

## HSK – Forum 02.09.2021

Evolution der Tarifsysteme  
Faktische Kraft des Normativen  
An der Schnittstelle  
Akutmedizin –  
Neurorehabilitation?

Robert Schomburg  
Ärztlicher Leiter Frührehabilitation  
Rehaklinik Zihlschlacht

# Qualität vs. Kosten

## ▪ Qualität

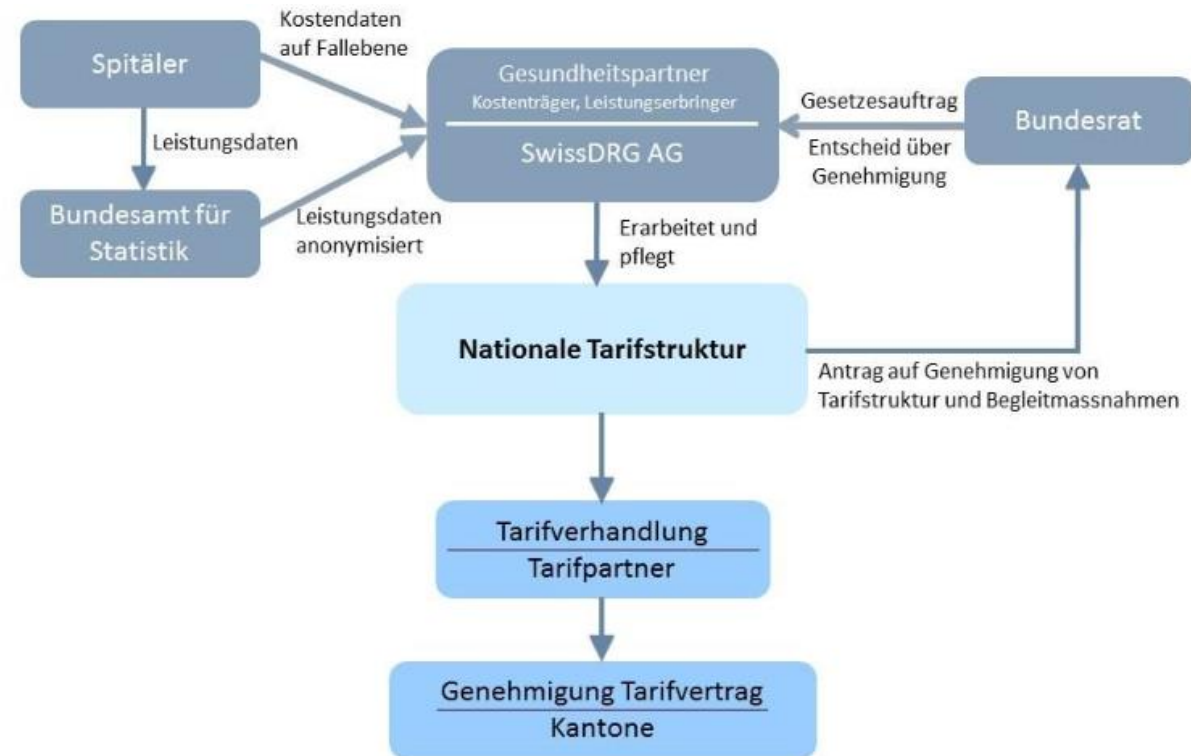
- Viele CH Leistungserbringer erbringen **gute Arbeit** (Expertenbericht OECD/WHO 2006)
- **Wirksamkeit** der interdisziplinären Rehabilitation wissenschaftlich gut belegt
- Ab 2011 **Qualitätsmessungen** durch ANQ für verschiedene Rehabilitationsbereiche (nationaler Messplan)

## ▪ Kosten

- **CH-Gesundheitsausgaben** im OECD Schnitt auch BIP-bereinigt **sehr hoch** und **steigend**
- **Stationärer Spitalbereich** anteilmässig **grösster Posten** (2016: ca. 21%)

# Revision der KVG – Spitalfinanzierung 2009

- Ziel **Kostendämpfung** durch
  - Intensivierung von Wettbewerb und Transparenz
  - Dualfixe Vergütung nach **leistungsbezogenen** Pauschalen
  - Ausrichtung der **kantonalen Spitalplanung** an schweizweit einheitlichen Planungskriterien
- Seit **2012** Vergütung der stationären **akutsomatischer** Spitalleistungen nach **SwissDRG**



## Evaluation 2019 der KVG-Revision Akutsomatik

- Gleichbleibende **Qualität**, leicht sinkende in-Hospital-Mortalität
- **Ausgabenwachstum** Spital bei OKP-Leistungen verlangsamt, aber nicht bei Gesamtleistungen
- Signifikante **Zunahme der Rehospitalisierungen** innert 30 Tagen seit Einführung SwissDRG.
- Mehr interkantonale Koordination, aber noch **wenig Kooperation**
- Mehrfachrolle der Kantone -> **Governance –Konflikte?**
- **Wirkungsketten:**
  - Mehr und frühere Überweisungen aus Akutsomatik in Rehabilitation und Psychiatrie
  - Mehrkosten Personal in ambulanter Pflege, Pflegeheimen und Hospizen bei kränkeren Patienten

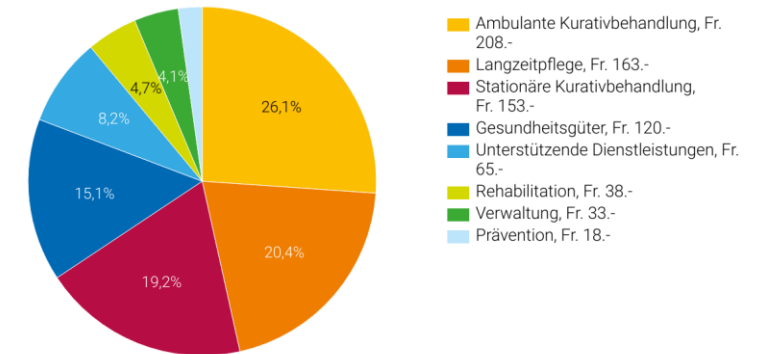
# Rehabilitation – Statistik 2012-2017

- Knapp 90'000 stationäre Reha Aufenthalte = 6% aller Hospitalisierungen
- 75% im Anschluss an akutstationären Spitalaufenthalt.
- **Abnahme der Aufenthaltsdauer Akutsomatik vor Rehabilitation**
- Aufenthaltsdauer und Betten stabil
- Zunahme Aufenthalte, Anbieter und Kosten
- Altersgruppe >65 macht 50% aus, mehr Nebendiagnosen als Akutsomatik
- Ausserkantonale Hospitalisierungen häufiger als in Akutsomatik
- Qualitätsmerkmal Rückkehr nach Hause: 82.1% (Abnahme mit Alter)

Quelle: BFS Aktuell: Rehabilitation in Schweizer Spitälern 2017

## Gesundheitsausgaben pro Einwohner/in, 2019<sup>P</sup>

Total: 798 Franken



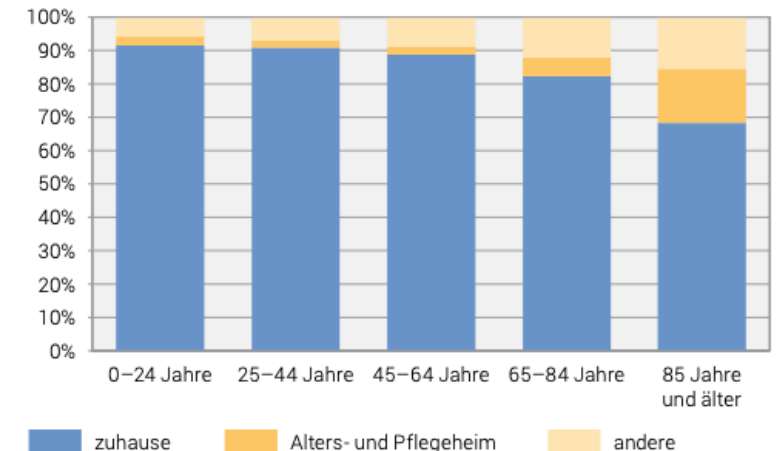
<sup>P</sup> provisorische Daten

Quelle: BFS – Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (COU)

© BFS 2021

## Aufenthaltsort nach Austritt aus der Rehabilitation nach Altersklasse, 2017

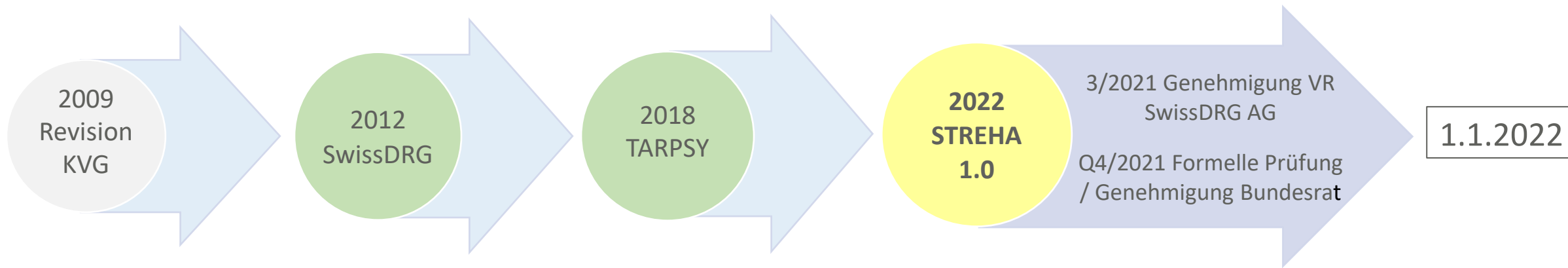
G7



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser

© BFS 2019





- **Leistungsbezug** der Vergütung in der stationären Rehabilitation
- Definitionen in der **Prozedurenklassifikation CHOP**
  - Vorschläge Ärzteschaft seit 2019 eingeflossen
  - Referenzdokumente mit Anforderungsprofilen für verschiedene Rehabilitationsarten.
- Stark positive lineare Beziehung zwischen **Aufenthaltsdauer** und Fallkosten
  - **Verzicht auf das SwissDRG - Fallpauschalenmodell** (wie bei TARPSY)
- **Vergütung Frührehabilitation und Paraplegiologie nicht über Einführungsversion STREHA**
  - Sondern über die Tarifstruktur SwissDRG oder alternative Tarife **möglich**



## Referenzdokument zu CHOP Kode 93.89.1

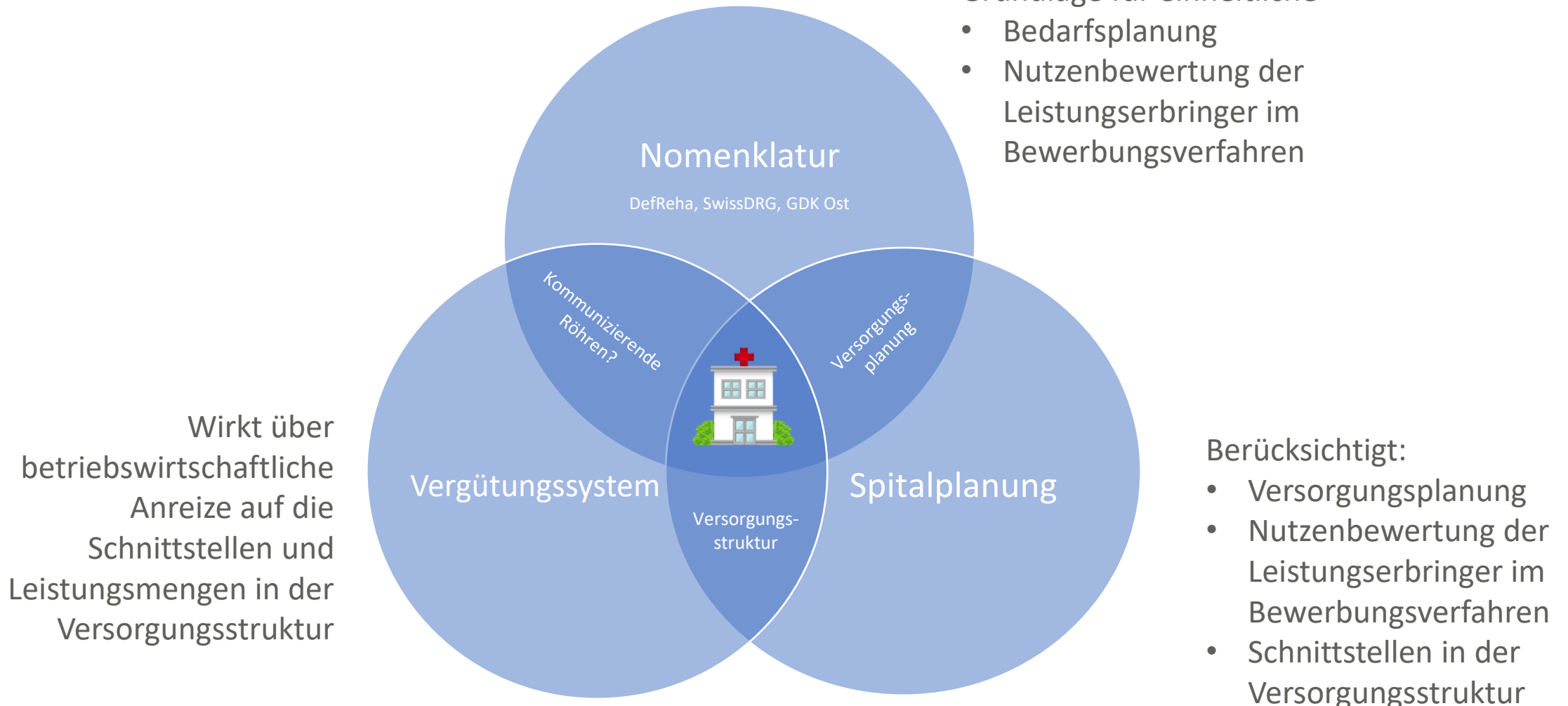
- **Frühestmöglich** einsetzende rehabilitationsmedizinische Behandlung von **spitalbedürftigen Patienten**
- Akut auftretendes (neurologisches) Gesundheitsproblem führt zu **schwerer Beeinträchtigung der Körperfunktionen**
- Merkmal: hoher **Überwachungs-**, Behandlungs- und Betreuungsaufwand einschließlich Monitoring.
- Die komplexen Störung benötigt multi- und interdisziplinäre, patientenzentrierte **Teamarbeit**.
- **Potenzial** für funktionellen Zugewinn wird angenommen oder beobachtet
- **Indikationsstellung** und Entscheid über Verlegungszeitpunkt vom Akutspital in die neurologische Frührehabilitation erfolgt aufgrund fachspezifischer Kriterien. Palliative Indikationen sind möglich mit spezifischem Auftrag.
- **Abgrenzung:** Primärdiagnostik und -versorgung muss abgeschlossen sein, Herz-Kreislauffunktionen im Liegen stabil etc.

## CHOP 93.89.1 Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation

Mindestmerkmal Punkt	
0, Definition und Referenzdokument	Die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation bezeichnet die besonders intensive Phase der neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Schädigungen des Nervensystems nach der Akutversorgung <b>oder bei Patienten mit akuter Exazerbation bei vorbestehenden chronischen Krankheiten.</b> -> Referenzdokument
2, Eintrittsabklärung, Assessment	Wöchentliche Beurteilung sowie Dokumentation nach dem <b>Frührehabilitations-Barthel-Index nach Schönle</b> zur Erfassung und Wertung der funktionellen Defizite.  <b>Liegt der Frührehabilitations- Barthel-Index 2 Wochen in Folge &gt; 30, so sind die Voraussetzungen für diesen Frührehabilitations-Kode nicht mehr erfüllt.</b>
Weitere Punkte: 1, Altersgrenze / 3, Therapie / 4, Behandlungsteam / 5, Erfassung / 6, Therapieplanung und –kontrolle / 7, Austrittsplanung	



# Spannungsfeld der Leistungserbringer



# Zürcher Spitalplanung 2023

- 12'000 stationäre ZH Reha Patienten
- Vision: bedarfsgerechte integrierte Versorgung, Synergien Akutsomatik – Rehabilitation
- Trends Multimorbidität, Demographie, Kostendruck
- Risikominimierte Notfallversorgung, weniger Patiententransporte
- Zentralisierung vs. Spezialisierung?
- Querschnittsbereiche vs. Leistungsgruppe

Zürcher Spitalplanung 2023

## Rehabilitation

### Leistungsgruppenmodell Rehabilitation

Leistungsbereiche	Leistungsgruppen
Muskuloskeletale Rehabilitation	MSK1 Allgemein muskuloskeletal
	MSK2 Entzündliches Rheuma
	MSK3 Polytrauma ohne neurologischen Verletzungen
	MSK4 Amputationen
	MSK5 Verbrennungen
Neurologische Rehabilitation	NER1 Allgemein neurologisch
	NER2 Neurologisch mit schweren neuropsychiatrischen Symptomen
	NER3 Multiple Sklerose (Spätphase)
	NER4 Parkinson und ähnliche Bewegungsstörungen (Spätphase)
	NER5 Polytrauma mit neurologischen Verletzungen
	NER6 Querschnittlähmung
Kardiovaskuläre Rehabilitation	RKA1 Allgemein kardiovaskulär
	RKA2 Kardiovaskulär nach Herztransplantationen/Kunstherz
Pulmonale Rehabilitation	PNR1 Allgemein pulmonal
	PNR2 Pulmonale Hypertonie/Lungentransplantation
Internistische und Onkologische Rehabilitation	INO1 Internistisch
	INO2 Onkologisch
Somatoforme Störungen	SOM1 Somatoforme Störungen und chronische Schmerzen
Querschnittsbereiche	PÄD Pädiatrische Rehabilitation
	ERW Erwachsenenrehabilitation
	GER Geriatrische Rehabilitation
	UEB Überwachungspflichtige Rehabilitation

## Fazit: Weg in die Zukunft oder Sackgasse?

### ▪ Nomenklatur:

- CHOP-Kriterien richtiger Schritt in Richtung Vereinheitlichung und Vergleichbarkeit

### ▪ Spital-/Versorgungsplanung:

- Leistungsaufträge lassen Freiraum für differenzierte Angebote (kognitiv / somatisch / IMC / Weaning)
- Kantonale Nomenklatur und interkantonale Kooperation sind Herausforderung und Chance zugleich
- Einheitliche Triagekriterien für Zuweiser und Kostenträger gleichermassen interessant

### ▪ Vergütungssystem:

- weniger Tarifunterschiede innerhalb Fachgebieten für Kostenträger interessant
  - Herausforderung: administrativer Aufwand für Fallwechsel Frühreha / STREHA, Controlling, Beurlaubungen etc.
- Alternative Tarifierung mittelfristig eher **Sackgasse**, aber für SwissDRG braucht es akutsomatischen Leistungsauftrag!