

## SYMPOSIUM REHA 2020

### Neue Vergütungssysteme in der Rehabilitation?

Lassen sich Vergütungssysteme in der Akutmedizin auf die Rehabilitation übertragen?

Oliver Blatt

Leiter der Abteilung Gesundheit

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), Berlin

Freiburg - 18./19.02.2011

# Agenda

- **Krankenhaus/Rehabilitation**  
Zwei wesentliche/unterschiedliche Leistungsbereiche der GKV
- **DRG-Systeme**  
Wieso, weshalb, warum?
- **Übertragbarkeit**  
Ziele, Voraussetzungen
- **Ausblick/politische Einschätzungen**  
Richtige/falsche Erwartungen

Der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) vertritt alle 6 Ersatzkassen (= 24 Millionen Versicherte!)

**BARMER**  
**GEK** die gesund  
experten

**DAK**

Unternehmen Leben

Techniker  
Krankenkasse

**TK**

**KKH**

**Allianz** 

**HEK**

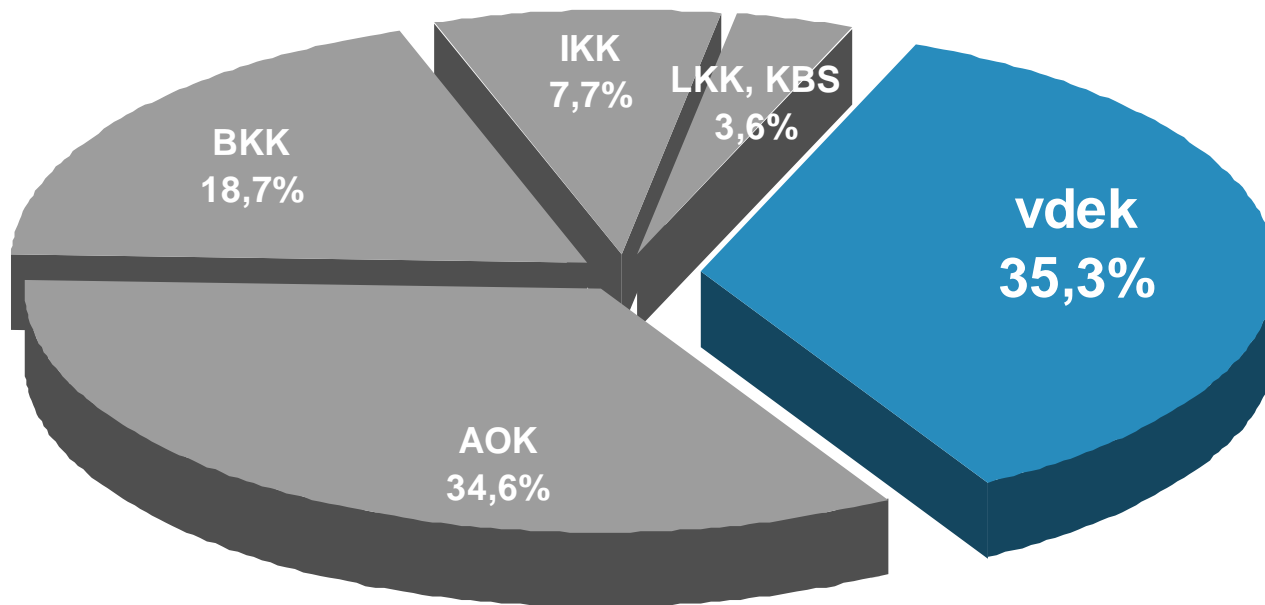
HANSEATISCHE KRANKENKASSE

**hkk**

Erste Gesundheit.

**vdek**   
Die Ersatzkassen

## Die Ersatzkassengemeinschaft – ein starker Verbund



Anteile der Kassenarten am GKV-Markt

Stand: Juli 2010  
(KM 6/1) Berechnung auf Basis  
der GKV-Versichertenzahlen

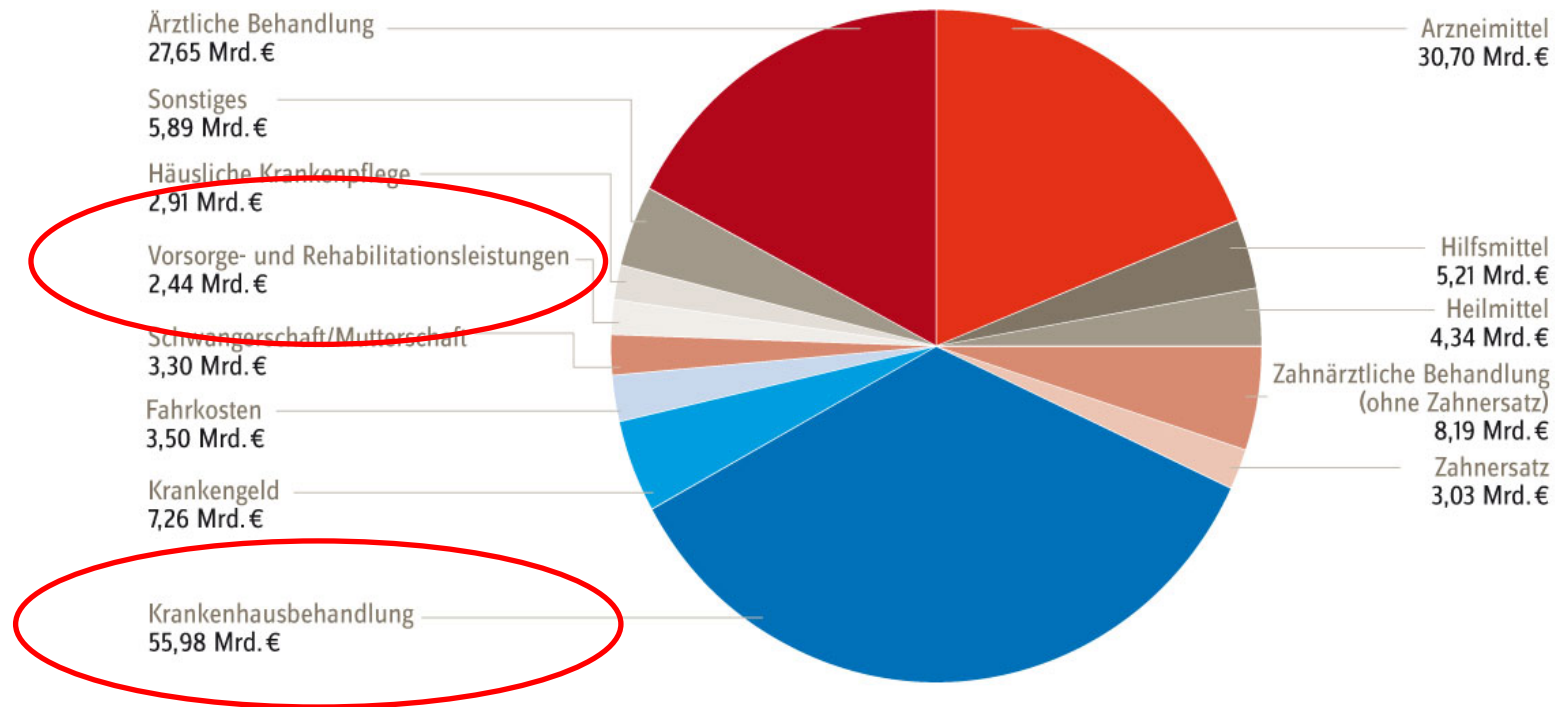


## Krankenhaus/Rehabilitation

Zwei wesentliche/unterschiedliche Leistungsbereiche der GKV

# Ausgabenbereiche der GKV

Ausgaben für einzelne Leistungsbereiche der GKV 2009 in Mrd. Euro



Quelle: Amtliche Statistik KJ1; Stand: 8. Juli 2010

# Vergleich der Kennziffern 2009

## Rehabilitation

GKV-Ausgaben: 2,6 Mrd. Euro

Fälle: 0,9 Millionen

Betten: 171.500

Einrichtungen: 1.240 (stationär)

durchschn. Verweildauer: 25,5

## Krankenhaus

GKV-Ausgaben: 56 Mrd. Euro

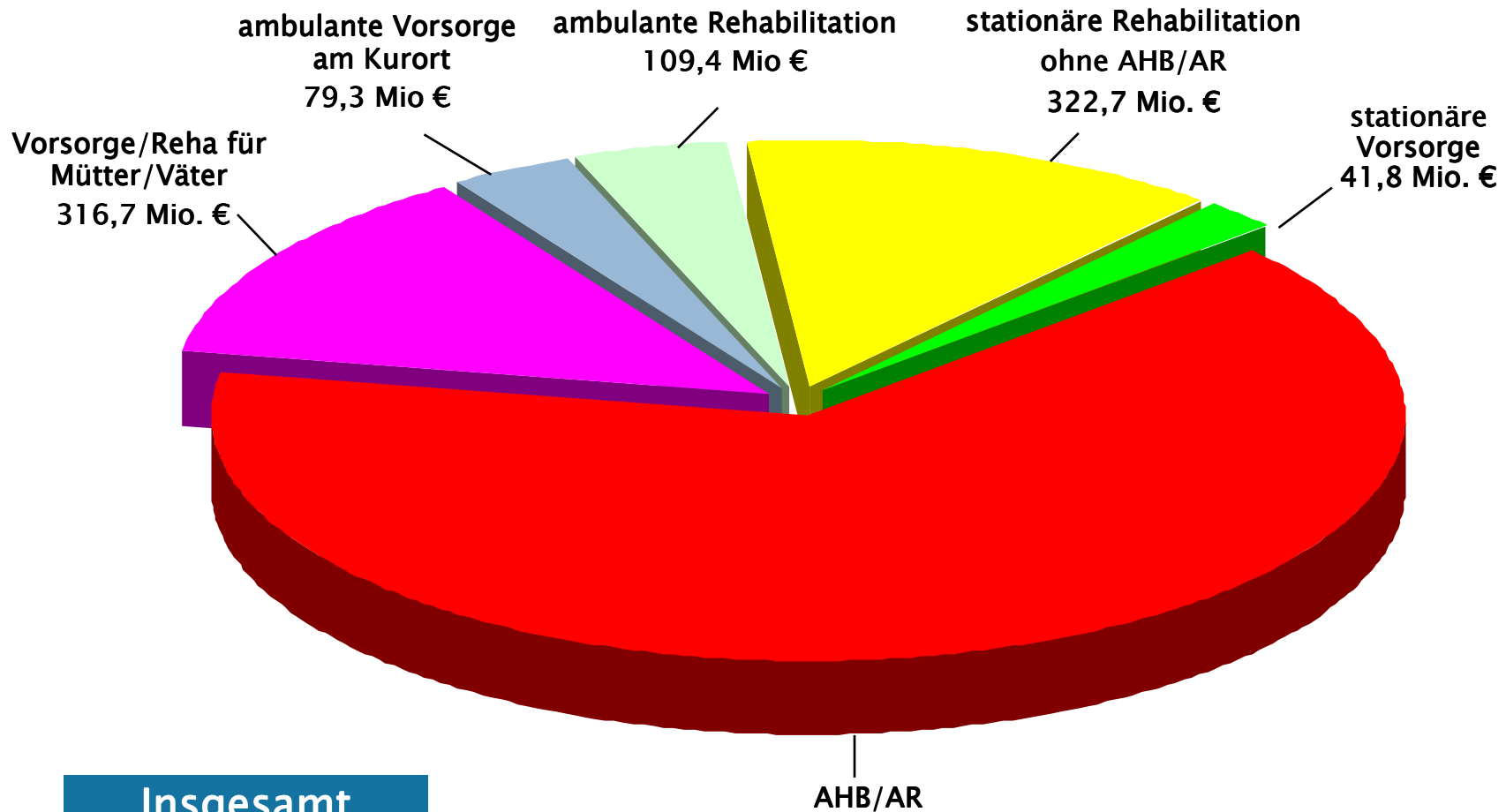
Fälle: 17,8 Millionen

Betten: 503.422

Einrichtungen: 2.080

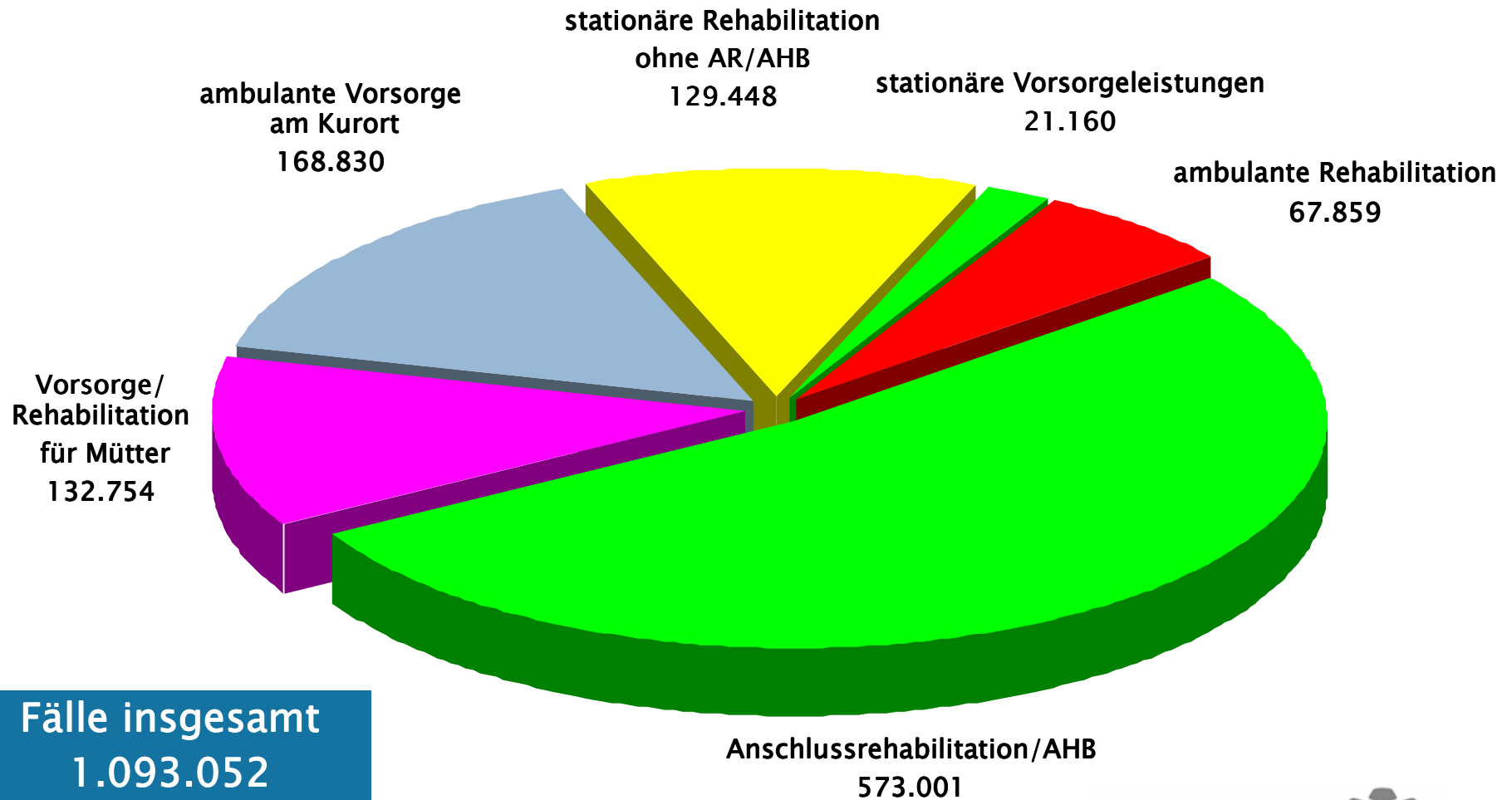
Durchschn. Verweildauer: 8,0

# GKV: Aufwendungen für Vorsorge/ Rehabilitation 2009



**Insgesamt  
2,6 Mrd. €**

# GKV: Leistungsfälle Vorsorge und Rehabilitation 2009



## Politische Rahmenbedingungen (1)

- Konstruktion des Gesundheitsfonds führt trotz guter Konjunktur (1 Mrd. Zusatzeinnahmen) zu Kostendruck in der GKV. Finanzielle Zuweisungen durch BVA auf Basis des sog. Schätzerkreises aus Sept. 2010
- Deckelung der Verwaltungskosten ohne Ausnahmen
- Wechsel in PKV erleichtert (bisher 3 Jahre infolge Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze), entzieht der GKV Finanzmittel (2011: 500 Millionen)



## Politische Rahmenbedingungen (2)

- Demografischer Wandel: Alternde Gesellschaft benötigt Veränderung des Versorgungsspektrums:
  - Zunahme altersassoziierter Krankheiten (Diabetes, Hypertonie)
  - Ausrichtung auf geriatrische (rehabilitative) Konzepte
  - Mobile Rehabilitation
- UN-Behindertenrechtskonvention: Anspruch auf individuelle Teilhabe zum frühestmöglichen Stadium
- GKV-Finanzanteil für Rehabilitation wird kurzfristig nicht steigen



## Rehabilitation in der GKV (1)



„Versicherte haben Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (...), um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern (§ 11 Abs. 2 SGB V).“


## Rehabilitation in der GKV (2)

**Ziel der Rehabilitation: Möglichst selbstständige Lebensführung**

- Unter Würdigung des individuellen Grades von Rehabilitationsfähigkeit und positiver Rehabilitationsprognose wird/werden das/die alltagsrelevante(n) Rehabilitationsziel(e) aus den Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren abgeleitet. (Bio-psycho-soziales-Krankheitsfolgenmodell)
- Der anzustrebende Grad der Selbstständigkeit ergibt sich aus der Alltagskompetenz, die der/die PatientIn vor Auftreten der Schädigungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe hatte.

## Rehabilitation in Abgrenzung zur Akutbehandlung

- Rehabilitationsansatz geht über das Erkennen, Behandeln und Heilen der Krankheit hinaus.
- Akutbehandlung konzentriert sich hingegen auf das klinische Bild als Manifestation einer Krankheit/Schädigung.
- Rehabilitation ist ein sehr individueller Prozess, der sich bei gleicher Schädigung aufgrund unterschiedlicher Kontextfaktoren und Krankheitsfolgen sehr unterschiedlich gestalten kann.
- Krankenhausbehandlungen (insbesondere operative Eingriffe) lassen sich mittels ICD und OPS gut klassifizieren.
- Die ICF ist das grundlegende Klassifikationssystem in der Rehabilitation. Bis heute fällt es schwer, auf dieser Basis ein durchgängiges Klassifikationssystem aufzubauen.



# DRG–Fallpauschalen

## Wieso, weshalb, warum?

## DRG-Fallpauschalen in der Akutmedizin (1)

### DRG-Fallpauschale

```
graph TD; A[DRG-Fallpauschale] --- B[Leistungsbezug (Klassifikationssystem)]; A --- C[Preisbezug (Vergütungssystem)]; B --- D[ICD, OPS]; C --- E[fallbezogen, tagesbezogen];
```

Leistungsbezug  
(Klassifikationssystem)

ICD, OPS

Preisbezug  
(Vergütungssystem)

fallbezogen,  
tagesbezogen

## DRG–Fallpauschalen in der Akutmedizin (2)

### Kennzeichen:

- Aktuell 1.194 DRG–Fallpauschalen, 146 Zusatzentgelte
- Diagnosebezogene Festabrechnung (pro Fall) unabhängig vom individuellen Verlauf oder Heilungsprozess
- Im Mittelpunkt steht die Kostenhomogenität, nicht der individuelle Behandlungsfall
- Aufbau ist ICD– und OPS–bezogen:  
Verschlüsselung anhand einer Hauptdiagnose und ggf. von behandlungsrelevanten Nebendiagnosen als ICD–Code sowie der wesentlichen, am Patienten durchgeführten Leistungen (Prozeduren) als OPS–Code

## DRG–Fallpauschalen in der Akutmedizin (3)

### Kennzeichen:

- Individuelle Kostenstruktur eines Krankenhauses spielt keine Rolle für die Höhe der tatsächlichen Vergütung
- Setzen vorwiegend ökonomische Anreize:
  - Verweildauerverkürzung,
  - Fallzahlsteigerung,
  - Anstieg des Casemix–Index (durchschnittl. Schwere der Fälle)
- Erfordernis einer umfassenden Qualitätssicherung, um „unerwünschte“ Verweildauerverkürzungen zu vermeiden

## DRG–Fallpauschale in der Akutmedizin (4)

### (Politische) Ziele

- Verkürzung der Liegezeit in deutschen Krankenhäusern
- Beitragssenkung in der GKV (Krankenhaussektor maßgeblicher Ausgabenblock – ca. 57 Mrd. Euro)
- Vereinheitlichen der Bezahlung von medizinischen Leistungen in den Krankenhäusern ("gleicher Preis für gleiche Leistung")
- Abschaffung des Selbstkostendeckungsprinzips
- Leistungstransparenz schaffen
- Abbau von (vermuteten) Überkapazitäten im Krankenhausbereich

## DRG–Fallpauschalen in der Akutmedizin (5)

### (Umstellungs–) Kosten des Systems:

- Laufende Kosten betragen 1 Euro/Fall,
- Einmalige Umstellungskosten bei Leistungserbringern (EDV, Schulung von MitarbeiterInnen, Umstellung des Abrechnungswesens) und GKV während der Umstellungsphase (2003 – 2009) schwer abschätzbar, aber ökonomisch relevant
- Erhöhter Dokumentationsaufwand in den Krankenhäusern notwendig



# Übertragbarkeit

## Voraussetzungen, Ziele

## Voraussetzungen einer Übertragbarkeit (1)

- Es finden sich gute Gründe für die Umstellung eines Vergütungssystems (und dazu zählt sicherlich nicht das Argument: „... weil es die DRGs im Akutsektor gibt...“)
- Entwicklung eines Klassifikationssystems für alle rehabilitativen Leistungen auf Basis der ICF
- Funktionierendes System der Kostenträgerrechnung in allen Rehabilitationseinrichtungen (Grundlage der Kalkulation/Abrechnung)
- Maschinelles Datenaustauschverfahren (§ 301 Abs. 4 SGB V)

## Voraussetzungen einer Übertragbarkeit (2)

- Politischer Konsens über die Notwendigkeit einer Umstellung des Vergütungssystems bzw. die Einführung im Bereich der Rehabilitation notwendig
- Trägerübergreifende Ausgestaltung des neuen Vergütungssystems (SGB IX)
- Konsens über Aufteilung der Umstellungskosten/laufenden Kosten des Systems
- Budgetneutrale Einführung eines neuen Vergütungssystems
- Keine Deckelung der Verwaltungskosten bei den Krankenkassen
- Keine falschen Erwartungen (z.B. mehr Geld ins Reha-System)

# Gründe für ein DRG–Fallpauschalensystem in der Rehabilitation!?

## Transparenz des Leistungsgeschehens

### Diskussion:

- Wofür soll erhöhte Transparenz genutzt werden?
- Bis heute wird die regelhafte Übermittlung der sog. KTL–Daten (Einzelleistungen) an die GKV kritisch gesehen
- Transparenz wird nicht per se erlangt; bedingt erhöhten Dokumentationsaufwand für die Einrichtungen.
- Rehabilitation als interdisziplinäre Komplexleistung wird in Einzelvergütungskomponenten „zerlegt“ (Evidenz von Einzelleistungen nicht in jedem Fall nachgewiesen).
- Erfahrungen aus dem DRG–System: Transparenz hinsichtlich Einzelleistungen eher gering.

# Gründe für ein DRG–Fallpauschalensystems in der Rehabilitation!?

## Verkürzung der Verweildauer

### Diskussion:

- Regeldauer: längstens 3 Wochen bzw. 20 Behandlungstage gesetzlich vorgegeben
- Verkürzung der Verweildauer zu Lasten des Versicherten nicht erwünscht
- Weiterhin verbesserungswürdig: Alltagsrelevante Rehabilitationsziele und zielgenaue Zuweisung
- Vergütungssystem für Rehabilitation sollte daher tagesbezogen und nicht fallbezogen ausgestaltet sein

# Gründe für ein DRG–Fallpauschalensystems in der Rehabilitation!?

Gleicher Preis für gleiche Leistung

## Diskussion:

- Grundsätzlich begrüßenswert
- Regionale und einrichtungsbezogene Besonderheiten finden grundsätzlich keine Berücksichtigung
- Es wird Gewinner und Verlierer (–einrichtungen) geben (politischer Konsens?)
- Das zugrunde liegende Klassifikationssystem muss alle rehabilitativen Leistungen abdecken. Das ist eine große Herausforderung (Psychiatrie, Sucht etc.)



## Fazit/Ausblick

Richtige/falsche Erwartungen

## Fazit/Ausblick (1)

- Die Einführung eines „Fallpauschalensystems“ in der Rehabilitation bedingt die Entwicklung eines praktikablen Patientenklassifikationssystems.
- Einzelne Projekte zur Entwicklung solcher Systeme für die Rehabilitation haben sich bisher nicht durchgesetzt.
- Es bedarf guter Gründe für die Ablösung des derzeitigen Vergütungssystems. Diese sind bis dato nicht unbedingt ersichtlich.
- Vergütungssysteme müssen Anreize zu guter Qualität setzen. Solche Anreize sind auch im „herkömmlichen Vergütungssystem der Rehabilitation“ umsetzbar.



## Fazit/Ausblick (2)



- Die grundlegenden Herausforderungen (Demografie, UN-Behindertenrechtskonvention, Kostendruck) werden nicht durch die Einführung eines neuen Vergütungssystems gelöst.
- Ein neues Vergütungssystem wird „Gewinner“ und „Verlierer“ nach sich ziehen und führt per se nicht zu mehr Geld im System!
- Einsparungen für die GKV sind mit der Einführung eines neuen Vergütungssystems nicht zu erwarten.



## Zitat eines DRG-Experten

„Mit der Einführung der DRGs im Krankenhausbereich ist vieles anders, aber nicht (alles) besser geworden.“



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

[oliver.blatt\[a\]vdek.com](mailto:oliver.blatt@vdek.com)

