

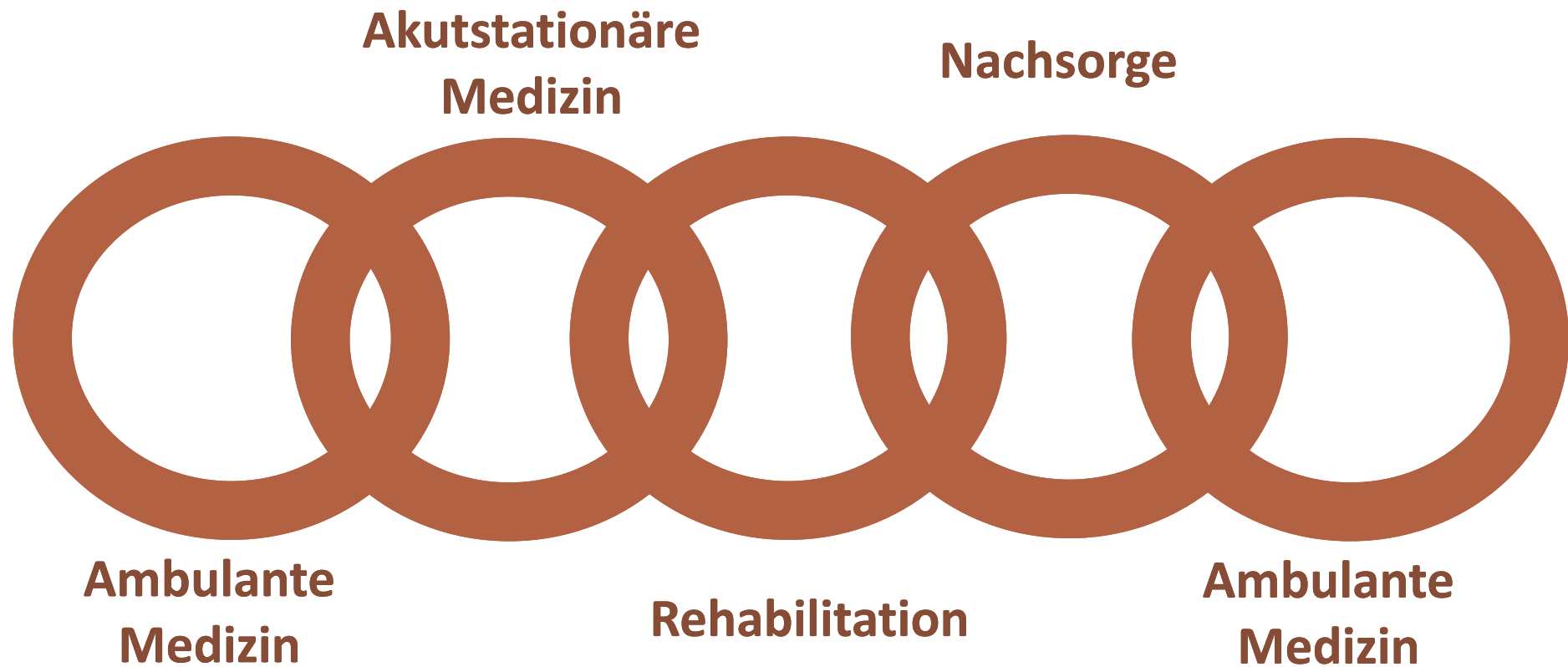


Reha – Die Antwort auf den sich verändernden Akutsektor

Prof. Dr. Marc Baenkler

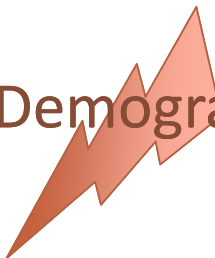


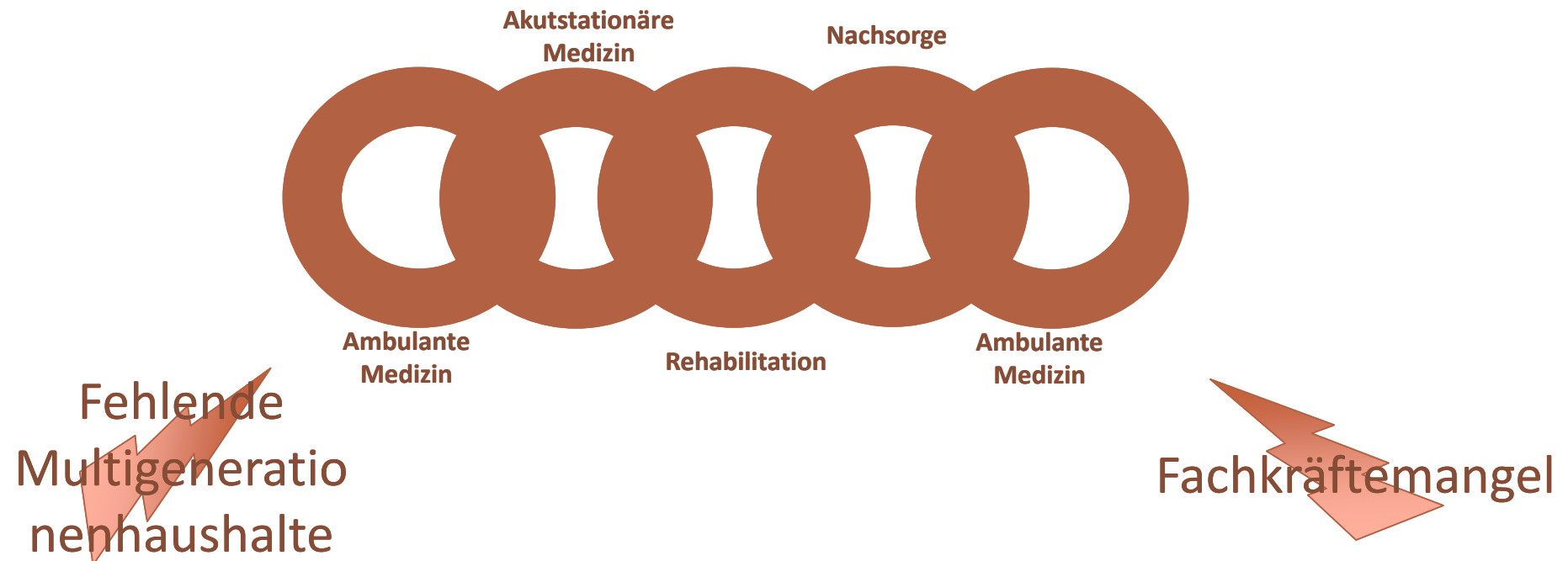
Das Leben leben



Patient Journey – allgemeine Einflussfaktoren

 Multimorbidität

 Demografie



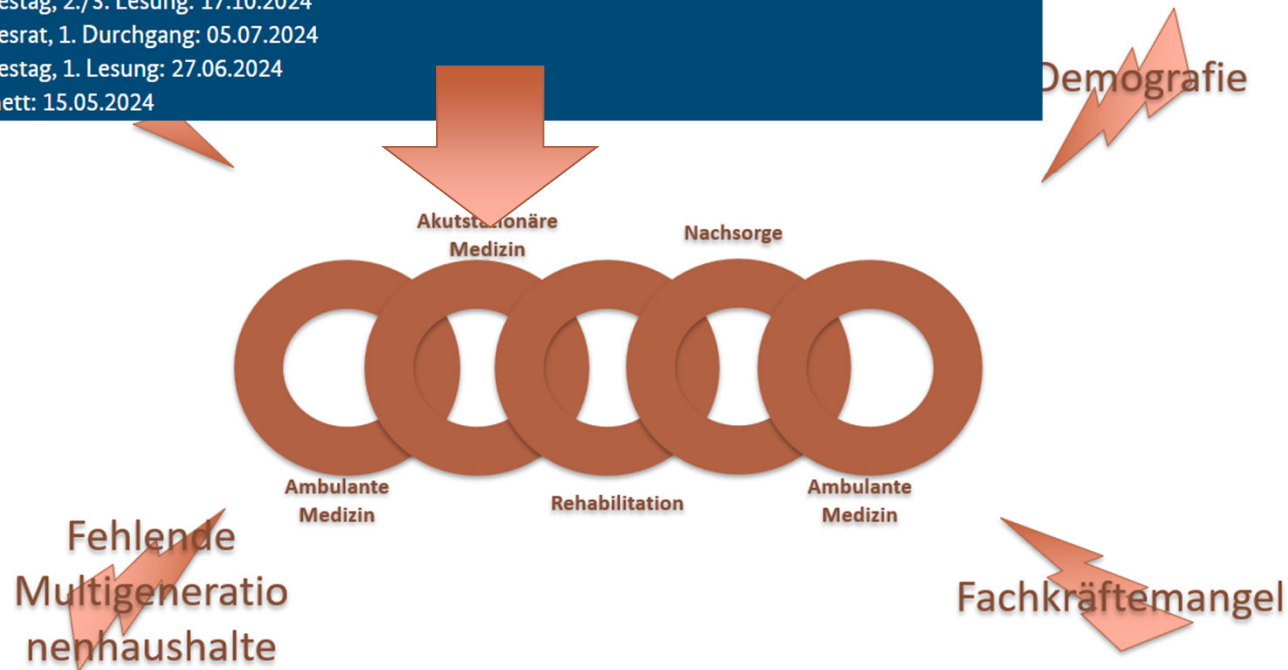
Patient Journey – regulatorische Eingriffe

Gesetz 11.12.2024

Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen

Inkrafttreten: 12.12.2024
[Wortlaut des Gesetzes](#) – Bundesgesetzblatt

Bundesrat, 2. Durchgang: 22.11.2024
Bundestag, 2./3. Lesung: 17.10.2024
Bundesrat, 1. Durchgang: 05.07.2024
Bundestag, 1. Lesung: 27.06.2024
Kabinett: 15.05.2024



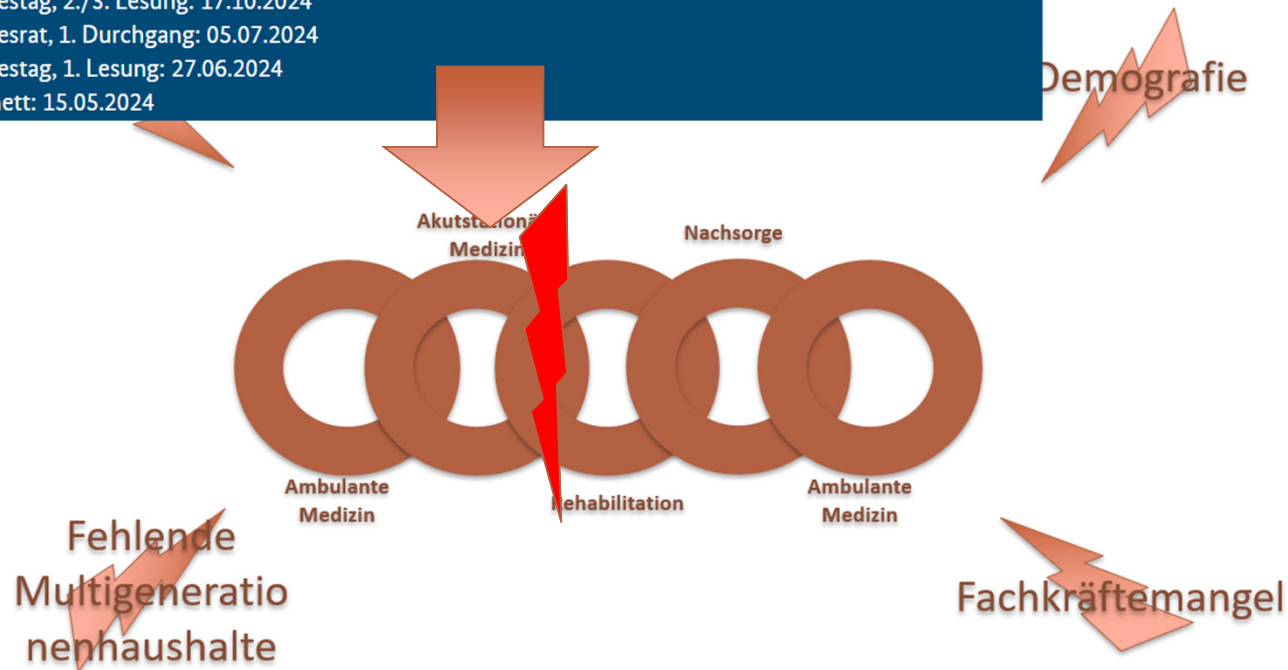
Patient Journey – regulatorische Eingriffe

Gesetz 11.12.2024

Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen

Inkrafttreten: 12.12.2024
[Wortlaut des Gesetzes](#) – Bundesgesetzblatt

Bundesrat, 2. Durchgang: 22.11.2024
Bundestag, 2./3. Lesung: 17.10.2024
Bundesrat, 1. Durchgang: 05.07.2024
Bundestag, 1. Lesung: 27.06.2024
Kabinett: 15.05.2024



Reha – Die Antwort auf den sich verändernden Akutsektor

Veränderungen durch das KHVVG - Leistungsgruppen



PART OF
MEDIAN GROUP

Anzahl Krankenhäuser nach Leistungsumfang

Anzahl Krankenhäuser Gesamt



Mindestens Chir. und Innere Grundversorgung



Mindestens Chir. und Innere Grundversorgung + Interv. Kard. + Stroke Unit



Nur Grundversorgung, keine Spezialversorgung



Nur Spezialversorgung, keine Grundversorgung

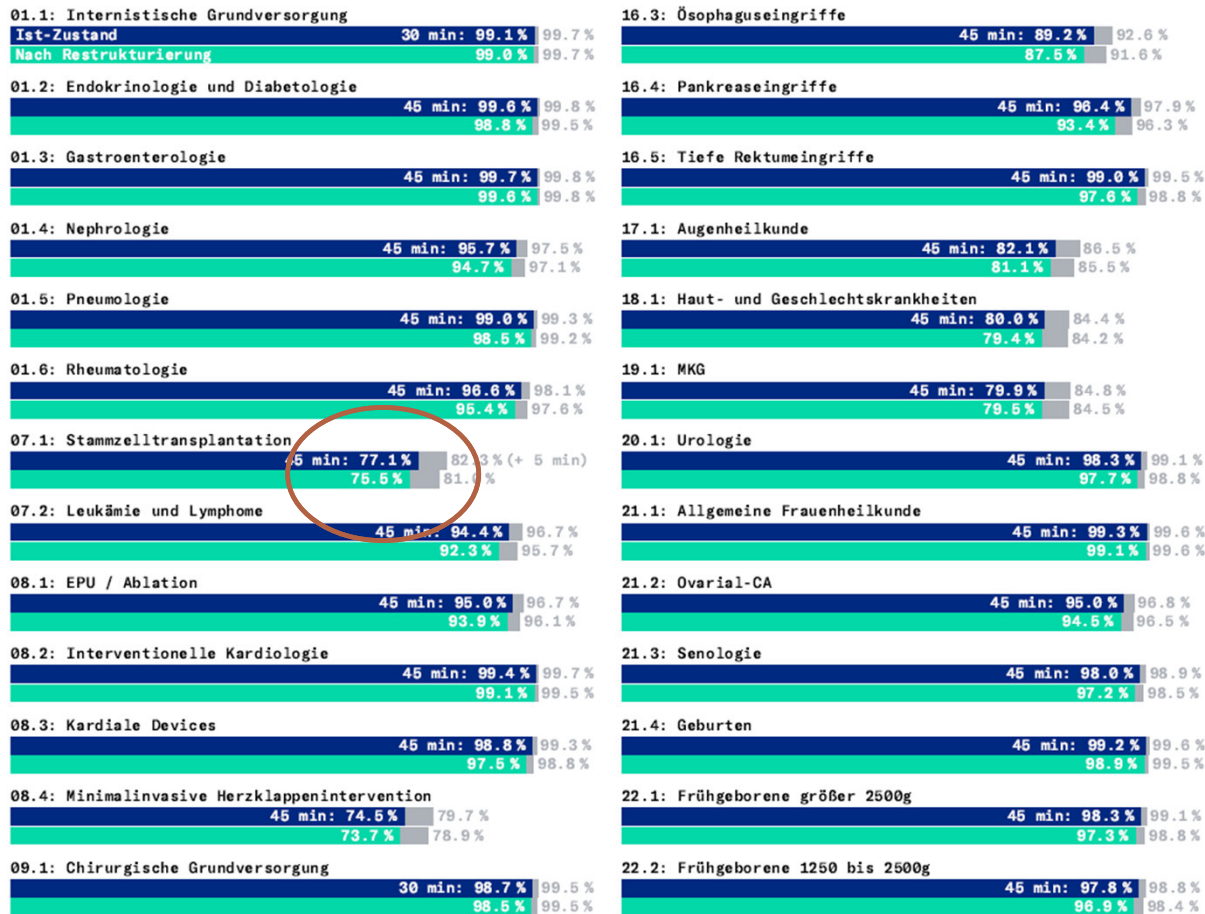


Quelle: vebeto Studie

Reha – Die Antwort auf den sich verändernden Akutsektor

Veränderungen durch das KHVVG - Leistungsgruppen

Erreichbarkeit eines Versorgers

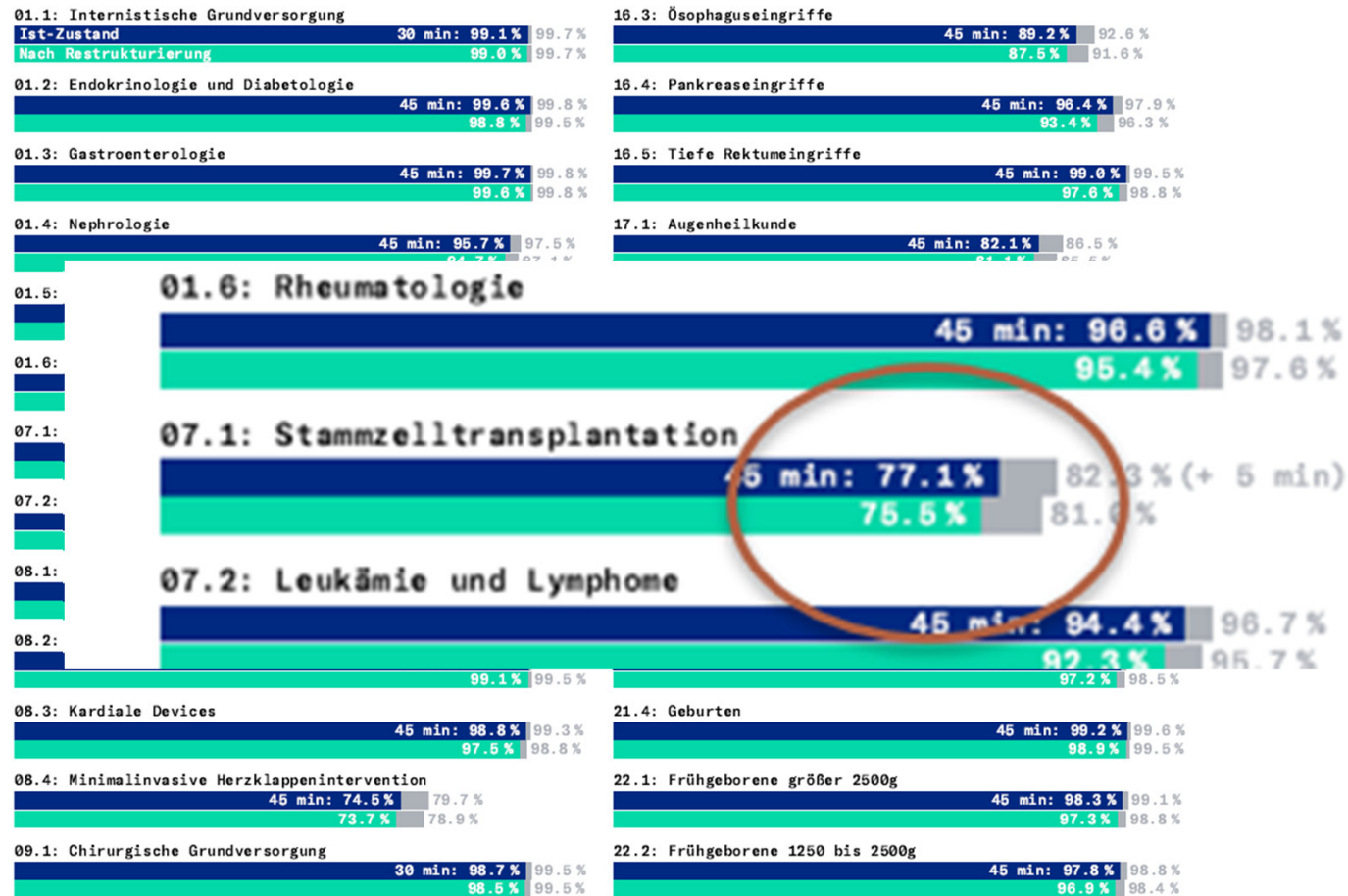


Quelle: vebeto Studie

Reha – Die Antwort auf den sich verändernden Akutsektor

Veränderungen durch das KHVVG - Leistungsgruppen

Erreichbarkeit eines Versorgers

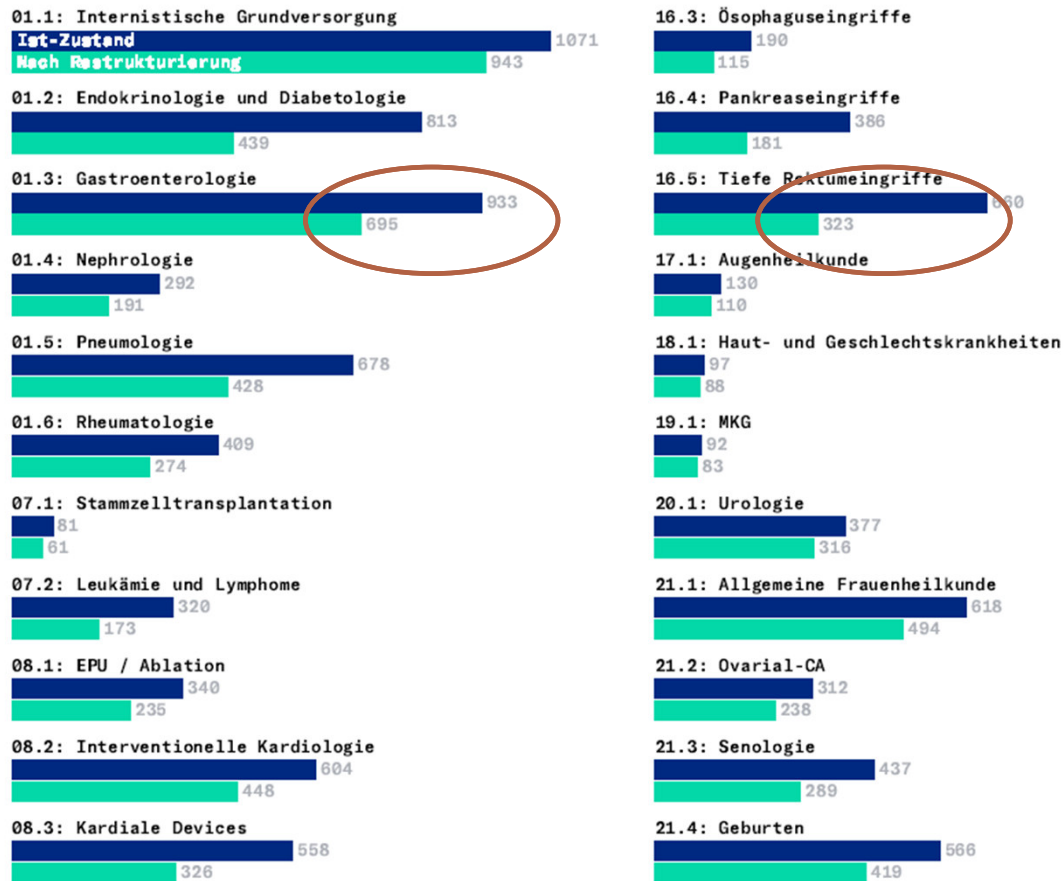


Quelle: vebeto Studie

Reha – Die Antwort auf den sich verändernden Akutsektor

Veränderungen durch das KHVVG - Leistungsgruppen

Versorgerzahl pro Leistungsgruppe



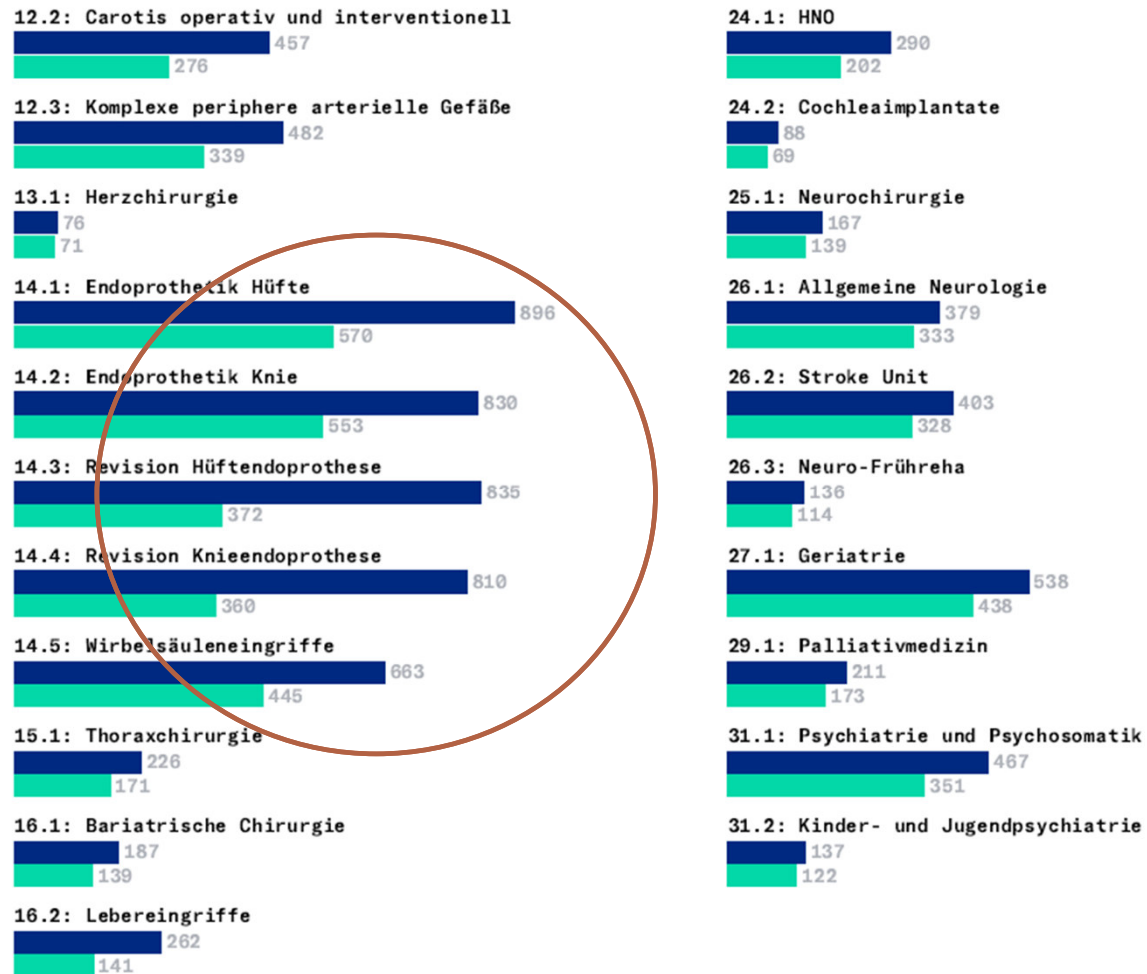
Quelle: vebeto Studie

Reha – Die Antwort auf den sich verändernden Akutsektor

Veränderungen durch das KHVVG - Leistungsgruppen



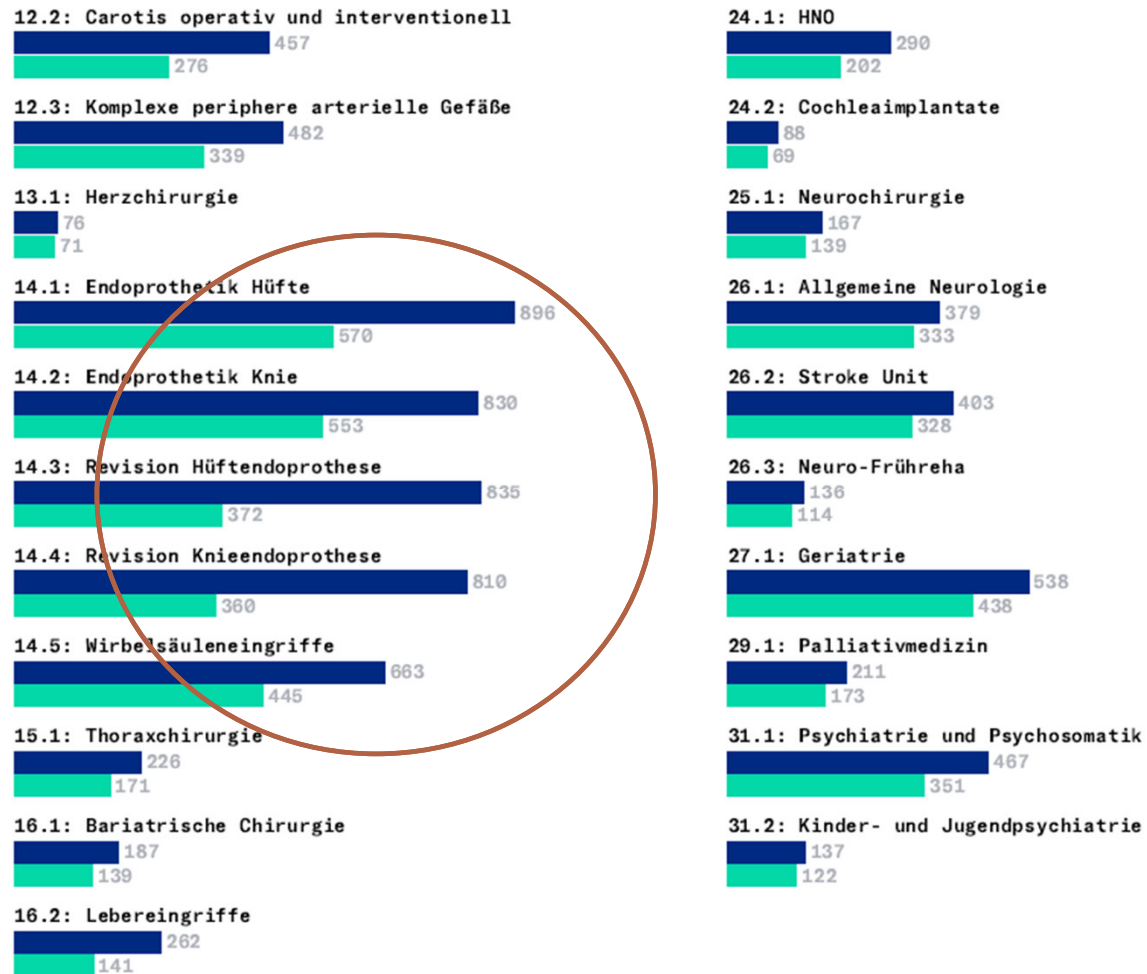
PART OF
MEDIAN GROUP



Quelle: vebeto Studie

Reha – Die Antwort auf den sich verändernden Akutsektor

Veränderungen durch das KHVVG - Leistungsgruppen



Fazit zur Einführung der Leistungsgruppen:

- Primäreffekte:
 - Leistungen werden konzentriert
 - Komplexe Leistungen werden massiv konzentriert
- Sekundäreffekte:
 - Konzentration führt zur Spezialisierung und zur Verbesserung der Qualität
 - Spezialisierung wird Prozessoptimierungen zur Folge haben
 - Versorgungsspektrum einzelner Spezialversorger wird breiter
 - Einzelne „Einweiser“ werden mehr Individualisierung in der Rehabilitation einfordern

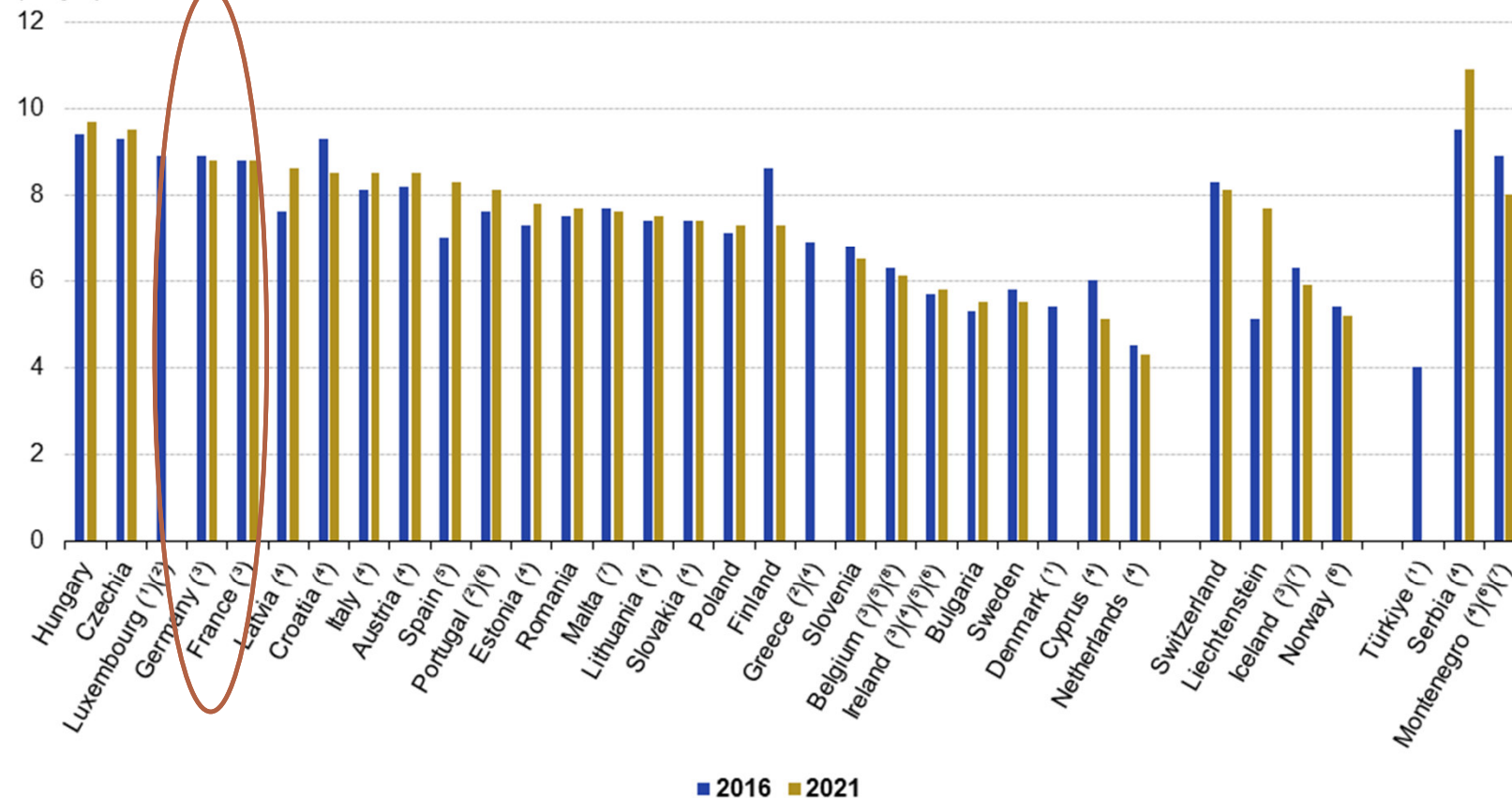
Quelle: vebeto Studie

Reha – Die Antwort auf den sich verändernden Akutsektor

Veränderungen durch das KHVVG – Konzentration

Average length of stay for hospital in-patients, 2016 and 2021

(days)



⁽¹⁾ 2021: not available.

⁽²⁾ 2015 instead of 2011.

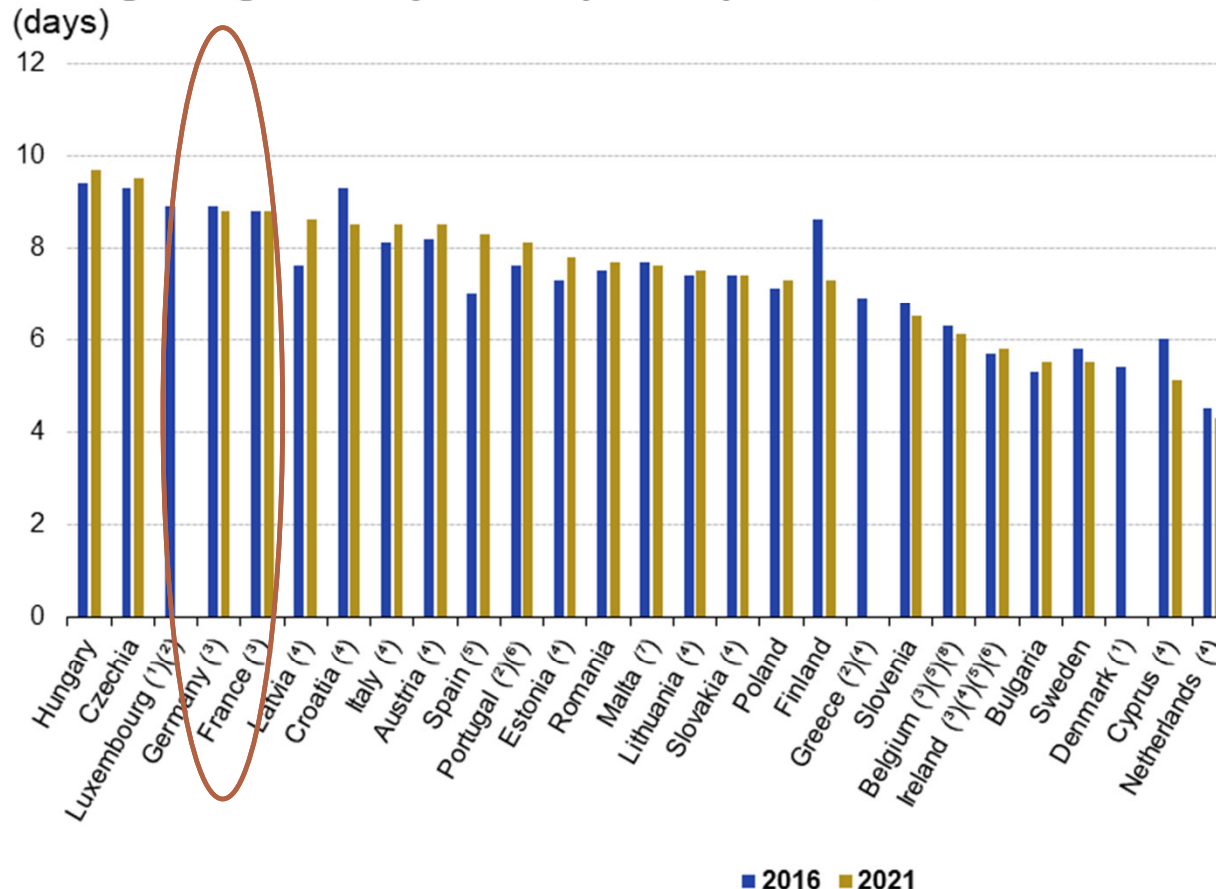
⁽⁵⁾ Excluding some or all long-stay hospitals.

Quelle: Eurostat

Reha – Die Antwort auf den sich verändernden Akutsektor

Veränderungen durch das KHVVG – Konzentration

Average length of stay for hospital in-patients, 2016 and 2021



⁽¹⁾ 2021: not available.

⁽²⁾ 2015 instead of 2011.

⁽⁵⁾ Excluding some or all long-stay hospitals.

Reha – Die Antwort auf den sich verändernden Akutsektor!

Fazit zur Konzentration

- Primäreffekte:
 - Verweildauern werden in akut massiv sinken auf, ggf. auf europäisches best-practice Niveau und bleibender PPUGV, STROPS und PPR 2.0
- Sekundäreffekte:
 - Patienten werden höheren pflegerischen Aufwand aufweisen -> akutartig
 - Patienten sind noch weniger auf das „Leben nach“ dem Eingriff vorbereitet
 - Die Anforderungen an die Rehabilitation werden breiter

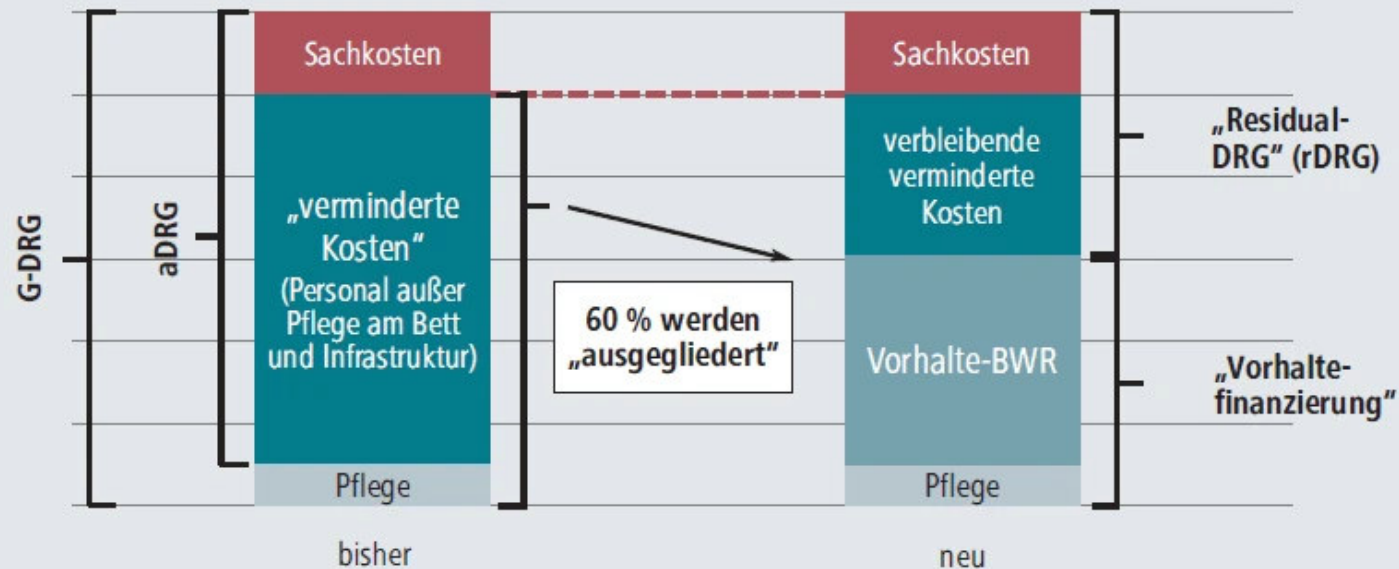
Quelle: Eurostat

Reha – Die Antwort auf den sich verändernden Akutsektor

Veränderungen durch das KHVVG – Vorhaltebudget

Grafik 1

Beispiel für eine fiktive DRG mit niedrigen Pflegepersonalkosten



Grafik 1: Beispiel für die Ausgliederung und Ableitung der neuen Vergütungskomponenten für eine fiktive DRG mit niedrigen Pflegepersonalkosten und damit hoher Bedeutung der Vorhalte-BWR. Die Sachkosten (Kostenarten 4a–b, 5, 6a–c der Matrix der DRG-Fallkostenkalkulation) werden „geschützt“, also bei der Ausgliederung nicht berücksichtigt und nachgelagert wieder für die Berechnung der Bewertungsrelation der Residual-DRG genutzt. Die Pflegepersonalkosten sollen hingegen den Gesamtbetrag, von dem die 60 % ausgegliedert werden, mitbestimmen. Diese Pflegepersonalkosten sind in der veröffentlichten InEK-Kostenmatrix der aDRGs nicht mehr enthalten! Nach der Bestimmung des ausgegliederten Volumens werden die Pflegepersonalkosten, die weiterhin unabhängig über das Pflegebudget finanziert werden sollen, dann nicht mehr zur Bestimmung der Vorhaltebewertungsrelation herangezogen. Die 40 % der verbleibenden verminderten Kosten werden mit den Sachkosten zusammengefasst und bestimmen in der Folge die Höhe der Bewertungsrelation der Residual-DRG.

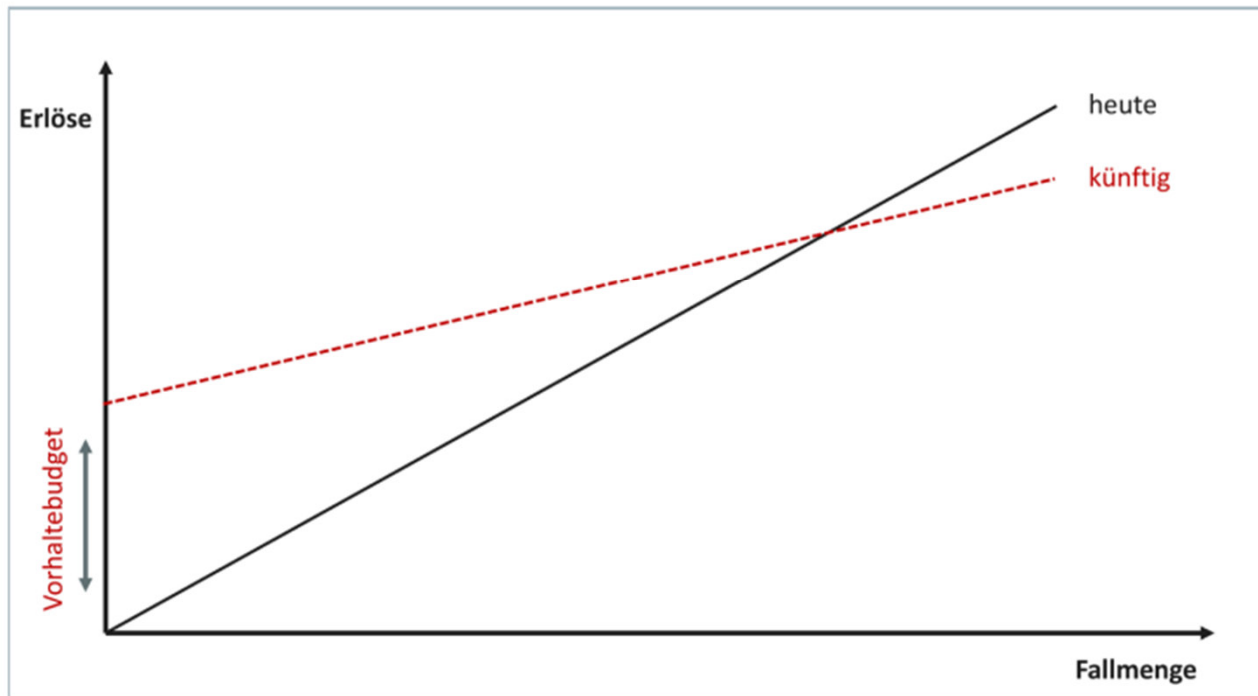
<https://www.aerzteblatt.de/archiv/krankenhausreform-der-bezug-von-vorhaltebudget-zu-leistungsgruppen-b418be0a-29cc-469a-8e53-e921c5a05adb>

Quelle: Eurostat

Reha – Die Antwort auf den sich verändernden Akutsektor

Veränderungen durch das KHVVG – Vorhaltebudget

› **Abbildung 5:** **Schematischer Vergleich DRG-System versus 2-Säulen-Modell** **für eine Leistungsgruppe**

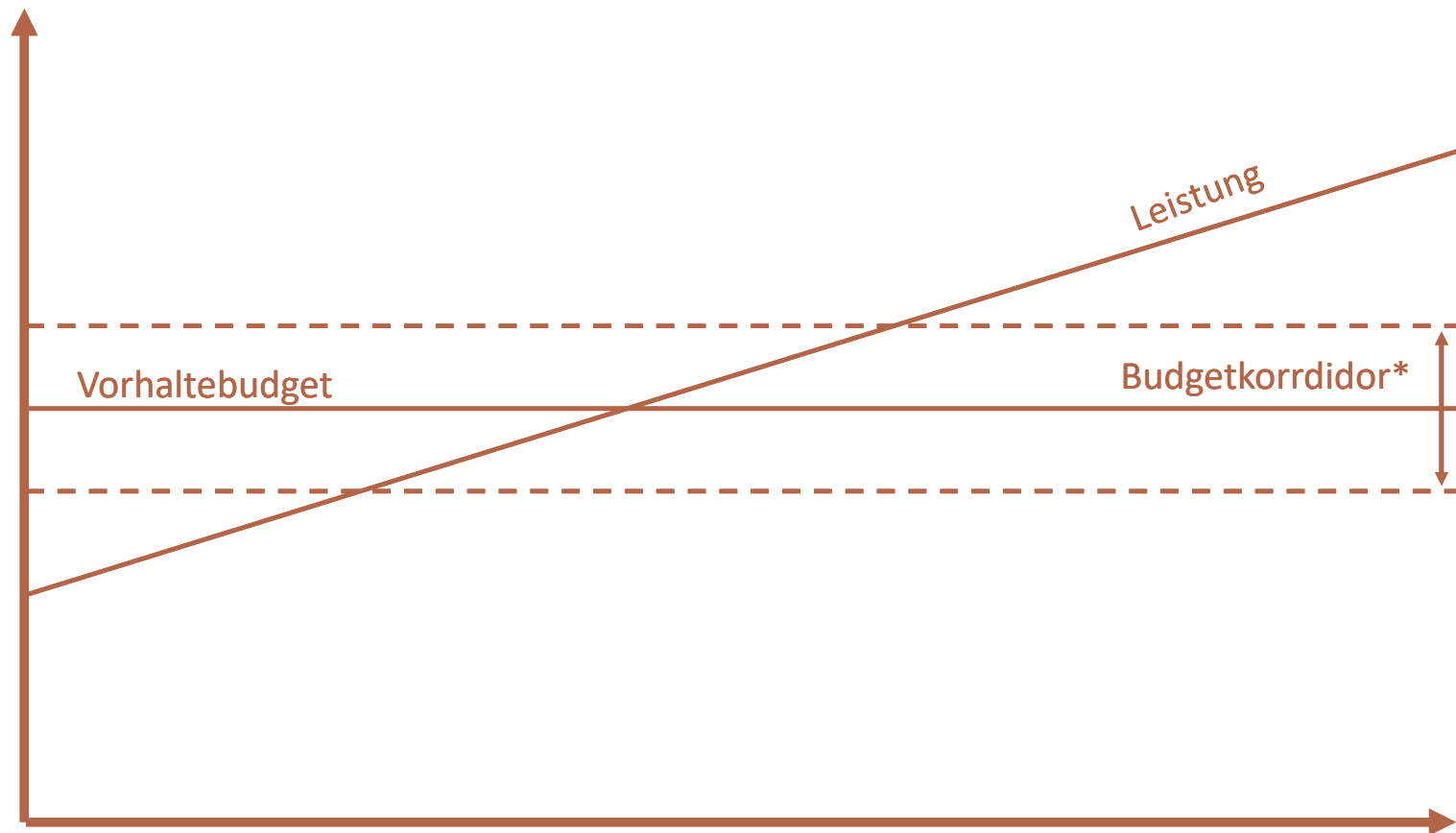


https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf

Quelle: Eurostat

Reha – Die Antwort auf den sich verändernden Akutsektor

Veränderungen durch das KHVVG – Vorhaltebudget

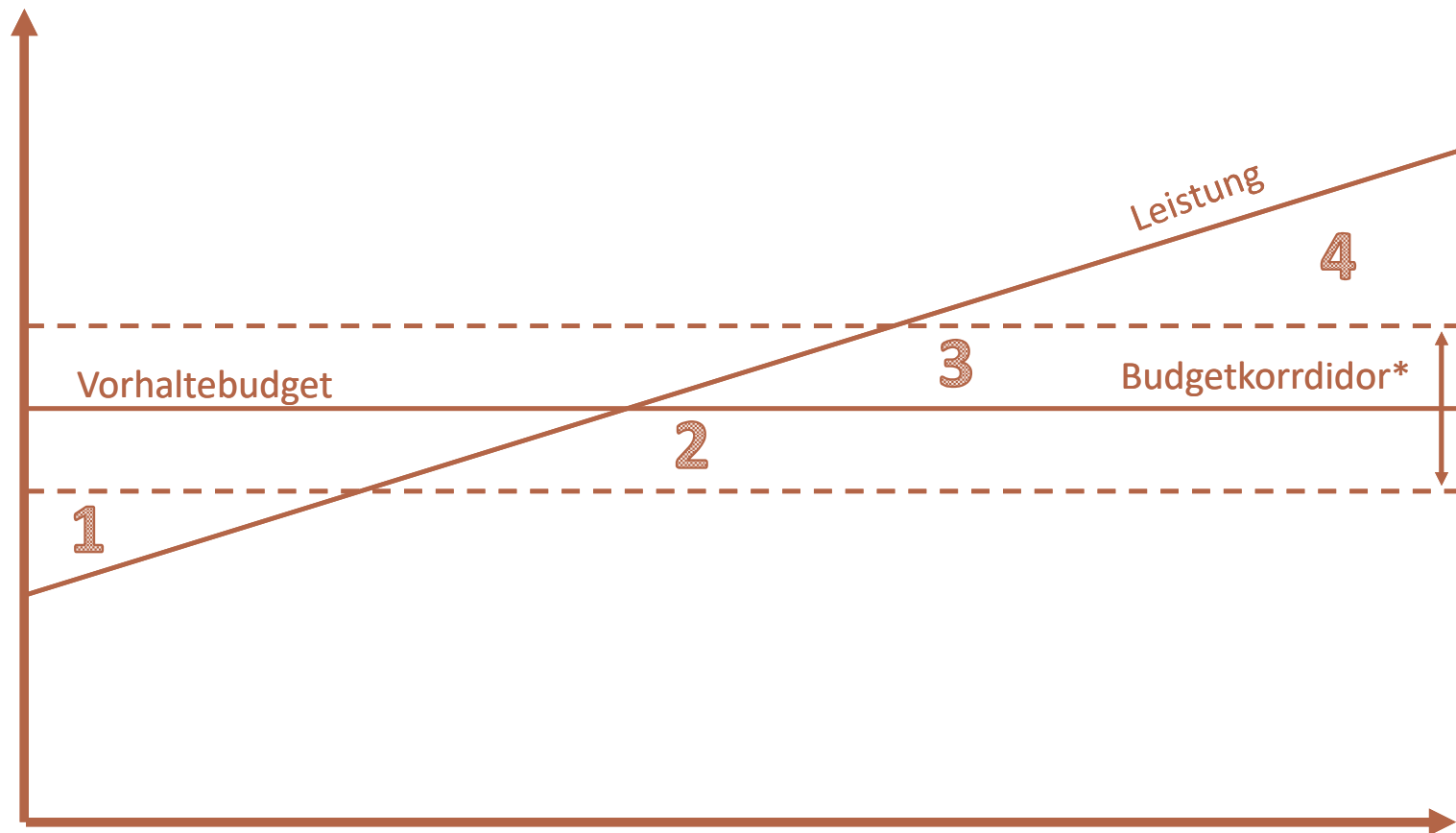


Quelle: Marc Baenkler

Quelle: Eurostat

Reha – Die Antwort auf den sich verändernden Akutsektor

Veränderungen durch das KHVVG – Vorhaltebudget

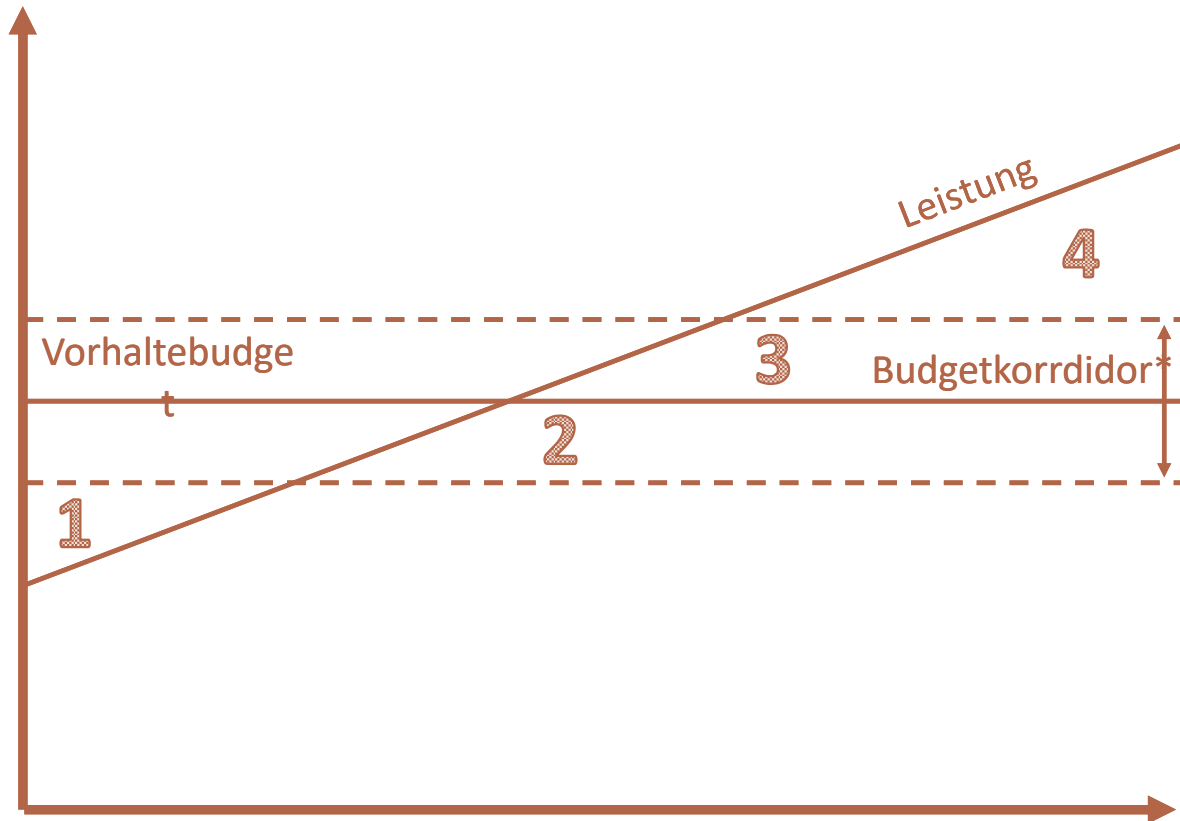


Quelle: Marc Baenkler

Quelle: Eurostat

Reha – Die Antwort auf den sich verändernden Akutsektor

Veränderungen durch das KHVVG – Vorhaltebudget



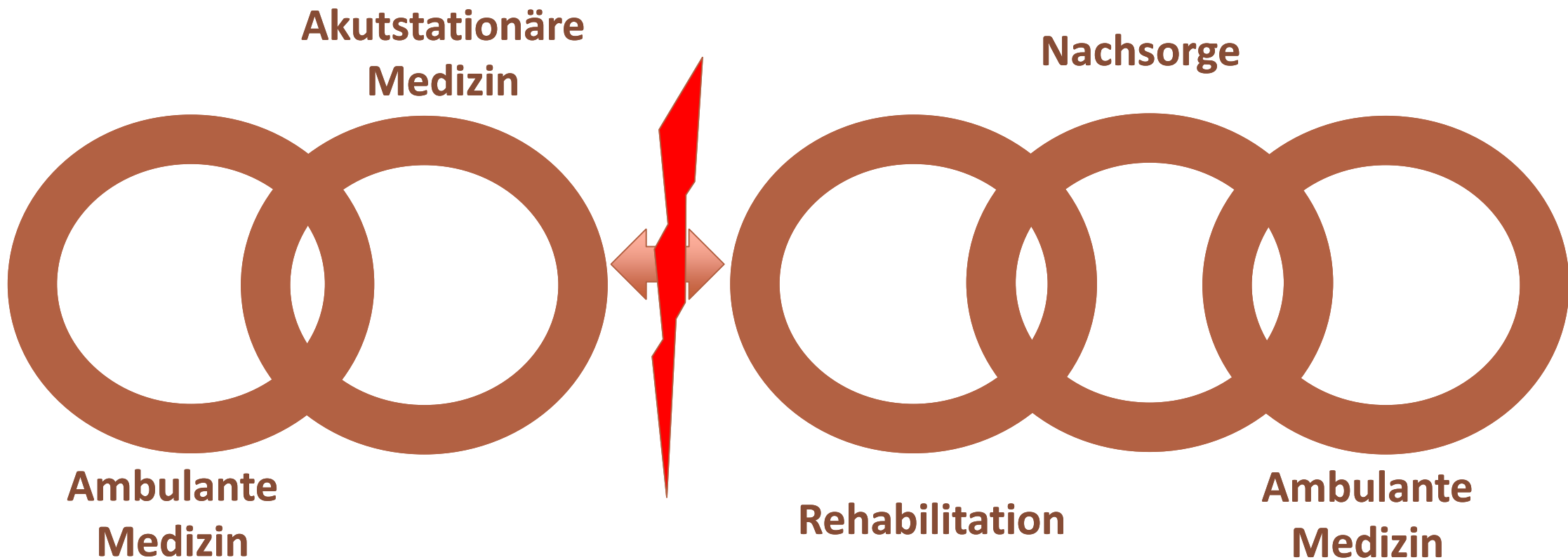
Quelle: Marc Baenkler

Fazit zum Vorhaltebudget

- Ausarbeitung zu vage zur Vorhersage konkreter Effekte
- „Alles bleibt These“:
 - Keine zusätzliche Auswirkung auf die Rehabilitation zu erwarten
- „Rationierungsthese“:
 - Durch „Stau“ in den konzentrierten Leistungserbringern folgt „Wartelistenmedizin“ und Triagierung
 - Durchschnittliche Fallschwere (Multimorbidität, Polypharmazie etc.) wird deutlich zunehmen
 - Anforderungen an Rehabilitation „akutartig“
 - Massiv höhere Aufwendungen in der Rehabilitation zu erwarten

Quelle: Eurostat

Patient Journey nach KHVVG ohne Auffangen durch die
Rehabilitation– stark vereinfacht



Rehabilitation als Antwort auf die Leistungsverdichtung in der Akutmedizin - Checkliste für die „Linksverschiebung“ in der Versorgungskette

Checkliste zur Überbrückung der kommenden Versorgungslücke zwischen Akutmedizin und Rehabilitation:

- Infrastruktur
 - Akutartige Ausstattung, z.B. POCT Laborgeräte für Entzündungsdiagnostik, Pflegebetten, Gehwagen, Röntgen
 - Personal
 - Akutgeschultes und –affines Personal, neue Berufsgruppe wie Physician Assistant
 - Individualisierung
 - Medizinischer Aufnahmezustand Bedarf durch breitere Streuung paralleles Aufrechterhalten verschiedener Konzepte
 - Digitalisierung
 - Zunehmende Teile der Versorgung können und müssen digital abgedeckt werden, digitale Nachsorge, digitale **Vorsorge** („Better in, better out“), verlängerte digitale Nachsorge, DigiFlex, „Supported Employment“
 - Vergütung
 - ESK – Anerkennung von Elementen, die sich aus der Linksverschiebung ergeben
 - Anerkennung von zusätzlichen Berufsgruppen wie z.B. Physician Assistant
 - Transformationsfonds – Reha Mitdenken bei der Transformation
-

Rehabilitation als Antwort auf die Leistungsverdichtung in der Akutmedizin – let's bridge the gap!



Let's bridge the gap!

Die Rehabilitation ist die Antwort auf die Leistungsverdichtung in der Rehabilitation!

**Marc Baenkler, CEO Deutschland
MEDIAN Kliniken**