

GKV | MDK | MDS



Reha vor Pflege - Analyse anhand von Behandlungsdaten



05.09.2014 | Berlin

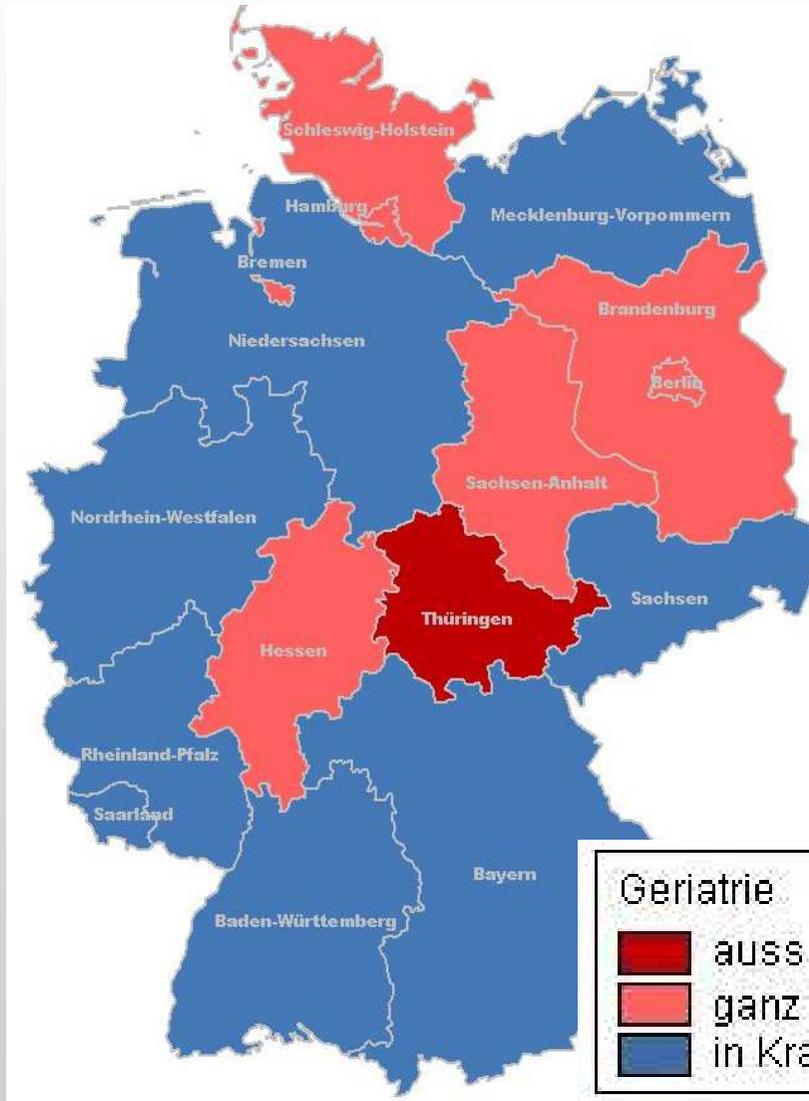
Matthias Meinck
Kompetenz-Centrum Geriatrie

- 1. Hintergrund**
2. Datenquellen für Analysen
3. Fragestellungen
3. Methodische Aspekte
4. Ergebnisse
5. Fazit

- **Gesetzliche Grundlagen:** Vermeidung von Pflegebedürftigkeit (§ 11 Abs. 2 SGB V) und medizinische Reha (§ 40 SGB V) kodifizierter GKV-Auftrag
- **Rehabilitative Versorgung in der GKV:**

Rehabilitative Versorgung als ...	Versorgungs-	
	Sektor	Stufen
Frührehabilitation (§ 39 SGB V)	Krankenhaus	- vollstationär - teilstationär
Rehabilitation (§ 40 SGB V)	Rehabilitation	- stationär - ambulant - ambulant-mobil

Hintergrund: Geriatrich-Rehabilitative Versorgung



**uneinheitliche
Strukturen sind zu
beachten**

Geriatric

-  ausschließlich in Krankenhäusern
-  ganz überwiegend in Krankenhäusern
-  in Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen

1. Hintergrund
- 2. Datenquellen für Analysen**
3. Fragestellungen
3. Methodische Aspekte
4. Ergebnisse
5. Fazit

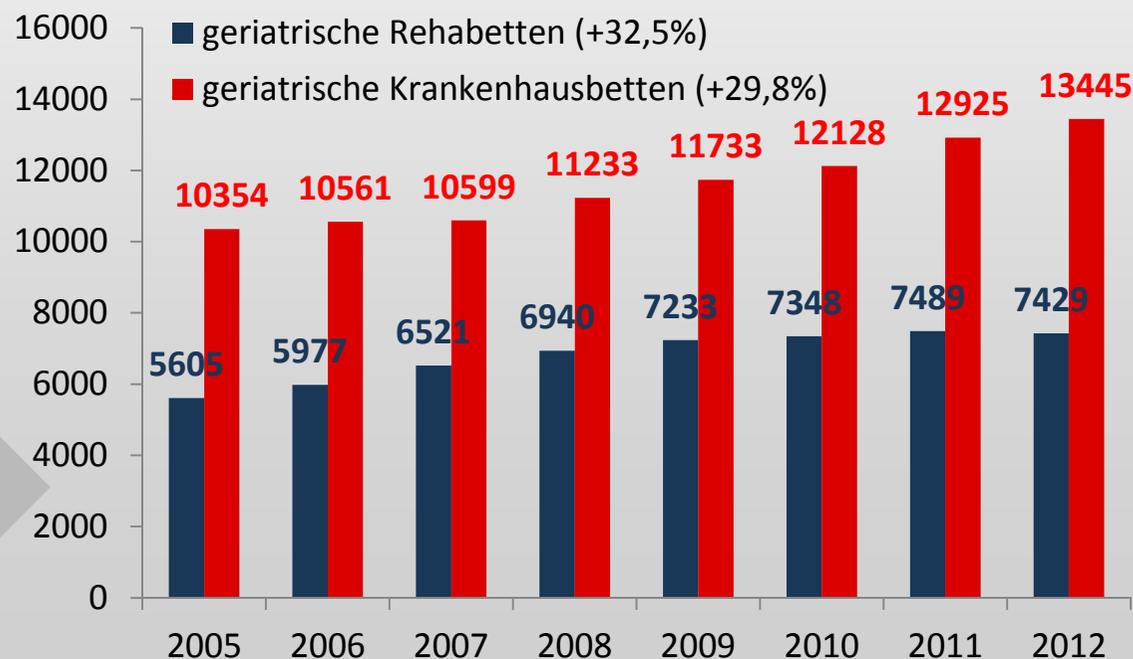
2. Datenquellen für Analysen

1. Amtliche Statistik (KHStatV, Fachserie 12, Reihe 6.x)

- + Vollständigkeit, Validität, Grunddaten, Diagnosedaten
- ambulante Reha nicht erfasst
- keine Krankheitsfolgen
- keine klinischen Parameter (Befunde, Assessments, Prozeduren ...)



Grunddaten



2. Datenquellen für Analysen

Behandlungsdaten

- stehen nur den Leistungserbringern zur Verfügung
- geringe Reichweite, keine Matchingoption
- + Krankheitsfolgen
- + klinische Parameter (Befunde, Assessments ...)

Abrechnungsdaten gemäß § 301 SGB V (Entwicklung eines einheitl. DTA-Verfahrens bis Ende 2014 abgeschlossen)

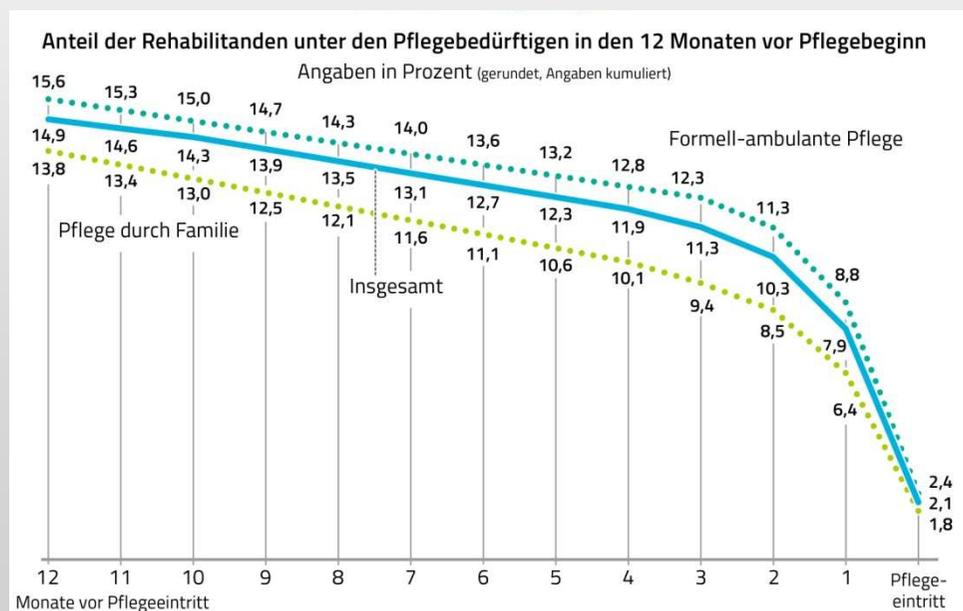
- + Vollständigkeit, Verfügbarkeit
- + hohe Validität insbesondere i.V.m. Vergütung
- + Option „Matching“ (mit Abrechnungsdaten anderer Leistungsbereiche bspw. Krankenhaus und Pflege)
- keine Krankheitsfolgen (ATL, Assessments ...)
- keine klinischen Parameter, kaum Schwergrade

1. Hintergrund
2. Datenquellen für Analysen
- 3. Fragestellungen**
3. Methodische Aspekte
4. Ergebnisse
5. Fazit

Abrechnungsdaten der Krankenkassen im Zusammenhang Reha vor Pflege ermöglichen Analysen ...

... mit versichertenbezogener Perspektive

Wie häufig erfolgt vor dem erstmaligen Bezug von Pflegeleistungen eine medizinischen Rehabilitation?



(Rothgang, Müller, Unger:
BARMER GEK
Pflegebericht 2013)

Welche sozialen und gesundheitsbez. Faktoren erhöhen/reduzieren die Wahrscheinlichkeit einer Reha vor / bei Pflegeleistungsbezug?

Abrechnungsdaten der Krankenkassen im Zusammenhang Reha vor Pflege ermöglichen Analysen ...

... mit leistungsbezogener Perspektive

Rehabilitation vor Pflegebedürftigkeit im Alter: eine Analyse anhand von Routinedaten

Medical Rehabilitation Preventing Long-Term Care for the Elderly: Analysis Based on Routine Data

Autoren M. Meinck¹, N. Lübke¹, U. Polak²

Institute ¹Kompetenz-Centrum Geriatrie des GKV-Spitzenverbandes und der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste, Hamburg
²AOK-Bundesverband, Berlin

Schlüsselwörter

- ☑ Frührehabilitation
- ☑ Anschlussrehabilitation
- ☑ Pflegebedürftigkeit
- ☑ Routinedaten
- ☑ Überleben

Key words

- ☑ early rehabilitation
- ☑ subsequent rehabilitation
- ☑ need of long-term care
- ☑ routine data
- ☑ survival

Zusammenfassung

Hintergrund: Vermeidung von Pflegebedürftigkeit ist ein Ziel von Frührehabilitation (FR) und Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Der Beitrag bestimmt deren Inanspruchnahme im Alter in Abhängigkeit von präinterventioneller Pflegebedürftigkeit (vor Beginn der Frührehabilitation/Rehabilitation) sowie das weitere Überleben und Veränderungen im Pflegebedarf anhand von Routinedaten.

Methoden: Anonymisierte Abrechnungsfälle (2008/2009) aus stationärer FR und Rehabilitation von AOK-Versicherten ≥ 65 Jahre wurden differenziert für die Behandlungspfade Frührehabilitation (FR), Frührehabilitation kombiniert mit Anschlussrehabilitation (F-/AR), Anschlussrehabilitation (AR) und sonstige Rehabilitation (SR – ohne vorhergehende Krankenhausbehandlung) ausgewertet. Überleben und Pflegestufen wur-

Abstract

Background: Medical rehabilitation of statutory health insurance (SHI) in Germany aims at prevention of (increasing) disability and thus the need for long-term care. The paper examines the inpatient rehabilitation care utilization in the elderly based on claims data, taking into account the need of pre-existing long-term care (LTC) in according to the German Long-Term Care Insurance and further changes (survival, LTC level).

Methods: Anonymous data from inpatient medical rehabilitation of AOK-insured patients ≥ 65 years (2008/2009) following different treatment pathways were evaluated: early rehabilitation while hospital treatment (FR), combined treatment with early and subsequent rehabilitation (F-/AR), subsequent rehabilitation after hospital treatment (AR); rehabilitation without previous hospital treatment (SR). Survival and LTC-Level

Meinck, Lübke, Polak.
Rehabilitation (Stuttg) 2014;53(2):74-80

Stationäre Reha im Alter

- Welche Reha-Leistungen haben welche Anteile?
- Wie hoch sind darunter die Anteile geriatrischer Reha?
- Wie hoch sind Anteile von Versicherten mit vorbestehendem Pflegebedarf?
- Wie ist der mittelfristige Verlauf nach Abschluss einer Reha? (Mortalität, Pflegebedarf, Heimübertritte)?

Stationäre Geriatrisch-Rehabilitative Versorgung im Besonderen

- Gibt es Unterschiede in den Kollektiven der FR und AR?
- Wie ist der Verlauf nach einer Reha?
- Gibt es Einflüsse der regionalen Versorgungsquoten und -kapazitäten auf die Verläufe nach einer Reha?

1. Hintergrund
2. Datenquellen für Analysen
3. Fragestellungen
- 3. Methodische Aspekte**
4. Ergebnisse
5. Fazit

Methodische Aspekte

AOK-Versicherte (Alter ≥ 65 Jahre) und ...

Krankenhaus-
behandlung
ohne Frühreha

Krankenhausbehandlung
mit Frühreha

Anschlussreha

sonstige Reha

Anschlussreha
(AR)

Anschlussreha mit
vorhergehender
Frühreha (F-/AR)

Frühreha
(FR)

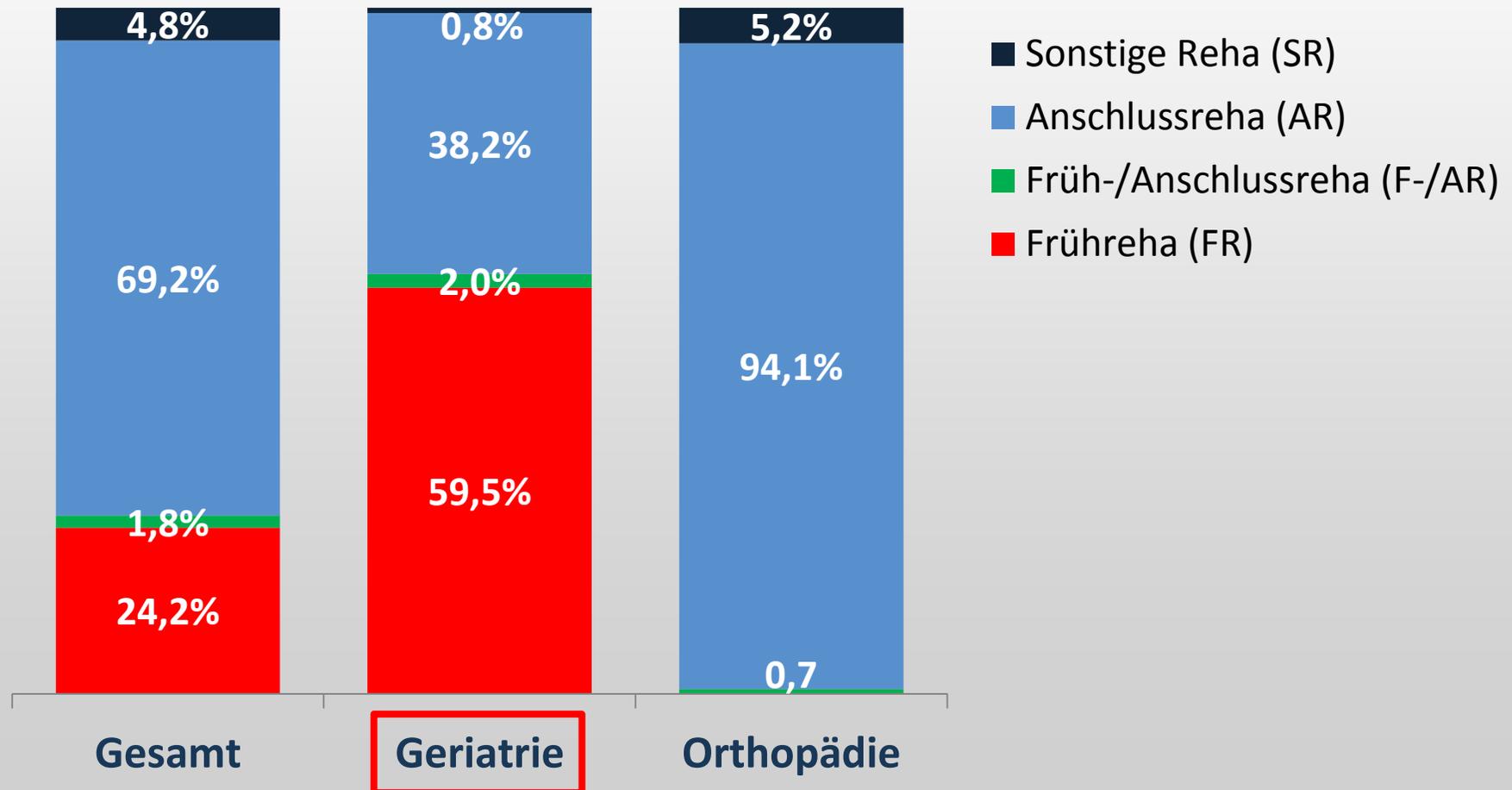
sonstige Reha
(SR)

Auswertungsgruppen

1. Hintergrund
2. Datenquellen für Analysen
3. Fragestellungen
3. Methodische Aspekte
- 4. Ergebnisse**
5. Fazit

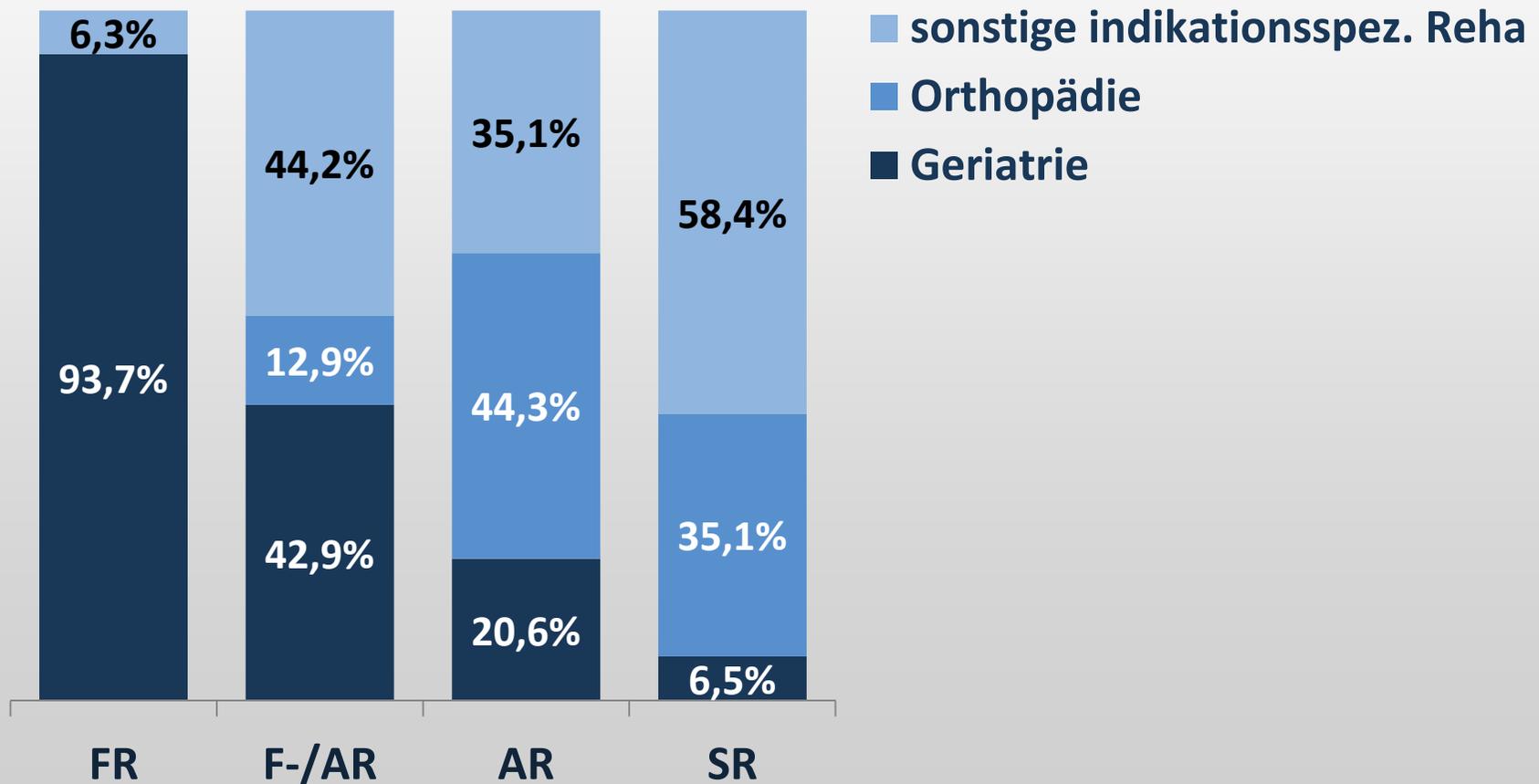
Ergebnisse: Reha im Alter

548.304 stationäre Leistungsfälle:



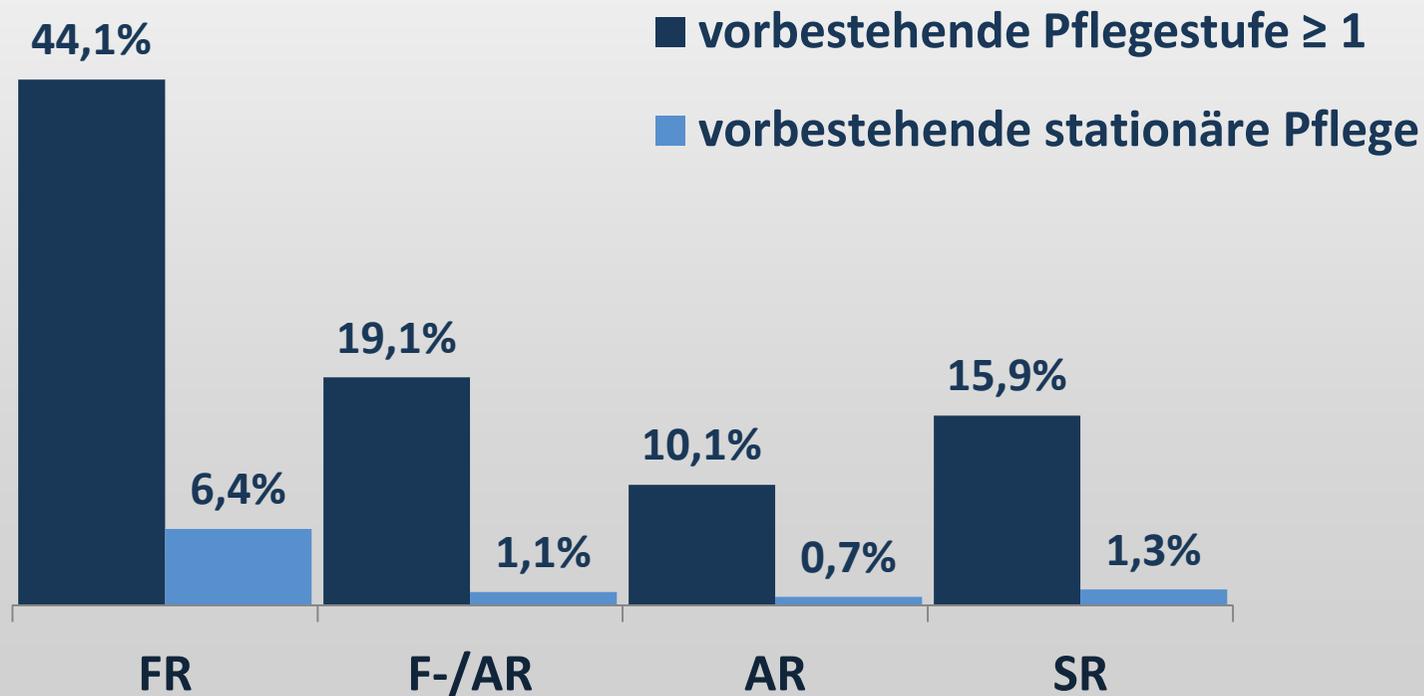
Ergebnisse: Reha im Alter

Geriatricanteile am Fallaufkommen der einzelnen Leistungsbereiche:

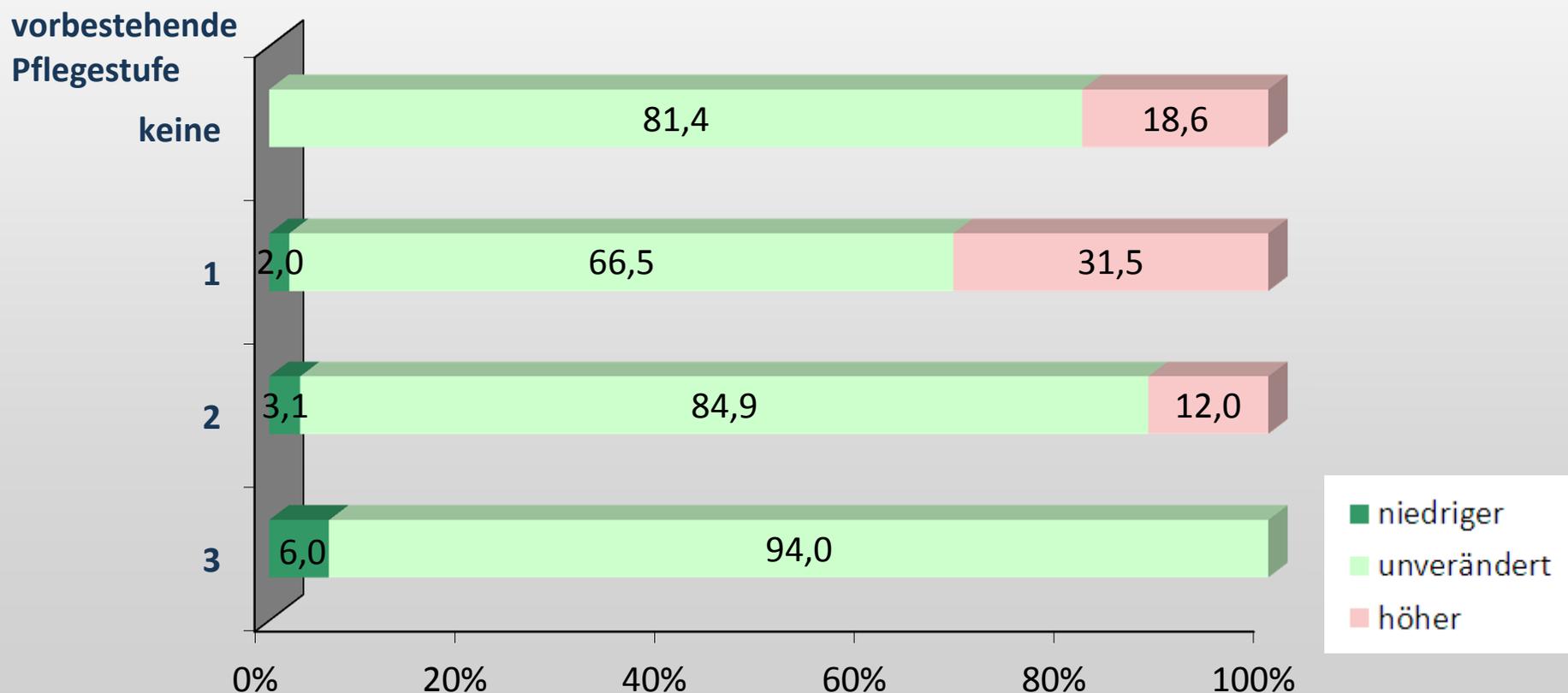


Ergebnisse: Reha im Alter

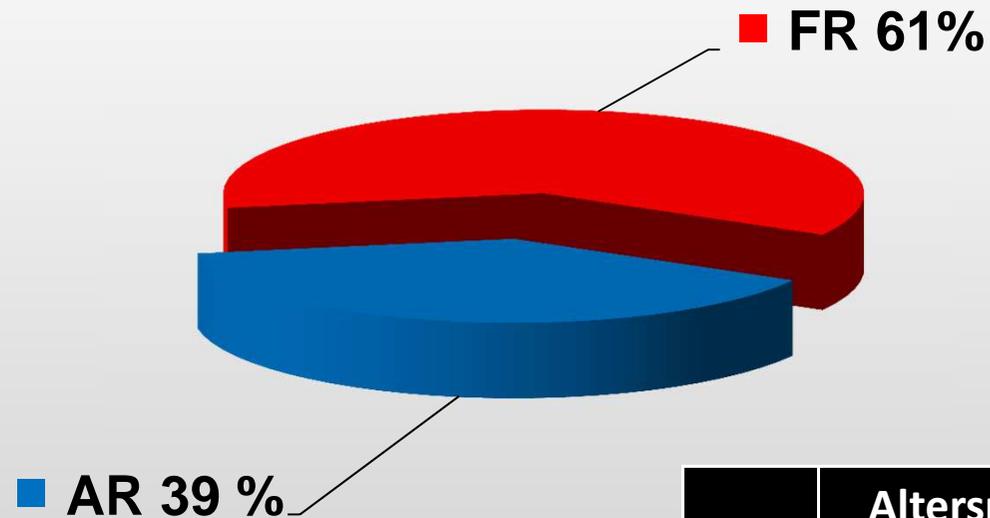
Vorbestehende Pflegebedürftigkeit (Vor-Quartal der Behandlungsepisode):



Veränderung der vorbestehenden Pflegestufe 4 Quartale nach Reha-Ende (ohne Verstorbene):



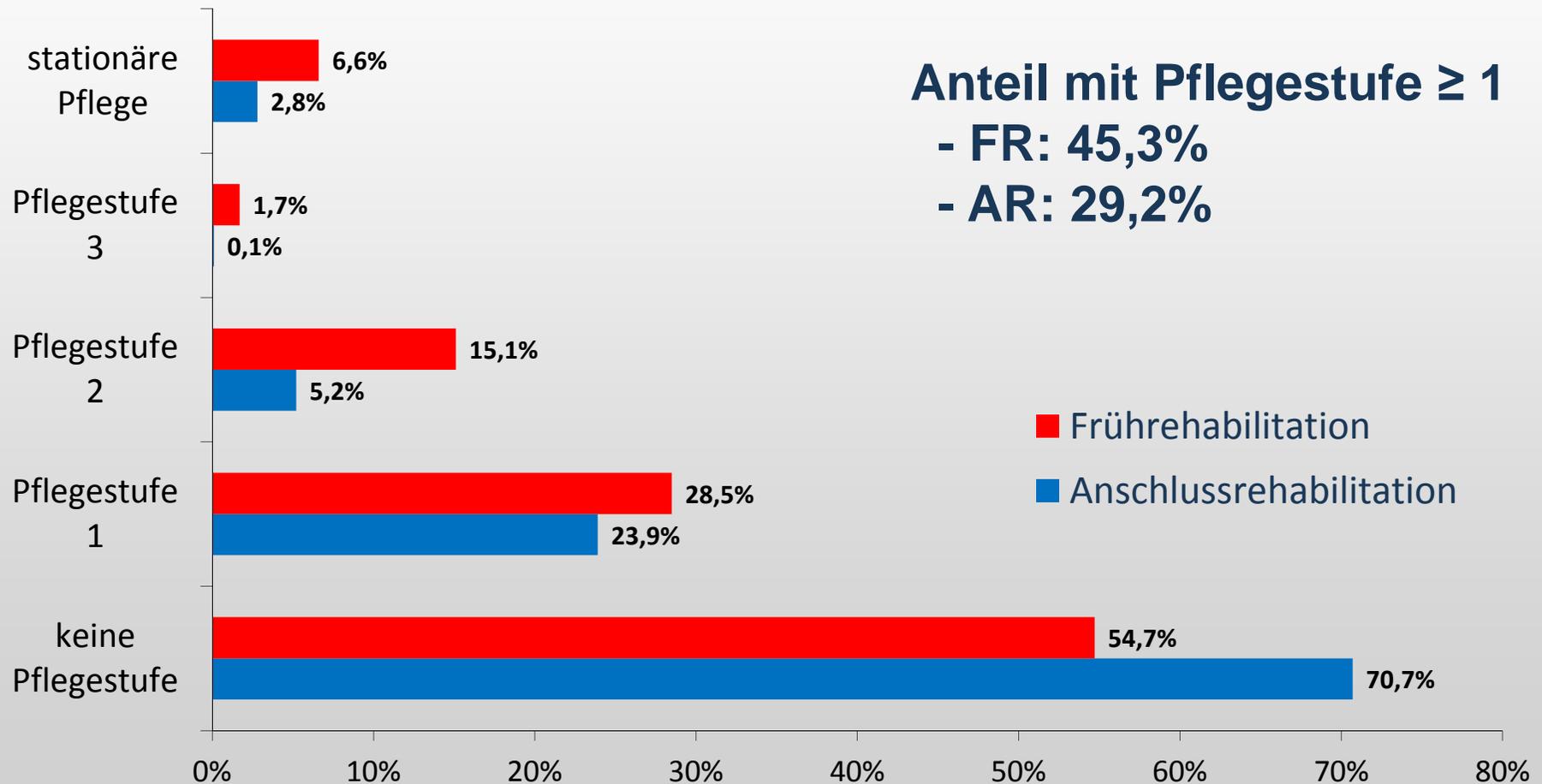
Fallaufkommen der einzelnen Leistungsbereiche (N=202.576):



	Altersmittelwert	Frauenanteil
FR	81,5 Jahre	73,4%
AR	81,3 Jahre	72,0%

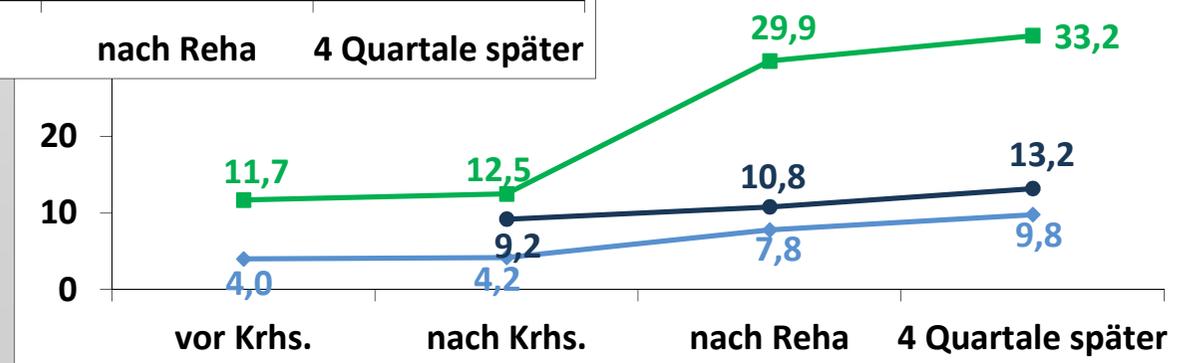
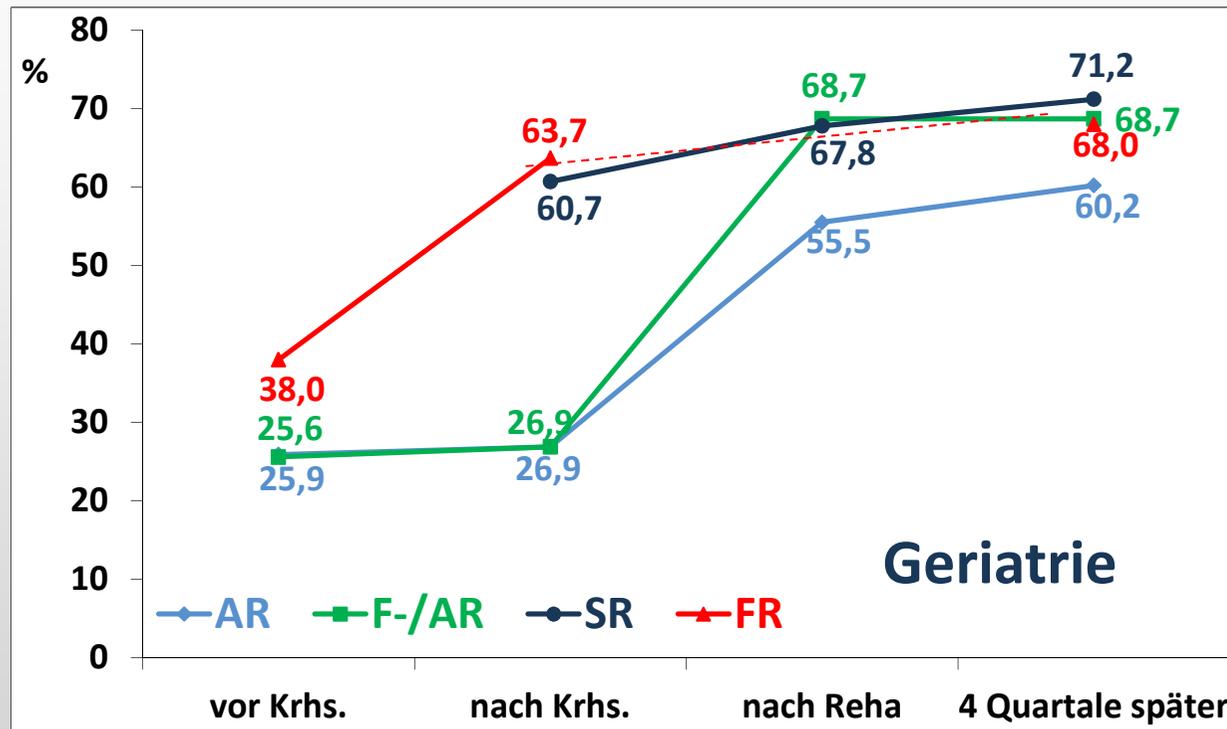
Geriatric: Unterschiede zwischen FR und AR

vorbestehende Pflegebedürftigkeit:



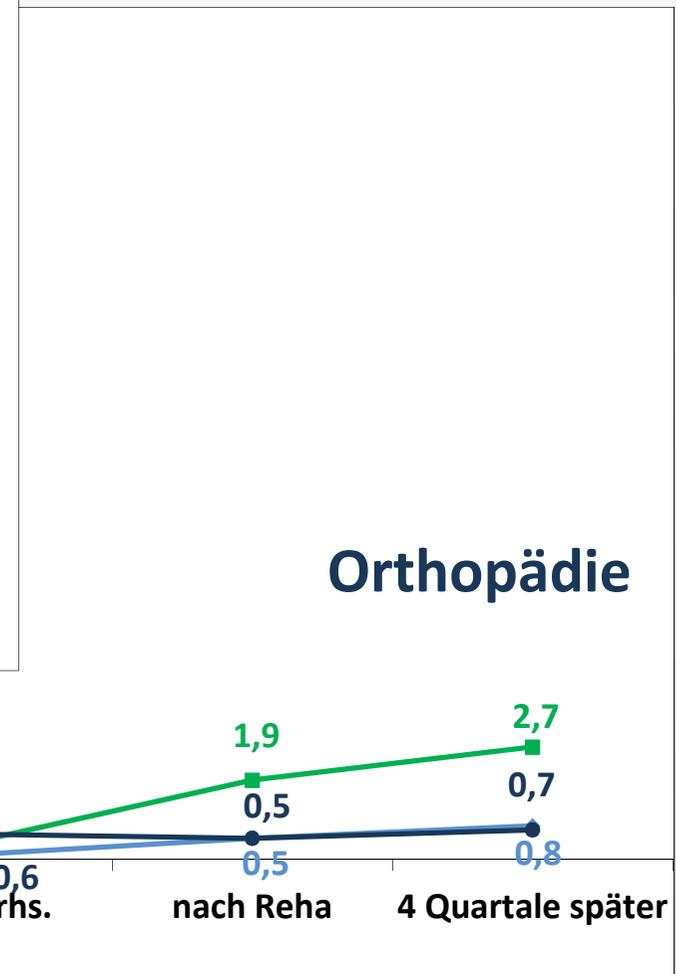
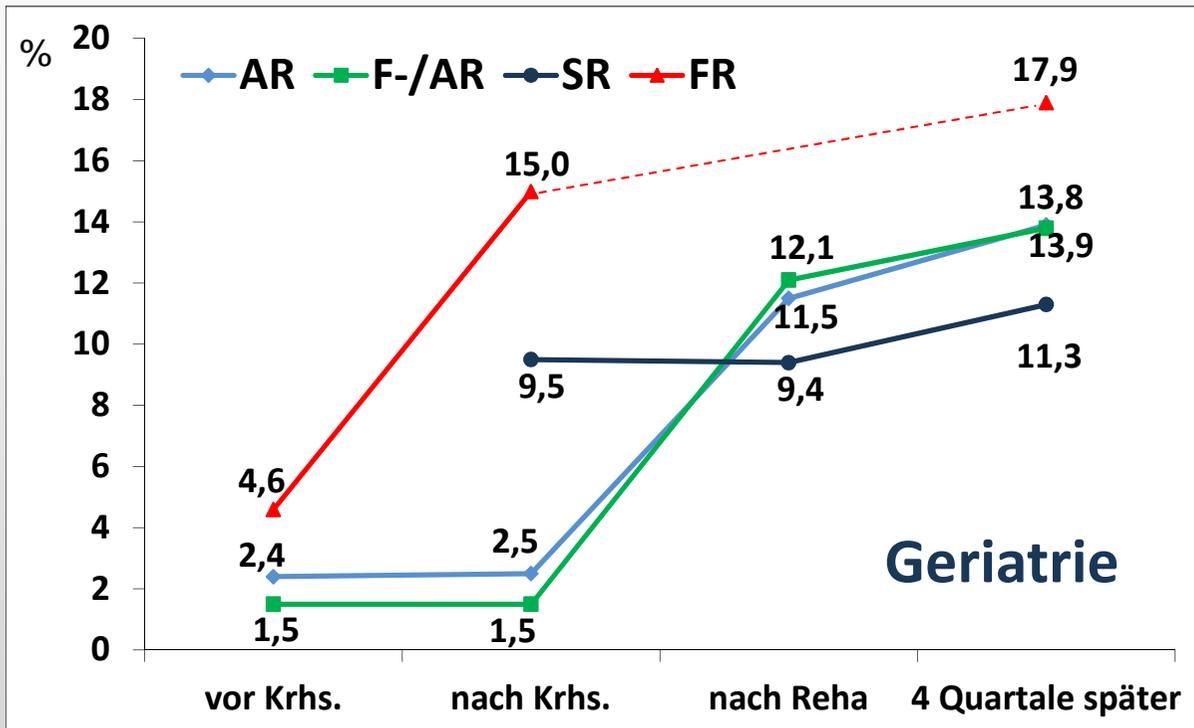
Geriatric: Unterschiede zur Orthopädie

Anteile mit **Pflegestufe ≥ 1** im Verlauf (ohne Verstorbene)



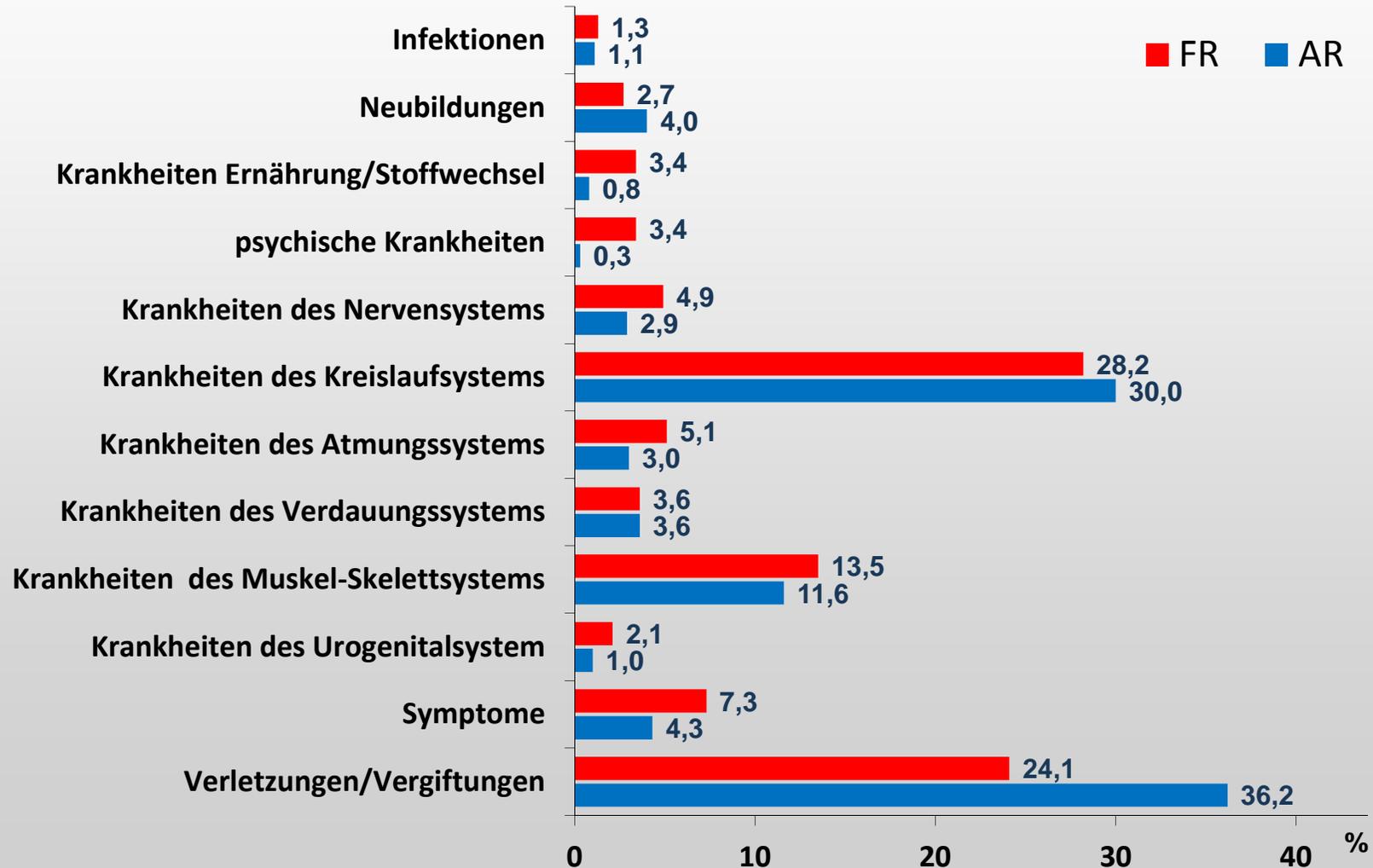
Geriatric: Unterschiede zur Orthopädie

Anteile mit stationärer Pflege im Verlauf



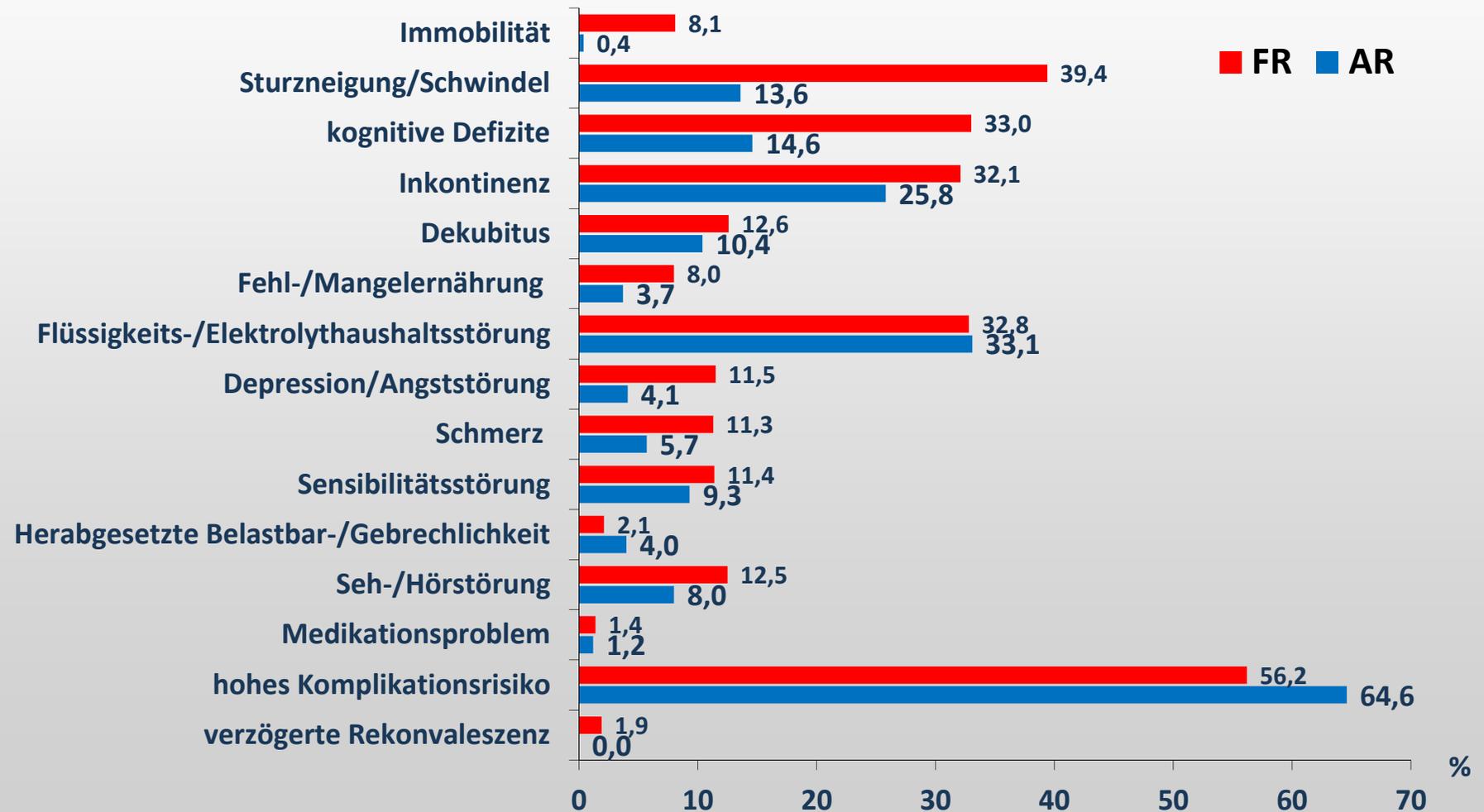
Geriatric: Differences between FR and AR

Ausgangsbefunde: Diagnosegruppen (ICD-Kapitel)



Geriatric: Differences between FR and AR

Ausgangsbefunde: geriatrytyp. Merkmalskomplexe



1. Hintergrund
2. Datenquellen für Analysen
3. Fragestellungen
3. Methodische Aspekte
4. Ergebnisse
- 5. Fazit**

GKV: Reha im Alter

- unzureichende statistische Grundlagen (siehe SVR 2014):
 - ambulante Reha nicht erfasst (KH-StatV)
 - **Antrags- und Erledigungsstatistik** gemäß § 40 (Abs. 2) Satz 3 bisher nicht differenziert nach Alter, Indiktion, vorbestehendem Pflegebedarf, MDK-Begutachtung
- Abrechnungsdaten vielfältig nutzbar, Verbesserung durch DTA nach § 301 SGB V (Pilotphase endet 12/2014)
- Reha im Alter überwiegend indikationsspezifisch und als Anschlussrehabilitation, kaum sektorübergreifende Versorgung
- Frühreha = Geriatrie (GFK, OPS-Kode 8-550*)

Geriatric:

- Schwerpunkte liegen auf Früh- und Anschlussreha
- kaum Reha im Anschluss an Frühreha und kaum sonstige Reha
- überdurchschnittliche Anteile vorbestehend und nachfolgend Pflegebedürftiger insbesondere in der Frühreha
- Gruppen der Frühreha und Anschlussreha unterscheiden sich
- Effekte überwiegend in der Stabilisierung des Pflegebedarfs zu suchen, Rückstufungen sind in geringem Umfang identifizierbar
- Wirksamkeitsnachweis erfordert jedoch kontrollierte Studien
- Stärkung der Reha von Pflegebedürftigen und von Pflegebedürftigkeit bedrohten Versicherter muss Geriatrie in den Fokus nehmen

GKV | MDK MDS

**KOMPETENZ
CENTRUM
GERIATRIE**

[Home](#) [Kontakt](#) [Impressum](#)

[Aktuelles](#)
[Wir über uns:](#)
[Kurzprofil](#)   
[Organisation](#)
[Arbeitsfelder](#)
[Kompetenzen](#)
[Mitarbeiter](#)
[Leistungsspektrum](#)
[Beauftragung](#)
[Flur](#)
[INFO-Service](#)
[Kontakt / Anfahrt](#)

GKV | MDK MDS

**KOMPETENZ
CENTRUM
GERIATRIE**

Das Kompetenz-Centrum Geriatrie (KCG) ist eine gemeinsame Einrichtung des GKV-Spitzenverbandes und der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung.

Organisatorisch ist das KCG dem [MDK Nord](#) angegliedert.



W3C HTML 4.01  letzte Änderung: 23.07.2013 | [webmaster](#) | [intern](#)

Kontakt:

Dr. Matthias Meinck (Stellv. Leiter)

Kompetenz-Centrum Geriatrie des GKV-Spitzenverbandes
und der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste beim MDK Nord

Tel: 040/ 25 169 – 1107, matthias.meinck@kcgeriatrie.de