

Rehabilitation unter Kosten- und Qualitätsdruck Konsequenzen der DRG-Einführung für Patienten und Versorgungsstruktur

Prof. Dr. Dr. Wilfried von Eiff
Centrum für Krankenhaus-Management, Universität Münster

>>Ausgangssituation

Die schrittweise Einführung der Krankenhausvergütung durch Fallpauschalen hatte erhebliche Auswirkungen auf Versorgungsstruktur, Qualität und Kosten der Rehabilitation.

Die Akutkrankenhäuser haben auf das mit den DRG-Fallpauschalen verbundene Anreizsystem erwartungsgemäß reagiert: Einsatz von Zeit sparenden Medikalprodukten im OP (z.B. Stapler für Wundverschluss), minimal-invasive Prozeduren (z.B. Transapikale Klappenoperationen), Verkürzung der Verweildauer durch ganzheitliche Behandlungskonzepte (z.B. Fast Track Surgery), Optimierung des Patientendurchlaufs (keine Wartezeiten bei Funktionsdiagnosen), etc. alles mit dem Ziel, die Kosten je Patient zu senken.

Entsprechend hat sich nicht nur die die Akutverweildauer (z.B. bei Hüftpatienten von 17,33 Tagen im Jahr 2003 auf 12,54 Tage in 2010), sondern auch die Zeit zwischen dem Tag des operativen Eingriffs und dem Tag der Aufnahme in die Reha-Klinik in Abhängigkeit vom Krankheitsbild tendenziell deutlich verkürzt.

>>Patientenzustand bei Aufnahme in die Reha

Im Zeitraum 2003 bis 2010 stieg die Zahl derjenigen Patienten, die bei Aufnahme in die Reha vermehrt unter Komplikationen litten und einen deutlich verschlechterten allgemeinen Gesundheits- sowie Mobilitätszustand, und damit eine eingeschränkte Therapiefähigkeit aufwiesen. Seit 2003 ist der Anteil von Hüftpatienten (Totale Endoprothese), die wegen starker Schmerzen und geklammerter Wunden in den ersten 4 bis 6 Reha-Tagen nicht therapierbar sind, von 5,6 % auf 39,4 % gestiegen.

Der Allgemeinzustand sowie die Reha-Fähigkeit eines Patienten wurde im Rahmen der REDIA-Studie durch Verwendung von Mobilitäts-, Schmerz- und physiologischen Parametern beurteilt:

>In der REDIA 3-Phase wurden 8,1% der orthopädischen Patienten mit Hb-Werten (Blutfarbstoff/Hämoglobin) unter 10g/dl in die Reha verlegt (REDIA 1: 2%), wobei Werte unter 8-9 g/dl keine Seltenheit sind: Müdigkeit, Belastungsdyspnoe, Kopfschmerzen und Herzklopfen treten auf.

>Der Vergleich der CRP-Werte (nicht spezifisches Protein, das den Schweregrad einer akuten bakteriellen Entzündung anzeigt) zeigt, dass die Zahl der mittelschweren Entzündungen (10-50mg/L) zunahm. In REDIA 1 wiesen 48,1 % der orthopädischen Patienten Werte von unter 10mg/L auf, in REDIA 3 nur noch 26,3 %. Am höchsten war der Anstieg bei direktverlegten Krankenkassenpatienten (REDIA 1: Durchschnitt:8,9; REDIA 3: 18,02 mg/L).

>Auch der Staffelstein-Score als Indikator für die Mobilität orthopädischer Patienten (gemessen werden Schmerz, Aktivitäten des täglichen Lebens, Gelenkmobilität, Muskelkraft) verschlechterte sich: Score in 2003 bei Aufnahme 78 und bei Entlassung 101; Score in 2010 bei Aufnahme 70,7 und bei Entlassung 96,7.

>>Komplikationen und Nebenerkrankungen im Akuthaus

Die Zunahme der Komplikationen während des Akutaufenthalts sowie die steigende Zahl von Nebenerkrankungen je Patient (Multimorbidität) sind u.a. Zeichen dafür, dass die Patienten in 2010 (REDIA 3) gegenüber 2003 (REDIA 1) im Durchschnitt um 4 Jahre älter sind. Bei orthopädischen Patienten stieg die Zahl der Nebenerkrankungen von 0,84 (REDIA 1) auf 1,05 (REDIA 3) um 25%, bei kardiologischen Patienten von 3,1 auf 4,5 (45%).

Bei kardiologischen Patienten hat sich das Durchschnittsalter eingriffsbezogen erheblich erhöht. So sind Patienten mit transapikalem Klappeneingriff bis zu 13 Jahre älter als der Durchschnitt. Auch bei kardiologischen Patienten haben Nebenerkrankungen (insbesondere neurologischer Art) und Risikofaktoren (Fettstoffwechselstörungen, Bluthochdruck) zugenommen.

>>Behandlungsaufwand in der Rehabilitation

Der Behandlungsaufwand wurde im Rahmen der REDIA-Studie durch folgende Kategorien ermittelt:

- Ärztliche Versorgung (z.B. Untersuchungen je Patient)
- Pflegerische und physiotherapeutische Versorgung (z.B. KTL-Leistungen)
- Diagnostik (z.B. Funktionsdiagnostik, Laborwerte)
- Wundversorgung
- Medikation.

>Im Durchschnitt stieg der Anteil der Patienten, denen Fäden entfernt werden mussten von 3 % (REDIA 1) auf 14% (REDIA 3). Unterschiedlicher Aufwand war indikationsbezogen festzustellen (siehe oben Hüftpatienten 39,4%).

<Beim Laboraufwand ergab sich eine deutliche Steigerung der „großen Laborroutine“ von 40% auf 66%. Insbesondere stieg die Kontrolle der Entzündungsparameter, der Thrombozyten (bei längerer Gabe von Heparin) und des Hämoglobin.

>Deutlich nahm auch der Medikationsaufwand zu. Das Verabreichen von Herz entlastenden Nitraten stieg an bei orthopädischen Patienten von 1,2 % (REDIA 1) auf 33,3% (REDIA 3) und die Gabe von Schmerzmitteln erhöhte sich im Studienverlauf von 4 auf 29%.

Bei kardiologischen Patienten stiegen die Eingriffskomplika-tionen: Pleuraergüsse bei Bypass-Patienten erhöhten sich von 28,5 auf 40,3% und der Anteil der Wundheilungsstörungen nahm von 12,2 auf 16% zu. Die Zahl der Kardiopatienten mit zwei oder mehr Komplikationen verdreifachte sich von 5,7 auf 18,1%.

>>Fazit

Die Rehabilitation ist medizinischer geworden.

Der Stellenwert der AHB i.S. einer Sektor übergreifenden Verbesserung der Patientenversorgung wurde durch das DRG-System gesteigert.

Therapeutischer Aufwand, Investitions- und Betriebskosten sind als Folge der Anreizwirkungen des DRG-Systems gestiegen.

Rückverlegungen in das Akutkrankenhaus aufgrund von Komplikationen sowie mangelnder Reha-Fähigkeit stiegen im Vergleichszeitraum um ca. 45 %.

Der Medikationsaufwand stieg deutlich, insbesondere Schmerzmittel, Thromboseprophylaxe und Herz entlastende Nitrate.

Die Vergütung durch die Krankenkassen hat sich verschlechtert, so dass die Gefahr besteht, dass die Reha-Kliniken Leistungen zu Grenzkosten erbringen müssen, wodurch sich mittelfristig ein Investitionsstau aufbaut.

Ein 10-Punkte-Programm mit Erkenntnissen und Empfehlungen wird den politischen Entscheidungsträgern, Krankenhäusern, Reha-Kliniken und Kostenträgern vorgelegt.

Prof. Dr. Dr. Wilfried von Eiff
Centrum für Krankenhaus-Management
Universität Münster
von.eiff@uni-muenster.de