verstanden, während als Frührehabilitation die Anschlussheilbehandlung bezeichnet wurde.[1] Im Gegensatz dazu wurde in der Neurologie „Frührehabilitation“ nicht als eine Anschlussheilbehandlung verstanden, sondern als eine bereits im Krankenhaus stattfindende Anwendung von rehabilitations-therapeutischen Methoden, die erforderlich sind, um einen Betroffenen überhaupt zur Teilnahme an einer Leistung zur Rehabilitation zu befähigen.[2] Dies entspricht weitgehend dem Verständnis des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Sondergutachten 1995. Demgegenüber wird der Begriff der „Frührehabilitation“ bei der Ausführung des heutigen Rechts (nach § 39 Abs. 1 SGB V) häufig eher mit der „Frühmobilisation“ gleichgesetzt, also mit einer Phase bzw. Methode der Krankenbehandlung.[3] Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen empfahl in seinem Sondergutachten 1995: Im Rahmen der Entwicklung des Neunten Sozialgesetzbuches (SGB IX) [4] sollte die Verantwortung der Krankenhäuser für die rechtzeitige Einleitung und sachgemäße Steuerung von Rehabilitationsleistungen – unbeschadet der vorgegebenen Trennung zwischen Akutbehandlung und Rehabilitation – sichergestellt werden. Der Sachverständigenrat ging mit dieser Empfehlung zweifelsfrei davon aus, dass die Rehabilitation nach dem Ende der Krankenhausbehandlungs-bedürftigkeit nicht im Krankenhaus – oder im Verbund damit –, sondern in einer dafür besonders geeigneten Rehabilitationseinrichtung fortgesetzt wird.

Die Bundesregierung hat diese Empfehlung im Gesetzgebungsverfahren zum SGB IX aufgegriffen und Mitte 2001, als das neue Sozialgesetzbuch IX zur „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ in Kraft trat, auch einen neuen § 39 Abs. 1 Satz 3 ins SGB V (gesetzliche Krankenversicherung) eingefügt. Darin wird klargestellt, dass „die

akutstationäre Behandlung im Krankenhaus [...] auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation“ umfasst. Damit wird keinesfalls die Absicht verfolgt, die medizinischen Leistungen zur Rehabilitation in das Krankenhaus zu „inkorporieren“. Ziel dieser Regelung ist es vielmehr – soweit der medizinische Zustand der betroffenen Menschen das überhaupt gestattet – Methoden und Verfahren (Leistungen) der medizinischen Rehabilitation bereits während der akutmedizinischen Interventionen der Krankenhausversorgung einzusetzen. Sie seien – wie es der Sachverständigenrat formulierte – „die rechtzeitige Einleitung und sachgerechte Steuerung von Rehabilitationsleistungen sicherzustellen“, d. h. Rehabilitationsfähigkeit zu bewirken.

2. Gegenstand und Zielsetzung der Frührehabilitation

Bei den in § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V genannten „Leistungen zur Frührehabilitation“ handelt es sich nicht um eine besondere Leistungsart im Sinne des § 26 Abs. 2 und 3 SGB IX („Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“).

Dieser Paragraph beinhaltet die Leistung „Frührehabilitation“ nicht. Die Bezeichnung „Leistungen zur Frührehabilitation“ beschreibt vielmehr im Sinne der Versorgungsinhalte und Versorgungspfade eine bestimmte Zeitphase der akutmedizinischen und rehabilitativen Versorgung.

Darin sollen – entsprechend der Vorgabe des § 2 a SGB V – den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen im Rahmen der Krankenversorgung Rechnung getragen werden und neben akutmedizinischen Interventionen bereits parallel rehabilitative Methoden mit der Zielsetzung der §§ 1, 4 Abs. 1 SGB IX wirksam eingesetzt werden (können).

Dabei ist hervorzuheben, dass der Gesetzgeber ausdrücklich von den „zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden“ Leistungen zur Frührehabilitation spricht. Damit werden die Leistungen der Frührehabilitation nicht etwa vollständig und umfassend der Aufgabenstellung des Krankenhauses zugeordnet. Sie haben lediglich während der Aufgabenausführung des Krankenhauses „zum frühestmöglichen Zeitpunkt einzusetzen“ und können im Anschluss an die Krankenhausbehandlung bei fortbestehendem individuellem Bedarf in anderen Einrichtungen (z. B. Rehabilitationseinrichtungen, aber z. B. bei Apallikern auch in Pflegeeinrichtungen) fortgesetzt werden. Die mit den Ländern abgestimmte Auffassung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherheit (BMGS) [5] zur „Abgrenzung der Bereiche Frühmobilisation, Frührehabilitation und Rehabilitation“ trägt kaum zur Klarheit bei. Denn die darin enthaltenen Versuche der Abgrenzung der medizinischen Leistungen zur Rehabilitation von der Krankenhausbehandlung einschließlich Frührehabilitation sind zum Teil unscharf und zum Teil auch rechtlich zweifelhaft. Danach soll z. B. „bei der Rehabilitation die Nachbehandlung von Krankheiten im Vordergrund stehen“, wodurch „die Anforderungen an die ärztliche Präsenz und die ärztliche Leitung gegenüber der Krankenhausbehandlung abgesenkt“ sei. Richtig ist, dass die auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ausgerichteten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation eine andere ärztliche Kompetenz als im Krankenhaus, in der Regel aber keine „geringere Präsenz oder abgesenkte Leitung“ erfordern. Im Übrigen soll der Unterschied zwischen Frührehabilitation und weiterführender Rehabilitation darin bestehen, dass bei der Frührehabilitation vordringlich akutstationärer Behandlungsbedarf und gleichzeitig Rehabilitationsbedarf bestehe, die Rehabilitationsfähigkeit erheblich eingeschränkt sein könne und die Rehabilitationsprognose oftmals unsicher sei. Danach kann es zweifelhaft

sein, dass Frührehabilitation erforderlich ist, wenn die Rehabilitationsfähigkeit nicht eingeschränkt und die Rehabilitationsprognose gesichert ist, aber der akutstationäre Behandlungsbedarf gegenüber dem Rehabilitationsbedarf noch überwiegt. Gerade dies kennzeichnet jedoch eine erhebliche Zahl der Fälle mit Frührehabilitationsbedarf.

3. Definition, Abgrenzung und Rechtsgrundlagen

Der Wortlaut „Leistungen zur Frührehabilitation“ (im SGB V) enthält zum einen den Leistungsbegriff (mit Charakterisierung des Gegenstandes) und zum anderen auch einen Zeitfaktor. Was unter diesen beiden Faktoren verstanden wird, soll im folgenden Abschnitt näher analysiert werden. Denn in der bisherigen Diskussion über die Frührehabilitation war häufig unklar, was eigentlich darunter zu verstehen ist. Zum Teil konnte der Eindruck entstehen, dass es ausreichen würde, die üblichen Ressourcen eines Krankenhauses um das Methodenspektrum der Heil- und Hilfsmittelversorgung zu ergänzen, um die notwendigen Rahmenbedingungen für die Frührehabilitation im Krankenhaus zu schaffen.

3.1 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Bereits der 1976 in Kraft getretene Teil I des Sozialgesetzbuches (§ 10 SGB I) gewährte Menschen, die körperlich, geistig oder seelisch behindert sind oder denen eine solche Behinderung droht – unabhängig von der Ursache dieser Behinderung – ein Recht auf Hilfe, die notwendig ist, um die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu bessern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Gegenstand dieses Rechts sind nach § 11 SGB I die Dienst-, Sach- und Geldleistungen (Sozialleistungen) der Sozialgesetzbücher – und damit auch die Leistungen der medizinischen Rehabilitation.

Nach dem Rehabilitations-Angleichungsgesetz (RehaAnglG) aus dem Jahr 1974 stellten die leistungsrechtlichen Regelungen (§§ 10 ff. RehaAnglG) lediglich Grundsätze dar, während sich Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistungen der Rehabilitationsträger im Einzelnen nach den jeweils für sie geltenden Rechtsvorschriften richteten. So umfassen z. B. die medizinischen Leistungen zur Rehabilitation der Rentenversicherungsträger nach § 15 Abs. 1 SGB VI insbesondere Behandlung durch Ärzte, Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie usw.

Auch nach dem § 7 des im Juli 2001 in Kraft getretenen SGB IX richten sich die Zuständigkeit und die Leistungsvoraussetzungen, nach denen ein Rehabilitationsträger zur Leistungserbringung verpflichtet ist, zwar weiterhin nach den spezifischen Rechtsvorschriften der jeweiligen Rehabilitationsträger. Art, Umfang und Ausführung der Leistungen richten sich jedoch seither für alle Rehabilitationsträger einheitlich nach den Regelungen des SGB IX,

es sei denn, der Gesetzgeber hätte für einen Rehabilitationsträger in den für ihn geltenden Rechtsvorschriften besondere (abweichende) Bestimmungen getroffen. Da solche abweichenden Bestimmungen durch das SGB IX weitgehend beseitigt wurden und derzeit noch nicht wieder vorhanden sind, umfassen die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 26 Abs. 2 SGB IX bei allen Trägern der medizinischen Rehabilitation, d.h. auch den Krankenkassen, einheitlich u. a.:

- _ Behandlung durch Ärzte und Angehörige anderer Heilberufe,
- _ Arznei- und Verbandmittel,

- _ Heilmittel einschließlich physikalischer,
- _ Sprach- und Beschäftigungstherapie,
- _ Psychotherapie,
- _ Hilfsmittel.

§ 26 Abs. 3 SGB IX stellt zudem klar, dass Bestandteil der medizinischen Leistungen zur Rehabilitation auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen sind, soweit diese im Einzelfall zur Erreichung oder Sicherung des Rehabilitationszieles bzw. zur Vermeidung, Überwindung, Minderung oder zur Verhütung einer Verschlimmerung der Krankheitsfolgen erforderlich sind.

Während § 26 Abs. 1 SGB IX die Ziele darstellt, die mit den Leistungen der medizinischen Rehabilitation erreicht werden sollen, stellen die Absätze 2 und 3 klar, welche therapeutischen Methoden und Verfahren Gegenstand der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sein können.

Vergleicht man die Auflistung der therapeutischen Verfahren und Methoden in § 26 Abs. 2 und 3 SGB IX mit der zur Krankenbehandlung in § 27 Abs. 1 SGB V, ergibt sich scheinbar eine weitgehende Übereinstimmung. Dabei handelt es sich jedoch nur um eine sprachliche Übereinstimmung. Die sprachlich einheitlich definierten therapeutischen Verfahren und Methoden treten inhaltlich (Art, Umfang und Intensität) bekanntlich in völlig unterschiedlichen Ausprägungen auf – je nachdem, ob man mit ihrem Einsatz Ziele der Krankenbehandlung, der Rehabilitation oder der Prävention erreichen muss. Diese Erkenntnis hatte das Bundessozialgericht bereits Ende der 70er Jahre. Schon damals stellte es in mehreren Urteilen fest: Eine Differenzierung zwischen Akutversorgung und Rehabilitation könne am ehesten danach erfolgen, ob eine Maßnahme regelmäßig darauf ausgerichtet sei, die Krankheit unter der aktiven und fortdauernden Einwirkung des Arztes zu bekämpfen oder mit einem interdisziplinären Ansatz eine weitergehende Zustandsverbesserung zu erreichen.

Man muss sich in diesem Zusammenhang die unterschiedlichen Zielsetzungen bewusst machen, die mit den Aufgabenstellungen der Krankenbehandlung und der medizinischen Rehabilitation verbunden sind. Während das Ziel der Krankenbehandlung nach der WHO-Definition die Herstellung der bestmöglichen Gesundheit ist, geht die Zielsetzung der medizinischen Rehabilitation entsprechend der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) der WHO darüber hinaus und strebt eine möglichst normale Teilhabe der betroffenen Menschen am Leben in der Gesellschaft an.

Danach sind die in Absatz 2 und 3 SGB IX genannten therapeutischen Methoden und Verfahren nicht für sich gesehen bereits Leistungen zur Rehabilitation oder der Krankenbehandlung. Sie werden es durch die mit ihrem Einsatz verfolgten Zielsetzungen. Sie können Bestandteil einer Leistung zur Rehabilitation sein, wenn sie in ihrer spezifisch auf die Krankheitsfolgenbewältigung ausgerichteten Ausformung (Art, Umfang und Intensität des Methodeneinsatzes) dazu geeignet sind und gemeinsam mit anderen Leistungsbestandteilen in der Summe dazu beitragen können, die in §§ 1, 4 Abs. 1 und 26 Abs. 1 SGB IX vorgegebenen Rehabilitationsziele zu erreichen. Wird mit diesen Methoden die Herstellung der jeweils bestmöglichen Gesundheit angestrebt, werden sie in der dazu erforderlichen Ausformung und Intensität als Bestandteil der Krankenbehandlung erbracht. Deshalb wurde vor dem Inkraft-Treten der heutigen Sozialgesetzbücher in den für die Rehabilitationsträger jeweils geltenden besonderen Gesetzen und auch im Rehabilitations-Angleichungsgesetz (RehaAnglG) nicht von Leistungen, sondern von „Maßnahmen“ zur (medizinischen) Reha gesprochen. Diese

Leistungsdefinition drückte auch sprachlich aus, dass es sich bei Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation in der Regel nicht um den Einsatz einzelner therapeutischer Verfahren und Methoden, sondern um ein zielgerichtetes, komplexes, interdisziplinäres therapeutisches Angebot zur Überwindung oder Kompensation der durch Krankheit oder körperliche oder geistige Behinderung verursachten Funktions-, Aktivitäts- oder Partizipationsstörungen handelt.

Demgegenüber erstreckt sich die Definition „Leistungen zur Rehabilitation“ in § 26 SGB IX sowohl auf die Ausführung komplexer Leistungen im Sinne umfassender Maßnahmen wie auch auf den Einsatz bestimmter rehabilitationsdiagnostischer und -therapeutischer Verfahren außerhalb von Leistungskomplexen der Rehabilitation, z.B. als Leistungen zur Frührehabilitation im Rahmen der stationären Akutversorgung.

3.2 Zeitfaktor

Die Kenntnis des Zusammenhangs von Rehabilitationserfolg und „frühestmöglichem“ Einsatz rehabilitativer Verfahren und Methoden hat den Gesetzgeber – insbesondere auch mit Blick auf die wirksame und wirtschaftliche Mittelverwendung – schon früh veranlasst, den Rehabilitationsträgern Pflichten aufzuerlegen, die diesem Zusammenhang Rechnung tragen.

Die Sozialleistungsträger sind nach § 17 Abs. 1 SGB I verpflichtet, darauf hinzuwirken, dass jeder Berechtigte die ihm zustehenden Sozialleistungen in zeitgemäßer Weise, umfassend und zügig erhält und die zur Ausführung von Sozialleistungen erforderlichen Dienste und Einrichtungen rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung stehen.

Abgesehen von dieser generellen Verpflichtung aller Sozialleistungsträger enthielt zuvor schon das 1974 in Kraft getretene RehaAnglG die spezielle Verpflichtung der Rehabilitationsträger, auf die frühzeitige Einleitung und die zügige Durchführung gebotener Maßnahmen zur Rehabilitation hinzuwirken (§ 4 Abs. 2, Satz 1 RehaAnglG).

3.3 Konsequenzen für die Frührehabilitation

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung umfassen nach § 11 Abs. 2 SGB V immer auch notwendige medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation und zwar auch als Bestandteil und im Rahmen ambulanter (§ 40 Abs. 1 Satz 1 SGB V) sowie stationärer (§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V) Akutversorgung.

Die Antwort auf die Frage, wo und in welchen Einrichtungen medizinische Rehabilitationsleistungen durchgeführt werden (müssen), liegt im Bereich der organisatorischen und gestalterischen Verantwortung sowie dem pflichtgemäßen Ermessen der Krankenkassen (§§ 17, 19 SGB IX). Sie hätten nach geltendem Recht auch bereits vor dem 1. Juli 2001 als Bestandteil der Krankenhausbehandlung den Einsatz rehabilitativer Verfahren und Methoden während der Zeitdauer einer Krankenhausbehandlung finanzieren können. Dass die Methoden und Verfahren der Rehabilitation bis heute insbesondere im Krankenhaus – abgesehen von bestimmten Indikationsbereichen wie z. B. in der Neurologie oder Geriatrie – bisher nicht zum frühestmöglichen Zeitpunkt eingesetzt werden, hat danach keine rechtlichen Ursachen. Der Gesetzgeber hat mit der Ergänzung des § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V lediglich den erneuten Versuch der Klarstellung unternommen, dass Leistungen der frühen Rehabilitation selbstverständlich Gegenstand der akutstationären Versorgung sein können.

Mit Blick darauf, dass der in § 107 SGB V konkretisierte Versorgungsauftrag von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen nicht verändert wurde, handelt es

sich bei der Ergänzung des § 39 SGB V ausdrücklich nicht um eine Erweiterung des Versorgungsauftrages der Krankenhäuser, etwa in Richtung neuer Geschäftsfelder aus dem Bereich der Langzeitrehabilitation. Um jeden Zweifel auszuschließen, betont die Begründung zum SGB IX, dass es sich bei der Ergänzung um Änderungen zur Anpassung an den Sprachgebrauch des Neunten Buches, nicht jedoch um eine geänderte Zuordnung von Aufgaben und Verantwortung handele. Mit der sprachlichen Anpassung soll lediglich sichergestellt werden: Die erforderlichen Leistungen zur Reha können bereits als Bestandteil der Krankenhausbehandlung („die akutstationäre Behandlung umfasst“) und damit zum frühestmöglichen Zeitpunkt erbracht werden. Dies entspricht im Übrigen der Auffassung der Spitzenverbände der Krankenkassen. Sie hatten in ihrer schriftlichen Stellungnahme zur Anhörung zum SGB IX im Gesetzgebungsverfahren eine noch deutlichere Klarstellung dahingehend vorgeschlagen, dass es sich bei den Leistungen zur Frührehabilitation um solche handele, die im Rahmen der originären Akutbehandlung das vorhandene Rehabilitationspotential bis zur Entlassung oder Verlegung in eine Rehabilitationseinrichtung nutzen.[6] Damit wurde – im Übrigen in völliger Übereinstimmung mit dem Sachverständigenrat (vgl. oben) – die Aufgabe des Krankenhauses in der Rehabilitation zutreffend und vollständig beschrieben, nämlich: den betroffenen Menschen durch den Einsatz rehabilitationstherapeutischer Verfahren und Methoden bereits während der akutstationären Versorgung zur Teilnahme an komplexen Leistungen der medizinischen Rehabilitation zu befähigen (Herstellung von Rehabilitationsfähigkeit).

4. Nicht nur Krankenhäuser sind zuständig

Eine Versorgung mit dem Charakter der frühen Rehabilitation soll auf jeden Fall während der Krankenhausversorgung einsetzen. Dies gilt nicht nur für neurologische oder geriatrische Indikationen, sondern grundsätzlich auch für alle übrigen Indikationen. Dabei ist allerdings durch die Rehabilitationswissenschaften indikationsspezifisch zu klären, bei welchen Patienten welche rehabilitationsdiagnostischen und –therapeutischen Verfahren und Methoden in welcher Ausführungsintensität überhaupt schon während der stationären Akutversorgung wirksam eingesetzt werden können. Da die Leistungen der Frührehabilitation integraler Bestandteil der Krankenhausbehandlung sind – und keine eigenständige Art der medizinischen Rehabilitation –, endet ihre Ausführung konsequent mit dem Ende der Krankenhausbehandlung.

Danach wird der Patient entweder im Rahmen der Anschlussheilbehandlung unmittelbar oder mit einer Karenz im häuslichen Umfeld weiter rehabilitativ versorgt. Gestattet es die Belastbarkeit des betroffenen Menschen in einer ambulanten oder stationären Rehabilitationseinrichtung, die ihn dann betreut, noch nicht, das gesamte Spektrum der der medizinischen Reha zur Verfügung stehenden therapeutischen Methoden unmittelbar auszuführen, so wird auch in der Reha-Einrichtung die Versorgung zunächst nach den Grundsätzen der Frührehabilitation ausgeführt.

Es ist danach fachlich nicht tragfähig, die Frührehabilitation ausschließlich als Aufgabe und Bestandteil der Krankenhausversorgung zu handhaben. Seit den ersten Versuchen, die neurologische Versorgung insgesamt zu kategorisieren (sie gehen auf das „Kuratorium ZNS“ zurück) [7], gab es deshalb den Grundsatz, dass die Art der Einrichtung, in der die jeweilige Phase der Versorgung durchgeführt wird, sich ausschließlich nach dem individuellen Versorgungsbedarf der Betroffenen zu richten hat. Solange akutmedizinischer Interventionsbedarf (mit integrierter Frührehabilitation) besteht, ist dafür das Krankenhaus zuständig, sonst (ebenfalls mit integrierter

Frührehabilitation) die Rehabilitationseinrichtung. So kann zum Beispiel im Rahmen der neurologischen Rehabilitation – entgegen der Praxis vieler Krankenkassen – die Phase B sowohl im Krankenhaus wie auch in einer Rehabilitationseinrichtung, entweder vollständig oder anteilig – orientiert am überwiegend akutmedizinischen Behandlungsbedarf –, ausgeführt werden.

Eine Krankenhausbehandlung endet, wenn kein akutmedizinischer Behandlungsbedarf mehr besteht oder dieser nicht mehr überwiegt und deshalb keine stationäre Versorgung mehr in einem Krankenhaus erfordert. Das Bundesgesundheitsministerium kennzeichnet die Frührehabilitation deshalb im Rahmen seiner Feststellungen zur Abgrenzung der Bereiche Frühmobilisation, Frührehabilitation und Rehabilitation ausdrücklich dadurch, dass bei „vordringlich bestehendem akutstationärem Behandlungsbedarf gleichzeitig Rehabilitationsbedarf“ bestehe.

Dies entspricht auch der Klarstellung im Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) 2005 (Ziffer 8-55). Danach darf ein „Kode aus diesem Bereich [...] nur solange verwendet werden wie akutstationärer Behandlungsbedarf besteht“. Nach dieser Richtlinie kann kein Zweifel daran bestehen, dass der Einsatz der Leistungen (Methoden) der frühen Rehabilitation im Krankenhaus an die Voraussetzungen für die Ausführung von akutmedizinischen Leistungen des Krankenhauses gebunden ist. Leistungen zur Frührehabilitation können deshalb weder eine Verlängerung des Krankenhausaufenthaltes bewirken (dies wird jedoch durch die Kriterien und Bemessung der so genannten Früh-Reha-DRG's [8] nachgerade provoziert), noch nach Wegfall des akutstationären Behandlungsbedarfs im Krankenhaus etwa als eigenständiges Leistungsangebot des Krankenhauses ausgeführt werden.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass nach dem – auch im Rahmen der integrierten Versorgung in Verbindung mit §§ 17, 21 SGB IX unverändert wirksamen und zu beachtenden – § 111 Abs. 6 SGB V Leistungen der medizinischen Rehabilitation nicht etwa im Krankenhaus, sondern in einer wirtschaftlich und organisatorisch selbstständigen, gebietsärztlich geleiteten Rehabilitationseinrichtung am oder im unternehmerischen Verbund mit dem Krankenhaus erbracht werden dürfen, soweit dazu ein Versorgungsvertrag nach §§ 21 SGB IX, 111 Abs. 2 SGB V eingegangen wurde und die qualitativen Anforderungen der §§ 17, 20 SGB IX erfüllt werden.

Dazu muss es sich also um eine geeignete Rehabilitationseinrichtung im Sinne des § 17 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB IX handeln. Gegenstand des Versorgungsvertrages – und damit auch des Leistungsauftrages dieser Rehabilitationseinrichtungen – sind ausschließlich versorgungsvertragsfähige „komplexe“ medizinische Leistungen zur Rehabilitation im Sinne des § 26 SGB IX, nicht jedoch die Leistungen der Frührehabilitation im Sinne des § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V.

5. Kein Gegenstand der Krankenhausplanung und -finanzierung

Wie bereits erwähnt, handelt es sich bei der Frührehabilitation nicht um eine besondere Leistungsart der medizinischen Rehabilitation, die spezifische Versorgungsstrukturen im Sinne des § 19 SGB IX bzw. der §§ 2, 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) erfordert. Sie drücken sich deshalb auch nicht in zu planenden – oder gar im Sinne des Krankenhausfinanzierungsrechts zu fördernden – Betten aus und sind auch nicht dem jeweiligen Versorgungsstrukturecht im Bereich der Akutversorgung (§§ 2, 6 KHG) bzw. der medizinischen Rehabilitation (§ 19 SGB IX) unterworfen.

Die Frage, ob die Versorgung während einer Krankenhausbehandlung oder – auch noch – in einer Einrichtung der medizinischen Rehabilitation entsprechend dem individuellen

Bedarf der betroffenen Menschen nach den Prinzipien der Frührehabilitation auszugestalten und auszuführen ist, wirkt sich durchweg im Bereich der Prozessqualität des Krankenhauses aus. Bei der Strukturqualität ergeben sich bei Leistungen der frühen Rehabilitation im Krankenhaus im Wesentlichen Anforderungen an Art, Umfang und Kompetenz des einzusetzenden Personals, die jedoch nicht durch eigene Ressourcenvorhaltung erfüllt werden müssen, sondern auch z. B. durch Kooperationsverträge mit geeigneten Rehabilitationseinrichtungen gesichert werden können (Stichworte: „Mobile Rehabilitationsteams“, „Einkaufsmodell“).

Im Gegensatz zu den erforderlichen Ausstattungen für die Kernaufgaben ergeben sich aus der Frührehabilitation im Krankenhaus keine wesentlichen Anforderungen an die räumliche Strukturqualität, weil die betroffenen Menschen angesichts ihrer geringen Belastbarkeit in dieser frühen Phase des Einsatzes rehabilitativer Methoden durchweg keine rehabilitativen Methoden benötigen, die ein besonderes räumliches Umfeld erfordern (z. B. Bewegungsbäder, Gymnastikhallen usw.). Die mit den Leistungen der Frührehabilitation verbundenen Kosten sind deshalb bei der Krankenhausversorgung kein Thema der Krankenhausfinanzierung (Investitionsförderung) oder der Krankenhausplanung.

6. Finanzierung der Frührehabilitation im Krankenhaus

Die Kosten der Leistungen (Methoden) zur Frührehabilitation sind als Bestandteil der Krankenhausversorgung ausschließlich Gegenstand der Krankenhausvergütung. Das pauschalierende Entgeltsystem auf der Grundlage der Diagnosis Related Groups (DRG's) kann bereits aus methodischen Gründen die Kosten der rehabilitativen Leistungsanteile des Krankenhauses nur unzureichend abbilden.

Deswegen sieht das Fallpauschalenänderungsgesetz (FPÄndG) vom 17. Juli 2003 vor [9], Krankenhäuser mit einer Häufung solcher Leistungen zeitlich befristet aus dem DRG-Vergütungssystem herauszunehmen und die Leistungen der Frührehabilitation weiterhin nach der Bundespflegesatzverordnung zu vergüten (§ 17 b Abs. 1 Satz 15 KHG i.d.F. des FPÄndG).

Nachdem davon in der Praxis zunächst kein Gebrauch gemacht wurde, erweiterte die Fallpauschalenverordnung 2004 (FPVBE 2004) [10] vom 19. Dezember 2003 den deutschen DRG-Fallpauschalenkatalog um spezifische Ziffern für die Frührehabilitation. Dabei wurden Indikationsbereiche einbezogen und den Krankenhäusern für diese die Gestaltung einer eigenständigen Phase der Frührehabilitation eröffnet. Dies betrifft Bereiche (u. a. in der Kardiologie und Orthopädie), für die nach der klassischen Definition von „Frührehabilitation“ Anschlussheilbehandlungen in stationären Rehabilitationseinrichtungen verfügbar sind und deshalb der Bedarf für entsprechende Leistungen im Krankenhaus kritisch zu hinterfragen ist. Die Auswertung der Abrechnungen durch die Krankenkassen zeigt, dass Leistungen der Frührehabilitation bei diesen Indikationen tatsächlich offensichtlich nur für eine geringe Zahl von Patienten bedarfsgerecht erforderlich sind. Die quantitative Ausweitung der so genannten Früh-Reha-DRG's lässt deshalb die systematische Entwicklung einer Über- bzw. Fehlversorgung befürchten.

Damit Krankenhäuser die besonderen DRG-Ziffern für Frührehabilitation abrechnen können, wird zudem von diesen die Erfüllung folgender Mindestmerkmale gefordert:

_ „Reha-Team unter fachlicher Leitung;

_ standardisiertes Frühreha-Assessment zur Erfassung und Wertung der funktionellen Defizite in mindestens

fünf Bereichen (Bewusstseinslage, Kommunikation, Kognition, Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Verhalten, Emotion);

_ schriftlicher, wöchentlich zu aktualisierender Behandlungsplan mit Teambesprechung;
_ Frührehabilitationspflege entsprechend den Kriterien zur Rehabilitations-Pflegefachkraft;

_ Vorhandensein und Einsatz von mindestens vier Therapiebereichen (Physiotherapie, Ergotherapie, Physikalische Therapie, Neuropsychologie, Psychotherapie, Logopädie, Schlucktherapie, Kunsttherapie) in patientenbezogenen, unterschiedlichen Kombinationen und unterschiedlichem Zeitaufwand.“ [11]

Diese Regelung übernimmt weitgehend die Strukturmerkmale der Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Abs. 2 SGB V als Abrechnungsvoraussetzungen in das Vergütungsrecht der Krankenhäuser. Abgesehen davon, dass es – wie oben ausgeführt – dieser umfassenden Merkmale der Strukturqualität für die Ausführung von Leistungen der Frührehabilitation nicht bedarf, werden damit von den Krankenhäusern (nach dem Krankenhausfinanzierungsrecht nicht geförderte oder förderbare) Strukturinvestitionen verlangt, die quasi jedem Krankenhaus unter dem Deckmantel der Vergütung frührehabilitativer Leistungen die strukturellen Voraussetzungen für die Ausführung auch weiterführender Leistungen zur Rehabilitation (z. B. Anschlussheilbehandlungen) verschaffen. Gerade diese Ausweitung des Leistungsauftrages der Krankenhäuser wird jedoch durch keines der berührten Gesetze (SGB IX, SGB V) legitimiert und ist danach rechtswidrig.

Sie verstößt im Übrigen zweifelsfrei gegen die in der Begründung zum SGB IX dokumentierte Absicht des Gesetzgebers, die in § 107 Abs. 1 SGB V definierte Aufgabenstellung und Strukturanforderungen der Krankenhäuser nicht zu verändern, schon gar nicht zu erweitern.

Es trifft allerdings zu, dass die Bundesländer bereits während des Gesetzgebungsverfahrens eine entsprechende Initiative über den Bundesrat ergriffen hatten, die jedoch von der Bundesregierung unter Hinweis auf die nicht gewollte Aufgabenveränderung bzw. –verschiebung abgelehnt wurde. Es besteht der Eindruck, dass hier der erklärte Wille des Gesetzgebers auf der Verordnungsebene konterkariert werden soll.

Im Fallpauschalenkatalog 2005 werden nunmehr lediglich neurologische Früh-Reha-DRG's mit konkreten Bewertungsrelationen hinterlegt. Die anderen (bisher bewerteten) Früh-Reha-DRG's der Fallpauschalenverordnung 2004 sind nur noch in der Anlage des Katalogs enthalten, weil für sie die Kalkulationsbasis nicht breit genug war, um Bewertungsrelationen zu errechnen. Für diese Indikationen können deshalb weiterhin krankenhausspezifische fall- oder tagesbezogene Entgelte zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern vereinbart werden.

Da jedoch in der Zukunft die Errechnung von Bewertungsrelationen für diese Indikationen bei entsprechend breiter Kalkulationsbasis zu erwarten ist, bleibt darauf hinzuweisen, dass die Kalkulation der Früh-Reha-DRG's grundsätzlich als nicht sachgerecht angesehen werden muss, solange keine indikationsspezifischen Maßstäbe (Behandlungspfade, Leitlinien) für den Bedarf und die Ausgestaltung der frühen rehabilitativen Leistungsanteile der Krankenhäuser erarbeitet werden.

So unterscheiden sich z. B. die mit der „Fallpauschalenverordnung besondere Einrichtungen“ (FPVBE) 2004 eingeführten spezifischen DRG's unter Einbeziehung rehabilitativer Leistungsanteile (z. B. DRG 103A im Verhältnis zu 103B oder 108A/108B,

I 13A/ I 13B usw.) einerseits im Preis und vor allem durch unterschiedlich lange Verweildauern.[12]

Nach geltendem Recht darf und kann jedoch die Durchführung früher rehabilitativer Leistungen während der Krankenhausbehandlung nicht zu einer Verlängerung des Krankenhausaufenthaltes führen. Die Verlängerung des Krankenhausaufenthaltes ist rechtswidrig, wenn die besonderen Mittel des Krankenhauses zur stationären Akutversorgung nicht mehr erforderlich sind und die weiterhin notwendige frührehabilitative Versorgung auch in einer Rehabilitationseinrichtung ausgeführt werden kann. Der dem Krankenhaus durch den Einsatz der Methoden der früheren Rehabilitation während der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit entstehende Kostenaufwand kann danach keinesfalls mit dem Instrument einer verlängerten Grenzverweildauer bemessen und bewertet werden. Stattdessen müssen die – unter Berücksichtigung unterschiedlicher Schweregrade der Teilhabebeeinträchtigungen der betroffenen Menschen – erhöhten Aufwendungen des Krankenhauses (aber ggf. auch der Rehabilitationseinrichtungen) auf der Grundlage des regelhaften bedarfsgerechten, zielgerichteten und wirksamen Ressourcenbedarfs und -verbrauchs für den rehabilitativen Methodeneinsatz definiert, bewertet und fiskalisch gewichtet werden. Im Ergebnis kann die Vergütung dann über Zuschläge zu den Basis-DRG's oder als spezifische DRG dargestellt werden.

7. Frührehabilitation als wichtige Aufgabe der Selbstverwaltung

Für die betroffenen Versicherten und ihre Familienangehörigen ist es wichtig und unverzichtbar, dass sie die erforderlichen Reha-Leistungen zum frühestmöglichen Zeitpunkt und in jeder Phase ihrer Versorgung in der gebotenen Qualität und wirksam erhalten. Es kann deshalb kein Zweifel bestehen, dass rehabilitative Verfahren und Methoden zum frühestmöglichen Zeitpunkt bereits während der stationären Krankenhausbehandlung eingesetzt werden müssen. Genauso wenig darf es zweifelhaft sein, dass die Krankenhausbehandlung dann unverzüglich beendet werden muss, wenn der gesundheitliche Zustand des Betroffenen überwiegend keine akutmedizinischen Behandlungsmethoden, sondern stattdessen die besonderen Strukturen und Qualitäten einer Rehabilitationseinrichtung erfordert. Es ist Aufgabe der Selbstverwaltung zu gewährleisten, dass die Krankenkassen ihre Verantwortung zur Gewährleistung der erforderlichen Versorgungsstrukturen und -inhalte so wahrnehmen, dass den Interessen der Versicherten in den Verträgen mit den Leistungserbringern Rechnung getragen wird. Seit Inkrafttreten der Selbstverwaltungsreform durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) vom März 1994 haben die Verwaltungsräte der Krankenkassen insbesondere Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu treffen.

Die Frage, ob ein Versicherter in jeder Phase seines Krankheitsverlaufs unverzüglich die jeweils bedarfsgerechte, qualitativ geeignete und wirksame Versorgung erhält, ist von grundsätzlicher Bedeutung für die Versicherten, die Selbstverwaltung, aber auch für das Selbstverständnis der sozialen und solidarischen Krankenversicherung. Es ist danach Aufgabe der Verwaltungsräte der Krankenkassen, sich mit den Versorgungsverträgen auseinander zu setzen, die ihre Krankenkassen mit den Leistungserbringern abschließen wollen.[13] Dabei solle u.a. auch geprüft werden, ob z. B. die Krankenhäuser vertraglich verpflichtet werden, indikationsbezogene Kriterien festzulegen, nach denen im Einzelfall das Ende der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit festgestellt und – falls erforderlich – frühzeitig Anschlussheilbehandlungen zur Rehabilitation eingeleitet werden.

8. Zusammenfassung

Bei den in § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V genannten Leistungen zur Frührehabilitation handelt es sich nicht um eine spezifische Leistungsart der medizinischen Rehabilitation, sondern lediglich um den Einsatz bestimmter rehabilitativer Methoden in einer frühen Phase der gesamten Versorgung, in der Regel während der stationären Krankenhausbehandlung. Die mit diesem Methodeneinsatz während der Krankenhausbehandlung verbundenen Kosten berühren weder die Krankenhausplanung noch -finanzierung.

Sie sind Gegenstand der Krankenhausvergütung. Eine an den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit (§ 69 Abs. 2 SGB IV) orientierte Vergütung der Leistungen zur Frührehabilitation setzt die Klärung der Bedarfsgerechtigkeit und Zielgerichtetheit der eingesetzten Methoden im Sinne des § 10 SGB IX und die Erarbeitung entsprechender Leitlinien bzw. Behandlungspfade als Grundlage der Kalkulation entsprechender Zuschläge zu den Basis-DRG's bzw. spezifischer DRG's voraus.

.

Literatur:

- 1 Halhuber, in K-A Jochheim (Hrsg.): Rehabilitation, Stuttgart 1975, Band 2, T. 4
- 2 Schmieder (1983), zitiert in K. von Wild, H-H. Janzik (Hrsg.): Neurologische Frührehabilitation, München, Bern, Wien, New York 1990
- 3 H. Weber-Falkensammer, in ebenda, S. 145
- 4 siehe dazu auch F. Welti: Chance und Verpflichtung: Das neue Recht der Teilhabe und Rehabilitation (SGB IX) und H. Fuchs: Reform von historischer Bedeutung – SGB IX: Die Folgen für die medizinische Rehabilitation, beide in Soziale Sicherheit 5/2001, S. 146 ff.
- 5 Schreiben des BMGS vom 27.10. 2004 – Az. 216-43546-8 – an die Spitzenverbände der Sozialversicherungsträger und der Leistungserbringer
- 6 vgl. Ausschussdrucksache 14/1248, Seite 21
- 7 Dieses setzt sich für Verletzte mit Schäden des Zentralen Nervensystems (ZNS) ein.
- 8 Diagnosis Related Groups (DRG's) zur Festlegung eines Fallpauschalen-Entgeltsystems im Krankenhaus
- 9 BGBl I, S. 1461
- 10 BGBl I, S. 2811
- 11 OPS zum Fallpauschalenkatalog 2004, Kapitel 8. 8-551
- 12 z. B. im Früh-Reha-Fall 108A mit einer im Verhältnis zum Basisfall 108B um 11,4 Tage längeren Verweildauer, die damit begründet wird, dass die in dieser DRG enthaltene Prozedur der frührehabilitativen Leistung 14 bis 21 Tage umfasst.
- 13 siehe dazu auch K. H. Köpke, I. Nürnberger: Aufgaben und Chancen für die Selbstverwaltung – Am Beispiel der Rehabilitation in der Rentenversicherung, in Soziale Sicherheit 12/2004, S. 426 ff.

Der Autor

Harry Fuchs ist Dipl.-Verwaltungswirt. Nach langjähriger Tätigkeit in verschiedenen Sozialministerien arbeitet er jetzt als freiberuflicher Berater und Autor zu sozialen Fragen.

