

# Rehabilitation ist keine Light-Pflege und auch kein Hotel-Angebot

Willy Oggier

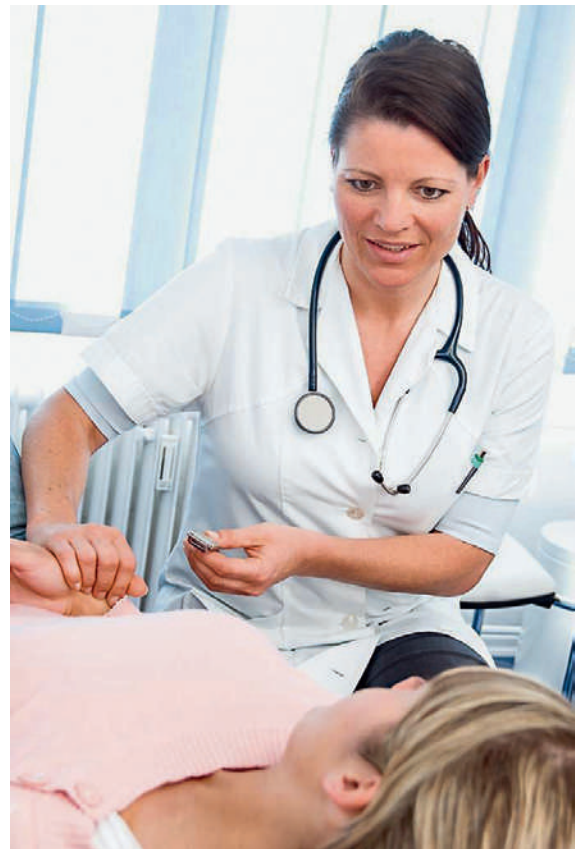
Dr. oec. HSG, Gesundheitsökonomische Beratungen AG und Präsident SWISS REHA\*, Küssnacht

In jüngerer Zeit mehren sich Rundumschläge zur Rehabilitation. So bezeichnete etwa die Direktorin der Zürcher Pflegezentren diese als «teure» Übergangslösung für Hochbetagte (*hotel revue*, 18. Dezember 2015). Eine solche Sichtweise darf nicht unwidersprochen bleiben. Denn sie verkennt, dass die heutige Situation der Trennung von Rehabilitationsleistungen von Kur- und/oder Akut- und Übergangspflege-Leistungen vom Gesetzgeber gewollt war. Jede Leistung hat ihre unterschiedliche Berechtigung und daher ist es auch folgerichtig, dass entsprechend unterschiedliche Finanzierungsregeln und insbesondere Kostenübernahmen durch die soziale Krankenversicherung erfolgen.

Seit Jahren existierten von SWISS REHA Kriterien für die stationäre Rehabilitation, welche laufend ergänzt und weiterentwickelt wurden. Neben allgemeinen Rehabilitationskriterien, die alle Kliniken erfüllen müssen, wurden detailliertere Anforderungen für die geriatrische, die internistische und onkologische, die kardiovaskuläre, die muskuloskeletale, die neurologische, die pädiatrische, die paraplegiologische, die psychosomatische und die pulmonale Rehabilitation entwickelt. Rund 50 Prozent der Rehabilitationskliniken der Schweiz erfüllen die SWISS REHA-Kriterien und werden durch die entsprechenden Assessoren auch periodisch reevaluiert.

Nachdem die Bedeutung der ambulanten und teilstationären Rehabilitation in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen hat, wurden entsprechende Kriterien auch für diese Rehabilitationsbereiche definiert. Sie sollen die Basis dafür bilden, die Spreu vom Weizen zu trennen und damit Pseudo-Anbieter transparent offenzulegen.

Die entwickelten SWISS REHA-Kriterien sind auf der Website [www.swissreha.com](http://www.swissreha.com) einsehbar. Erste Erfolge der langjährigen Qualitäts-Arbeiten von SWISS REHA werden insbesondere in der Deutsch- und Südschweiz sichtbar. So hat etwa der Kanton Tessin für die Vergabe von Rehabilitations-Leistungsaufträgen die Auflage gemacht, dass die entsprechenden Kliniken die SWISS REHA-Kriterien erfüllen müssen. Diese Kriterien können nur erfüllt werden, wenn auch das Assessment



Eine Rehabilitation beinhaltet auch ärztliche Leistungen, die Übergangspflege beispielsweise in der Regel nicht.

durch die SWISS REHA erfolgreich durchgeführt worden ist. Daher erfolgte beispielsweise die Gewährung des Leistungsauftrags für psychosomatische Rehabilitation nicht an eine psychiatrische, sondern an eine entsprechende Rehabilitationsklinik.

Auch weitere Gemeinwesen beginnen, die Qualitätskriterien für ihre Arbeit zu nutzen. So hat etwa die grösste Schweizer Stadt, Zürich, im Rahmen ihrer Ausschreibung von Rehabilitationsleistungen für ihr eigenes Gesundheits-Netzwerk ausschliesslich SWISS REHA-Mitglieder zur Bewerbung zugelassen. Pflege- oder Physiozentren werden diesem Anspruch nicht gerecht, auch wenn sie vermeintlich billigere Tarife anbieten. Denn wie formulierte die Initiative der Baden-

\* SWISS REHA ist ein Verband von Rehabilitationskliniken in der Schweiz, der für seine Mitglieder verbindliche Qualitätskriterien definiert hat. Verschiedene Kantone stützen ihre Rehabilitationsplanungskriterien auf diese Vorgaben ab.

	Spital stationär (Somatik, Rehabilitation, Psychiatrie, Spezial-Kliniken)	Akut- und Übergangspflege	Langzeitpflege	Arzt/Spital ambulant
Pflege (i.w.S.)	Listenspital: - Kanton mind. 55% - Krankenversicherer max. 45% Vertragsspital: - Krankenversicherer max. 45% - Rest: VVG oder Selbstzahlung	Maximal während 2 Wochen analog zum Akutspital	Krankenversicherer leistet Beitrag an die Pflege (Patienten-Anteil bis zu 20%, mit Höchstgrenze)	Krankenversicherer 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)	

Tabelle 1: Finanzierungsregeln nach Krankenversicherungsgesetz (KVG).

Württembergischen Krankenhausgesellschaft doch unlängst so schön: «Umsonst ist keine Reha!»

### Abgrenzung: Rehabilitation – Übergangspflege – Kur – ambulante Therapie<sup>1</sup>

Leistungen der Akut- und Übergangspflege, die sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital ärztlich angeordnet werden, werden von der obligatorischen Krankenversicherung und vom Wohnkanton des Versicherten während längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung vergütet. Dabei beziehen sich diese Regeln ausschliesslich auf die pflegerischen Leistungen, nicht jedoch auf die Kosten für Betreuung und Hotellerie. Diese Kosten sind vom Patienten als Selbstzahler oder durch eine allfällig vorhandene Zusatzversicherung zu bezahlen.

Übergangspflege findet dann statt, wenn

- die medizinisch oder psychiatrisch pflegerische Situation der Patienten stabil ist;
- ein Austritt aus dem Akutspital stattfinden soll;
- weiterhin mobilisierende und somatische oder psychiatrische Pflege notwendig ist, die ein Spitalarzt verordnet, und diese im Vordergrund steht;
- kein Langzeitpflegeaufenthalt absehbar ist;
- keine Indikation für eine Rehabilitation vorliegt;
- die Übergangspflege zeitlich begrenzt ist;
- der Wille des Patienten zur Übergangspflege und zur Wiedererlangung der Autonomie und Selbstversorgung vorliegt.

Übergangspflege verfügt in der Regel über keine ärztliche Leistung. Es besteht in der Regel auch keine Therapie-Programm-Akkreditierung als Grundlage. Bzgl. der Finanzierungsströme nach KVG kann die Situation

der Akut- und Übergangspflege wie in Tabelle 1 dargestellt werden.

Bei Kuren stehen in der Regel die Vorsorge bzw. Stärkung einer (geschwächten) Gesundheit oder die Unterstützung der Genesung bei Krankheiten und Leiden verschiedener Art durch die Anwendung ortsspezifischer Heilmittel (z.B. Quellen, Peloid, Klima, Meerwasser) im Rahmen des Aufenthalts in einem Kurort oder Heilbad im Vordergrund. Gemäss KVG wird für Kurverfahren ein Beitrag von 10 Franken pro Tag (pauschal) für maximal 21 Tage pro Kalenderjahr entrichtet, zuzügl. Kosten für Arzt, Medikamente und Physiotherapien.

Ambulante Therapieangebote (monodisziplinäre Einzelpraxen oder auch «Therapie-Zentren») unterscheiden sich von ambulanten Rehabilitationszentren insbesondere dadurch, dass sie keine interdisziplinär koordinierten Dienste anbieten bzw. nicht unter ärztlicher Leitung stehen.

### Abgrenzung: stationäre – teilstationäre – ambulante Rehabilitation

Es ist grundsätzlich zwischen stationärer, teilstationärer und ambulanter Rehabilitation im Sinne eines abgestuften Leistungskonzeptes zu unterscheiden. Es bestehen Gemeinsamkeiten dieser drei Stufen hinsichtlich des Verständnisses von Rehabilitation und insbesondere des interdisziplinären Ansatzes sowie des Denkens in den Kategorien der International Classification of Functioning (ICF).

### Ambulante interdisziplinäre Rehabilitation

Die ambulante Rehabilitation grenzt sich von einer monodisziplinären und oftmals eindimensional ausgerichteten Behandlungsmodalität wie beispielsweise

<sup>1</sup> Die Ausführungen dieses Kapitels basieren auf SWISS REHA (Hrsg.), Qualitäts- und Leistungskriterien für die ambulante und teilstationäre Rehabilitation, Stand vom 21. Oktober 2015.

einer ambulanten Physio- oder Ergotherapie respektive Logopädie ab. Die ambulante interdisziplinäre Rehabilitation vereint rehabilitationsmedizinisch relevante Berufsgruppen wie Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Neuropsychologie, Sozialdienst und ärztliche Leistungen unter einem Dach. Es werden in regelmässigen Teamsitzungen gemeinsame Ziele festgelegt. Der Verlauf wird dokumentiert und von einem Rehabilitationsarzt koordiniert. Es finden mehrere Therapieeinheiten pro Tag unter dem gleichen Dach und unter koordinierter, strukturierter Organisation statt. Zudem sind die Funktionseinschränkungen der betroffenen Personen so ausgeprägt, dass ein monodisziplinärer Ansatz mit zwei bis drei Behandlungsstunden pro Woche nicht ausreichend ist.

Die ambulante Rehabilitation ist vielfältiger als die stationäre oder teilstationäre Rehabilitation und kennt auch Spezialgebiete wie die Rehabilitation von Menschen mit Seheinschränkungen oder Hör- oder Sprachbehinderungen. Hingegen ist der Schweregrad von Krankheiten und der Grad der Funktionseinschränkungen der Patienten in der ambulanten Rehabilitation – und somit die Behandlungsintensität – geringer als in der stationären oder teilstationären Rehabilitation.

#### Teilstationäre Rehabilitation

Die teilstationäre Rehabilitation grenzt sich ebenso wie die ambulante Rehabilitation von einer monodisziplinären, eher eindimensional ausgerichteten Behandlungsmodalität ab. Im Gegensatz zur ambulanten Rehabilitation ist die teilstationäre Rehabilitation stärker an die stationären Behandlungskonzepte angelehnt und weist in der Regel höhere Behandlungsintensitäten pro Woche auf. Dennoch ist der Schweregrad von Krankheiten und der Grad der Funktionseinschränkungen bei einer Gesamtbetrachtung des einzelnen Patienten in der teilstationären Rehabilitation geringer als in der stationären Rehabilitation.

Die wichtigen Definitionen wie der Rehabilitationsbedarf, die Rehabilitationsfähigkeit, das Rehabilitationspotential, die Rehabilitationsprognose sowie die generellen Ziele der Rehabilitation gelten gleichermaßen für die ambulante und teilstationäre Rehabilitation.

Die ambulante und teilstationäre Rehabilitation können grundsätzlich in folgenden Situationen in Betracht kommen:

- Bei fehlender Spitalbedürftigkeit anstelle einer stationären Rehabilitationsmassnahme als eigenständiges interdisziplinäres Konzept bei Patienten, bei

denen die Schwere von Krankheiten bzw. der Grad an Funktionseinschränkungen weniger stark ausgeprägt ist;

- zur Verkürzung einer stationären Rehabilitationsmassnahme dank ambulanter Fortsetzung eines stationär begonnenen Rehabilitationsprogramms;
- im Anschluss an eine stationäre Rehabilitationsmassnahme.

Für die Entscheidung zwischen einer stationären, teilstationären oder ambulanten Rehabilitation ist die Spitalbedürftigkeit (Schweregrad der Krankheiten und Ausmass der Funktionseinschränkung, Therapieintensität, Unselbständigkeit, Pflege- und Betreuungsbedarf, sozialmedizinischer Kontext) ein wichtiges Kriterium. An dieser Schnittstelle kommt dem Rehabilitationsmediziner eine bedeutende Funktion zu.

#### Fazit

Es ist offensichtlich, dass Pflegezentren oder ähnliche Anbieter wie beispielsweise die in der Westschweiz stark verbreiteten Centres de thérapie et de réadaptation (CTR) die Anforderungen an eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Rehabilitation, wie sie das KVG fordert, weitgehend nicht erfüllen können. Dies gilt gerade auch für ältere, an Mehrfacherkrankungen leidenden Menschen. In verschiedenen Rehabilitations-Disziplinen ist das Durchschnittsalter der Patienten in vielen Kliniken über 70 Jahre. Verschiedene unter ihnen verfügen über Beatmungsplätze. Dies macht deutlich, dass die Rehabilitationskliniken sehr wohl auf komplexe Situationen vorbereitet sind. Dass Pflegezentren und die Hotellerie-Branche vermehrt in die Rehabilitation vordringen wollen, dürfte eher andere Gründe haben. Mit der vorgesehenen neuen leistungsorientierten Tarifstruktur nach KVG dürften Rehabilitationskliniken bei Patienten mit höherem Schweregrad künftig Aussicht auf eine höhere Abgeltung haben. Durch eine Um-Definition der Leistungsaufträge über Begriffs-Verwirrungen scheint man sich bei den Pflegezentren einen erweiterten Zugang zu den Finanzierungsquellen der sozialen Krankenversicherung verschaffen zu wollen. Dies ist aber nicht im Sinn des Gesetzgebers. Denn die Mengenausweitung durch Pseudo-Anbieter wäre damit vorprogrammiert.

#### Bildnachweis

© MEV Verlag GmbH, Germany

Korrespondenz:  
Dr. oec. HSG Willy Oggier  
Weinhaldenstrasse 22  
CH-8700 Küsnacht  
gesundheitsoekonom.  
willyoggier[at]bluewin.ch