

Ogg

**Spitalplanungsansätze für die
Rehabilitation:
Was stationär, was ambulant? -
Gedanken aus
gesundheitsökonomischer Sicht**

Folien-Auszüge von
Willy Oggier, Dr.oec.HSG

copyright by willy oggier
gesundheitsökonomische
beratungen ag

Inhaltsverzeichnis

Og

- Gesetzliche Grundlagen KVG
- Ein Blick über die Landesgrenzen
- Einige Gedanken für die Schweiz

Og

**Gesetzliche
Grundlagen
KVG**

Grundzüge der KVG-Vorlage (1996)



- Verstärkung der Solidarität
- Kosteneindämmung
- Ausweitung des Leistungskatalogs
- Finanzierung
- Wichtig: Rehabilitationskliniken haben Spital-Status nach KVG
- Begriff durch Bund bis heute in KVV bzw. KLV nicht genauer definiert (Kieser, 2019)

Gesetzliche Grundlagen (I)



- Zulassung der Spitäler für stationäre Leistungen in der OKP durch Spitalliste oder Vertrag
 - Liste: öffentliche Hand bezahlt mit, Krankenversicherer hat Vertragszwang
 - Vertrag: Krankenversicherer bezahlt, wenn er Vertrag abschliesst, öffentliche Hand bezahlt nicht (Tarif höchstens wie Listenspital)

Gesetzliche Grundlagen (II)



- Die Kantone werden zur Koordination ihrer Spitalplanungen verpflichtet. Ihre Planung muss einheitlichen Planungskriterien des Bundes entsprechen.
- Für die hochspezialisierte Planung müssen die Kantone eine gemeinsame Planung beschliessen. Werden sie nicht tätig, übernimmt der Bund die Planung.

Ist-Zustand



	Spital (Somatik, Psychiatrie, Rehabilitation)	Akut- und Übergangspflege	Langzeitpflege	Arzt/ Spital ambulant
Pflege (i.w.S.)	<p>Listenspital: - Kanton mind. 55% - KK max. 45%</p> <p>Vertragsspital: -KK max. 45% - Rest: VVG oder Selbstzahlung</p>	Maximal während 2 Wochen analog zum Akutspital	KV leistet Beitrag an die Pflege (Patienten-Anteil bis zu 20%, mit Höchstgrenze)	KV gemäss Tarif
Betreuung	Analog wie Pflege	Patient (subsidiär öffentliche Hand)	Patient (subsidiär öffentliche Hand)	
Hotellerie	Analog wie Pflege	Patient (subsidiär öffentliche Hand)	Patient (subsidiär öffentliche Hand)	

KVV (I)



- **Planungskriterien (Art. 58a, Grundsatz)**
 - Planung nach Art. 39 Abs. 1 lit. d KVG umfasst die Sicherstellung der stationären Behandlung im Spital oder in einem Geburtshaus sowie der Behandlung in einem Pflegeheim für die Einwohner der Kantone, die die Planung erstellen
- **Versorgungsplanung (Art. 58b)**
 - Kantone ermitteln den Bedarf in nachvollziehbaren Schritten. Sie stützen sich namentlich auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche.
 - Sie ermitteln das Angebot, das in Einrichtungen beansprucht wird, die nicht auf der von ihnen erlassenen Liste aufgeführt sind.
 - Sie bestimmen das Angebot, das durch die Aufführung von inner- und ausserkantonalen Einrichtungen auf der Liste nach Art. 58e KVV zu sichern ist, damit die Versorgung gewährleistet ist. Dieses Angebot entspricht dem nach Abs. 1 ermittelten Versorgungsbedarf abzüglich des nach Abs. 2 ermittelten Angebots.

KVV (II)



- Versorgungsplanung (f.)
 - Bei der Beurteilung der Auswahl des auf der Liste zu sichernden Angebots berücksichtigen die Kantone insbesondere:
 - die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung
 - den Zugang der Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist
 - die Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrags nach Art. 58e KVV

KVV (III)



- Versorgungsplanung (ff.)
 - Bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität beachten die Kantone insbesondere
 - die Effizienz der Leistungserbringung
 - den Nachweis der notwendigen Qualität
 - im Spitalbereich die Mindestfallzahlen und die Nutzung von Synergien

KVV (IV)



- Art der Planung (Art. 58c)
 - Die Planung erfolgt
 - für die Versorgung der versicherten Personen in Spitälern zur Behandlung von akutsomatischen Krankheiten sowie in Geburtshäusern leistungsorientiert
 - für die Versorgung der versicherten Personen in Spitälern zur rehabilitativen und zur psychiatrischen Behandlung leistungsorientiert oder kapazitätsbezogen
 - für die Versorgung der versicherten Personen in Pflegeheimen kapazitätsbezogen

KVV (V)

Og

- Interkantonale Koordination der Planungen (Art. 58d)
 - Im Rahmen der Verpflichtung zur interkantonalen Koordination der Planungen nach Art. 39 Abs. 2 KVG müssen die Kantone insbesondere
 - die nötigen Informationen über die Patientenströme auswerten und diese mit den betroffenen Kantonen austauschen
 - Die Planungsmassnahmen mit den davon in ihrer Versorgungssituation betroffenen Kantonen koordinieren

KVV (VI)



- Listen und Leistungsaufträge (Art. 58e)
 - Die Kantone führen auf ihrer Liste nach Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG die inner- und ausserkantonalen Einrichtungen auf, die notwendig sind, um das nach Art. 58b Abs. 3 KVV bestimmte Angebot sicherzustellen.
 - Auf den Listen wird für jedes Spital das dem Leistungsauftrag entsprechende Leistungsspektrum aufgeführt.
 - Die Kantone erteilen jeder Einrichtung auf ihrer Liste einen Leistungsauftrag nach Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG. Dieser kann insbesondere die Pflicht zum Notfalldienst beinhalten.

Og

**Ein Blick über die
Landesgrenzen**

Phasenmodell der Rehabilitation (Beispiel Österreich, I)

- Stationäre Rehabilitation ist im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (AVSG) geregelt.
- Rehabilitationskliniken sind Sonderkrankenanstalten.
- Grundlage: Rehabilitationsplan 2020 im Auftrag des Dachverbands der Sozialversicherungsträger

- Phase 1: Frühmobilisation (Akutrehabilitation) im Krankenhaus
- Phase 2: im Anschluss an das Akutkrankenhaus (Anschlussheilverfahren oder Rehabilitation nach Unfall) oder nach einer akuten Krankenbehandlung im ambulanten Bereich
- Phase 3: Ambulante Rehabilitation
- Phase 4: Langzeitrehabilitation (langfristige ambulante Nachsorge ohne ärztliche Aufsicht)

Phasenmodell der Neurorehabilitation (Beispiel Österreich, II)



- Phase A: Akutbehandlung von neurologischen Erkrankungen bzw. von akuten Verschlechterungen chronischer neurologischer Erkrankungen, häufig mit schwerwiegenden Begleiterkrankungen
- Phase B: Akutneurorehabilitation im Sinne des LKF-Modells
- Phase C: Patienten können in der Therapie mitarbeiten (3 Stunden therapeutische Massnahmen/ Tag)
- Phase D: Betroffene sind bei den Aktivitäten des täglichen Lebens vollkommen oder weitgehend selbstständig, gegebenenfalls mit Hilfsmitteln (mehrere Stunden aktives Therapieprogramm pro Tag)
- Phase E: Betroffene sind in der Lage, Alltag und Freizeit über mehrere Tage allein zu planen, zu organisieren und zu verbringen, bedürfen aber noch spezieller neurorehabilitativer Massnahmen mit folgenden Zielsetzungen: Ausbau, Stabilisierung bzw. Erhaltung erreichter Therapieerfolge, berufliche Wiedereingliederung, Erwerb umfassender sozialer Kompetenzen

Abgrenzung Frührehabilitation – Postakute und Anschluss-Rehabilitation (Beispiel Deutschland)

	Früh-Rehabilitation	Postakute und Anschluss-Rehabilitation
Phase	Akutphase	Nichtakute Phase
Zeitlicher Bezug zur Gesundheitsstörung	Früh im Rahmen einer akuten Gesundheitsstörung mit Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit einsetzend	Später in der Sequenz nach einer akuten Erkrankung/ Gesundheitsstörung mit Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit einsetzend
Hauptzielsetzung der Rehabilitation	Wiederherstellung der Basisfunktionen, Vermeidung einer drohenden bleibenden Beeinträchtigung der Partizipation	Wiederherstellung der über die Basisfunktionen hinausgehenden Tätigkeiten, Verminderung oder Behebung einer manifesten Beeinträchtigung der Partizipation
Rehabilitationspotential	Vorhanden, unsicher oder zumindest möglich	Vorhanden
Rehabilitationsfähigkeit (im Sinne der DRV)	Nicht gegeben	Gegeben
Akutmedizinischer Behandlungsbedarf	Hoch, dauernd oder intermittierend	Nicht vorhanden oder gering
Akutmedizinische diagnostische und/ oder therapeutische Infrastruktur	Notwendig	Nicht notwendig
Konzeption	Frührehabilitation im Akutkrankenhaus mit umfassendem Programm bezogen auf alle Komponenten der ICF - Frührehabilitationsteams (Acute Rehab Team, ART) - Frührehabilitationsstationen (Acute Rehabilitation Unit: ARU)	Leistungserbringung in Rehabilitationsklinik oder ambulantem Rehabilitationszentrum mit umfassendem Programm bezogen auf alle Komponenten der ICF

Wer oder was ist Treiber von Versorgungs-Organisation? (I)

- Mögliche Antworten (Auswahl, mehrere Gründe möglich)
 - Medizinische Entwicklung
 - Demographische Entwicklung
 - Sozial-Struktur (z.B. Anzahl Ein-Personen-Haushalte)
 - Einkommens- und Vermögensverhältnisse
 - Topographie
 - Kulturelle Faktoren
 - Historische Entwicklung
 - Stellung der Prävention in der Gesundheitsversorgung
 - Stellung der Rehabilitation in der Gesundheitsversorgung
 - Finanzierungsanreize für die Akteure

Wer oder was ist Treiber von Versorgungs-Organisation? (II)

- Mögliche Antworten (Auswahl, mehrere Gründe möglich)
 - Leistungserbringer-Dichte
 - Konkretes Leistungsspektrum der Anbieter
 - Strategie der einzelnen Unternehmen
 - Konkurrenzsituation

Beispiel Sozialstruktur/ Einkommens- Verhältnisse/ kulturelle Faktoren: Migration

- Chance auf Reha liegt bei Migranten signifikant tiefer.
- Reha führt bei Migranten seltener zum Erfolg.
- Informationen in Muttersprachen und Lotsen
- MediClin-Gruppe: Besondere Ausrichtung auf Zuwanderer als strategisches Ziel
- Aufbau von Diversity-Management

(Oliver Razum, nach: f&w, 5/ 2017, S. 480ff.)

Beispiel Topographie



- Vgl. Thomas Mann, Der Zauberberg
- Heute: Immer mehr wohnortnah, neue Geschäftsmodelle wie Shop-in-the-Shop-Konzepte, Anbauten an somatische Häuser, Aufbau durch somatische Häuser

Beispiel Leistungserbringer-Dichte: Wohnortnahe Versorgung



- Simulationen von ungedeckten Bedarfen von mindestens 100 Betten in der neurologischen Rehabilitation in Deutschland (Basis: 45 Minuten-Fahrzeitradius um den Wohnort des Patienten): vor allem in Metropolregionen
- Ambulante Reha und Kombi-Reha: zu wenig Angebote
- Herausforderung zeitgemässe urbane Reha- und Präventionsstrukturen

(Peter Borges, f&w, 2/ 2017, S. 114ff.)

Og

**Einige Gedanken
für die Schweiz**

Zahlen zur Rehabilitation 2017 (nach BfS, 3.9.2019) (I)



- Kosten: 1.84 Mrd. Fr. (9.8 % der gesamten stationären Spitaltätigkeit)
- Hälfte davon: muskuloskelettal oder kardiovaskulär
- Deutschschweiz: 90 % in Spezialkliniken, 10 % in allgemeinen Spitälern
- Westschweiz/ Tessin: 1/3 in Spezialkliniken, 2/3 in allgemeinen Spitälern
- Gesamthaft 38 % aller Patienten ausserkantonale behandelt (Akutsomatik: 20 %)

Zahlen zur Rehabilitation 2017 (nach BfS, 3.9.2019) (II)

- In einigen Kantonen (UR, SZ, SO, AI, ZH) waren es mehr als 70 %, in TI, VD, JU, GE und AG weniger als 14 %.
- Mehr als die Hälfte der Aufenthalte betraf die 65- bis 84-Jährigen.
- Rund 2 Mio. Tage (17 % aller Hospitalisationstage)
- Durchschnittliche Aufenthaltsdauer: 23 Tage (0 – 24-Jährige: 36 Tage, ab 85 Jahre: 22 Tage)
- Kosten wachsen seit 2012 stärker (+ 15.2 %) als in der Akutsomatik (+ 13.5 %)
- Rehabilitationskosten pro Tag: 781 Fr. in Spezialklinik, 867 Fr. in allgemeinem Spital

Rehabilitationsformen (nach SWISS REHA, 17.11.2015, Auszüge)



- **Ambulante Rehabilitation**
 - Einzelne Behandlungssettings, keine Tagesstruktur, keine Unterkunft, keine Notwendigkeit einer zeitweisen Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld, keine Verpflegung
- **Teilstationäre Rehabilitation**
 - Kleiner 24 Stunden, Tagesstruktur, Notwendigkeit einer zeitweisen Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld, Ruheraum, i. d. R. 1 gemeinsame Mahlzeit
- **Stationäre Rehabilitation**
 - 24 Stunden, Tagesstruktur, Notwendigkeit einer zeitweisen Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld in der Regel kein Kriterium, Unterkunft, Vollpension

Rehabilitationsformen (f.)



- Unterscheidung ambulante Rehabilitation vs. Physiotherapie
 - Rehabilitation ist immer interdisziplinär und interprofessionell.
 - Rehabilitation ist immer ärztlich geleitet.
 - Monotherapien sind keine Rehabilitation.

Herausforderungen Schweiz (I)

- Kantonale Spitalplanungen
 - Unterschiedliche Definition von kantonalen Leistungsaufträgen (Beispiel geriatrische Rehabilitation) vs. interkantonale Ketten und Patientenströme
 - Leistungsaufträge Geriatrische Rehabilitation – Akutgeriatrie – Übergangspflege – Langzeitpflege: Ungleiche Spiesse
 - Unterschiedliche Qualitäts-Annahmen in den Kantonen vs. freie Spitalwahl: Gefahr der Nivellierung nach unten

Herausforderungen Schweiz (II)

- DRG vs. Spitalplanung (f.)
 - Tendenz zur Beschränkung ausserkantonaler Spitalwahlen durch Streit unter den Kantonen
- Kantonale Planung vs. Hochspezialisierte Medizin (HSM)
 - Beispiel onkologische Rehabilitation: bald HSM?
- Qualität: Positionierung und Abgrenzung
 - Beispiel: CTR – Übergangspflege – Langzeitpflege
 - Beispiel: Früh-Reha in der Akutsomatik und Rehabilitation (Abrechnung über SwissDRG oder Alternative, aber nicht ST Reha)
 - Beispiel: Was ist psychosomatische Rehabilitation, was Psychiatrie? (Es gibt Rehabilitationskliniken, die Psychiatrie-Leistungsaufträge beantragen)

Herausforderungen Schweiz (III)



- Urbane Unterversorgung
- Tarifstrukturen
 - Stationär (Art. 49 Abs. 1 KVG)
 - Teilstationäre Tarife (!): Vernünftige Struktur fehlt, analog Psychiatrie
- Kosten-Gutsprache-Verfahren KVG vs. schnellere Überwindung von Schnittstellen
- Zunehmende Anzahl Unfallrehabilitations-Patienten nach KVG wegen demographischer Entwicklung

Leistungsorientiert à la ST Reha? (I)



- RCG: Rehabilitation Classification Group
- Entscheidungssystematik analog wie bei SwissDRG: Statt DRGs RCGs.
- RCGS nach folgenden Kriterien
 - Medizinische und ökonomische Homogenität
 - Anzahl Fälle pro Gruppe
 - Anzahl datenliefernder Betriebe pro RCG
 - Vermeidung von Fehlanreizen (?)
 - Abweichungen der Kostendaten

Leistungsorientiert à la STOGg Reha? (II)

- Katalog verfügt über folgende Rubriken:
 - RCG – Bezeichnung RCG – Phase 1/ 2/ 3 – Pro Phase TKG (Tageskostengewicht) und teilweise OGV (obere Grenzverweildauer)
- Die Bezeichnungen lauten wie folgt:
 - TR11 Rehabilitation für Kinder und Jugendliche
 - TR13 Neurologische Rehabilitation
 - TR14 Internistische oder onkologische Rehabilitation
 - TR15 Geriatrische Rehabilitation
 - TR16 Muskuloskelettale Rehabilitation
 - TR17 Pulmonale Rehabilitation
 - TR18 Psychosomatische Rehabilitation
 - TR19 Kardiale Rehabilitation
 - TR80 Rehabilitation ohne weitere Angabe
 - TR96 Nicht gruppierbar
- Die einzelnen RCG haben Untergruppen - Beispiel TR13 ist unterteilt in:
 - TR13A Aufwendige neurologische Rehabilitation mit komplizierender Diagnose oder mit hohem Zusatzaufwand: TKG von 1.348
 - TR13B Neurologische Rehabilitation mit komplizierender Diagnose oder mit Zusatzaufwand oder mit bestimmter Behandlung: TKG von 1.114
 - TR13C Neurologische Rehabilitation: TKG von 1.007
- Der Preis ergibt sich durch das TKG multipliziert mit der Baserate (diese wird pro Tag verhandelt, nicht wie bei SwissDRG pro Fall)

Andere Ansätze



- Kopplung an Akutsomatik im Sinne von Patient Journeys (strukturierte Verträge)
- Aufbau von Anreizen für teilstationäre Rehabilitation
- Entwicklung von populationsorientierten Ansätzen (evtl. über KVG-Experimentier-Artikel)

Was es auch noch zu beachten gilt...

- Effekte des Zulassungsstopps
- Spitalplanungen und Spitallisten nach KVG definieren die Basis und damit die Masse de Manoeuvre der Zusatzversicherungen
- Druck der FINMA auf saubere Definition der Mehrleistungen wird wohl irgendwann auch in der Rehabilitation ankommen

Og

Besten Dank
für
Ihre Aufmerksamkeit