

3. ST Reha AnwenderInnen Forum von MediCongress: Verbesserungspotenzial gemeinsam anpacken

Alle Akteure sind weiter gefordert

Vor gut acht Monaten wurde ST Reha eingeführt. Welche Erfahrungen haben Rehabilitationskliniken seit dem Wechsel der Tarifstruktur gesammelt? Gibt es Unterschiede zwischen der Deutsch- und Westschweiz? Oder solche zwischen unterschiedlichen Leistungsbereichen? Wie beurteilen Versicherer die Situation? Wo besteht Handlungsbedarf? Wo braucht es Systemverbesserungen? Was müssen Kliniken bzw. Versicherer für sich selbst lösen? Diesen Fragen widmete sich das 3. ST Reha AnwenderInnen Forum, erneut moderiert vom Zürcher Gesundheitsökonom Dr. oec. HSG Willy Oggier, in zwei Teilen, digital und physisch.

Wie reagieren denn diejenigen, die tagtäglich am Patienten arbeiten? – So befragten die Meinungsforscher von gfs Ärztinnen und Ärzte in Reha-Kliniken, wie sie den Einfluss des neuen Tarifsystems für die Vergütung der stationären Rehabilitation bezüglich diverser Aspekte beurteilen. Das Ergebnis ist ernüchternd, wie Dr. Beatrix Meyer, Leiterin Abteilung Stationäre Versorgung und Tarife FMH, erläuterte: Nur gerade 26% sagen, ST Reha hätte einen positiven Einfluss auf die Transparenz der Behandlung, je 13% finden Positives bezüglich der Kooperation mit den Krankenversicherern und des Managements des Behandlungsablaufs und 11% geben die gleiche Note für den Einfluss auf die Qualität der Versorgung. Da hätte man wohl mehr erwartet.

Aufschlussreich fällt das Resultat bei der zweiten wichtigen Frage aus: Hat sich der administrative Aufwand erhöht? – Während das bei der Psychiatrie nur von 20% und bei der Akutsomatik von 30% mit «stark erhöht» bezeichnet wird, sind es bei den Rehakliniken 45% und weitere 40% antworteten mit «eher erhöht».

Analogiekodierung gehört abgeschafft

Wo liegt nach der Expertin der Verbesserungsbedarf? – «Ganz besonders in der Abschaffung der Analogiekodierung», unterstrich Meyer, «das war Voraussetzung zur Zustimmung der FMH zu ST Reha 1.0 und ist unbedingt nötig für eine echte leistungsorientierte Vergütung, denn es darf

kein Gratis-Eintrittsticket in die Basis RCG mehr geben, Mindestmerkmale müssen erfüllt werden, verschiedene Versorgungsmodelle sind leistungsgerecht abzudecken. Mittel dafür wäre der gemeinsam mit H+ eingebrachte Antrag für eine Dreiteilung der BA-Kodes, der zudem Patienten mit geringer Belastbarkeit besser berücksichtigen würde. Die Umsetzung wurde indes vom Bundesamt für Sozialversicherung (BFS) zurückgestellt bzw. um ein Jahr verschoben. Es braucht weiterhin viel Geduld.»

Dieses Verhalten sei als Stopp auf der Zielgeraden zu werten. Gründe für das Zurückstellen waren Vorbehalte der Versicherer wie bessere Abgrenzung der rehabilitativen Pflege von der





Am digitalen ersten Forumstag analysierten (v.l.n.r.) Dr. Beatrix Meyer, FMH, Andreas Müller, Barmelweid Gruppe, Prof. Dr. Christophe Graf, HUG, und Gilles Hirt, H+, die ersten acht Monate Erfahrung mit ST Reha aus Leistungserbringersicht.

Grundpflege und Fragen nach der Qualifikation des Pflegepersonals für die rehabilitative Pflege. Dem stehe ein Gutachten von H+ entgegen mit der Kernaussage, dass ein Spital resp. die fachärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Leitungspersonen primär dafür verantwortlich sein sollen, dass die erbrachten Leistungen die nötige Qualität aufweisen und somit WZW als Korrektiv wirken würde. Und jetzt drängt die Zeit: Soll eine neue Regelung im CHOP 2024 erreicht werden, müssen sich die Tarifpartner bis Ende 2022 einigen.

«Uneinigkeit», so die Expertin, «wäre ein schlechtes Signal, stellte doch der stationäre Sektor bezüglich Tarifpartnerschaft bisher ein Erfolgsmodell dar. Sollte es gar zu einer Kündigung des Tarifstrukturvertrags kommen, würde dies den Ruf nach staatlichen Eingriffen verstärken.» Dann stünden wohl die aktuell diskutierten Kostendämpfungsmassnahmen wie Zielvorgaben und die subsidiäre Festsetzungs-Kompetenz des Bundesrates bei stationären Tarifstrukturen zur Diskussion.

«Es wäre schade, wenn das noch vorhandene Vertrauen verspielt würde», folgerte Meyer. Vor der Einführung von ST Reha äusserten sich nämlich immerhin 6% aller Befragten mit «klar zustimmend» zum neuen Tarif, 19% votierten mit «eher zustimmend» und 34% mit «neutral». Skeptisch war eine Minderheit von 41%.

Wie sollen künftig Arzneimittel fair verrechnet werden?

Eine weitere «Baustelle» ist die separate Verrechenbarkeit von Arzneimitteln während stationärer Aufenthalte. Die aktuelle Regelung läuft maximal bis Ende 2026. Auch hier besteht Handlungsbedarf: Die Aufnahme teurer/häufiger Medikamente auf die Medikamentenliste muss

spätestens 2023 erfolgt sein. «Die SwissDRG AG sollte die Detailerhebung 2022 auswerten und entsprechende Anträge für die Aufnahme auf die Medikamentenliste stellen», meinte Meyer. «Eine Alternative wäre, die Auswertungen den Partnern rechtzeitig zur Verfügung zu stellen und die Mindestkriterien für Zusatzentgelte zu überprüfen. Für ST Reha 2.0 wird dafür ein Gesamtvolumen von CHF 25000 vorausgesetzt, was der Hälfte im Vergleich zur Akutsomatik entspricht. Eine datengestützte Überprüfung für künftige Reha-Versionen ist daher wichtig.»

Belastungserprobungen besser regeln

Als problematisch bezeichnete die Referentin weiter das Zusatzentgelt für Belastungserprobungen, das die medizinischen und organisatorischen Zusatzkosten, nicht aber das freigehaltene Bett abdecken würde: «Das senkt die Ergebnisqualität und erhöht die Kosten durch Rehospitalisationen.» Lösung wäre für Meyer, die Tage von Belastungserprobungen zur Aufenthaltsdauer zu zählen bzw. nicht abzuziehen, was eine Anpassung der «Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung» voraussetzt.

Nötig sei schliesslich auch eine klare Abgrenzung von «neurologisch/neurochirurgischer Frühreha» und «fachübergreifender Frühreha»: «Für die FMH ist wichtig, dass beide CHOP-Kodes für alle Rehaarten anwendbar sind, weshalb wir einen Vorschlag für ein Referenzdokument erarbeiten.»

Referenzdokumente müssten für alle Rehabilitationsarten national verbindlich werden und für klare Definitionen sorgen. Weil GDK-Empfehlungen in den Jahren der Entwicklung von ST Reha fehlten, erarbeiteten die FMH und ihre Fachgesellschaften bereits 2018 Referenzdokumente zu personellen und infrastrukturellen Minimalanforderungen zuhanden der Partner der SwissDRG AG, was zu

einem Kompromiss von SwissDRG AG, GDK, santésuisse, MTK, H+ und FMH führte. Meyer: «Ein Abgleich zwischen den bestehenden Referenzdokumenten und den GDK-Empfehlungen ist notwendig wie auch deren regelmässige Überprüfung unter Einbezug der Ärzteschaft.»

Mehr Transparenz und Effizienz im Klinikalltag

Wenn einer Routine hat mit dem Umgang jeder Menge von Tarifsyste-men, ist es Andreas Müller CFO und Stv. CEO der Barmelweid Gruppe AG. Er vertrat die Position von SWISS REHA, des Verbands der führenden Rehabilitationskliniken in der Schweiz. In seiner Klinik wird in der Akutsomatik (Akut-Pneumologie, Akut-Geriatrie und Schlafmedizin) mit SwissDRG abgerechnet und im Rahmen der psychiatrischen und psychosomatischen Behandlungen mit TARPSY. Und die Rehabilitation präsentiert sich ebenfalls in zahlreichen Facetten: Pulmonale, Kardiovaskuläre, Geriatrie, Internistisch-onkologische und Psychosomatische Rehabilitation. Da ist der Wunsch nach möglichst hoher Transparenz und effizienter Leistungserfassung und -abrechnung mehr als verständlich.

Müller bezeichnete es als positiv, dass ST Reha über RCG und Kostengewichte differenziere, weshalb das nicht mehr über Tarife nötig sei. Allerdings seien die Referenztarife noch nicht einheitlich mit einer Baserate für ST Reha-Leistungsaufträge versehen. Hierbei wünscht er sich eine einheitliche Kontrolle und insbesondere auch eine klare Definition des Reha-Begriffs: «Wo Reha draufsteht, soll auch Reha drin sein. Gleichzeitig sollen Innovationen ermöglicht und nicht verhindert werden.»

Bei Müllers Wünschen an die Kostenträger steht die Kostengutsprache im Zentrum: «Sie



Den physischen zweiten Forumstag prägten, teils mir sehr kritischen Noten, (v.l.n.r.) Jürg Wägli, Berner Reha Zentrum, Dr. Gianni Roberto Rossi, Rehakliniken Bellikon und Sion, Dr. Hansueli Tschanz, Berner Reha Zentrum, und Mikis Cecon, Zürcher Reha Zentren.

sollte fürs Tarifsysteem erteilt werden und nicht pro Fachbereich, denn das Resultat der RCG ist z.T. erst nach Austritt mit einer Kodierung sichtbar. Bei der Fakturprüfung sollte es keine einseitigen Interpretationen geben (Tarifsysteem / CHOP / Kodierung). Eine paritätische Kommission für «Streitfälle» könnte sinnvoll sein. Bei Tarifverhandlungen verdient die überwachungspflichtige (Früh-)Reha ein besonderes Augenmerk.»

Nachdem nun ST Reha schon acht Monate lang besteht, sei es an der Zeit, die mittlerweile verbesserte Datenqualität aus Erhebungen zu nutzen. Die Versicherer könnten vermehrt den Austausch mit den Leistungserbringern suchen und auf eine adäquate Abbildung der Qualität achten. Müller: «Es braucht klare und eindeutige CHOP-Kriterien (z.B. Schulungseinheiten pro Woche). Wie Beatrix Meyer verlangt auch Müller nach-

haltige Regelungen bezüglich Zusatzentgelte für Medikamente wie auch zusätzlich verrechenbarer Leistungen. Weiter gilt es, die Zuordnungskriterien zu vervollständigen (v.a. bezüglich der internistischen Reha) und schliesslich systemische Fehler zu korrigieren. Wir müssen hier die «Time to Market» verkürzen und uns fragen: Sind die bisherigen 5 bis 7 Jahre für Anpassungen wirklich schnell genug?»

Divergierende Interessen eliminieren, Schnittstellen optimieren

Prof. Dr. Christophe Graf, Departementsleiter Rehabilitation und Geriatrie am Universitätsspital Genf (HUG), vertrat die in der Westschweiz stark präsente plateforme-reha und wies auf die sehr lange Anlaufzeit hin, bevor ST Reha nach rund zehn Jahren in Kraft treten konnte: «Es bestanden offensichtlich Schwierigkeiten, sich

von bestehenden Tarifsystemen inspirieren zu lassen; störend sind aktuell die unterschiedlichen Visionen und Praktiken zwischen den Kantonen und divergierende Interessen zwischen den Partnern innerhalb der SwissDRG AG.»

Graf betonte den wertvollen Beitrag der Geriatrischen Rehabilitation auf Lebensqualität wie Wirtschaftlichkeit: «Es gilt, einen Zustand nach akuter Krankheit, Unfall oder Multimorbidität mit fortschreitender Verschlechterung der funktionellen Fähigkeiten oder drohendem Autonomieverlust gezielt zu behandeln. Ausgangslage ist das dokumentierte Vorliegen von mindestens zwei geriatrischen Syndromen (Mangelernährung, kognitiven Störungen, Stürzen, Polymedikation usw.)»

Optimierungsbedarf sieht der Referent in der klaren Abgrenzung von Akutversorgung und





Dr. Renato Laffranchi, tarifsuisse, zog am zweiten Forumstag ein Fazit aus Sicht der Krankenversicherer und Dr. Willy Oggier schloss das Forum, das erneut interessante Aufschlüsse gebracht hat.



Rehabilitation, in der besseren Definition der Rehagebiete, dem Wegfall der Analogiekodierung sowie der exakteren Begründung von Nebendiagnosen, Verfahrens- und Behandlungskodes.

Eine entscheidende Rolle in der Geriatrischen Rehabilitation spiele die Pflege, die alle für den Patienten möglichen Aktionen erfüllt, die seine Ressourcen mobilisieren und die funktionelle Selbstständigkeit fördern, dies oft in interdisziplinären Teams. Daher sei der Rehapflege in Tarifrevisionen mehr Beachtung zu schenken, ebenso gehe es um eindeutige Regelungen, wer berechtigt sein soll, bestimmte Therapien durchzuführen.

Graf regte an, dass die Kantone ihre Spitalplanungen bezüglich der Rehabilitation hinterfragen und innerhalb der GDK nationale Mindestkriterien diskutieren sollten, wobei es schwierig bleibe, ein Gleichgewicht zwischen Kostendruck und Versorgungszugang zu finden. Zudem könne es Patienten geben, die nicht eindeutig einer der nationalen Tarifstrukturen zuzuordnen seien. Ganz wichtig sei schliesslich, die besten Schnittstellen zwischen Akutspital und Reha sowie zwischen Reha und Langzeitpflege zu definieren.

ST Reha ist noch nicht fertig

«ST Reha ist noch nicht fertig», zog Gilles Hirt, Fachverantwortlicher Tarife bei H+, ein Fazit vom ersten (digitalen) Forumstag. Er verwies auf die hängige Integration von Paraplegiologie und Frühreha, die noch immer mittels Tagespauschalen abgegolten werden. H+ engagiert sich aktiv für die Lösung offener Fragen und hat sowohl eine Arbeitsgruppe für Alternativen zur Analogiekodierung wie auch für die Definition von Frühreha gebildet.

Auch Hirt forderte eine klarere, einheitliche Definition des Begriffs Rehabilitation und eine diffe-

renzierte Rehaabbildung innerhalb einer Gesamtschau. Dringend nötig sei die Ablösung der Analogiekodierung und gleichzeitig die Ausgestaltung eines neuen Kodes zur Überwachungsreha.

«Gefreutes» und weniger «Gefreutes»

Wer besonders viel Erfahrung auf sich vereinigt, kann kompetent und fair vergleichen. Für Jürg Wägli, Direktor Berner Reha Zentrum, gilt das ganz bestimmt. Er fasste Gutes und weniger Gutes des neuen Tarifwerks zusammen: «Gut ist: Wir sind auf Kurs. Der Grossteil der Fälle erfüllt die Abrechnungs-Anforderungen; Überraschungen halten sich in Grenzen. Die Zahlen stimmen, es besteht eine verbesserte interne Disziplin und Zusammenarbeit und das Kerngeschäft ist ins Ertragsmanagement eingebunden. Positiv sind auch relativ wenige Rückfragen der Krankenversicherer und die schnelle Rechnungsbegleichung. Es besteht ein offener und konstruktiver Austausch mit den Versicherern.»

Zwei Gesichter zeigen hingegen weitere Elemente, die einen ambivalenten Charakter aufweisen: Zwar bestehe eine verbesserte Struktur der Therapien, was aber mit der Unterbindung des therapeutischen Gestaltungsspielraums erkaufte werde. Der gesteigerten interdisziplinären Zusammenarbeit stehe der vermehrte Steuerungsaufwand (Controlling) entgegen; die höhere Dokumentationsqualität befinde sich in Konkurrenz zum deutlich höheren Dokumentationsaufwand. Zudem ergäben sich gewisse Widersprüche zwischen medizinischer und ökonomischer Rationalität.

«Und zu den Aspekten, die uns nicht gefreut haben», so Wägli weiter, «gehören die teilweise wenig sinnvollen Termine, um tarifkonform zu arbeiten, was der Motivation schadet und

Ressourcenverschwendung bedeuten kann, der immense IT-Aufwand, die teilweise Umsetzung nach dem «try & error»-Prinzip aufgrund diffuser Definitionen oder unterschiedlicher Sichtweisen mit, zwischen und innerhalb der Krankenversicherer, die ebenfalls unterschiedliche KoGu-Handhabung und die Eigendynamik in der Analogiekodierung. All das verursacht einen grossen Kontroll- und Bereinigungsaufwand.»

Wägli stellte zudem die Frage, ob heutzutage Reha-Kostengutsprachen überhaupt noch sinnvoll seien resp. die Kosten den möglichen Nutzen überhaupt rechtfertigen. Er lobte ausserdem das in der Klinik eingeführte Therapieplanungs-Instrument RehaTIS von Softsolution. Es ermögliche die Ressourcenverwendung zu optimieren, auch wenn damit ein Mehraufwand verbunden sei, «allerdings ein wirtschaftlicher». Insgesamt bedeute ST Reha im Zeichen des Fachkräftemangels einen weiteren Schritt in Richtung «weg vom Bett – hin zum Screen». «Wir Leistungserbringer, Tarifpartner, Softwareanbieter und Verbände sind dringend aufgerufen, hier kräftig gegenzusteuern.»

Einiges ist erreicht, die Tarifarbeit geht nicht aus

Gewohnt prägnant fiel auch die ST Reha-Beurteilung durch Dr. Gianni Roberto Rossi, CEO der Rehakliniken Bellikon und Sion, aus: «Der Paradigmenwechsel von Tages- auf Leistungspauschalen ist vollzogen und wird von den Mitarbeitenden verstanden, die Tarifverhandlungen konnten abgeschlossen werden und unsere Qualitätsstandards werden nicht negativ beeinflusst. Die Fakturierung der Leistungen ist eingerichtet (Kodierung, Referenztaxen, elektronische Rechnungsstellung); die Einführung tangierte das Kerngeschäft wenig, die Supportprozesse wurden koordiniert und bezüglich der strategischen Ausrichtung der Suva-Kliniken angepasst. Der Einfluss auf die Mitarbeitenden ist jedoch grösser als erwartet. Die angepassten klinischen Abläufe (Rehapfade) müssen regelmässig bezüglich ihres Nutzens überprüft werden.»

Die Tarifarbeit gehe jedoch nicht aus. So sei die Anpassung der Supportprozesse noch nicht abgeschlossen. Klärungsbedarf bestehe auch beim systematischen Erfassen und Abrechnen interkurrenter Leistungen oder Zusatzentgelte, bei der elektronischen Information externer Leistungserbringer zur direkten Abrechnung ihrer Leistungen und bei der infrastrukturellen Unterstützung zur Erfassung aller Patienten-Abwesenheiten in Echtzeit.

Auf der Traktandenliste steht in Bellikon und Sion ausserdem, die zur ST Reha 1.0- Anwen-

derung verlangten Anforderungen (Mindestleistungen) mit den klinischen Anforderungen der individuellen Patientensituation abzustimmen. Medizin und Therapien erhielten daher den Auftrag, Patientensituationen mit ähnlichem Behandlungsbedarf zu beschreiben und Gruppen zu bilden (Neuroreha, muskuloskeletale Reha, Arbeitsreha), diese den entsprechenden Behandlungen in Rehafaden zuzuordnen sowie die minimale und maximale Leistungsdichte festzulegen.

Ständig optimieren im Interesse der Behandlungsqualität

In den Rehakliniken Bellikon und Sion werden die Kernprozesse wiederkehrend nach der Unternehmensstrategie ausgerichtet. Forschungsergebnisse, medizinischer Fortschritt und digitale Transformation sollen in die Kernprozesse einfließen. Es werden Rehafade ausgewertet, angepasst und ergänzt mit zusätzlichen klinischen Leistungen z.B. Visiten mit Fokus standardisierte Planung. Erkenntnisse aus den internen Datenauswertungen werden systematisch genutzt, um ST Reha weiter zu entwickeln (Differenzierung, Sachgerechtigkeit, schlanke Anwendung), um Informationen für Manage-

mentprozesse bereitzustellen. Analysiert wird auch der Umgang mit Patientenabwesenheiten und den damit verbundenen Themen für den Support (Anmeldungen externe Behandlungen/ Diagnostik, Transporte, exakte Erfassung Abgangs- und Ankunftszeiten).

Insgesamt betrachtet Rossi ST Reha als sachgerecht mit Potenzial zur besseren Differenzierung spezialisierter Leistungen, wobei das lernende System eine fortlaufende Analyse von Leistungserbringung und Innovationen bei der Organisation verlange: «ST Reha bindet allerdings viele Ressourcen, was die Bearbeitung weiterer wichtiger Themen wie der Definition von Unfallrehabilitation sowie der Entwicklung/ Tarifierung der ambulanten Rehabilitation, integrierten Versorgung und digitalen Transformation bremst.»

Der Tarif darf nicht die Reha bestimmen

Kritisch ins Gericht mit den zunehmend bürokratischer werdenden Kostengutsprachen ging Dr. Hansueli Tschanz, Chefarzt Kardiovaskuläre Rehabilitation, Berner Reha Zentrum: «Für Routinepatienten läuft es problemlos. Schwierigkeiten bestehen hingegen bei polymorbiden

Patienten und Querschnittlinien, insbesondere in der Geriatrie. Die Versicherer wollen zunehmend bestimmen, welche Leistung wie erbracht wird, was die Aufnahme verzögert. Assessment und Festlegen des Rehaprozesses sind aber doch Sache der behandelnden Ärzte und nicht von Versicherern! Daraus soll der BA-Code resultieren, nicht der Tarif darf die Rehabilitation bestimmen.»

Das ärztliche Anliegen bestehe darin, die wirksamste Therapie umzusetzen. Dem stehen Leistungsanforderungen gegenüber, die Standardprozesse bedingen. Tschanz: «Abweichungen davon sind schwierig. Polymorbide Patienten mit komplexen Funktionsdefiziten passen oft nicht in die Behandlungspfade. Es ist daher gerade die Kernaufgabe des Rehabilitationsmediziners, die Funktionsdefizite zu erfassen und einen massgeschneiderten Therapieplan zu erstellen.»

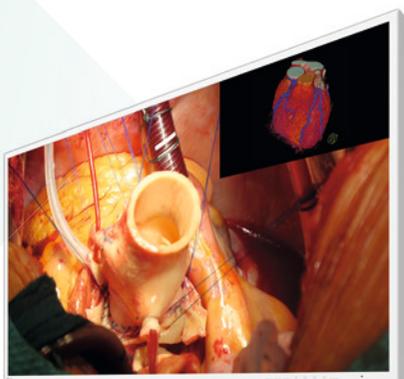
Tschanz beurteilt die Leistungsanforderungen der Rehaarten als nicht vollständig ausgereift. Es brauche Patientenschulungen in der kardiologischen und pulmonalen Reha, Ergotherapie gehöre als obligatorisches Modul in der Inneren Medizin dazu. Die bislang definierten Therapieminuten seien für einige Patienten zu hoch angesetzt. Patienten, welche die Minimalan-

NEU
MIT 4K AUFLÖSUNG



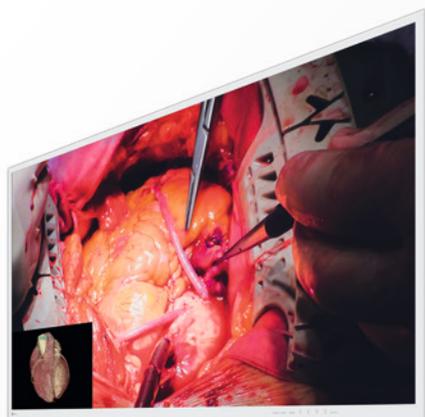
MONITORE FÜR DEN OPERATIONSSAAL

Die neuen 4K-Monitore von EIZO liefern durch ihre ultrahohe Auflösung und zusätzliche Funktionen wie Farbanpassung brillante Bilder in völlig neuen Dimensionen.



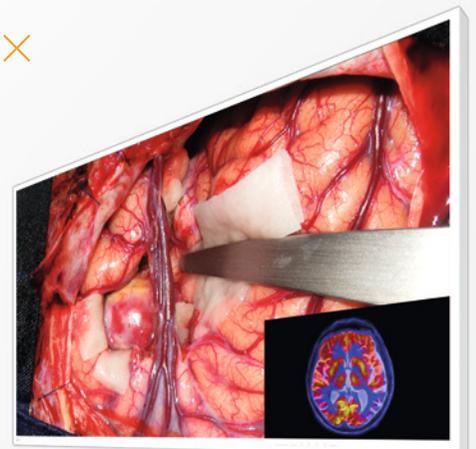
EX4342
109,2 cm (43") LCD-Monitor

43" WIDE 4K



EX4942
124,5 cm (49") LCD-Monitor

49" WIDE 4K



EX5542
139,7 cm (55") LCD-Monitor

55" WIDE 4K



forderungen nicht erfüllen können (und oft noch überdurchschnittlich viel Pflege benötigen), riskieren daher, keine Reha zu erhalten, auch wenn sie Rehabedarf und -potenzial haben.

Ein administratives Monster?

Als besonders störend im Klinikalltag zeige sich jedoch der administrative Aufwand: «Die Supportprozesse wurden in den letzten Jahren kontinuierlich ausgebaut, personell und materiell. Dazu gehören Medizincontrolling, Case Management, Medizininformatik, Kostengutsprachewesen, Fallrückfragen usw.; Supportprozesse unterstützen die Kernprozesse zunehmend in Dingen, die weder dem Patienten zu gut kommen noch die Rehabilitation verbessern. Dabei wäre die exakt richtige Wahl der Rehaart durch kompetente Ärzte, das Assignment, wichtiger als das reine Assessment. Die Mitarbeitenden der Kernprozesse werden jedoch zu Datenlieferanten fürs Medizincontrolling, was bedeutet, dass die besten Leute Sitzungen abhalten und Datentabellen ausfüllen. Die negative Folge ist, dass die Produktivität am Patienten ebenso abnimmt wie die Arbeitszufriedenheit.»

ST Reha erweise sich bisweilen als administratives Monster: «Die Finanzen sind zum dominierenden Thema geworden und haben die Therapiequalität abgelöst. Grösser geworden ist zudem die Einmischung verschiedener externer

und interner Player in die Behandlung: Versicherer, indirekt die Kantone, das BSF, Kodierer und Controller. Der Patient wird gegenüber dem Versicherer zunehmend «gläsern».»

Gute Vorbereitung zahlte sich aus

Den aufschlussreichen Reigen der Leistungserbringer rundete Mikis Cecon, Direktor Therapien, Zürcher Reha Zentren, ab. Er verwies auf den Trumpf der guten Vorbereitung: «Wir hatten bereits vor der Einführung von ST Reha den Leistungsumfang im Blick, ebenso den Umgang mit Echtzeitcontrolling und Prozessoptimierung und konnten bei der Einführung des neuen Tarifsystems auf eine leistungsstarke Planungs-Software zählen.» Wie Wägli lobte auch er das RehaTIS-System.

Als aktuelle Herausforderungen nannte Cecon die exakte Planung der Abwesenheiten von Patienten (z.B. für Dialysen oder externe Untersuchungen) – wobei die klinikeigene Mitarbeiter-App wertvolle Dienste leiste –, die Betreuung von Isolationspatienten, das schnelle Umplanen und Ressourcennutzen bei nicht wahrgenommenen Terminen, das Optimieren im Erfüllen von Patientenwünschen sowie das Handling von Kurzaufenthalten und Wiedereintretenden nach 18 Tagen. Um den hohen Anforderungen auf beste Weise zu entsprechen, gehe es primär ums ständige Fördern von Qualität und Wirtschaftlichkeit, das Begünstigen des interdisziplinären Zusammenspiels

sowie eine erstklassige IT, namentlich auch fürs Zusammenführen von Daten.

Mehr Klarsicht gewonnen

Dr. Renato Laffranchi, Leiter Leistungseinkauf tarifsuisse ag, würdigte abschliessend ST Reha aus der Perspektive der Krankenversicherer: «Zum ersten Mal ist ein Vergleich über alle Rehaarten möglich. Eventuelle Ungenauigkeiten in den Datengrundlagen und Berechnungen (z.B. durch ungenaue Abgrenzungen) müssen im Rahmen der Tarifverhandlungen bereinigt werden. Die Verhandlungen erfolgen auf Basis einer ertragsneutralen Umrechnung der Tarife und der Abklärung von Datenunterschieden bei den gelieferten Angaben im Vergleich zu denen der medizinischen Statistik.»

Erfreulich sei der Stand der Vertragsverhandlungen für das kommende Jahr: 61 Rehakliniken haben bereits einen Abschluss erzielt, 17 arbeiten noch daran. Die hohe Anzahl Abschlüsse sei darauf zurückzuführen, dass an verschiedenen Orten Mehrjahres-Abschlüsse realisiert werden konnten. Sehr gut sei zudem der Benchmark: Von den 78 berücksichtigten Kliniken haben 73 ihre Vergleichsdaten geliefert.

Auch Laffranchi ging auf die Frage der künftigen Notwendigkeit von Kostengutsprachen ein und räumte ein, dass hier Diskussionsbedarf bestehe. Als grossen Vorteil von ST Reha nannte er die relativ einfache Kodierungsstruktur, wodurch es wenige schwerwiegende Fehler gebe. Noch schwierig abzuschätzen seien hingegen die Auswirkungen der «Vereinbarung zur separaten Verrechnung von Leistungen während des stationären Aufenthaltes»; wahrscheinlich brauche es weitere Präzisierungen und allenfalls Erweiterungen.

Der Ausblick fällt gesamthaft positiv aus und mit Blick auf das laufende Jahr zog der Referent folgendes Fazit: «Konstruktive Verhandlungen sind möglich und es konnten viele Abschlüsse gefunden werden, im Moment gibt es nur noch 2 laufende Festsetzungen. Notwendig ist die Verbesserung der Datenqualität und Transparenz. Obwohl man bei Einführung der dritten national einheitlichen Tarifstruktur im stationären Bereich auf die gleichen Probleme wie bei der ersten Einführung (SwissDRG) gestossen ist, hat sich die operative Situation aus Sicht der einzelnen Versicherer schon gut eingespielt.»

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

Weitere Informationen

www.medicongress.ch

