

«Ein leichter Fall muss weniger kosten als ein schwerer»

Matthias Mühlheim, Direktor der Reha Rheinfelden, sieht der DRG-Ära optimistisch entgegen. Er erhofft sich für die neuen stationären Reha-Tarife eine bessere Vergleichbarkeit von medizinischen Leistungen und Preis. – Interview von Kathy Horisberger

Was läuft – die Reha betreffend – zurzeit auf politischer Ebene?

Im Moment stehen die Themen SwissDRG, die neue Spitalfinanzierung und die Managed Care-Vorlage politisch im Mittelpunkt des Interesses. Bei allen diesen Themen ist die Reha aber indirekt mitbetroffen. Bei der Spitalfinanzierung sogar massiv, da bis heute der grosse Teil der Kliniken privatrechtlich organisiert und monistisch finanziert war. Jetzt erhalten wir plötzlich Staatsbeiträge. Auch die Managed Care-Diskussionen betreffen uns indirekt. Es freut uns nicht unbedingt, dass allenfalls die Triage nur durch Grundversorger erfolgen soll. Wenn diese auch Budgetverantwortung tragen, kann das dazu führen, dass Rehabilitationsleistungen vorenthalten werden, was längerfristig zu höheren Kosten führen wird.

Was ist im gesetzgeberischen Bereich geplant?

Nichts Neues, was die Reha betrifft. Wir müssen den gesetzlichen Auftrag bezüglich gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstrukturen noch umsetzen. Unser Tarifprojekt wird unter dem neuen Titel ST Reha (bisher STM Reha MTK) in die Strukturen der SwissDRG AG überführt. Damit ist auch die Finanzierung der Tarifentwicklung sichergestellt. Das Projekt wird im Mandatsverhältnis weiter vorangetrieben. 2015 sollen die neuen Tarifstrukturen eingeführt werden.

Was erwarten Sie davon?

Das Wichtigste ist – und das sehen die Kostenträger auch so – dass wir leistungsbezogene Tarife haben. Diese müssen den unterschiedlichen Behandlungsaufwand und



Dank intensiver Reha finden viele Patienten wieder in den Arbeitsprozess zurück.

dadurch auch die unterschiedliche Kostenstruktur der einzelnen Patientengruppen berücksichtigen. Ein leichter Fall muss weniger kosten als ein schwerer. Es gibt heute schon Modelle, die in diese Richtung gehen: In unserer Klinik haben wir ein System, das nach Schweregrad der Patienten abgestuft ist. So sollten sämtliche Fachrichtungen in der Reha nach Schweregrad und effektivem Aufwand abgestufte Tarife haben, basierend auf gängigen Assessment-Instrumenten. Dann werden die Fälle, aber auch die Kliniken, untereinander vergleichbar. Das ist uns ein grosses Anliegen.

Wenn es nach den Rehakliniken ginge, hätten wir schon früher mit neuen Tarifstrukturen arbeiten können und wollen.

Dass es jetzt 2015 wird, ist sicher nicht der Fehler der Leistungserbringer. Vielmehr lag es an politischen Sachzwängen und der Verweigerungshaltung gewisser Akteure.

Die Versicherer stehen auf die Bremse?

Wir arbeiten seit 2002 an diesem Tarif, 2004 wurde das Projekt zusammen mit den Unfallversicherern offiziell realisiert. Santésuisse wollte bis ungefähr 2010 nicht mitarbeiten. Seither hatten deren Vertreter zumindest einen Beobachterstatus. Mit der Nationalisierung des Projekts sind nun die Krankenkassen endlich aktiv eingebunden.

Sind die meisten Rehakliniken privatrechtlich organisiert?

Ich würde sagen, etwa 80 Prozent sind privat-rechtlich organisiert, aber vom Unternehmenszweck her nicht gewinnorientiert, das ist traditionell so. Wir hatten die monistische Finanzierung und sind damit auch gut gefahren. Jetzt haben wir die Kantone wieder drin. Der Vorteil ist, dass öffentliche und private Häuser gleich finanziert sind, es gibt im stationären Bereich so keine Verzerrungen mehr. Aber es wird ein neuer Fehlanreiz gesetzt, indem die ambulante Rehabilitation «teurer» wird, da dort alles von den Versicherern bezahlt wird. Da begreife ich die Politik nicht. Wir haben immer die Forderung der Politik und von Santé-suisse hören müssen, dass wir mehr ambulante Programme anbieten sollen. Die hat man entwickelt, die Tarife dazu auch. Aus Sicht der Kassen ist es nun unter Umständen plötzlich günstiger, eine stationäre Reha zu finanzieren, da sie dort nur 45 Prozent bezahlen müssen – ein volkswirtschaftlicher Unsinn!

Gibt es eine Lobby für die Reha?

Die Versicherer haben im Parlament sicher die bessere Lobby und unterhalten z.T. ja auch entsprechende Beiräte. In diesem Sinn haben wir keine Reha-Lobby, mit SW/ISS REHA aber einen starken Verband, der viel für die Branche macht. Auch H+ engagiert sich mehr und mehr für unsere Anliegen. Im Parlament sind wir aber sicher untervertreten mit unseren Anliegen. Leider haben immer noch Politiker oder andere Entscheidungsträger wenig Ahnung, worum es geht. Sie glauben, Reha sei so eine Art Kur- und Wellnessmedizin. Ich schliesse das auch immer wieder aus Aussagen, wenn es um den Grundleistungskatalog geht. Dann heisst es: «Streichen wir doch die Reha, die Leute müssen ja nicht unbedingt kuren gehen». Dabei geht es um ein hochspezialisiertes Fachgebiet mit oft schwerstbetroffenen Patienten. Das zu vermitteln, ist unsere Aufgabe.

Haben Sie heute mehr Mühe mit den Kostengutsprachen?

Dieser Druck ist da. Wir sind auch die einzigen in der Branche, die vorgängig eine Kostengutsprache brauchen vom Vertrauensarzt, auch bei eindeutigen Indikationen. Das verhindert aber einen schlanken Übertritt aus dem Akutspital. Ich verstehe nicht, weshalb so viel Druck gemacht wird auf dieses Fachgebiet: Die Reha beansprucht 1,6 Prozent der Gesundheitsausgaben oder 950 Millionen. Die Wertschöpfung ist aber im-

mens mit den Patienten, die wir zurückbringen in den Arbeitsprozess oder die nicht ins Pflegeheim müssen, sondern nach Hause können. Eine deutsche Studie sagt, dass ein in Reha investierter Euro fünf an die Volkswirtschaft zurückgibt. Auch hier ist leider ein Fehlanreiz vorhanden: Unfallversicherer, die auch für Taggelder oder Rentenleistungen aufkommen müssen, sind froh, wenn wir unseren Job nachhaltig machen. Für die Krankenversicherungen ist ein Pflegeheimaufenthalt billiger als eine Rehabilitation.

Erleichtert es den Kontakt mit den Versicherern, wenn man stärker mit den Akutspitälern zusammenarbeitet?

Die enge Zusammenarbeit mit den Akutspitälern ist sehr wichtig. Aber wir wollen die Reha nicht in die Akutspitäler verlegen, da es für die Rehabilitation sehr spezifisches Know-how braucht. Schwere Fälle, wie z.B. Schlaganfälle, soll man an wenigen spezialisierten Zentren behandeln. In der Reha Rheinfelden behandeln wir über 400 Schlaganfälle pro Jahr. Damit garantieren wir doch eine viel bessere Qualität, als wenn sie auf zehn Orte verteilt würden. Ich bin schon für wohnortnahe Reha bei einfachen Fällen, aber sonst muss man die Zentren stärken.

Natürlich ist aber die Präsenz in den Akutspitälern wichtig. Wir schauen uns dort die Patienten an, können triagieren, den Zeitpunkt der Verlegung absprechen. Das bringt auch den Kassen etwas. Einige Kassen haben das erkannt und unterstützen diese Kooperationen proaktiv, andere sind komplizierter. Die Qualität der vertrauensärztlichen Dienste der Versicherer ist übrigens im Durchschnitt eher schlecht. Oft sind sie nur einen halben Tag pro Woche verfügbar, und so kann ein Übertritt nie effizient erfolgen, da ja eine Kostengutsprache nötig ist. Da ist die Suva viel besser organisiert.

Wie sieht es denn mit der Aufenthaltsdauer aus?

Die ist über die letzten Jahre stabil geblieben, trotz erhöhtem Schweregrad. Für mich ist es in Ordnung, wenn die Patienten sehr früh kommen – wir machen schliesslich Medizin. Eine gute Rehaklinik kann auch einen schwerkranken Patienten behandeln. Nur müssen die zusätzlichen Leistungen auch korrekt entschädigt werden.

Wie sehen Sie die Zukunft für eine erfolgreiche Rehaklinik?



Matthias Mühlheim, Direktor Reha Rheinfelden;
061 836 50 00, m.muehlheim@reha-rhf.ch

Les tarifs doivent être échelonnés

Les cliniques de réadaptation souhaitent que les nouveaux tarifs stationnaires entrant en vigueur dès 2015 soient échelonnés en fonction de la gravité du cas et de l'investissement réel, déclare Matthias Mühlheim, directeur de la clinique Reha Rheinfelden. Cela permettrait de réaliser des comparaisons, entre les cas comme entre les cliniques. Si, avec l'entrée en vigueur de SwissDRG, les patients sont orientés plus tôt vers la réadaptation, les bonnes cliniques ne rencontreront pas de problèmes. Mais l'engagement de ressources supplémentaires devra être indemnisé équitablement. Le secteur de la réadaptation ne représente que 1,6 pour cent des dépenses de la santé, mais une importante création de valeur, lorsque les patients peuvent retrouver plus rapidement leur activité professionnelle. ■

DRG ist für die Rehakliniken eine Chance! Wir bekommen schwerere Fälle, aber damit können wir umgehen. Wenn die Verweildauer und damit die Kosten sinken in den Akutspitälern, die Fälle bei uns einen höheren Ressourceneinsatz und mehr Diagnostik erfordern, dann muss man das einfach fair entschädigen. Die Zukunft für eine gute, spezialisierte Rehaklinik ist sehr gut. Wir sichern auch die Erfolge der Akutmedizin. Die Demografie spricht auch dafür, dass Reha an Bedeutung noch zulegt. Grundsätzlich gilt es, Rehabilitation als eigenständiges Fachgebiet zu positionieren mit speziell ausgebildeten Ärzten, Therapeuten und Pflegenden. ■