

2. ST Reha AnwenderInnen Forum von MediCongress:
weiter an den Details feilen

Für Kliniken und Versicherer gilt: Gemeinsam geht's besser

Nach dem ersten, digitalen Forumstag gingen die Referenten am zweiten, physischen Tag weiter auf entscheidende Details ein. Leistungserbringer und Kostenträger, die sich bereits intensiv mit der Anwendung des neuen Tarifs beschäftigen, waren sich einig: Es lohnt sich, die während der ersten Monate gesammelten Erkenntnisse sorgfältig auszuwerten und gemeinsam an möglichen Verbesserungen zu arbeiten.

Umso wichtiger sei daher ein regelmässiger Austausch der Erfahrungen von Rehakliniken und Kostenträgern, betonte Gesundheitsökonom Dr. oec. HSG Willy Oggier, Wissenschaftlicher Programmverantwortlicher. «Auf dieser Basis kann der neue Tarif umgesetzt und laufend optimiert werden.»

Rechtzeitig vorbereitet und daher startklar

Als entscheidenden Faktor, mit ST Reha gut umzugehen, wertet Dr. med. Till Hornung, CEO Kliniken Valens, den Umstand, dass sich die Rehakliniken schon früh auf die neue Situation eingestellt hätten. «Für uns bedeutete das die Einführung für alle unsere stationären Standorte, worauf wir uns mit dem internen Projekt «Valens goes ST Reha» seit Dezember 2020 vorbereitet haben. Es bedeutete grosse Anpassungen in klinischen und administrativen interdisziplinären Prozessen. Danach konnten wir gut gerüstet in die Tarifverhandlungen für den

Bereich ST Reha und die noch weiterhin speziell abzurechnende Frührehabilitation einsteigen.»

Die ersten Erfahrungen seien durchzogen ausgefallen, erläuterte Hornung. «Unsere Wahrnehmung der Situation bei unseren Partnern zeigt generell Covid-bedingte Verzögerungen. Bei den Einkaufsgemeinschaften wurden die Musterverträge unverständlich spät erstellt, es entwickelte sich eine schwierige Verhandlungsstrategie. Die nötigen Abschlüsse sind nun aber erreicht. Die operativen Mitarbeitenden bei den Krankenkassen sind jedoch nur teilweise geschult. Ausserdem fehlen teilweise immer noch einige Tarifverträge. Deshalb können unsere Rechnungen nicht flächendeckend elektronisch gestellt werden. Anfangs bestand teilweise auch Unsicherheit betreffend Kostengutsprache nach Reha-Art, für die Frührehabilitation und den Übertritt von Frühreha in ST Reha. Sehr viel Zeit wird immer noch für Fallzusammenlegungen aufgewendet – ohne sichtbaren Nutzen! Bei den Kantonen stellen wir noch uneinheitliche Refe-

renztarife fest. Die Problematik der Arbeitstarife konnten wir jedoch zusammen zeitnah und flexibel lösen.»

Positiv sei, dass die Patienten von der Systemänderung nichts spüren. «Für klinisch tätige Mitarbeitende wird die geleistete Arbeit transparent. Wir verfügen über eine revisionstaugliche Dokumentation, angepasste Austrittsberichte, revisionstaugliche Assessments, «Therapieampeln» zur Erreichung der BA Codes und erste Regelungen für die Belastungserprobungen.»

Dynamische interne Weiterentwicklung notwendig

Dr. Till Hornung betonte, dass trotz aller positiven Faktoren weitere Entwicklungen nötig seien: «Das betrifft das Rückweisungsmanagement, effiziente Prozesse aufgrund separat verrechenbarer Leistungen, die Reporting-Instrumente und das Optimieren der internen Kommunikation. Daher begleitet ein Projektteam die Einführungsphase weiter.»

Renato Laffranchi, tarifsuisse ag (links), und Ricky Probst, Kliniken Valens, diskutieren über die Bedeutung von Merkmalen einer qualitativ erstklassigen Reha.



Er plädierte zudem für die Weiterentwicklung des Tarifsystems, für ein gemeinsames Verständnis der Systempartner zur rehabilitativen Behandlung, für eine konkrete Lösung für die Bereiche Frührehabilitation und Paraplegiologie sowie eine weitere Ausdifferenzierung der Leistungen z.B. in der psychosomatischen Rehabilitation. Weitere Punkte betreffen die Entwicklung der Zusatzentgelte, die Abrechnung von Medikamenten im Rahmen der separaten Verrechnung von Leistungen während des stationären Aufenthaltes oder auch besondere Aufwände, z.B. für die 1:1-Betreuung.

Insgesamt zog Hornung ein eher positives Fazit: «ST Reha bringt zwar keinen Aufschluss bezüglich Therapiequalität und Kosteneffizienz. Aller-



Dr. med. Till Hornung, CEO Kliniken Valens



Markus Tschanz, Projektleiter Einführung ST Reha Rehaklinik Bellikon



Beatrix Meyer, Leiterin Abteilung Stationäre Versorgung und Tarife FMH



Verena Nold, Direktorin santésuisse

dings zeigt sich ein erfolgreiches Tarifsystem erst in seiner längerfristigen Anwendung. Es wird bestimmt der Zeitpunkt kommen, an dem wir aufgrund der Erfahrungen den Tarif nochmals gut anschauen werden. Erfreulich ist, dass die Umsetzung auch bei den Partnern immer besser abläuft. Aber: Es gibt noch viel zu tun!»

Den Paradigmenwechsel täglich umsetzen

Von einer gründlichen Neuorientierung sprach Markus Tschanz, Projektleiter Einführung ST Reha Rehaklinik Bellikon. Zur Bewältigung des Paradigmenwechsels Richtung leistungsorientierten Tarif dienen sorgfältig erarbeitete Reha-Pfade: «Hier haben wir mit unserer Expertise folgende Fragen beantwortet: Können Patienten nach Funktionseinschränkungen in Gruppen zusammengefasst werden, die alle von denselben Basis-Therapieprogrammen profitie-

ren? Welche klinischen Zuordnungshilfen in die Gruppen gibt es? Welche Therapieintensität bringt bei welchen Gruppen den erwünschten Nutzen?»

Die konkrete Umsetzung erfolgt jeweils während der Rehabilitationsvisite: Hier wird das Therapieprogramm im KIS eingetragen. Das geschieht mit Bezugnahme auf den Reha-Pfad: Basistherapien sind voreingestellt, patientenindividuelle Ergänzungen werden während der Visite vorgenommen, zudem wird die Bandbreite überprüft.

Exakte Abbildung aller erbrachten Leistungen

In der Therapieplanung werden die Erstverordnung umgesetzt und Anpassungen aus Folgeverordnungen vorgenommen. «Unser bewährtes «Werkzeug» dafür ist die Software RehaTIS. Hier werden auch medizinisch dringliche Leis-

tungen und das Management von Ressourcenengpässen in die Planung miteinbezogen. In RehaTIS können wir geleistete Therapien sehr transparent dokumentieren und die erbrachten Leistungen und Schulungen mit Bezug zum leistungsorientierten Tarif überprüfen. Die Leistungserfassung mit dieser neuen Software ermöglicht eine Darstellung mit Fokus Tarifierfüllung sowie für andere Zwecke wie Ressourcenverbrauch, Fallkosten, Personalplanung usw.»

Die Erfahrungen des klinischen Personals beurteilt Tschanz als positiv: «Die Gestaltungsmöglichkeiten bei der Leistungserbringung werden erkannt. Die technische Umsetzung der Prozesse in den IT-Systemen ist allerdings bisweilen fast ein Turmbau zu Babel, da neben der Tarifumstellung auch noch per Anfang 2023 ein neues KIS eingeführt wird. Sorgfältige Planung zahlt sich jedoch aus. Es gilt insbesondere, unsere IT-Spezialisten immer wieder für medizinische Prozesse zu begeistern.»

Es braucht Nachbesserungen

«ST Reha als lernendes System bessert sich selber nach, aber wir müssen Voraussetzungen dazu schaffen», fuhr Tschanz fort. «So ist die Datenlage laufend zu optimieren. Wir müssen auch mehr Verständnis für die Überwachungspflichtige Rehabilitation als Bestandteil im Kontinuum der stationären Rehabilitation schaffen; diese Leistungen sind nicht trennbar und daher unter ST Reha abzubilden. Das bedeutet, jene Leistungen, welche die Überwachungspflichtige Rehabilitation von der Normalsituation unterscheiden, eindeutig erfassbar zu machen.»

Ein weiteres Thema sind Zusatzentgelte. Erstklassige Datenlieferungen zu den Kosten für zusätzlich abrechenbare Leistungen wie Medikamente seien unabdingbar, damit ein Zusatzentgelte-Katalog ST Reha entstehen könne. «Anpassungen müssen wir jedoch mit Bedacht anstreben. Was heute speziell ist, kann morgen bereits Standard sein – und dann nur noch Dokumentationsaufwand, aber keinen Nutzen mehr für die Differenzierung in der Tarifstruktur bedeuten. Die Umstellung von Tagestaxen auf leistungsabhängige Pauschalen ist eben kein Selbstläufer – das betrifft alle Anspruchsgruppen und alle Anwender, unter denen ein ständiger Informationsaustausch nötig ist.»

Es ist aufwändiger geworden

Von den Leistungserbringern wird sehr viel gefordert, insbesondere Therapiequalität und Wirtschaftlichkeit. Daher ist es für sie entscheidend, dass sie ihren administrativen Aufwand

in Grenzen halten können. Das sei allerdings nicht der Fall, bemerkte Beatrix Meyer, Leiterin Abteilung Stationäre Versorgung und Tarife FMH: «Kostengutsprachen werden aktuell meist nach Reha-Art durchgeführt, obwohl die FMH bereits im Vorfeld Gutsprachen unabhängig von der Reha-Art gefordert hatte. Die Vorbereitung der Versicherer erwies sich als unterschiedlich, teilweise als ungenügend. Eine Schulungsoffensive durch die Krankenversicherungsverbände wäre hilfreich. Rückfragen der Versicherer sind oft standardisiert und die Kliniken nicht darauf vorbereitet; teilweise erfolgen Rückfragen gestückelt zu ein und demselben Fall. Das erhöht den administrativen Aufwand unnötig.» Konfliktpotenzial ergebe sich zudem, weil einige Versicherer im Vorfeld die Meinung vertreten haben, Leistungen wie Kreativtherapie, Sporttherapie usw. seien «Nichtpflichtleistungen» und nicht vergütungsrelevant. Die Reaktion einzelner Rehakliniken, um mögliche Konflikte mit Kassen zu vermeiden, waren daher «Nichtpflichtleistungen» in Komplexcodes zusätzlich zu den Mindestminuten kostenlos zu erbringen, sie als Gruppentherapie anzubieten, um Verluste zu reduzieren, oder Ersatz durch andere Leistungen zu schaffen. Meyer vertritt aber klar die Meinung: «Diese Leistungen sollten an die Mindestminuten anrechenbar sein, weil sie Teil eines Behandlungskomplexes sind und nicht Teil einer WZW-Umstrittenheitsabklärung im Reha-Bereich. Wenn ein Behandlungskomplex vorliegt, bei welchem Nichtpflichtleistungen und Pflichtleistungen zusammentreffen und in einem engen Konnex zueinander stehen, die Nichtpflichtleistungen aber nicht die überwiegenden Leistungen darstellen, dann gilt die Gesamtleistung als OKP-Pflichtleistung.»

Meyer bezog sich auch auf eine Stellungnahme des BAG als Beispiel einer Umstrittenheitsabklärung in der anthroposophischen Medizin: Bezüglich der Delegation von Leistungen gelte, dass eine Kostenübernahme der OKP für nichtärztliche Leistungen im stationären Bereich im Rahmen des Behandlungskomplexes grundsätzlich möglich sei, solange keine Umstrittenheitsabklärungen für derartige Komplexbehandlungen oder Teile davon eine WZW-Prüfung ausgelöst haben, die zu Einschränkungen oder Ausschlüssen von der Leistungspflicht geführt hätten.

Eine paritätische Schlichtungsstelle?

Die Referentin erwähnte, die Wünschbarkeit einer paritätischen Schlichtungsstelle werde vermehrt thematisiert. Vorteilhaft könnte dies bei Kodierungsunstimmigkeiten, Ausnahmekriterien bezüglich der BAG-Liste «ambulant vor stationär» oder bei separat verrechenbaren

Leistungen sein. Wichtig sei dabei, Muster wiederkehrender Problemkonstellationen zu erkennen und prioritär zu lösen, Antworten zu publizieren und das Vorgehen zu formalisieren.

Auf alle Fälle zu lösen seien Zielkonflikte bezüglich Behandlungsqualität und Fehlanreizen. Die beantragten dreiteiligen BA-Kodes könnten hier vorbeugen. Meyer forderte die rasche Ablösung der Analogiekodierung – keine «Gratis-Eintrittskarte» mehr in Basis-RCGs, die Abbildung verschiedener Schweizer Versorgungsmodelle und das Lösen der Problematik Patientenselektion durch tiefere Mindestminuten bei Patienten mit verminderter Belastbarkeit: «Durch eine Gradierung nach oben bzw. integrierten BB.2-Kode würde der heutige Fehlanreiz wegfallen, nur das Minimum der BAs zu erfüllen.»

So ergibt sich laut Meyer ein deutliches Fazit:

- Bei der Zusammenarbeit mit Versicherern gilt es, eine Konfliktumgehung zulasten der Patienten zu vermeiden.
- Es braucht eine paritätische Schlichtungsstelle.
- Interpretationsspielräume sind zu schliessen, CHOP-Kodes zu schärfen.
- Positiv wäre, ein Antragsverfahren zur sachgerechten Abbildung der Leistungen zu nutzen und dabei Trade-offs wie Abbildungsgenauigkeit vs. administrativen Aufwand abzuwägen.

Die FMH-Begleitgruppe ST Reha und der FMH-Ausschuss ST Reha werden sich dafür weiterhin tatkräftig engagieren, auch in Zusammenarbeit mit dem Think Tank ST Reha von FMH/H+/SW/ISS REHA.

Auf dem Erreichten weiter aufbauen

Bereits bestünden für 71 % aller Leistungen Tarifverträge, betonte Verena Nold, Direktorin santé-suisse. «Als günstig erwiesen hat sich ST Reha, weil der Tarif auf Tageskostengewichten nach 19 Kostengruppen basiert, sich Entschädigungen aus dem Basispreis multipliziert mit der Summe der Tageskostengewichte ergeben und nur noch ein Basispreis pro Klinik verhandelt werden muss – analog zu SwissDRG und TARPSY. Zum ersten Mal ist ein Vergleich über alle Reha-Arten möglich. Eventuelle Ungenauigkeiten in den Datengrundlagen und Berechnungen (z.B. durch ungenaue Abgrenzungen) können im Rahmen der Tarifverhandlungen bereinigt werden. Die Verhandlungen erfolgen auf Basis einer ertragsneutralen Umrechnung der Tarife. In Ergänzung zum Tarifstrukturvertrag ST Reha wurde ausserdem eine Vereinbarung zur separaten Verrechnung von Leistungen während eines stationären Aufenthaltes (Zusatzleistungen – Art. 49 Abs. 1 KVG) unter den Tarifpartnern vereinbart, die dem Bundesrat zur Genehmigung beantragt wurde.» Handlungsbedarf sieht schliesslich auch Nold in der Steigerung der Datenqualität und Transparenz, in der Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Akutspital und Reha-Klinik, um die Kostengutsprachen bezüglich des Reha-Potenzials zu verbessern, und in der weiteren Entwicklung Reha-spezifischer Zusatzentgelte. Erfreulich sei dabei: «Konstruktive Verhandlungen sind möglich und es können Abschlüsse gefunden werden.» – Gemeinsam geht's besser.

Weitere Informationen

www.medicongress.ch

Nicht Äpfel mit Birnen vergleichen

Den Schluss des ST Reha AnwenderInnen Forums bildete eine Diskussion über die Qualität der Rehabilitations-Leistungen. Ricky Probst, Leiter Tarife und Kooperationen Kliniken Valens, bedauerte, dass es trotz sehr vieler bisher gelieferter Behandlungsdaten noch keinen Benchmark-Vergleich gibt. Es sei hingegen zu begrüßen, dass mittlerweile ein umfangreiches Verständnis für Spezial- und Zusatzleistungen bestehe: «Es gibt aber immer noch massive Leistungsdifferenzen aufgrund unterschiedlicher kantonaler Leistungsaufträge. Hier stellen wir einen grossen Unterschied zu den schweizweit einheitlichen Definitionen im Akutbereich fest.»

Dies zu verbessern, setze viel Fingerspitzengefühl während der noch andauernden Einführungsphase von ST Reha voraus, unterstrich Renato Laffranchi, Leiter Leistungseinkauf tarifsuisse ag: «Im Akutbereich hatte SwissDRG ja zehn Jahre Zeit dafür.» Es sei wichtig, einen harten Benchmark anzustreben und individuelle Fälle sorgfältig zu prüfen.

Das Fazit der Diskussion bestand darin, die Qualität der Leistungen exakt zu vergleichen und Rehabilitation als rasche, nachhaltige Wiedereingliederung der Patienten in ihr gewohntes Lebens- und Berufsumfeld zu verstehen. Hochqualitative Rehabilitation schafft zum Einen neue Lebensqualität, zum Anderen hat sie einen hohen volkswirtschaftlichen Nutzen, weil sie Langzeitpflegebedürftigkeit, Arbeitslosigkeit und Invalidität verhindert oder reduziert.