

5. Fortbildungsveranstaltung icv 14.03.2007

vom Medizincontrolling...
... zum Controlling

DRG und Rehabilitation

Dr. Klaus Müller / Integria Consult, Bern

DRG und Rehabilitation

Gliederung

1. Risiken bzw. Anreize in DRG-Systemen
2. Nachweisbare Folgeprobleme für Rehakliniken
3. Separate Angebote als „Zwischenlösung“
4. Integrierte Versorgung und Kompletpauschalen als „die“ Lösung

DRG und Rehabilitation

Gliederung

1. Risiken bzw. Anreize in DRG-Systemen

2. Nachweisbare Folgeprobleme für Rehakliniken
3. Separate Angebote als „Zwischenlösung“
4. Integrierte Versorgung und Komplexpauschalen als „die“ Lösung

09.03.2007

3

icv-Fortbildung 14.03.2007
Dr. K. Müller DRG und Reha

Vier DRG-bedingte Risiken aus der versorgungspolitischen Sicht

1. **Ausrichtung der Spitäler auf „lukrative“ Gebiete**
 - Folgen für die regionale umfassende Versorgung(ssicherheit)
2. **verminderte Behandlungsqualität**
 - Anwendung „billiger“ Behandlungsmethoden
 - Reduktion von „freiwilligen“ Leistungen
 - verdeckte Rationierung
3. **vermehrte Risikoselektion**
 - bevorzugte Aufnahme von leichten Fällen
 - Ablehnung von „aufwändigen“ Patienten
4. **Patientenverschiebung / Kostenverlagerung durch „zu frühe“ Entlassungen**
 - in die postakute stationäre Versorgung bzw. Rehabilitation
 - in die ambulante Versorgung

09.03.2007

4

icv-Fortbildung 14.03.2007
Dr. K. Müller DRG und Reha

Das wirtschaftliche Risiko von Spitälern im DRG-System

Im DRG-System

- ◆ werden Verlust- und Gewinnrisiken auf die Spitäler verlagert, um einen Anreiz für die „wirtschaftliche Betriebsführung“ zu schaffen
- ◆ wird das Risiko der Behandlung von besonders komplexen Patienten innerhalb einer DRG von den Krankenversicherern auf das Spital übertragen
- ◆ kann deren Behandlung daher ein enormes wirtschaftliches Risiko bedeuten und so zu einer erheblichen Bedrohung der betreffenden Leistungserbringer führen

09.03.2007

5

icv-Fortbildung 14.03.2007
Dr. K. Müller DRG und Reha

Das wirtschaftliche Risiko von Spitälern im DRG-System

Betroffen davon sind v.a. Spitäler mit einem Casemix, der

- ◆ einen hohen Anteil von Kostenausreißern aufweist
 - ◆ durch die entsprechenden DRG-Erlöse nicht abgedeckt wird
- weshalb auch von einem „Risikomix“ gesprochen werden kann

Am häufigsten benachteiligt davon sind alle Spitäler mit einer regelhaften Fallauslese besonders komplexer und aufwändig zu behandelnde Fälle.

Ohne Ausgleiche werden diese Spitäler systematisch benachteiligt und die entsprechende Versorgungsstruktur gefährdet.

09.03.2007

6

icv-Fortbildung 14.03.2007
Dr. K. Müller DRG und Reha

Vier DRG-bedingte Anreize aus der erlösorientierten Sicht des einzelnen Spitals

1. Reduzierung der Verweildauer

- Erhöhung der Anteile der Normallieger zwischen der unteren Grenzverweildauer und der mittleren Verweildauer je Fallgruppe

2. Umbau des Fallspektrums

- Nutzung der dadurch frei werdenden Kapazitäten für die Behandlung wesentlich schwererer Fälle (zur Steigerung des CMI)

3. Beschränkung auf „Monotherapien“

- Fallpauschalen vergüten eine konkrete Hauptleistung an einem Fall (gemäß CHOP); weitere, im selben Aufenthalt erbrachte Leistungen verändern die Bewertungsrelation in vielen Fällen nicht

4. Nicht-Aufnahme von „aufwändigen“ Patienten

- Das betrifft alle Patienten mit komplexem Leistungsbedarf wie z.B., Chronischkranke, Multimorbide und/oder Hochbetagte

09.03.2007

7

icv-Fortbildung 14.03.2007
Dr. K. Müller DRG und Reha

DRG und Rehabilitation

Gliederung

1. Risiken bzw. Anreize in DRG-Systemen

2. Nachweisbare Folgeprobleme für Rehakliniken

3. Separate Angebote als „Zwischenlösung“

4. Integrierte Versorgung und Kompletpauschalen als „die“ Lösung

09.03.2007

8

icv-Fortbildung 14.03.2007
Dr. K. Müller DRG und Reha

Ein DRG-bedingter Anreiz aus der erlösorientierten Sicht des einzelnen Akutspitals

- **schnellstmögliche** Verlegung eines Patienten
- in eine **möglichst weit** entfernte Rehaklinik ZUR
 - Vermeidung des Risikos einer komplikationsbedingten Wiederaufnahme im erstversorgenden Haus
 - wegen der dann erfolgenden Fallzusammenführung zu einer einzigen Fallpauschale
 - Erreichung komplikationsbedingter Rehospitalisierungen im jeweils nächstgelegenen Akutspital
 - und damit Auslösung einer neuen Fallpauschale

09.03.2007

9

icv-Fortbildung 14.03.2007
Dr. K. Müller DRG und Reha

Die spezifischen konfligierenden Interessen der Tarifpartner im SwissDRG-System

Die *Spitäler* werden eine Verlegung in die rehabilitative Versorgung nahe der unteren Grenzverweildauer anstreben

- und sich dabei auf die nicht (mehr) gegebene akutstationäre Behandlungsnotwendigkeit berufen.

Die *Versicherer* werden (z.B. über ihr Fallmanagement) auf eine Verlegung nahe an der oberen Grenzverweildauer drängen

- und dabei auf dem Status der Rehabilitationsfähigkeit (Patient medizin. stabil, mobil, belastbar etc.) als Verlegungsvoraussetzung insistieren.

Hintergrund: das (konfligierende) Interesse der Spitäler an der Minimierung ihrer Behandlungskosten und der Versicherer an der Minimierung ihrer Rehabilitationskosten

09.03.2007

10

icv-Fortbildung 14.03.2007
Dr. K. Müller DRG und Reha

Feststellbare Folgen von DRG-Fallpauschalen und deren Auswirkungen auf Rehakliniken

1. Vorverschiebung Schnittstellen Akutspital → Rehaklinik
2. starke Reduktion der Verweildauern in den Akutspitälern
3. bevorzugte Nutzung von Rehakliniken als „Überlaufbecken“ und Druckventil für den stark ansteigenden Kostendruck
4. entsprechend willkürlich definierte Schnittstellen
5. immer häufigeres Hinwegsetzen über die Aufnahme- bzw. Ausschlusskriterien der einzelnen Rehaklinik
6. zunehmende Akutisierung der Rehabilitation
7. zunehmend kritische Rehabilitationsfähigkeit der Patienten
8. steigende Komplikationsraten und Rehospitalisierungen
9. ausgeprägte Kostensteigerungen in der Rehabilitation

09.03.2007

11

icv-Fortbildung 14.03.2007
Dr. K. Müller DRG und Reha

Spezifische Auswirkungen von DRG-Fallpauschalen auf die Rehakliniken

Im Einzelnen steigt dadurch in den Rehabilitationskliniken

- der Aufwand für den einzelnen Patienten (ärztlich-therapeutisch und insbesondere auch pflegerisch)
 - der Bedarf an Strukturdiagnostik, Überwachung und Medikamenten (z.B. Antibiotika, Heparine)
 - die ärztliche Versorgungsintensität (häufigere Visiten, Notfallversorgung, Wundversorgung)
 - der Anteil der Einzel- gegenüber den Gruppentherapien
 - die Pflegeintensität und der Bedarf an Behandlungspflege
- mit entsprechenden Konsequenzen für**
- die jeweiligen Stellenpläne (Dotation und Qualifikationsbedarf)
 - den allfälligen Bedarf an Überwachungsbetten (Monitoring)

09.03.2007

12

icv-Fortbildung 14.03.2007
Dr. K. Müller DRG und Reha

Nachweisbare Auswirkungen vorverschobener Schnittstellen auf die Rehakliniken

Im Einzelnen steigt dadurch in den Rehabilitationskliniken

- der Bedarf an
 - Strukturdiagnostik
 - Überwachung
 - Medikamenten (z.B. Antibiotika, Heparine)
- der Aufwand für den einzelnen Patienten
 - ärztlich-therapeutisch (primär post-akut/kurativ)
 - pflegerisch

09.03.2007

13

icv-Fortbildung 14.03.2007
Dr. K. Müller DRG und Reha

Nachweisbare Auswirkungen vorverschobener Schnittstellen auf die Rehakliniken

Diese Veränderungen schlagen sich nieder in

- einer Erhöhung der ärztlichen Versorgungsintensität
(häufigere Visiten, Notfallversorgung, Wundversorgung)
 - mit Konsequenzen für den Stellenplan und Qualifikationsbedarf im ärztlichen Bereich
- mehr Einzel- statt Gruppentherapien
 - mit Konsequenzen für den Stellenplan im therapeutischen Bereich

09.03.2007

14

icv-Fortbildung 14.03.2007
Dr. K. Müller DRG und Reha

Nachweisbare Auswirkungen vorverschobener Schnittstellen auf die Rehakliniken

- Erhöhung der Pflegeintensität und grössere Bedeutung der Behandlungspflege
 - mit Konsequenzen für den Stellenplan und Qualifikationsbedarf im pflegerischen Bereich
- evt. nötige Aufrüstung in der Strukturdiagnostik
- evt. Bedarf an Überwachungsbetten (Monitoring)

09.03.2007

15

icv-Fortbildung 14.03.2007
Dr. K. Müller DRG und Reha

Fazit

- ◆ Die sich tendenziell vorverschiebenden Schnittstellen zu den Akutspitälern führen in den Rehakliniken zu **erhöhtem**
 - Ressourcenverbrauch → Stellenbedarf → Kostenaufwand
- ◆ Bei sonst gleichen Randbedingungen wird sich diese Entwicklung mit der SwissDRG-Einführung noch verstärken
- ◆ Dafür notwendige Rahmenbedingungen sind jedoch
 - die Refinanzierbarkeit des höheren Aufwands durch höhere Einnahmen, und damit
 - die Bereitstellung erhöhter Finanzmittel für die Reha
- ◆ Die Annahme einer künftigen Gewährleistbarkeit dieser Rahmenbedingungen ist unrealistisch

09.03.2007

16

icv-Fortbildung 14.03.2007
Dr. K. Müller DRG und Reha

DRG und Rehabilitation

Gliederung

1. Risiken bzw. Anreize in DRG-Systemen
2. Nachweisbare Folgeprobleme für Rehakliniken
- 3. Separate Angebote als „Zwischenlösung“**
4. Integrierte Versorgung und Komplexpauschalen als „die“ Lösung

09.03.2007

17

icv-Fortbildung 14.03.2007
Dr. K. Müller DRG und Reha

Separate Angebote zur „postoperativen Nachbehandlung“ bzw. „Übergangspflege“

Darin können Patienten „zwschengeparkt“ werden, die

- nicht (mehr) akutspitalbedürftig sind
- rehabilitationsbedürftig, aber **noch** nicht rehabilitationsfähig sind und/oder
- medizinisch verantwortbar **noch** nicht nach Hause entlassen werden können

Solche Angebote be-/entstehen bereits in diversen Kantonen (BE, ZH, TG etc.) und werden von der grössten Krankenkasse (als „Überbrückungspflege“) bereits seit langem speziell vergütet.

09.03.2007

18

icv-Fortbildung 14.03.2007
Dr. K. Müller DRG und Reha

Arbeitsteilige Leistungserbringung von Operation und postoperativer Nachbehandlung

Diese etabliert sich (als Folge der Spezialisierung) v.a. in der Herzchirurgie und Orthopädie in Form der Durchführung

- ◆ der Operation in hochspezialisierten Zentren (s. Inselehospital)
- ◆ der Weiterbehandlung bis zum Erreichen des Abschlusses als operativer Fall in einer anderen Einrichtung, wie z.B.
 - in wohnortnahen Akutspitälern
 - in Rehabilitationskliniken
 - in wohnortnahen Pflegeheimen (bei älteren Patienten)

09.03.2007

19

icv-Fortbildung 14.03.2007
Dr. K. Müller DRG und Reha

Die Finanzierung postoperativer Nachbehandlung im DRG-System

- Bereinigung der kalkulierten Pauschale für die Gesamtbehandlung um die operative Hauptleistung
- Kalkulation der Nachbehandlungspauschale aus dem restlichen Behandlungsanteil
- „Faire“ Aufteilung der Nachbehandlungspauschale
 - Je früher der Patient aus dem operativen Zentrum verlegt wird, desto höher müssen die Abschläge in der operativen Fallpauschale sein
 - Umgekehrt muss der Vergütungsanteil für die nachbehandelnde Einrichtung umso höher ausfallen, je früher der Patient postoperativ darin aufgenommen wird.

09.03.2007

20

icv-Fortbildung 14.03.2007
Dr. K. Müller DRG und Reha

Integrierte Versorgung als bessere Strategie zur Reduktion der Verweildauer im Akutspital

Integrierte Versorgung und Fallmanagement

z.B. in der Form eines

- Überleitungsmanagements von rehabilitationsbedürftigen Personen (zur Schnittstellen-Optimierung)
- Entlassungsmanagements von pflegebedürftigen Personen (zur Nachsorge-Optimierung)

für die Sicherstellung eines reibungslosen Übergangs aus der akutstationären in die rehabilitative bzw. häusliche Versorgung

09.03.2007

21

icv-Fortbildung 14.03.2007
Dr. K. Müller DRG und Reha

DRG und Rehabilitation

Gliederung

1. Risiken bzw. Anreize in DRG-Systemen
2. Nachweisbare Folgeprobleme für Rehakliniken
3. Separate Angebote als „Zwischenlösung“
- 4. Integrierte Versorgung und Komplexfallpauschalen als „die“ Lösung**

09.03.2007

22

icv-Fortbildung 14.03.2007
Dr. K. Müller DRG und Reha

Integrierte Versorgung → sektorübergreifende Leistungspakete und Kompletpauschalen

Diese Versorgungsangebote und Vergütungsformen führen

- ◆ von der sektoral getrennten Erbringung und Vergütung
 - akutmedizinischer Leistungen (durch rein akutstationäre Fallpauschalen) und
 - rehabilitativer Leistungen (unspezifische Tagestaxen)
- zur sektorübergreifenden Erbringung und Vergütung
 - integrierter akutmedizinischer und rehabilitativer Leistungen
 - bei *spezifischen* Krankheiten bzw. Eingriffen

09.03.2007

23

icv-Fortbildung 14.03.2007
Dr. K. Müller DRG und Reha

Erwartungen an Komplexfallpauschalen

Komplexfallpauschalen schaffen **ökonomische Anreize** für

- die Entwicklung und das Angebot sektorübergreifender Leistungspakete auf Seiten der Leistungserbringer (anstelle des reinen Abwartens entsprechender Regulierungen)
- die „Organisation“ bzw. Überwindung der Schnittstellen
- Massnahmen zur sektorübergreifenden Kostensenkung bzw. -optimierung (anstelle einer Kostenverlagerung durch Patientenverschiebung)

Aber: Kostensenkung /-optimierung zu Lasten der bedarfsgerechten medizinischen Qualität muss inakzeptabel sein

09.03.2007

24

icv-Fortbildung 14.03.2007
Dr. K. Müller DRG und Reha

Voraussetzungen integrierter Leistungspakete von Akutspitälern und Rehakliniken

- komplementäre ökonomische Anreize bzw. Interessen
 - *gegenseitige* Leistungs- und Kostentransparenz
 - konzeptionell abgestimmte medizinisch-therapeutische Behandlungskonzepte
 - sachgerechte Regeln für die Auf- / Verteilung der jeweiligen Teilkosten (angesichts der marktmöglichen Gesamtkosten)
 - optimaler Informations- und Datenaustausch
 - vernetzte Messung der Ergebnisqualität
 - **ggf.:** ein gemeinsamer Kalkulationsrahmen für Offerten von Komplexfallpauschalen
- sowie eine entsprechende Rahmenvereinbarung

09.03.2007

25

icv-Fortbildung 14.03.2007
Dr. K. Müller DRG und Reha

Bereits praktizierte Komplexfallpauschalen

In Deutschland offerieren Leistungserbringer heute bereits Komplexfallpauschalen für die integrierte operative / akut-medizinische und rehabilitative Versorgung bei

- Hüft- und Kniegelenksersatz
- Operation Bandscheiben
- Rekonstruktion Gelenkbänder
- Diabetischer Fuss
- akutem Myokardinfarkt
- koronarer Bypass-Operation
- Schlaganfall
- onkologischen Behandlungen

09.03.2007

26

icv-Fortbildung 14.03.2007
Dr. K. Müller DRG und Reha

Die Abgrenzung gemeinsamer Fallgruppen als eine Voraussetzung von DRG-Pauschalen

DRG-Fallgruppen fassen bekanntlich Patienten mit ähnlichen

- klinischen Eigenschaften (Krankheitsbildern) und
 - erwartbaren Leistungen und -aufwänden (Ressourcenverbrauch)
- zu abrechnungsfähigen, kostenhomogenen Gruppe zusammen, und zwar mit dem Anspruch auf grösstmögliche
- medizinisch-klinische Homogenität
 - Die Patienten in einer Fallgruppe lösen (aus medizinischer Sicht) ein möglichst ähnliches Leistungsgeschehen im Spital aus
 - ökonomische Homogenität
 - In einer Fallgruppe sind nur Patienten enthalten, die einen vergleichbaren Behandlungs- und Kostenaufwand verursachen

09.03.2007

27

icv-Fortbildung 14.03.2007
Dr. K. Müller DRG und Reha

Die Notwendigkeit einer analogen Patientenklassifikation für die Rehabilitation

Eine analoge, leistungs(bedarfs)orientierte Vergütung von Rehapatienten (nach Gruppen mit unterschiedlicher Fallschwere) erfordert

1. die Abgrenzung/Kategorisierung bedarfs- und aufwandshomogener Fallgruppen von Rehapatienten (**Klassifikationskriterien**)
2. die Definition der bedarfsgerechten Anforderungen an die fallgruppenspezifische Leistungserbringung (**Qualitätskriterien**)
3. die ökonomische Bewertung der fallgruppenspezifischen Leistungen und Leistungsverhältnisse (**Kostengewichte**)

als notwendige Grundlage für die monetäre Bewertung und fallgruppenorientierte Kalkulation des Kostenaufwandes bzw. des offerierbaren Preises spezifischer Rehabehandlungen

09.03.2007

28

icv-Fortbildung 14.03.2007
Dr. K. Müller DRG und Reha



DRG und Rehabilitation

Danke für Ihre Aufmerksamkeit



09.03.2007

29

icv-Fortbildung 14.03.2007
Dr. K. Müller DRG und Reha