

## Einführung in das Thema

**Wilfried H. Jäckel**

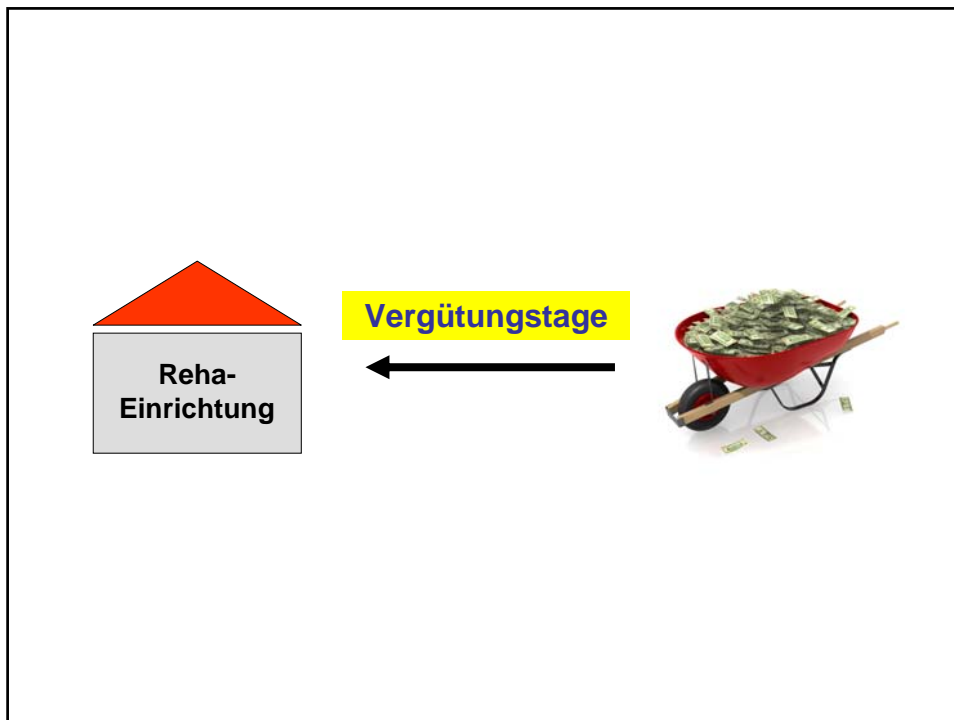
Universitätsklinikum Freiburg

RehaKlinikum und HRI, Bad Säckingen



- „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

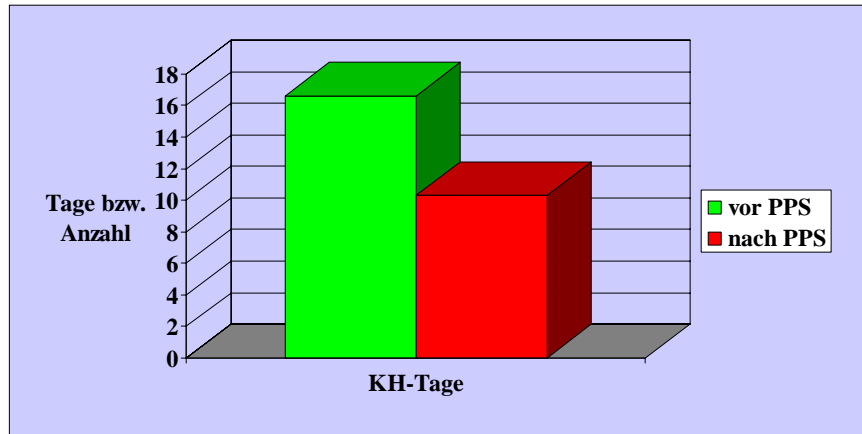


Fallpauschalen



## Auswirkungen des Prospective Payment System (PPS)

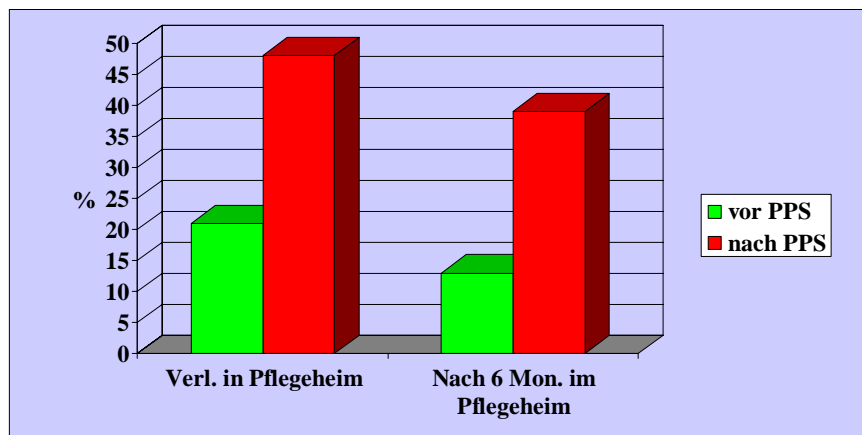
### - Patienten nach Schenkelhalsfraktur -



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. Kopp<sup>1</sup>, I. Hinkel<sup>2</sup>, W. Mau<sup>3</sup>

Institute

<sup>1</sup> Reha-Klinik Eisenmoorbad, Bad Schmiedeberg

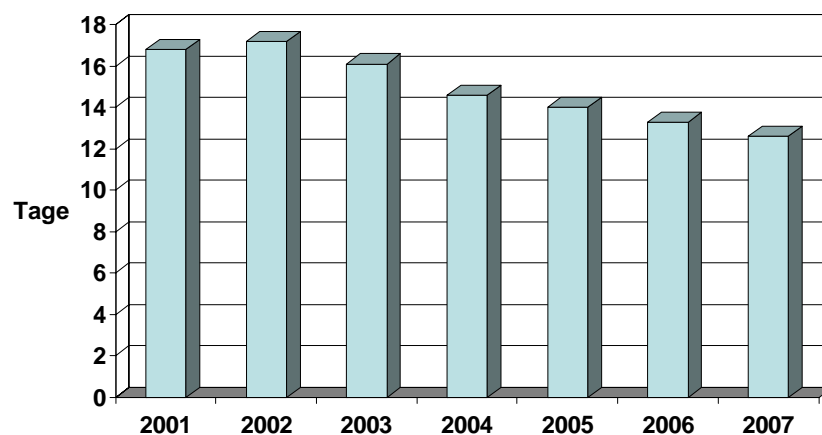
<sup>2</sup> Saale-Reha-Klinikum I Bad Kösen, Fachklinik für Orthopädie

<sup>3</sup> 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

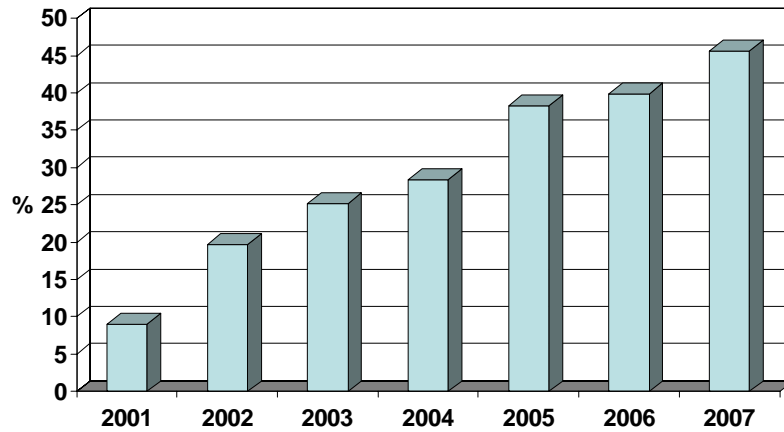
Rehabilitation 2009; 48: 62-72

## Verweildauer Akut-KH



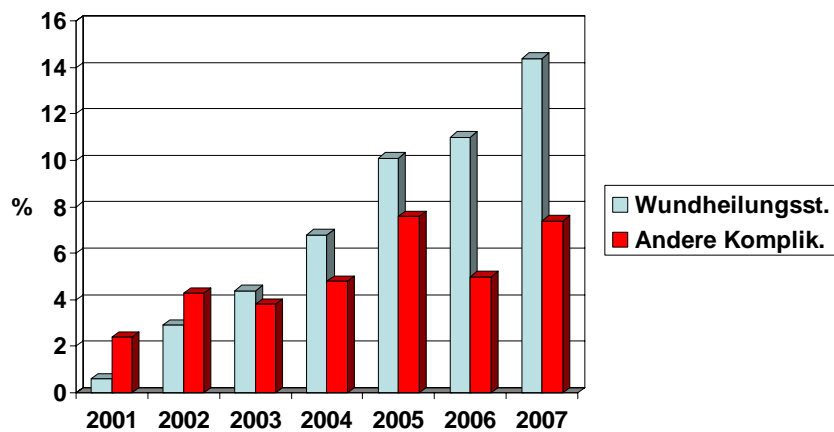
Kopp G, Hinkel I, Mau W. Rehabilitation 2009; 48: 62-72

## Direktverlegungen

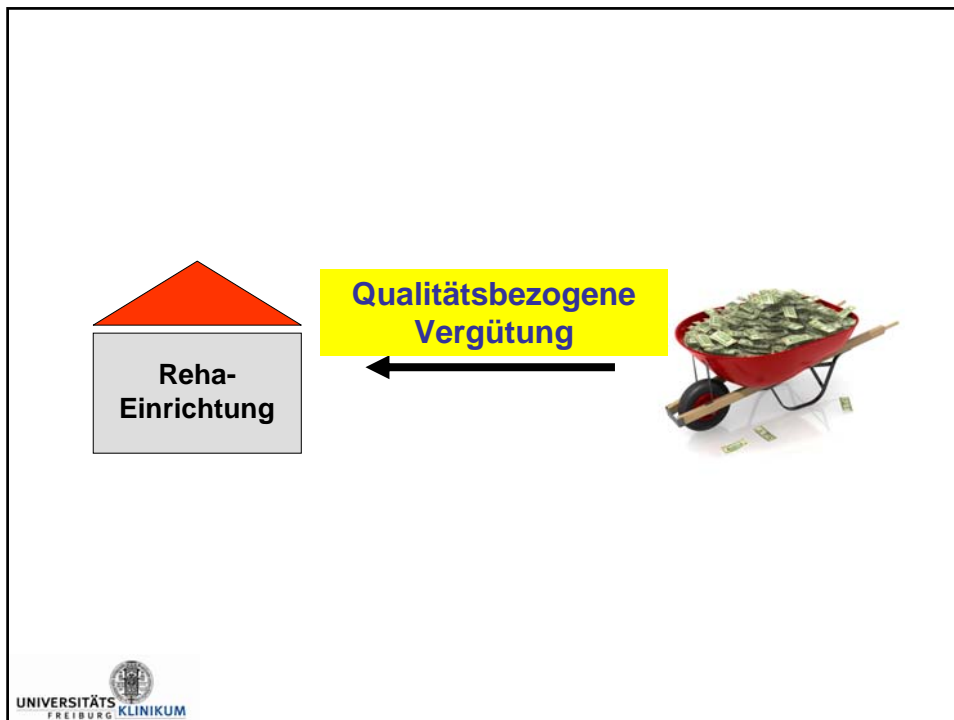


Kopp G, Hinkel I, Mau W. Rehabilitation 2009; 48: 62-72

## 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)**

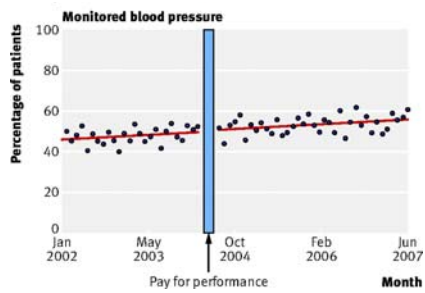
- Ergebnisse:
  - 96,7% der QI-Punkte im ersten Jahr erreicht (erwartet waren 75%)
  - **Vergütung stieg um 1 Milliarde Pfund pro Jahr**
  - **Einkommen der Praxen stieg um über 30%!!**

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

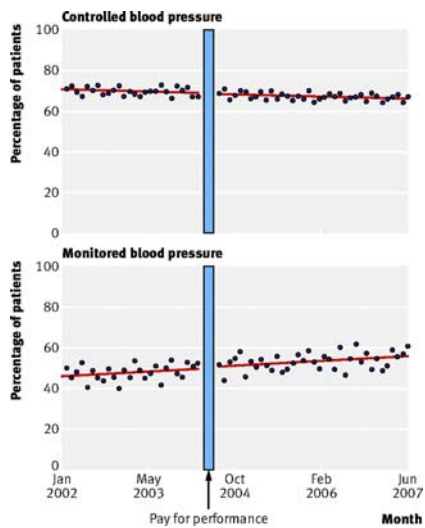
Doran, 2006 & Campbell, 2008



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

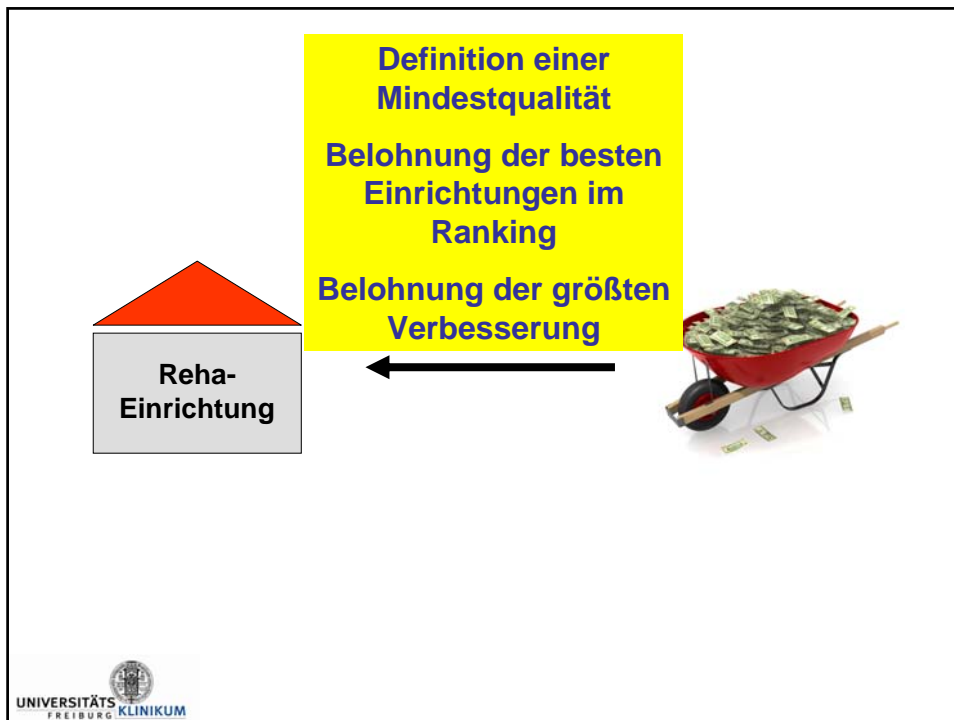
## Langfristige Erfahrungen mit P4P

- 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?