

# ***Rehabilitation und Prävention – ein Gebot gesundheitsökonomischer Vernunft***

**Dr. Philip Lewis**

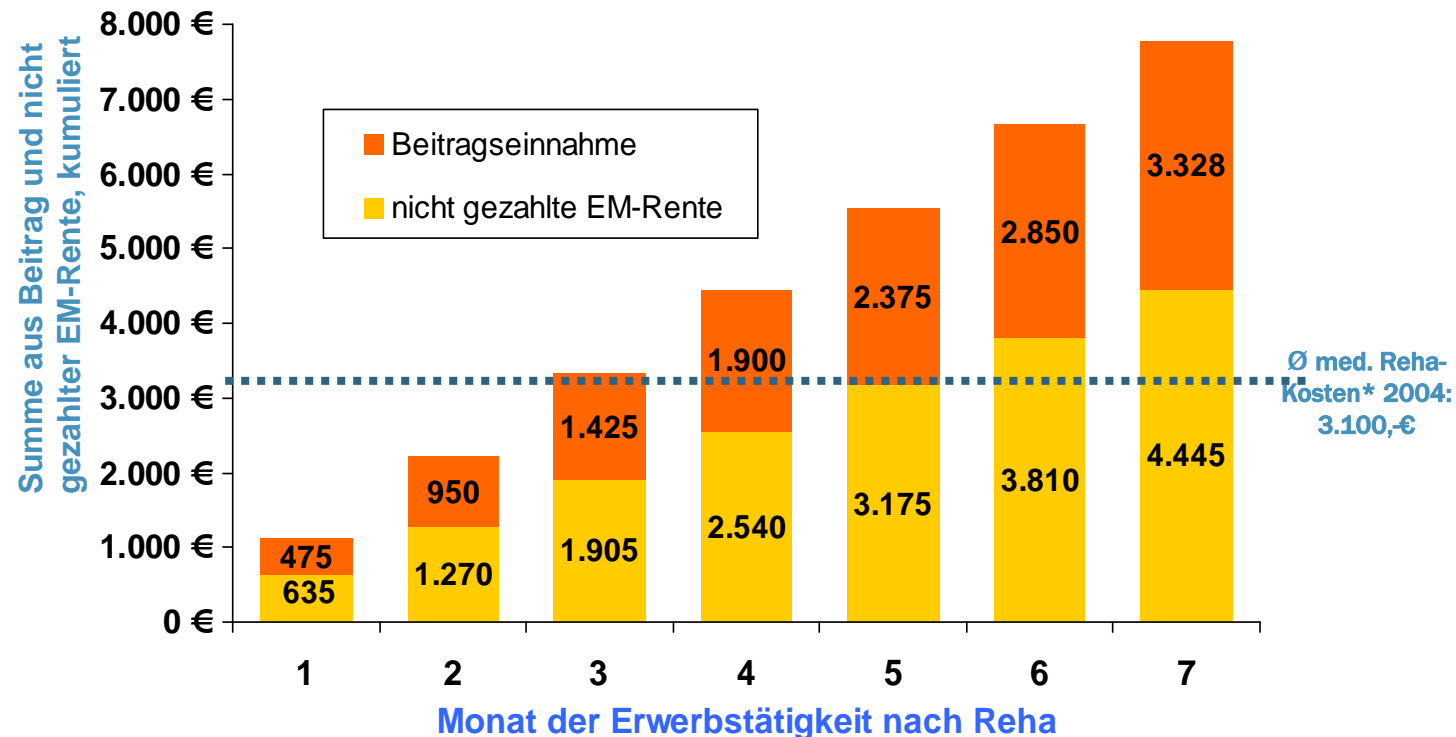
**Manager Market Access Europe, Celgene International**

**(ehemals wissenschaftlicher Mitarbeiter am  
Institut für Gesundheitsökonomik, IfG, München)**

**Stuttgart, den 3. November 2009**

**anlässlich der Kooperationsveranstaltung  
zum Deutschen RehaTag 2009**

# Amortisationsmodell der medizinischen Rehabilitation – Beispiel DRV Bund



- ⇒ nach 5 Monaten hat sich die Rehabilitation aus vermiedenen Renten amortisiert!
- ⇒ nach rd. 3 Monaten hat sich die Rehabilitation aus vermiedenen Renten + Beiträgen amortisiert!

\* Leistungen für allgemeine medizinische Rehabilitationsleistungen (ohne Sucht, ohne Übergangsgeld)

Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund, Dez. 8012

# Inhaltsübersicht

- (1) Aspekte der medizinischen Rehabilitation im Kontext einer ganzheitlichen Versorgung**
- (2) Geschätzte Ausgaben- und Einnahmenentwicklungen der medizinischen Rehabilitation**
- (3) Zukünftige Programmpunkte für die medizinische Rehabilitation in Deutschland**

# Inhaltsübersicht

- (1) Aspekte der medizinischen Rehabilitation im Kontext einer ganzheitlichen Versorgung**
- (2) Geschätzte Ausgaben- und Einnahmenentwicklungen der medizinischen Rehabilitation**
- (3) Zukünftige Programmpunkte für die medizinische Rehabilitation in Deutschland**

# **(Ambulant-)teilstationäre Rehabilitation (I)**

## **Die (ambulant-)teilstationäre Rehabilitation in Deutschland ist**

- 1) im internationalen Vergleich und gegenüber der stationären Rehabilitation stark unterrepräsentiert (1)**
- 2) letztendlich äquivalent zur stationären Rehabilitation, ohne der dazugehörigen Hotelkomponente (2)**
- 3) quantitativ und qualitativ mit der stationären Rehabilitation vergleichbar, bei höherer Kosten-Wirksamkeit (3)**

(1) Koch (2002); Koch et al (2004): 2004: 5% der Rehabilitationsausgaben, bei einem mittelfristigen Potential von 20% (laut Schätzungen des DRV Bund und der AOK Bayern)

(2) Koch et al (2004); Koch et al (2002)

(3) u.a. vom Orde et al (2002) für die Kardiologie, Bürger et al (2002) für die Orthopädie

# **(Ambulant-)teilstationäre Rehabilitation (II)**

**→ zu geringfügige Individualisierung und Flexibilisierung der medizinischen Rehabilitation**

- (a) wenige abgestufte Behandlungsangebote (Kombi-Rehabilitation: stationär-teilstationär-ambulant)**
- (b) kaum Möglichkeiten der stufenweisen Wiedereingliederung in das Berufsleben in Verbindung mit beruflicher Rehabilitation**
- (c) wenige weitere innovative Rehabilitationsangebote (z.B. sequenzielle Rehabilitation)**

# Rehabilitation und Pflege (I)

**soziale Pflegeversicherung ist nicht Rehabilitationsträger und kann lediglich Empfehlungen aussprechen; die letztendliche Verantwortung liegt bei den Krankenkassen**

- unzureichende Realisierung/Umsetzung von „Rehabilitation vor Pflege“ und „Rehabilitation in der Pflege“ (1)
- €8.950 durchschnittliche Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung versus €2.500 je Rehabilitationsleistung der gesetzlichen Krankenversicherung
- Refinanzierung der Rehabilitation bereits nach 3 ½ Monaten vermiedener Pflegebedürftigkeit (2)
- gegenläufiger Trend von medizinischen Rehabilitationsausgaben der GKV und Leistungsausgaben der sozialen Pflegeversicherung

(1) Küpper-Nybelen et al (2006): aus 7.840 Pflegegutachten 15% Empfehlungen, hieraus wiederum nur 55% Umsetzung von Empfehlungen zur Krankengymnastik und 1/3 Umsetzung zu Ergotherapie und Logopädie

(2) Bundesverband der Privatkrankenanstalten (2006)

# Rehabilitation und Pflege (II)

Vernachlässigung von Rehabilitation vor Pflege aufgrund von ...

- (a) unzureichender Zusammenarbeit niedergelassener Ärzte mit Rehabilitationseinrichtungen; mangelnde Verschreibung durch Deckelung des Ärztebudgets / mangelndes Rehabilitationswissen
- (b) „Gefahr“ einer Senkung der Pflegestufe aus Sicht der Pflegeeinrichtungen
- (c) ökonomischen Fehlanreizen an die Krankenkassen: Belastung des eigenen Budgets; spätere Erfolge aber weitestgehend für die Pflegeversicherung (3)

(3) MDK-Datenauswertung aus Berlin-Brandenburg: weniger Rehabilitationsmaßnahmen mit zunehmendem Alter; siehe Plute (2002); Wolf, Matthesius (1998)



# Inhaltsübersicht

**(1) Aspekte der medizinischen Rehabilitation im Kontext einer ganzheitlichen Versorgung**

**(2) Geschätzte Ausgaben- und Einnahmenentwicklungen der medizinischen Rehabilitation**

**(3) Zukünftige Programmpunkte für die medizinische Rehabilitation in Deutschland**

# Schätzung der Entwicklung von Rehabilitationsfallzahlen und -ausgaben bis 2050 (**Demographieeffekt**)

stationäre Rehabilitationsfallzahlen und -ausgaben, getrennt nach Altersgruppen

- (1) des AOK Bundesverbands (Basis einer Hochrechnung von Krankenkassendaten, da keine weiteren Daten verfügbar);
- (2) der Deutschen Rentenversicherung Bund

für die **ambulante Rehabilitation**:

- (1) Bereich GKV: ambulante Rehabilitationsausgaben des BMG (mit eigener Schätzung von ambulanten Rehabilitationsfallzahlen), nicht altersspezifisch
- (2) Deutsche Rentenversicherung Bund mit altersspezifischen ambulanten Rehabilitationsfallzahlen und –ausgaben

11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamts (November 2006, Stichtag: bis 31.12.2005)

➔ **Verknüpfung mit Inanspruchnahmeraten aus (1) und (2) im Ausgangsjahr 2005 zur Ermittlung eines Demographieeffekts**

# Schätzung der Entwicklung von Rehabilitationsfallzahlen und -ausgaben bis 2050 (**Residualeffekt**)

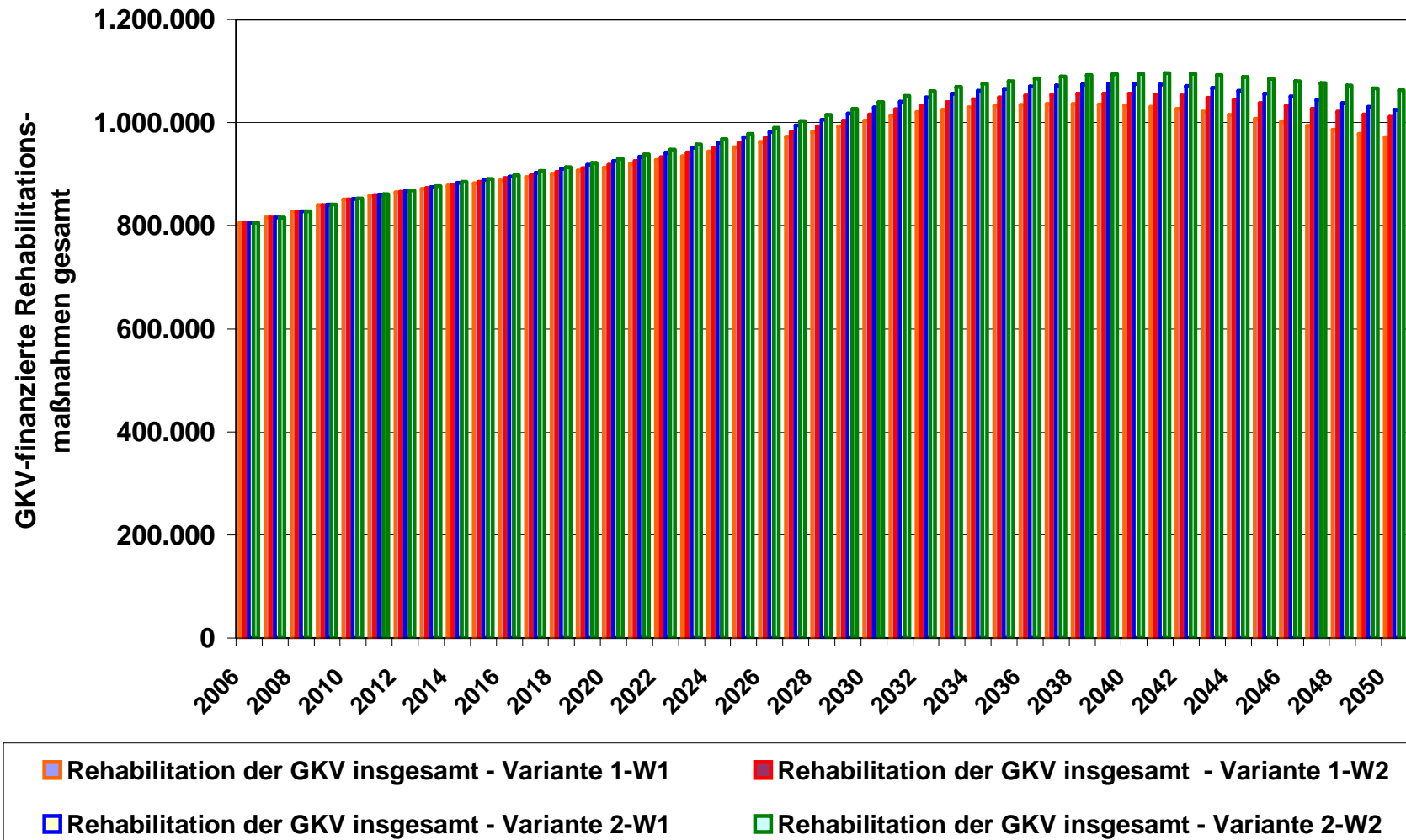
**Residualeffekt der Entwicklung medizinischer Rehabilitationsleistungen beruht auf ...**

1) medizinisch-technischem Fortschritt (relevant für Anschlussheilbehandlungen, AHB bzw. Anschlussrehabilitation, AR)

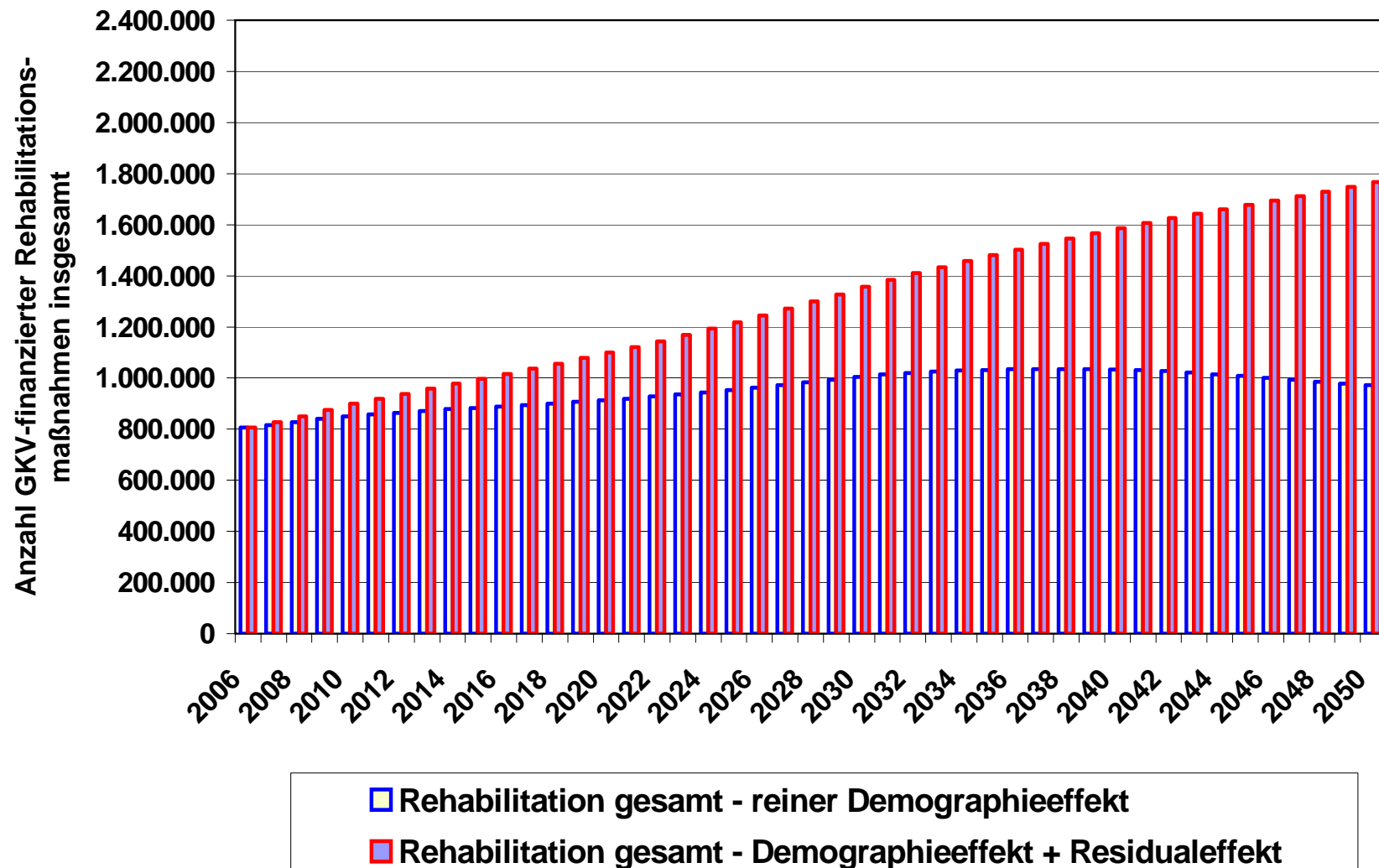
2) steigender Morbidität / Chronizität (relevant für AHB/AR und Antragsrehabilitation)

- **Effekte sind schwer zu differenzieren**
- **Notwendigkeit, sowohl stationäre als auch ambulante Rehabilitationsfallzahlenentwicklungen zu berücksichtigen**
- **Basisdaten der Hochrechnung: 1998-2005 (RV), 2000-2005 (GKV)**

# Hochrechnung **GKV**-finanzierter Rehabilitationsfallzahlen – Demographieeffekt (2006-2050)

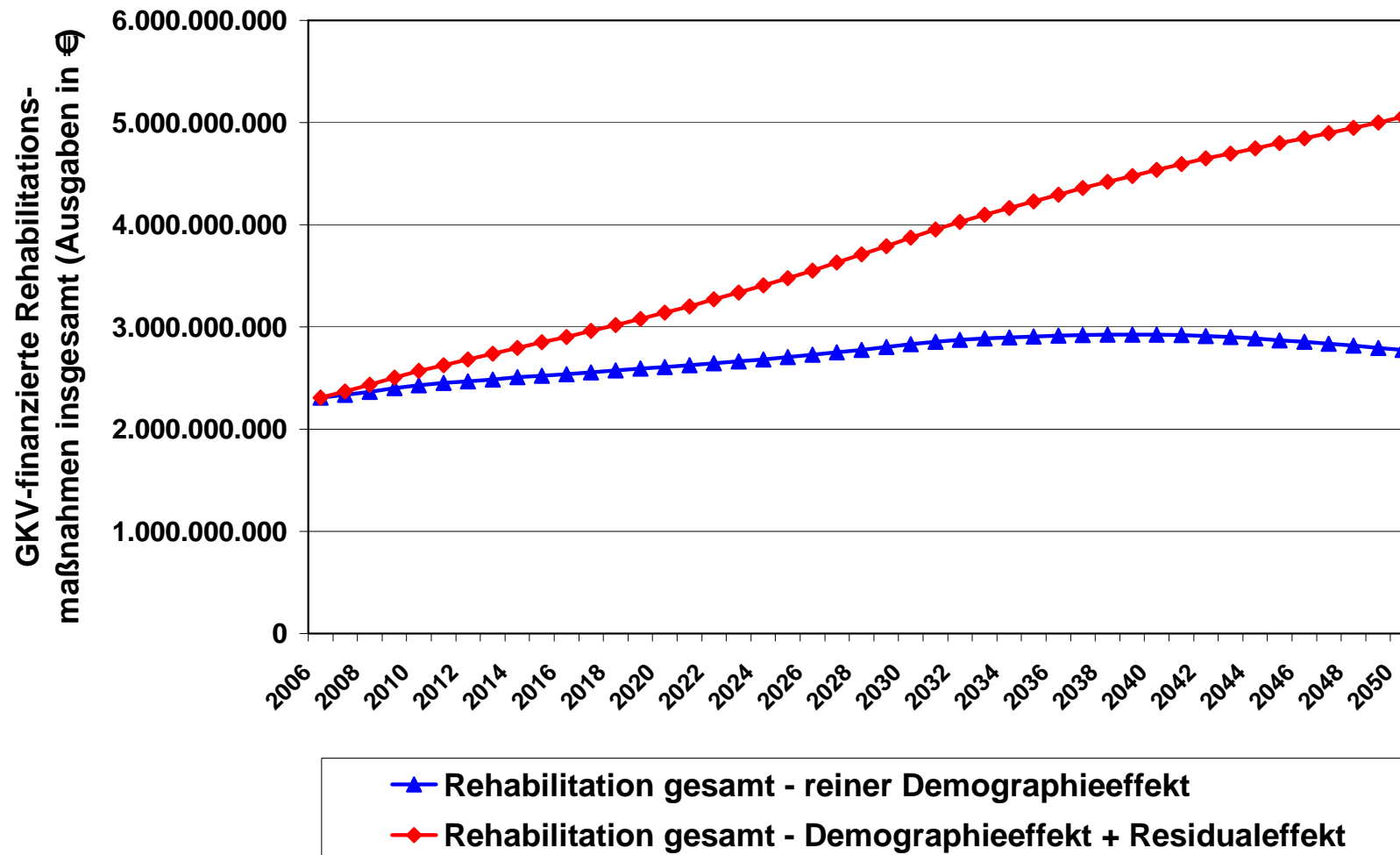


# Hochrechnung **GKV**-finanzierter Rehabilitationsfallzahlen insgesamt (2006-2050)\*



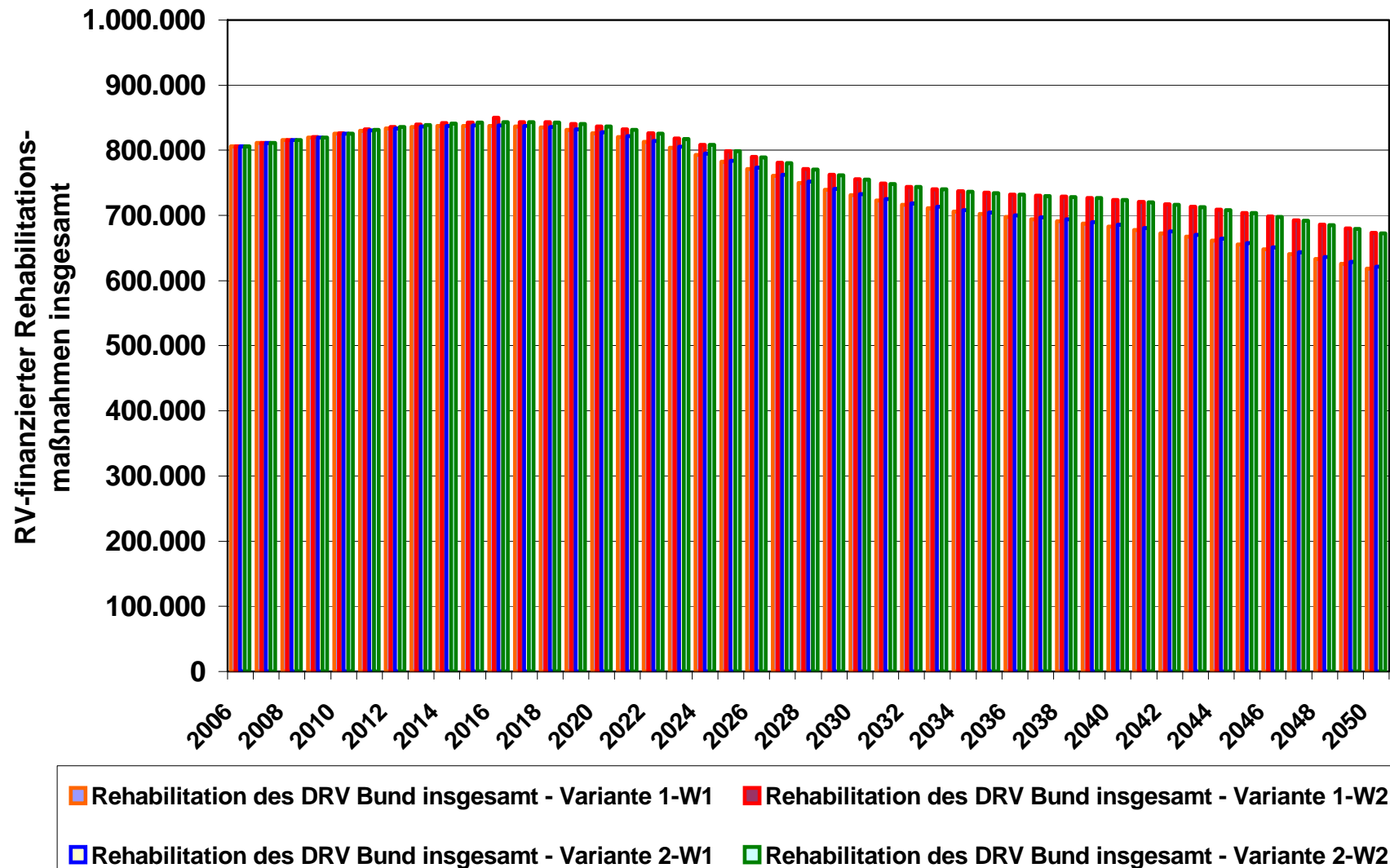
\* Demographieeffekt nach Variante 1-W1

# Hochrechnung **GKV**-finanzierter Rehabilitationsausgaben insgesamt (2006-2050)\*

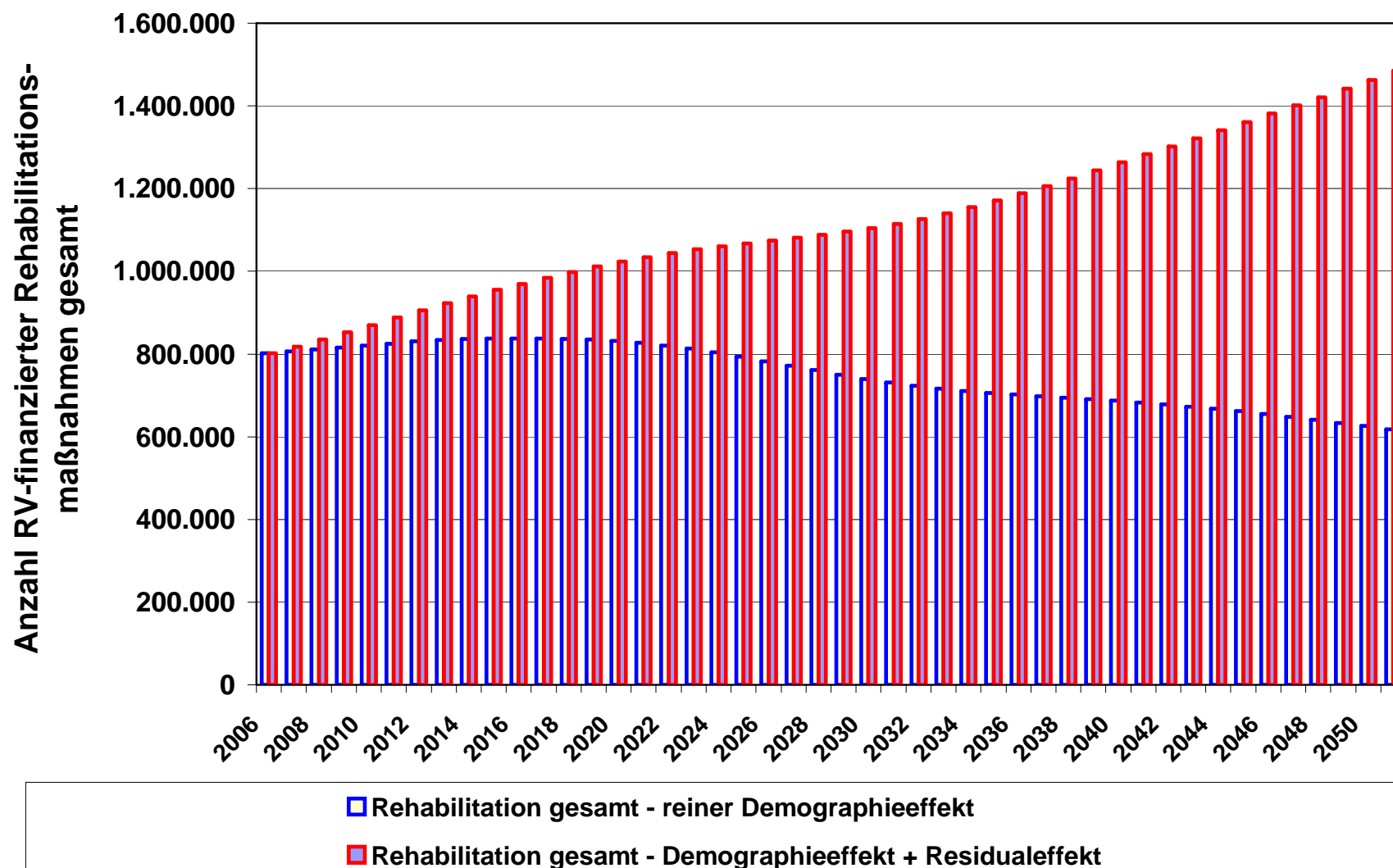


\* Demographieeffekt nach Variante 1-W1

# Hochrechnung **RV**-finanzierter Rehabilitationsfallzahlen – Demographieeffekt (2006-2050)



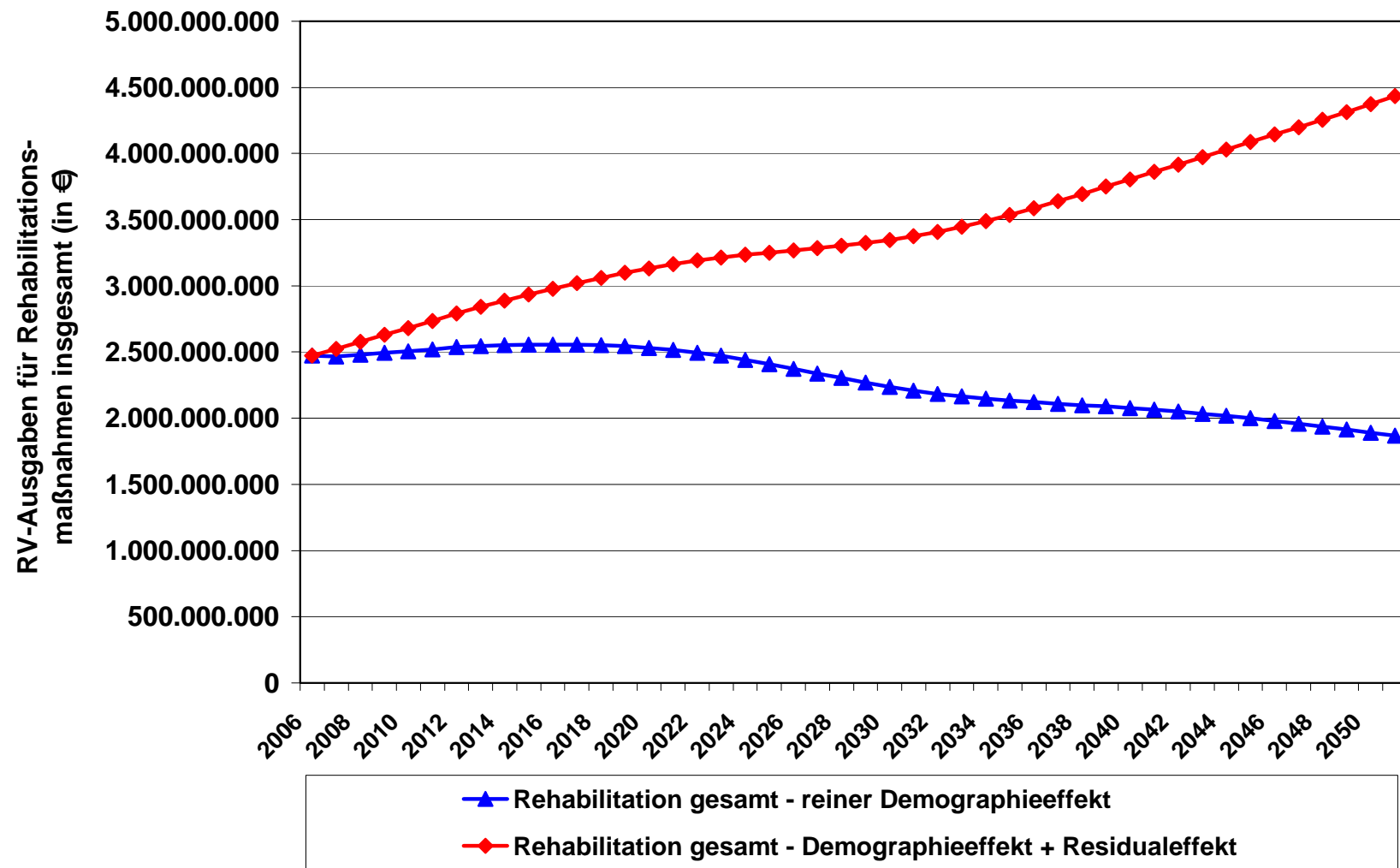
# Hochrechnung **RV**-finanzierter Rehabilitationsfallzahlen insgesamt (2006-2050)\*



\* Demographieeffekt nach Variante 1-W1

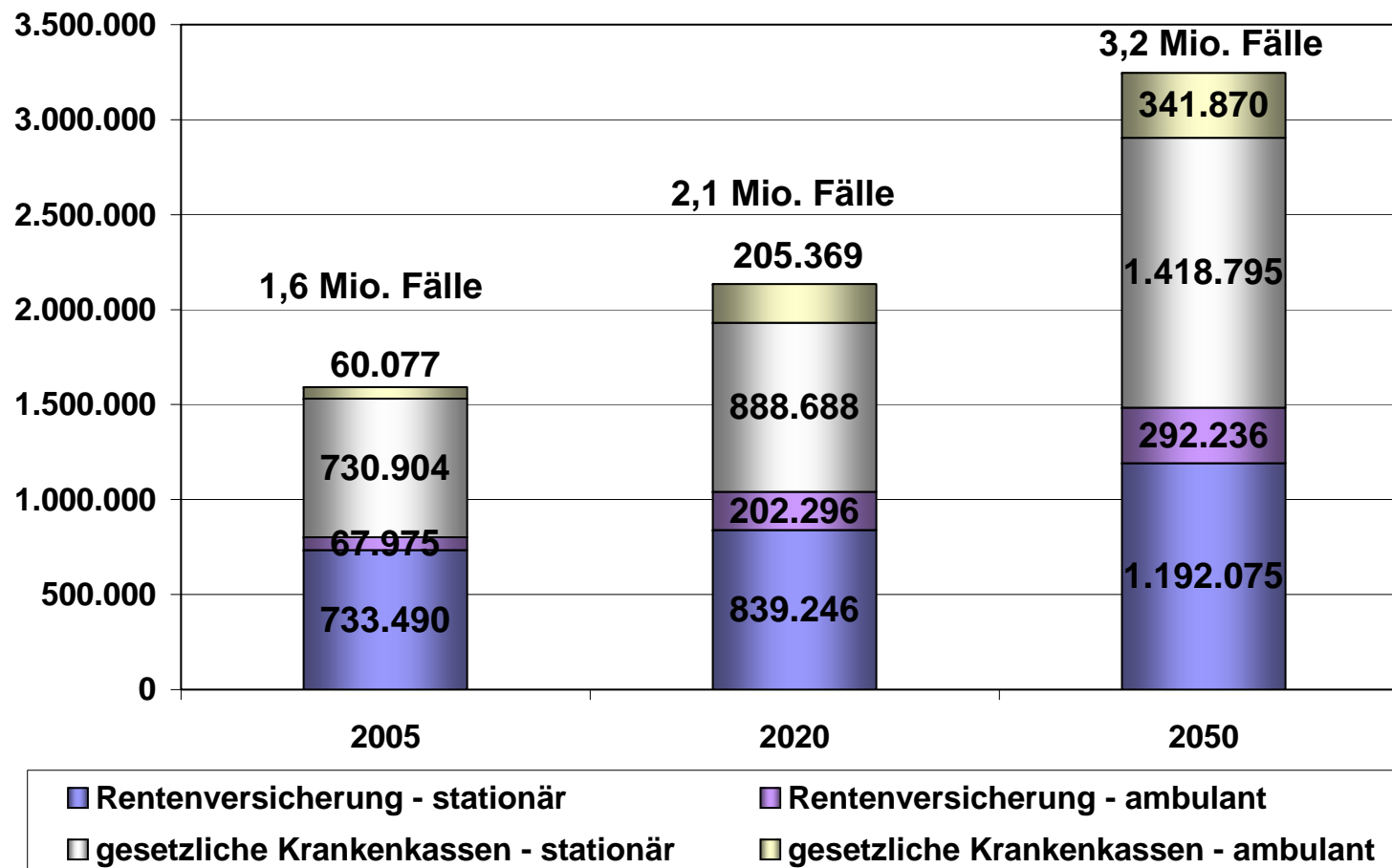


# Hochrechnung **RV**-finanzierter Rehabilitationsausgaben insgesamt (2006-2050)\*



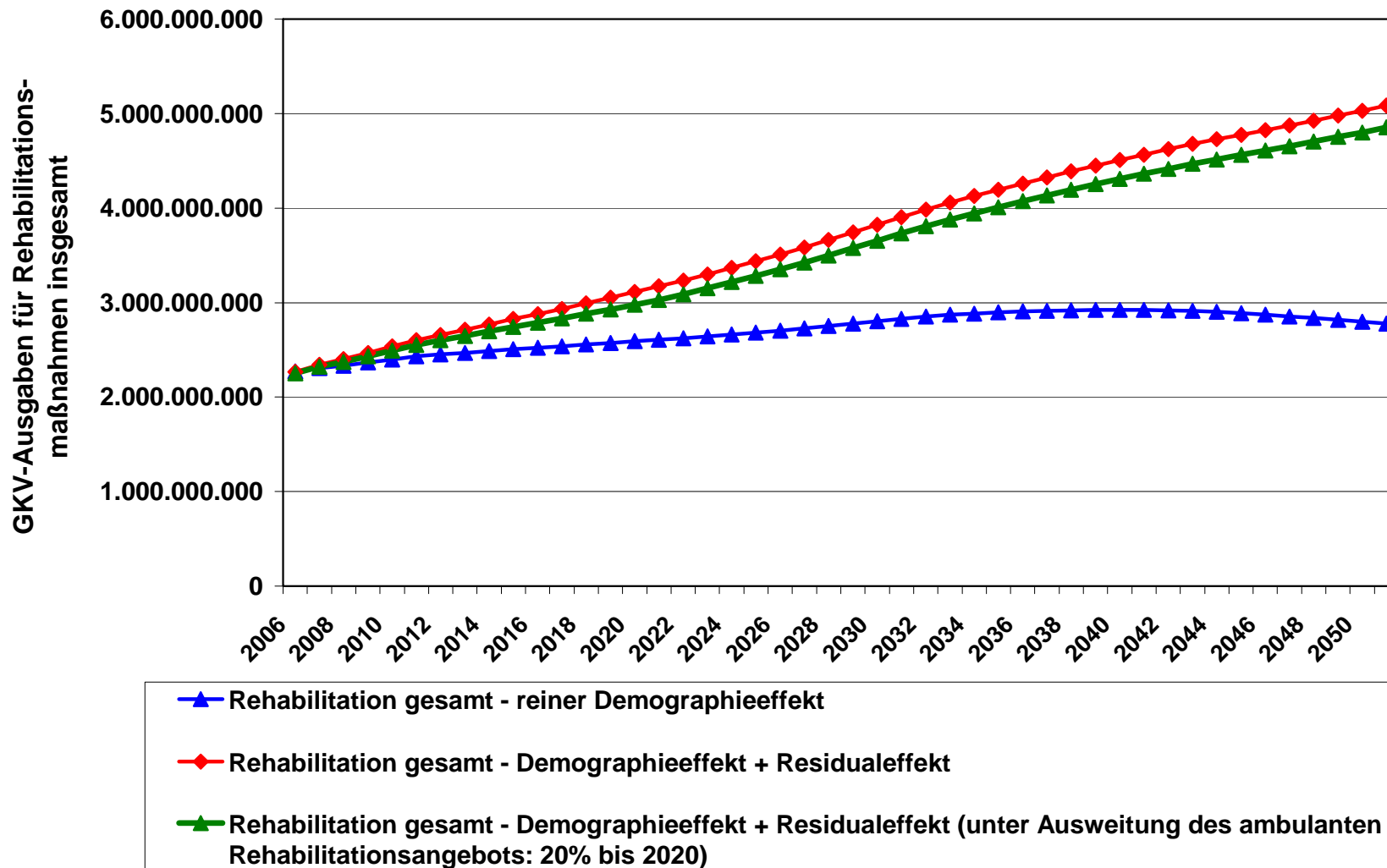
\* Demographieeffekt nach Variante 1-W1

# Stationäre und ambulante Fallzahlen der Rentenversicherung und gesetzlichen Krankenkassen (2005 sowie Schätzungen für 2020 und 2050)\*

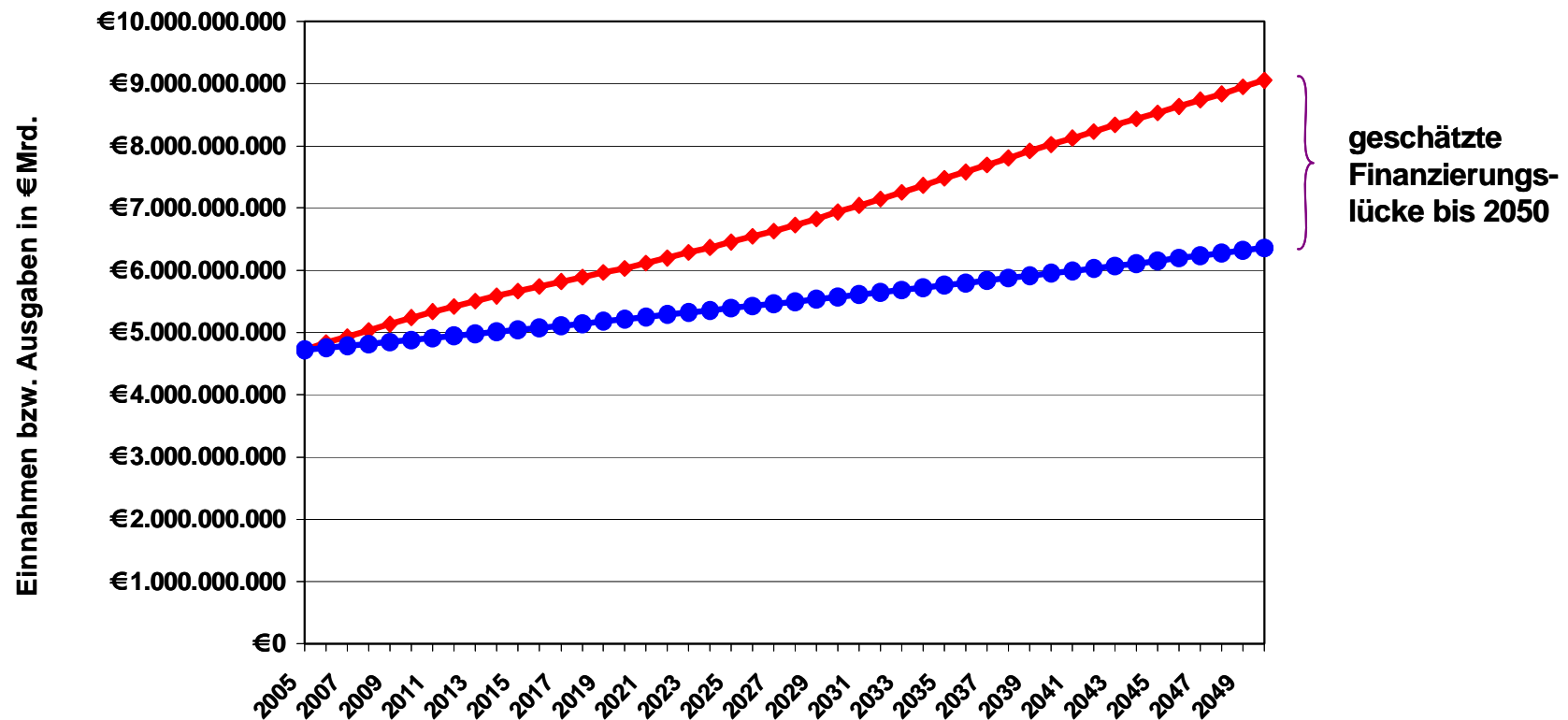


\* Annahme: Ausweitung des ambulanten Rehabilitationsangebots auf bis zu 20% im Jahr 2020

# Eine Ausweitung des ambulanten Rehabilitationsangebots auf 20% bis 2020 führt zu einer kaum merklichen Senkung der **GKV**-finanzierten Rehabilitationsausgaben



# Darstellung des künftigen Finanzierungsdefizits in der medizinischen Rehabilitation (Krankenkassen und Rentenversicherung, 2006 bis 2050)



◆ Hochrechnung der Ausgabenentwicklung (gesetzliche Rentenversicherung und Krankenkassen)

● Hochrechnung der Einnahmenentwicklung (gesetzliche Rentenversicherung und Krankenkassen)

Quellen für die Berechnung der Einnahmenseite: Statistisches Bundesamt (jeweils 2007): Löhne und Gehälter. Index der tariflichen Monatsgehälter, sowie Preise – Verbraucherindizes für Deutschland, Monatsberichte 2007

# Inhaltsübersicht

- (1) Aspekte der medizinischen Rehabilitation im Kontext einer ganzheitlichen Versorgung**
- (2) Geschätzte Ausgaben- und Einnahmenentwicklungen der medizinischen Rehabilitation**
- (3) Zukünftige Programmpunkte für die medizinische Rehabilitation in Deutschland**

## Programmpunkt I:

**„Rehabilitation vor Pflege“: Anerkennung der gesetzlichen Pflegeversicherung als Rehabilitationsträger und Realisierung im Rahmen der Integrierten Versorgung**

## Handlungsempfehlungen:

- I.1) Aufnahme der gesetzlichen Pflegeversicherung (GPV) in den Kreis der Rehabilitationsträger**
- I.2) Erweiterung bestehender populationsgestützter IgV-Projekte um den Aspekt „Rehabilitation vor Pflege“**
- I.3) Zweckgebundene Anschubfinanzierung über eine Erhöhung der Beiträge zur gesetzlichen Pflegeversicherung**
- I.4) Gesundheitsökonomischer Test des Kosten-Nutzen-Verhältnisses GPV-finanzierter Rehabilitationsbehandlungen im Rahmen populationsgestützter IgV-Projekte**
- I.5) Abschließende Festlegung des Zuständigkeitsbereichs der gesetzlichen Pflegeversicherung zur Finanzierung medizinischer Rehabilitationsleistungen; Festlegung eindeutiger und möglichst einfacher Abgrenzungskriterien (z.B. das Patientenalter)**

## **Programmpunkt II:**

### **Stärkung der Rehabilitationsnachsorge**

#### **Handlungsempfehlungen:**

- III.1) Entwicklung eigenständiger Nachsorgekonzepte an stationären Rehabilitationseinrichtungen und ambulanten Rehabilitationszentren**
- III.2) Verbesserte Vernetzung von Rehabilitationskliniken, Vertragsärzten, Selbsthilfegruppen sowie Berufsbildungswerken bzw. Pflegeeinrichtungen**
- III.3) Einbindung des Haus- bzw. Facharztes in die Rehabilitationsnachsorge, auch im Rahmen von Projekten zur Integrierten Versorgung**
- III.4) Stärkere Gewichtung von Aspekten der Rehabilitationsnachsorge im Rahmen der externen Qualitätssicherung**

## **Programmpunkt III:**

**Ausweitung des ambulanten Spektrums an medizinischen Rehabilitationsleistungen und Einbindung in Projekte der Integrierten Versorgung**

### **Handlungsempfehlungen:**

- IV.1) Konsequenter Ausbau eines qualitätsgestützten, ambulanten medizinischen Rehabilitationsangebots**
- IV.2) Weiterentwicklung und Ausweitung flexibler ambulanter Rehabilitationsangebote (z.B. Kombi-Rehabilitation, stufenweise Wiedereingliederung in das Berufsleben, sequenzielle Rehabilitation sowie Case-Management-Angebote) und Abgrenzung gegenüber teilstationär**
- IV.3) Pro-aktive Einbindung flexibler Rehabilitationsangebote in IgV-Projekte zur Stärkung des dortigen Stellenwerts von Rehabilitationsleistungen**



**Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit!**

# Hinweise zur Dissertation

Autor: Philip Lewis

Titel:

Gegenwärtige und zukünftige Herausforderungen an die  
medizinische Rehabilitation

Eine Analyse unter Berücksichtigung von demographischem  
Wandel, medizinisch-technischem Fortschritt sowie  
Lebensstilveränderungen

Erscheinungsjahr: 2009

Verlagsreihe: Verlag Peter Lang, Europäische Hochschulschriften

ISBN: 978-3-631-58231-2

# Literaturangaben (I)

BÜRGER W, DIETSCH S, MORFELD M, KOCH U (2002): **Ambulante und stationäre orthopädische Rehabilitation – Ergebnisse einer Studie zum Vergleich der Behandlungsergebnisse und Kosten.** *Rehabilitation* 2002, 41, S. 92-10

BUNDESVERBAND DEUTSCHER PRIVATKRANKENANSTALTEN (2006): **Durch Rehabilitation Pflege vermeiden; aufgerufen unter:** [http://www.bdpk.de/media/file/54.BDPK-Positionspapier -  
Durch Reha Pflege vermeiden.pdf](http://www.bdpk.de/media/file/54.BDPK-Positionspapier_-_Durch_Reha_Pflege_vermeiden.pdf) (aktualisierter Stand: 22. August 2009)

DECK R, RASPE R (2004): **Nachsorgeempfehlungen und ihre Umsetzung im Anschluss an die Rehabilitation.** In: Deck R, Glaser-Möller N, Mittag O (Hrsg.): *Rehabilitation und Nachsorge. Bedarf und Umsetzung*, S. 55-69. Lage: Hans Jacobs, 2004

EIFF VON W, KLEMMANN A, FREESE D, LEWERS D (2005): **Problem Leistungsabgrenzung.** *Frührehabilitation zwischen Akutbehandlung und Reha.* *krankenhaus umschau* 2005, 74, S. 820-824

EIFF VON W, KLEMMANN A, HENKE V (2006): **Leichte Bewegung in der Frühreha. Nutzen** *Akutkrankenhäuser die neuen Möglichkeiten?* *krankenhaus umschau* 2006, 75, S. 880-884

FUHRMANN R, LIEBIG O (1999): **Frührehabilitation im Krankenhaus – Zeit für Strukturveränderungen.** *Rehabilitation* 1999, 38, S. 65-71

HAAF H-G (2005): **Ergebnisse zur Wirksamkeit der Rehabilitation.** *Rehabilitation* 2005, 44, S. 259-276

HAAF H-G, VOLKE E, SCHLIEHE F (2004): **Neue Vergütungs- und Versorgungsformen und ihre Auswirkungen auf die medizinische Rehabilitation.** *Rehabilitation* 2004, 43, S. 312-324

HÜPPE A, RASPE R (2005): **Zur Wirksamkeit von stationärer medizinischer Rehabilitation in Deutschland bei chronischen Rückenschmerzen: Aktualisierung und methodenkritische Diskussion einer Literaturübersicht.** *Rehabilitation* 2005, 44, S. 24-33

KOCH U (2002): **Trendwende zur ambulanten Rehabilitation?** *Rehabilitation* 2002, 41, S. 73-75

KOCH U, KLUTH W, MEHNERT A (2002): **Perspektiven für die ambulante Rehabilitation in Deutschland – Kurzbericht zu einem internationalen Symposium, Dezember 2001 in Hamburg.** *Rehabilitation* 2002, 41, S. 81-84

KOCH U, MORFELD M (2004): **Weiterentwicklungsmöglichkeiten der ambulanten Rehabilitation in Deutschland.** *Rehabilitation* 2004, 43, S. 284-295

## Literaturangaben (II)

KÖPKE K-H (2005): Aufwerten, ausbauen und systematisieren – Eine Analyse von Situation, Reformbedarf und innovativen Projekten zur Nachsorge in der Rehabilitation der Rentenversicherung. *Rehabilitation* 2005, 44, S. 344-352

KÜPPER-NYBELEN J, IHLE P, DEETJEN W, SCHUBERT I (2006): Empfehlung rehabilitativer Maßnahmen im Rahmen der Pflegebegutachtung und Umsetzung in der ambulanten Versorgung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 2006, 39, S. 100-108

ORDE VOM A, SCHOTT T, ISERINGHAUSEN O (2002): Behandlungsergebnisse der kardiologischen Rehabilitation und Kosten-Wirksamkeits-Relationen – Ein Vergleich stationärer und ambulanter Versorgungsformen. *Rehabilitation* 2002, 41, S. 119-129

PLUTE G (2002): Vorrang der Rehabilitation vor Pflege? Eine Studie zur Rolle der medizinischen Rehabilitation in der Pflegeversicherung. Kassel 2002, Kassel University Press, <http://cgi.uni-kassel.de/~dbupress/download.cgi?frei=978-2-933146-99-1> (zuletzt aufgerufen am 23. Dezember 2006)

RANNEBERG J (2006): Ansätze zur Patientenklassifikation in der medizinischen Rehabilitation aus gesundheitsökonomischer Perspektive. Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH, Europäischer Verlag der Wissenschaften, 2006

RANNEBERG J, NEUBAUER G (2005<sup>1</sup>): Entwicklung von Rehabilitationsbehandlungsgruppen (RBG) für die Kardiologie und Orthopädie – Ergebnisse eines Forschungsprojekts. *Rehabilitation* 2005, 44, S. 34-43

RANNEBERG J, NEUBAUER G (2005<sup>2</sup>): Modeling Rehabilitation Treatment Groups; in: Jäckel WH, Bengel J, Herdt J: *Research in Rehabilitation. Results from a Research Network in Southwest Germany*, Schattauer Verlag Stuttgart; S. 112- 123

STATISTISCHES BUNDESAMT (2007<sup>1</sup>): Löhne und Gehälter. Index der tariflichen Stundenlöhne und Monatsgehälter; Wiesbaden 2007

STATISTISCHES BUNDESAMT (2007<sup>2</sup>): Preise – Verbraucherpreisindizes für Deutschland Monatsberichte 2007; Fachserie 17, Reihe 7; eigene Berechnungen

## Literaturangaben (III)

STIER-JARMER M, KOENIG E, STUCKI G (2002): **Strukturen der neurologischen Frührehabilitation (Phase B) in Deutschland. Physikalische Medizin Rehabilitationsmedizin Kurortmedizin 2002, 12, S. 260-271**

STIER-JARMER M, PIENTKA L, STUCKI G (2002): **Frührehabilitation in der Geriatrie. Physikalische Medizin Rehabilitationsmedizin Kurortmedizin 2002, 12, S. 190-202**

STUCKI G, STIER-JARMER M, BERLETH B, GADOMSKI M (2002): **Indikationsübergreifende Frührehabilitation. Physikalische Medizin Rehabilitationsmedizin Kurortmedizin 2002, 12, S. 146-156**

WOLF N, MATTHESIUUS G (1998): **Empfehlung von rehabilitativen Maßnahmen bei älteren pflegebedürftigen Menschen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung in Berlin und Brandenburg. Das Gesundheitswesen 1998, 69, S. 65-74**