

Finanzierung der Rehabilitation in der Schweiz

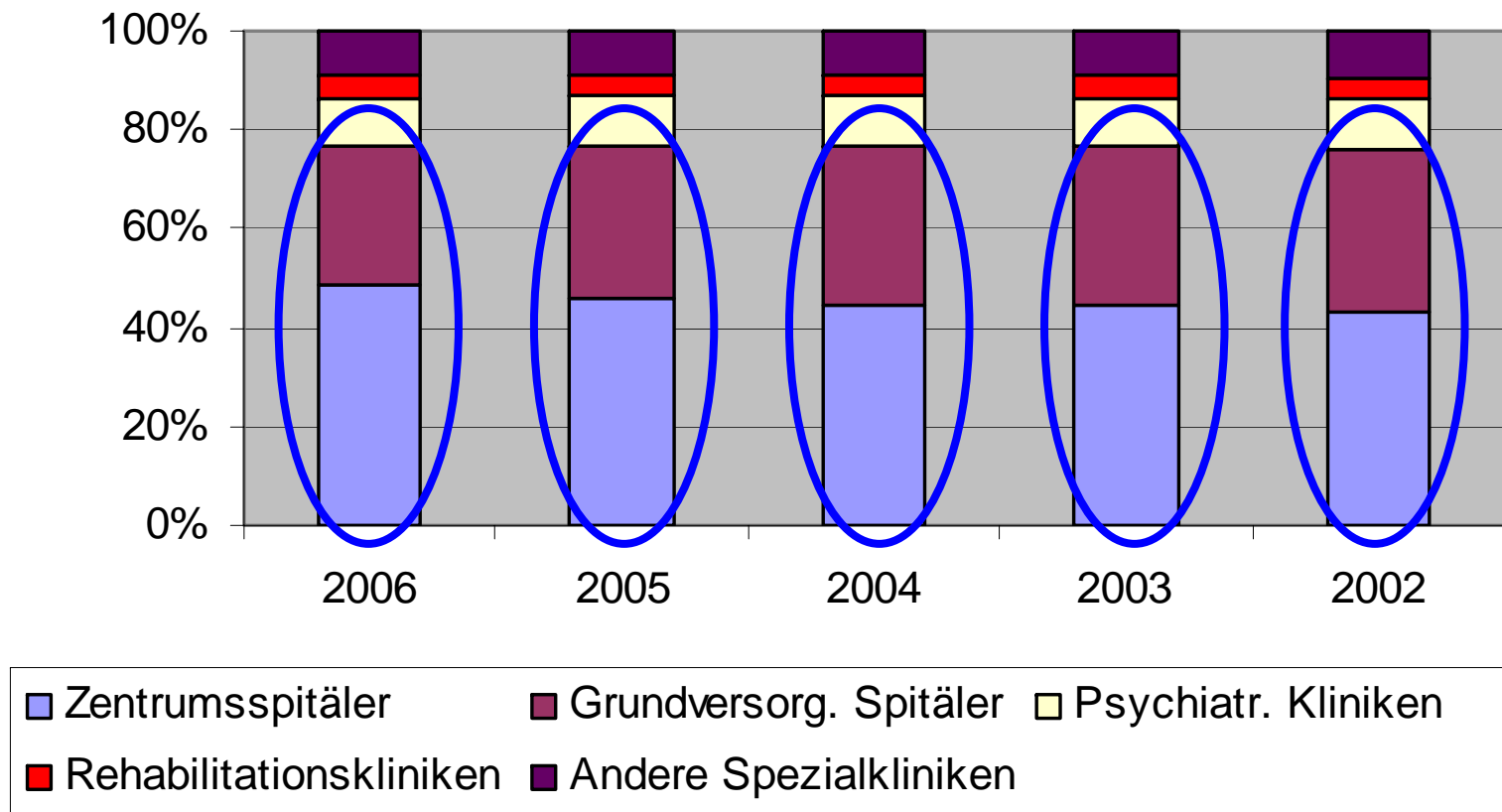
Aktueller Stand und Zukunftsentwicklungen

23.05.2008

Dr. med. J. Blanco, Chefarzt des Neuro-/Musculoskelettalen
Leistungszentrums der Zürcher Höhenklinik Wald

PCS Schweiz Tagung 22.-23.05.2008 in Bern

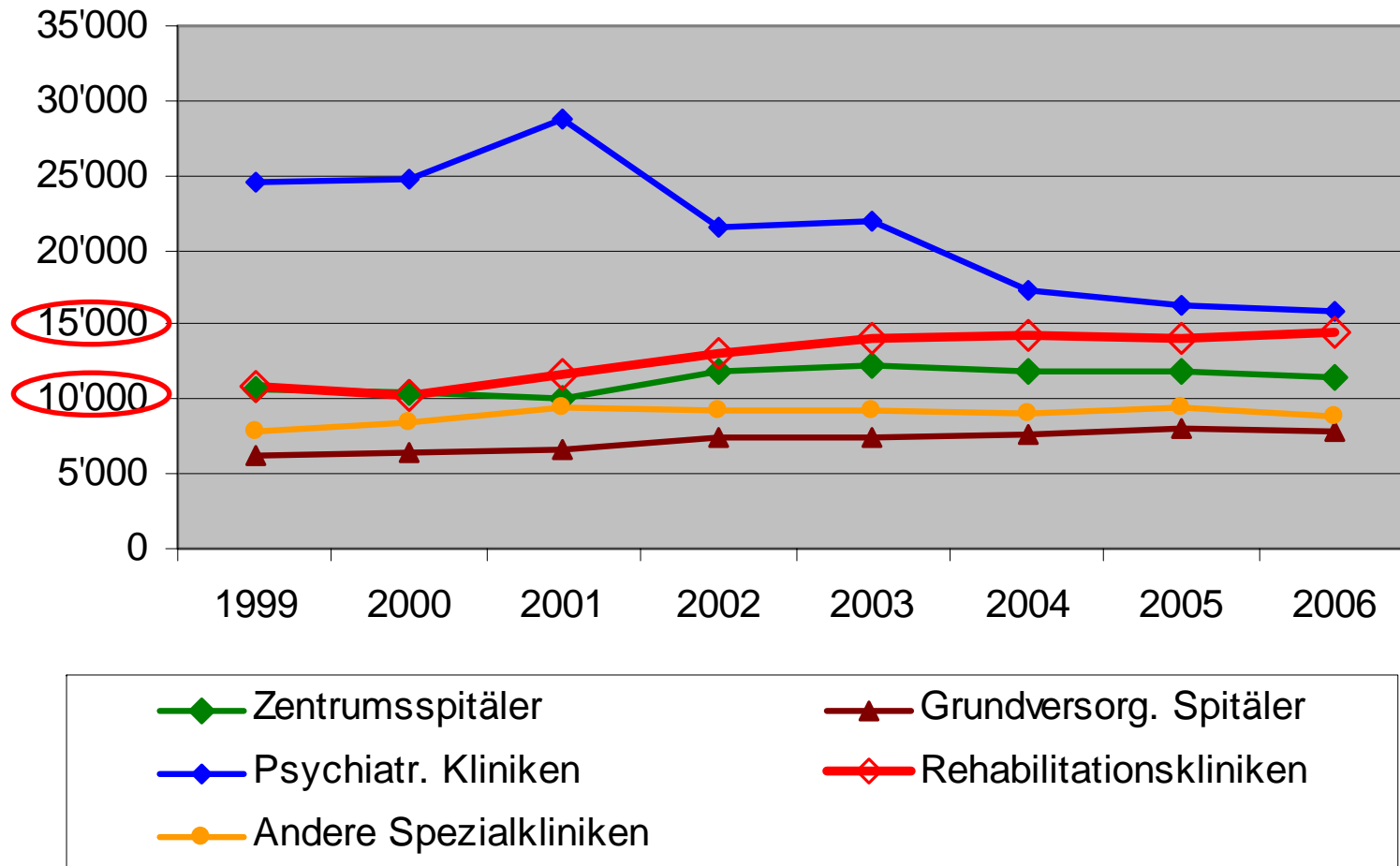
Rolle der Rehabilitation in der Kostenentwicklung Totalausgaben der stationären Behandlung in Mio CHF



Quelle : Eigene Darstellung gemäss Daten des BFS, Neuchâtel

Rolle der Rehabilitation in der Kostenentwicklung

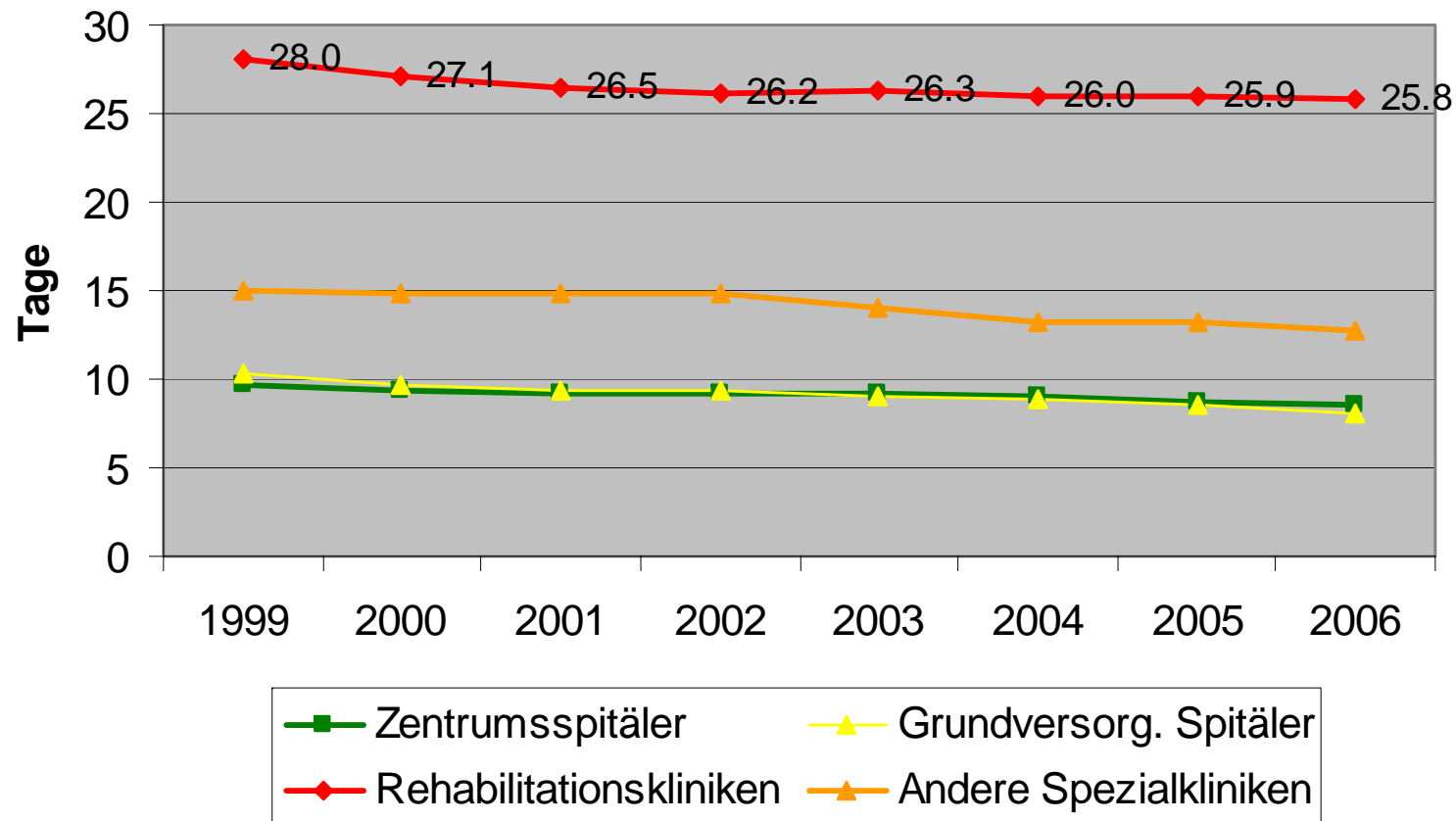
Kosten pro Fall in CHF



PCS Schweiz Tagung 22.-23.05.2008 in Bern

Rolle der Rehabilitation in der Kostenentwicklung

Aufenthaltsdauer in Tagen

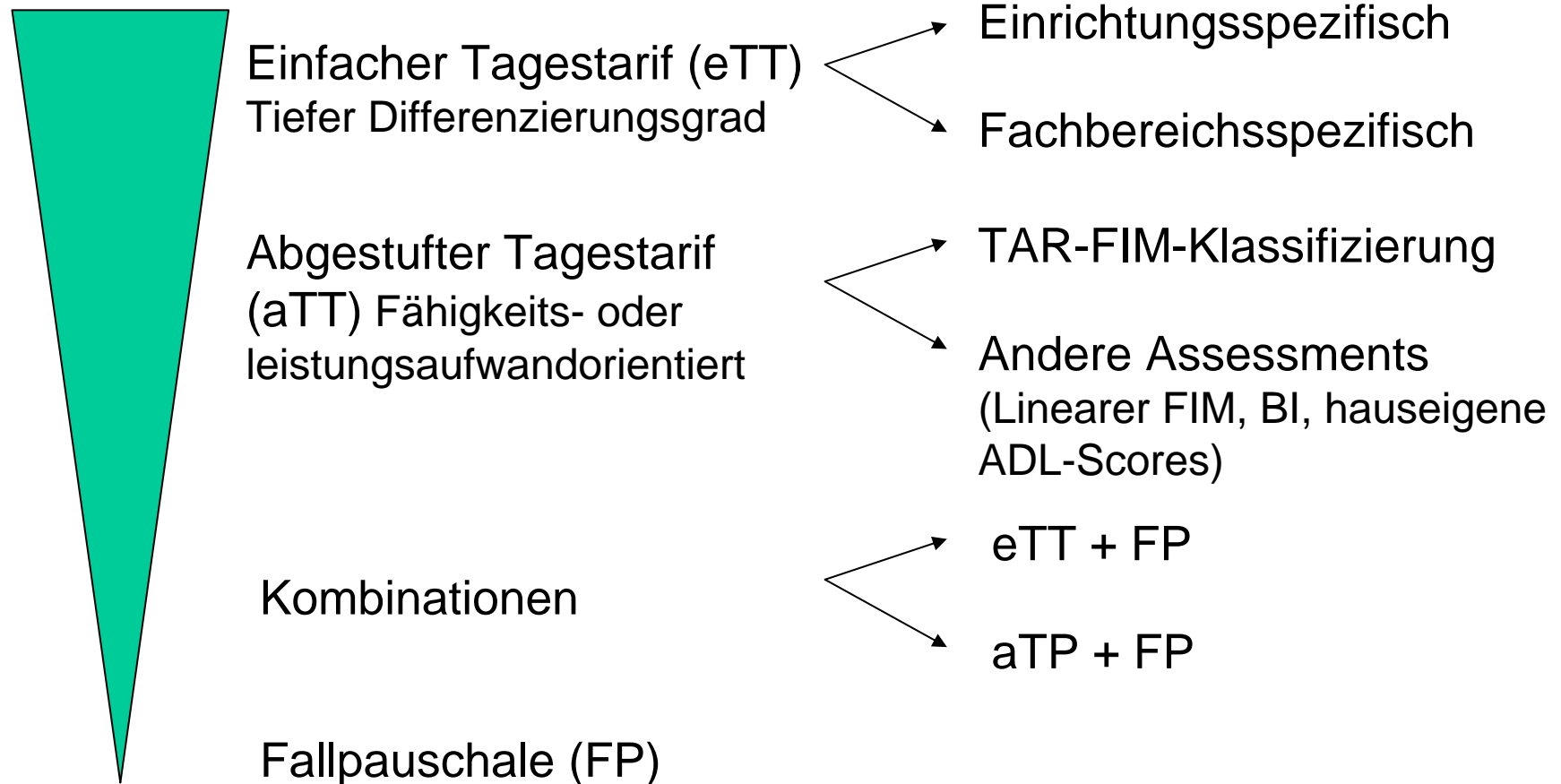


Quelle : Eigene Darstellung gemäss Daten des BFS, Neuchâtel

Aktuelles Schweizerisches Tarifsysteem in der stationären Rehabilitation: **Gesetzliche Bestimmungen**

- Bisher → KVG (Art. 49, Abs. 1) : Pauschaltarife im stationären vorgeschrieben
- Beschluss im National- und Ständerat, Wintersession 2007 im Rahmen der KVG-Revision → Neuregelung der Spitalfinanzierung im KVG (Übergangsbestimmung 2012):
 - Festlegung von Pauschalen (leistungsbezogen, auf dem Vollkostenprinzip basierend, auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen beruhend)
 - Akut-somatischen Bereich : SwissDRG's (den schweiz. Verhältnissen angepasste G-DRG's [Deutschland])
 - schweizweit einheitliches Vergütungssystem
 - Bereiche **Rehabilitation**, Psychiatrie und Geriatrie:
 - Pauschaltarife (Vollkostenprinzip, schweizweit einheitlich)₁

Aktuelles Schweizerisches Tarifsystem in der stationären Rehabilitation: **Bestehende Modelle**



Schweizerische Tarifsysteime in der Rehabilitation: **Bestehende Modelle: Die TAR-Patientenklassifikation**

- **TAR** = **L**eistungsbedarfsbezogenes **T**arifsysteim für **R**ehabilitationskliniken
- Projektziele: Patientenklassifikation durch Ermittlung von
 - Erklärung patientenbezogener Pflege- und Therapiezeiten durch Patientenmerkmale
 - Bildung von:
 - PFLEGEKOSTEN-KATEGORIEN
 - THERAPIEKOSTEN-KATEGORIEN
- Fischer W., Blanco J., Mäder M., Zangger P., Conti FM, Bapst L., Huwiler B. Schweizer Spital, 1998: 62(5) : 23-25)

Schweizerische Tarifsysteme in der Rehabilitation: Die TAR-Patientenklassifikation

Datenerhebung im Frühjahr/Sommer 1997

- **4** beteiligte Kliniken (SUVA Bellikon, REHAB Basel, Klinik Bethesta Tschugg, Humaine Klinik Zihlschlacht)
- **12** Wochen Erhebungsdauer
- **272** Patientinnen/Patienten
- **1795** Behandlungswochen
- **Tägliche** Erfassung von Pflege- und Therapiezeiten
- **Wöchentliche** Erfassung von 86 Patientenmerkmalen

Der Functional Independence Measure (FIM)

Domänen	Einzelitems	Subskalen
Selbstversorgung	1 Essen/Trinken	1 2 3 4 5 6 7
	2 Körperpflege	1 2 3 4 5 6 7
	3 Baden/Duschen/Waschen	1 2 3 4 5 6 7
	4 Ankleiden oben	1 2 3 4 5 6 7
	5 Ankleiden unten	1 2 3 4 5 6 7
	6 Intimhygiene	1 2 3 4 5 6 7

Kontinenz	7 Blasenkontrolle	1 2 3 4 5 6 7
	8 Darmkontrolle	1 2 3 4 5 6 7

Transfer	9 Bett/Stuhl/Rollstuhl	1 2 3 4 5 6 7
	10 Toilettensitz	1 2 3 4 5 6 7
	11 Dusche/Badewanne	1 2 3 4 5 6 7

Fortbewegung	12 Gehen/Rollstuhl	1 2 3 4 5 6 7
	13 Treppensteigen	1 2 3 4 5 6 7

motor FIM
(FIM^{mot})

Der Functional Independence Measure (FIM)

Kommunikation	14 Verstehen akustisch/visuell	1 2 3 4 5 6 7	} kognitiver FIM (FIM^{cog})
	15 Ausdruck verbal/non verbal	1 2 3 4 5 6 7	

Kognitive Fähigkeiten	16 Soziales Verhalten	1 2 3 4 5 6 7	
	17 Problemlösung	1 2 3 4 5 6 7	
	18 Gedächtnis	1 2 3 4 5 6 7	

7	Vollständig selbständig	} ohne Hilfsperson
6	Eingeschränkte Selbständigkeit (Hilfsvorrichtung, erhöhter Zeitaufwand)	
5	Beaufsichtigung/Vorbereitung/Sicherheitsbedenken	} Hilfsperson erforderlich
4	Kontakthilfe/geringe Hilfestellung (<25%)	
3	Mäßige Hilfestellung (<50%)	
2	Ausgeprägte Hilfestellung (<75%)	} vollständige Abhängigkeit
1	Völlige Unselbständigkeit (>=75%)	

TAR-Patientenklassifikation: Die TAR-FIM-Pflegekategorien

			<i>Kognitive Beeinträchtigung</i>		
			<i>sehr schwer</i>	<i>mittel bis schwer</i>	<i>minimal bis leicht</i>
			<i>Kogn. FIM 5 BIS 10</i>	<i>Kogn. FIM 11 BIS 29</i>	<i>Kogn. FIM 30 BIS 35</i>
<i>Praktisch- motorische Beeinträchtigung</i>	<i>sehr schwer</i>	<i>Mot. FIM 13-26</i>	P6	P5	P4
	<i>schwer</i>	<i>Mot. FIM 27-55</i>		P4	P3
	<i>mittel</i>	<i>Mot. FIM 56-80</i>	P5	P2	
	<i>minimal bis leicht</i>	<i>Mot. FIM 81-91</i>	P4	P1	

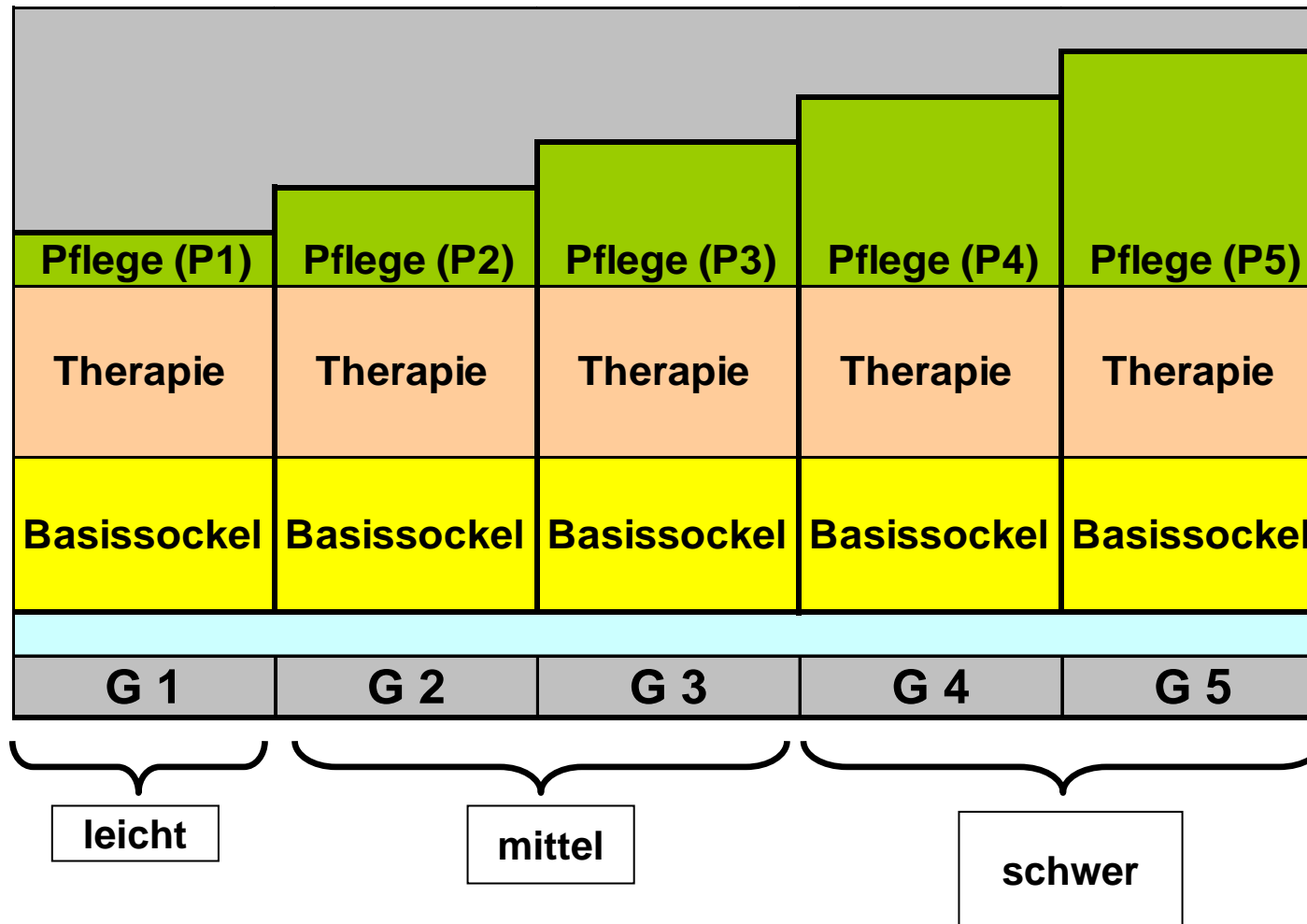
TAR-Patientenklassifikation: Die TAR-FIM-Pflegekategorien

PFLEGEKOSTENKATEGORIE	Pflegestunden Mittelwert	Median
P1	1,1	0,9
P2	2,7	2,5
P3	3,8	3,5
P4	5,4	4,9
P5	6,7	6,3
P6	9,3	8,6

Das Zihlschlachter Tarifmodell in Anlehnung an die TAR-Patientenklassifikation

- Ökonomisch orientiertes **Pilotmodell der TAR-Patientenklassifikation**
- Geltung im Krankenversicherungsbereich
- Vereinfachung durch
 - Reduktion auf **3 Patientenschweregrad-Kategorien** durch Anpassung der vorbestehenden klinikinternen Patientengruppenstruktur
 - Bildung **einer Therapiekategorie**
- Seit 1999 in der Humaine Klinik Zihlschlacht eingeführt

Das Zihlschlachter Tarifmodell



STM Reha-MTK-Projekt Zielsetzung

- Flächendeckendes Tarifmodell im Bereich der Eidg. Sozialversicherer (UV, MV, IV) für die stationäre Rehabilitation in der Schweiz
- Differenzierte Entschädigungsform auf Basis eines rehabilitationsspezifischen Patientenklassifikationssystems
- Entwicklung unter Koordination mit dem Projekt TarReha (Tarifizierung ambulanter Rehaleistungen)
- Fachbereiche: Neurorehabilitation, muskulo-skelettale Rehabilitation

STM Reha-MTK-Projekt Zielsetzung und Modalitäten

- Das Klassifizierungsmodell STM Reha-MTK wird folgende Kriterien erfüllen:
 - Basiert auf eigens erhobenen Patientenmerkmalen
 - Abgestufte Klassifikation mit Bildung homogener „Cluster“ hinsichtlich medizinischer und ökonomischer Kriterien
 - Wissenschaftlich abgestützt (Auswahl der Assessmentverfahren)
 - Entwicklung in Koordination mit dem Projekt TarReha (Tarifizierung ambulanter Rehaleistungen)

PCS Schweiz Tagung 22.-23.05.2008 in Bern

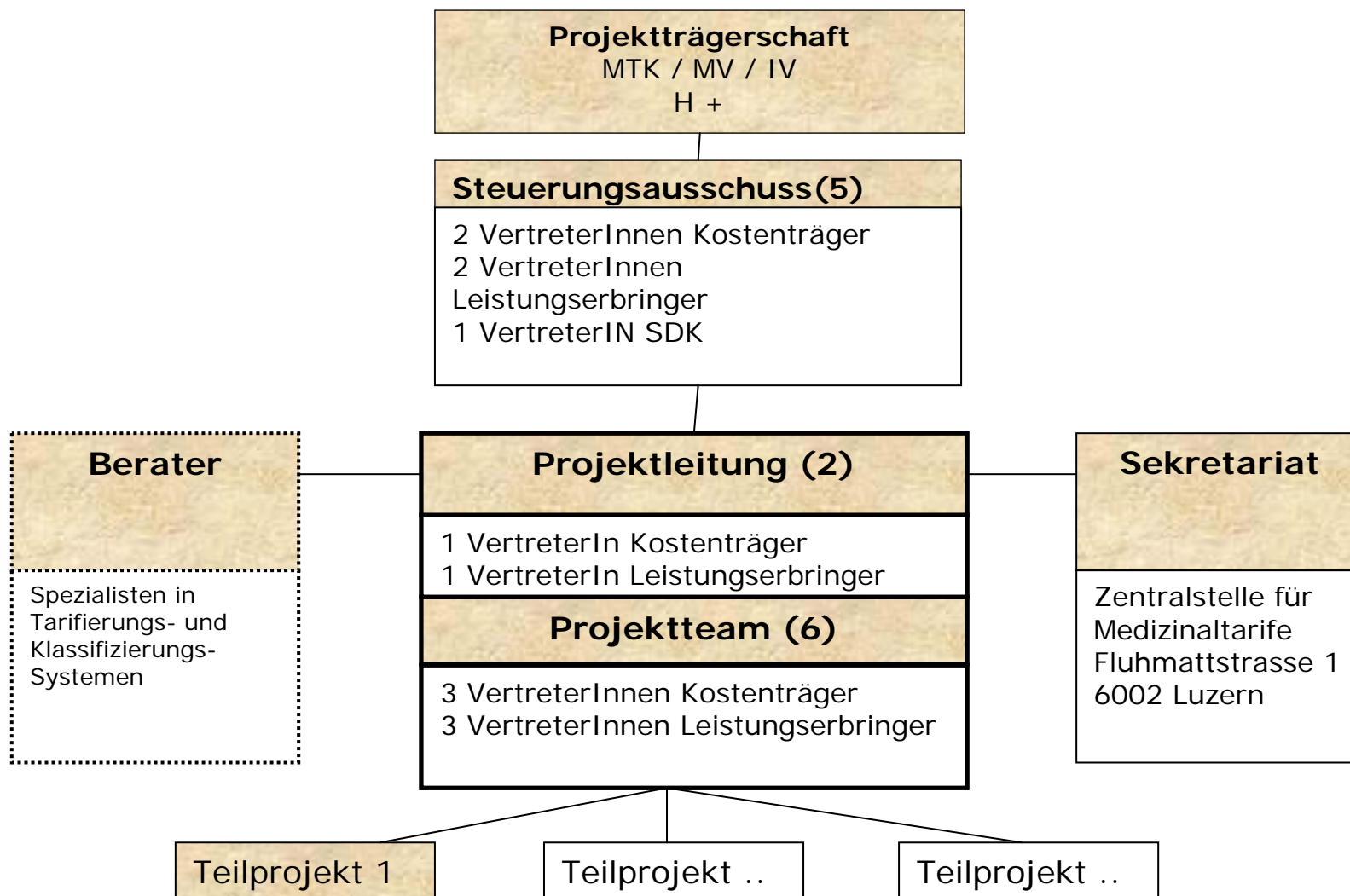
STM Reha-MTK-Projekt Projektteilnehmer

8 Kliniken

- Rehaklinik Bellikon
- Clinica Hildebrand, Brissago
- Klinik Nestle (CHUV), Lausanne
- Kantonsspital Luzern Rehabilitation
- Reha-Rheinfelden
- Rehabilitationszentrum Klinik Valens
- Zürcher Höhenklinik Wald
- RehaClinic Zurzach/Baden/Braunwald



PCS Schweiz Tagung 22.-23.05.2008 in Bern



STM Reha-MTK-Projekt: Messung der Patientenmerkmale in der neurolog. und muskulosk. Rehabilitation

- Selbständigkeit
 - FIM oder EBI, HAQ, Visuelle Schmerzskala 0-10, PACT (fakultativ)
- Lebensqualität
 - SF-36
- Co-Morbidität
 - **C**umulative **I**llness **R**ating **S**cale (CIRS), HADS (Depression)
- Diagnose und psychosoziale Faktoren
- Soziodemographische Merkmale

STM Reha-MTK-Projekt: Messung des Betreuung- und Therapieaufwands

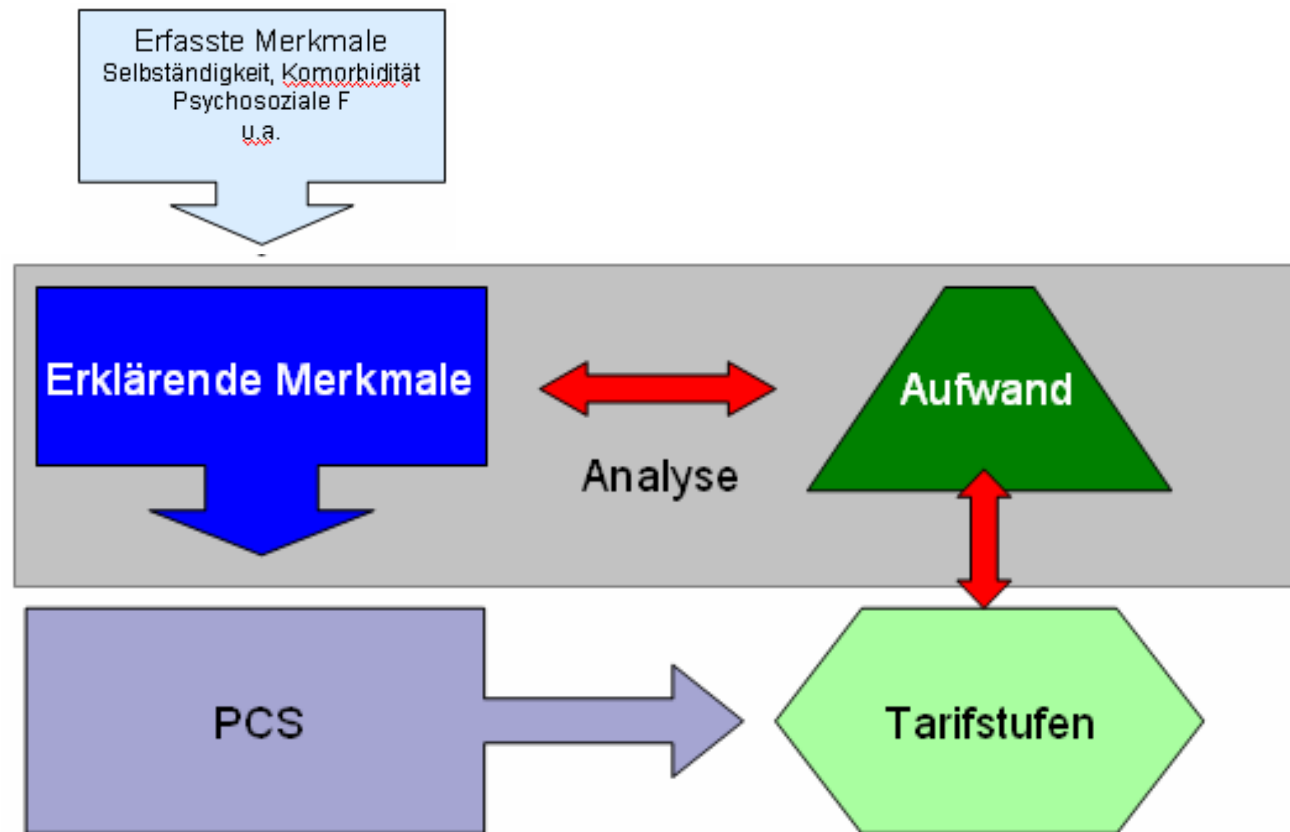
Therapien Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Neuropsychologie, Pflgetherapie u.a.
Pflege
Ärztliche Leistungen
Infrastruktur/Hotellerie
Andere med.-tech. Leistungen Tracheostoma, Dialyse, Medikamente

STM Reha-MTK-Projekt Instrumente der Leistungserfassung

- Pflegeleistungen Leistungserfassung (z.B. LEP)
- Therapieleistungen Zeiterfassung (z.B. RAP)
- Ärztliche Leistungen Zeiterfassung
- Medikamente und Material REKOLE
- Hotellerie REKOLE
 - Standardtarif
 - Evt. höhere Tarifstufe für Überwachung
- Andere med.-tech. Leistungen REKOLE

STM Reha-MTK-Projekt

Projektübersicht



STM Reha-MTK-Projekt Zeitplan-Meilensteine

Beginn Pilotkliniken:

1. Jan. 2005

- Vorbereitungsphase
- Erfassungsphase
- Auswertungsphase
- Tarifgestaltung
 - Etablierung Anerkennungsgremium
 - Festlegung von Überprüfungs- und Sanktionsmechanismen
 - Ausarbeitung Standardvertrag auf Basis Tagespauschale

Vorgesehene Einführung

1. Jan. 2010

Schweizerisches Tarifsysteem für die Rehabilitation: Die Suche nach der geeigneten Patientenklassifikation



- **Ökonomisch orientiertes** Patientenklassifikationssystem (PKS)
- **Gruppierung** in Form medizinischer Leistungsklassen anhand einer differenzierten Betrachtung des **Gesamtaufwands** und der **Folgekosten**
- Analog zur Situation in Deutschland (Ranneberg, 2006):
 - Mittel bis langfristig (2012) fehlen geeignete PKS in der Schweiz
 - Übertragbarkeit und Praxistauglichkeit bestehender nationaler und internationaler PKS ist eingeschränkt
 - Hoher Entwicklungs- und Anpassungsbedarf

Schweizerisches Tarifsysteem für die Rehabilitation: Internationale Patientenklassifikationssysteme

Klassifikationssysteme in den USA

- FRG (Function Related Groups, Harada et al 1993)
- FIM-FRG (Stinemann et al., 1. Vers. 1994, 2. Vers. 1997)
- CMG (Case-mix Groups von Medicare, 2002)
 - FRG-C (Function Related Groups and Comorbidities, 2001)



- Wurden im Rahmen des TAR-Projekts (1995-1997) und SMT-Reha-Projekts von den jeweiligen Experten eingehend diskutiert und als ungeeignet für schweizerische Verhältnisse eingestuft
 - Auswahl der Prädiktoren
 - Tarifstruktur
 - Übertragbarkeit auf die Schweiz

Schweizerisches Tarifsysteem für die Rehabilitation: Internationale Patientenklassifikationssysteme

Australische Klassifikationssysteme

- CRAFT (Casemix Rehabilitation and Funding Tree, 1999, Bundesstaat Victoria)
- AN-SNAP (Australien National Subacute and Non-Acute Patient-Casemix, 1997)



- Wie bei den Klassifikationssystemen aus den USA wurden die australischen Modelle von den jeweiligen Expertengruppen als ungeeignet für schweizerische Verhältnisse eingestuft
 - Auswahl der Prädiktoren
 - Tarifstruktur
 - Übertragbarkeit auf die Schweiz

Schweizerisches Tarifsysteem für die Rehabilitation: Internationale Patientenklassifikationssysteme

Deutsche Klassifikationssysteme

- RMK (Rehabilitanden-Management-Kategorien, K. Syra und W. Müller-Fahmow, 1998)
- RBG (Rehabilitationsbehandlungsgruppen, G. Neubauer, Entwicklung seit 1994)

- Stark eingeschränkte Verwendbarkeit als ökonomisch orientiertes Tarifmodell

- Vortrag Prof. Neubauer



Schweizerisches Tarifsysteem für die Rehabilitation: Diskussion bestehender Modelle

Einfacher Tagestarif

- Simple, undifferenzierte Tarifstruktur
- Fehlen eines ökonomisch orientierten Einstufungsverfahrens, keine Anreize
- Nicht leistungsaufwand-orientiert

Abgestufter Tagestarif (aTT)

- Ermöglicht Entwicklung bedarfs- bzw. aufwandshomogener Patientengruppen
- Dynamische Anpassung an den Rehabilitationsverlauf des Patienten

Fallpauschale (FP)

- Verbreitete **Expertenmeinung:** Rehabilitation ist ein Lern- und Anpassungsprozess mit **individuellem Zeitraster**.
- Anreize zur Verweildauerkürzung aus rein ökonomischem Grund sind zu vermeiden
 - Gefahr der Vernachlässigung gerechtfertigter Patientenbedürfnisse

Schweizerisches Tarifsysteem für die Rehabilitation: **DRG's als mögliche Option für die Rehabilitation?**

- Mangelhafte Eignung der DRG's für die Rehabilitation
 - Erkenntnis bereits in den 90er Jahren (USA, Australien)
- Mangelhafte Abbildung von chron. Erkrankungen und Rehabilitationsleistungen
- Gründe:
 - Unscharfe Darstellung des Leistungsaufwands in der Rehabilitation (Varianzreduktion im 1-stelligen Bereich)
 - **Hauptdiagnose** allein ist ein **unzureichender Prädiktor** für den Rehabilitationsbereich
- Hauptdiagnose berücksichtigt kurative und nicht rehabilitative Aspekte

Schweizerisches Tarifsysteem für die Rehabilitation: DRG's als mögliche Option für die Rehabilitation?

Akutmedizin vs **Rehabilitationsmedizin**

Ski Alpin vs **Skilanglauf**



Gemeinsames Prinzip:

- Schnee
- Ski
- Stöcke



Unterschiede:

- Ausrüstung
- Trainingsformen (Schnelligkeit – Ausdauer)
- Faktor Zeit



PCS Schweiz Tagung 22.-23.05.2008 in Bern

ABSPRACHE SZH MIT DER ZÜRCHER GESUNDHEITS- DIREKTION:

- HOMOGENES UND KONSISTENTES TARIF-SYSTEM IN DEN NÄCHSTEN 2 JAHREN
- MÖGLICHST EINHEITLICH UND MIT GLEICHEM AUFBAUEPRINZIP FÜR DIE FACHBEREICHE:

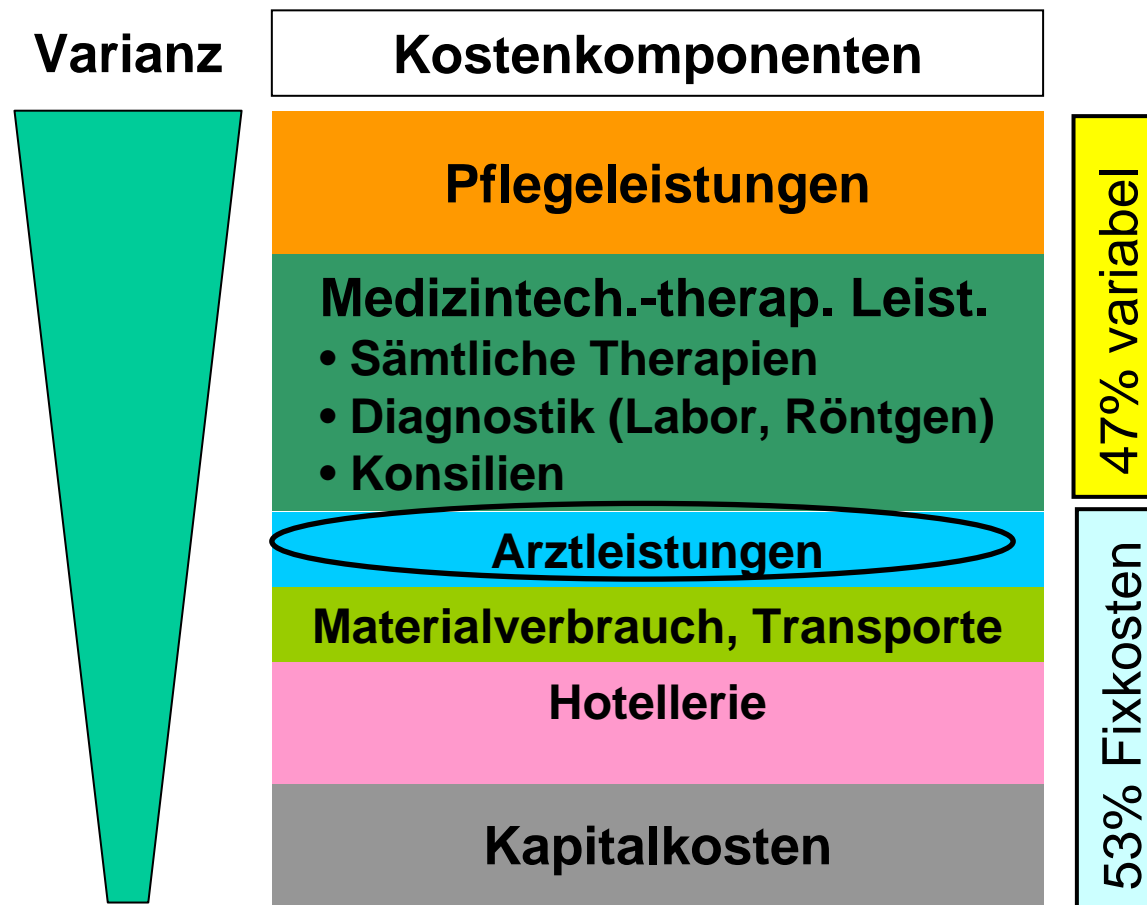
→ **NEUROREHABILITATION**

→ **KARDIALE** UND **PULMONALE** REHABILITATION

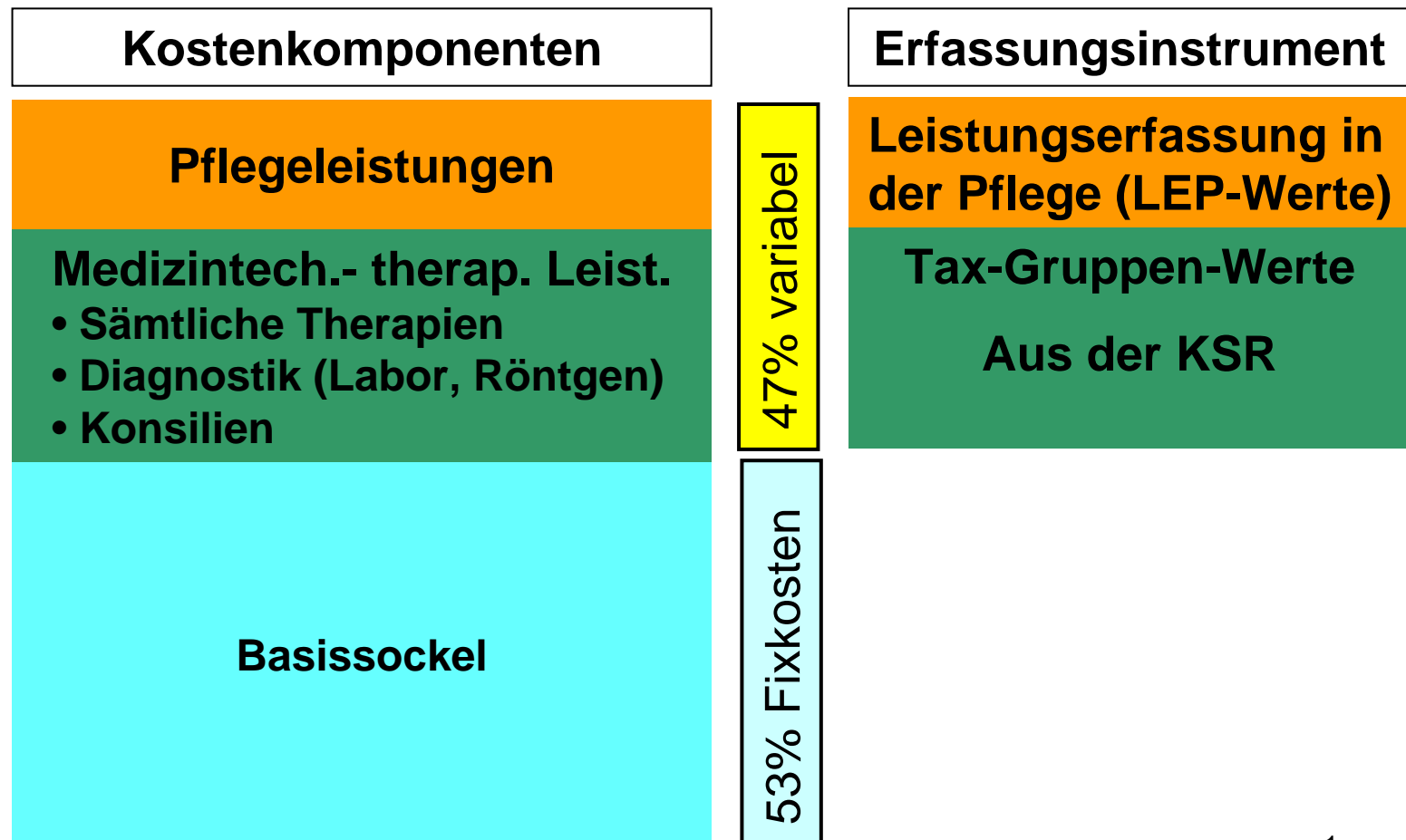
→ **MUSKULO-SKELETTALE** REHABILITATION

STICHWORT: „ALLES AUS EINEM GUSS“

Schweizerisches Tarifsysteem für die Rehabilitation: Tarifprojekt der ZHW: Erkenntnisse aus der KTR

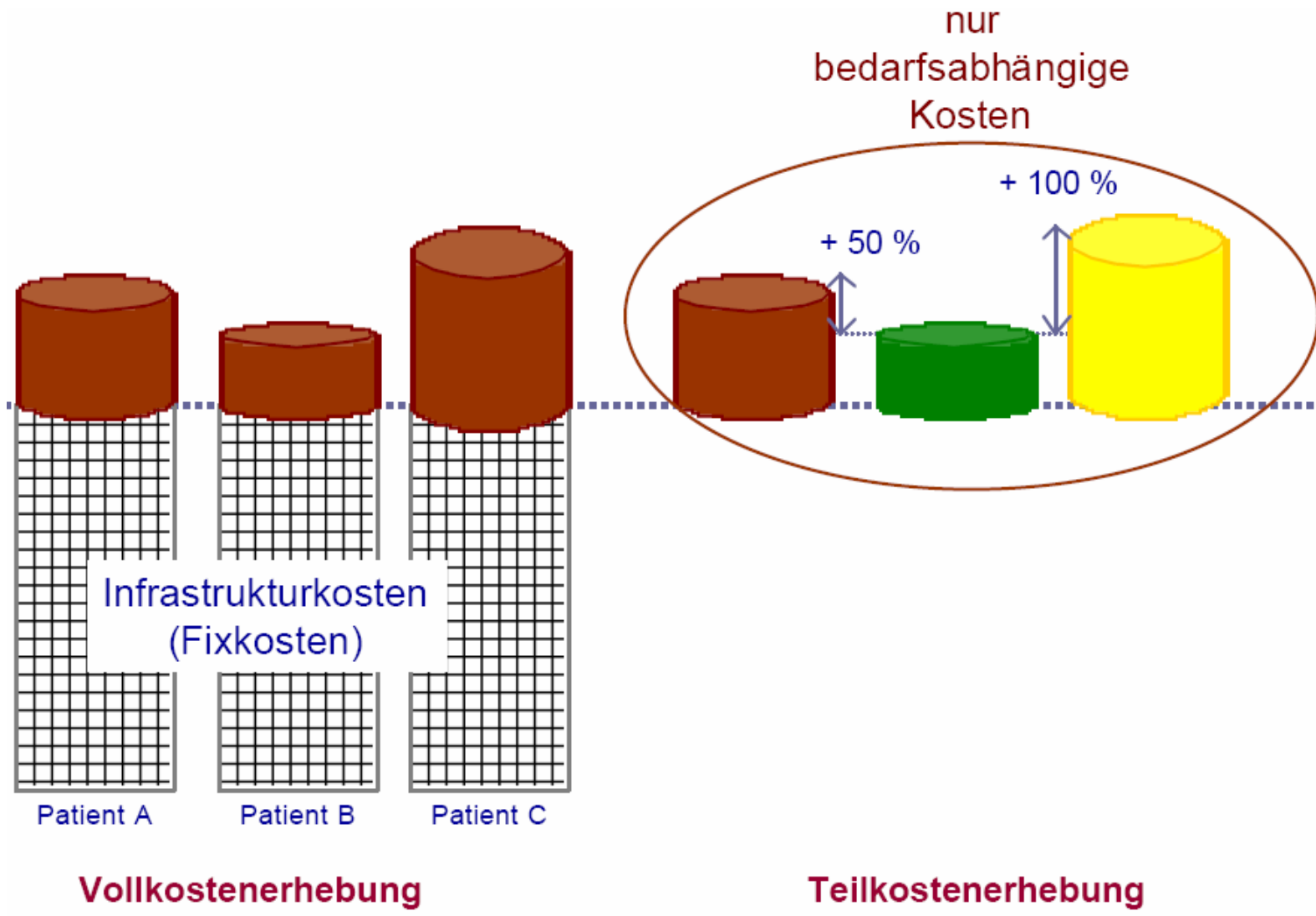


Schweizerisches Tarifsysteem für die Rehabilitation: Tarifprojekt der ZHW





PCS Schweiz Tagung 22.-23.05.2008 in Bern



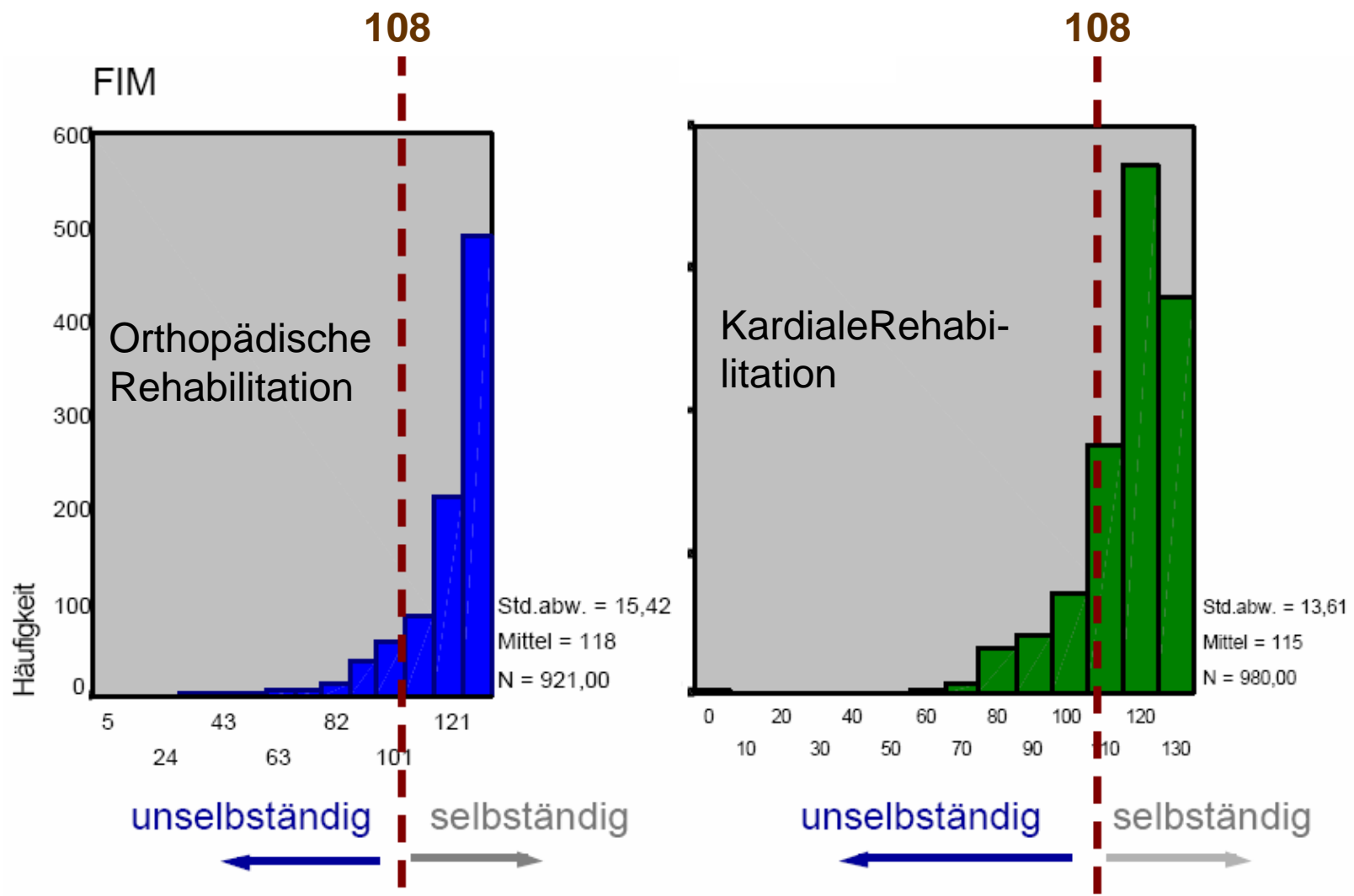
Quelle: Ranneberg J., PCS Schweiz, 2003

Exkurs: Der FIM als Gruppierungselement bei Tarifsystemen in der Rehabilitation

- Zuverlässige Abbildung des Pflegebedarfs bei mittel- und hochgradig aufwendigen Patienten (Granger 1992)
 - Zuverlässig in der Neurorehabilitation (Fischer et al, 1998)
 - „Deckeneffekte“ in einigen Rehabilitationsdisziplinen (muskuloskelettale und kardiologische Rehabilitation)
 - „Bodeneffekte“ in der neurologischen Frührehabilitation

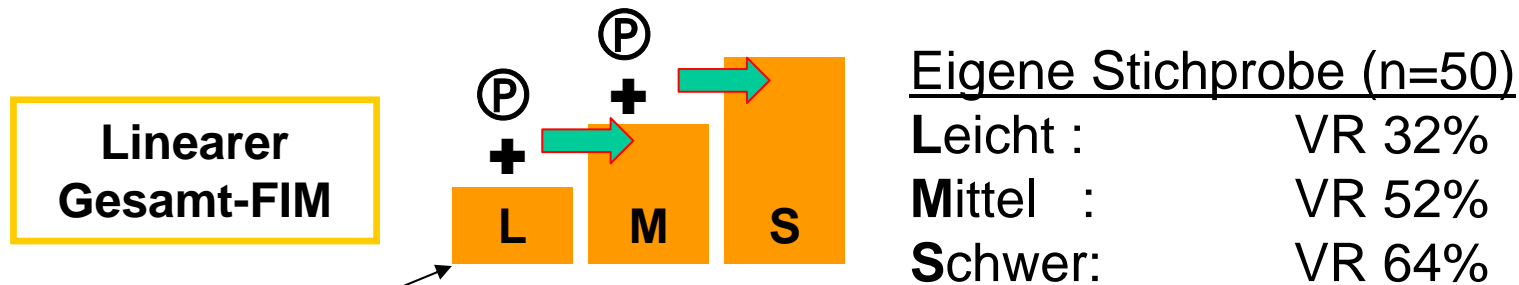


PCS Schweiz Tagung 22.-23.05.2008 in Bern



Quelle: Ranneberg J., PCS Schweiz, 2003

Exkurs: Der FIM als Gruppierungselement bei Tarifsystemen in der Rehabilitation



V.a. Leichte Gruppe: Unzureichende Abbildung des tatsächlichen Pflegebedarfs kardialer, pulmonaler und muskuloskelett. Patienten

➤ **Zusätzliche Prädiktoren (Ⓟ):**

- Co-Morbidität
- psycho-soziale Verfassung
- Wundheilung und Überwachungsbedarf

Aktuelle Erfassung und Erarbeitung in den ZüHöKli durch geeignete Assessmentsysteme

Cumulative Illness Rating Scale (CIRS): Organkategorien

Lfd. Nr.	Organkategorien
1	Herz
2	Bluthochdruck und Gefäße
3	Blutbildendes und lymphatisches System*
4	Lunge und Atemwege
5	HNO und Auge
6	Oberer Gastrointestinaltrakt
7	Unterer Gastrointestinaltrakt
8	Leber, Galle und Pankreas
9	Nieren
10	Urogenitaltrakt
11	Bewegungsapparat und Haut
12	Nervensystem
13	Endokrinium, Stoffwechselstörungen und Brustdrüse
14	<i>Psychische Störungen</i>

Cumulative Illness Rating Scale (CIRS): Einstufungs-Kriterien 1-4 und 0

Stufe 0 ⇒ es liegt keine Erkrankung vor

Stufe 1 ⇒ milde oder überstandene signifikante Erkrankungen, sehr gute Prognose

Stufe 2 ⇒ mäßige Fähigkeitsstörungen oder Erkrankung, Basistherapie erforderlich, gute Prognose

Stufe 3 ⇒ schwere, chronische Funktionsstörungen/Beeinträchtigungen, nicht behandel- oder beherrschbare chronische Erkrankung, Prognose therapieabhängig

Stufe 4 ⇒ sehr schwere Erkrankung, sofortige Therapie erforderlich, schwere Funktionsstörungen des Organsystems, Organversagen, ernste Prognose

Cumulative Illness Rating Scale (CIRS): Einstufungs-Kriterien 1-4 und 0

Stufe 0 ⇒ es liegt keine Erkrankung vor

Stufe 1 ⇒ milde oder überstandene signifikante Erkrankungen, sehr gute Prognose

Stufe 2 ⇒ mäßige Fähigkeitsstörungen oder Erkrankung, Basistherapie erforderlich, gute Prognose

Stufe 3 ⇒ schwere, chronische Funktionsstörungen/Beeinträchtigungen, nicht behandel- oder beherrschbare chronische Erkrankung, Prognose therapieabhängig

Stufe 4 ⇒ sehr schwere Erkrankung, sofortige Therapie erforderlich, schwere Funktionsstörungen des Organsystems, Organversagen, ernste Prognose

Erfassungsinstrumente der Co-Morbidität und von Komplikationen

Cumulative Illness Rating Scale (CIRS):

- Morbiditätsindex (MI): 0 – 56
- **RKS-Index** (relevanter somatischer Index)
 - Berücksichtigung nur von Erkrankungen mit dem SG 3-4
- Hochsignifikanten Korrelationen zwischen CIRS und
 - Mortalität
 - Hospitalisationsdauer
 - Path. Laborwerte
 - Medikamentenverbrauch
 - Funktionelle selbständigkeit (-> FIM oder BI)

Exkurs: Die Einstufung des medizintechnischen-therapeutischen Aufwands

- Rehabilitative Behandlungskonzepte
 - Viele Dimensionen
 - Grosse Vielfalt von Therapieverfahren
 - Bilden sich in der Komplexität des ICF ab
- **Keine überzeugenden Einstufungsverfahren für die prädiktive Abbildung des medizintechnischen-therapeutischen Ressourcenverbrauchs**

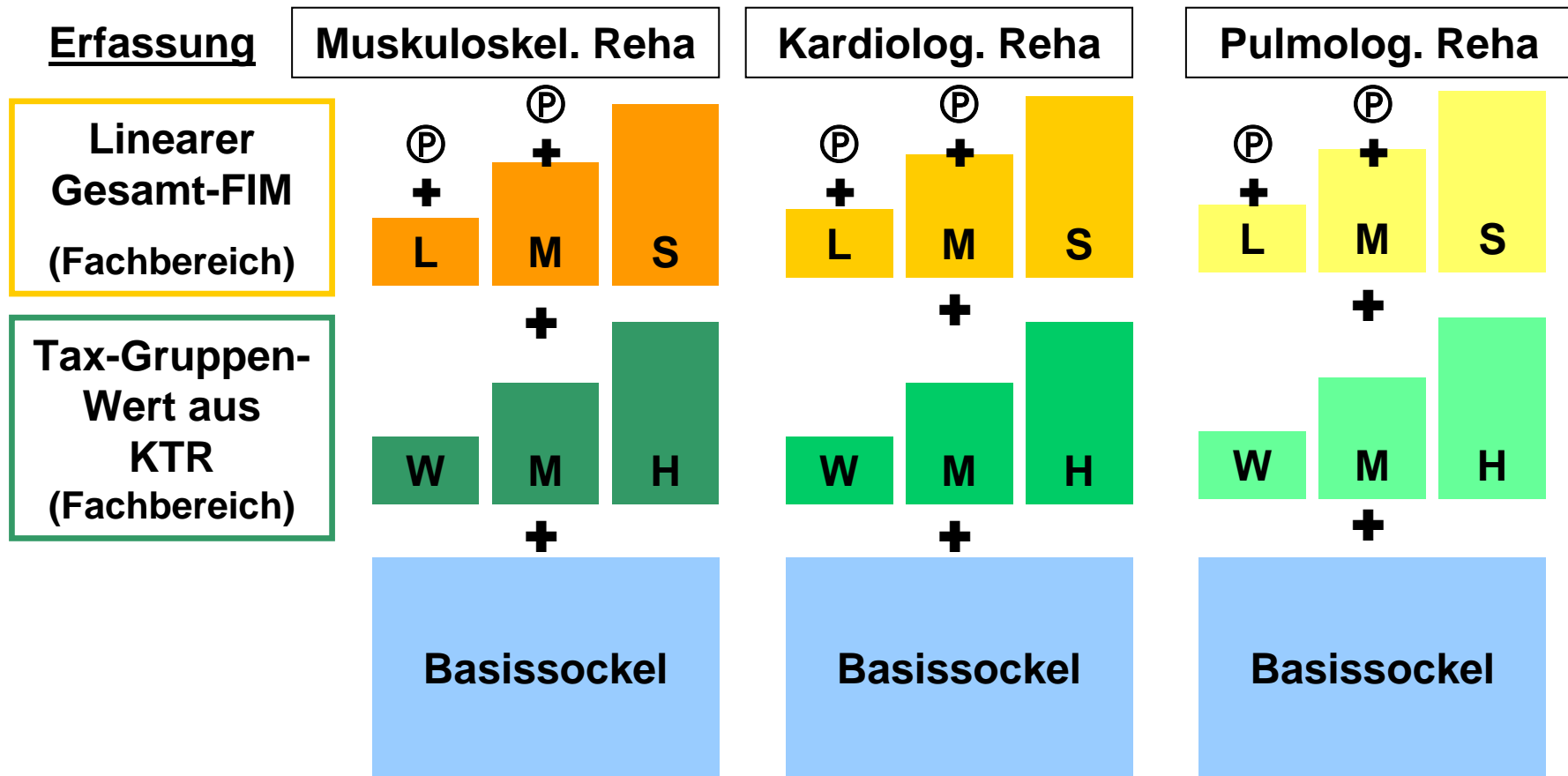
**Tax-Gruppen-
Wert aus
KTR
(Fachbereich)**



Einteilung anhand der konkreten, aus der KTR ermittelten Werten:

- **G**eringer Ressourcenverbrauch
- **M**ittlerer Ressourcenverbrauch
- **H**oher Ressourcenverbrauch

Tarifprojekt der ZHW : Schweregradstufenbildung im variablen Tarifbereich



Tarifprojekt der ZHW :

Schweregradstufenbildung im variablen Tarifbereich

Erfassung

Muskuloskel. Reha

Kardiolog. Reha

Pulmolog. Reha

Linearer
Gesamt-FIM
(Fachbereich)

Tax-Gruppen-
Wert aus
KTR
(Fachbereich)

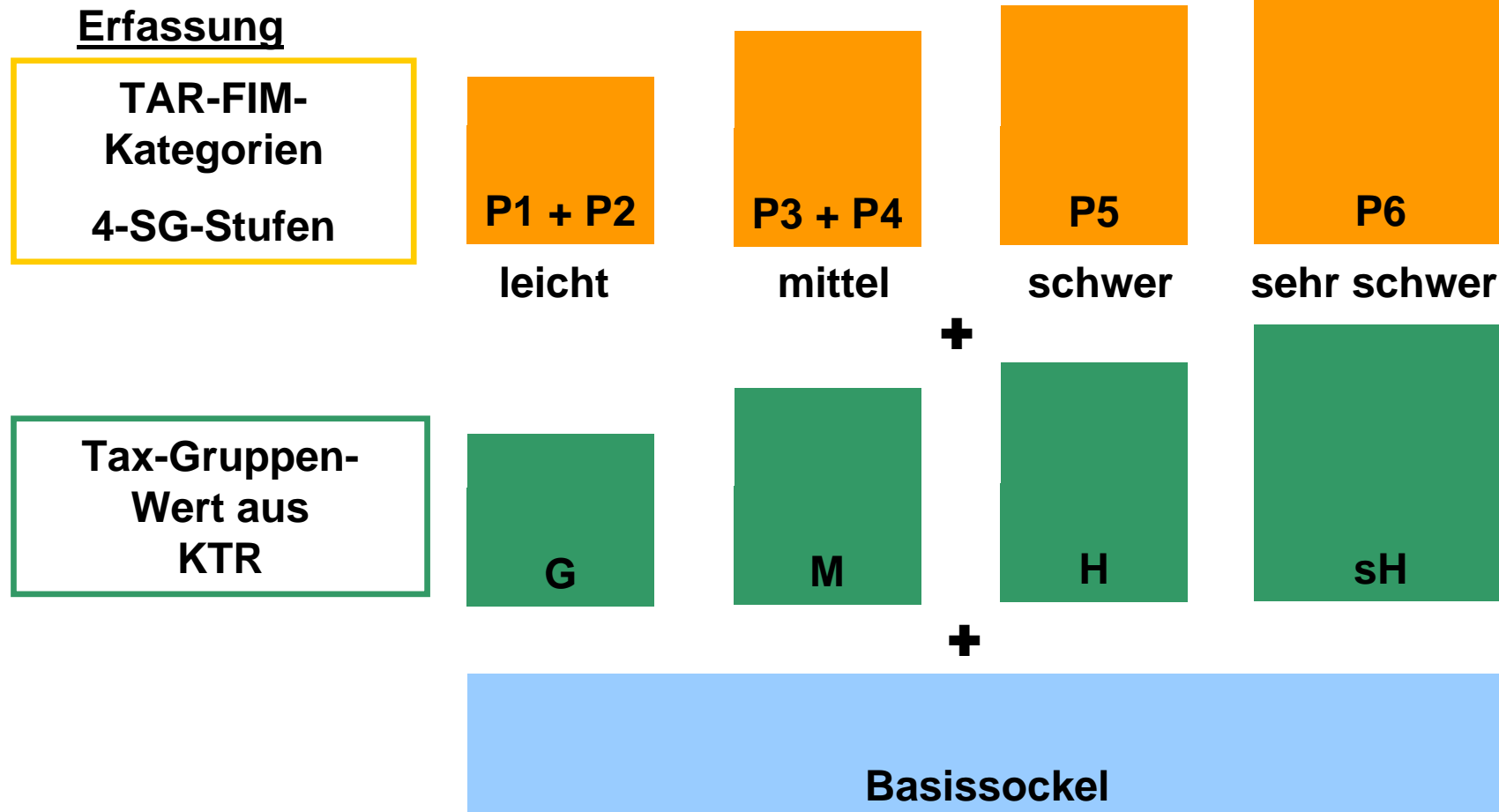
Die FIM-Grenzen für die Schweregradeinteilung und Intervalle für die Therapieabstufung wurden so festgelegt, dass sie eine sinnvolle Gruppenbildung mit hoher Varianzreduktion ermöglichten

Basissockel

Basissockel

Basissockel

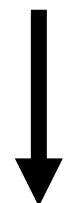
Tarifprojekt der ZHW : Tarifeinstufung in der Neurorehabilitation





Tarifprojekt der ZHW : Praktische Umsetzung

Pat.-
Anmeldung

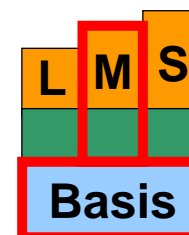


ADL-basiertes Anmeldeformular

erlaubt **SG-Voreinteilung**

Pauschale für Medizintech. +

therap. Leistungen + Basisbetrag



Zusatzblatt zu Einweisungsformular

Ernährung

- Sonde/parenterale Ernährung
- einlöffeln/hohe Aspirationsgefahr
- isst teilweise allein, braucht aktive Hilfsperson/Aspirationsgefahr
- isst allein mit Hilfsmitteln/braucht Supervision
- isst völlig selbständig

Persönliche Hygiene

- Ganzwäsche im Bett durch Hilfsperson/-en
- im Bett/am Lavabo teilweise möglich, aber in beträchtlichem Mass auf Hilfsperson/-en angewiesen
- teilweise möglich, aktive Hilfe einer Hilfsperson nötig
- braucht Hilfsmittel, Supervision
- Körperpflege (inkl. Zähne putzen, rasieren, frisieren) ganz allein möglich

An- und Auskleiden

- vollständig auf Hilfsperson/-en angewiesen
- viel Unterstützung durch Hilfsperson
- wenig aktive Unterstützung durch Hilfsperson
- Hilfsmittel/Supervision notwendig
- völlig selbständig

Ausscheidung/Toilette

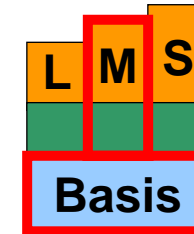
- stuhl- und urininkontinent
- urininkontinent/Katheter/Blasentraining
- auf Topf/Nachtfiasche angewiesen
- Nachtstuhl/WC mit Hilfsperson
- WC-Benützung alleine möglich

Tarifprojekt der ZHW : Praktische Umsetzung

**Pat.-
Anmeldung**



ADL-basiertes Anmeldeformular
erlaubt **SG-Voreinteilung**
Pauschale für Medizintech. +
therap. Leistungen + Basisbetrag

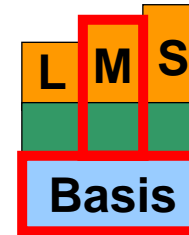


Tarifprojekt der ZHW : Praktische Umsetzung

Pat.-
Anmeldung



ADL-basiertes Anmeldeformular
erlaubt **SG-Voreinteilung**
**Pauschale für Medizintech. +
therap. Leistungen + Basisbetrag**



Eintritt
Verlauf 1. Wo

Erfassung der **Patientendaten**
(v.a. **FIM/Ⓟ**) und des **Betreu-
ungs- /Behandlungsaufwands +
Basisbetrag**



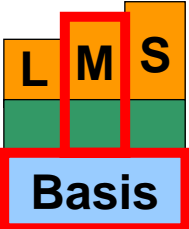
Ⓟ

Tarifprojekt der ZHW : Praktische Umsetzung

Pat.-
Anmeldung

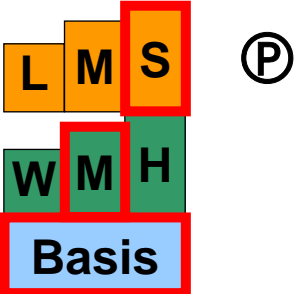


ADL-basiertes Anmeldeformular erlaubt **SG-Voreinteilung** Pauschale für Medizintech. + therap. Leistungen + Basisbetrag



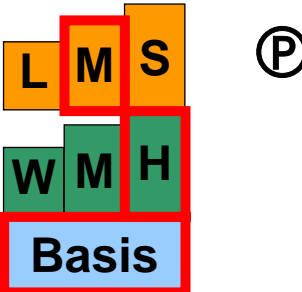
Eintritt
Verlauf 1. Wo

Erfassung der Patientendaten (v.a. FIM/Ⓟ) und des Betreuungs- / Behandlungsaufwands + Basisbetrag



Verlauf 2. Wo

FIM-Erfassung/Ⓟ und Betreuungs- / Behandlungsaufwand + Basisbetrag

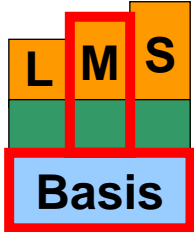


Tarifprojekt der ZHW : Praktische Umsetzung

Pat.-
Anmeldung

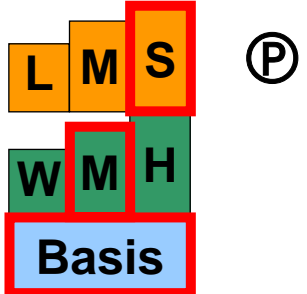


ADL-basiertes Anmeldeformular erlaubt **SG-Voreinteilung** Pauschale für Medizintech. + therap. Leistungen + Basisbetrag



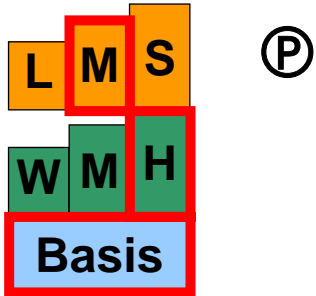
Eintritt
Verlauf 1. Wo

Erfassung der Patientendaten (v.a. FIM/Ⓟ) und des Betreuungs- / Behandlungsaufwands + Basisbetrag



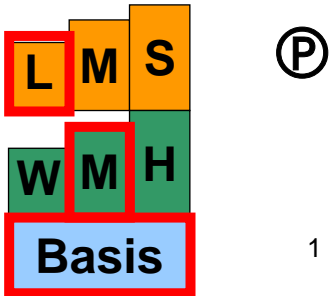
Verlauf 2. Wo

FIM-Erfassung/Ⓟ und Betreuungs- / Behandlungsaufwand + Basisbetrag



Verlauf 3. Wo
Austritt

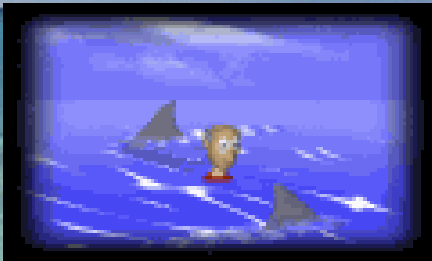
FIM-Erfassung /Ⓟ und des Betreuungs- / Behandlungsaufwand + Basisbetrag



Take Home Messages

- Neuregelung der Spitalfinanzierung → Festlegung einheitlicher Pauschaltarife in der Rehabilitation (2012)
- Bereits eingeführte nationale und internationale Tarifsyste-
me im Bereich der Rehabilitation sind nicht oder wenig
geeignet für Schweizer Verhältnisse
- Evaluation einzelner, in Entwicklung begriffener nationaler
Tarifprojekte für einen gesamtschweizerischen Einsatz
- Einsatz der DRG's in der Rehabilitation ist nicht sinnvoll
- Gefahr falscher Anreize und Vernachlässigung fundierter
Patientenbedürfnisse bei rein wirtschaftlichkeitsorientierter
Fallpauschalen
 - aufwandsbezogene abgestufte Tagesstarife
- Konsensbildung und Rückstellung von Eigeninteressen₁

Nur wer mit dem Strom schwimmt,
wird das Meer erreichen.



Konfuzius, (551 - 479 v. Chr.)