

ST Reha Forum von MediCongress: Nachhaltige Ideen führen zu mehr Effizienz und höherer Qualität – ein Mehrnutzen für alle Beteiligten

Lücken schliessen, akutspitalnahe Kooperationen fördern

Der Tarif für die stationäre Reha-Versorgung ist mittlerweile gut angekommen und bringt im Vergleich zu den Akutspitalern auch bessere, wenn auch nicht komfortable Entgelte. Allerdings gelte es, weitere systembedingte Optimierungen vorzunehmen und die Chance für eine erstklassige Zusammenarbeit im Sinne spitalnaher Kooperationen zu fördern, so der Tenor der Referierenden. Davon können Leistungserbringer, Kostenträger wie insbesondere Patienten profitieren.

Samuel Noll, Bereichsleiter, und Johannes Kofler, Projektleiter, Swiss DRG AG, sehen folgende Verbesserungsmassnahmen des im Prinzip reibungslos eingeführten ST Reha-Tarifs: Weiterentwicklung Kodiergrundlage, Ausdifferenzierung BA-Kodes, Anpassung für weniger Therapie-Minuten, Ersetzen BB.2-Kodes durch Abstufung der Therapie-Minuten, neue Codes für Wundmanagement, Betreuung und Belastungserprobung und neuer Kode Überwachungsreha. Es würden aber bis Ende 2024 keine deckungsgleichen Nachfolgekodes geschaffen, so dass noch «eine gewisse Unschärfe» vorkommen könnte.

Weiter gebe es Elemente, die für nahe Zukunft relevant seien. Dazu zählten die Entwicklung von ST Reha 4.0 auf Daten 2024 mit verbesserter Datengrundlage, Anstreben von weniger Verwerfungen durch Überleitungen, bessere Abbildung von Kurzliegern, Prüfen einer Schweregradlogik analog zu TARPSY und Übernahmen des SpiGes-Formats auch für Lieferung von ST Reha-Daten an die SwissDRG AG.

Plädoyer für eine leistungsorientierte Tarifstruktur

Dr. Gianni R. Rossi, CEO Suva Kliniken Bellikon und Sion und Vizepräsident H+, plädierte für eine leistungsorientierte Tarifstruktur für die stationäre Reha: «Der Tarif muss Leistungen sachgerecht differenzieren und Kernleistungen der wie z.B. die multidisziplinäre Planung und das Erbringen von Therapien und Schulungen miteinbeziehen. Das gilt auch für akutsomatische Behandlungen und Diagnostik (Weiter-, Nach- und Neubehandlungen). Kostenrelevante Veränderungen sind zeitnah abzubilden. Verzerrungen bei der Tarif-Weiterentwicklung aufgrund veränderter Vorgaben für die Datengrundlage

sollen vermieden werden. Ein national einheitliches Reha-Verständnis ist aus Sicht Patientennutzen zu fördern und abzubilden. Schliesslich ist zu klären: Sollen mittelfristig alle Leistungen der stationären Rehabilitation in ST Reha abgebildet sein?»

Der eingeschlagene Weg sei prinzipiell richtig. Nun gelte es, die verschiedenen Leistungen sinnvoll abzubilden, wobei der Fokus auf Funktion/Partizipation und nicht auf Diagnose gelegt werden sollte: «Verbesserungen in der Tarifstruktur sind möglich. Ein national einheitliches Reha-Verständnis ist Grundvoraussetzung, was noch nicht überall gegeben ist. Die Leistungen sollen auf die rehabilitativen Patientenbedürfnisse und nicht auf die Tarifierung ausgerichtet sein.

Administrative und regulatorische Grenzen, welche für das Entfalten des vollen Nutzens hinderlich sind, müssen minimiert werden.»

Absolut nötige interkantonale Harmonisierung

Optimierungspotenzial ortete auch Beatrix Meyer, Leiterin Abteilung Stationäre Versorgung und Tarife FMH. Sie nannte als aktuelle Herausforderungen: Qualität sollte einen adäquaten Preis haben, Ausgleich unterschiedlicher Anforderungskataloge sowie Reduktion des administrativen Aufwands, was sich in der hohen Dokumentationstiefe und zahlreicher Rückfragen der Versicherer manifestiert. Es sei indes viel Positives erreicht worden. Das betreffe insbesondere

Gesundheitsökonom Dr.oec.HSG Willy Oggier führte virtuos durchs ST Reha Forum und zeigte viele Chancen für die Zukunft.





Der st.gallische Gesundheitsdirektor, Dr. Bruno Damann, verspricht sich viele Synergien der interkantonalen Zusammenarbeit.

re die Anpassungen bei rehaspezifischen CHOP-Kodes, worin «Zusatzleistung» neu in den Kodes ausdifferenziert sind und für Betreuung, Wundmanagement und Belastungserprobung ein neuer Kode geschaffen wurde. Auch die beiden neuen Überwachungsreha-Kodes seien zu begrüßen, ebenso die Ablösung der Analogiekodierung. Sinnvoll sei es schliesslich, ST Reha 4.0 erst mit Daten/CHOP 2024 zu kalkulieren – gültig für 2027 – , weshalb ST Reha 3.0 (Daten/CHOP 2022) somit noch für 2025 und 2026 anzuwenden sei.

Verbesserungspotenzial sieht Beatrix Meyer für eine weitere Harmonisierung der BA-Kodes, die einheitliche Bezeichnung der Leistungen inkl. einheitlicher Granularität der Leistungsaufzählung sowie bezüglich eines vermehrten Augen-

merks auf patientenorientierte Therapien und eine klare Delegation der Leistungserbringung wie zulässiger Berufsgruppen. Ganz wichtig sei es auch, den bunten Strauss von Anforderungen diverser Seiten (Kantone, GDK, Versicherer, SWISS REHA) zu harmonisieren und unterschiedliche Definitionen in den Kantonen zu vereinheitlichen.

Die gewünschte Angleichung könnte allerdings auch bei fehlender Koordination erfolgen. So würde beispielsweise Kooperation durch Konkurrenz ersetzt, wie es etwa die Beschwerde des Kantons Thurgau gegen die zürcherische Spitalplanung zeige, die beim Bundesverwaltungsgericht hängig ist. Allerdings seien weitere Angleichungen beim Planungsprozedere und den Anforderungen zu erwarten; hier fielen die Kantone Tessin, Luzern, Freiburg und Waadt

positiv auf, was auch nötig sei für eine transparente Vergleichbarkeit, für gleich lange Spiesse der Anbieter und eine Reduktion des administrativen Aufwands. Ansonsten würde ein steigender Druck der Politik nach überregionaler (Bundes-)Planung entstehen.

Gut geplant, besser therapiert

In der täglichen Arbeit entscheidet sich die Behandlungsqualität. Daher hat die Klinik Barmelweid einen Standardprozess zur Identifikation und Bearbeitung von Nicht-Erreichten der Therapieminuten geschaffen. Die IT-Basis dafür bildet RehaTIS von Softsolution. Dabei erfolgt eine Identifikation von Patienten mit nicht erreichten Minuten, eine Markierung mit rotem Dreieck an Huddle-Board, eine tägliche Besprechung der Patienten am Huddle und Sicherstellen, dass die markierten Patienten an der Therapie teilnehmen. Frans Hollander, Leiter medizinische und therapeutische Dienste, sprach sich dabei für eine Differenzierung der vorgesehenen Therapieminuten aus, weshalb in der Klinik Barmelweid fünf Leistungsgruppen definiert wurden: «Für schwache, multimorbide Patienten, die pflegerisch aufwändig sind, ist weniger oft mehr. Es braucht Erholung, Qualität geht vor Quantität. Bei relativ gesunden Patienten mit geringem Pflegeaufwand ist das Rehapotenzial hingegen hoch, aber auch hier gilt Qualität vor Quantität.

Per Standardisierung der Therapieplanung erhöht sich die Effizienz, weil vieles mit weniger Aufwand abgedeckt wird. Die Planungssicherheit für Patienten erhöht sich. Weniger Unsicherheiten und mehr Verlässlichkeit sind das erfreuliche Resultat. Schliesslich schafft Echtzeitcontrolling jederzeit eine erstklassige Übersicht. Frans Hollanders Fazit: «Der Therapieerfolg ist neben der Rehabilitationsfähigkeit der Patienten auch wesentlich davon abhängig, wie weit diese selbst bereit sind mitzumachen. Daher müssen die Patienten in die Pflicht genommen werden.»

Gemeinsam geht's besser

ARAISG heisst die neu geschaffene gemeinsame Reha-Spitalplanung der Kantone St. Gallen, Appenzell-Innerrhoden und -Ausserrhoden. Regierungsrat Dr. Bruno Damann, Gesundheitsdirektor St. Gallen, fasste die nun interkantonal umzusetzenden Elemente zusammen: kantonsübergreifende Planung, gleichlautende Spitallisten, standortbezogene Leistungsaufträge, einheitliche Evaluation auf Basis Kosten, Konzentration spezialisierter Leistungen, gleiche z.T. weitergehende Anforderungen, neue Systematik mit spezialisierten Leistungsgruppen, Geria-





Marc Widmer, Direktor Stadtspital Zürich, setzt sich mit Herzblut für eine akutspitalnahe Kooperation mit der Rehabilitation ein.

trie als Querschnittsbereich, nur somatoforme Störungen aus dem Bereich Psychosomatik.

Die interkantonale Zusammenarbeit, die später auch andern Kantonen zugänglich sein soll, verfolgt klare Ziele wie höhere Planungsqualität, Nutzen von Synergien, Optimieren der Schnittstellen zwischen Akutsomatik und Reha, Konzentration spezialisierter Leistungen, Substitution stationär durch ambulant, sofern sinnvoll, und nach Möglichkeit Angebote wohnortnaher Strukturen in allgemeinen Leistungsgruppen.

Spitalnah rehabilitieren

Die Zeiten, in denen Rehakliniken weitab von städtischen Zentren gebaut wurden, sind vorbei. Heute besteht ein grosses Verständnis für gemeinsames Planen und Behandeln mit nahtlosen Übergängen zwischen Akutspital und Rehaklinik. Marc Widmer, Direktor Stadtspital Zürich STZ, sieht den Auslöser im demographischen Wandel, zunehmender Multimorbidität, im Bevölkerungswachstum der Stadt Zürich und einer vorteilhafteren Patientenzentrierung: «Zur steigenden Nachfrage kommen frühere Verletzungen und zunehmende Spezialisierungen.»

Aus diesem Grund schloss das STZ Kooperationen mit den Kliniken Valens und ZurzachCare ab. Im Areal Triemli (Akutsomatik) ist es eine Zusammenarbeit für die neurologische, internistisch-onkologische, kardiovaskuläre und muskuloskelettale Reha, während im Areal Waid (Universitätsklinik für Akutgeriatrie und Akutsomatik-Kliniken) die geriatrische Reha inkl. Akut- und Übergangspflege in Zusammenarbeit mit dem Alterszentrum Käferberg umgesetzt wird. In einer ersten Etappe haben sich die «Valenser» im Juni 2022 für eine ambulante und teilstationäre Reha im Triemli eingemietet. Ende 2025

dürfte – wenn das Bundesgericht über die Einsprache des Kantons Thurgau entschieden hat – der Start mit 30 bis 50 stationären Betten erfolgen und danach soll in einem Neubau direkt neben dem Triemli ein eigenes Reha-Gebäude mit 140 Betten entstehen. Mit ZurzachCare besteht ein Mietvertrag zum Betrieb von 40 Betten am Standort Waid und eine Abmachung zur Mitbenutzung der dortigen Therapieflächen durch ZurzachCare.

Erreicht werden sollen direkte, spitalnahe Weiterbehandlungsmöglichkeiten mittels einer «Pionierrolle» umfassender integrierter Versorgung, gemeinsame Forschungsprojekte, eine unmittelbar an die Akutphase anschliessende Behand-

Seit Langem innovativ und initiativ unterwegs sind Dr. Till Hornung und seine «Valenser» – und immer bereit für kluge neue Taten.



lung mit kurzer Verweildauer und die optimale Auslastung vorhandener Infrastrukturen. Damit einhergehen kann eine Stärkung der eigenen Reputation als «Gesundheitscluster» Triemli und Waid, dem Vorteil wohnortnaher Leistungen und der Position des STZ als Eingangspforte für eine umfassende Behandlungskette.

Massgeschneidert unterwegs im Interesse der Patienten

Mit spitalnaher Reha hat Dr. Till Hornung, CEO Kliniken Valens, bereits in Chur und St. Gallen erfreuliche Erfahrungen gesammelt: «Beide Einheiten sind sehr gut angelaufen. Die Auslastung ist höher als im Businessplan vorgesehen und es besteht eine überregionale Nachfrage.» Verändert hat sich der Leistungsumfang. Dank Spitalnähe erfolgen viele Dialysen und Chemotherapien, ebenso weiterführende Diagnostik/Therapien. Es ist auch wesentlich einfacher, noch relativ unsichere Patienten einer wertvollen sehr frühen Reha zuzuführen. Zudem kommen neue Patientengruppen dazu; Hornung schilderte als Beispiel eine Mutter mit Schlaganfall unter der Geburt. Wohl entstehen mehr Patiententransporte, was sich allerdings als problemlos erweise.

Das positive Bild fasste Hornung wie folgt zusammen: «Die Zusammenarbeit mit unseren Partnern wird intensiviert. Die Reha-Koordinatorin vor Ort im Akutspital ist sehr gut. Eine stärkere Steuerung in die geeignete Versorgungsklasse ist gegeben, ebenso eine bessere

Abstimmung bezüglich Kostengutsprache. Der Dispositionsprozess gewinnt massiv an Bedeutung und die spitalnahe Reha ist sehr stark in die Organisation der anderen Standorte einzubetten. Schön ist, dass spitalnahe Reha für unsere Mitarbeitenden attraktiv ist. Interessant ist es, die Schweregradentwicklung zu beobachten. Insgesamt gilt: Die Vorteile sind gross und die Vorlage für den Ausbau der Kooperation im Triemli ist hervorragend.»

Weitsichtige Versicherer machen's möglich

Weitsichtige Krankenversicherer sind Gold wert. Und wenn sie innovative Reha-Formen unterstützen, gilt das doppelt. «Wir tun auch gut daran», meinte Simon Neuner, CEO ÖKK, «denn wir werden älter, wir werden mehr und wir kosten mehr, CHF 12 Milliarden Mehrleistungen von 2010 bis 2022. So sind die stationären Rehakosten in den letzten fünf Jahre um 16% gestiegen, wenn auch deutlich geringer als die OKP-Kosten im Akutspital.» Trotzdem sei es nötig, alle möglichen Optimierungen zu nutzen: «Spitalnahe Rehabilitation hat das Potenzial, sowohl die Versorgungsqualität als auch die Kosteneffizienz im Gesundheitswesen zu verbessern. Die spitalnahe Rehabilitation ist für uns interessant, wenn dies einen besseren Outcome für unsere Versicherten gewährleistet, der Behandlungspfad insgesamt nicht verlängert und mindestens kostenneutral gegenüber dem konventionellen Weg ist.»

Urbane Unterversorgung

Gesundheitsökonom Dr. oec. HSG Willy Oggier unterstrich die hohe Bedeutung spitalnaher



Zu den Krankenversicherern, welche die Chancen neuer Versorgungsmodelle erkennen, zählt die ÖKK mit CEO Simon Neuner.

Reha. Er erinnerte dabei an die generellen Absichten der KVG-Revision 1996: Verstärkung der Solidarität, Kosteneindämmung, Ausweitung des Leistungskatalogs und solide Finanzierung. Wichtig sei, dass Rehabilitationskliniken Spital-Status nach KVG haben; dieser Begriff wurde jedoch durch den Bund bis heute in der KVV bzw. KLV nicht genauer definiert. Die Kantone werden zur Koordination ihrer Spitalplanungen verpflichtet. Ihre Planung muss einheitlichen Planungskriterien des Bundes entsprechen. Für die hochspezialisierte Planung müssen die Kantone eine gemeinsame Planung beschliessen. Werden sie nicht tätig, übernimmt der Bund die Planung. Bei der Auswahl von Listen- resp. Vertragsspitälern

und damit der Auswahl des zu sichernden Angebots berücksichtigen die Kantone insbesondere die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung, den Zugang der Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist sowie die Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrags nach Art. 58e KVV. Effizienz, Qualität und Nutzen von Synergien spielen dabei eine wichtige Rolle.

Spitalnahe Reha gezielt in die Hand nehmen

Die Absicht des Gesetzgebers kann durch spitalnahe Reha vorzüglich realisiert werden. Oggier: «Grundsätzlich kann etwas umso einfacher wohnort- und akutspitalnah erbracht werden, je häufiger es vorkommt. Seltene und hochkomplexe Fälle sprechen dagegen für eine konzentrierte Leistungserbringung. Diese muss aber nicht zwingenderweise mit ländlichen, historisch gewachsenen Reha-Leistungsangeboten gleichgesetzt werden. Bewährte Beispiele sind hier die Tetra- und Paraplegie in Basel und Nottwil. Entscheidend ist weniger der Ort der Leistungserbringung als vielmehr, dass die qualitativen Anforderungen erfüllt werden. Dies gilt im Fall der akutspitalnahen Rehabilitation auch für das somatische Akutspital. In der Regel dürfte bei seltenen Fällen mit geringer Komplexität oder häufig vorkommenden Fällen mit hoher Komplexität die wohnort- bzw. akutspitalnahe Rehabilitation Vorteile aufweisen.

Bei seltenen Fällen mit geringer Komplexität sind dafür schwergewichtig ökonomische Synergie-





effekte, bei häufig vorkommenden Fällen mit hoher Komplexität medizinische Synergieeffekte anzuführen. Entsprechend liegt die Betonung im ersten Fall eher auf der wohnortnahen, im zweiten bei der akutspitalnahen Rehabilitation. Im Fall von geringer Komplexität und häufig vorkommenden Leistungen kann es Situationen geben, in denen Patienten angesichts der erlebten Belastungen ganz bewusst ein anderes Umfeld für die Rehabilitation wünschen. Medizinische Synergieeffekte – nicht nur, aber gerade bei häufig vorkommenden Fällen mit hoher Komplexität – ergeben sich insbesondere

dadurch, dass es sich bei vielen der erforderlichen Spezial-Kompetenzen um akutsomatische Leistungen handelt. Ökonomische Synergieeffekte können insbesondere bei Querschnittsfunktionen wie Labor, Radiologie, Spitalapotheke, Anästhesie, Spitalhygiene und Qualitätsmanagement realisiert werden.»

Daher erwartet der Gesundheitsökonom vermehrte spitalnahe Reha-Angebote. Grund dafür sei neben dem Fachkräftemangel der gestiegene Anteil von Patienten in besonderen Versicherungsformen. «Die Qualitätszirkel der

entsprechenden ersten Anlaufstellen finden wohnortnah statt und oft unter Einbezug der Ärzteschaft aus den in der Nähe gelegenen Akutspitälern. Der vor allem Demographiebedingte Anstieg ambulanter und stationärer Reha-Leistungen erfordert das Schliessen drohender Versorgungslücken durch vermehrte ambulante wohnort- und akutspitalnahe Rehabilitation, vor allem in Ballungszentren.»

Weitere Informationen

www.medicongress.ch

Die nächste Generation des Patientenmanagements

T-Systems Solution for HealthCare

Jetzt mehr erfahren

Let's power
higher performance