

BDPK-Bundeskongress 2010

Perspektiven der Rehabilitation aus Sicht der Krankenversicherung

BARMER GEK Hauptverwaltung
Abt. Stationäre Versorgung und Rehabilitation
42271 Wuppertal
17. Juni 2010

Ansprechpartner:
Theo Barth, Abteilungsleiter



Agenda

- Finanz – und Strukturentwicklung
- Reha vor Pflege
- Zukunftsanforderungen und -perspektiven



Wollen die Krankenkassen noch die Reha?

BARMER GEK Hauptverwaltung
Abt. Stationäre Versorgung und Rehabilitation
42271 Wuppertal
17. Juni 2010

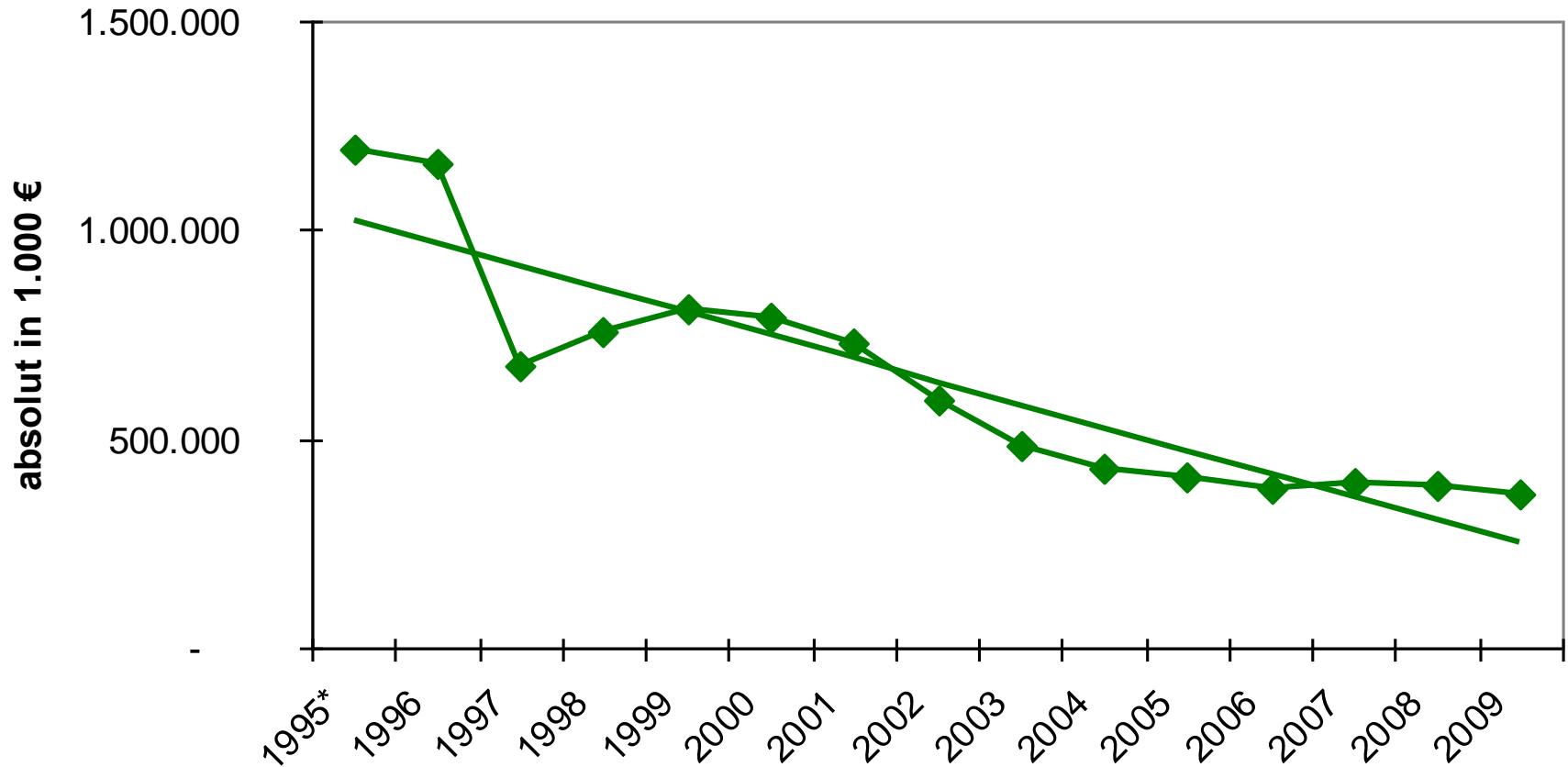
Ansprechpartner:
Theo Barth, Abteilungsleiter



Ja ! - aber es geht nicht um das „Ob“,
sondern um das „Was“ und „Wie“

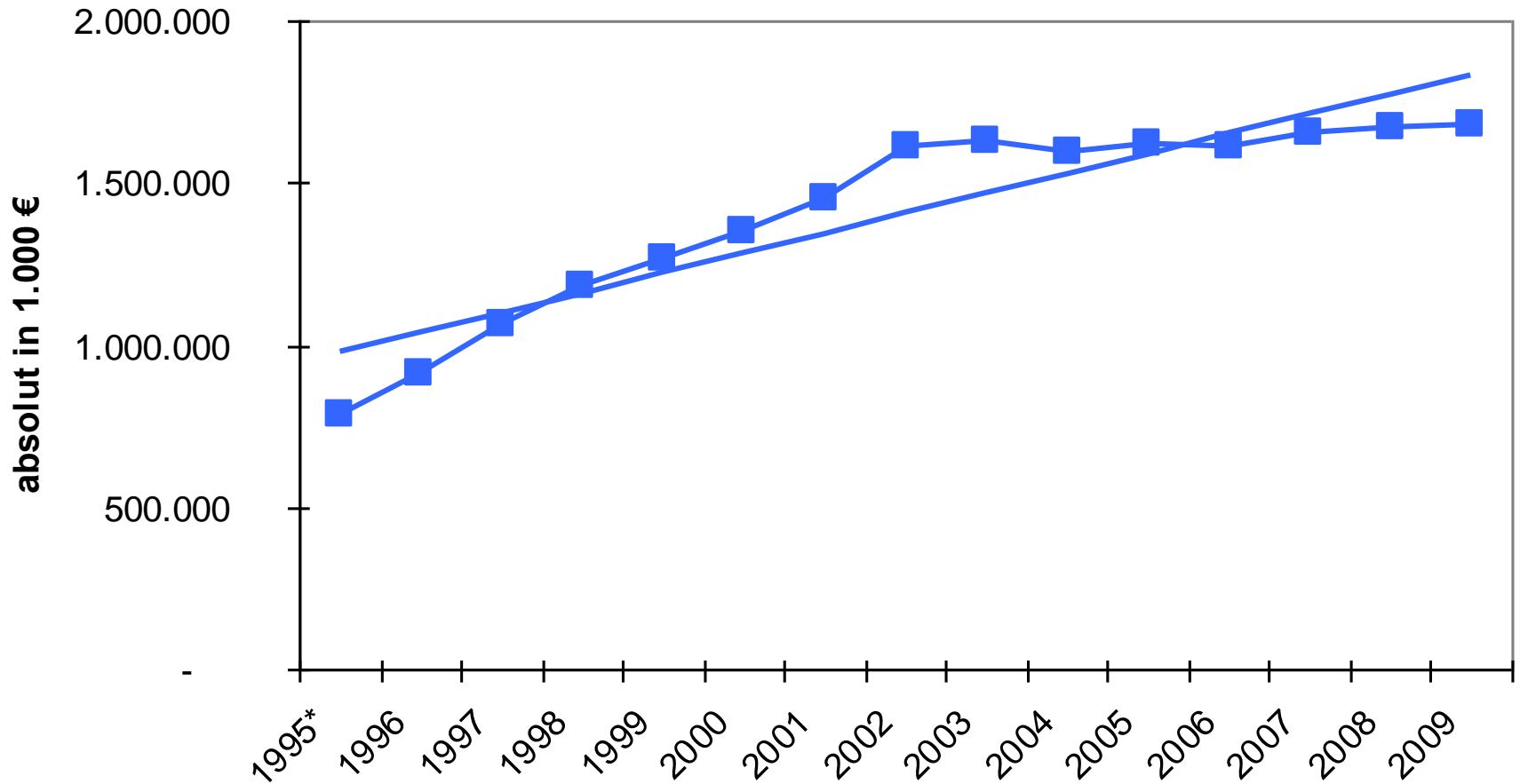


GKV - Ausgaben Stationäre Rehabilitation rückläufig



BMG, KV 45

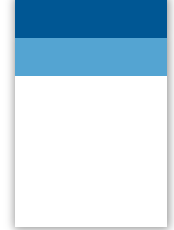
GKV - Ausgaben Anschlussrehabilitation steigen



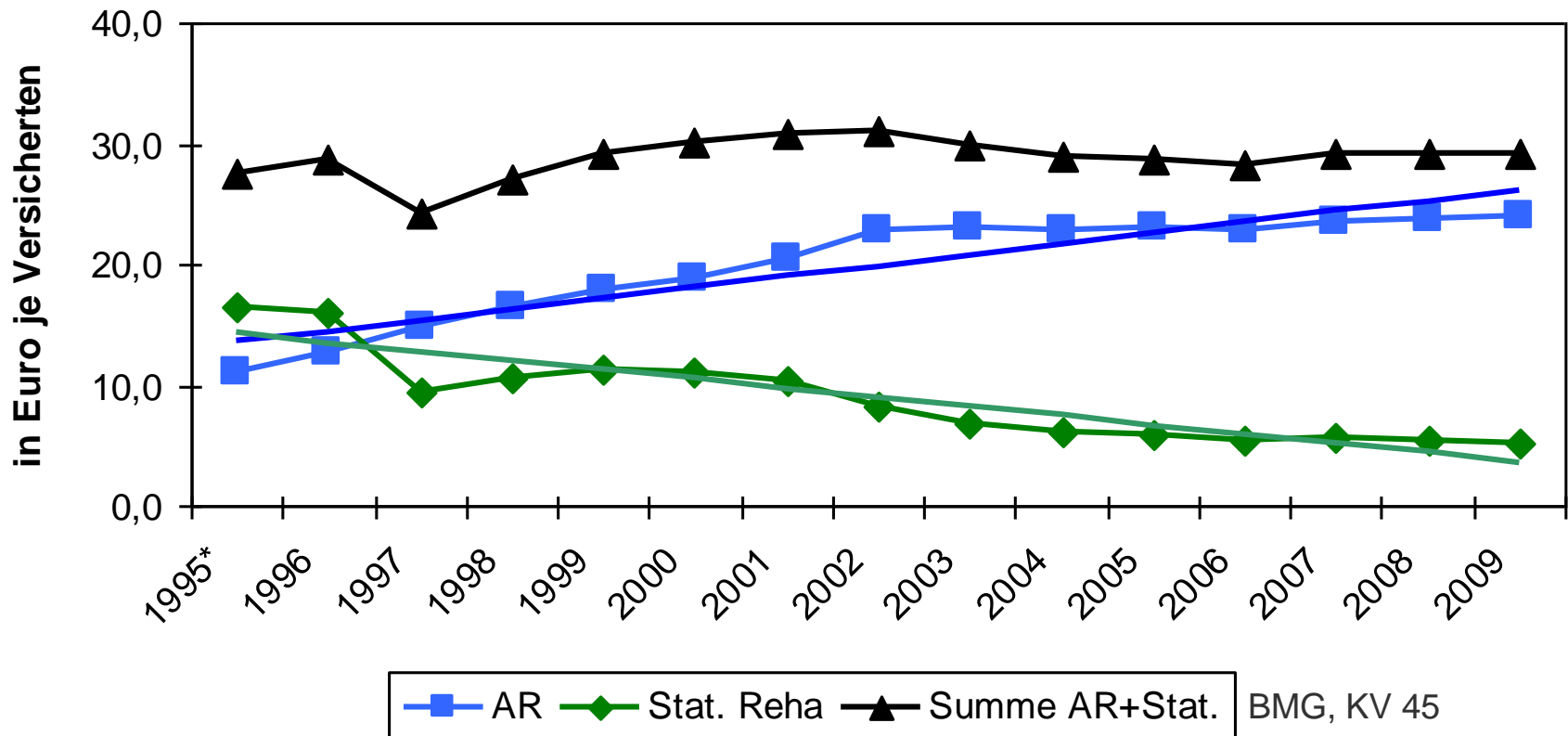
BMG, KV 45

GKV Ausgaben je Versicherten

Anschlussreha und Stat. Reha konstant

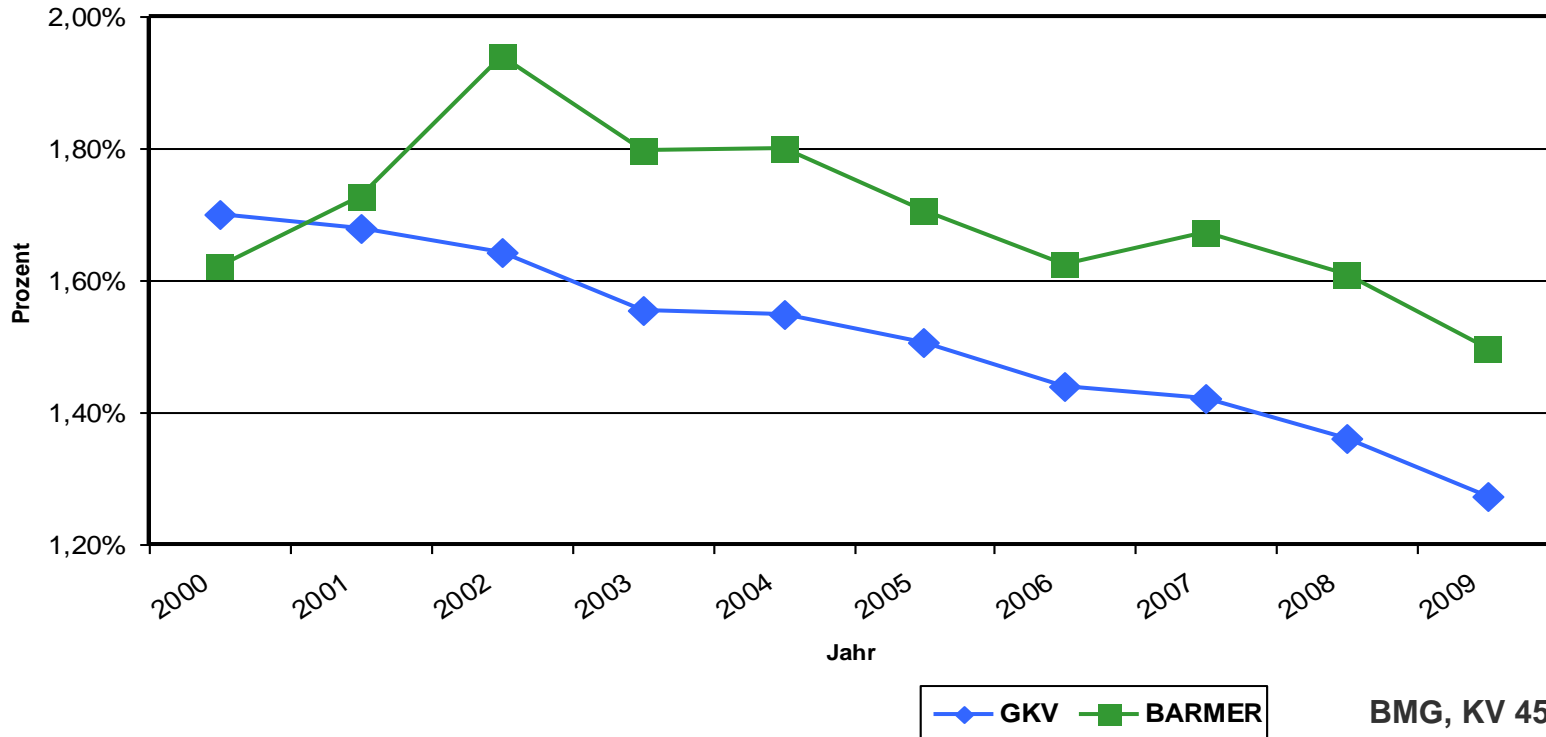


Ausgaben GKV - Anschlussreha und Stat. Reha



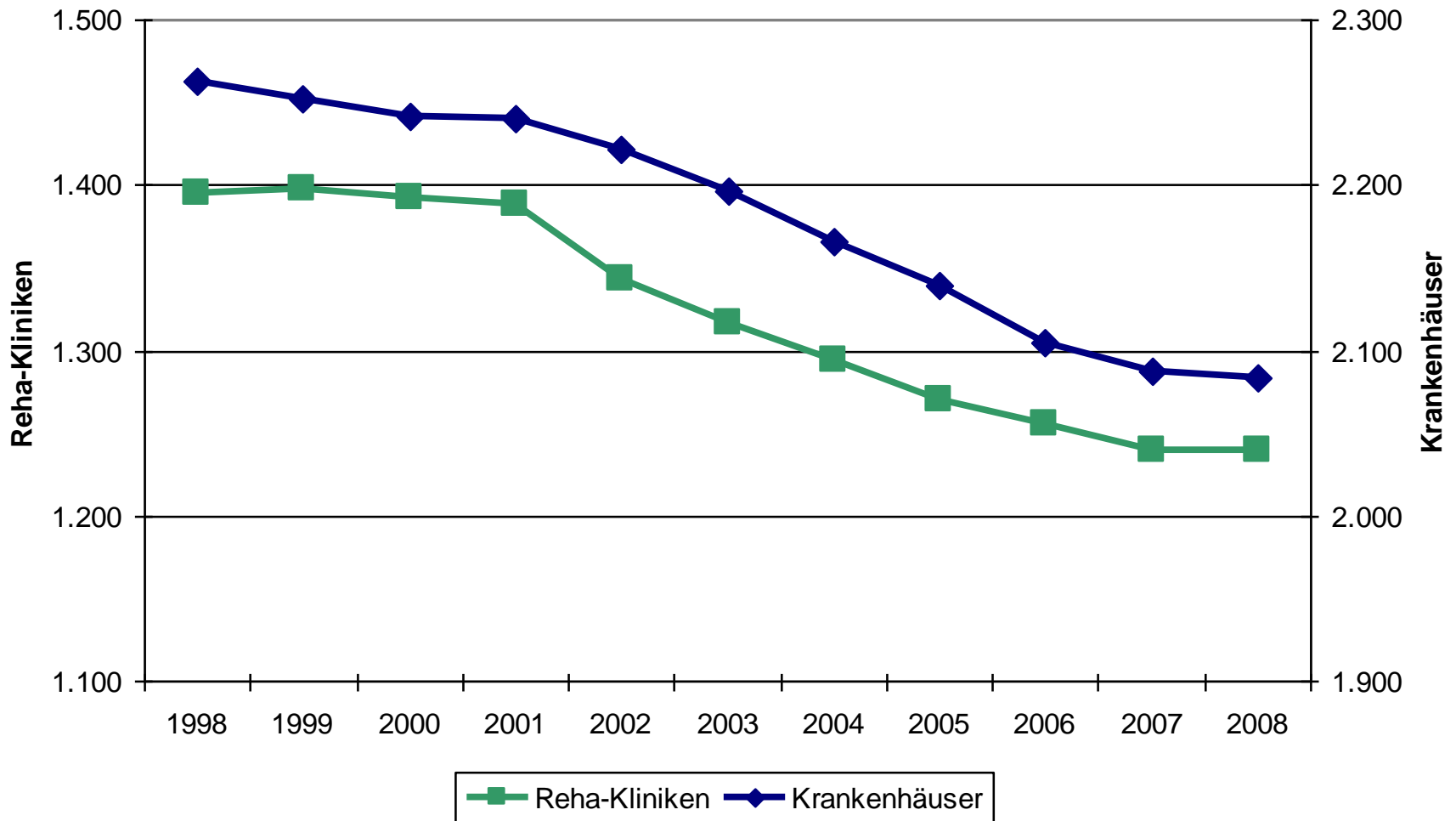
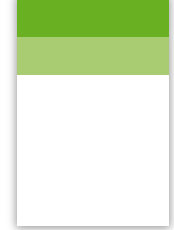
Anteil der Rehabilitation an den Leistungsausgaben je Versicherten

Vergleich – GKV zu BARMER



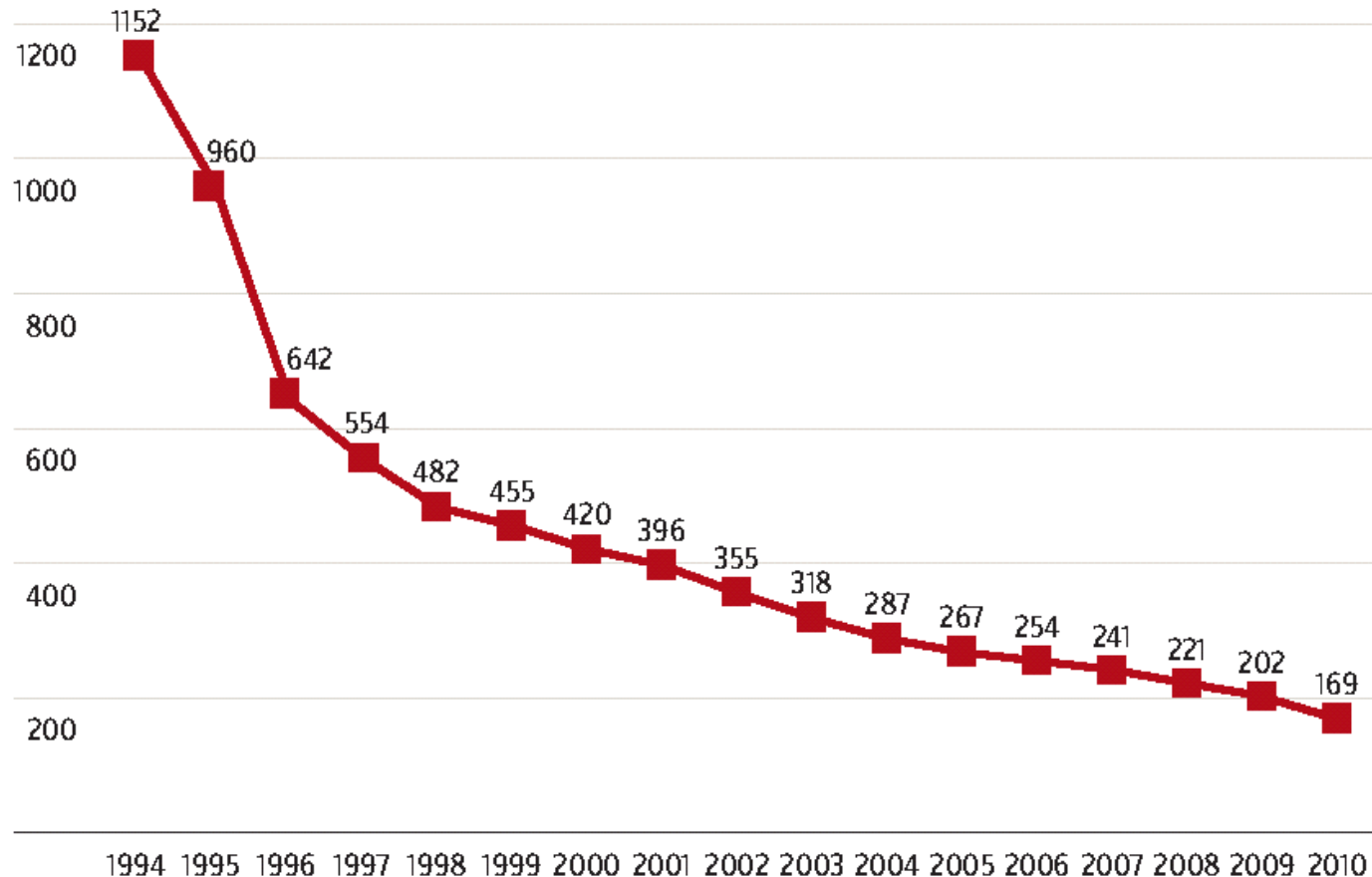
*Werte Stationäre Vorsorge/Rehabilitation und Anschlussrehabilitation

Moderate Strukturanpassung im stationären Bereich Reha und Krankenhaus

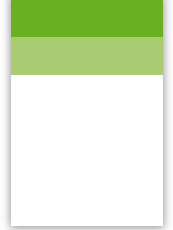


Strukturanpassungen auch bei Krankenkassen...

Anzahl der Krankenkassen



Quelle: Amtliche Statistik; Stand: 1. März 2010
Darstellung: GKV-Spitzenverband



Fazit: Reha lebt

Trotz aller Unkenrufe seit den gesetzl. „Sparpaketen“ 1997 ist festzustellen:

- Ausgaben je Versicherten für medizinische Rehabilitation über 15 Jahre relativ konstant
- Befürchteter Kahlschlag bei Reha-Kliniken hat nicht stattgefunden
- Rehabilitation lebt, aber Strukturen haben sich verändert

Reha vor Pflege

- Rehabilitation vor Pflege: Besteht hier eine Versorgungslücke?
- Nein!
- Versorgungsdefizit ist nicht erkennbar – wenn Reha-Bedarf besteht, wird adäquate Reha zur Verfügung gestellt

Pflegegutachten: häufig kein Reha-Bedarf

- Standardisierte Frage nach Reha-Bedarf im MDK Gutachten zur Pflegebedürftigkeit
- Auswertung der BARMER GEK Pflegekasse von 2.000 MDK Gutachten zur Pflegebedürftigkeit gem. SGB XI:

Die Frage nach dem individuellen Reha-Bedarf wird regelmäßig verneint

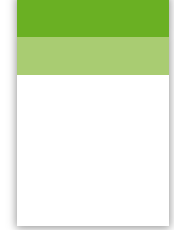
Ursachen

- Patienten waren bereits in der Reha
 - ereignisorientierte Fälle, z.B. wegen vorherigen Krankenhausaufenthalt und Anschlussreha nach Apoplex, Oberschenkelhalsbruch etc.

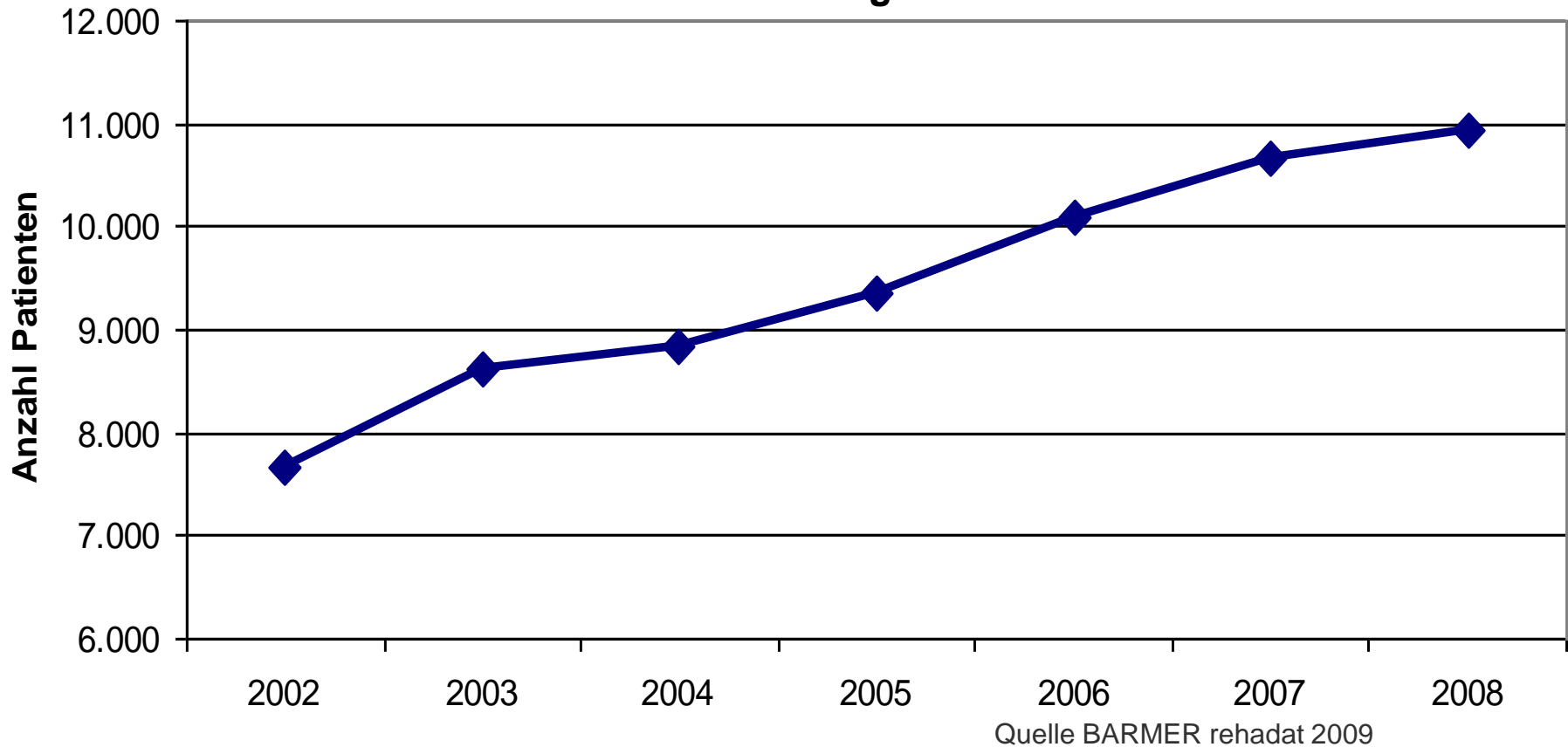
- Fehlende Reha - Fähigkeit oder - Prognose, z.B. aufgrund Demenz mit kognitiven Einschränkungen
 - Pflegestufe 3: 53 %
 - Pflegestufe 2: 57 %
 - Pflegestufe 1: 42 %
 - Sonstige Hilfebedürftige: 24 %

Infratest Sozialforschung 2003

Geriatrische AR über 30 Prozent gestiegen



BARMER Anschlußrehabilitation Fallzahlentwicklung Geriatrie



Fazit: BARMER GEK erfüllt gesetzlichen Auftrag Reha vor Pflege

Aber:

- Finanzierungssystem „Reha vor Pflege“ aus Mitteln der GKV zur Entlastung Pflegekassen setzt Fehlanreize
- SVR 2005:
„Sie (die Krankenkassen) handeln rational, wenn sie sich an der Schnittstelle für ineffiziente Lösungen entscheiden, die auch den Interessen der Versicherten zuwiderlaufen. Rehabilitation sollte von dem Träger finanziert werden, der auch den Nutzen für den Erfolg der Maßnahme trägt.“

Finanzierungssystematik

„Reha vor Pflege“ muss sich ändern



Neue Leistungszuständigkeit
der Pflegeversicherung



Unnötige
Doppelstrukturen

Finanzausgleich für Krankenkasse
über Morbi-RSA



Hoher Doku-Aufwand,
unzureichende Datenlage

Unmittelbarer Finanzausgleich:
Krankenkasse erbringt Reha
im Auftrag der Pflegekasse
(s. Mutterschaftsgeld)



Schlanke
Strukturen und Prozesse



Zukunft der Reha

Ist die Reha für die Zukunft gewappnet?

Ewiger Legitimationsdruck: Reha ist wirksam

KH-Report BARMER GEK 2010 (Auszug)

- Rund 90 % der in 2003 und 2008 operierten Patienten mit Hüft-/ Knie-TEP haben Anschlussreha in Anspruch genommen
- Krankenhausverweildauer hat sich von 2003 bis 2008 um 3,6 Tage (Hüft-TEP) bzw. 5,1 Tage (Knie-TEP) signifikant verkürzt
- Subjektive Beschwerden sind trotz Verweildauer-Verkürzung nicht gestiegen

Reha nach endoprothetischer Hüft- / Knie Operation ist fester Standard in der Versorgungskette

Untersuchungsfazit

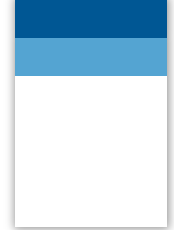
- *„Angesichts des unverändert hohen Anteils der Versicherten, der nach einem künstlichen Gelenk einen stationären Rehabilitationsaufenthalt absolviert, ist davon auszugehen, dass diese Aufenthalte den Heilungsprozess erfolgreich unterstützen und so einen wesentlichen Beitrag zu der unverändert hohen Ergebnisqualität leisten.“*

BARMER GEK Krankenhausreport 2010

Autorin: Frau Prof. Bitzer / ISEG

Veröffentlichung Juli 2010

Aktuelles Thema: Zukunftsorientierte Bedarfsplanung



Gesundheitsministerkonferenz (GMK):

- Zukunftsorientierte Bedarfsplanung:
 - Berücksichtigung Demografie und Morbiditätsentwicklung
 - Flexible Gestaltung (z.B. Arztversorgung im ländlichen Bereich)
 - Sektorenübergreifende Bedarfsplanung
- Verträge mit Auswirkung auf landesbezogene Versorgungsgeschehen sollen Land (mit Beanstandungsrecht) vorgelegt werden – unabhängig von aufsichtsrechtlicher Zuständigkeit
- Länder wollen stärkere Einflussnahme auf gesundheitliche Versorgung

Zukunftsorientierte verteilungsgerechte Bedarfsplanung

- Abbau von Unter- und Überversorgung
- durch bedarfsorientierte Versorgungskonzepte
- mit effizienten Strukturen und Prozessen, flexiblen Steuerungsmöglichkeiten
- Orientierung an Erreichbarkeitskriterien der Patienten zu Ärzten, Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen

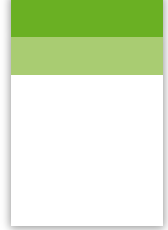
Denkbar - analog Forderung BDPK:

Nutzung der Kompetenz von Reha-Einrichtungen für die fachärztliche Versorgung in unterversorgten Regionen

Welche Rolle sollte die Reha spielen?

Berücksichtigung der Reha-Kapazitäten und -Kompetenzen in der Bedarfsplanung und vernetzten Zusammenarbeit

- Einbindung von Reha-Kliniken in die fachärztliche Versorgung in unterversorgten ländlichen Regionen
- Integration der Reha in den sektorenübergreifenden Versorgungspfad des Patienten
- Konzentration der Kompetenzen in multidisziplinären Zentren in urbanen Verdichtungsräumen
 - Fachärzte
 - Heil- und Hilfsmittelerbringer
 - Rehabilitationseinrichtung
 - Sanitätshaus

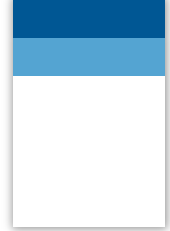


Reha weitergedacht...

Reha in Abgrenzung -
oder besser Kooperation zur Heilmittelversorgung?

- **Konzeptionell:** Patientenbezogener individueller Bedarf -
Ist immer das „volle“ ganzheitliche Reha-Programm erforderlich?
Oder kann z.B. bei einer monokausal verursachten Endoprothetik auch eine „nur“ bewegungstherapeutische Behandlung ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein?
- **Strukturell:** Kann man „tradierte“ sektorale Strukturen vernetzen?
Beispiel Holland: ambulanter Reha-Arzt vernetzt wirtschaftlich selbständige Therapeuten

Reha weitergedacht ...in 20 Jahren

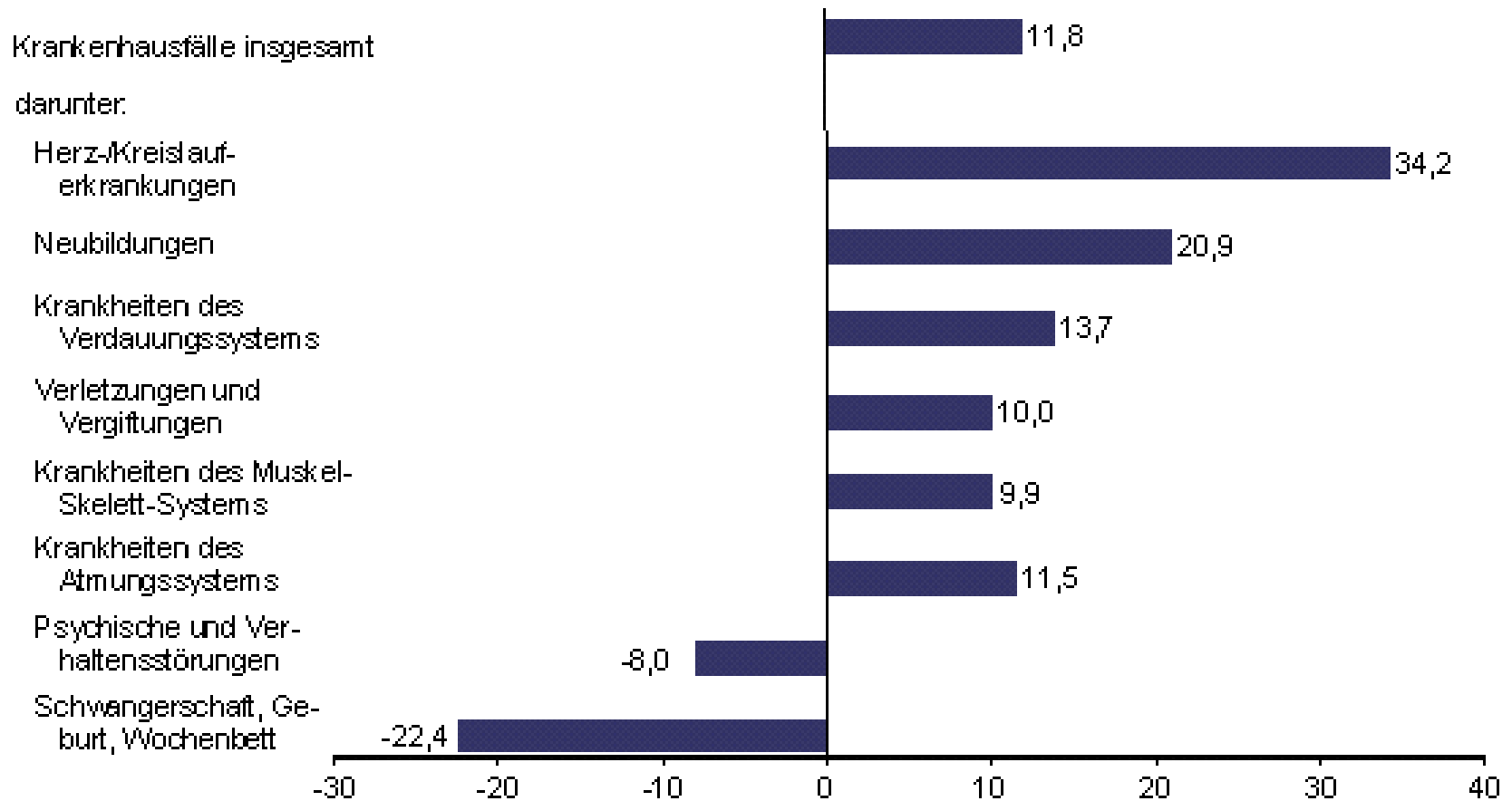


- Wohin steuert das Gesundheitswesen?
- Welche Indikationen sind relevant?

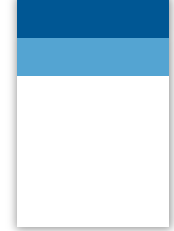
Ist die Reha darauf vorbereitet?



Veränderung Krankenhausfälle 2030 gegenüber 2005
nach Diagnosegruppen in Prozent



Statistische Ämter des Bundes und der Länder Demografischer Wandel, Heft 2, 2008



Wollen die Krankenkassen noch die Reha?

Ja - wir wollen und brauchen die Reha, die sich...

- ... im Gesundheitssystem vernetzt
- ... an Krankenhaus- und demografischer Entwicklung ausrichtet
- ... indikations- und zielgruppenspezifisch in integrierte Versorgungsmodelle einbindet
- ... aktiv in die politische Diskussion einbringt
- ... dem Qualitätswettbewerb stellt

Reha – aus der Tradition in die Zukunft...

