

Einführung in das Thema

Wilfried H. Jäckel

Universitätsklinikum Freiburg

RehaKlinikum und HRI, Bad Säckingen

DGRW
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR
REHABILITATIONSWISSENSCHAFTEN E.V.

RFV
REHABILITATIONSWISSENSCHAFTLICHER
FORSCHUNGSVERBUND
FREIBURG / BAD SÄCKINGEN
Gefördert von der Deutschen Rentenversicherung
Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz, Saarland

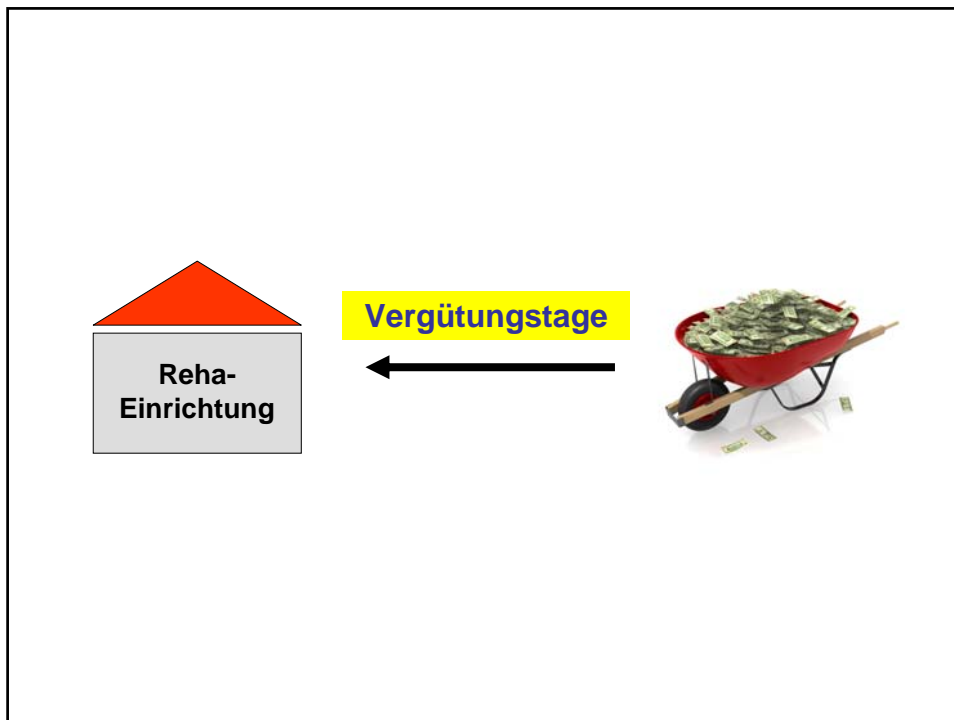
**SYMPOSIUM
REHA 2020**

NEUE VERGÜTUNGSSYSTEME IN DER
REHABILITATION?

www.dgrw-online.de
www.fr.reha-verbund.de

- „Als **Vergütung** bezeichnet man die für eine Dienstleistung in Geld entrichtete oder zu entrichtende Gegenleistung“

Quelle: wikipedia



Derzeitige Situation der Reha-Einrichtungen

- Kostensteigerungen der letzten Jahre wurden nicht durch Erhöhung der Vergütungssätze ausgeglichen
- Erheblicher Investitionsstau
- Bettenauslastung bei privaten Reha-Einrichtungen bei 75%
- Insolvenzgefährdung bei über 30% der Reha-Einrichtungen

Quelle: Reha Rating Report und GEBERA-Gutachten 2009

Prognose Anzahl Reha-Kliniken

1255
2006



1054
2020

Reha-Rating-Report 2009

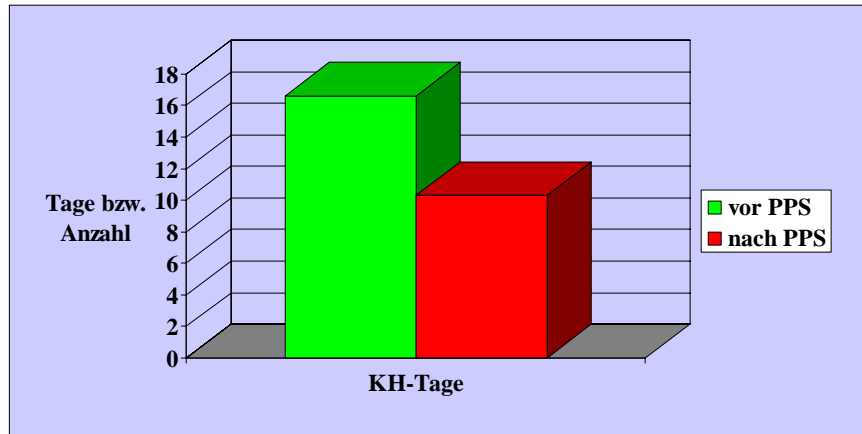


Fallpauschalen



Auswirkungen des Prospective Payment System (PPS)

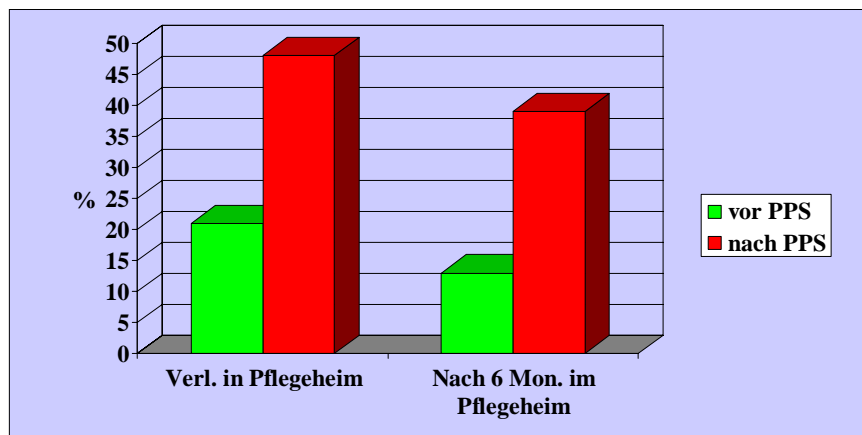
- Patienten nach Schenkelhalsfraktur -



Fitzgerald et al., JAMA, 1987

Auswirkungen des Prospective Payment System (PPS)

- Patienten nach Schenkelhalsfraktur -



Fitzgerald et al., JAMA, 1987

Veränderungen der Zuweisungen und der Komplikationen bei Patienten in der Anschlussrehabilitation nach Hüft- und Kniegelenksendoprothesen-Operationen mit Einführung des DRG-Systems

Changes of Assignments and Complications of Patients during Rehabilitation after Hip and Knee Replacement Surgery with Introduction of the DRG-System

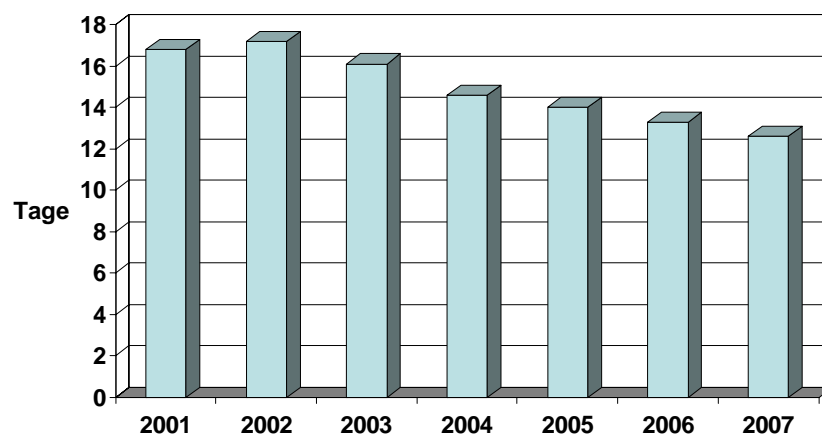
Autoren G. Kopp¹, I. Hinkel², W. Mau³

Institute ¹ Reha-Klinik Eisenmoorbad, Bad Schmiedeberg
² Saale-Reha-Klinikum I Bad Kösen, Fachklinik für Orthopädie
³ Institut für Rehabilitationsmedizin, Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Retrospektive Auswertung der Akten von
3196 Patienten einer Reha-Klinik im Zeitraum von 2001-2007

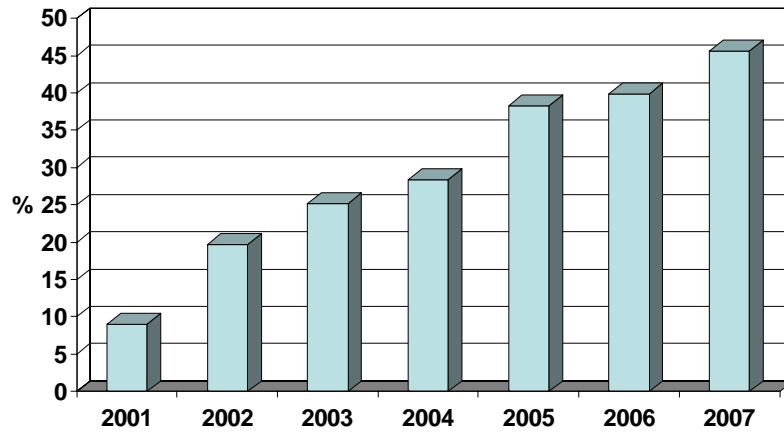
Rehabilitation 2009; 48: 62-72

Verweildauer Akut-KH



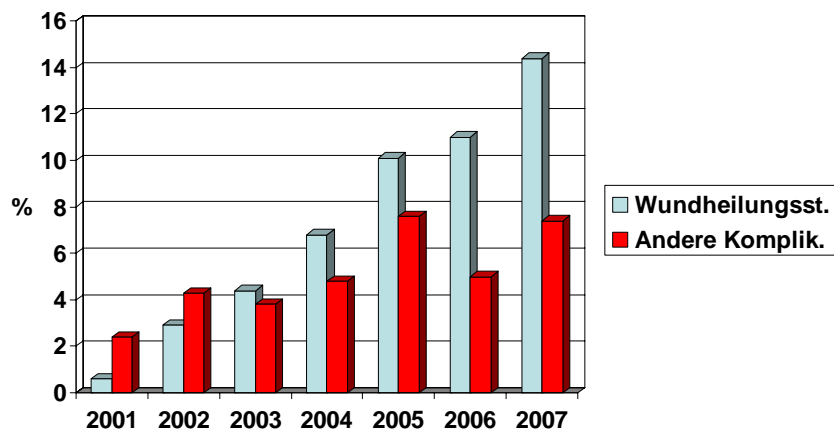
Kopp G, Hinkel I, Mau W. Rehabilitation 2009; 48: 62-72

Direktverlegungen

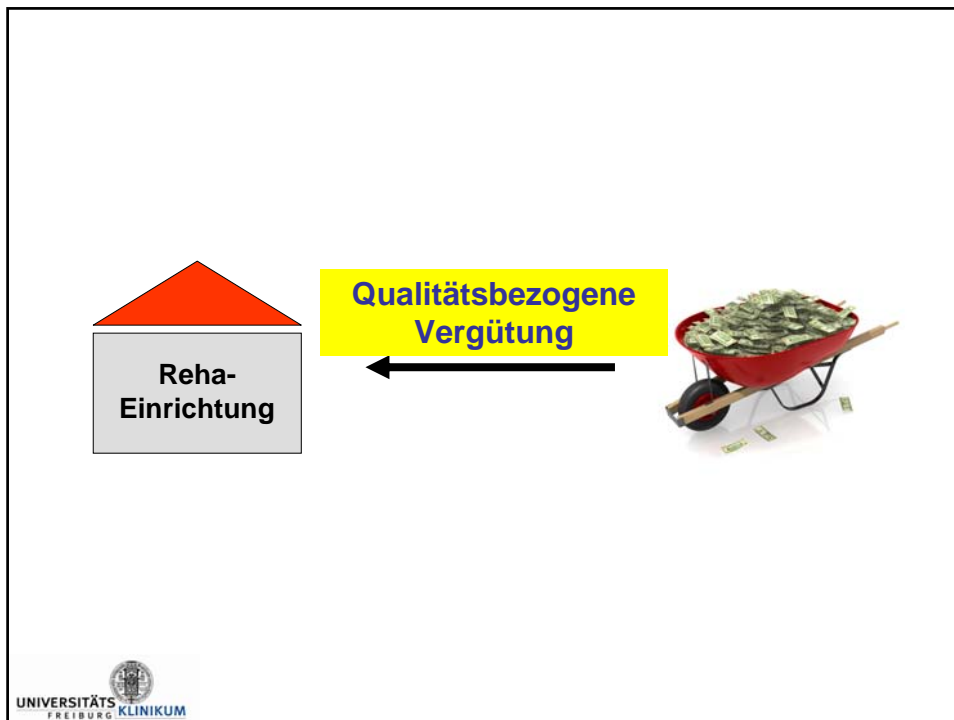


Kopp G, Hinkel I, Mau W. Rehabilitation 2009; 48: 62-72

Komplikationen



Kopp G, Hinkel I, Mau W. Rehabilitation 2009; 48: 62-72



- **39% der „health care leaders“ sind der Ansicht, dass Pay for Performance in fünf bis 10 Jahren die „normale“ Vergütung im Gesundheitsversorgungssystem sein wird.**

- 2005 HIMMS Vantage Point Survey

P4P-Beispiel: Quality Outcomes Framework (1)

- Zielgruppe: Family doctors in UK
- Einführung 2004
- Ziele:
 - Qualität belohnen (nicht Fallzahlen)
 - Verbesserung der Datenqualität, der PQ und der Outcomes
 - Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Ärzte

Doran, 2006 & Campbell, 2008

P4P-Beispiel: Quality Outcomes Framework (2)

- 10 chron. KH (u.a. Hypertonie, DM, KHK, COPD)
- Zunächst 146, später 135 Kriterien

Doran, 2006 & Campbell, 2008

P4P-Beispiel: Quality Outcomes Framework (3)

- Beispiel für Qualitätsindikatoren:
- Diabetes mellitus
 - HBA1c < 7,4%, RR < 145/85, GesChol <193 mg/dl, Nichtraucher-Beratung

P4P-Beispiel: Quality Outcomes Framework (4)

- Exception reporting: Patienten mit besonderem Verlauf oder besonderen sozioökonomischen Status können aus dem Programm herausgenommen werden

Doran, 2006 & Campbell, 2008

P4P-Beispiel: Quality Outcomes Framework (5)

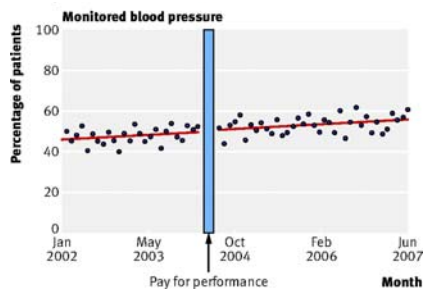
- Ergebnisse:
 - 96,7% der QI-Punkte im ersten Jahr erreicht (erwartet waren 75%)
 - **Vergütung stieg um 1 Milliarde Pfund pro Jahr**
 - **Einkommen der Praxen stieg um über 30%!!**

Doran, 2006 & Campbell, 2008

P4P-Beispiel: Quality Outcomes Framework (6)

- Ergebnisse (Ärzte):
 - Die meisten Ärzte berichten über Q-Verbesserung
 - Zusätzliches Einkommen der Ärzte führte zu Verbesserung der ‚work-life-balance‘
 - Kontinuität der Behandlung wird als geringer angesehen
 - Einige Ärzte berichten über ‚Deskilling‘, da sie bestimmte Tätigkeiten nicht mehr ausüben
 - Einige Ärzte berichten über Q-Verschlechterung bei den KH, die von dem Programm nicht erfasst werden

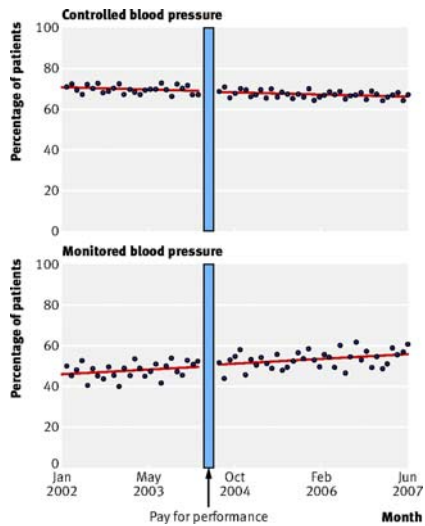
Doran, 2006 & Campbell, 2008



Serumaga B et al. *BMJ* 2011;342:bmj.d108



©2011 by British Medical Journal Publishing Group



Serumaga B et al. *BMJ* 2011;342:bmj.d108



©2011 by British Medical Journal Publishing Group

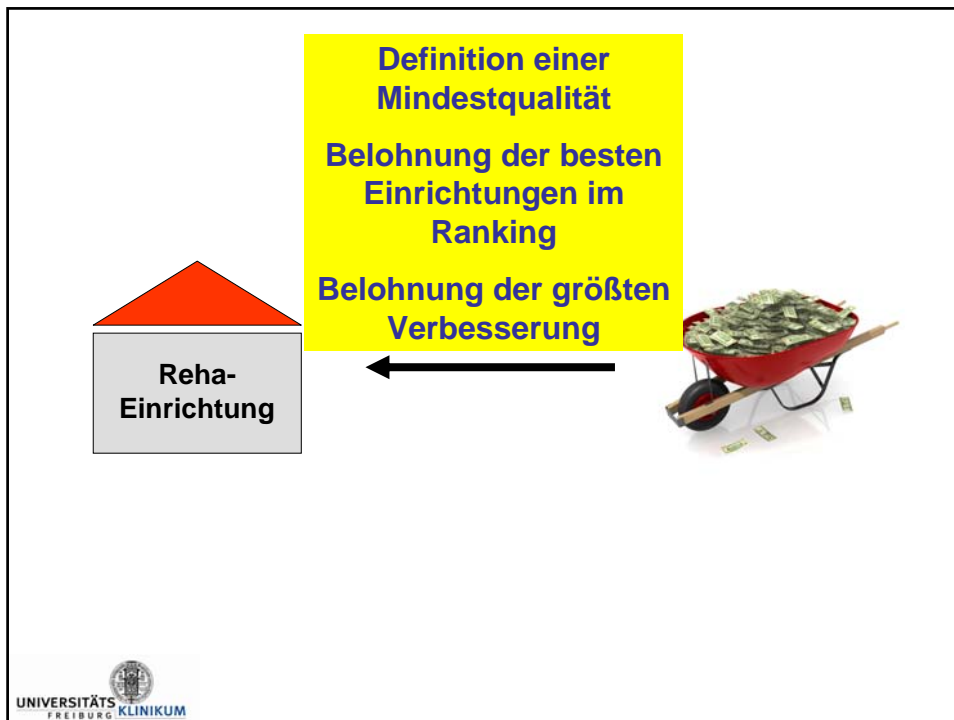
Langfristige Erfahrungen mit P4P

- Nicht alle Krankheitsentitäten reagieren gleich auf P4P-Programme
- Verbesserungstendenz auch ohne P4P feststellbar
- „Ceiling-Effekt“
- Opportunitätskosten durch Verschlechterungen in Bereichen, die nicht von P4P erfasst werden
- Nach Absetzen der finanziellen Anreize geht die Qualität der Versorgung zurück



Strukturqualität
Prozessqualität
Ergebnisqualität
Patientenzufriedenheit





- Auf welche finanziellen Rahmenbedingungen müssen sich Reha-Einrichtungen einstellen?
- Welche Erfahrungen gibt es mit neuen Vergütungssystemen in anderen Sektoren?
- Welche Anreize setzen die verschiedenen Vergütungssysteme?
- Welche Risiken und Nebenwirkungen haben neue Vergütungssysteme?
- Wie könnten neue Vergütungssysteme in die Rehabilitation implementiert werden?
- Welche Voraussetzungen müssen vor der Implementierung neuer Vergütungssysteme erfüllt sein?
- Welchen Beitrag kann die Forschung zur Weiterentwicklung leisten?