

Geleitwort I

Mit der Redia-Studie wird das Ziel verfolgt, die Auswirkungen der Einführung der Diagnosis related groups (DRG) im Krankenhausbereich für Patienten auf die medizinische Rehabilitation in Deutschland zu erforschen. Mit der vorliegenden Reha-Studie III wird die Reha-Studie I und II fortgeführt.

Die Erfahrungen in anderen Ländern (z.B. Australien und USA) haben gezeigt, dass die Umstellung der Finanzierung der Krankenhausleistungen von herkömmlichen Tagessätzen auf diagnosebezogene Fallpauschalen auf die nachfolgenden Versorgungsbereiche, insbesondere auf die Rehabilitation, Auswirkungen hat.

Ausgangspunkt für die Redia-III-Studie war die Redia-II-Studie. Die Redia-II-Studie untersuchte die ersten Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland. Mit ihr wurde nachgewiesen, dass es durch die DRG-Einführung zu kürzeren Verweildauern im Krankenhausbereich kam. Dies führte dazu, dass die Patienten früher in die Rehabilitationseinrichtungen aufgenommen wurden. Eine Verlängerung der stationären Rehabilitationsaufenthaltszeiten war jedoch nicht zu beobachten. Vielmehr verkürzte sich der Gesamtbehandlungsprozess in den untersuchten Bereichen Orthopädie und Kardiologie deutlich.

Inwieweit sich die in der Redia-II-Studie festgestellten Veränderungen langfristig weiterentwickeln, sollte die Redia-III-Studie untersuchen. Zur Feststellung langfristiger Effekte der DRG-Einführung auf die medizinische Rehabilitation war die Erhebung weiterer Vergleichsdaten im Rahmen einer dritten Studienphase erforderlich. Unter an-

derem sollte auch untersucht werden, ob es zu einer Kostenverlagerung vom Bereich der Krankenversicherung (Akutbehandlung im Krankenhaus) in den Bereich der Rentenversicherung (Rehabilitation) gekommen ist.

Mit den Redia-Studien I–III wird eine bisher zum Teil kontrovers geführte Diskussion um die Auswirkungen der DRG-Einführung auf eine empirische Grundlage gestellt. Die Redia-Studie leistet einen wesentlichen Beitrag zur Erforschung der Auswirkungen der DRG-Einführung auf das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland. Aus diesem Grunde handelt es sich bei der Redia-Studie um eine wichtige Forschungsarbeit.

Als große Rehabilitationsträger haben die Deutsche Rentenversicherung Bund und die Deutsche Rentenversicherung Westfalen die Redia-Studie unterstützt. Seitens der Deutschen Rentenversicherung Westfalen haben die Kliniken Münsterland, Königsfeld und Salzetal an der Studie mitgewirkt.

Der Aussagewert der Redia-Studie ist aus folgenden Gründen als sehr hoch einzuschätzen. Zum einen ist die Studie die einzige, die schon vor der Einführung der DRG begann und nach Abschluss in der Konvergenzphase endete. Zum anderen konzentriert sich die Studie auf die Bereiche Orthopädie und Kardiologie, die 50 % der Rehabilitationspatienten abdecken und einen hohen Anteil an der Anschlussrehabilitation bilden.

In der ersten Phase, d.h. in den Jahren 2003 und 2004 wurde die Ausgangssituation vor Einführung der DRGs erfasst. Die

zweite Phase in den Jahren 2005 und 2006 diente dazu, den Einfluss der DRG-Einführung auf den Versorgungsprozess bei den einbezogenen Diagnosen sowie erste Auswirkungen der DRGs auf die Behandlungsbedarfe in der Rehabilitation zu untersuchen. Während der dritten Phase in den Jahren 2008 bis 2009 wurde untersucht, welche langfristigen Effekte die DRGs auf die medizinische Rehabilitation haben. Die Redia-Studie bestätigte die Vermutung, dass durch die Einführung der DRGs die Patienten aus dem Akutkrankenhaus schneller entlassen werden.

Neben den fiskalischen und organisatorischen Fragen darf der Patient aber nicht außen vor bleiben. Die Gesundung des Patienten und die Wiederherstellung der Teilhabefähigkeit (am Erwerbsleben und an der Gesellschaft) muss auch weiterhin Triebfeder aller Handlungen sein. Der Patient steht im Mittelpunkt. Dieses wird auch bei der Umsetzung der UN-Behindertenkonvention

durch die Bundesregierung deutlich. Unter der Überschrift »Mit Dir zum Wir« arbeitet das Bundesministerium für Arbeit und Soziales zusammen mit den Behinderten- und Wohlfahrtsverbänden, den Sozialversicherungsträgern und anderen gesellschaftlichen Gruppen an der nationalen Umsetzung der UN-Behindertenkonvention. Die UN-Behindertenkonvention fordert die Inklusion behinderter Menschen. Inklusion bedeutet, dass behinderte Menschen überall einbezogen werden. Für die medizinische Rehabilitation gilt auch weiterhin, dass sie sich an die Bedürfnisse und Möglichkeiten der Patienten anpassen muss.

Münster, Dezember 2013

Thomas Keck
Erster Direktor
Deutsche Rentenversicherung Westfalen

Geleitwort II

Das Gesundheitssystem ist mit rund 4,6 Mio. Beschäftigten und ca. 263 Mrd. € Umsatz pro Jahr ein zentraler Bestandteil unseres Sozialleistungssystems. Es hat sich bewährt und ist international anerkannt. Für den einzelnen Menschen ist Gesundheit von elementarer Bedeutung. Deshalb müssen wir dafür Sorge tragen, dass qualitativ hochwertige Leistungen zur Verfügung stehen, die in jedem Einzelfall die bestmögliche Versorgung sicherstellen.

Für die Zukunft steht das Gesundheitssystem vor großen Herausforderungen: Unsere Gesellschaft ist dadurch gekennzeichnet, dass die Menschen immer älter werden. Zugleich zeigen sich nicht nur im Alter zunehmend chronische Beschwerden und komplexere Krankheitsbilder. Gerade weil aber mit dem demografischen Wandel zwangsläufig eine Verlängerung der Lebensarbeitszeit einhergeht, gewinnen Maßnahmen zur Gesunderhaltung am Arbeitsplatz und die Rehabilitation weiter an Bedeutung. Der Bedarf an medizinischen Leistungen wird auch künftig weiter steigen. Behandlungsmethoden und Therapien werden fortentwickelt.

Dies zieht zwangsläufig die Frage nach den Kosten für diese Leistungen nach sich. Das System muss für die Menschen, die es finanzieren, bezahlbar bleiben. Dennoch sollen die Menschen die Qualität der Leistungen erwarten dürfen. Vor allem muss deutlich werden, dass eine Begrenzung der Kosten keineswegs eine Verschlechterung der Qualität mit sich bringen muss. Wichtig ist bei allen Reformvorhaben in diesem sensiblen Bereich, dass nicht an

einzelnen Stellschrauben gedreht, sondern auch die Auswirkung auf das Gesamtgefüge beachtet wird. Wir dürfen dabei nicht aus dem Blick verlieren, dass es immer um Menschen geht.

Qualitätssicherung und die Begrenzung von Kosten schließen sich allerdings nicht aus. Kosten werden durch Abrechnungen transparent. Ein Baustein im Rahmen der Veränderungen des Gesundheitssystems war die Einführung der Diagnose related groups (DRG). Bereits mit Wirkung vom 1. 4. 2004 wurde für alle deutschen Krankenhäuser das DRG-Fallpauschalensystem als verbindliche Abrechnungsgrundlage eingeführt. Seitdem wird nach einem diagnosebezogenen pauschalierten Festkostensystem abgerechnet, unabhängig vom tatsächlichen individuellen Krankheits- und Genesungsverlauf bzw. den tatsächlich anfallenden Behandlungskosten, Liege- und Verweildauern der Patienten. Die Gruppierung zu den einzelnen Fallgruppen beruht im Wesentlichen auf der Hauptdiagnose. Weitere mögliche Klassifikationsmerkmale sind aber auch beispielsweise Alter oder Geschlecht. Erfahrungen aus anderen Ländern zeigten, dass die Einführung eines DRG-Systems nicht unerhebliche Auswirkungen auf den Bereich der Rehabilitation und der Nachsorge haben kann.

Daher haben die Deutsche Rentenversicherung Bund und die Deutsche Rentenversicherung Westfalen dem Institut für Krankenhausmanagement der Universität Münster gern den Forschungsauftrag erteilt, die Auswirkungen der DRG auf die Rehabilitation in Deutschland zu analysie-

ren. Die REDIA-Studie unter der Projektleitung von Herrn Professor von Eiff hat die Thematik eingehend sowohl in Bezug auf die Orthopädie als auch im Hinblick auf die Kardiologie aufgearbeitet. Ich freue mich, dass die sehr aufschlussreichen Ergebnisse nunmehr vorliegen und in diesem Buch vorgestellt werden.

Sie zeigen, dass es der medizinischen Rehabilitation gelungen ist, die durch die Verkürzung der Verweildauer im Akuthaus bei den Patienten aufgetretenen Veränderungen zu kompensieren. Daher gebührt ein großes Kompliment den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Rehabilitationseinrichtungen, die den gesteigerten Behandlungsaufwand im medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Bereich aufgefangen haben.

Für die ausgezeichnete Arbeit der Herausgeber und der Autoren sei an dieser Stelle sehr herzlich gedankt. Diese sehr differenzierte Analyse der in drei Stufen durch-

geförderten REDIA-Studie bietet nunmehr qualifizierte, wissenschaftlich fundierte Aussagen über die Auswirkungen der DRG auf die Rehabilitation und damit verbunden insbesondere auch über die Qualität der Rehabilitation. Mit diesem Geleitwort verbinde ich den Wunsch, dass die Forschungsergebnisse Rückschlüsse erlauben, wie die Rehabilitation im Interesse der Menschen, um die es geht, effizienter gestaltet und fortentwickelt werden kann. Ich wünsche diesem Buch viele Leser, die Freude an einer hervorragenden Untersuchung der Qualitäts- und Kostenkonsequenzen der DRG-Einführung haben.

Münster, Dezember 2013

Karl Schiewerling, MDB
*Alternierender Vorstandsvorsitzender
der Vertreterversammlung der
DRV Westfalen*

Vorwort

Der Markt für Rehabilitationsleistungen hat sich durch die Reformgesetzgebung der 1990er Jahre sowie der Jahre 2004 (Einführung des DRG-Systems im vollstationären Bereich) und 2007 (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz und Vertragsarztänderungsgesetz) einerseits sowie andererseits durch wachsende Rivalität innerhalb der Branche, ausgelöst durch Vergütungsverfall im Bereich der GKV-Pflegesätze sowie durch Fusionen und Übernahmen, zu einem dynamischen Wettbewerbsmarkt entwickelt.

Obwohl die volkswirtschaftliche und gesundheitspolitische Relevanz der Rehabilitation ebenso unbestritten ist wie deren Bedeutung aus individueller Sicht von betroffenen Patienten und Angehörigen, handelt es sich um einen Markt, der durch zunehmende Nachfrage (Gründe: demografischer Wandel, DRG-System im vollstationären Bereich), aber beschränkte Finanzierungsmöglichkeiten (Gründe: Kostensteigerungen durch Zunahme multimorbider Patienten, medizin-technische Innovationen, neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) gekennzeichnet ist.

Diese Entwicklung hat dazu beigetragen, dass die Rehabilitation in Deutschland »medizinischer« und »betriebswirtschaftlicher« wurde. »Medizinischer«, weil die Patienten bei Aufnahme in die Reha mittlerweile einen erkennbar verschlechterten Allgemeinzustand bei früherer postoperativer Verlegung aufweisen und dadurch weniger belastbar sind, was die Rehabilitationsmöglichkeiten einschränkt. Darüber hinaus gehören Wundversorgung und Medikationstherapien (Thromboseprophylaxe,

Schmerzmanagement, Entzündungen) mittlerweile zum Standard. In besonderer Weise sind die Bereiche Neurologie, Kardiologie und Orthopädie von dieser Entwicklung betroffen. »Betriebswirtschaftlicher«, weil der Kostendruck in den Reha-Einrichtungen steigt (in 2012 betragen die Kostensteigerungen zwischen 2,5 und 3 Prozent) und gleichzeitig die Qualitätsanforderungen sowie die Aufwendungen für Case Manager, Wundversorgung, intensive Physiotherapie und Medikation zunehmen.

Als Ergebnis der REDIA-Studie ist festzustellen, dass im Rehabilitationsbereich im Zeitraum 2003 bis 2011

- sich der medizinische Aufwand um ca. 25 % intensivierte,
- die Verweildauer um ca. 6,5 Tage zurückging,
- der medizinische Zustand des Patienten bei Aufnahme in die Reha sich um ca. 20 % verschlechterte und gleichzeitig
- die GKV-Vergütung um etwa 15 % abgesenkt wurde.

Vor diesem Hintergrund setzt die nachhaltige Existenzsicherung einer Reha-Einrichtung voraus, dass betriebswirtschaftliche Methoden flankierend eingesetzt werden, um die ökonomische und strategische Marktposition zu festigen. Strategisches Management, Marketing und Markenführung, Prozessmanagement und Controlling finden zunehmend Eingang in die bisher dominant medizinisch geprägten Arbeits- und Entscheidungsprozesse in Reha-Einrichtungen. Die Herausforderung der Ökonomisie-

rung des Reha-Betriebs besteht darin, betriebswirtschaftliche Handlungsmaximen so einzuführen, dass medizinethische Prinzipien nicht verletzt werden, sondern im Gegen teil durch ökonomische Handlungsmaxi men Rationierung und Priorisierung medizini scher Leistungen un terbleiben können.

Die vorliegende Publikation ist die Kon sequenz aus den Erfahrungen und Er gebnissen der REDIA-Studie, die als ein zige Langzeitstudie (2003 bis 2011) die Aus wirkungen der DRG-Einführung im akutstationären Bereich auf medizinische Leistungsstrukturen und Kosten im Re habilitationsbereich systematisch in drei Studienabschnitten untersuchte: Vor Ein führung der DRGs (2003), während der Konvergenzphase (2005/07) und nach erfolgter Einführung (2010/11).

Als Ergebnis der REDIA-Studie zeigte sich, dass die mit der Einführung des DRG-Systems im vollstationären Bereich ver bundenen Ziele der Verweildauerreduk tion erwartungsgemäß eingetreten sind. Un terschätzt wurden allerdings die orga nisatorischen Konsequenzen des DRG-An

reizsystems, wodurch Management-Lücken in der sektorübergreifenden Patientensteue rung offenbar wurden.

Insofern setzt sich die vorliegende Pu blikation nicht nur mit veränderten medi zinischen Rahmenbedingungen und Be handlungstrends auseinander, sondern ver mittelt auch handbuchartig Wissen über Management-Instrumente, die auf dem Weg zur Sicherung der Überlebensfähigkeit einer Reha-Einrichtung von Nutzen sind.

Allen Mitautoren gilt unser Dank für ihre fachlich fundierten und engagierten Bei träge. Ein besonderer Dank geht an Dipl.-Kfm. Stefan Schüring und Dennis Haking, M.Sc. BA, die mit großem Engagement die orga nisatorische und redaktionelle Betreuung übernahmen.

Münster, Bad Rothenfelde, Ennepetal
im Dezember 2013

Wilfried von Eiff
Bernhard Greitemann
Marthin Karoff