

Neue Tarifstruktur für stationäre Rehabilitationsleistungen

Leistungsorientiertes Tarifmodell Rehabilitation

*Transparent, differenziert, praxisgerecht, wissenschaftlich fundiert, einsatzbereit*¹

Handlungsbedarf durch KVG-Revision

Das revidierte Krankenversicherungsgesetz (KVG, sh. Seite 4) verlangt nach einem *leistungsorientierten Abgeltungssystem*, das auf *gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen* basiert und die Kosten der Institutionen und Kliniken vollumfänglich deckt. Die Spitaltarife sollen sich an der Entschädigung jener Spitäler orientieren, welche die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung *in der notwendigen Qualität effizient und günstig* erbringen.

Für Akutversorger wurde mit diesem Ziel ein Tarifmodell basierend auf «DRGs» (Diagnosis Related Groups) geschaffen. Während bei Patienten in der Akutbehandlung die Heilung im Vordergrund steht, ist die Rehabilitation fokussiert auf das Wiedererlangen von Fähigkeiten. Somit sind Leistungen nicht von Diagnosen und chirurgischen Eingriffen abhängig, sondern von Funktionsfähigkeit und Behinderung sowie von den Behandlungszielen. Dies erforderte den Aufbau eines neuen Tarifmodells.

Wesentliche Kriterien Transparenz und Vergleichbarkeit

Ein neues Tarifmodell für die stationäre Rehabilitation soll eine *differenzierte Beurteilung und Abgeltung* der erbrachten Leistungen erlauben und Anreize schaffen für eine *effiziente und wirtschaftliche Leistungserbringung*.

Anzustreben ist deshalb ein Tarifmodell, das einen gesamtschweizerischen, transparenten und praxisgerechten Vergleich der erbrachten Leistungen erlaubt («Benchmarking»).

Da die praktische Erfahrung zeigt, dass Pflegebedürftigkeit und medizintechnisch-therapeutischer Bedarf der Patientinnen und Patienten das Ausmass der rehabilitativen Leistungen voneinander unabhängig beeinflussen, drängt es sich auf, dass ein leistungsorientiertes Tarifmodell zwischen *pflegerischem und medizintechnisch-therapeutischem Leistungsbedarf differenziert*. Damit wird Fehlanreize vorgebeugt.

Wichtige Differenzierung durch drei Tarifkomponenten

Das *Leistungsorientierte Tarifmodell Rehabilitation* schafft *Transparenz und Vergleichbarkeit* durch *drei Tarifkomponenten*:

- Über die **Pflegepauschale** wird der Pflegeaufwand in vier Tarifstufen vergütet.
- Die **Therapiepauschale** bildet den Aufwand der Therapien sowie der medizintechnischen Leistungen (Labor, Röntgen, spezialärztliche Untersuchungen) in ebenfalls vier Tarifstufen ab.
- Die **Basispauschale** deckt die übrigen Kosten (ärztliche Grundleistungen, Verbrauchsmaterial, Transporte, Hotellerie und Administration, Kapitalkosten).

Diese Tarifkomponenten werden als Tagespauschalen vergütet. Sie können wöchentlich an den Zustand des Patienten angepasst werden.

Wissenschaftlich fundierte und erprobte Erfassungsinstrumente

Das *Leistungsorientierte Tarifmodell Rehabilitation* basiert auf der Differenzierung zwischen Pflegebedürftigkeit und medizintechnisch-therapeutischem Bedarf aufgrund von international anerkannten Grundlagen (Assessments). Dadurch *vermeidet es Verzerrungen und Fehlanreize*.

Der *Pflegebedürftigkeit* wird mittels des validierten und international anerkannten *FIM-Scores* (Functional Independence Measure²) in vier Schweregrade (leichte – mittlere – schwere und sehr schwere Pflegebedürftigkeit) eingeteilt. Die Aussagekraft dieser Kategorisierung wird sowohl in der Fachliteratur (vgl. Quellenangaben am Ende) als auch durch die Ergebnisse der aktuellen Erfassung von Pflegeleistungen in verschiedenen Kliniken bestätigt.

Für die Einstufung des *medizintechnisch-therapeutischen Bedarfs* bestand bisher kein bewährtes und überzeugendes Verfahren. Die Komplexität der Abklärungs- und Therapieverfahren in der

¹ Die Entwicklungsarbeiten am Leistungsorientierten Tarifmodell Rehabilitation sind für die erste Phase in der neurologischen Rehabilitation abgeschlossen. Die Erfahrungen aus der Pilotphase wurden ausgewertet und publiziert (vgl. Quellenangabe am Ende). Die Adaption an die übrigen Rehabilitationsbereiche sowie die ICF-Integration und Auswertungen der ICF-Erfahrungen und Resultate laufen zur Zeit noch.

² Mit dem Assessmentinstrument können funktionelle Einschränkungen von Patienten anhand von 13 praktisch-motorischen und 5 sozio-kognitiven Merkmalen gemessen werden.

Rehabilitation findet jedoch in der *ICF* (International Classification of Functioning, Disability and Health) eine adäquate Entsprechung. Basierend auf der Erfassung des individuellen ICF-Profiles des Patienten sowie der Anzahl von Interventionsdisziplinen (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie etc.) und ergänzt durch fachspezifische Kriterien wird der Bedarf ebenfalls in vier Schweregrade (wenig – mittel – hoch – sehr hoch) eingeteilt. Die Aussagekraft der Kategorisierung wird durch eine umfassende Leistungserfassung in den Zürcher Höhenkliniken seit 2009 validiert.

	Zu vergütende Kostenkomponenten	Schweregrad- einstufung	Schweregrade	Tarifkomponenten
Variabel	Pflegeleistungen	Wöchentliche Erhebung: FIM und Zusatzassessments (MPSS, CIRS)	L M S sS	Pflegepauschale nach Schweregraden abgestuft
	Medizintechnisch- therapeutische Leistungen	(a) Wöchentliche Bearbeitung: Patienten-individuelles ICF-Profil (b) Wöchentliche Erhebung: Medizintechnisch- therapeutischer Aufwand	W M H sH	Medizintechnisch- therapeutische Pauschale nach Schweregraden abgestuft
Fix	Basiskosten (insbesondere Administration, Hotellerie, Kapitalkosten)	Keine Abstufung nach Schweregraden	Einheitlich für alle Patienten eines Fachbereiches pro Jahr	Basispauschale

Praxisingerechte Ausgestaltung

Das *Leistungsorientierte Tarifmodell Rehabilitation* sieht *Vollpauschalen* vor (unter Einbezug tagesfixer Basiskosten sowie Kapitalkosten) und ist *gesamtschweizerisch anwendbar*. Es ermöglicht, stationäre Behandlungsfälle aus den am häufigsten frequentierten Rehabilitationsbereichen (neurologische, muskuloskeletale, kardiale und pulmonale Rehabilitation) abzubilden. Voraussetzung ist die Erhebung der Assessments FIM und CIRS. Für Kliniken, die ICF noch nicht einsetzen, steht eine Übergangsklassifikation³ zur Verfügung.

Als Klassifikationskriterien dienen also Patientenmerkmale (FIM, ICF, CIRS) und nicht Leistungsmerkmale. Dies *wirkt einer Mengenausweitung durch die Leistungserbringer entgegen*. Die Einstufung der Patienten in die entsprechenden Schweregrade und die daraus resultierende Vergütung ist für Kostenträger und Leistungserbringer *gut nachvollziehbar*.

Die Höhe der Pflege- und der Therapiepauschale wird wöchentlich dem Rehabilitationsverlauf und den veränderten Bedürfnissen der Patienten angepasst, wobei die Zielsetzungskriterien und der Zielerfüllungsgrad eine entscheidende Rolle bei der Rehabilitationsumsetzung spielen. Dadurch enthält das *Leistungsorientierte Tarifmodell Rehabilitation* eine *qualitätssichernde Komponente*.

Die Vergütung von Pflegeaufwand⁴ und medizintechnisch-therapeutischem Aufwand anhand von je vier Schweregraden gewährleistet *grosse Transparenz*. Zudem erlaubt das Tarifmodell aufzuzeigen, welche Ressourcen für welche Hauptziele aufgewendet wurden.

Praktische Erprobung im Pilotprojekt

Im ersten Quartal 2009 wurde in Zusammenarbeit mit der Zürcher Gesundheitsdirektion ein *Tarif-Pilotprojekt* in der Neurorehabilitation aufgenommen. Parallel dazu wurde die seit 2008 laufende Datenerhebung für weitere Assessments sowie für pflegerische und medizinisch-therapeutische

³ Als *Übergangsklassifikation* wurden medizintechnisch-therapeutische Kostenklassen definiert. Sie wurden mittels Klassifikationsbaumverfahren aufgrund der Streuung der mit Kosten bewerteten Taxpunkte der wöchentlich summierten Leistungen bestimmt.

⁴ Die vier Schweregrade der Pflege sind entstanden durch die Aggregation von 16 FIM basierten Klassen, welche klinisch sehr gut interpretierbar sind.

Leistungen in allen vier Rehabilitationsdisziplinen (neurologische, muskuloskelettale, kardiale und pulmonale Rehabilitation) der Zürcher Höhenkliniken weitergeführt. Die Ergebnisse aus der Pilotphase wurden ausgewertet und publiziert (vgl. Quellenangabe am Ende). Sie werden nun im Rahmen weiterer Projektteile in die muskuloskelettale, kardiale und pulmonale Rehabilitation übertragen. Dabei werden die rehabilitationsbereichsspezifischen ICF-Profile eingesetzt.

Fazit: Die leistungsorientierte Abgeltung von Rehabilitationsleistungen erfordert eine differenzierte Einstufung der Pflegebedürftigkeit und des medizinisch-therapeutischen Bedarfs der Patientinnen und Patienten.

Nur eine *getrennte Betrachtung pflegerischer und medizinisch-therapeutischer Leistungen* erlaubt eine aufwands- und praxisgerechte, differenzierte Beurteilung und Abgeltung der erbrachten Leistungen und verhindert falsche Anreize.

Das *Leistungsorientierte Tarifmodell Rehabilitation*

- ermöglicht Quervergleiche zwischen verschiedenen Spitälern. Seine flächendeckende Einführung würde deshalb ein für Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit förderliches Benchmarking zwischen den Leistungserbringern ermöglichen.
- wirkt einer Mengenausweitung und einer unnötigen Verlängerung stationärer Aufenthalte entgegen, indem es mit abnehmendem Behandlungsaufwand sinkende Vergütungen vorsieht.
- legt die Grundlage für evidenz-basierte Prozesse für die stationäre Rehabilitation, indem es u.a. standardisierte bzw. standardisierbare Instrumente (FIM, ICF) verwendet. Diese Prozesse können der Überprüfung der Qualität und der Wirksamkeit auf nationaler Ebene dienen.
- unterstützt die Erbringung von Leistungen, welche die subjektive oder objektive Verfassung der Patienten verbessern, indem es Patientenmerkmalen und Behandlungszielen zentrale Bedeutung einräumt.
- vermeidet Fehlanreize durch die Differenzierung zwischen Pflegeaufwand und medizintechnisch-therapeutischem Aufwand.

Die leistungsorientierte Vergütung des Behandlungsaufwandes begünstigt einen optimalen Ressourceneinsatz und damit eine effiziente Leistungserbringung. Diese Mechanismen wirken sich positiv auf die Wirtschaftlichkeit aus.

Literatur:

- 1) **Fischer W, Blanco J, Butt M, Hund M, Boldt C:** Leistungsorientiertes Tarifmodell Rehabilitation (LTR) – Erste Ergebnisse zur Patientenklassifikation in der neurologischen Rehabilitation, *Neurologie & Rehabilitation*, 2010; 16 (3): S1-S18.
- 2) **Fischer W, Blanco J, Mäder M, Zangger P, Conti FM, Bapst L, Huwiler B:** Das TAR-System und andere Patientenklassifikationssysteme für die Rehabilitation. TAR-Forschungsbericht und Kurzbeschreibung von Systemen aus Deutschland, Frankreich, Australien und den USA. *ZIM (Wolfertswil)*, 2006.
- 3) **Nosper M. et al.:** Dynamische Vergütung neurologischer Rehabilitationsleistungen. Aufwandsorientierte Fallgruppen und prognoseorientierte Verlängerungssteuerung, *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, 2008; 13: 205–209.

KVG im Wortlaut

Art. 49 Tarifverträge mit Spitälern

1 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.**

2 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 abgerechnetem 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 sowie deren Anpassungen werden von den Tarifpartnern dem Bundesrat zur Genehmigung unterbreitet. Können sich diese nicht einigen, so legt der Bundesrat die Strukturen fest.¹⁰⁴

3 Die Vergütungen nach Absatz 1 dürfen keine Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche Leistungen enthalten. Dazu gehören insbesondere:

- a. die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen;
- b. die Forschung und universitäre Lehre.

4 Bei Spitalaufenthalten richtet sich die Vergütung nach dem Spitaltarif nach Absatz 1, solange der Patient oder die Patientin nach medizinischer Indikation der Behandlung und Pflege oder der medizinischen Rehabilitation im Spital bedarf. Ist diese Voraussetzung nicht mehr erfüllt, so kommt für den Spitalaufenthalt der Tarif nach Artikel 50 zur Anwendung.

5 Mit den Vergütungen nach den Absätzen 1 und 4 sind alle Ansprüche des Spitals für die Leistungen nach diesem Gesetz abgegolten.

6 Die Vertragsparteien vereinbaren die Vergütung bei ambulanter Behandlung.

7 Die Spitäler verfügen über geeignete Führungsinstrumente; insbesondere führen sie nach einheitlicher Methode zur Ermittlung ihrer Betriebs- und Investitionskosten und zur Erfassung ihrer Leistungen eine Kostenrechnung und eine Leistungsstatistik. Diese beinhalten alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit, für Betriebsvergleiche, für die Tarifierung und für die Spitalplanung notwendigen Daten. Die Kantonsregierung und die Vertragsparteien können die Unterlagen einsehen.

8 In Zusammenarbeit mit den Kantonen ordnet der Bundesrat schweizweit Betriebsvergleiche zwischen Spitälern an, insbesondere zu Kosten und medizinischer Ergebnisqualität. Die Spitäler und die Kantone müssen dafür die nötigen Unterlagen liefern. Der Bundesrat veröffentlicht die Betriebsvergleiche.

Art. 49a¹⁰⁵ Abgeltung der stationären Leistungen

1 Die Vergütungen nach Artikel 49 Absatz 1 werden vom Kanton und den Versicherern anteilmässig übernommen.

2 Der Kanton setzt jeweils für das Kalenderjahr spätestens neun Monate vor dessen Beginn den für alle Kantonseinwohner geltenden kantonalen Anteil fest. Der kantonale Anteil beträgt mindestens 55 Prozent.

3 Der Wohnkanton entrichtet seinen Anteil direkt dem Spital. Die Modalitäten werden zwischen Spital und Kanton vereinbart. Versicherer und Kanton können vereinbaren, dass der Kanton seinen Anteil dem Versicherer leistet und dieser dem Spital beide Anteile überweist. Die Rechnungsstellung zwischen Spital und Versicherer richtet sich nach Artikel 42.

4 Mit Spitälern oder Geburtshäusern, welche nach Artikel 39 nicht auf der Spitalliste stehen, aber die Voraussetzungen nach den Artikeln 38 und 39 Absatz 1 Buchstaben a–c erfüllen, können die Versicherer Verträge über die Vergütung von Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abschliessen. Diese Vergütung darf nicht höher sein als der Anteil an den Vergütungen nach Absatz 2.