

Prof. Dr. rer. oec. habil. Herbert Schirmer

Leistungsgerechte Vergütung in der Rehabilitation und Optimierung des Überganges von der Akutklinik zur Rehabilitationsklinik dringend notwendig

Aktuelle Situation in der Rehabilitation

Seit mehr als fünfzehn Jahren ist die Leistungsvergütung von Rehabilitationskliniken unzureichend geregelt ist. Das Problem besteht vor allem darin, dass es grundlegend verschiedene Rehabilitationsträger gibt. Die Rehabilitationsträger (Reha-Träger) übernehmen die Kosten für die Hilfen und Therapien der Rehabilitation. In Deutschland gehören zu den Rehabilitationsträgern die Gesetzliche Krankenversicherung, die Rentenversicherung, die Bundesagentur für Arbeit, die Gesetzliche Unfallversicherung, die Sozialhilfe und die Öffentliche Jugendhilfe. Die Rehabilitationsträger wählen ihre Vertragspartner nach den Strukturmerkmalen, wie Personalausstattung, Qualität der Leistungen und nach dem Preis aus. Die Rehabilitationskliniken entscheiden selbst, wie lange der Patient in der Rehabilitationsklinik bleibt.

Gegenwärtige Vergütung in der Rehabilitation

Die Gesetzlichen Krankenversicherungen vereinbaren Indikationsfallpauschalen mit einem Verweildauerkorridor. Sie differenzieren bei ihren Fallpauschalen grob nach der Indikation und der Fallschwere. Die Vergütungssätze umfassen die Therapie, die Pflege, die medizinische Behandlung und die Hotelleistungen. Die Deutsche Rentenversicherung vergütet über einrichtungsspezifische, vollpauschalisierte einheitliche Tagessätze. Bei den Tagessätzen wird die Fallschwere nicht berücksichtigt und die komplexeren Behandlungen von Patienten werden mit dem gleichen Vergütungssatz, wie er für eine normale Behandlung festgelegt ist, vergütet. Das hat zur Folge, dass der tatsächliche Leistungsaufwand für den einzelnen Patienten bei der Leistungsvergütung keine Rolle spielt.

Für beide Vergütungsformen gibt es keine unmittelbaren gesetzlichen Regelungen. Damit gibt es zu geringe Anreize für eine effiziente Leistungserbringung und es ist auch nicht möglich, die Pflegekräfte in den Rehabilitationskliniken leistungsgerecht zu vergüten. Da sich die Vergütung weder an erbrachten Leistungen, Resultaten oder Strukturmerkmalen, wie die Personalausstattung, orientiert, ist dieses System im Vergleich zum DRG-System für Akutkliniken wesentlich undifferenzierter. Die Finanzierung ist monistisch geregelt und Investitionen müssen mit Gewinnen erwirtschaftet werden.

Steigende Leistungsanforderungen an die Rehabilitationskliniken bei schlechter Marktposition

Mit der Einführung von Fallpauschalen zur Leistungsvergütung von Akutkliniken hat sich die Situation für Rehabilitationskliniken weiter verschärft, da die Patienten immer früher aus der stationären Krankenhausbehandlung entlassen werden. Während vor fünfzehn Jahren die durchschnittliche Verweildauer noch elf Tage betrug, ist sie jetzt auf durchschnittlich 7,2 Tage gesunken. Die Charité – Universitätsmedizin Berlin weist sogar nur noch eine durchschnittliche Verweildauer der Patienten von 5,8 Tage aus. Durch die Verkürzung der Verweildauer in den Akutkliniken kommen die Patienten auch früher in die Rehabilitationskliniken und sind teilweise noch nicht rehabilitationsfähig. Aufgrund der demografischen Entwicklung verändert sich außerdem die Patientenstruktur hin zu multimorbiden Patienten, die eine spezielle Betreuung benötigen. Gleichzeitig steigt in den Rehabilitationskliniken der Aufwand für die Patienten durch höhere Tarifabschlüsse, steigende Energie- und Lebensmittelkosten, wachsende Qualitätsansprüche der Patienten sowie gesetzliche Qualitätsvorgaben und Leistungsanforderungen der Kostenträger.

Die Bewilligung der Rehabilitationsleistungen für die Patienten und der Abschluss des Versorgungsvertrages werden von den Rehabilitationsträgern entschieden. Die Rehabilitationsträger entscheiden auch, in welcher Rehabilitationsklinik die Patienten behandelt werden. Damit haben die Rehabilitationseinrichtungen eine schlechte Marktposition. Durch diese Situation und den damit steigenden Wettbewerbsdruck beantragen die Geschäftsführer vieler Rehabilitationskliniken in den Vergütungsverhandlungen mit den Rehabilitationsträgern keine Vergütungserhöhung. Sie haben Angst, dass die Rehabilitationsträger ihnen dann keine Patienten mehr schicken. Bei Vergütungsstreitigkeiten zwischen den Krankenkassen und den Rehabilitationseinrichtungen kann eine Landesschiedsstelle angerufen werden. Davon machen aber die Rehabilitationseinrichtungen wenig Gebrauch, da sie auf die Zuweisung der Rehabilitationsträger angewiesen sind. Die Rehabilitationseinrichtungen akzeptieren lieber eine geringere Vergütung, als einen Einweiser zu verlieren.

Zunahme von multimorbiden Patienten erhöht in den kommenden zehn Jahren die Rehabilitationsbedürftigkeit unserer Mitbürgerinnen und Mitbürger

Im Jahr 2015 wurden durch die Gesetzliche Krankenversicherung 740.545 und durch die Rentenversicherung 1.027.833 Anträge auf Rehabilitationsleistungen genehmigt. Bis zum Jahr 2030 wird die Fallzahl auf über 2 Millionen steigen. Durch die Zunahme von multimorbiden Patienten wird vor allem die Rehabilitationsbedürftigkeit in den Fachbereichen Geriatrie, Orthopädie, Neurologie und Kardiologie zu nehmen.

Um zukünftig eine hohe Behandlungs- und Betreuungsqualität in der Rehabilitation sicherzustellen, stehen die Rehabilitationseinrichtungen vor großen Herausforderungen ausreichend qualifiziertes Fachpersonal zu finden, das angemessen vergütet werden muss. Die Rehabilitationskliniken müssen neben angemessenen Gehältern für die Beschäftigten auch attraktive Arbeitsbedingungen durch neue Investitionen schaffen. Dazu ist es erforderlich, die finanzielle Situation der Rehabilitationskliniken zu verbessern. Ob das gelingt, hängt im entscheidenden Maße vom Gesetzgeber und den Rehabilitationsträgern ab.

Die Rehabilitationskliniken brauchen neue Vergütungsstrukturen

Damit die Rehabilitationskliniken künftig leistungsgerecht vergütet werden können, sollte in einem ersten Schritt der Aufwand für die Rehabilitation der einzelnen Patientengruppen sauber kalkuliert werden.

Die Vergütung der Rehabilitationskliniken sollte an die Qualität der Rehabilitationsleistungen gekoppelt werden, um eine möglichst hohe Behandlungsqualität zu erreichen. Sonderleistungen wie Wundversorgung müssen auch mit Sonderentgelten vergütet werden.

In einem zweiten Schritt sollte geprüft werden, ob es nicht sinnvoll ist, das bewährte Fallpauschalensystem aus dem Akutbereich auf die Rehabilitation zu übertragen und eventuell die beiden Pauschalen zu einer Komplexpauschale zu verknüpfen.

Damit könnten die Patienten zu Behandlungsgruppen in der Rehabilitation zusammengeführt werden. Bereits im Jahr 2010 wurde vom Direktor des Instituts für Gesundheitsökonomik (IfG) München, Professor Dr. Günter Neubauer, eine Studie veröffentlicht, die vorsieht, Schweregradgruppen in der Rehabilitation zu bilden. Damit könnten die Kosten besser abgebildet werden. Der große Vorteil wäre außerdem, dass der individuelle Schweregrad des einzelnen Patienten in der Vergütung Berücksichtigung finden und damit langfristig eine leistungsgerechte Vergütung mit vollständiger Systemtransparenz gewährleistet werden könnte. Für die Kostenträger wäre die Einführung von Fallpauschalen zunächst kostenneutral.

Patientenbezogene Komplexpauschale als neuer Lösungsansatz für eine gerechte Leistungsvergütung für Akut- und Rehabilitationskliniken

Die Einführung einer patientenbezogenen Komplexpauschale für die stationäre Akutbehandlung und die Versorgung in stationären oder ambulanten Rehabilitationseinrichtungen kann zu einer Verbesserung der Vergütung in der Rehabilitation führen, wenn der Wille bei den Beteiligten vorhanden ist und klare vertragliche Regelungen für den Leistungsübergang und die Teilung des Gesamtbudgets getroffen werden. Die Komplexpauschale erfordert klare indikationsbezogene Regelungen zur Rehabilitationsfähigkeit des Patienten. Erbringen die Rehabilitationskliniken für die Patienten Mehrleistungen als für eine Rehabilitationsklinik üblich, ist durch die betreffende Akutklinik eine höhere Vergütung zu leisten.

Für die Akutklinik hat diese Regelung den Vorteil, dass das freie Bett mit einem neuen Patienten belegt werden kann. Bei bestimmten Indikationen ist es sogar sinnvoll, den Patienten früher in die Rehabilitation aufzunehmen, um ihn schneller zu mobilisieren und Kosten zu sparen.

Die Einführung einer gemeinsamen Komplexpauschale für Akut- und Rehabilitationskliniken ist geeignet, Schnittstellen zwischen beiden Einrichtungen zu Brücken zu machen und damit Versorgungsbrüche für die Patienten zu verhindern.

Mit einer Komplexpauschale für Akut- und Rehabilitationskliniken lassen sich zweifellos Kosten für das Gesundheitssystem sparen und eine individuelle, hochwertigere Versorgung der Patienten sichern. Allerdings erfordert die flächendeckende Einführung einer Komplexpauschale für die deutschen Akut- und Rehabilitationskliniken veränderte gesetzliche Bestimmungen, da gemäß § 140a SGB V, Absatz 3 nur die Krankenkassen Verträge mit Leistungserbringern über eine besondere Versorgung der Versicherten abschließen dürfen.

Danach ist es zurzeit nicht möglich, auch die Leistungen für Patienten, die durch einen anderen Rehabilitationsträger finanziert werden, in eine Komplexpauschale für Akut- und Rehabilitationskliniken einzubeziehen. Das muss besonders hinsichtlich der Rentenversicherung als größter Rehabilitationsträger kritisch gesehen werden. Eine gesetzliche Änderung ist deshalb dringend erforderlich.

Fazit

Die Rehabilitationskliniken stehen durch den zu erwartenden Leistungsanstieg in den nächsten Jahren und die permanente Verkürzung der Verweildauer der Patienten in den Akutkliniken auf ein Mindestmaß vor großen therapeutischen, medizinischen, pflegerischen und finanziellen Herausforderungen. Um den höheren Anforderungen gerecht zu werden, wird es erforderlich, den Leistungsübergang von den Akutkliniken zu den Rehabilitationskliniken zu optimieren und die Vergütung in den Rehabilitationskliniken gerechter zu gestalten. Dazu bietet sich für Akut- und Rehabilitationsleistungen eine schweregradorientierte Komplexpauschale nach dem Kalkulationsprinzip der DRG an.

Zur Verbesserung des Leistungsüberganges von der Akut- zur Rehabilitationsklinik sollte vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) ein Leitfaden herausgegeben werden, der eine frühzeitige Kommunikation, vollständig digital ausgefüllte Dokumente für die Akutkliniken, die Rehabilitationskliniken und die Kostenträger beschreibt und zu Rechtssicherheit beiträgt. Langfristig sollten die Qualitätsindikatoren in allen Akut- und Rehabilitationskliniken verbindlich und in die Leistungsvergütung einbezogen werden. Dadurch können Versorgungsbrüche vermieden und Schnittstellenprobleme beseitigt werden. Durch eine neugestaltete Organisation können Doppeluntersuchungen oder eine Zwischenversorgung der Patienten vermieden und Kosten gespart werden. Um die Krankenkassen zu entlasten, sollte geprüft werden, ob die Vergütung der geriatrischen Rehabilitation durch die Pflegekassen zu finanzieren ist.

Abschließend soll darauf hingewiesen werden, dass durch Fachexperten aus dem Akut- und Rehabilitationsbereich, aus der Wissenschaft und aus der Politik eine größere Studie erarbeitet werden muss, aus der valide Aussagen zum Leistungsübergang für die Patienten von den Akutkliniken zur den Rehabilitationskliniken, zu den Qualitätsstandards und der gerechten Leistungsvergütung für beide Bereiche hervorgehen.