

„Creating a Data Base for Care an Rehabilitation“
Internationale Konferenz am 26.3.2004 in Berlin
„Bedarf an Informationen: Perspektive der Politik und Kostenträger“
von Harry Fuchs, Düsseldorf

Informationsbedarf

Folie 1

Politische Entscheidungsträger und Kostenträger benötigen Daten über

- Bedarfe und Bedarfsentwicklung
- für politische und administrative Planung sowie Entscheidungsprozesse,

die die individuelle Lebens- und Bedarfsituation der Leistungsberechtigten abbilden, d.h., entsprechend differenzierte und spezifische Daten.

Folie 2

Solche Daten werden benötigt u.a. für die

- aufwandsgerechte Ressourcenbereitstellung (-planung);
- effiziente und bedarfsbezogene Ressourcenzuteilung und Patientensteuerung;
- fachgerechte und effektive Interventionsplanung und Maßnahmendurchführung;

Folie 3

Des weiteren als

- Basis der leistungsbezogenen Kostenkalkulation;
- Grundlage von Kosten- und Leistungsvergleichen verschiedener Anbieter (Benchmarking);
- Evaluationsgrundlage der Effekte von Leistungen beziehungsweise der Strategien von Maßnahmen und der Outcome-Messung (Wirkungsmessung) in Verbindung mit wissenschaftlich fundierten Zielvorgaben und Qualitätsindikatoren.

-

Folie 4

Die für diese Aufgaben erhobenen Daten, können aber auch von den Leistungserbringern innerhalb einer Einrichtung oder eines Unternehmens als Management-, Planungs- und Steuerungsgrundlage nutzen. Dies gilt für die unternehmensbezogene Ressourcenplanung, -steuerung und -nutzung, darüber hinaus auch für weitere Anwendungsbereiche wie

- Organisations- und Strukturentwicklung einer Einrichtung;
- Arbeitsablauforganisation;
- Personal- und Personaleinsatzplanung (ggf. in Verbindung mit einem Personalbemessungsverfahren).

Letztlich ergeben sich differenzierte Daten- und Informationsgrundlagen für die interne und externe Qualitätssicherung und das Qualitätsmanagement, aber auch Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen und -prüfungen (Fuchs 2001).

Folie 5

Entwicklung in Deutschland

In Deutschland existieren derzeit für die Prognose des künftigen Bedarfs an Pflege und Rehabilitation landesweit keine systematisierten Prognosesysteme. Die Bedarfsprognose basiert bisher auf demographischen Daten und dazu entwickelten Annahmen, insbesondere jedoch auf der Fortschreibung der tatsächlichen Entwicklung der Vergangenheit. Ansätze zur Orientierung der Prognose am individuellen Bedarf sind zwar im Rechtssystem angelegt (z.B. § 19 SGB IX), jedoch bisher nicht einmal in Entwicklungsprozessen aufgegriffen.

Folie 6

Zudem wurde die Einführung der Diagnosis Related Groups (DRG) in der stationären Akutversorgung in Deutschland im wesentlichen als die Einführung eines pauschalierenden Vergütungssystems wahrgenommen (§ 17b Abs. 2 KHG), während die einem solchen System innewohnenden weitergehenden Wirkungsfelder eines Patientenklassifikationssystems allenfalls in der Literatur herausgearbeitet werden

Dies ist eine Ursache dafür, warum in Deutschland die Einführung von Patientenklassifikationssystemen z.B. im **Bereich der Rehabilitation** zunächst vorwiegend als Vergütungssystemdiskussion erörtert wurde und deshalb an die Inhalte und Argumente aus der Einführung in der Akutversorgung anknüpfte. Dabei wurden die Bedarfsorientierung und die rehabilitationsspezifischen Aspekte und Ansätze, insbesondere die nicht mit der Vergütungssystematik verbundenen Wirkungsfelder, fast vollständig ausgeblendet (z.B. Haaf 2002, Schwartz 2002, Sachverständigenrat 2002/2003, Lf., Tz. 621 – 631).

Folie 7

In diesem Sinne gibt es seit längerem verschiedene Ansätze zur Weiterentwicklung der Vergütung der Rehabilitation. Zum einen gibt es Systeme, die die Vergütung am Erfolg der

Behandlung orientieren. Zum anderen gibt es Modellüberlegungen, die sich an der Qualität der erbrachten Leistung orientieren (u.a KTL-Orientierung der BfA – Egner et al 2002). Bei dem erfolgsorientierten System soll die Höhe der Vergütung an der durch die Leistung veränderten Situation des Berechtigten, d.h., der nachvollziehbaren Ergebnisqualität bemessen werden, während bei der Qualitätsorientierung die Vergütung davon abhängig gemacht wird, dass die Struktur- und Prozessqualität der Einrichtung in vergleichenden Qualitätsanalysen (§ 20 SGB IX) nachgewiesen wurden.

Letztlich gibt es Ansätze der Vergütung über Fall- oder Komplexpauschalen (Neubauer et al 1995, Korzelius 1998, Schneider 2001). Das Institut für Gesundheitsökonomie schlägt ein Fallpauschalensystem vor, das sich eng an die Systematik des DRG-Systems anlehnt. Dabei werden die Subgruppen Anschlussheilbehandlung und Heilverfahren unterschieden.

Folie 8

Dazu werden jeweils indikationsbezogene Basis-Rehabilitationsbehandlungsgruppen definiert und diese nach Schweregraden (Einschränkungsgrade: schwer, merklich, leicht, keine) differenziert (Neubauer 2002). Aus rehabilitationswissenschaftlicher wie auch aus ökonomischer Sicht werden dagegen jedoch erhebliche Bedenken vorgetragen (vergl. Diskussion im Rahmen des Workshops des 12. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquiums des VDR 2003, Haaf 2002, Sachverständigenrat 2002/2003, Kf., Tz. 147).

Folie 9

Demgegenüber hatte sich die Diskussion über die Einführung von Patientenklassifikationssystemen **im Bereich der Pflege** in Ansätzen bereits vor der DRG-Einführung in der Akutversorgung entwickelt (Garms-Homolová et al 1994) und deshalb von Anfang an einen Bezug zum tatsächlichen Pflegebedarf. Gleichwohl hat sich in jüngster Zeit als Folge der allgemeinen Mittelknappheit auch hier eine Fokussierung auf die Kostenrelevanz ergeben. Dabei streben die Träger der Pflegeeinrichtungen nach einem Instrument, das den von ihnen im Rahmen von Vergütungsverhandlungen geforderten Personalkostenaufwand orientiert am Pflegebedarf belegt und ihre Stellung bei Pflegesatzverhandlungen verbessert. Demgegenüber verbinden die Pflegekassen die Einführung von Klassifikationssystemen mit der gegenteiligen Zielvorstellung, d.h, die Kosten möglichst zu begrenzen.

Folie 10

Von einigen Bundesländern und Wohlfahrtsverbänden wird die Methode PLAISIR (Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis = Informatisierte Planung der erforderlichen Pflege) für derartige Zwecke als geeignet eingeschätzt. PLAISIR wurde in Kanada von der „Équipe de Recherche Opérationnelle en Santé“ (EROS) entwickelt und ist letztlich eine Kombination aus Pflegebedarfsbemessung und analytischer Personalbemessung.

Folie 11

PLAISIR geht zwar von der durch eine Fachkraft der Pflegeeinrichtung erstellten – nicht alle Parameter umfassenden – Pflegeplanung aus, korreliert diese allerdings mit zentral in das System eingegebenen Vorgabewerten. Die sich so ergebenden Standardzeitwerte für die pflegerische Versorgung werden als Basis von Kostenkalkulation und Controlling genutzt. Durch die Korrelation mit Vorgabewerten, deren Größe nicht allein durch den Pflegebedarf und fachliche Indikatoren gestaltet sein muss, ist das Ergebnis nicht am tatsächlichen Pflegebedarf orientierte (EROS 1995, ISE 1997; Berthou 2002), sodass von einer wirklich bedarfsorientierten Planungs- und Entscheidungsgrundlage nicht gesprochen werden kann.

Notwendigkeit bedarfsorientierter Patientenklassifikationssysteme

Folie 12

Das DRG-System ist methodisch nicht geeignet, den Ressourcenbedarf und -einsatz im Bereich der medizinischen Rehabilitation oder Pflege zutreffend abzubilden. Danach stellt sich die Frage nach möglichen Alternativen.

Folie 13

Die Mehrzahl der Länder, die DRG's im Akutbereich eingeführt haben, hat ergänzende Instrumente zur Identifizierung und Klassifizierung des Pflegebedarfs entwickelt bzw. eingeführt. Eines dieser Instrumente basiert auf dem System der Resident Assessment Instruments (RAI).

Dieses System erhebt den im Einzelfall tatsächlich vorhandenen Pflegebedarf und bildet daraus Gruppen von Berechtigten mit vergleichbarem pflegerischen Aufwand (Ressource Utilization Groups – RUG). Zu diesen Gruppen werden jeweils in Pflegeleitlinien die Inhalte und Qualitätsmaßstäbe der zu erbringenden pflegerischen Leistungen nach Art, Umfang und Intensität beschrieben.

Folie 14

In Deutschland verpflichtet § 75 Abs. 3 Satz 1 SGB XI dazu, in den landesweiten Rahmenverträgen über die pflegerische Versorgung entweder landesweite Verfahren zur Ermittlung

des Personalbedarfs oder zur Bemessung der Pflegezeiten oder landesweite Richtwerte zu vereinbaren. Entsprechend werden derzeit neben den internationalen Systemen auch nationale Verfahren zur Konkretisierung der Kriterien, die bei der Ermittlung des Personalbedarfs zu berücksichtigen sind, entwickelt (z.B. Referenzmodell in Nordrhein-Westfalen, vgl. Beschlussfassung des Landespflegeausschusses NRW)

Im Bereich der Rehabilitation sind die Rehabilitationsträger nach § 12 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX verpflichtet, Gegenstand, Umfang und Ausführung der Rehabilitationsleistungen in gemeinsamen Empfehlungen zu vereinbaren. Sie haben im Übrigen darauf hinzuwirken, dass die fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationsdienste und –einrichtungen in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen (§ 19 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX).

Folie 15

Schlussfolgerung:

Patientenkalkulationssysteme sind – und müssen als wirksame Basis politischer Planungs- und Entscheidungsprozesse – mehr als nur die Basis für Kostenerstattungs- und Finanzierungssysteme sein.

Patientenklassifikationssysteme erheben Leistungsbedarfe, kategorisieren diese und konkretisieren die erforderlichen Leistungsinhalte. Sie bewirken auch gemeinsame Definitions- und Bewertungsmaßstäbe und Transparenz.

Sie können damit sowohl für die Pflege wie für die medizinischen Rehabilitation die Basis für die Erfüllung der Planungs- und Sicherstellungsaufgaben der Kostenträger, insbesondere aber auch der Politik sein.

Im Bereich der Rehabilitation können sie – aufbauend auf der Kategorisierung des Rehabilitationsbedarfs nach der ICF - die Grundlage für die gemeinsamen Empfehlungen über Gegenstand, Umfang und Ausführung der Leistungen (§ 12 SGB IX) und die Durchführung des Sicherstellungsauftrages (§ 19 SGB IX) sein. Sie können zudem zur zielgerichteten und bedarfsgerechten Steuerung im Einzelfall, aber auch zur Lösung des Over- bzw. Under-User-Problems im Rahmen kollektiver Screening-Verfahren (Fuchs et.al. 2002, Fuchs 2002) genutzt werden.

Die Definition von Bedarfsgruppen mit vergleichbarem Aufwand kann für die Verträge mit Leistungserbringern die gebotene Transparenz der vereinbarten Leistungsinhalte und –qualitäten herstellen und damit letztlich auch als Grundlage für den Aufbau von Vergütungssystemen dienen.