

Aufschlussreiches 2. ST Reha AnwenderInnen Forum von MediCongress – wie ist der neue Tarif angekommen?

Erste wichtige Erfahrungen – Verbesserungspotenzial ausschöpfen

Am 1. Januar wurde der neue Tarif ST-Reha eingeführt. Welche Erfahrungen machten Rehabilitationskliniken in den ersten Wochen nach der Einführung? Welche Probleme sind aufgetreten, welche positiven Überraschungen? Welche Anpassungen sind nötig? Wo braucht es systemische Nachbesserungen? Was müssen Kliniken oder Versicherer für sich selbst lösen? – ein grosser Fragekatalog, der auf den Kern der Sache zielt. Antworten gaben erfahrene ReferentInnen in einem ersten digitalen Teil des Forums.

«Wir wollen mit unserem AnwenderInnen Forum Reaktionen in Form einer noch kurzfristigen Perspektive abholen und einen Erfahrungsaustausch aus erster Hand bieten», eröffnete Dr. oec. HSG Willy Oggier, wissenschaftlicher Programmverantwortlicher, den Reigen der Referenten. Diese wussten denn auch, bedeutende Elemente gründlich zu beleuchten und Lücken aufzudecken. Rémi Guidon, Leiter Geschäftsbereich TARPSY & ST Reha SwissDRG AG, zeigte interessante Zahlen: Während die Fallzahlen, Corona-bedingt, 2020 zwischen 12 und 18% zurückgingen, stiegen die mittleren Tageskosten um 11 bis 19%. Allerdings sei dies aufgrund der Pandemie zu wenig aussagekräftig. Die SwissDRG AG hat daher eine zweijährige Erfassungsperiode für die Festsetzung des Tarifs 2.0 beschlossen, so dass per

Anfang 2024 damit abgerechnet werden kann. Um bereits jetzt mehr Aufschlüsse zu erhalten, wurden zwei Tarifgruppen genauer unter die Lupe genommen: TR 15 (geriatrische Rehabilitation) und 16 (muskuloskeletale Rehabilitation), 49% aller Fälle wurden bei der normalen und aufwändigen Rehabilitation mit den aktuellen Tageskostengewichten betrachtet.

Besonderes Augenmerk auf Zusatzentgelte

Ein wichtiges Kapital stellen die Zusatzentgelte dar, die teils von Leistungen Dritter stammen. Um Besonderheiten in der stationären Rehabilitation, insbesondere an der Schnittstelle zur Akutsomatik, gerecht zu werden, soll bei der

Einführung von Zusatzentgelten in ST Reha die Möglichkeit bestehen, von bestimmten Kriterien aus dem Bereich der Akutsomatik abzuweichen, um Fehlanreize im System zu vermeiden. «Insbesondere», so Guidon, «erscheint es wichtig, hinsichtlich der Etablierung Rehabilitations-spezifischer Zusatzentgelte Kriterien aufzustellen, an welchen sich sowohl die SwissDRG AG als auch die AnwenderInnen der Tarifstruktur orientieren können und die eine zielgerichtete Weiterentwicklung von ST Reha sicherstellen.» Im Antragsverfahren 2021 erfolgten 10 Gesuche zur Aufnahme von Medikamenten auf die Liste der in der Medizinischen Statistik erfassbaren Medikamente/Substanzen, 2 Gesuche für Grupperumbauten und 20 für Zusatzentgelte. Guidon nannte die Bedingungen für Zusatzentgelte: «Das Volumen einer Leistung muss systemrelevant und auch für die betroffenen Kliniken relevant sein. Die Leistung muss ungleich über die Fälle der stationären Rehabilitation verteilt sein, weswegen eine Pauschalierung nicht möglich ist.» Als Mindestkriterium muss eine derartige Leistung ein Gesamtvolumen von CHF 25000 umfassen. Die Leistung muss für mindestens drei Kliniken ein relevantes Gesamtvolumen aufweisen und in mindestens zwei RCGs erfasst sein, wobei höchstens 20% der Fälle im Anwendungsbereich betroffen sein dürfen.

H+: aktive Unterstützung der Mitglieder

Der Spitalverband H+ spielt eine wichtige Rolle bei der optimalen Umsetzung von ST Reha. Dr. Gianni Roberto Rossi, CEO der Rehaklinik Bellikon, sprach für den Verband: «Wir unterstützen unsere Mitglieder bei Vertragsverhandlungen, gewährleisten den Erfahrungsaustausch, greifen Probleme auf und engagieren uns für die Lösungsfindung auf nationaler

Einmal mehr erstklassig organisiert verlief der erste Tag des ST Reha AnwenderInnen Forums in digitaler Form.





Sie setzten Akzente am Forum (v.l. oben nach r.unten): Dr. oec.HSG Willy Oggier, Programmverantwortlicher, Rémi Guidon, SwissDRG AG, Dr. Gianni Roberto Rossi, CEO Rehaklinik Bellikon, der für H+ sprach, Jürg Wägli, Direktor Berner RehaZentrum, sowie Heike A. Jost und Christian Weber vom REHAB Basel.

Ebene.» Themen von nationaler Bedeutung sind der Tarifstrukturvertrag inklusive Regelung separat verrechenbarer Leistungen (CHOPs als Ersatz zur aktuellen Analogiekodierung), der Muster-Tarifvertrag MTK und die Klärung unterschiedlicher Auffassungen unter den Tarifpartnern zum Kostenneutralitätsgebot (Art. 59c KVV) und zur Definition, welche Leistungen zu den Basisleis-

tungen der Rehabilitation gehören und wer sie erbringt. Hier steht H+ für eine einheitliche Haltung der Leistungserbringer ein.

Es ist einiges klarer zu lösen

Rossi erwähnte als Optimierungsthemen Anreize resp. Fehlanreize und nannte als Beispiele die

Belastungserprobung, das noch uneinheitliche Regeln von Kostengutsprachen, unterschiedliche kantonale Leistungsaufträge sowie die zu wenig klare tarifliche Abbildung von Frührehabilitation, Überwachungspflichtiger und Paraplegiologischer Rehabilitation. Rossi: «Es geht zudem um die einheitliche wie die differenzierte Kodierung, die Koordination von Anträgen bezüglich CHOPs und Kodierhandbuch, die Definition des Rehabilitationsbegriffs in DefReha® als fundierte Grundlage zur harmonisierten Betrachtung der stationären Rehabilitation in der Schweiz sowie die Stärkung des Bekanntheitsgrads von DefReha® als Referenzpapier.»

Bedeutende Rechtsgutachten

Beinahe einen Gordischen Knoten stellt die vom Bundesrat verlangte Kostenneutralität aufgrund des Tarifumbaus dar. H+ hat zur Klärung ein Rechtsgutachten in Auftrag gegeben, welches das Gebot im Zusammenhang mit der Preisermittlung in Tarifverhandlungen beurteilte. Im Wesentlichen geht es darum, welche Leistungen bei der Kodierung der Basisleistungen als BA Codes gezählt werden. Das Gutachten kam zum Schluss, die Auffassung treffe nicht zu, dass aufgrund der Einführung eines neuen Tarifmodells keine Mehrkosten zulasten der OKP entstehen dürften. Das Gebot gelte nur unter einer Reihe einschränkender Vorbehalte und stehe nicht im Gegensatz zu höheren Tarifen und Mehrkosten, falls sie aufgrund transparenter Kostendaten gerechtfertigt seien. «Falls der neue Tarif durch ertragsneutrale Überführung aus dem früheren Tarif hergeleitet wird, führt das zur Entkoppelung der kostenbasierten Tarifierung», fasste Rossi zusammen. «Das Einfrieren von Tarifen auf dem früheren Ertragsniveau widerspricht der gebotenen jährlichen Verhandlung. Die ertragsneutrale Festsetzung von ST Reha-Basispreisen lässt sich aus Art. 59c Abs. 1c KVV deshalb nicht ableiten.» Ein zweites Rechtsgutachten ging der Anwendung von CHOP-Codes im Rahmen der Tarifstruktur ST Reha auf den Grund. Es gelangte zu folgenden Schlussfolgerungen:

- Bei der stationären Rehabilitation handelt es sich um ein OKP-pflichtiges Leistungsbündel unter Einbezug von Fachpersonen aus unterschiedlichen Fachbereichen.
- Die im ambulanten Bereich vorgesehenen Positivisten gelten im stationären Bereich bewusst und gewollt nicht.
- Erst das ermöglicht die WZW-konforme Leistungserbringung, bei der das Spital verantwortlich ist, dass seine leitenden Medizinalpersonen die einschlägigen Berufszulassungen erfüllen.
- Derartige Leistungen zählen zu den in den BA CHOP-Codes erwähnten Mindestleistungen.

H+ setzt seine Unterstützung der Mitglieder unter dem Stichwort eines «lernendes System» fort. Im Zentrum stehen dabei die Entwicklung von CHOP-Codes oder ST Reha-Anträgen zur Differenzierung der Tarifstruktur sowie das Sammeln von Rückmeldungen zum Verhalten der Akteure.

Start mit Bremsspuren

Wie setzen die Kliniken ST Reha praktisch um? – Jürg Wägli, Direktor Berner RehaZentrum, ist recht zufrieden mit wenigen Einschränkungen. Seine Klinik hat je einen definitiven Vertrag mit der Zentralstelle für Medizinaltarife ZMT und tarifsuisse, eine seit Anfang Jahr gültige, provisorisch festgelegte Baserate vom Kanton Bern, die gemäss den Verhandlungsergebnissen mit den Versicherern angepasst werde, aber noch keine definitive Einigung mit der Einkaufsgruppe HSK, mit der unterschiedliche Auffassungen bezüglich der Kostenneutralität das Bild trüben.

Wägli zog folgendes Start-Fazit: «Die Vorbereitungen haben sich weitgehend bewährt und auch gelohnt. Der Anteil Bürokratismus in den Kernprozessen wurde weiter gesteigert. Der DMI Januar 2022 liegt sehr nahe beim DMI für die Tarifverhandlungen. Das neue Tarifsysteem selber verursacht erhebliche Mehrkosten. Es gibt noch fast keine Praxis in der Anwendung, dafür noch einiges zu tun.» Eine Tarifeinführung sei massgeblich ein Organisationsprojekt: «Es geht auch darum, gemeinsam Lösungen zu finden – nicht darum, einen Krieg zu gewinnen.» – Handlungsbedarf sieht Wägli insbesondere bei den Kostengutsprachen: «Diese erfolgten seit Januar z.T. nicht unabhängig von der Rehabilitationsart. Wir haben die Krankenversicherungen, welche Kostengutsprachen «nach alt» erteilen, darauf aufmerksam gemacht. Wir rechnen trotzdem mit aufwändigen Klärungsaufgaben.»

Zu beachten seien auch noch gewisse «Grauzonen», z.B. Wochenvorgaben bei angebrochenen Wochen, unklare Legitimationen bezüglich Berufsgruppen, die Aufnahmepflicht von Patienten, welche ein Standardprogramm nicht erfüllen können, und schliesslich latente Fehl-anreize: Sinnlose Leistungen trotzdem erbringen? ... sowie das Ungleichgewicht bezüglich guter Abgeltung für leistungsfähige Patienten vs. schlechter Abgeltung für schwache Patienten.

Besser differenzieren und den Reha-Begriff schärfen

Ausserdem werde das politische Ziel der Kostendämpfung nicht erreicht. Teils unnötige, aber vorgegebene Leistungen und der zusätzliche Bürokratismus verschärften den Fachkräftemangel, «das ist ein mehrdimensionales Kostenproblem», meinte Wägli und setzte seine kritische Betrachtung fort: «Gemäss Art. 49 KVG muss ST Reha ein leistungsbezogener Pauschaltarif sein. Der Tarif differenziert jedoch generell nicht gut. Alle Anspruchsgruppen sind sich in diesem Punkt einig. Verbesserungen werden trotzdem nicht einfach sein. Das alte Tarifsysteem hatte zwar auch Mängel, aber es differenzierte wesentlich besser. Aktuell müsst(en) wir punktuell Leistungen erbringen, welche weder wirksam noch zweckmässig sind wie z.B. Schulungen für gewisse Patienten. Hingegen könn(ten) wir wirksame und zweckmässige Leistungen nicht mehr erbringen, beispielsweise für Patienten, die ein ST Reha-konformes Programm nicht erfüllen können. Die Weiterentwicklung von ST Reha muss dafür sorgen, dass der Gap zwischen medizin- und tariforientierter Behandlung kleiner wird.» – Last, but not least begrüsst der erfahrene Klinikdirektor die als CHOP-Antrag 2021 eingebrachte Ablösung der Analogiekodierung als zweitbeste Anpassung, «eigentlich wäre es besser, die Versorgungsstrukturen zu vereinheitlichen, d.h. den Rehabilitationsbegriff zu schärfen.»

MOMO

Automatisch die beste Abrechnung

Vermeidung von Abrechnungsdefiziten

Vollständige Vergütung Ihrer Aufwände

Mit MOMO

www.tiplu.ch



Das sind die entscheidenden Elemente für die systematische Therapieplanung im REHAB Basel.

Und wie steht's, wenn es ganz komplex wird?

Rehabilitation ist schon per se vielfältig. Das trifft für das Basler REHAB in besonderem Masse zu. Hier arbeiten neben der Ärzteschaft und Pflege über 150 Spezialistinnen in folgenden Disziplinen und Supportdiensten: Physiotherapie, inkl. Sporttherapie, Ergotherapie, Logopädie, Neuropsychologie/Psychologischer Dienst, Tiergestützte Therapie mit Tiergarten und Hippotherapie, The-

Sina Neuenschwander, MediCongress, freut sich bereits auf den nächsten Event.



rapieorientierte Aktivierung/Rekreation, Musiktherapie, Kunsttherapie, Sozialberatung, Übungswohnen, Tagesklinik, Fachbegleitung, Zentrale Therapieplanung und Therapie-Controlling. Das REHAB ist eine Klinik für die hochspezialisierte Behandlung und Rehabilitation von Menschen mit einer Hirnschädigung und/oder Querschnittslähmung nach Unfall oder Krankheit und betreibt eine ganzheitliche Rehabilitation. Die Klinik verfügt über einen Leistungsauftrag des Standortkantons Basel-Stadt für Neurologische Rehabilitation, Paraplegiologische Rehabilitation, Frührehabilitation und eine Spezialabteilung Wachkoma. Zudem ist das REHAB auf der Spitalliste von weiteren 13 Kantonen aufgeführt. Im REHAB wird nur die Neurologische Rehabilitation mit ST REHA abgegolten. Für die weiteren Schwerpunktbereiche, Frührehabilitation und Paraplegiologie, gibt es eine Ausnahmeregelung. Hier gelten während der Tarif-Einführungsphase für 2022 und 2023 weiterhin Tagespauschalen. Ab 2024 werden diese beiden Bereiche voraussichtlich, analog der finanziellen Abgeltung in der Akutmedizin, mit Fallkostenpauschalen finanziert. «Erfahrungsgemäss unterliegen bei einem Tarifswechsel bzw. bei der DRG-Finanzierung immer die hochspezialisierten kostenintensiven Leistungen dem grössten Kostendruck. Wir sind dementsprechend dreifach gefordert», führte Heike A. Jost, Leiterin Therapien & Beratung, GL-Mitglied, aus. «Wir müssen nämlich unsere Leistungen dreimal unterschiedlich abbilden, erfüllen und dokumentieren. Daher musste der gesamte therapeutische Bereich neu organisiert werden, um die geforderten Leistungen zuverlässig und kontrolliert erbringen zu können.»

Qualitative Leistungsgrundlagen sorgfältig definiert

Die qualitativen Grundlagen therapeutisch-rehabilitativer Leistungen im REHAB bilden die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) der WHO sowie die Richtlinien evidenzbasierten Vorgehens. 2021 wurden spezielle, am Therapieziel orientierte Behandlungsmodule geschaffen. Sie sollen das Erbringen individueller Therapieleistungen und damit eine optimale Behandlung garantieren. «Demgemäss wurden pro Rehabilitationshauptziel (= Domäne für 2–4 Wochen) gezielte Behandlungspakete entwickelt, die sowohl die Therapieminuten abdecken als auch unseren qualitativen Ansprüchen gerecht werden», erklärte Christian Weber, Leiter Prozess- und Personalcontrolling Bereich Therapien, Systementwicklung und Stammdaten. «Hinter jedem Paket/Modul sind einzelne Therapieleistungen hinterlegt, die entsprechend verordnet und per Planung umgesetzt werden. Dabei achten wir darauf, dass die grundlegenden Therapien die Minuten erfüllen und generell verordnet sind. Über Zusatzmodule (wie Gangkaskade, Lymphdrainage oder Beckenboden) oder Einzelleistungen (Neuropsychologie/Psychologie, Musiktherapie, Kunsttherapie, Rekreation, Sozialberatung, Gruppenangebote usw.) wird das Angebot spezifisch zugeschnitten und ergänzt.» Im Bereich Neuroreha (ST Reha finanziert) wird die Auswahl von Behandlungsmodulen abhängig vom primären Therapieziel (ICF-Domäne) getätigt, wobei auch hier die vorgegebenen 540 Therapieminuten pro Woche gewährleistet sind. In diesem Bereich ist eine Kombination verschiedener Module die Regel.

Strategie trägt Früchte

Das konsequente Vorgehen im REHAB zeigt Früchte: optimierte Prozesse, Standards für höchste Sicherheit und Konstanz und gründliches Therapiecontrolling sind etabliert. Weber: «Die technischen Schnittstellen funktionieren in der Datenübermittlung zwar noch nicht ganz einwandfrei, was die Fakturierung erschwert. Wir sind aber auf Kurs, die Komplexität der Patienten weiterhin abzubilden und zu dokumentieren – wirkungsvoll unterstützt durch unser KIS und die Software Reha TIS. Für die Zukunft ist wichtig: Die Tarifstruktur sollte Leistungskriterien definieren und keine Qualitätskriterien. Diese bildet DefReha® ab – und sollte deshalb als Referenzdokument dienen.»

Weitere Informationen

www.medicongress.ch