
SACHVERSTÄNDIGENRAT
zur Begutachtung der Entwicklung
im Gesundheitswesen

**Bedarfsgerechte Versorgung –
Perspektiven für ländliche Regionen
und ausgewählte Leistungsbereiche**

Gutachten 2014

382. Gegen die Einführung bzw. Stärkung zeitinvarianter Fallpauschalen zur Vergütung der medizinischen Rehabilitation sprechen jedoch einige Gründe. So ist die Optimierung von Behandlungsabläufen mit dem Ziel der Reduzierung von Verweildauern in der Reha nur begrenzt möglich und sinnvoll. Der durch Fallpauschalen gesetzte Anreiz zur Verweildauerverkürzung könnte ganz im Gegenteil sogar zur Abnahme der Therapiequantität und -qualität führen. Auch wird angeführt, dass Effizienzsteigerungen nicht durch generelle Verweildauerverkürzungen zu erzielen seien, da die Dauer des Aufenthalts in vielen Fällen ein Qualitätsmerkmal an sich sei. So sind die Therapiedichte und der Ressourceneinsatz pro Tag (anders als im Akutbereich) nicht unbedingt abnehmend über die Verweildauer. Vielmehr kann es sogar sein, dass ein Rehabilitand mit sich besserndem Gesundheitszustand belastbarer wird und damit gegen Ende des Behandlungszeitraums für eine höhere Therapieintensität in Frage kommt. Zudem wäre die Gefahr einer durch fallpauschalierte Vergütung ausgelösten Leistungsreduzierung pro Fall im Bereich Reha deswegen hoch, da Effekte der Rehabilitation in der Regel erst langfristig sichtbar werden und negative Folgen ggf. kurzfristig nicht erkennbar sind (GA 2003, Ziffer 617ff.; 621ff.; 631; Haaf et al. 2004; König 2008).

Allerdings sehen Krankenkassen in den allermeisten Fällen bereits heute eine Vergütung per Fallpauschale vor. Berichte über eine hierdurch sinkende Behandlungsqualität sind nicht bekannt. Auch ist fraglich, ob in jedem Fall am pauschalen Dreiwochen-Richtwert der medizinischen Rehabilitation festgehalten werden sollte oder nicht doch in einigen Fällen Verweildauerreduktionen möglich wären. So sind kürzere Behandlungsdauern für einzelne Indikationen durchaus denkbar und werden vor allem im ambulanten Bereich bereits realisiert. Auch neuere Intervallkonzepte mit sich abwechselnden stationären und ambulanten Phasen bieten an diesen Stellen einige Chancen. Insgesamt ist das Potenzial zu Verweildauerreduktionen in der Reha jedoch vermutlich deutlich kleiner als es vor Einführung des Fallpauschalensystems im akutstationären Bereich war. Zudem bergen auch die tagesgleichen Pflegesätze bedenkliche Anreize zur Verlängerung der Verweildauer und außerdem nicht weniger Anreize zu Fallzahlsteigerungen als eine Fallpauschale. Die aktuelle Begutachtungs- und Zuweisungspraxis durch die Reha-Kostenträger und gesetzliche Richtwerte zur Aufenthaltsdauer schränken unangemessene Leistungsausweitungen jedoch wirksam ein.

383. Unter Abwägung all dieser Argumente spricht vieles für die Wahl einer hauptsächlich tagespauschalierten Vergütung inklusive der Definition oberer und unterer Grenzverweildauern. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) könnte zu diesem Zweck Relativgewichte auf Basis der Ist-Kosten in Kalkulations-Reha-Einrichtungen bestimmen. Die Aushandlung eines tagesbasierten Basisfallwertes zur Multiplikation der Relativgewichte bliebe weiterhin dem freien Aushandlungsprozess zwischen Reha-Trägern und -Leistungserbringern überlassen.

384. Im Rahmen dieser Verhandlungen sollte zudem eine stärkere Ergebnisorientierung der Vergütung angestrebt werden, wozu bereits heute erste Ansätze vorliegen. Hierfür könnte beispielsweise ein Bonus-Malus-System in Frage kommen, welches sich an nachweisbaren Behandlungsergebnissen oder Patientenzufriedenheitsmessungen orientiert. Zu erwähnen ist in erster Linie ein Projekt zur ergebnisorientierten Vergütung im Bereich der neurologischen Rehabilitation nach Schlaganfall mittels des sogenannten „Selbstständigkeits-Index für die Neurologische und Geriatrische Rehabilitation (SINGER)“, der die Fähigkeiten und den Hilfebedarf im Alltagsleben des Patienten misst. Es wird ein Vergleich der vorhergesagten und der tatsächlich erreichten Ergebnisse

vorgenommen.³¹² Unterschiede zwischen den Kliniken hinsichtlich ihrer Patientenstrukturen und Fallschweren werden statistisch ausgeglichen, Fehlanreize zur Risikoselektion werden auf diese Weise vermieden. Stichprobenprüfungen des MDK können dabei Manipulationen der Dateneingaben der Kliniken, die ein Interesse an einer größeren Verbesserung des SINGER-Index haben, erschweren (Gerdes et al. 2009).

Die Ergebnisse dieses Modellprojektes sind recht vielversprechend, es wurden wichtige methodische und organisatorische Voraussetzungen für die Etablierung einer ergebnisorientierten Vergütung in der Rehabilitation geschaffen. Sie sollten jedoch zukünftig auf eine noch breitere empirische Basis gestellt werden und zusätzliche Indikationsbereiche der Rehabilitation umfassen. Außerdem wäre es wichtig, dass die Datenbasis eines solchen ergebnisorientierten Vergütungssystems bei „Scharfschaltung“ möglichst sämtliche Leistungserbringer bzw. alle Fälle einer Patientengruppe berücksichtigt. Ansonsten besteht die Gefahr, dass nur überdurchschnittlich gute Anbieter untereinander verglichen werden und dabei einige eigentlich gute Leistungserbringer mit Maluszahlungen belegt werden, da unterdurchschnittliche Anbieter gar nicht erst teilnehmen.

Exkurs: Auswirkungen der Einführung von DRG-Fallpauschalen auf den Reha-Bereich

385. Vor Einführung der zeitinvarianten DRG-Fallpauschalen zur Vergütung akutstationärer Leistungen wurde befürchtet (so beispielsweise im GA 2000/2001, Ziffer 605), dass der Reha-Sektor als Verschiebebahnhof benutzt werden könnte und Patienten zu früh, d. h. nicht Reha-fähig, entlassen werden, sodass Aufwandsverlagerungen vom Akut- in den Reha-Bereich stattfinden würden.

Nach etwa einem Jahrzehnt kann inzwischen festgehalten werden, dass sich seither die Verweildauern im akutstationären Bereich deutlich verkürzt haben und im Rehabilitationssektor eine veränderte Patientenstruktur zu beobachten ist. So stieg beispielsweise der Anteil der geriatrischen Reha und der Anschlussrehabilitationen deutlich an. Allerdings setzte diese Entwicklung bereits vor Einführung der DRG-Vergütung ein und kann nicht direkt auf die Pauschalvergütung im Krankenhaussektor zurückgeführt werden.

Die offizielle G-DRG-Begleitforschung kommt zum Ergebnis, dass der Anteil der Patientenzugänge direkt aus dem Krankenhaus (insbesondere in der DRG-Einführungsphase) zwar angestiegen ist, jedoch nicht erkennbar sei, ob und in welchem Maße die Einführung des G-DRG-Systems direkt zu einer Steigerung des Behandlungsaufwands führte. Diesen Ausführungen zufolge gibt es keine eindeutigen Ergebnisse, die darauf schließen lassen, dass es durch die Einführung des neuen Vergütungssystems zu einer Übertragung von Leistungen aus dem akutstationären Bereich in die Rehabilitation gekommen ist (Fürstenberg et al. 2013).

Eine weitere Studienreihe zur Begleitung der Einführung des DRG-Systems kommt zu ähnlichen, jedoch teilweise recht widersprüchlichen Ergebnissen. So konnten die Autoren der REDIA-Studie³¹³ zunächst keine signifikante Verlagerung des Behandlungsaufwands oder eine

312 Die Differenz stellt den sogenannten Residualwert dar. Zur Kalkulation von Bonus- oder Maluszahlungen wird ein Vergleich der Mittelwerte der Residuen zwischen den Kliniken vorgenommen. Positive Werte zeigen, dass der Anbieter bessere Outcomes erreicht hat als in der gesamten Stichprobe zu erwarten war (unter Berücksichtigung der Fallschwere der behandelten Patienten).

313 Die Autoren untersuchen die Situation am Beispiel umfangreicher Daten aus mehreren Jahren aus dem Bereich der Anschlussheilbehandlung/Anschlussrehabilitation von Patienten der Kardiologie und Orthopädie.

Rechtsgrundlage für die Tätigkeit des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (seit dem 1. Januar 2004)

Fünftes Sozialgesetzbuch

Fünftes Kapitel

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

§ 142

(1) Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung beruft einen Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Zur Unterstützung der Arbeiten des Sachverständigenrates richtet das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung eine Geschäftsstelle ein.

(2) Der Sachverständigenrat hat die Aufgabe, Gutachten zur Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung mit ihren medizinischen und wirtschaftlichen Auswirkungen zu erstellen. Im Rahmen der Gutachten entwickelt der Sachverständigenrat unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und vorhandener Wirtschaftlichkeitsreserven Prioritäten für den Abbau von Versorgungsdefiziten und bestehenden Überversorgungen und zeigt Möglichkeiten und Wege zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens auf; er kann in seine Gutachten Entwicklungen in anderen Zweigen der Sozialen Sicherung einbeziehen. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung kann den Gegenstand der Gutachten näher bestimmen sowie den Sachverständigenrat mit der Erstellung von Sondergutachten beauftragen.

(3) Der Sachverständigenrat erstellt das Gutachten im Abstand von zwei Jahren und leitet es dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung in der Regel zum 15. April, erstmals im Jahr 2005, zu. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung legt das Gutachten den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes unverzüglich vor.

**Mitglieder des Sachverständigenrates zur Begutachtung
der Entwicklung im Gesundheitswesen****Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH**

Institut für Allgemeinmedizin
Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main
(Vorsitzender)

Prof. Dr. rer. pol. Eberhard Wille

Abteilung Volkswirtschaftslehre
Emeritus Universität Mannheim
(stellvertretender Vorsitzender)

Prof. Dr. Wolfgang Greiner

Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Universität Bielefeld

Prof. Dr. med. Marion Haubitz

Medizinische Klinik III (Nephrologie)
Klinikum Fulda gAG

Prof. Dr. phil. Doris Schaeffer

Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Universität Bielefeld

Prof. Dr. med. Petra A. Thürmann

Philipp Klee-Institut für Klinische Pharmakologie
HELIOS Klinikum Wuppertal

Prof. Dr. Gregor Thüsing, LL.M. (Harvard)

Institut für Arbeitsrecht und Recht der Sozialen Sicherung
Universität Bonn