

Das aktuelle Vergütungssystem in der Reha: Stärken und Schwächen

- Dr. Hans-Günter Haaf
Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
- Symposium Reha 2020 / 18. – 19. Februar 2011

Das aktuelle Vergütungssystem in der Reha: Stärken und Schwächen

Gliederung

- Das bestehende Vergütungssystem
- Vergütungsrelevante Unterschiede zwischen Akutmedizin und Reha
- Vergütung mit Fallpauschalen
- Exkurs: Vergütung von Frührehabilitation im DRG-System
- Bildung von Fallgruppen für die Rehabilitation
- Fazit

Das bestehende Vergütungssystem (I)

Eckpfeiler des Vergütungssystems

- keine unmittelbaren gesetzlichen Vorschriften
- einrichtungsspezifische, vollpauschalierte, tagesgleiche Pflegesätze
- unabhängig von Erkrankungsschwere
- Differenzierung nach Abteilungen möglich
- Verhandlungspreis
- monistische Finanzierung
- Pflegesätze deutlich geringer als in Akutmedizin

Das bestehende Vergütungssystem (II)

Aspekte der aktuellen Ausgestaltung

- zeitliche Budgetierung und Verweildauerrichtwerte
- Marktpreisvergleich
- Vergütung im Rahmen der Integrierten Versorgung
- Vergütung mit Fallpauschalen (mit Verweildauerkorridor) durch GKV

Das bestehende Vergütungssystem (III)

Gesundheitsökonomische Anreizstruktur

Risiko der Fallzahl	Trifft Reha-Träger Tendenz zur Erhöhung der Fallzahlen Bewilligung und Belegungssteuerung durch Reha-Träger
Risiko der Fallschwere	Trifft Leistungserbringer
Verweildauer	Tendenz zur Erhöhung Gesetzliche Regelverweildauer Verweildauerkorridore

Das bestehende Vergütungssystem (IV)

Gesundheitsökonomische Anreizstruktur

Geringe Transparenz der Vergütung	Orientierung auf Gesundheitsmarkt kaum möglich
Verwaltungsaufwand	Kosten für Reha-Träger und Leistungserbringer
Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven	Kaum Anreize gegeben Qualitätssicherung

Das bestehende Vergütungssystem (V)

Gesundheitsökonomische Anreizstruktur

Ausstattung der
Reha-Einrichtung

Tendenz zu Mehrausstattung
Abstimmung von Investitionen mit
Reha-Träger

Vorgaben für Struktur- und
Prozeßqualität möglich

Verbesserung der Behandlungs-
qualität

Fehlende Berücksichtigung
von Diagnose und Fallschwere

Kein Anreiz für fallbezogene
Gestaltung
Leistungsgerechtigkeit fraglich
Qualitätssicherung nötig

Das bestehende Vergütungssystem (VI)

Zwischenfazit

- Qualitätssicherungsprogramm und Reha-Therapiestandards als Instrumente der Transparenz
- Qualitätsentwicklung
- keine unkontrollierte Fallzahlsteigerung durch spezifische Zuweisung
- sinkende Verweildauern
- kein überproportionaler Kostenanstieg
- „Kostenträger-Markt“

Das bestehende Vergütungssystem (VII)

Einflussfaktoren

- DRG-Einführung
 - Anpassungsdruck für das Vergütungssystem in der Rehabilitation
 - Prof. Neubauer: Das DRG-System erfordert Fallpauschalen in der Rehabilitation
 - DRG in der Frührehabilitation
- Integrierte Versorgung
 - Komplexfallpauschalen
- Entwicklung von Fallgruppierungssystemen

Vergütungsformrelevante Unterschiede (I)

Gibt es zwischen stationärer Akutversorgung und medizinischer Rehabilitation konzeptionelle Unterschiede, die für die angemessene Wahl eines Vergütungssystems relevant sind?

Vergütungsformrelevante Unterschiede (II)

Versorgungs- aspekt	Akutversorgung	Medizinische Rehabilitation
Zielsetzung	Diagnose und Kuration	v. a. Bewältigung der Krankheitsfolgen; Leistungsdiagnostik Spezifische Ziele für Kostenträger
Zielperspektive	v. a. kurzfristiges Ziel: Heilung	v. a. mittel- bzw. langfristiges Ziel: Wiedereingliederung in Beruf, Familie, Gesellschaft
Krankheits- status	akute und chronische Erkrankungen	chronische Erkrankungen und Behinderungen

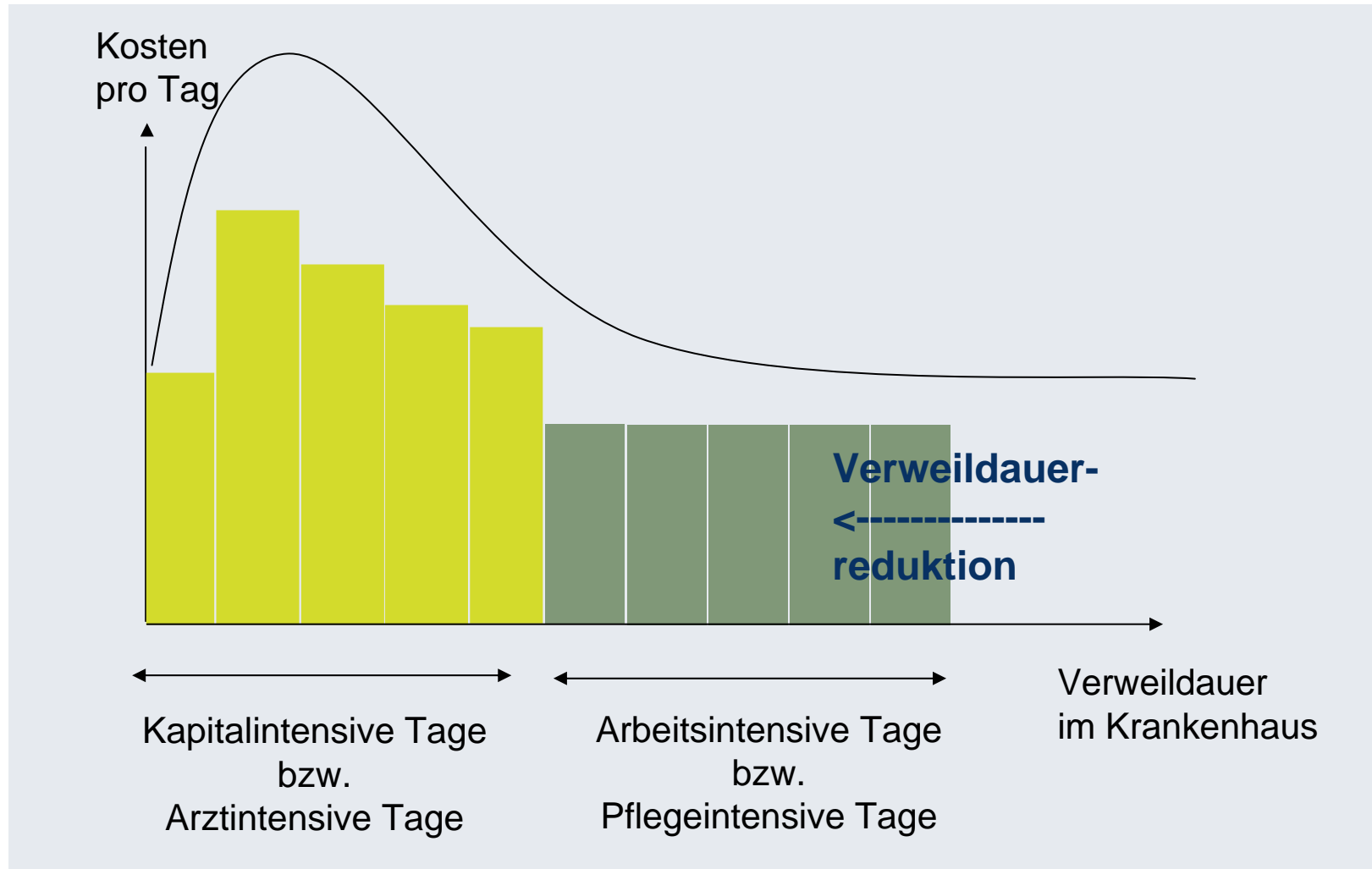
Vergütungsformrelevante Unterschiede (III)

Versorgungs- aspekt	Akutversorgung	Medizinische Rehabilitation
Zuweisungs- steuerung	Über niederge- lassenen Arzt oder direkt	auf Antrag nach Bewilligung und Begutachtung durch Reha-Träger
Gesundheitliche Voraussetzung für die Aufnahme	Notwendigkeit der stationären Be- handlung durch Klinik festgestellt	Reha-Fähigkeit gegeben
Therapeutische Maßnahmen	v. a. Medikamente, chirurgische Maß- nahmen, Kranken- pflege	v. a. übende und trainierende Verfahren, Beratung, psycholog. Verfahren, Gesundheitsbildung, Patientenschulung, Medikamente, Hilfsmittel

Vergütungsformrelevante Unterschiede (IV)

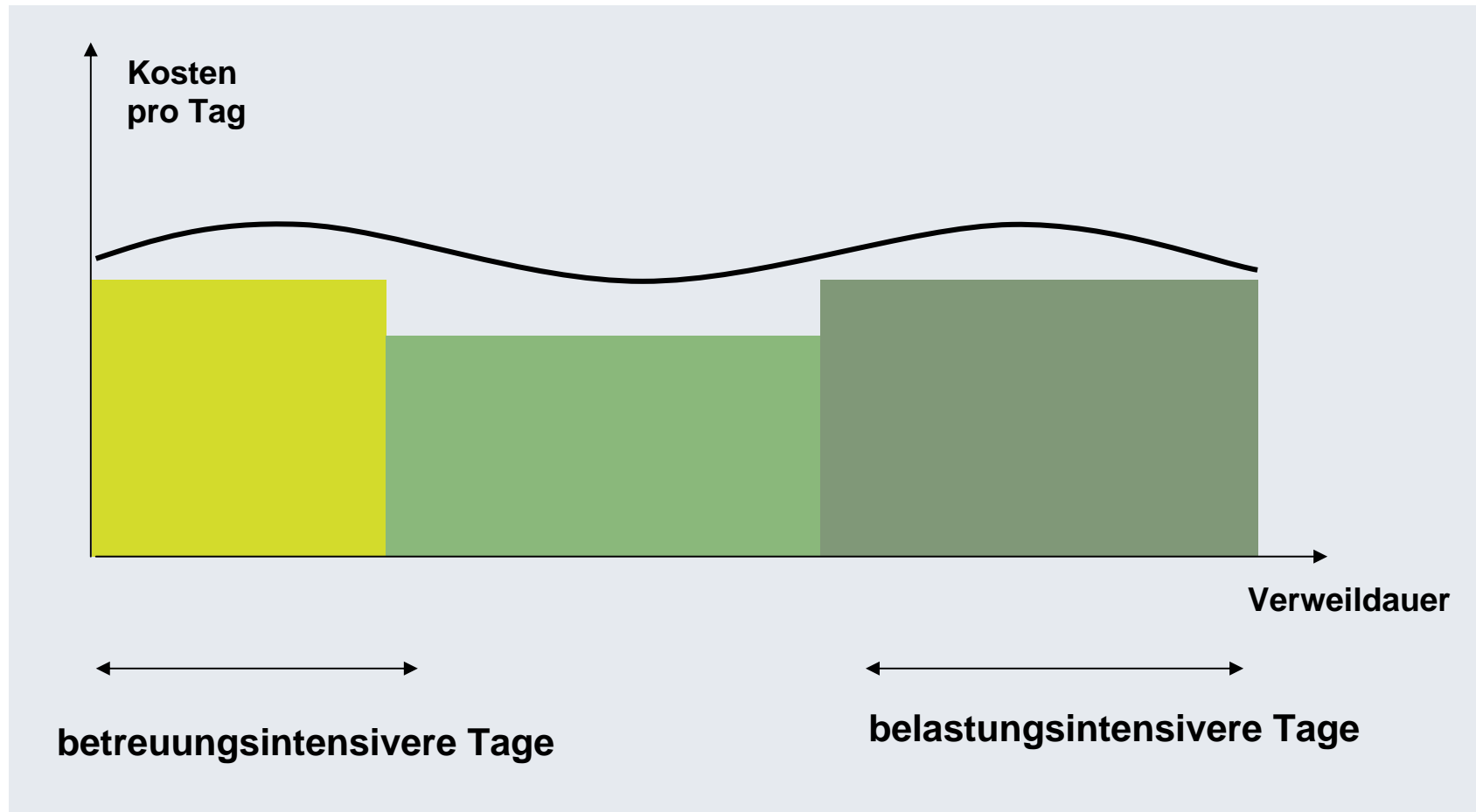
Versorgungs- aspekt	Akutversorgung	Medizinische Rehabilitation
Schweregrad	Zunahme des Ressourceneinsatzes	Keine eindeutige Beziehung zum Ressourceneinsatz
Zeitliche Verteilung des Ressourceneinsatzes	Zu Beginn am höchsten, abnehmende Therapiedichte im Zeitverlauf	Annähernd gleichmäßig

Verlauf der Kosten im Krankenhaus*



* nach Neubauer 2000

Verlauf der Kosten in der Rehabilitation



Vergütungsformrelevante Unterschiede (V)

Versorgungs- aspekt	Akutversorgung	Medizinische Rehabilitation
Verkürzung der Verweildauer	Optimierung von Behandlungsabläufen möglich Gefahr von Komplika- tionen und Wieder- aufnahme	Optimierung von Behandlungs- abläufen nur begrenzt möglich Verkürzung führt zu Reduktion von Therapiequantität und -qualität
Interesse des Patienten	Möglichst frühzeitige Entlassung (?)	Gutscharakter der Rehabilitation / längere Dauer erwünscht (?)
Ende der Maßnahme	Entlassungsfähigkeit Idealtypisch weit- gehende Heilung	Befähigung, den Reha-Prozess eigenständig fortsetzen zu können
Wiederaufnahme bzw. Verlegung	Möglich und relevant	Unwahrscheinlich

Vergütung mit Fallpauschalen (I)

Definition mod. nach Schulenburg et al. (1998)

Eine Fallpauschale ist eine Honorierungsform, bei der alle anfallenden Leistungen (Personal und Sachmittel) je Behandlungsfall (unabhängig von der Verweildauer) mit einem Pauschalbetrag abgegolten werden.

Dazu ist ein System klinisch und ökonomisch möglichst homogener Klassen von Leistungen erforderlich.

Vergütung mit Fallpauschalen (II)

Entwicklungsschritte

- Bildung von Fallgruppen
- Festlegung von Preisen

Voraussetzung

- Vorhandensein eines Patientenklassifikationssystems / Fallgruppierungssystem

Konzeptueller Bezugsrahmen

Abgegrenzte medizinische Intervention / Definition einer Prozedur („Paradigma des chirurgischen Eingriffs“)

Vergütung mit Fallpauschalen (III)

Wesentliche Ziele

- Transparenz und ökonomische Vergleichbarkeit
- Anregung eines Wettbewerbs zwischen den Leistungserbringern
- Verkürzung der Verweildauer (Reduktion der Bettenzahl).

Vergütung mit Fallpauschalen (IV)

Anreizwirkungen, u. a.

- Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven
- Steigerung der Fallzahlen
- Drehtüreffekt, Doppelabrechnung
- Upcoding.



**Maßnahmen der
Qualitätssicherung
unerlässlich**

Fallpauschalen in der Rehabilitation (I)

Zwischenfazit

Gutachten 2003 des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Seite 41):

„... zeitinvariante Fallpauschalen in der ... medizinischen Rehabilitation (sowie Kompletpauschalen) stellen **kein** geeignetes Instrument zur Verbesserung der Qualität ... dar. ..“

Fallpauschalen in der Rehabilitation (II)

Zwischenfazit

- DRG sind ein Fallgruppierungssystem für die Akutversorgung
- DRG sind für die medizinische Rehabilitation nicht geeignet
- Vergütung mit Fallpauschalen in der Reha konzeptuell nicht angemessen
- Verringerung der Verweildauer kein primäres Ziel in der Rehabilitation
- Abwärtsspirale aus Verkürzung der Verweildauer und Reduktion des Leistungsumfangs nicht auszuschließen

Exkurs: Vergütung von Frührehabilitation im DRG-System (I)

OPS 2011

8-552 Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation

Mindestmerkmale:

- Frührehatem unter Leitung eines Facharztes für Neurologie..., der über eine mindestens 3-jährige Erfahrung ... verfügt. Im Frührehatem muss der neurologische oder neurochirurgische Sachverständige kontinuierlich eingebunden sein
- Standardisiertes Frührehabilitations-Assessment ... zu Beginn der Behandlung. Der Patient hat einen Frührehabilitations-Barthel-Index nach Schönle bis maximal 30 Punkte zu Beginn der Behandlung.
- Wöchentliche Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation...
- Aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal

Exkurs: Vergütung von Frührehabilitation im DRG-System (II)

OPS 2011

8-552 Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation

Mindestmerkmale:

- Vorhandensein und Einsatz von folgenden Therapiebereichen:

Physiotherapie/Krankengymnastik, Physikalische Therapie, Ergotherapie, Neuropsychologie, Logopädie/faziorale Therapie und/oder therapeutische Pflege ... in patientenbezogenen unterschiedlichen Kombinationen von mindestens 300 Minuten täglich...

Exkurs: Vergütung von Frührehabilitation im DRG-System (III)

OPS 2011

8-552 Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation

Mindestmerkmale:

- 8-552.0 Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage
- 8-552.5 Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage
- 8-552.6 Mindestens 21 bis höchstens 27 Behandlungstage
- 8-552.7 Mindestens 28 bis höchstens 41 Behandlungstage
- 8-552.8 Mindestens 42 bis höchstens 55 Behandlungstage
- 8-552.9 Mindestens 56 Behandlungstage

Exkurs: Vergütung von Frührehabilitation im DRG-System (IV)

Aktuelle Ergebnisse zur neurologischen Frührehabilitation (Rollnik & Janosch 2010)

- von 2005 bis 2008 verkürzte sich die Verweildauer in der neurologischen Frührehabilitation von 46,8 auf 37,5 Tage
- die Verweildauerreduktion kann durch eine Abnahme der Morbidität (Selektionseffekt der Frührehabilitationsprozedur OPS 8-552) erklärt werden
- 67% die Erkrankungsfälle werden mit tagesgleichen Pflegesätzen vergütet (B43Z bzw. B42Z; VWD > 27 Tagen)

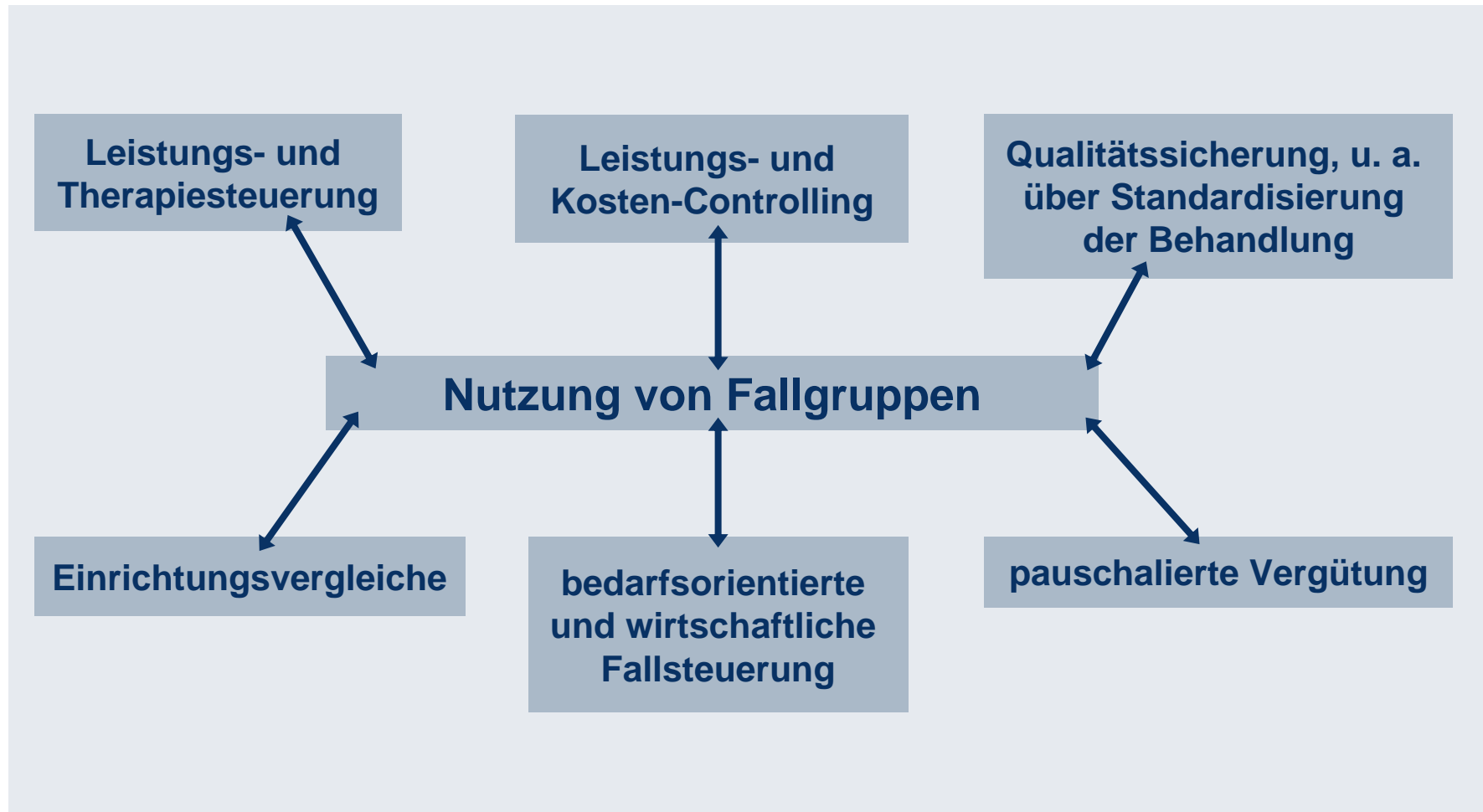
Fallgruppen als aktuelles Entwicklungsfeld

**Fallgruppen fassen Patienten zusammen,
die einen homogenen Behandlungsbedarf
aufweisen und damit eine gleichartige Therapie
mit einem vergleichbaren
Ressourcenaufwand erhalten**

Was ist zu tun?

- **Behandlungsbedarf bestimmen**
- **Therapie definieren**
- **Ökonomisch bewerten**

Wozu können Fallgruppen genutzt werden?



Spezifische Anforderung an Fallgruppensysteme aus Sicht der Rentenversicherung

- **verwaltungsarmes Zuordnungsverfahren**
- **objektive Zuweisungsmerkmale**
- **prospektive Eingruppierung**
- **Unabhängigkeit von Reha-Verfahren oder Reha-Setting**
- **bedarfsorientierte Zuweisung zu Reha-Einrichtungen**

Welche Gruppen lassen sich mit einfachen Merkmalen unterscheiden?

- Indikationsgruppen
- Reha-Verfahren (u. a. AHB, AV)
- Setting (ambulant, stationär)

Fallkosten AHB vs. HV

Beispiel kardiologische Reha-Klinik

	AHB (n=351)		HV (n=147)	
	M	STD	M	STD
ärztliche Leistungen	180,14 €	18,4	190,84 €	22,4
Pflegerische Leistungen	621,61 €	199,9	570,20 €	79,8
EKG/Funktionsdiagnostik	154,84 €	51,6	143,67 €	67,0
Labor	65,13 €	26,6	53,48 €	17,5
Sporttherapie	128,73 €	88,5	217,42 €	139,6
Bäderabteilung	92,42 €	80,4	144,56 €	88,9
Ernährungsberatung	41,94 €	63,6	63,59 €	68,6
Psychologie	48,69 €	79,8	70,42 €	85,8
sonstige Therapien	92,41 €		84,66 €	
Basisleistungen	851,91 €	111,0	900,62 €	110,6
Summe	2.277,82 €	373,3	2.439,46 €	399,2

Behandlungskosten für Fallgruppen

Beispiel kardiologische Reha-Klinik

Kosten Gesamttherapien (p=0,000)	N	M	STD
Heilverfahren	147	575,60 €	249,38
AHB > 65 ≤ 75 Jahre	61	300,14 €	148,71
AHB > 75 Jahre	46	342,83 €	145,53
AHB ≤ 65 Jahre erwerbstätig	202	450,10 €	194,42
AHB ≤ 65 Jahre nicht erwerbstätig	42	375,19 €	167,86
Gesamt	498	452,55 €	222,31

mod. n. Liebich (2007)

Welche Patientenmerkmale sollten besondere Leistungen auslösen?

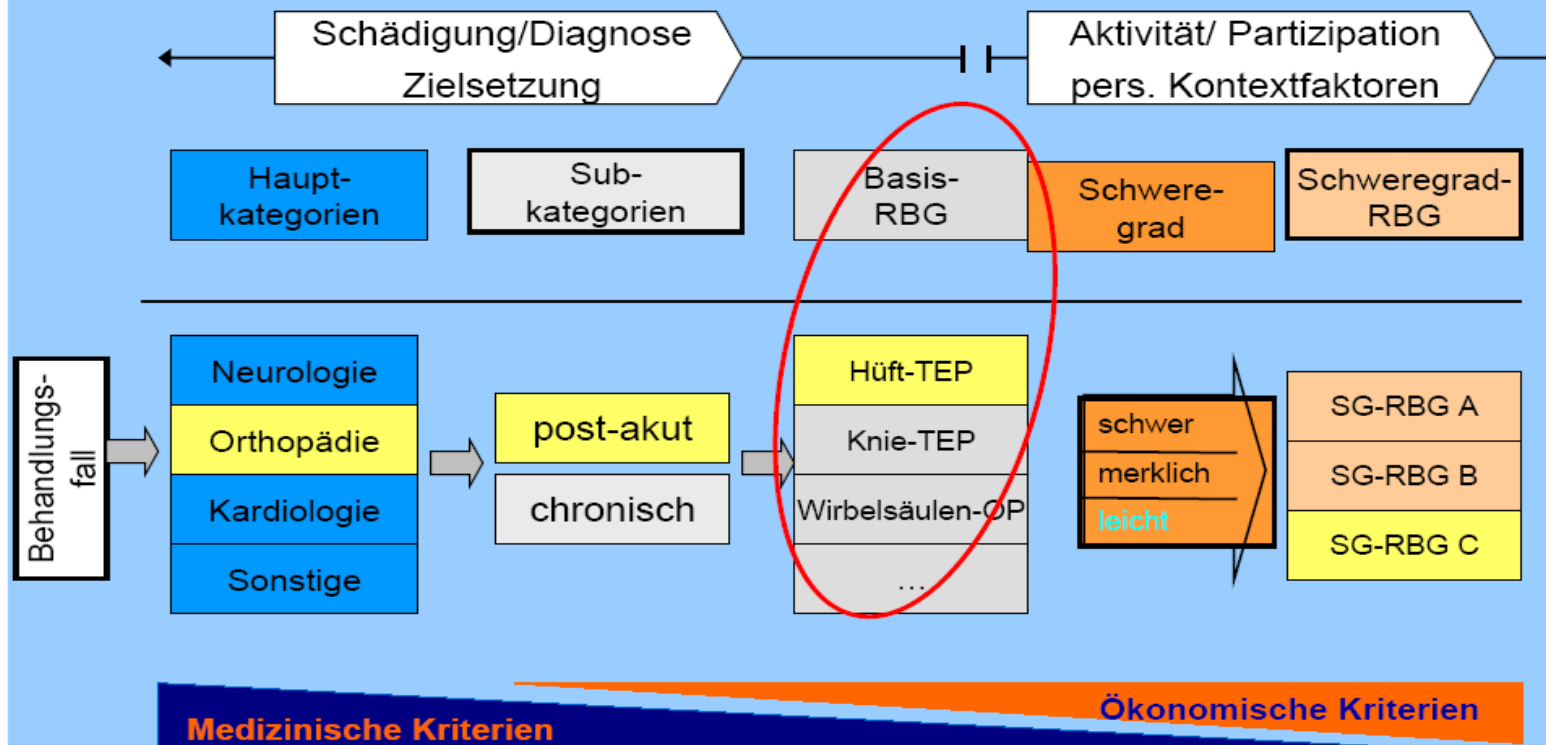
- Antrag auf Erwerbsminderungsrente
- längere Arbeitsunfähigkeit
- berufliche Problemlagen
- psychische Co-Morbidität
- somatische Co-Morbidität.

Ansätze für Fallgruppen in der Rehabilitation

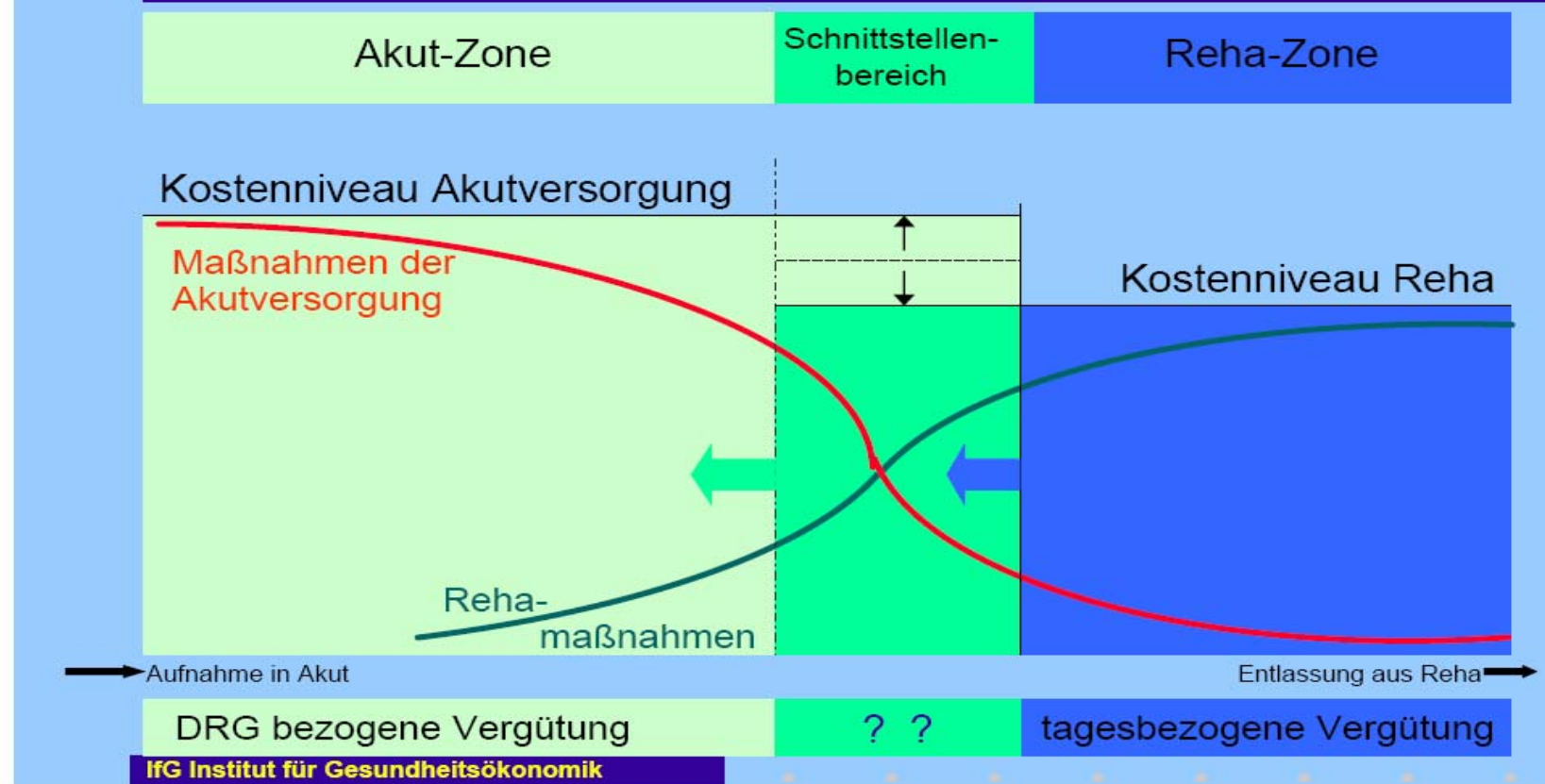
	Rehabilitationsbehandlungsgruppen (RBG)*	Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK)*
Primäres Klassifikationskriterium	Kosten (behandlungsvariabler Anteil)	Leistungsbedarf
Klassifikationsmerkmale	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reha-Fachrichtung 2. AHB vs. HV 3. Hauptdiagnose 4. Schweregrad (z. B. Alter, FIM, Komorbidität) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnose(n) 2. Sozialmedizinische und weitere reha-spezifische Patientenmerkmale (Routinedoku+Assessments) 3. Prozeduren (KTL)
Anwendungsziel	Vergütung (Fallpauschalen)	Zugangssteuerung/Reha-Steuerung Qualitätsmanagement/ Qualitätssicherung

mod. n. König (2008)

Das RBG-Klassifikationsmodell

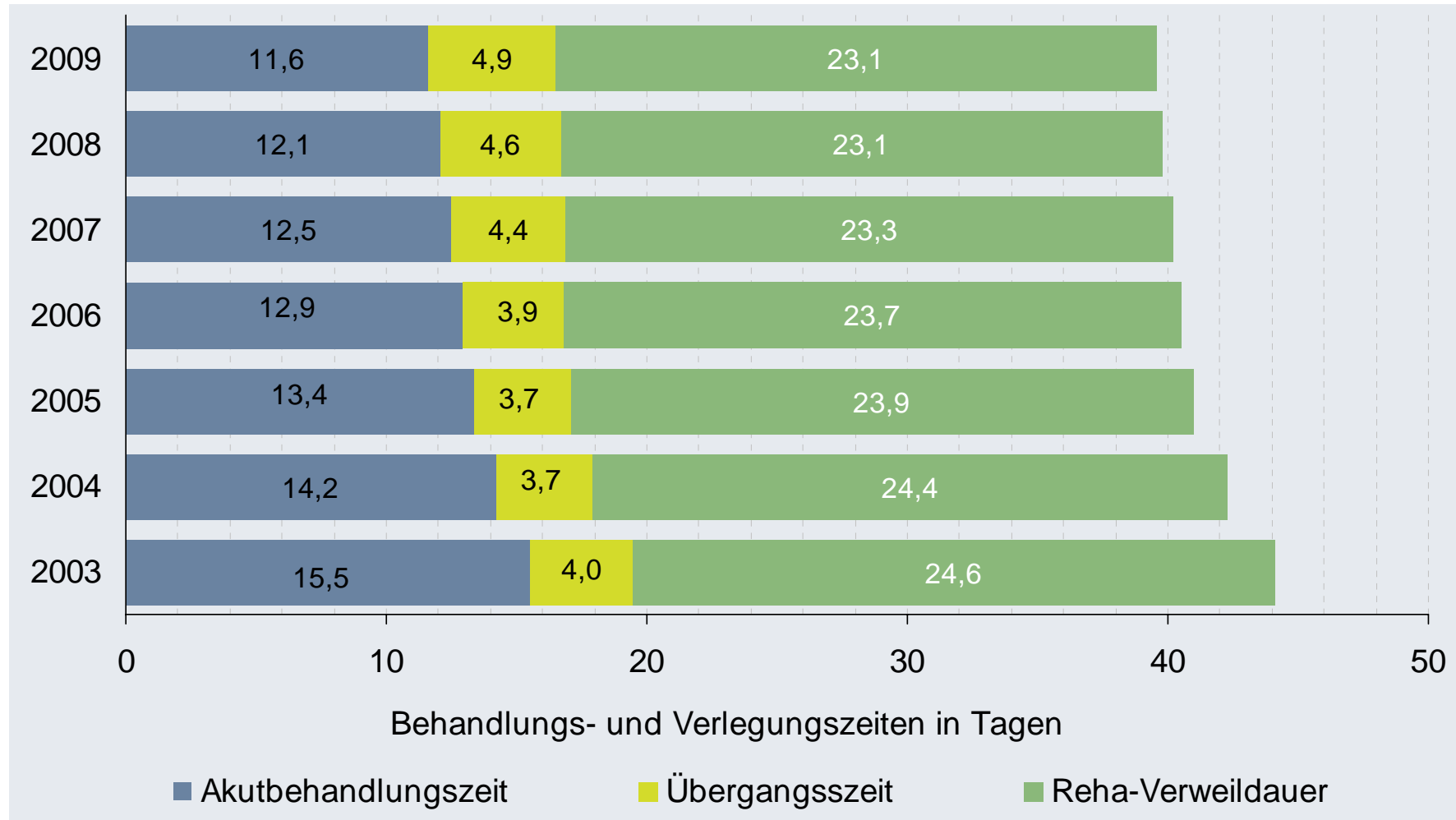


Vergütung an der Nahtstelle von Krankenhaus und Rehabilitation



Neubauer (2008)

Orthopädische Rehabilitation – stationäre AHB 2009
Behandlungs- und Übergangszeiten
 Deutsche Rentenversicherung Bund



Quelle: RAD 2003-2009

Fallgruppen in der Rehabilitation

Zwischenfazit

- Fallgruppen können zur Transparenz des Leistungsgeschehens beitragen bezogen auf
 - Bedarfe und Fallschwere (Case-Mix)
 - erbrachte bzw. zu erbringende Leistungen
 - Ressourcenverbrauch
- Fallgruppen können als Grundlage für die Vergütung dienen
- Fallgruppen können mit unterschiedlichen Vergütungsformen kombiniert werden
- Entwicklung von Fallgruppensystemen grundsätzlich sinnvoll
- Unmittelbar einsetzbares Fallgruppensystem liegt noch nicht vor

Vergütung in der Rehabilitation

Fazit

- Vergütungssystem der Deutsche Rentenversicherung in gewachsene Strukturen eingebunden
- Strukturverantwortung der Deutschen Rentenversicherung
- Verweildauerkorridore in Verbindung mit Verweildauerrichtwerten („Quasi-Fallpauschale“)
- Reha-Qualitätssicherung (u. a. Reha-Therapiestandards)

Vergütung in der Rehabilitation

Fazit

- Fallpauschalen, die auf Verkürzung der Verweildauer zielen (analog DRG), für die Rehabilitation nicht geeignet
- Tagespauschalen als Vergütungsform in der Rehabilitation positiver zu bewerten
- Fallgruppen könnten Basis für Tagespauschalen bilden
- Ergänzung durch strukturelle, qualitätsorientierte Vergütungselemente denkbar
- Anforderungen aus Sicht der Rentensicherung an Gruppierungskriterien:
 - bedarfsorientiert
 - möglichst objektiv
 - prospektiv
 - verwaltungsarm

Das aktuelle Vergütungssystem in der Reha: Stärken und Schwächen

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

dr.hans-guenter.haaf@drv-bund.de