

MediCongress bietet wichtige Informationen aus erster Hand für den neuen Rehabilitations-Tarif

ST Reha ante portas – wer die Nuancen kennt, ist besser gerüstet

In einem zweiteiligen ST Reha-AnwenderInnen-Forum ebnet MediCongress mit erfahrenen Rehabilitations-Experten den Weg für ein reibungsloses Handhaben des neuen Tarifs ST Reha. Dabei sind wichtige Details von grosser Bedeutung. Wir berichten heute über die Ouvertüre, das erste digitale Forum; in der kommenden Ausgabe gehen wir ausführlicher auf Aspekte ein, die für eine problemlose Einführung relevant sind.

ST Reha ist wegweisend für die Rehabilitation. Die neue schweizerische Tarifstruktur wird per 1. Januar 2022 eingeführt. Ziel ist es, ein Vergütungssystem mit leistungsbezogenen Tagespauschalen zu schaffen, womit die gesetzlichen Vorgaben gemäss Artikel 49 KVG erfüllt werden. Dadurch erhält – nach der Akutsomatik und der Psychiatrie – auch die Rehabilitation eine national einheitliche Tarifstruktur, welche die Vergleichbarkeit, aber auch Differenzierung von Leistungen und Kosten verbessern soll. Mit der Einführung der neuen Struktur müssen die Tari-

fe mit den Krankenkassen für jede Klinik neu verhandelt werden.

So funktioniert ST Reha

ST Reha basiert auf einer Klassifikation der Leistungen in acht spezifischen Rehabilitationsarten und einer Restgruppe. Pro Rehabilitationsart bestehen bis zu drei Untergruppen. Über einen Patientenklassifikations-Algorithmus (Grouper) wird jeder einzelne Patient aufgrund von Basis- und Zusatzindikationen (z.B. Ausmass von kog-

nitiven oder motorischen Funktionseinschränkungen, aufwändige Diagnosen, Alter oder erhöhter Pflege-/Therapieaufwand) einer der 21 Rehabilitations-Kostengruppen (RCG) zugeteilt und mit einem spezifischen Tageskostengewicht (TKG) belegt.

Mit Ausnahme der psychosomatischen Rehabilitation sind die anwendbaren Tageskostengewichte über den ganzen Rehabilitationaufenthalt hinweg konstant. Der Erlös für die erbrachten Leistungen ergibt sich somit aus der

ST Reha Anwender:Innen Forum

Registration unter www.medicongress.ch



MEDICONGRESS

Kongresse, die wirken

Um was geht es

ST Reha,
die neue Tarifstruktur
in der Rehabilitation...

... was Sie wissen sollten;
... wer sich wie vorbereitet

... und mögliche Folgen
für meine Institution.



23. Juni 2021
15.00 bis 17.00 Uhr virtuell



25. August 2021
13.00 bis 18.00 Uhr physisch



Berner Reha
Zentrum

Softsolution
Advanced Architectures and Technologies

Gesundheitspolitik



Gesundheitsökonom Dr.oec. Willy Oggier zeigte Nachbesserungsbedarf auf.



Beatrix Meyer, FMH, wies auf besonders wichtige Tarifdetails hin.



Dr. Till Hornung, CEO Kliniken Valens, war die Stimme von der Klinikfront.

Multiplikation der Tageskostengewichte mit der Anzahl Aufenthaltstage und dem ausgehandelten Basispreis (Beispiel: 25 Tage geriatrische Rehabilitation mit einem TKG von 0.973 und einem angenommenen Basispreis von 750 Franken ergibt $25 \times 0.973 \times 750 = 18244$ Franken).

Klare gesetzliche Grundlagen und Leistungsaufträge

Gesundheitsökonom Dr.oec. Willy Oggier ging am ersten Forumstag aufs Fundament des

neuen Reha-Tarifs ein: «Die Planung nach Art. 39 Abs. 1 lit. d KVG umfasst die Sicherstellung der stationären Behandlung im Spital oder in einem Geburtshaus sowie der Behandlung in einem Pflegeheim für die Einwohner der Kantone, die die Planung erstellen. Bei der Versorgungsplanung (Art. 58b KVV) ermitteln die Kantone den Bedarf in nachvollziehbaren Schritten. Sie stützen sich namentlich auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche. Sie ermitteln das Angebot, das in Einrichtungen beansprucht wird, die nicht auf der von ihnen erlassenen Lis-

te aufgeführt sind. Sie bestimmen das Angebot, das durch die Aufführung von inner- und ausserkantonalen Einrichtungen auf der Liste nach Art. 58e KVV zu sichern ist, damit die Versorgung gewährleistet ist. Dieses Angebot entspricht dem nach Abs. 1 ermittelten Versorgungsbedarf abzüglich des nach Abs. 2 ermittelten Angebots.»

Bei der Beurteilung der Auswahl des auf der Liste zu sichernden Angebots berücksichtigen die Kantone insbesondere die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung, den





Peter Catlos, curafutura, unterstrich die aktive Rolle der Krankenversicherer.

Zugang der Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist sowie die Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrags nach Art. 58e KVV. Weitere Kriterien sind die Effizienz der Leistungserbringung, der Nachweis der notwendigen Qualität sowie im Spitalbereich die Mindestfallzahlen und das Nutzen von Synergien.

Rehabilitation: leistungs- oder kapazitätsbezogene Planung

Wesentlich bezüglich unterschiedlicher Leistungserbringungen ist die Art der Planung gemäss Art. 58c KVV. Die Planung erfolgt für die Versorgung der versicherten Personen in Spitälern zur Behandlung von akutsomatischen Krankheiten sowie in Geburtshäusern leistungsorientiert, bezüglich rehabilitativer und psychiatrischer Behandlungen leistungsorientiert oder kapazitätsbezogen und schliesslich für die Versorgung in Pflegeheimen kapazitätsbezogen.

Im Rahmen der Verpflichtung zur interkantonalen Koordination der Planungen nach Art. 39 Abs. 2 KVG müssen die Kantone insbesondere die nötigen Informationen über die Patientenströme auswerten und diese mit den betroffenen Kantonen austauschen. Die Planungsmassnahmen mit diesen Kantonen sind zu koordinieren.

Die Kantone führen auf ihrer Liste die inner- und ausserkantonalen Einrichtungen auf, die notwendig sind, um das bestimmte Angebot sicherzustellen. Auf den Listen wird für jedes Spital das dem Leistungsauftrag entsprechende Leistungsspektrum aufgeführt. Die Kantone erteilen

jeder Einrichtung auf ihrer Liste einen Leistungsauftrag. Dieser kann insbesondere die Pflicht zum Notfalldienst beinhalten.

Achtung bezüglich fragwürdiger Kostendaten

Beim Festlegen des Vergütungssatzes für Leistungen von Reha-Kliniken ist wesentlich, dass diese Spital-Status aufweisen, also die gleichen gesetzlichen Grundlagen einhalten müssen wie Akutspitäler oder psychiatrische Kliniken. Mittels ST Reha sollen Reha-Kliniken auf einer gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstruktur basierende leistungsorientierte Pauschalen für stationäre Leistungen erhalten. Dr. Willy Oggier: «Hier besteht jedoch ein Problem: Der Rehabilitationsbegriff ist ursprünglich scharf konzipiert gewesen (Abgrenzung zu Kuren, Heilbädern, Akut- und Übergangspflege usw.); einzelne Kantone weichen diese Kriterien allerdings aus Wirtschaftsförderungsgründen auf. Daher sind gewisse Kostendaten fragwürdig, solange der Begriff Rehabilitation ungeklärt bleibt.»

Beim Vereinbaren der Leistungen für die medizinische Rehabilitation und deren Relevanz für die Preise hätten die Kantone dies für stationäre Leistungen im Rahmen der Spitallisten-Erstellung zu formulieren und miteinander abzustimmen. Die ärztlichen Leistungen wären damit im Rahmen der Grundversicherung in der ST Reha-Tarifstruktur abgegolten. Einzelne Kantone verlangen dabei die Erfüllung der SWISS

REHA-Kriterien für die Gewährung eines Leistungsauftrags auf der Spitalliste.

Erhebliche Herausforderungen

Es bleibt nur noch wenig Zeit bis zur Einführung von ST Reha. Dabei bestünden etliche Herausforderungen. Dr. Willy Oggier zählte sie auf: «Bei den kantonalen Spitalplanungen bestehen unterschiedliche Definitionen kantonaler Leistungsaufträge. Es bestehen ungleich lange Spiesse bezüglich der Leistungsaufträge in der geriatrischen Rehabilitation, Akutgeriatrie, Übergangspflege und Langzeitpflege. Ausserdem stören unterschiedliche Qualitätsannahmen in den Kantonen die freie Spitalwahl: Es besteht eine Gefahr der Nivellierung nach unten und eine Tendenz zur Beschränkung ausserkantonaler Spitalwahlen durch Streit unter den Kantonen. Schliesslich besteht ein Konflikt zwischen DRG und hochspezialisierter Medizin, z.B. in der onkologischen Rehabilitation. Braucht es in Zukunft eine hochspezialisierte Rehabilitation?»

Dr. Willy Oggier: «Dringend angezeigt ist eine Klärung des Rehabilitations-Begriffs noch vor der ST Reha-Einführung und ebenso eine Klärung des Spitalplanungs- und Spitallisten-Ansatzes. Qualität muss vor – nicht statt! – Wirtschaftlichkeit stehen. Zudem ist eine Überprüfung der Reha-Bewerber auf deren Leistungsfähigkeit (Anforderungen gemäss Art. 39 Abs. 1 KVG) ebenso nötig wie ein Wirtschaftlichkeits-Vergleich nach Qualitäts-Check.»





Viele der nötigen Antworten seien nicht auf eine unterschiedliche Herangehensweise bei der Entwicklung der Tarifstrukturen, sondern in unterschiedlichen Rahmenbedingungen zu suchen: in der Spitalfinanzierung, dem Spital-/Rehabilitations-Begriff, dem Spital-Aktionsradius und der Organisation der Sozialversicherungen.

Feinschliff ist noch nötig

Noch sind einige Fragen offen. Das betrifft insbesondere die teilweise noch mangelhafte Datenqualität und die Verrechenbarkeit von Zusatzkosten wie teuren Medikamenten, Dialysen, klinikexternen Zusatzleistungen usw. Betreffend der Datenqualität gilt es sicherzustellen, dass für die Weiterentwicklung der Tarifstruktur nur Datensätze von Kliniken miteinbezogen werden, welche die Mindestanforderungen an eine erstklassige Rehabilitation effektiv erfüllen – es ist eben nicht überall Reha drin, wo Reha an der Eingangspforte steht. Ausserdem ist darauf zu achten, dass die Corona-Sonderaufwendungen während der Jahre 2020 und 2021 zu keinen Verzerrungen führen.

Die goldene Mitte zwischen Pragmatismus und Sachgerechtigkeit

«Die Regelung zu «interkurrenten Leistungen», derzeit in Erarbeitung durch eine Experten-Taskforce (ST Reha + TARPSY) ist sehr wichtig», unterstrich denn auch Peter Catlos, Projektleiter stationäre Tarife, curafutura, am ersten Forumstag von MediCongress. «Trotz bloss 1 bis 3% Anteil am Gesamtvolumen ist das mehr als nur eine Frage der Abrechnungsmodalitäten in einer Tarifstruktur, in der somatische Erkrankungen als Kostentrenner dienen. Es gilt auch, die Gefahr von Doppelverrechnungen (Strukturkosten, Medikamente, Labor, Pflegeaufwand) zu minimieren. Die entscheidende Frage ist: Wo liegt die goldene Mitte zwischen Pragmatismus und Sachgerechtigkeit?»

Zügig sei nun das Etablieren neuer technischer Prozesse für Reha-Rechnungen (inkl. Empfang

von Minimal Clinical Datasets analog SwissDRG/TARPSY) bei den Versicherern umzusetzen. Dabei gehe es um den Rechnungseingang via zertifizierte Datenannahmestelle mit automatisierter Plausibilitätsprüfung inklusive hohen Anforderungen an den Datenschutz (unterschiedliche Vertraulichkeitsstufen, psychosomatische Rehabilitation). Auch seien die Überführung in das neue Abrechnungssystem und die Konfiguration der Regelwerke (formale/versicherungstechnische und medizinische Prüfung) sowie der damit verbundenen IT-Aufwand nicht zu unterschätzen.

Peter Catlos: «Auch das Etablieren der medizinischen Kodierprüfung für ST Reha-Fälle stellt eine zusätzliche Aufgabe dar, die eine teilweise Aufstockung resp. Verschiebung personeller Ressourcen auslösen kann. Die Prüfkomplexität bei ST Reha ist höher als bei TARPSY aufgrund der nötigen Prüfung von Rehabilitations-CHOP-Kodes ähnlich wie bei Komplexbehandlungen in der Akutsomatik und der medizinischen Prüfung von Nebendiagnosen. Die gesetzlichen Vorgaben der Prüfung durch die Versicherer sind bedeutend. Das Aufwand-Nutzen-Verhältnis muss abgeschätzt werden. Möglich sind allerdings individuelle Lösungen pro Versicherer.»

Gute Dokumentation ist matchentscheidend

Zu Pragmatismus riet auch Beatrix Meyer, Leiterin Stationäre Versorgung und Tarife bei der FMH. Sie betonte insbesondere die Qualität einer guten Dokumentation: «Das ist die Grundlage für die Kodierung und kann erlösrelevant sein. Eine gute Datengrundlage ist auch wichtig für die Weiterentwicklung des Tarifs. Zur Vereinfachung der Erfassung komplexer CHOP-Kodes hat die FMH ein Dokumentationsmuster geschaffen. Bedeutend für künftige ST Reha-Versionen ist es, die befristet noch bis 2023 möglichen Analogiekodierungen abzulösen und die Zusatzentgelte zu prüfen. 18% der Reha-Fälle können nicht als Basisleistungen kodiert werden; eine Analogie-Kodierung ohne Qualitäts-

Definition wird deshalb zum «Gratis-Ticket». Das lehnen wir ab. Es gilt zudem, die interkurrenten Leistungen vor der Tarifeinführung zu klären und für die paraplegiologische und Frührehabilitation eine langfristige Lösung zu finden.»

Weiter auf dem richtigen Weg

Gewissermassen von der Front berichtete Dr. med. Till Hornung, CEO der Kliniken Valens, wie er und seine Mitarbeitenden ST Reha im Vorfeld der Einführung erleben: «Version 1.0 ist tatsächlich nur eine Einführungsversion. Es bestehen viele Notwendigkeiten für Verbesserungen. Vorteilhaft ist, dass einige Veränderungen bereits umgesetzt werden konnten. Erfreulich ist zudem: Man konnte aus Swiss DRG und TARPSY lernen, aber es muss noch weiter verbessert werden. Das heisst: Der Elan darf in den nächsten Jahren nicht abnehmen.»

In der Aktivkonferenz ST Reha seien bei vielen Mitgliedern deutliche Unklarheiten und Verunsicherungen zu spüren. Die Gesamtauswirkungen auf die Betriebe seien nicht abschätzbar. Dr. Till Hornung: «Manche Betriebe sind offensichtlich nicht gut vorbereitet. Als Hauptprobleme zeigen sich IT, Simulationsmöglichkeiten und Verhandlungskompetenz. Positiv fällt auf: H+ bringt sich sehr stark ein und unterstützt uns, wo immer möglich.»

Kritisch äusserte sich der Routinier jedoch bezüglich der angestrebten Kostenneutralität: «Wo aufgrund der neuen Tarifstruktur rund 100 neue KodiererInnen schweizweit benötigt werden, kann nicht von Kostenneutralität gesprochen werden.» – Insgesamt überwiegt jedoch das Positive: «Optimismus ist weiterhin angezeigt, aber es gibt noch sehr viel zu tun.»

Lesen Sie mehr zur ST Reha-Einführung in «clinicum» 5-21 Mitte Oktober.

Weitere Informationen

www.medicongress.ch