



AGSMO JAHRESKONGRESS 2019  
Supportive Therapie bei Krebs  
Berlin, 15.–16. März 2019

# Praktische Verbesserungsmöglichkeiten an der Schnittstelle Akutklinik – Rehabilitation nach Krebsbehandlung

Dr. med. Volker König  
Klinik Bad Oexen  
Bad Oeynhausen

## Offenlegung potentieller Interessenkonflikte

1. Anstellungsverhältnis oder Führungsposition  
Chefarzt Klinik Bad Oexen, Bad Oeynhausen
2. Beratungstätigkeit  
keine
3. Aktienbesitz  
keine
4. Honorare  
keine
5. Finanzierung wissenschaftlicher Untersuchungen  
keine
6. Gutachtertätigkeit  
keine
7. Andere finanzielle Beziehungen  
keine

## Rückgang der durchschnittlichen Verweildauer



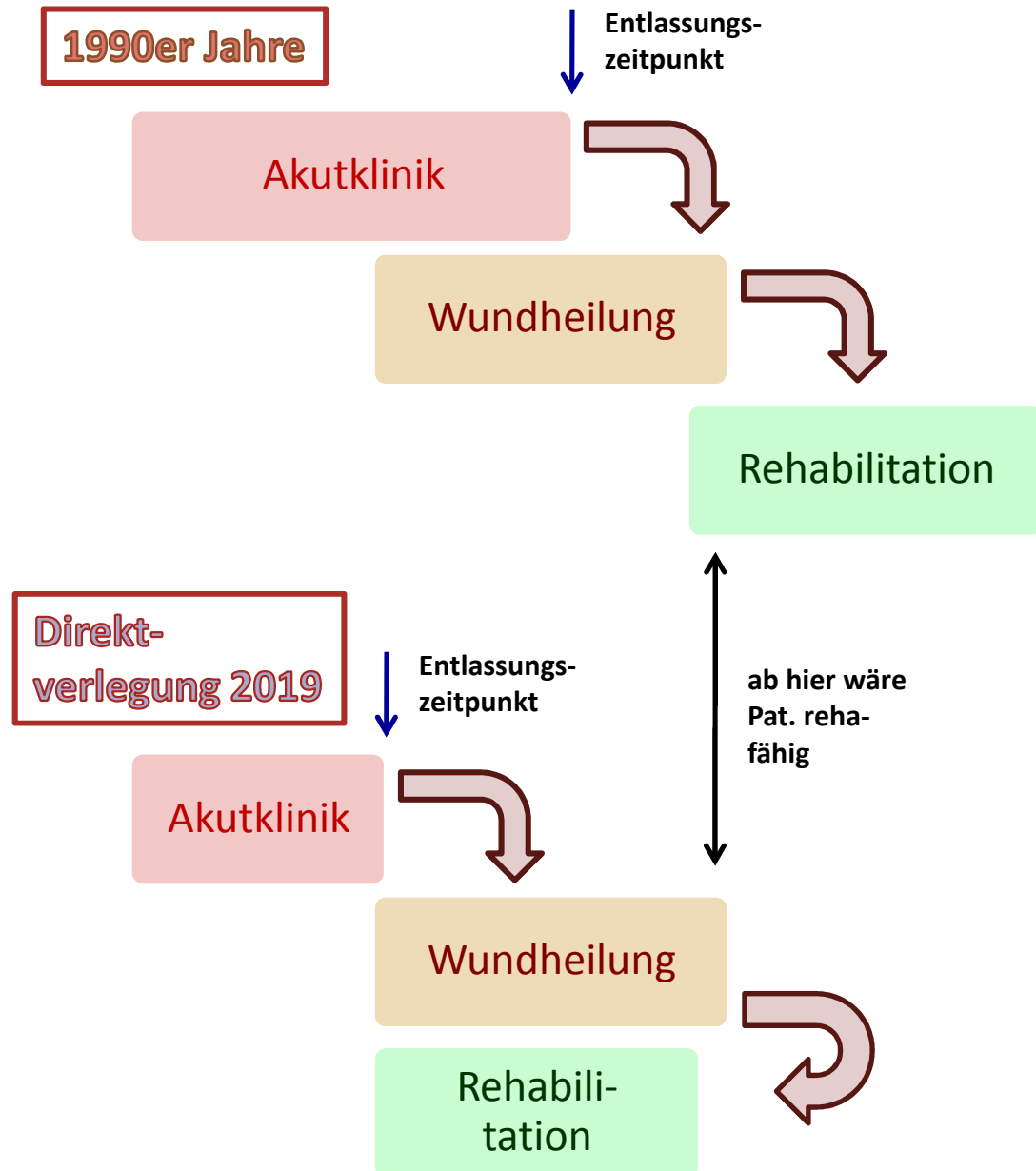
Jahr	Durchschnittliche Verweildauer [Tage]	Jahr	Durchschnittliche Verweildauer [Tage]
1992	13,3	2005	8,7
1993	12,6	2006	8,5
1994	12	2007	8,3
1995	11,5	2008	8,1
1996	10,8	2009	8
1997	10,5	2010	7,9
1998	10,2	2011	7,7
1999	9,9	2012	7,6
2000	9,7	2013	7,5
2001	9,4	2014	7,4
2002	9,2	2015	7,3
2003	8,9	2016	7,3
2004	8,7	2017	7,3

## Gegen den Tumor gerichtete Therapie intensiver, auch bei älteren Patienten

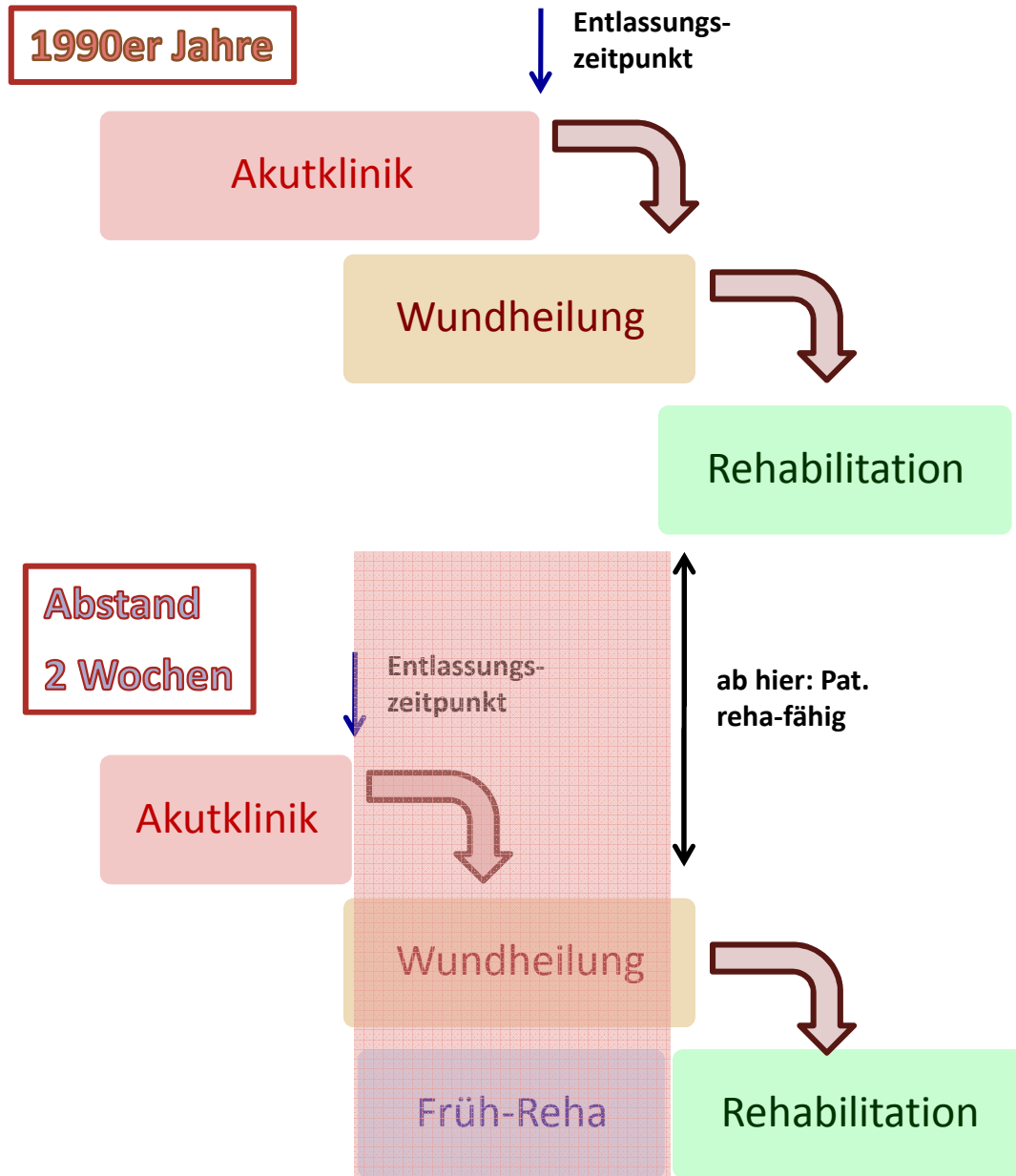


- heute werden ältere Patienten auch in fortgeschrittenerem Stadium intensiver behandelt (ausgedehntere Operation, intensivere Chemotherapie, zusätzliche adjuvante Bestrahlung), als dies vor 15-20 Jahren der Fall war
- Patienten mit multiplen Komorbiditäten / Begleiterkrankungen werden ebenfalls einem intensivierten Therapieregime unterworfen

# Intervall Entlassung / Antritt Rehabilitation



# Intervall Entlassung / Antritt Rehabilitation



## Verzahnung von Akut- und Reha-Bereich



Es sind nicht nur die Wunden!

Auch Drainagen können die Sache komplizierter machen.

## Praktisches Beispiel: Drainagen in der Pankreaschirurgie

Zwei Methoden der poststationären Behandlung nach Entfernung eines Pankreaskopfkarzinoms



- 1) Drainage wird zum Entlassungszeitpunkt entfernt => Patient wird in der Rehaklinik aufgenommen => Wundsekretion mit erhöhtem Risiko Sekretverhalt / Infekte
  - 2) Drainage wird zum Entlassungszeitpunkt belassen => Patient wird in der Rehaklinik aufgenommen, muss sich in wöchentlichen Abständen in der Akutklinik vorstellen => Entfernung der Drainage wird in Abhängigkeit von dem Sekretionsvolumen gesteuert
- ⇒ Methode 1 => erhöhtes Risiko der Rückverlegung wegen interkurrent aufgetretener Komplikationen, ggf. Abbruch der Rehabilitation, Verzögerung der Rekonvaleszenz
- ⇒ Methode 2 => BESSER für den Patienten, macht aber regelmäßige Vorstellungen in der Akutklinik erforderlich => Transportkosten, Konsil und ggf. notwendige Diagnostik gehen zulasten der Rehaklinik => ist mit dem regulären Pflegesatz eigentlich nicht zu machen



## Poststationäre Behandlung nach § 115a Sozialgesetzbuch V



- In der Fallpauschale ist auch poststationäre Behandlung enthalten (max. 7 Behandlungstage für insgesamt 14 Tage)
  - Die meisten Akutkliniken haben keine Zulassung für ambulante Betreuung von Patienten
- ⇒ Anreiz, den Patienten schnell in die Rehaklinik zu transferieren, ihn sich einmal wöchentlich vorstellen zu lassen und die dadurch entstandenen Kosten der Rehaklinik per GOÄ-Abrechnung in Rechnung zu stellen
- ⇒ mit erhöhtem Pflegesatz im Rahmen einer „onkologischen Frührehabilitation“ für die Rehaklinik kein Problem

## Weitere akutmedizinische Anforderungen an die Rehabilitationskliniken



- parenterale Ernährung
  - kostenintensive antineoplastische Therapien  
(inkl. Antikörpern, Signaltransduktionshemmern,  
Proteasominhibitoren, Octreotid etc.)
  - Supportiva im Zusammenhang mit der Krebsbe-  
handlung: Antiemetika, Erythrozyten- / Thrombozyten-  
konzentrate, Albumin etc.
- ⇒ Verlagerung eines Teils der Leistungen aus dem Akut- in den  
Rehabilitationsbereich
- ⇒ Reha-Kliniken müssen die Zusatzkosten bis zu einer Grenze von 500 €  
selbst tragen => Übertragung des Morbiditätsrisikos auf den  
Leistungserbringer (Warum?)

## Selbsthilfefähigkeit – Barthel-Index



Konsequenterer Evaluierung der Selbsthilfefähigkeit  
des Patienten =>

Aufnahme des Barthel-Index als Kriterium für den  
Antritt einer onkologischen Rehabilitation

## Barthel-Index

Kategorien	Ohne Hilfe	Mit etwas Hilfe	Mit Hilfe
Essen	10 (isst ohne Hilfe)	5 (etwas Hilfe)	0 (mit Hilfe)
Umlagern (Transfer)	15 (selbstständig)	10 (etwas Hilfe)	5 (nur mit viel Hilfe)
Körperpflege	5 (selbstständig)	0 (nur mit Hilfe)	
Toilettenbenutzung	10 (selbstständig)	5 (etwas Hilfe)	0 (nur mit Hilfe)
Baden (Duschen)	5 (selbstständig)	0 (nur mit Hilfe)	
Gehen	15 ( $\geq 50$ m)	10 (50 m mit Hilfe)	5 ( $< 50$ m)
Treppensteigen	10 (selbstständig)	5 (mit Hilfe)	0 (unmöglich)
An- und Auskleiden	10 (selbstständig)	5 (mit etwas Hilfe)	0 ( nur mit Hilfe)
Harninkontinenz	10 (voll kontinent)	5 (teilkontinent)	0 (inkontinent)
Stuhlinkontinenz	10 (kontinent)	5 (teilkontinent)	0 (inkontinent)

**Summe  $\geq 70$  => Pat. ist rehabilitationsfähig**

**Summe  $< 70$  => Pat. ist nicht rehabilitationsfähig**

- ⇒ Barthel-Index  $\geq 70$  => Patient ist rehabilitationsfähig
- ⇒ Barthel-Index 35 bis  $< 70$  => Patient ist für reguläre Rehabilitation nicht belastbar (akutmedizinische Behandlung noch erforderlich)
  - im AHB-Verfahren dann „onkologische Frührehabilitation“ (ähnlich wie in der Neurologie)
- Durchführung in qualifizierten AHB-Kliniken, bis der Barthel-Index  $\geq 70$  liegt (danach Fortsetzung als normale AHB)
- onkologische Frührehabilitation mit entsprechend höherem Pflegesatz, die Differenz zum regulären Reha-Pflegesatz tragen die Krankenkassen, die auch davon profitiert haben, dass der Patient früher aus der Akutklinik entlassen wurde

## Fristen Anschlussrehabilitation

Leistungsträger	Primärtherapie	Frist offiziell	Frist inoffiziell
DRV Bund	Operation	2 Wochen	5 Wochen
DRV Bund	Bestrahlung	6 Wochen	-
DRV Bund	Bestrahlung Kopf-Hals-Bereich	10 Wochen	-
DRV Bund	Chemotherapie (stationär)	2 Wochen	5 Wochen
DRV Bund	Chemotherapie (ambulant)	2 Wochen	5 Wochen
DRV regional	Operation	2 Wochen	-
DRV regional	Bestrahlung	6 Wochen	-
DRV regional	Bestrahlung Kopf-Hals-Bereich	10 Wochen	-
DRV regional	Chemotherapie (stationär)	2 Wochen	-
DRV regional	Chemotherapie (ambulant)	2 Wochen	-

„Frist“ = Ende (Primär-) Therapie – Beginn Anschlussrehabilitation

## Fristen

- ⇒ Verkürzung der Verweildauer im Akutbereich hat zur Folge, dass die Patienten zum Entlassungszeitpunkt teilweise nicht oder nur mit Mühe rehabilitationsfähig sind
- ⇒ die bislang gültigen AHB-Fristen (2 Wochen) sind in der Praxis nicht mehr anwendbar
- ⇒ neue Regelung notwendig, die den aktuellen Verhältnissen angepasst ist
- ⇒ praktikabel: 6 Wochen
- ⇒ wichtig: sollte bei sämtlichen Leistungsträgern gleich gehandhabt werden



- ⇒ keine Anschlussrehabilitation bei einem Barthel-Index < 70 (bzw. dann künftig onkologische Frührehabilitation)
- ⇒ keine falschen Angaben bei der AHB-Anmeldung, nur um den Patienten in den nächsten Versorgungssektor (in die Rehabilitationsklinik) zu transferieren (im Klartext: den Patienten loszuwerden und rasch die Fallpauschale zu kassieren)
- ⇒ unkomplizierte Rücknahme der Patienten bei Komplikationen (ist erschwert durch das DRG-System, weil Patienten bei Komplikationen eigentlich in die vorbehandelnde Akutklinik zurückverlegt werden müssten, dies aber im Bereich der Rehabilitation häufig nicht möglich ist, da die zuständige Heimatklinik zu weit weg ist)