

2. Tag des ST Reha-AnwenderInnen-Forums von MediCongress zeigte Lücken und Tücken, aber auch Chancen und Perspektiven

Bereit für Knacknüsse? – Wege zum Erfolg

In rund 12 Wochen müssen alle Rehabilitations-Kliniken mit dem neuen leistungsorientierten Tarif ST Reha abrechnen. Noch bestehen allerdings einige Fragen, die es zu beantworten gilt. Wie erfahrene PraktikerInnen in ihren Kliniken zu Werke gehen und auf welche kritischen Punkte besonders zu achten ist, zeigte der 2. Tag des ST Reha-AnwenderInnen-Forums, ein physischer Event, der eine intensive Plattform für Diskussionen und Erfahrungsaustausch darstellte. Wir präsentieren Ihnen mit Freude die Rosinen.

Gesundheitsökonom Dr. oec. HSG Willy Oggier, wissenschaftlicher Programmverantwortlicher, erinnerte eingangs an die grundsätzlichen Erwartungen an leistungsorientierte Tarifsysteme. Er nannte die verbesserte Zusammenarbeit aller Beteiligten, verstärkte vertikale Vernetzung zur Abdeckung des kompletten Patientenpfades und zur Optimierung der Aufenthaltsdauer, rechtzeitige Verlegung in vor- und nachgelagerte Einrichtungen, optimierte Aufenthaltsdauern nach Patienten-Aufkommen, Prozess- und Schnittstellenoptimierungen sowie mehr Transparenz in der Leistungserbringung.

Chance für einen Wettbewerb um Preise und Qualität

«Bei der leistungsbezogenen Abgeltung erfolgt die Finanzierung nach Aufwand statt Liegedau-

er, was zu Kosteneinsparungen dank eines effizienteren Ressourceneinsatz führen sollte. Es geht ums Erschliessen von Wirtschaftlichkeitsreserven, den Wettbewerb um Preise und Qualität, Optimierungen im bestehenden System.

Schliesslich können Kompetenzzentren und Strukturen zur vermehrten Beachtung kritischer Grössen gebildet werden. Mehr Wirtschaftlichkeit und höhere Qualität wären die erwünschten Folgen», zählte Oggier auf.

Er sieht allerdings auch Gefahren. Dazu gehören eine übermässige Reduktion der Aufenthaltsdauern mit zu frühen Entlassungen, Auslagerungen in den vor- und nachgelagerten Bereich, unkoordinierte und sachlich nicht abgesicherte Verschiebung von Teilen der stationären Behandlungsnotwendigkeiten in den ambulan-

ten Bereich, Ausweitung der vor- und nachstationären Behandlungen und damit eine Zersplitterung der Fälle, Aufteilung auf mehrere Einzelaufenthalte und einen möglichen «Dreh-türeffekt».

Risikoselektion und Entsolidarisierung?

Dr. Willy Oggier: «Es besteht zudem die Gefahr einer Risikoselektion mit gezielter Aufnahme von leichteren Fällen, eines Verweigerns und Verschiebens von Behandlungen aus wirtschaftlichen Gründen, eines Abschiebens von Notfallpatienten, einer Verlegung «aufwändiger» Patienten in andere Spitäler gepaart mit verstärkten öffentlichkeitswirksamen Massnahmen zur Bindung von Patienten in profitablen Leistungsbereichen, einer Reduktion medizinischer Leistungen, des Einsatzes suboptimaler medizinischer Verfahren und sogar der Rationierung.

Es könnte auch mittels verbesserter Codierung eine Erhöhung des Schweregrades angepeilt werden mit (absichtlich) falscher Codierung und Durchführung medizinisch nicht notwendiger Behandlungen und Eingriffe. Weitere Auswirkungen könnten Spital- resp. Abteilungs-Schliessungen und Reduktion «freiwilliger» Leistungen sein.» Oggier wies darauf hin, dass im Fall von ST Reha einige Gefahren schon im Voraus relativiert werden könnten, weil die Entschädigung nicht wie in der Akutsomatik pro Fall, sondern pro Tag erfolge. Ausserdem dürfte die Gefahr von unnötigen Behandlungen ebenfalls als kleiner zu veranschlagen sein als in der Akutsomatik, weil für stationäre Behandlungen in der Rehabilitation eine eigene Kostengutsprache beim Vertrauensarzt des Krankenversicherers eingeholt werden müsse.





Doris Brandenberger, CEO MediCongress, freut sich am gut besuchten physischen Anlass.



Dr. Willy Oggier vermittelt einen gesundheitspolitischen Überblick und zeigt Lücken bei ST Reha auf.



Jürg Wägli, Direktor Berner Reha Zentrum, Heiligenschwendi, vermisst eine klare Definition von Rehabilitation.

Erfolgsfaktoren systematisch nutzen

Oggier nannte vier Arten von Erfolgsfaktoren, die es zu nutzen gelte: medizinische (therapeutische Exzellenz, Innovationskraft), ökonomische (Investitionskraft, Prozessoptimierung), marktbezogene (Markenimage, Kundenzufriedenheit) und strukturelle (Verbundeffekte, Management-Know-how). Es gehe namentlich ums Festlegen von Leistungs-Schwerpunkten und Suchen nach Kooperationspartnern bei Leistungen, die nicht selbst erbracht werden sollen, ums Meistern der Digitalisierung, das frühere Andocken in der Behandlungskette, präventive Angebote, Künstliche Intelligenz und Big Data. «Wie schaffen wir es, die Behandlungskette vertikal besser zu gestalten?» griff der Gesundheitsökonom ein sehr wichtiges Thema auf. «Wie betreiben wir ein Multi-Morbiditäten-Management? Wie binden wir Spitex und andere Grundversorger besser ein?»

Höchst interessant ist in diesem Zusammenhang der «Marktreport Krankenhaus 2014» der deutschen Bank für Sozialwirtschaft, erschienen 10 Jahre nach der Einführung leistungsorientierter Systeme in Deutschland: Hier wird insbesondere auf die zunehmende Konzernbildung mit weiteren Verschiebungen hin zu privaten Trägern hingewiesen. Nötig würden zusehends gesonderte Massnahmen für die Versorgung in ländlichen Gebieten. Weitere Tendenzen bestehen in der wachsenden Spezialisierung, der stärkeren regionalen Vernetzung und der Erweiterung der Leistungsspektren in der Versorgungskette.

Die Spitäler sind stark gefordert

Für die Rehakliniken öffnen sich spannende strategische Optionen: Kostenführerschaft, Differenzierung oder Nischenpolitik. Kostenführerschaft sei bei Spitälern allerdings oft nicht beliebt, dabei böte sie Chancen für Gewinnmöglichkeiten, die nicht so einfach kopierbar seien.

In jedem Fall, so Oggier, gelte es, die kritische Grösse des Leistungsangebots zu eruieren. Das gehe einher mit einer Überprüfung von Kapazitäten und Organisation. Stichworte seien neue leistungsorientierte Chefarzt-Verträge, Schulung des Personals, das Respektieren der zentralen Bedeutung des Medizincontrollings, Bündeln der Einkaufsmacht mit Standardisierung im eigenen Haus und Bildung von Einkaufsgesellschaften mit anderen Leistungserbringern, Aufbau von Marketing-Aktivitäten, Einbinden von Netzwerk-Praxen mit verstärkter vertikaler Integration und last, but not least das Formulieren einer klaren IT-Strategie für das ganze Spital.

Ärzterschaft mit einbinden

Sehr stark von neuen Strategien betroffen ist naturgemäss die Ärzteschaft. «Sie spielt eine zentrale Rolle, da sie durch das Festlegen von diagnostischen und therapeutischen Massnahmen die Fallkosten bestimmt», betonte Oggier. «Dabei geht es um das Einführen von Therapiestandards und Behandlungspfaden, die Spezialisierung von Fachabteilungen zu eigentlichen Kompetenzzentren, das Erstellen von multidisziplinären, Klinik-individuellen Therapie-Leitli-

nien, Evidenz, dokumentierte Sicherheit, Pharmaökonomie (Kosten-Minimierungs-Analyse) und Prozess- und Qualitäts-Management.»

Besonders wichtig ist dabei eine erstklassige IT. Alle Faktoren seien lückenlos zu erfassen, um Ertragspotenziale nicht zu verlieren, wobei der Dokumentationsaufwand in vertretbarem Rahmen zu halten sei. Der Lösungsansatz bestehe in einer prozessbegleitenden Dokumentation aller relevanten Daten von der Einweisung bis zur Entlassung. Der Weg zum Erfolg bestehe in einer engen Verzahnung administrativer und medizinischer EDV-Systeme. – Über all diesen guten Vorsätzen stünde ein Zitat des deutschen Gesundheitsexperten Prof. Dr. Jörg F. Debatin: «Nicht die Grossen fressen die Kleinen, sondern die Schnellen die Langsamen.»

Wirtschaftlichkeit – weit mehr als «nur» Kostensparen

Der neue Tarif sei grundsätzlich zu begrüessen, es müssten allerdings zwei Vorbemerkungen angebracht werden, unterstrich Jürg Wägli, Direktor Berner Reha Zentrum, Heiligenschwendi: «Mit ST Reha wurde ein einheitliches Tarifsysteem erarbeitet, jedoch ohne vorher gesamtschweizerisch zu definieren, was Rehabilitation überhaupt ist! Ausserdem glaubt man bei Spitaltarifen nach wie vor, dass sich Wirtschaftlichkeit ausschliesslich mit Kosten erklären lasse. Beide Punkte müssen möglichst schnell korrigiert werden.»

Seit der KVG-Teilrevision 2a (Spitalfinanzierung) vom 21. Dezember 2007 gelte es, wichtige



Ricky Probst, Leiter Tarife und Kooperationen Kliniken Valens, sieht Chancen im gemeinsamen Verhandeln von Kliniken.

Aspekte festzuhalten: «Leistungsorientierte Pauschalen wie ST Reha verursachen Kostendruck, genauso die dual-fixe Finanzierung. Da Wirtschaftlichkeit wie auch Qualität zwingende Spitalplanungskriterien darstellen, kommt zum Kostendruck noch ein Qualitätsdruck hinzu. Wir müssen uns dieser doppelten Herausforderung stellen. Das bedeutet als grundsätzliche Strategie, die Effizienz der Organisation zu erhöhen. Die kritische Unternehmensgrösse bei bisher effizient arbeitenden Betrieben verschiebt sich nach rechts. Dabei müssen wir drei kritische Grössen beachten: die Grösse der Unternehmung, der Reha-Klinik und jeder Fachdisziplin.»

Wägli verwies auf Mängel unserer Tarifsysteme, die sich oft an den Versorgungssystemgrenzen orientieren. Aus Sicht der einzelnen Versorgungssysteme möge das als ideal erscheinen, aber nicht unbedingt aus Sicht der Patienten. Für sie wäre ein fließender statt abrupter Übergang mit einer teilweisen Überlappung der Leistungen aus der Reha und der ambulanten Weiterversorgung sinnvoll. Es verwundere denn auch nicht, dass Optimierungspotenziale international v.a. im Bereich der Übergänge gesehen würden. Bei abnehmendem Pflegebedarf und zunehmender Therapiefähigkeit sei ressourcenmässig zu prüfen, was den höheren Wertzuwachs liefert: die Optimierung der Sachmittelallokation oder der Personalallokation.

Ein weiteres Stichwort ist die Patientenallokation. Wägli: «Wer kann besser bzw. effizienter entscheiden, in welche Reha Patienten verlegt werden? Traditionell ist das eine Aufgabe der

abgebenden Seite, also des Akutspitals. Wahrscheinlich wäre es oft effizienter, wenn die aufnehmende Seite entscheiden würde. Es kommt eben sehr auf die Perspektive an.» Bezüglich des Tarifs meinte der Routinier: «Es gibt weniger zu optimieren als vielmehr Lücken zu schliessen. Klärungsbedarf gibt es in den folgenden Bereichen: Präoperative Rehabilitation, intensivmedizinische Rehabilitation und Frührehabilitation. Bei diesem Vorgehen ist allerdings Vorsicht geboten. Wegen des Kostenneutralitätskonzepts sollten Verbesserungen, welche den DMI nach oben treiben, erst nach dem 1.1.2024 umgesetzt werden.»

Therapieplanung, die grosse Herausforderung

Was sich ebenfalls als grosse Herausforderung erweisen dürfte, sei die optimale Therapieplanung, betonte Esther Kramer, Leiterin Therapien Klinik Adelheid, Unterägeri. Beim neuen Tarif ST Reha sind dabei drei Elemente massgebend:

- die Basisleistungen (BA): Hier müssen die definierten Mindestmerkmale eingehalten werden; sie sind für alle Reha-Arten – infrastrukturell, personell und bezüglich des Behandlungsablaufs – festgelegt. Zusätzlich gibt es spezifische Mindestmerkmale für jede Reha-Art.
- Zusatzleistungen der Therapie (BB.2): Sie gelten für besonders therapieintensive Fälle. Die Abbildung erfolgt für Leistungen, die mindestens 25% über der definierten Mindest-Minuten-Schwelle je Reha-Art liegen. Die Zusatzleistungen müssen durch eine nachvollziehbare Patientendokumentation nachgewiesen werden.
- Zusatzaufwand in der Rehabilitation (BB.1): Darunter sind therapierelevante Leistungen

zu verstehen, die je nach Indikation (Reha- Art) definiert sind.

Um zum Ziel zu gelangen, wurden in der Klinik Adelheid umfangreiche Vorarbeiten durchgeführt. Bereits Ende 2018 / Anfang 2019 befassten sich die Verantwortlichen mit der Abbildung der Therapieleistungen durch das damalige Therapieplanungssystem. Hierbei zeigte sich, dass der Nachweis eines standardisierten Controllings fehlte. Es waren wenig bis keine Automatismen vorhanden. Esther Kramer: «Unser Fazit lautete deshalb, das Software-Planungstool zu wechseln. Wir implementierten RehaTIS von Softsolution. Während der Datenerfassung des neuen Tools passten wir unsere Prozesse und Therapieprogramme inhaltlich und quantitativ so weit als möglich an die Vorgaben von ST Reha an. Nach einer ersten Phase der Implementierung von RehaTIS erfolgte die Evaluation der Therapie-Programme, was zu erneuten Anpassungen führte. Aktuell sind wir in der Endphase der Optimierung, so dass sowohl BA wie auch BB.2 vollumfänglich abgebildet und codiert werden können. Unsere therapeutischen Mitarbeiter sind dabei im Controlling involviert.»

Indikationsspezifische Standardisierung

Für die Praxis bedeutet das, dass die Therapieprogramme soweit als möglich indikationsspezifisch standardisiert sein müssen. Dazu werden standardisierte Grund- und individuelle Zusatzpakete je Indikation «verordnet». Der Soll-Wert entspricht mindestens den Vorgaben von ST Reha.

Wie aber werden die Therapien bezüglich der Vorgaben von BA und BB.2 gesteuert und überwacht? – Fürs Controlling werden leistungs-





Esther Kramer, Leiterin Therapien Klinik Adelheid, Unterägeri, beleuchtet wichtige Elemente der Therapieplanung.



Andreas Müller, CFO der Klinik Barmelweid, weist auf zahlreiche wichtige Vorbereitungen für die Tarifeinführung hin.



Auch Dr.sc.nat. Renato Laffranchi, Leiter Leistungseinkauf tarifsuisse, wünscht sich Klärung bei etlichen Tarifpunkten.

bezogene Codes hinterlegt und die relevanten Therapieminuten gemäss Vorgaben ST Reha bezüglich des entsprechenden Therapiebereichs festgelegt. Deren effektive Abbildung während des Aufenthalts wird anschliessend laufend mit den Vorgaben verglichen. «Hier ist RehaTIS genial», freut sich Esther Kramer, «weil das Tool ein engmaschiges Controlling mittels Echtzeitcontrolling und automatischer Defizitabfrage ermöglicht. Bei Abweichungen der Standardprogramme mit der Konsequenz, dass die Vorgaben von ST Reha nicht erreicht werden, wird zeitnah der/die Bezugstherapeut/in kontaktiert.»

Knackpunkte bei der Version 1.0 ST Reha

Eine gute Software ist wertvoll. Dennoch gelte es bei der Einführung des neuen Tarifs einige Knackpunkte nicht aus den Augen zu verlieren. Esther Kramer nannte folgende:

- Bei den Vorgaben für die Basisleistungen je Indikation (Reha-Art) gibt es eine Vermischung von Massnahmen mit therapeutischen Berufsgruppen z.B. Physikalische Therapie / medizinische Trainingstherapie / Diabetesberatung oder Physiotherapie / Logopädie / Ergotherapie usw.
- Gängige und relevante Therapieformen sowie Berufsgruppen fehlen bei den BA-Merkmalen, z.B. Mal- und Kreativtherapie / Musiktherapie / Sporttherapie / Aktivierungstherapie und andere.
- Es bestehen realitätsfremde obligatorische Therapiebereiche wie z.B. bei der internistischen und onkologischen Rehabilitation, wo neben der Physiotherapie auch Ergotherapie und medizinische Trainingstherapie obligatorisch vorgegeben sind; bei der neurologischen Rehabilitation hingegen fehlt die obligatorische Ergotherapie. Je nach Leistungserbringer werden therapeutische Massnahmen von unterschiedlichen therapeutischen Berufsgruppen durchgeführt, wie z.B. Rückenschule oder Rollstuhlversorgung die je nach «Haus»

sowohl von Ergotherapeuten wie auch Physiotherapeuten durchgeführt werden.

- Festzulegen gelte es im Weiteren den Umstand, wenn Patienten am aktiven Reha-Alltag aus medizinischen Gründen bzw. tiefer Belastbarkeit nur begrenzt teilnehmen und die ST-Vorgaben deshalb nicht erreicht werden können. Gründe dafür sind z.B. «krank», «isoliert» oder mehrfach halbtagesweise pro Woche abwesend z.B. infolge Dialyse oder weiterer nötigen externen Behandlungen.
- Dasselbe gilt auch, wenn Patienten öfters unentschuldig in den Therapien fehlen oder «keine Lust» verspüren, bestimmte Gefässe zu besuchen.

In der Klinik Adelheid wird diesen Herausforderungen pragmatisch und systematisch begegnet, schliesslich steht die ST Reha-Einführung kurz bevor. Bei den Vorgaben bezüglich der Basisleistungen je Indikation werden alle Massnahmen realitätsnah und sinnvoll den aufgeführten Therapien resp. Berufsgruppen gemäss aktuellen BA zugeordnet. Wenn Patienten am aktiven Reha-Alltag aus medizinischen Gründen nur begrenzt teilnehmen und daher die Vorgaben nicht erreicht werden können, werden die Abweichungen und Gründe dafür sorgfältig dokumentiert. Bei unentschuldigtem Fehlen erfolgen rasche, engmaschige Rückmeldungen an die Bezugstherapeuten. Beim weiteren Controlling werden nötigenfalls entsprechende Massnahmen durch die Bezugstherapeuten berücksichtigt.

Immer anspruchsvolleres Reporting

Für die Prozessoptimierung und Therapieplanung wird ein gründliches Reporting immer bedeutungsvoller. Das unterstrich Andreas Müller, CFO der Klinik Barmelweid. Das Reporting ist für verschiedene Ansprechpartner wichtig: für die strategische und operative Führung, die Revisionsstelle, die Tarifstrukturpartner und -entwickler (Kantone, Versicherer, SwissDRG), die Fremdfinanzierer und die Qua-

litätssicherung. Die Führungskennzahlen werden im Rahmen von Abschluss und Budget jährlich, für Verwaltungsrat, Banken, Qualitätsmanagement und Personalplanung quartalsweise und für den operativen Alltag monatlich erhoben.

Die Einführung von ST Reha bedeute etliche Herausforderungen. Andreas Müller äusserte sich kritisch:

- Das neue Tarifsysteem ist weder ausgereift noch ausgewogen.
- Separat verrechenbare Leistungen unter ST Reha sind noch in Verhandlung.
- Bisher besteht noch keine Abstimmung mit bestehenden oder geplanten Leistungsaufträgen.
- Medizinische Qualitätsansprüche werden durch Behandlungsstandards und ökonomische Vorgaben «abgelöst»; die Auswirkungen sind teilweise (noch) nicht abschätzbar.
- Die Therapie-Compliance der Patienten hat einen grossen (auch ökonomischen) Einfluss. Das Management von Erwartungen und eine gute Kommunikation sind entscheidende Faktoren.

Klarer Handlungsbedarf

Die Rehakliniken haben noch viel Arbeit vor sich. Gemäss Andreas Müller besteht ein grosser Handlungsbedarf: «Das betrifft Prozesse und Mitarbeiter – hier stellt sich die Frage nach Kodierfachkräften und Kapazitäten. Alle Daten müssen in geeigneter Form verfügbar, der Kodierprozess professionalisiert und effizient realisiert sein. Beim Dokumentationsprozess sind insbesondere Behandlungspfade, Leistungsdokumentation und Austrittsberichte relevant. Bei der Datenerhebung für Assessments geht es um Qualität, Vollständigkeit (bestehen Drop-outs?) und Prozessabbildung. Weitere Aspekte ergeben sich bezüglich des Know-how-Aufbaus: Wissensvermittlung (Schulungen) und Vernetzung.»

Die Klinik Barmelweid bereitet sich seit Längerem sorgfältig auf die Tarifumstellung vor. Ab 2018, verstärkt ab 2019 standen folgende Themen im Zentrum: Behandlungsplanung, Etablierung von Liquiditätsplanung und zentralisierter Planung, Ablösung der Planungssoftware und Controlling der Therapieminuten. Kernthemen 2021 bilden die Patientenprozesse.

Stolpersteine beachten und meistern

Parallel zu den umfangreichen Vorbereitungsarbeiten seien mögliche Stolpersteine im Auge zu behalten. Für Andreas Müller ist das namentlich die Datengrundlage für Tarifverhandlungen. Er nannte beispielhaft eine zu tiefe Baserate für die Abgeltung von Urlaubstagen. Bei der Kodierung stellten zu tiefe oder falsch berechnete Daten eine Gefahr dar.

Es bestünden auch Prozessunklarheiten. Gefordert sind daher Personalplanung, explizite Regelungen von Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten in der Pflege, Prozess-Schulungen und Know-how-Aufbau. Weiter sei vorderhand die Behandlungs-Dokumentation noch unvollständig. Dies könnte dazu führen, dass Therapie-nachweise nicht vollständig erbracht werden

können. Bei Kodier-Fehlern drohten Falschdarstellungen; die Kodierung würde die effektive Leistung nicht korrekt abbilden und eine zu tiefe Entschädigung oder auch Rückweisungen durch Versicherer verursachen. All das würde einen grossen administrativen Aufwand auslösen.

Grosse Aufmerksamkeit gelte somit möglichen Liquiditätsproblemen, dem Vermeiden verspäteter Austrittsberichte, dem noch nicht etablierten Kodierprozess (ST Reha-Groupier) und den bereitzustellenden Fakturierungssystemen (ERP). Zu beachten sei insbesondere, dass während des Festsetzungsverfahrens noch keine Einigung bei der Baserate bestehen werde. Ein Arbeitstarif bedürfe der Genehmigung durch die Kantone. Definitive Erträge sind somit nicht gesichert, was Rückstellungen nötig macht.

Auch die Krankenversicherer sehen Bedarf für die Bereinigung wichtiger Details

Eine sehr wichtige Rolle bei der Entwicklung, beim Verhandeln und beim Anwenden von Tarifen spielen die Krankenversicherer und ihre Verbände. Dr.sc.nat. Renato Laffranchi, M.H.A., Leiter Leistungseinkauf tarifsuisse, skizzierte kurz die wesentlichen Charakteristika von ST

Reha: Basis sind Tageskostengewichte nach 19 Kostengruppen; die Entschädigung erfolgt mit der Multiplikation des Basispreises mit der Summe der Tageskostengewichte. Künftig muss – analog DRG bei den Akutkliniken und TARPSY in der Psychiatrie – nur noch ein Basispreis pro Klinik verhandelt werden.

Grundsätzlich darf die Tarifumgestaltung keine Mehrkosten auslösen. Für die Umstellung auf die neuen Entgelte regelt ein Tarifstrukturvertrag Monitoring und Korrekturmassnahmen. Vorgehen ist ein 2-jähriges Monitoring. Dabei darf der Day Mix Index (DMI) höchstens um 2.0% gegenüber 2021 steigen, 2023 höchstens um 3.5% gegenüber 2021. Definiert sind verbindliche Korrekturmassnahmen bei denjenigen Leistungserbringern, deren effektiver Index-Wert über der Obergrenze liegt. Die Berechnung eines Korrekturfaktors obliegt einer Paritätischen Monitoringkommission, die aus je zwei Experten von Leistungs- und Krankenversichererseite besteht.

Worin bestehen Anreize bei der Therapie?

Anreizsysteme interessieren bei allen Formen der Leistungserbringung. Bei ST Reha findet nun

TURNING PHYSICAL INTO DIGITAL.

LIVE – ON-DEMAND – RECORDING

Wir sind für Ihren Vortrag, Ihre Präsentation, Ihre Online-Veranstaltung bereit!
 Teilauftrag – Handling – Gesamtkonzeption – bei uns Inhouse oder bei Ihnen vor Ort – inklusive Event-Erlebnis-Online-Plattform.
 Für Ihren optimalen Auftritt: inspirierende Inhalte, Netzwerktreffen, Lobby Stream und Chatfunktionen – Zielsicherer Online-Empfang bei Ihrer Zielgruppe!

MEDICONGRESS Informationen – info@medicongress.ch **e-MEDICONGRESS**



aber in der Start-Version ausser bei psychosomatischen Behandlungen keine Erlös-Degression statt, dies im Gegensatz zu DRG und TARPSY. Im Prinzip ist ST Reha somit eine Tagespauschale. «Bei der Psychosomatischen Reha», so Laffranchi, «besteht ein ökonomischer Anreiz, die Patienten eher nicht zu lang zu behandeln.»

Bei allen andern Reha-Arten hingegen besteht ein Anreiz zur Verlängerung der Verweildauer, weil andererseits die Kosten (vermutlich) degressiv verlaufen. Daraus entsteht das Problem, dass es möglicherweise einen Anreiz zu wenig intensiver Langzeitbehandlung gibt und eine Kosteneinsparung durch Intensivbehandlung allenfalls bestraft wird.»

Sehr zu beachten gelte es weiter den neu einheitlichen Basispreis von 600 Franken pro Tag sowie die Schwierigkeit, beim Start von ST Reha ein aussagekräftiges Benchmarking zu vollziehen. Das normale Vorgehen würde ja darin bestehen, dass Tarifberechnungen pro Spital zu einem aussagekräftigen Benchmarking führen, welches die Grundlage für weitere Verhandlungen bildet. «Aber», so Laffranchi, «die Datengrundlage 2020 scheint durch COVID-19 verzerrt, ein Benchmarking ist dadurch möglicherweise fragwürdig und stellt eventuell keine ausreichende Basis für das Tarifjahr 2022 dar.»

Als Lösungen sieht der Experte zwei Alternativen: Einerseits könnte das Benchmarking auf Basis der Daten von 2019 so erfolgen, dass man die Falldaten im Nachhinein groupert und so Daymix-Werte für 2019 bestimmt. Diese Kostenaufteilung sei aber problematisch, weil die frühere Kostenaufteilung nach Reha-Kategorien nicht mit der nach ST Reha übereinstimmen muss. Andererseits käme eine kostenneutrale Umrechnung bisheriger Tarife in Frage. Das exakte Vorgehen sei zügig zu entscheiden.

Als sehr wichtigen Vorteil sieht der Tarifexperte aber in jedem Fall, dass zum ersten Mal ein Vergleich über alle Reha-Arten möglich ist: «Even-

tuelle Ungenauigkeiten in den Datengrundlagen und Berechnungen (z.B. durch ungenaue Abgrenzungen) müssen im Rahmen der anstehenden Tarifverhandlungen bereinigt werden. Welcher Weg für die Verhandlungen gewählt wird, ist noch zu definieren.»

Und die zusätzlich verrechenbaren Leistungen?

Klar zu regeln seien im Weiteren die zusätzlich verrechenbaren Leistungen. Das ist ein grosses Thema bei den Preisverhandlungen nach einem viel beachteten Urteil des Bundesversicherungsgerichts, dem Rheinburg-Urteil. Hierbei wurde festgehalten, dass eine separate Tarifierung nach Art. 49 Abs. 1 Satz 4 KVG der externen ambulanten Leistung nur dann zulässig ist, wenn sich dies mit den hohen Kosten und der seltenen Inanspruchnahme dieser Leistung begründen lässt. Laffranchi: «Bis heute existiert allerdings keine landesweit einheitliche Lösung. Aber es laufen Verhandlungen zwischen santésuisse, curafutura und H+, um dieses Problem innerhalb eines Anhangs zum Tarifstrukturvertrag ST Reha zu lösen.»

Riesenarbeit für die Tarifverantwortlichen in den Kliniken

Vieles ist bereits bereit für den Start des neuen Tarifs, einiges bedarf noch des Feinschliffs. Aber wie zeigt sich diese Ausgangslage bei den Kliniken? – Ricky Probst, Leiter Tarife und Kooperationen Kliniken Valens, präsentierte eindrücklich, welch grosse Arbeit vor Ort zu leisten ist. Am Beispiel seiner Klinikgruppe sieht die Ausgangslage recht komplex aus. Bezüglich der Tarif-Einführung für alle stationären Standorte per 1. Januar 2022 sind Verträge in 2 Kantonen nötig, ab 2023 in 4 Kantonen. Verhandelt werden muss mit 4 Einkaufsgemeinschaften. Daraus sollen 22 stationäre Verträge für KV/UV/MV/IV entstehen. Nötig sind 15 kantonale Tarifgenehmigungen und denkbar 15 Stellungnahmen des Preisüberwachers. Hinzu kommen Regelungen im Rahmen der Zusatzversicherungen. Themen sind dabei insbesondere der Tageszensus für abrechenbare Pflgetage, das Abrechnen von Urlauben und Belastungserprobungen sowie Mehrleistungen mit teilweisen therapeutischen Komponenten.

Grosse Herausforderung für die Tarifverhandlungen

Das Benchmarking sieht Ricky Probst ebenfalls als grosse Herausforderung: «Bis anhin galt pro Leistungsbereich ein Tarifbenchmark. Neu ist es ein leistungsorientiertes Vorgehen auf Basis der

Kosten- und Leistungsdaten, es wird separate Benchmarks von allen Seiten geben: von Versicherern, Kantonen, Verbänden und des Preisüberwachers. Bei der Version ST-Reha 1.0 werden jedoch relevante Kostenunterschiede in der Tarifstruktur noch nicht adäquat abgebildet. Systembedingt werden sich unterschiedliche Preise/Baserates ergeben. Betriebsvergleiche auf Basis von Preisen und Kosten sind zumindest bei der Einführungsversion fast nicht möglich.»

Probst erwartet zudem, dass die Verhandlungen vermutlich spät starten werden: «Resultate werden flächendeckend nicht vor Dezember 2021 erwartet. Arbeitstarife werden daher in vielen Regionen zur Realität werden. Hier ist die Dynamik der Einkaufsgemeinschaften von Interesse. Mögliche neue Verhandlungsgruppen, ein gemeinsames Auftreten von Kliniken sind auf Spitalseite möglich. Ein- oder Mehrjahreslösungen im Hinblick auf die Version 2.0 sind zu beachten. Die Baserates werden in der Einführungsversion stark variieren.»

Der erfahrene Tarifverhandler wies zudem auf zu erwartende unterschiedliche Musterverträge hin, auf die Problematik der Umsetzung der Kostenneutralität als Einzelklinik oder Spitalgruppe, auf die Bedeutung rascher Kostengutsprachen unter dem neuen Tarif und dabei auf die Gefahr möglicher später Zahlungsfristen bei Langliegern. «Auf alle Fälle», so Probst, «ist ein rasches Handeln angezeigt, weil die unterzeichneten Verträge kantonal zu genehmigen sind. Auch die Rolle der Preisüberwachung ist zu beachten. Ausserdem ist gemäss KVG eine Verlängerung bisheriger Verträge aufgrund der neuen Tarifstruktur nicht möglich.»

Es geht um sehr viel

Die kommenden Wochen sind matchentscheidend. «Es geht um sehr viel!» ist Ricky Probst überzeugt. «Vorhandene Daten und eigene Simulationen sind eine wichtige Grundlage. COVID-Einflüsse gekoppelt mit der Einführung von ST Reha sind eine besondere Herausforderung. Die noch offenen Punkte und fehlenden Grundlagen werden zu späten Verhandlungsergebnissen führen. Daher werden differenzierte Tarife die Einführungsjahre begleiten. Die Systematik der Betriebsvergleiche muss später adjustiert werden. Auch ist der Einfluss von ST Reha auf künftige VVG-Verträge nicht zu unterschätzen!»

Bilder: Peter Brandenberger – www.im-licht.ch

Weitere Informationen

www.medicongress.ch