

« Rehabilitation für ältere Menschen in Gefahr »

Die derzeitig laufenden Veränderungen der Spitalfinanzierung im Bereich der Rehabilitation stellen die aktuelle Organisation der Altersversorgung in den französischsprachigen Kantonen in Frage. Die Gefahr besteht, dass für ältere Menschen der Anspruch auf Reha-Pflege nach einem Spitalaufenthalt stark eingeschränkt wird.

Verband Plateforme-Reha.ch
Februar 2020

Kontakt

Verband PLATEFORME-REHA.CH

c/o Site Plein-Soleil
Chemin de la Cigale 3
1010 Lausanne
+41 78 672 24 90
info@plateforme-reha.ch

oder

Brigitte Rorive Feytmans

Verbands-Präsidentin Plateforme-Reha.ch
Finanzdirektorin, Universitätsspital Genf (HUG)
+41 79 823 84 02
brigitte.rorivefeytmans@hcuge.ch

Eine neues Tarifmodell für die Rehabilitation

Für die Rehabilitation wird derzeit eine neues Tarifmodell entwickelt. Das KVG sieht einheitliche, leistungsorientierte Fallpauschalen für alle Arten der stationären Behandlung vor. Nach der Einführung von DRGs für die somatische Akutversorgung im Jahr 2012 und TARPSY im Jahr 2018 wird ST Reha voraussichtlich im Laufe des Jahres 2021 dem Bundesrat zur Genehmigung vorgelegt, um 2022 in Kraft zu treten.

Die Diskussionen über dieses noch im Anfangsstadium befindlichen Tarifmodells bringen eine bekannte Problematik zum Vorschein: Die Organisation der Altenpflege unterscheidet sich in den verschiedenen Regionen der Schweiz grundlegend, insbesondere im Hinblick auf die Rehabilitation.

Zwei gegensätzliche Rehabilitationsmodelle

Das erste Modell ist in der Romandie dominant und ermöglicht einem breiten Spektrum von Patienten, einschliesslich älterer und gebrechlicher Patienten, eine Reha-Pflege, insofern ein Rehabilitationspotenzial vorhanden ist. Das Modell basiert weniger auf therapeutischen Leistungen sondern auf unterstützender Rehabilitationspflege. Die Ergebnisse sind messbar und sehr real: signifikante Rückkehrquote nach Hause, Wiederherstellung der Funktionalität gemessen an klinischen Massstäben, Wiederherstellung der Autonomie in den Aktivitäten des täglichen Lebens. Dies führt auch zu verbesserten Kapazitäten für die Unterstützung zum Verbleib zu Hause und, im Vergleich auf nationaler Ebene, zu einer späteren Unterbringung im Pflegeheim.

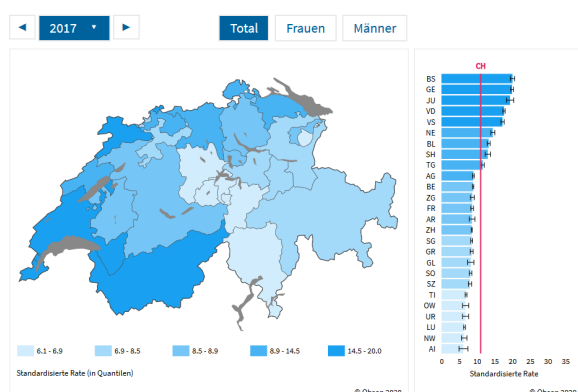
Das zweite, in der Deutschschweiz dominante Modell, tendiert dazu Reha-Pflege einer Typologie von weniger fragilen Patienten mit einem sehr hohen Rehabilitationspotenzial vorzubehalten. Es handelt sich um ein Modell mit intensiver Betreuung, dessen Hauptanbieter Einrichtungen sind, die auf bestimmte Rehabilitationsbereiche spezialisiert sind. In diesem Modell gibt es wenig oder keine Rehabilitation für gebrechliche ältere Menschen. Diese verbleiben in der somatischen Akutversorgung oder werden in Pflegeheimen betreut.

Eine andere Abbildung der Versorgung der Altenpflege

Wie die beiden folgenden, auf der Website des OBSAN (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium) veröffentlichten Grafiken zeigen, unterscheidet sich die Pflegeversorgung von älteren Menschen zwischen den Kantonen und den Rehabilitationsmodellen. Im ersten Modell sind Spitalaufenthalte in der Rehabilitationsversorgung wesentlich zahlreicher und die Unterbringung im Pflegeheim reduziert. Beim zweiten Modell ist das Gegenteil der Fall, nämlich weniger stationäre Rehabilitationseinweisungen dafür mehr ältere Menschen im Pflegeheim.

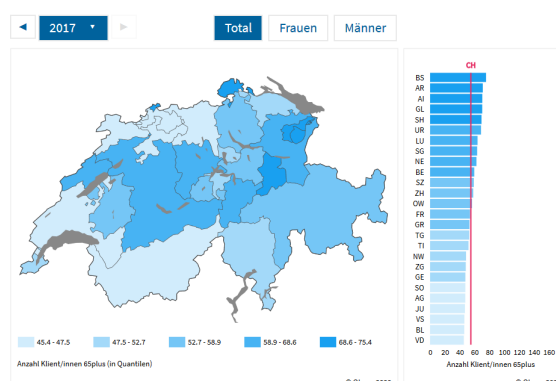
Hospitalisierungsraten in Rehabilitationseinrichtungen

standardisierte Rate pro 1'000 Einwohner/innen



Betreuungsrate von 65-Jährigen und Älteren in Alters- und Pflegeheimen

Anzahl Klient/innen 65 plus pro 1'000 Einwohner/innen 65 plus (Langzeitaufenthalte)



Ungleiche Behandlung von Patienten

Gemäss dem in ihrem Kanton vorherrschenden Modell haben Patienten nicht den gleichen Zugang zur Betreuung, Behandlung oder Finanzierung.

Im ersten Modell haben ältere und gebrechliche Patienten Zugang zu einem Rehabilitationsangebot, mit dem Ziel nach Hause zurückzukehren und die Autonomie im Alltag wiederzuerlangen. Dies ist insbesondere möglich dank eines bedeutenden Angebots an Hilfe und Pflege zu Hause.

Im zweiten Modell werden ältere Patienten früher an Pflegeheime überwiesen, die begrenzte Rehabilitationsleistungen anbieten. Sie müssen die Kosten für die Unterkunft selbst tragen (150 bis 200 CHF pro Tag, in der Regel für 3 Wochen).

Es ist wenig überraschend, dass die deutschsprachige Tendenz in den nationalen Dachverbänden und medizinischen Gesellschaften dominiert, welche vor allem korporative und wirtschaftliche Interessen verteidigen und das französischsprachige Rehabilitationsmodell kritisieren.

Kritik am vorherrschenden Modell in der Romandie

Am französischsprachigen Modell werden mehrere Kritikpunkte geäussert. Dieses würde stationären Rehabilitationsstrukturen ermöglichen, zu viele Patienten ohne Rehabilitationspotenzial aufzunehmen, keine wirklichen Rehabilitationsleistungen anzubieten, sondern eher Leistungen, die denen von Leistungen von Langzeiteinrichtungen oder sogar Hotellerie-Leistungen ähneln. Die klinische Wirksamkeit dieses Modells wird kritisiert, auch wenn es solide wissenschaftliche Beweise gibt, die sowohl für den Patienten und seine Familie als auch für das Gesundheitssystem Vorteile belegen.

Eine Meta-Analyse von S. Bachman et al. hat beispielsweise gezeigt, dass die geriatrische Rehabilitation, die in spezialisierten Einheiten durchgeführt wird, die Wahrscheinlichkeit von funktionellen Verbesserungen signifikant steigert (1,76-mal grössere Wahrscheinlichkeit von funktionellen Verbesserungen bei der Entlassung des Patienten). Folglich ist das Risiko der Einweisung in einen Langzeitaufenthalt unmittelbar nach der Entlassung um 36% deutlich reduziert, verglichen mit Patienten, die nicht von einer spezialisierten geriatrischen Rehabilitation profitieren.

Ein Tarifmodell, das Schwellenwerte festlegt und damit zahlreiche Patienten ausschliesst

Die Prädominanz dieses deutschschweizerischen Modells hat bei den CHOP-Codes, die für Beschreibung von Rehabilitationsmassnahmen (Physiotherapie, Ergotherapie, usw.) stehen, zur Einführung von Minimalschwellen geführt. Diese Schwellenwerte sind sehr hoch und schliessen de facto eine grosse Anzahl von Patienten aus. Wird die Minimalschwelle nicht erreicht, gilt der Aufenthalt nicht als Spitalaufenthalt zur Rehabilitationsförderung, und die Erstattung im Rahmen der OKP beschränkt sich auf die Finanzierung der Betreuung (Unterkunft, 7a KLV). Die in diesen Codes vorgesehene Minimalschwelle liegt weit über den therapeutischen Leistungen, welche geriatrische Rehabilitationspatienten derzeit schweizweit geniessen, auch wenn sie messbare Fortschritte in Bezug auf die Wiederherstellung von Funktionalität und Autonomie machen und die Heimkehrtrate nach dem Aufenthalt hoch ist (etwa 85 %).

Falls die Schwellenwerte, welche von der Mehrheit der nationalen Tarifpartner unterstützt werden, schlussendlich durchgesetzt werden, müssten nach Schätzungen von Plateforme-Reha.ch 80% der Patienten in der Westschweiz, die sich derzeit in stationärer Rehabilitation befinden (mehr als 20'000 Patienten pro Jahr), auf andere Behandlungsbereiche, insbesondere auf Pflegeheime, umgeleitet werden, da sie vom neuen Tarifmodell "ausgeschlossen" wären.

Nur ein kleiner Teil der Bevölkerung wird sich die CHF 3'000 bis 4'000 leisten können, die für einen dreiwöchigen Aufenthalt zu zahlen sind.

Inflationsrisiko und unnötige Leistungen.

Im Rahmen des ersten Modells würden den französischsprachigen Einrichtungen zwei Anpassungsstrategien zur Verfügung stehen, falls sich diese Orientierung durchsetzen sollte:

- Vermehren von unnötigen Interventionen und medizinisch-therapeutischen Leistungen ohne genaue Indikation, um somit die Minimalschwelle zu erreichen welche die Finanzierung auslöst
- sich in Pflegeheime umzuorganisieren

Da es keine wissenschaftliche Evidenz gibt, die das Leistungsvolumen mit greifbaren Patientenergebnissen verknüpft, könnte das derzeitig befürwortete System zu einer Vervielfachung der Leistungen führen, ohne dass es Hinweise auf einen Gewinn und Nutzen für den Patienten gibt. Dies würde zu hohen Kosten für das Gesundheitssystem und zu einer Dissoziation zwischen den erbrachten Leistungen und dem tatsächlichen Therapiebedarf des Patienten führen. Die Erfahrungen mit der Einführung der SwissDRGs sollten uns zur Vorsicht veranlassen: Obwohl die Schweiz auf die Erfahrungen vieler anderer Länder zurückgreifen konnte und über Daten verfügte, die in einigen Kantonen seit einem Jahrzehnt ermittelt und verwendet wurden, hat sich in mehreren Bereichen gezeigt, dass selbst sehr begrenzte Ungenauigkeiten zu einer erheblichen Überproduktion unnötiger medizinischer und pflegerischer Leistungen führen können.

Auch die deutschsprachige Seite hat ihre Bedenken

Der Ernst der Lage ist nicht nur in der Westschweiz zu spüren. Die NZZ veröffentlichte im Sommer 2019 einen Artikel (*«Reha für Ältere in Gefahr; Die geplanten Fallpauschalen führen zu «Altersdiskriminierung», meinen Experten», NZZ am Sonntag, 19.08.2019*), der die Anliegen der deutschsprachigen Akteure im Hinblick auf das neue Finanzierungssystem aufgreift und die Ansteckungsgefahr ausgehend von einer Vision der geriatrischen Rehabilitation aus Sicht der Zürcher Spitalplanung. Diese Experten befürchten, dass die Barrieren für eine auf den Patientenbedürfnissen basierende Rehabilitation mit dem ST Reha-Projekt erheblich zunehmen werden, insbesondere für ältere Patienten. Sie bemängeln ausserdem ein Planungssystem, dessen Kriterien zwei Drittel der älteren Patienten in eine heikle Situation versetzen würde, da nicht gebrechlich genug, um von einer spezialisierten geriatrischen Rehabilitation zu profitieren, und zu krank, um eine auf der Beeinträchtigung eines Organs (Bewegungsapparat, neurologische Funktionen, Herz-System, usw.) basierende Rehabilitation zu ermöglichen.

Eine nationale Tarifstruktur trotz zweier Modelle

Da es keine Belege für eine Überlegenheit des einen Betreuungsmodells gegenüber dem anderen gibt, scheint es uns, dass jede neue Tarifstruktur die Existenz der verschiedenartigen Angebote in der Rehabilitation berücksichtigen sollte. Zu diesem Zweck sollte die Definition von Mindeststandardleistungen vermieden und stattdessen eine unterschiedliche Betreuungsintensität vorgesehen werden. SwissDRG ist mit diesem Ansatz vertraut, da die DRG-Tarife bereits auf dieser Basis funktionieren.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die im Finanzierungssystem von ST Reha vorgesehenen Veränderungen, insbesondere die geforderten Minimalschwellen, älteren Patienten nach einem Spitalaufenthalt den Zugang zu Rehabilitationsleistungen, von denen sie eindeutig einen grossen Nutzen haben, behindern könnten.

Der Vorrang von Hilfe und Pflege älterer Menschen zu Hause vor der Unterbringung in Pflegeheimen würde somit in Frage gestellt.

Mitglieder von Plateforme-Reha.ch:

Aktivmitglieder

- Spitäler und Kliniken



Beobachtende Mitglieder

- Dachorganisationen

