

Rehabilitation und Krankenhausreform

Positionspapier der DVfR

Vorbemerkung

Mit diesem Positionspapier der DVfR soll darauf aufmerksam gemacht werden, dass mit der Krankenhausreform auch Strukturen und Prozesse gestaltet werden, die für die medizinische Rehabilitation und damit auch für die Förderung der Funktionsfähigkeit und Teilhabe im Rahmen der Krankenbehandlung wichtig sind. Darauf ist bei der Reform besonders zu achten, zum einen um bewährte Strukturen zu erhalten, zum anderen aber auch, um schon lange geforderte Verbesserungen zu erreichen.

Angesichts des bislang erreichten Diskussionsstandes (Grundlage ist die „Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“) bleiben die Anregungen und Vorschläge dieses Papiers zum Teil noch recht allgemein bzw. vorläufig. Es geht sowohl um Menschen, bei denen es gilt, eine drohende Behinderung durch adäquate Behandlung zu verhindern (im Sinne der Restitution), als auch um Menschen mit bereits bestehenden und oft bleibenden Behinderungen.

I. Die Rehabilitation im Krankenhaus stärken

„Die Rehabilitation ist neben der Prävention, der Kuration und der Palliation eine von vier zentralen Gesundheitsstrategien.“ – so der Beschluss des 126. Deutschen Ärztetages 2022. Die WHO fordert unter dem Titel „Rehabilitation 2030: A call for action“ (WHO 2017) eine Stärkung der Rehabilitation und ihre Integration in das Gesundheitssystem. Die medizinische Rehabilitation als sektorenübergreifendes komplexes Behandlungskonzept ist angesichts der wachsenden Bedeutung chronischer Krankheiten geradezu die Gesundheitsstrategie für das 21. Jahrhundert (Stucki et al. 2018). Nach § 43 SGB IX ist die Ermöglichung oder Verbesserung der Funktionsfähigkeit und somit der Teilhabe nicht nur Aufgabe der Rehabilitationseinrichtungen, sondern ebenfalls der Krankenbehandlung und damit auch der Krankenhäuser.

Vor diesem Hintergrund muss die Stärkung rehabilitativ ausgerichteter Krankenhausstrukturen und Behandlungsstrategien Bestandteil der anstehenden Krankenhausreform werden. Dazu ist die „Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ an geeigneter Stelle zu ergänzen:

1. Frührehabilitation im Krankenhaus

Die im Gesetz (§ 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V) bereits kodifizierte Frührehabilitation im Krankenhaus muss zum Standard in allen Krankenhäusern der Level III und IIIu werden. Bis heute gibt

es nur in ganz wenigen Kliniken Abteilungen für die fachübergreifende Frührehabilitation (Beyer & Seidel 2017; 126. Deutscher Ärztetag 2022). Deshalb ist ein – realistischerweise schrittweiser – Ausbau erforderlich.

Vorschlag: Ergänzung einer Leistungsgruppe (LG) für die fachübergreifende Frührehabilitation, analog zur schon vorhandenen LG 10.3 Neuro-Frühreha (NNF, Phase B). Diese neue Leistungsgruppe für die fachübergreifende Frührehabilitation wäre dann in die Mindeststrukturvoraussetzungen für die Level III und IIIu der Tabelle Ib (Seite 16 des Kommissionsvorschlags) aufzunehmen. Der Auf- und Ausbau der fachübergreifenden Frührehabilitation wird nur schrittweise erfolgen können, da derzeit die dafür notwendigen Fachkräfte nicht zur Verfügung stehen.

Sofern ein entsprechender regionaler Bedarf besteht und dafür geeignete Voraussetzungen vorliegen, sollten auch Krankenhäuser des Levels II die Leistungsgruppe für die fachübergreifende Frührehabilitation erbringen können.

Damit wird mittel- bis langfristig eine diagnosen- und altersunabhängige frührehabilitative Versorgung zumindest in Krankenhäusern der Level III und IIIu gesichert, um drohende Beeinträchtigungen, Pflegebedürftigkeit und Erwerbsunfähigkeit so weit wie irgend möglich zu verhindern. Denn Patientinnen und Patienten, die auf die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten eines Krankenhauses angewiesen sind, können bei gleichzeitig bestehendem rehabilitativem Bedarf nicht in spezialisierte indikationsspezifische Rehabilitationseinrichtungen verlegt werden. *„Bei absehbar langem akutmedizinischen Behandlungs- und hohem Rehabilitationsbedarf (z. B. nach Langzeitintensivtherapie, nach Polytrauma, absehbar langen Aufhalten aller chirurgischen Gebiete mit speziellem Behandlungsbedarf u. a.) ist häufig der frühestmögliche Einsatz mehrerer Therapieformen (insbesondere Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, rehabilitativer Pflege), die durch ein interdisziplinäres Team auf der Grundlage eines ärztlich verantworteten Frührehabilitationskonzeptes erbracht werden, erforderlich, um dauernden funktionellen Beeinträchtigungen entgegenzuwirken.“* (126. Deutscher Ärztetag 2022). In universitären (Level IIIu-) Krankenhäusern könnte so auch dem strukturellen Mangel an Lehre und Forschung in klinischer Rehabilitationsmedizin begegnet werden.

Eine weitere wichtige Aufgabe der fachübergreifenden Frührehabilitation liegt in der Versorgung von Menschen mit vorbestehenden schweren Beeinträchtigungen/ Behinderungen, die akut krankenhauspflegebedürftig sind. Das können z. B. Menschen sein, die nicht sehen und/oder hören können oder eine schwere Tetraspastik aufweisen und gleichzeitig eine Herz-Operation oder eine größere orthopädische Operation benötigen. Für diese Menschen sind Abteilungen für die fachübergreifende Frührehabilitation viel geeigneter als Intensivstationen und erst recht als Allgemeinstationen, da dort die personellen Ressourcen für eine angemessene pflegerische, therapeutische und zugleich rehabilitative Versorgung fehlen.

2. Rehabilitative Kompetenz im Krankenhaus

Die rehabilitationsmedizinische Kompetenz im Krankenhaus muss auch allgemein gestärkt werden. Das kann auf verschiedene Weise geschehen, ist aber als Mindeststrukturvoraussetzung in geeigneter Form in der Tabelle Ib (Seite 16 des Kommissionsvorschlags) für Kliniken aller Level zu verankern. Diskutiert werden dazu beispielsweise Reha-Liaison-/

Konsultationsdienste, Kooperationsvereinbarungen mit nahegelegenen Rehabilitationseinrichtungen oder ärztliche Reha-Beauftragte.

Daneben sind gesicherte Struktur- und Prozessstandards für die zuverlässige, systematische und frühzeitige Erkennung von Reha-Bedarfen erforderlich. Dazu gehören insbesondere ein ausgebauter Krankenhaussozialdienst und ein adäquates, auch teilhabeorientiertes Entlassmanagement (einschl. digitaler Entlassungs-/Verlegungsberichte, telemedizinischer Vernetzung mit den Reha-Einrichtungen – vgl. Glaesener et al. 2020).

3. Fachkliniken/Fachkrankenhäuser

Der Kommissionsvorschlag ordnet Fachkliniken dem Level II und dem Level III zu. Solche Fachkrankenhäuser für Psychiatrie, Neurologie, Rheumatologie usw. sind zum Teil stärker rehabilitativ ausgerichtet als Allgemeinkrankenhäuser, arbeiten eng mit Rehabilitationseinrichtungen zusammen oder weisen sogar eigene Reha-Abteilungen auf. Ihre Behandlungsangebote sind für einige spezifische Zielgruppen besonders geeignet und haben zudem für eine relevante Anzahl von Menschen mit Behinderungen eine besondere Bedeutung, z. B. im Bereich der Neurologie, der Pneumologie, der Rheumatologie, der Orthopädie. Diese Infrastruktur für die Verbindung von spezialisierter kurativer Krankenhausbehandlung mit Rehabilitation und Förderung der Teilhabe muss erhalten und darf nicht gefährdet werden. Darauf ist insbesondere zu achten, wenn – wie auf Seite 12 von der Kommission vorgeschlagen – *„diese hochqualifizierten Kliniken zukünftig baulich und inhaltlich in Kliniken der Stufe II und III integriert werden.“*

4. Besondere Einrichtungen

Eine begrenzte Anzahl somatischer Krankenhäuser, die sich beispielsweise der hochspezialisierten Behandlung von Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung, Multipler Sklerose, Parkinson, Querschnittslähmungen, Epilepsien usw. widmen, sind als besondere Einrichtungen nach § 17b Absatz 1 Satz 10 KHG vom DRG-System ausgenommen. Deren Behandlungsangebote sind wegen ihrer Spezialisierung, die sich oft an einer bundesweiten Belegung zeigt, für Menschen mit angeborenen oder erworbenen Behinderungen notwendig und dürfen deshalb nicht gefährdet werden.

5. Menschen mit geistigen oder mehrfachen Behinderungen im Krankenhaus

Menschen mit geistigen oder mehrfachen Behinderungen werden z. Zt. in Regelkrankenhäusern verschiedener Versorgungsstufen behandelt. Nur vereinzelt stehen dazu spezialisierte eigene Abteilungen (mit Finanzierung über Zusatzentgelte oder mit Qualitätsverträgen) zur Verfügung. Auch besondere Einrichtungen oder Fachkrankenhäuser gibt es für diese Personengruppe nur in geringem Umfang. Nur in einem Bundesland ist die Versorgung in der Krankenhausplanung verankert.

Bei den anstehenden Reformen ist zu prüfen, wie die Versorgung dieser Personengruppe bedarfsgerecht sicherzustellen ist. Vorhandene bewährte Strukturen sind zu erhalten. Die Abteilungen für Frührehabilitation sind auch für diese Personengruppe zu nutzen.

6. Rehabilitation in der Geriatrie

Auch in der Geriatrie gibt es viele Patientinnen und Patienten, die auf die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten eines Krankenhauses angewiesen sind, bei häufig gleichzeitig bestehendem erheblichem rehabilitativem Bedarf. Dem muss bei der Krankenhausreform

Rechnung getragen werden. Denkbar wäre eine Leistungsgruppe für die geriatrische Frührehabilitation, analog zur schon vorhandenen LG 10.3 Neuro-Frühreha (NNF, Phase B) oder auch eine Verankerung der Frührehabilitation in der Leistungsgruppe 15.1 Geriatrie.

7. Barrierefreiheit

Die Krankenhäuser der Zukunft – egal zu welchem Level sie gehören – müssen barrierefrei sein.

II. Schlussbemerkung

Aus Sicht der DVfR muss sich die Krankenhausreform in das Konzept eines inklusiven, diversen und barrierefreien Gesundheitswesens einordnen. Dazu gehört im Sinne der Art. 25 und 26 der UN-Behindertenrechtskonvention, auch bei der Akutbehandlung im Krankenhaus die medizinische Rehabilitation und die besonderen Belange von Menschen mit Behinderungen zu berücksichtigen.

Heidelberg, 4. April 2023

gez. Vorsitzender der DVfR

Über die DVfR

Die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (DVfR) ist die einzige Vereinigung in Deutschland, in der Vertreterinnen und Vertreter aller Akteure im Bereich Rehabilitation und Teilhabe gleichberechtigt zusammenwirken: Selbsthilfe- und Sozialverbände, Sozialleistungsträger, Rehabilitationseinrichtungen und -dienste, Reha-Experten sowie Berufs- und Fachverbände. Die Mitglieder der DVfR und ihre Partner in Politik, Wirtschaft und Gesellschaft engagieren sich gemeinsam in einem interdisziplinären und sektorenübergreifenden, konsensorientierten Diskurs zur Weiterentwicklung von Rehabilitation und selbstbestimmter Teilhabe.

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (DVfR)

Maaßstraße 26

69123 Heidelberg

Telefon: 06221 187 901-0

E-Mail: info@dvfr.de

www.dvfr.de | www.reha-recht.de