

Offene Fragen Spitalplanung, Spitalliste, ST Reha



1. Herausforderung Klärung Rehabilitations-Begriff nach KVG

Wegen der durch die Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) gewährten, teilweise grosszügigen Handlungsspielräume im Bereich der kantonalen Spitalplanungen und Spitallisten-Erstellung haben sich unterschiedliche Ansätze von minimalen kritischen Grössen (z. B. bzgl. Fallzahlen pro Spital und/oder pro Operateur) und unterschiedliche Definitionen der Leistungsaufträge herausgebildet.

Dabei lässt sich feststellen, dass verschiedene Kantone die Zulassungskriterien für die Spitallisten-Aufnahme – trotz der Übernahme der in diesem Bereich federführenden Methodik des Kantons Zürich bei den Bedarfserhebungen im Rahmen der kantonalen Spitalplanungen – nicht auf dem gleichen Niveau ansetzen wie der Kanton Zürich. Dies ist u. a. auch deswegen grundsätzlich problematisch, weil dadurch Spitäler mit niedrigeren Zulassungsschwellen ausserkantonale Patienten behandeln dürfen, wenn der Standortkanton die entsprechenden Leistungsaufträge erteilt hat, obwohl der Wohnortkanton des behandelten Versicherten entsprechende Leistungserbringer in seinem Kanton nicht zur stationären Leistungserbringung nach KVG auf die Spitalliste setzen würde.

Im Rahmen der geriatrischen Rehabilitation lässt sich feststellen, dass einige Kantone solche Leistungsaufträge erteilen, andere nicht. Damit stellt sich u. a. die Frage ausserkantonaler Referenztarife für Patienten aus Kantonen, welche den entsprechenden Leistungsauftrag nicht erteilen. Ebenso stellen sich Fragen der Abgrenzung zu Institutionen, welche keinen Spital-Status nach KVG aufweisen.

Unterschiede ergeben sich auch bzgl. der Qualitäts-Anforderungen an Rehabilitationskliniken. Während beispielsweise der Kanton Tessin die SWISS-REHA-Kriterien-Erfüllung als Qualitäts-Anforderung nennt (was wiederum faktisch der ordentli-

chen Mitgliedschaft beim führenden Verband der schweizerischen Rehabilitationskliniken SWISS REHA gleichkommt) und auch die Stadt Zürich im Rahmen ihrer Ausschreibung eines Gesundheits-Netzwerks sich von der gleichen Qualitäts-Anforderung leiten liess (und damit nur SWISS-REHA-Kliniken zum Ausschreibungsverfahren zulässig), versuchen andere Kantone, Leistungserbringer mit einem Leistungsauftrag «Rehabilitation» zu versehen, welche die SWISS-REHA-Kriterien (insbesondere auch die geforderten minimalen Fallzahlen) nicht erfüllen.

In der Realität wurde der Rehabilitations-Begriff somit nie gesamtschweizerisch einheitlich geklärt, was für eine schweizerische Gesetzgebung mit einem schweizweiten Leistungskatalog, der für alle grundversicherten Menschen in der Schweiz gleich sein soll, gesundheitsökonomisch nicht vertretbar ist.

Dies zeigt auch ein Blick auf die Bettenzahlen nach Regionen. Gemäss Krankenhausstatistik des Bundesamtes für Statistik (BFS) gab es Ende 2011 in der gesamten Schweiz auf 100 Akutbetten 25,2 Rehabilitationsbetten. In der BFS-Grossregion «Région lémanique» (VD, VS, GE) gab es auf 100 Akutbetten 37,6 Rehabilitationsbetten, also fast 50 Prozent mehr. In der BFS-Grossregion Tessin waren es 13,4 Rehabilitationsbetten. Der Kanton Tessin ist bekannt dafür, dass nur Rehabilitationskliniken auf die Spitalliste aufgenommen werden, welche gute Rehabilitation anbieten und das auch in einem aufwendigen Prüfverfahren belegen können.¹

¹ Nach: Jürg Wägli, Mail an Cornelia Stadter, Bundesamt für Gesundheit vom 16. August 2018.

2. Herausforderung Tarifstruktur-Entwicklung ST Reha

Im Rahmen der am 1. Januar 2009 in Kraft gesetzten Teilrevision des eidgenössischen Krankenversicherungsgesetzes (KVG) hat das Parlament den Wechsel von einem kostenbasierten zu einem Preis-System beschlossen, das auf gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstrukturen basieren soll.

- Für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt in einem Spital (Art. 39 Abs. 1) oder einem Geburtshaus (Art. 29) vereinbaren die Vertragsparteien Pauschalen. In der Regel sind Fallpauschalen festzulegen; die Pauschalen sind leistungsbezogen und beruhen auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen. Die Vertragsparteien können vereinbaren, dass besondere diagnostische oder therapeutische Leistungen nicht in der Pauschale enthalten sind, sondern getrennt in Rechnung gestellt werden. Die Spitaltarife orientieren sich an der Entschädigung jener Spitäler, welche die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen (Art. 49 Abs. 1 KVG).
- Die Tarifpartner setzen gemeinsam mit den Kantonen eine Organisation ein, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Strukturen zuständig ist. Zur Finanzierung der Tätigkeiten kann ein kostendeckender Beitrag pro abgerechneten Fall erhoben werden. Die Spitäler haben der Organisation die dazu notwendigen Kosten- und Leistungsdaten abzuliefern. Fehlt eine derartige Organisation, so wird sie vom Bundesrat für die Tarifpartner verpflichtend eingesetzt. Die von der Organisation erarbeiteten Strukturen wie deren Anpassungen werden von den Tarifpartnern dem Bundesrat zur Genehmigung vorgelegt. Können sich diese nicht einigen, so legt der Bundesrat die Strukturen fest. (Art. 49 Abs. 2 KVG)

Für Leistungen der Rehabilitation soll die Tarifstruktur ST Reha zur Anwendung gelangen, deren Einführung mehrere Male verschoben worden und aktuell auf das Jahr 2022 geplant ist.

Entwickelt werden sollte diese Tarifstruktur mit den für das Jahr 2019 bei den Rehabilitationskliniken erhobenen und im 2020 an die SwissDRG AG zu liefernden Daten. Solange aber die Begrifflichkeiten im Rahmen der Spitalplanungs-Prozesse methodisch nicht geklärt sind, besteht die Gefahr von wenig aussagekräftigen Daten, weil unter dem Begriff der Rehabilitation sehr unterschiedliche Konzeptionen verstanden werden.

Ausgehend von den oben formulierten Wirksamkeits- vor Wirtschaftlichkeits-Überlegungen kann die Abgrenzung des Rehabilitations-Begriffs nach KVG gegenüber Pflegeheimen, Akut- und Übergangspflege-Einrichtungen, Kur-Institutionen und Heilbädern insbesondere wie folgt gefördert werden:

- Hohe Anforderungen an Basis-Leistungen (CHOP-Codes)
- Hohe Anforderungen an fachspezifische CHOP-Codes
- Abrechnungsregeln
- Einflussnahme auf Verbesserung der Datenqualität, u.a. durch erhöhte Anforderungen an die Institutionen, die Daten liefern

- Differenzierte Auswertung der Daten in Abhängigkeit der Datenqualität, unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Datenlieferanten
- Entwicklung von Zusatzentgelten
- Ausscheidung von nicht rehabilitationsspezifischen Leistungen

Sollte der Rehabilitations-Begriff nicht in Bälde geklärt werden, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass irgendwann das Bundesverwaltungsgericht – wohl auf Betreiben eines Finanzierers und unter wesentlicher Berücksichtigung der Eidgenössischen Preisüberwachung – einen ersten Beitrag zur Klärung leisten wird. Dieser wird sich wohl insbesondere auf die Beurteilung formaler Aspekte und die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit gemäss Eidgenössischer Preisüberwachung beschränken, weil die unterschiedlichen Inhalte im Leistungspaket «Rehabilitation» kaum bis gar nicht verglichen werden können. Das Preis-Rallye nach unten dürfte dann (fast) vorprogrammiert, die hoch qualifizierten Rehabilitationsanbieter die Unterfinanzierten und die Patienten die Geschädigten sein.

3. Herausforderung Koordinations-Bedarf

Angesichts der oben geschilderten Ausgangslagen hinzu kommt, dass zwischen den verschiedenen Ebenen auch ein Koordinationsbedarf besteht und für den Konfliktfall klare Hierarchieebenen definiert und vor allem durchgesetzt werden müssen. Dabei gilt es insbesondere folgende Fragen zu klären:

- Heute verlangt das KVG im Bereich der Spitalfinanzierung leistungsorientierte Pauschalen. Ist dies nach wie vor korrekt oder geht es um versorgungsorientierte Formen?
- Wenn die bedarfsgerechte Spitalplanung im Vordergrund steht: Wie sollen jene Patienten gerade auch in der Rehabilitation mit ihrer wichtigen sozialen und beruflichen Wiedereingliederungs-Funktion angemessen berücksichtigt werden und zu ihren Leistungen kommen, die den klarsten Bedarf aufweisen (insbesondere kostenintensive Patienten, sozial Schwächere, Ältere)?
- Wie kommen wir zu gleich langen Spiessen, sodass insbesondere in der Anfangsphase einer neuen Tarifstruktur wegen der ungeklärten Rehabilitations-Definitionen unter den Kantonen nicht Kur-, Resort-, Heilbäder- oder Langzeitpflege-Institutionen eine chronische Überfinanzierung erhalten und umgekehrt die hochwertigen qualifizierten Rehabilitationskliniken nicht in eine Unterfinanzierung laufen?
- Wie wird der zusätzliche Verwaltungsaufwand abgedeckt, der dadurch entsteht, dass Leistungen der Früh-Rehabilitation nach SwissDRGs abgerechnet werden und dadurch Rehabilitationskliniken auch dieses Tarifsysteem einführen und nach diesem abrechnen müssen?
- Wenn sich Rehabilitationskliniken in diesem Bereich am Abrechnungssystem der Akutmedizin orientieren müssen, brauchen sie dann einen Leistungsauftrag im entsprechenden akutsomatischen Leistungssegment? Und wenn dies der Fall wäre: Sind dann die entsprechenden Rehabilitationskliniken in diesen Bereichen als Akutkliniken zu betrachten und bedürfen dafür nicht mehr der in der Rehabilitation angewendeten separaten Kostengutsprache-Verfahren?
- Wie verhält es sich im Bereich der psychosomatischen Rehabilitation? Gilt dies als psychiatrischer Leistungsauftrag?

Ist in Zukunft möglicherweise nach TARPSY abzurechnen? Ist die Klinik für die entsprechenden Leistungsbereiche dann nicht als Rehabilitations-, sondern als Psychiatrische Klinik aufzuführen? Fällt das für die Rehabilitationskliniken vorge-sehene eigene Kostengutspracheverfahren dann weg?

- Wie werden Leistungen berücksichtigt, welche in den Re-habilitationskliniken weitergeführt werden, die vor der Rehabilitation, beispielsweise im somatischen Akutspital oder durch den freipraktizierenden Arzt, verschrieben wor-den sind?
- Wie verhält es sich bei der Behandlung von Neben-Erkrank-ungen?
- Dabei geht es nicht nur um die Abbildung in Zusatzentgel-ten, sondern beispielsweise auch um Orphan Drugs, welche nach Art. 71 KVV beispielsweise an einem Universitätsspital entschädigt werden, weil mit dem Versicherer des Patienten eine Vereinbarung getroffen werden konnte, diese aber für die Rehabilitationsklinik keine automatische Gültigkeit hat,

die Rehabilitation aber automatisch daran anschliessen soll-te? Akzeptieren die Kantone im stationären Bereich allfällige Vereinbarungen zwischen Krankenversicherern und Kliniken nach Art. 71 KVV und übernehmen sie ihren Anteil von min-destens 55 Prozent?

- Neben der Abbildungs- und Finanzierungs-Thematik stellt sich u. a. auch die Frage, ob Rehabilitationskliniken solche anderen (vorab akutmedizinischen) Leistungen erbringen dürfen, ohne dass sie über einen entsprechenden Leistungs-auftrag nach KVG verfügen oder ob dadurch nicht nur die Klinik, sondern auch der Patient Gefahr läuft, die entspre-chenden Leistungen von den Finanzierern nicht vergütet zu bekommen.

Küsnacht, 13. März 2019

Dr. Willy Oggier

Der aktuelle Vorstand von SW!SS REHA:

Präsident: Dr. Willy Oggier, Gesundheitsökonom, Küsnacht

Vizepräsident Medizin: Dr. med. Hans Peter Gmünder, Direktor Schweizer Paraplegiker-Zentrum, Nottwil

Vizepräsident Ökonomie: Elmar Zwahlen, Verwaltungsdirektor Klinik Bethesda, Tschugg

Edith Kasper, Direktorin, Rheinburg-Klinik AG, Walzenhausen

Nicola Mathis, CEO, Clinica di Riabilitazione EOC Faido e Novaggio

Prof. Dr. med. Peter Sandor, Ärztlicher Direktor Neurologie und Chefarzt der Akutnahen Rehabilitation am Kantonsspital Baden, RehaClinic AG

Dr. med. Rolf Stebler, Leiter Arztendienst und Mitglied der Klinikleitung, Klinik Adelheid Unterägeri

Geschäftsführer: Guido Schommer, reflecta ag, Bern



Guido Schommer
Geschäftsführer,
reflecta ag, Bern



Dr. Willy Oggier,
Gesundheitsökonom,
Präsident SW!SS REHA

**SWISS
REHA**

Die führenden Rehabilitationskliniken der Schweiz • RehaClinic Bad Zurzach, 5330 Bad Zurzach • RehaClinic Baden, 5401 Baden • Klinik Barmelweid AG, 5017 Barmelweid • Bethesda Spital AG, 4002 Basel • REHAB Basel, 4012 Basel • RehaClinic Braunwald, 8784 Braunwald • Clinica Hildebrand Centro di Riabilitazione Brissago, 6614 Brissago • Berner Klinik Montana, 3963 Crans-Montana • Zürcher RehaZentrum Davos, 7272 Davos Clavadel • Klinik St. Katharinental Spital Thurgau AG, 8253 Diessenhofen • Clinica di Riabilitazione EOC, 6760 Faido • RehaClinic Glarus, 8750 Glarus • Berner Reha Zentrum AG, 3625 Heiligenschwendi • RehaClinic Kilchberg, 8802 Kilchberg • Institution de Lavigny, centre de neuro-réhabilitation, 1175 Lavigny • Klinik Schloss Mammern AG, 8265 Mammern • Schweizer Paraplegiker-Zentrum, 6207 Nottwil • Clinica di Riabilitazione EOC, 6986 Novaggio • Salina Rehaklinik, 4310 Rheinfelden • Reha Rheinfelden, 4310 Rheinfelden • aarReha Schinznach, 5116 Schinznach-Bad • Klinik BETHESDA Tschugg, 3233 Tschugg • Klinik Adelheid AG, 6314 Unterägeri • Kliniken Valens, Rehazentrum Valens, 7317 Valens • Zürcher RehaZentrum Wald, 8636 Wald • Kliniken Valens, Rehazentrum Walenstadtberg, 8881 Walenstadtberg • Kliniken Valens, Rheinburg-Klinik AG, 9428 Walzenhausen • Rehaklinik Zihlschlacht AG, 8588 Zihlschlacht • RehaClinic Zollikerberg, 8125 Zollikerberg • Klinik Lengg AG, 8008 Zürich • Klinik Susenberg, 8044 Zürich