

Ermittlung des allgemeinen Rehabilitationsbedarf und Evaluation mobiler geriatrischer Rehabilitation (MoGeRe) in stationären Pflegeeinrichtungen und der Kurzzeitpflege

Abschlusstagung zum Forschungsvorhaben
Berlin, den 16. Mai 2018



Forschungsvorhaben
Mobile Geriatrische
Rehabilitation (MoGeRe) -
Hochschule Bremen

Gefördert durch:



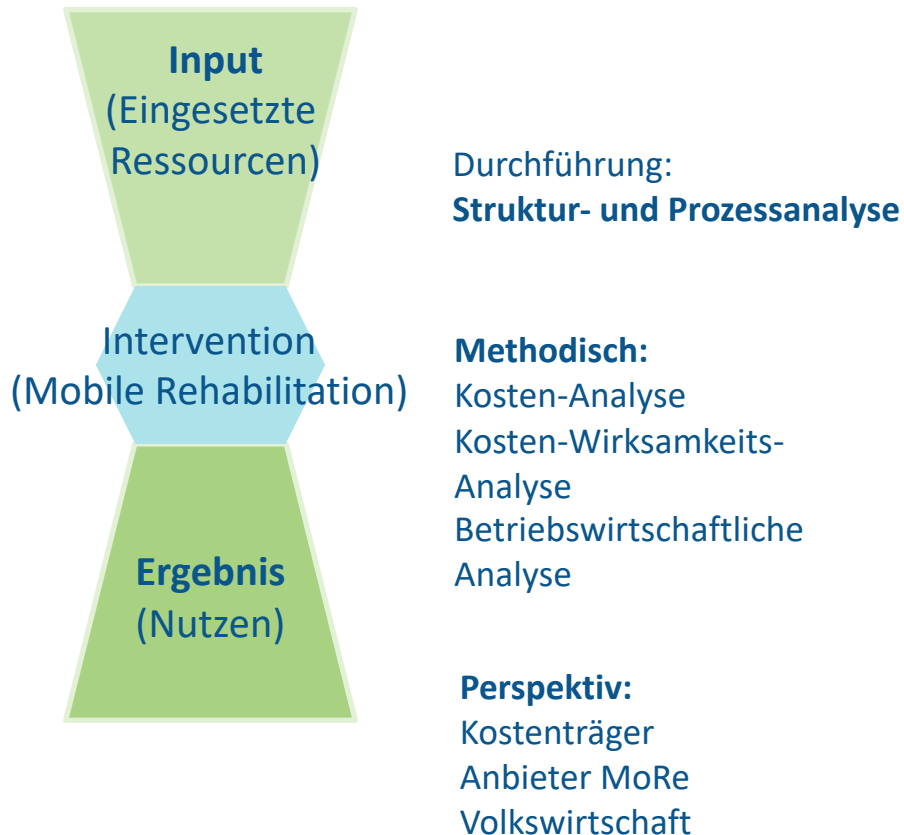
Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Übersicht der Inhalte

1. Einleitung zum Forschungsvorhaben
2. Ermittlung des allgemeinen Rehabilitationsbedarfes
3. Teilhabe als Rehabilitationsziel
4. Ergebnisse der Verlaufsstudie
- 5. Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Analyse**
6. Zusammenarbeit und Handlungsempfehlungen
7. Implikationen

Analyse-Modell Gesundheitsökonomie



Instrumente:
Dokumentenanalyse, Befragung

Rahmenempfehlung zur Intervention

• Ärzte	1:20
• Pflegekräfte	1:10 - 1:40
• Physiotherapeuten	1:10 - 1:15
• Ergotherapeuten	1:10 - 1:15
• Stimm-, Sprech- und Sprachtherapeuten	1:20 - 1:40
• Sozialarbeiter	1:30 - 1:80
• Klinische Psychologen/Neuropsychologen	1:40 - 1:100
• Ernährungsberater (Diätassistent/Diplomökotrophologe)	1:100

Bei der Zahl der Patienten ist die jeweils notwendige Behandlungsintensität zu berücksichtigen.

Die Zahl der Behandlungstage beträgt in der Regel bis zu 20, pro Behandlungstag sind über die gesamte Maßnahme gesehen durchschnittlich mindestens 2 Therapieeinheiten am Patienten zu leisten. Dabei darf die Therapiefrequenz 3 Behandlungstage in der Woche nicht unterschreiten. Therapieeinheiten werden vom mobilen geriatrischen Rehabilitationsteam erbracht. Eine Therapieeinheit am Patienten beträgt mindestens 45 Minuten und umfasst alle durch Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapeuten, Klinische Psychologen/Neuropsychologen, Ernährungsberater erbrachten therapeutischen Interventionen inklusive der rehabilitativen Pflege. Leistungen durch andere Berufsgruppen des Rehabilitationsteams (z.B. Arzt, Sozialdienst) sind bei Bedarf zusätzlich zu erbringen.

(Quelle: siehe die Rahmenempfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation – MDS, 2007 und 2010)

Analyse der Kostenerstattungen (direkte Kosten für Kostenträger; Erlöse für Anbieter) (**Krankheitskosten-Analyse**)

Kennziffer, Daten aus 2016	Betrag in Euro
Gesamterstattung je Therapieeinheit, einschl. Kosten der Anfahrt (im Mittel über vier Einrichtungen)	83,17 (77,76 – 88,06)
Anzahl Therapie im Mittel je abgeschlossener Reha-Fall*	32,9 (32,0 – 35,1)
Anzahl der Leistungen im Mittel*	3,2 (2,0 - 4,1)
Erstattung pro Gesamtfall im Mittel für a. Therapie und b. Leistung (weiterhin: plus Zuzahlungen der Patienten)	a. 2736,29 b. 266,14
Gesamterlös 2016 GKV Kostenerstattung mit Therapie und Leistung im Mittel (hier: 145 Patienten*)	435.352,35

Abweichende Regelung und Vergütungssatz im Bundesland Bayern, hier zeigt sich ein geringerer Erstattungssatz bei Anwendung eines Therapieblocks pro Tag zzgl. Fahrtkosten (116,50 pro Behandlungstag in 2016)

* KCG Daten 2016

Vergleichende Krankheitskosten-Analysen

Bundesweit werden verschiedene Rehabilitationsprogramme angeboten: Stationär / Ambulant und Mobil nach 111 SGB V; sowie Teilstationär nach 109 SGB V.

Die mobile Rehabilitation versorgt ein Klientel, welches von den anderen Reha-Angeboten nicht erreicht wird bzw. diese nicht in Anspruch nehmen kann.

These: Das Fehlen einer Mobilen Reha als Leistungsangebot wird ersetzt durch Krankenhausaufenthalte. Modellberechnung:

Landesbasisfallwert Krankenhaus 2016 Land Bremen ist = 3.378,67 Euro.

Geriatrische Komplexbehandlung (z.B. DRG FA8Z) = 2,240 Bewertungsrelation

Gesamtwerterlös stationäre Versorgung = 7.568,22 Euro

(Gesamterlös mobile Rehabilitation = 3.002,43 Euro (siehe vor)

Die mobile Rehabilitation ist ohne Interventionsalternative.

Eine Kosten-Minimierungs-Analyse ist hier lediglich im Vergleich der stationären Versorgung (Geriatrische Komplexbehandlung) eine Möglichkeit. Das Angebot mobiler Rehabilitation könnte eine Verkürzung des Klinikaufenthaltes oder gar eine Vermeidung des Klinikaufenthaltes bedeuten.

Nutzeneffekt MoGeRe nach sechs Monaten (Kosten-Wirksamkeits-Analyse)

Ergebnis der Verlaufsstudie:

Effekt als Nutzen der Rehabilitation im Vergleich zu ohne Rehabilitation

Indikatoren	Mit Rehabilitation (n=78*)		Ohne Rehabilitation (n=37)	
	Beginn der Reha	Nach sechs Monaten	Beginn der Untersuchung	Nach sechs Monaten
Barthel-Index	37	52	41	32
Bewegungsradius (0-5)	2,2	3,4	2,9	2,8
Esslinger Transferskala (4-0)	2,1	1,2	1,6	2,1
Lebenszufriedenheit in %	61	70	78	60

Barthel-Index + 41%

Essl. Transfers. + 43%

63%

74%

Barthel-Index - 22%

Essl. Transfers. - 31%

Verbesserung mit Reha im Verlauf

Verschlechterung ohne Reha im Verlauf

Effekt der MoRe über ATL (FIM) Messung

Aktivitäten des täglichen Lebens – Funktionale Selbständigkeits-Messung

ATL – 18 Messskala (FIM)	2015, n= 133 Verbesserung	2016, n= 138 Verbesserung
Beginn der Rehabilitation	59,1 24%	59,4 27%
Ende der Rehabilitation	73,1	75,4
Differenz	14,0 Effektstärke 0,67	16,0 Effektstärke 0,76

Quelle: Qualitätsbericht 2017 - MDK Rheinland-Pfalz

Analyse Reha vor Pflege

PFLEGESTUFE	PFLEGEGRAD
bisher nicht vorgesehen	1
Pflegestufe 0 Pflegestufe 1	2
Pflegestufe 1 mit e.A. Pflegestufe 2	3
Pflegestufe 2 mit e.A. Pflegestufe 3	4
Pflegestufe 3 mit e.A. Pflegestufe 3 mit Härtefall	5

Differenzbetrag

	Leistungsbetrag vollstationär in Euro
1: Geringe Beeinträchtigung der Selbständigkeit (12,5 bis unter 27 Punkte)	125
2: Erhebliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit (27 bis unter 47,5 Punkte)	770
3: Schwere Beeinträchtigung der Selbständigkeit (47,5 bis unter 70 Punkte)	1.262
4: Schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit (70 bis unter 90 Punkte)	1.775
5: Schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung (90 bis 100 Punkte).	2.005

Quelle: www.pflege.de ; www.bmg.de

Möglichkeiten der Kosteneinsparung durch Vermeidung oder Verzögerung eines höheren Pflegegrades – Modellberechnungen - Amortisation

Kapitaleinsatz (GKV-Kostenträger)	Unterschied im Leistungsbetrag vollstationär Pflegegrad 1 zu 2		
		Amortisationszeit	Faktor der Kosteneinsparung
3.002,43 Euro (GKV - Kostenerstattung MoRe im Mittel für 2016)	Für 1 Jahr= 7720	4,6 Monate	2,6
	Für 2 Jahre = 154801		5,2
	Unterschied im Leistungsbetrag vollstationär Pflegegrad 2 zu 3		
	Für 1 Jahr = 5904	6,1 Monate	2,0
	Für 2 Jahre = 11808		4,0
	Unterschied im Leistungsbetrag vollstationär Pflegegrad 3 zu 4		
	Für 1 Jahr = 6.156	5,8 Monate	2,1
	Für 2 Jahre = 12.312		4,1

Betriebswirtschaftliche Analyse – unternehmerische Risiken

Risikogrösse	Merkmale
Personal	Schwierige Marktlage für neues Personal Berufserfahrung erforderlich Anforderung der Schulung und kontinuierlichen Weiterbildung Teamorientierung und Teamarbeit Personale Qualifikation erforderlich („Standing“) Interprofessionelle Kompetenzen (u.a. Arbeit mit dementiellen Rehabilitanden)
Kostenträger	Verzögerte Kostenzusagen Keine Gewissheit der Mengenangaben, ggf. nur stückweise Bewilligung (10, 20 Einh.) Geringe Akzeptanz der Versorgungsform Hoher Verwaltungsaufwand für MoRe Betriebe
Rehabilitand	(Hohe) Abbruchquote (bis zu 33 %, im Mittel hier 27%) Unsicherheiten im Therapieverlauf, Termintreue Verschlechterung des Gesundheitszustandes (u.a. aufgrund der Multimorbidität, Hochbetagte) Abhängigkeiten vom sozialen/familiären Umfeld (weitere Faktoren sind im Therapieprozess relevant) Unvorhersehbarer Mehraufwand durch das Umfeld und die sich verändernde Patientensituation

Betriebswirtschaftliche Analyse – unternehmerische Risiken

Risikogrösse	Merkmale
Politik	Ungewissheiten in der Veränderung der Gesetzeslage Auswirkungen der nun formulierten „indikationsspezifischen Rehabilitation“
Durchführbarkeit	Herausforderungen in der Logistik (Beispiel: MoRe Angebot in Stuttgart wegen städtischer Verkehrslage nicht möglich) Innovative Konzepte erforderlich (z.B. E-Bike im städtischen Raum) Hoher Kosten- und Zeitaufwand im ländlichen Raum (lange Fahrtzeiten) Angewiesenheit auf das sich ständig verändernde Umfeld (z.B. unsicherer Support in der häuslichen Situation, im Pflegeheim)
Personenorientierung	Hoher „Pioniergeist“ (überdurchschnittliches Engagement für die Versorgungsform erforderlich) Die MoRe wird derzeit insbesondere von engagierten Persönlichkeiten geführt Damit „steht und fällt“ eine MoRe mit den Personen (Unsicherheiten bei Ruhestand, Arbeitsplatzwechsel, usw.)

Betriebswirtschaftliche Modellkalkulation MoRe-Unternehmen

Personal bei ca 150 Rehabilitanden im Jahresmittel (siehe. Rahmenempfehlung)
 1 Vk Arzt, 6 Vk Therapie, 0,5 Vk Beratung/Diagnostik ,1 VK
 Koordination/Einsatzplanung, 0,5 VK Geschäftsführung/Verwaltung

Gesamt Personalkosten	585.200,00
+ Sachkosten (7% Anteil)	40.964,00
Gesamt Personal- und Sachkosten	626.164,00
Unternehmerische Kostenkalkulation	
+ 5% Kalkulatorische Kosten (siehe nachstehende Risiken, Wagnisse)	31.308,20
Zwischensumme	657.472,20
+ 5% Gewinnzuschlag	32.873,61
Gesamt Kosten	690.345,81
Kalkulation der GKV-Kostenerstattung je Therapie-/Leistungseinheit (einschl. der Fahrtkosten)	
Einnahmen bei 150 Patienten	
150 mal 40 Einheiten mal 107,00	642.000,00
Zzgl. 3 Einheiten je Patient (Arzt, Beratung)	48.150,00
Gesamteinnahmen	690.150,00

Angebot mobile Rehabilitation

Eine Analyse der derzeitigen GKV Kostenerstattungen legt demnach eine erkennbare **Unterfinanzierung** der mobilen geriatrischen Rehabilitation

Die angesprochenen **Synergieeffekte** (Stichwort: Mischkalkulation), die derzeit die MoRe möglich machen, lassen sich auf Dauer voraussichtlich nicht ohne weiteres fortführen, da der finanzielle Rahmen für die Krankenhäuser deutlich enger wird. Das Angebot MoRe bleibt betriebswirtschaftlich eine „fragile Geschichte“.

So fehlt denn auch ein nicht unwesentlicher **Anreiz** zum Angebot einer mobilen geriatrischen Rehabilitation, mit der Folge möglicher Unter- und Fehlversorgung allein weil zu wenig Anbieter im Feld sind.

Nach der Modellkalkulation wird auch erkenntlich, dass die mobile Rehabilitation keine „Discounter“-Variante der ambulanten oder stationären Rehabilitation sein kann. Nach dieser Berechnung liegt die mittlere Kostenerstattung (36,1 Einheiten im Mittel, siehe vor) bei etwa 3900 Euro.