

Die Schweiz. Gesellschaft für Medizinische Codierung (SGMC) traf sich zum Herbstkongress

ST Reha partnerschaftlich verbessern

Kompetente Referenten zeigten in Bern den status quo von ST Reha: Lücken, Tücken, Chancen und Zukunft. Die MedizincontrollerInnen stehen mitten drin, sie wenden den Tarif an und stehen in regelmässigem Austausch mit den Kostenträgern. Einfach ist das nicht immer, aber in fairer gemeinsamer Abstimmung geht es besser, so das Fazit der Tagung.

ST Reha wurde von der SwissDRG AG entwickelt. Das Tarifsysteem ist national einheitlich, leistungsorientiert, datenbasiert und unabhängig. ST Reha ist ein lernendes System mit kontinuierlicher Weiterentwicklung. ST Reha 1.0 wurde mit Daten von 2019 entwickelt und 2022 eingeführt, Version 2.0 mit Daten von 2021 wird 2024 erstmalig angewendet, Version 3.0 schliesslich mit Daten von 2022 ist aktuell in Entwicklung. Mischa Hintermann, SwissDRG AG, schilderte den Ablauf. Erste Schritte sind Datenerhebung und -bereinigung, gefolgt von der medizinischen Weiterentwicklung mit der Analyse von Diagnose- und Leistungs-codes auf aktueller Datenbasis und nötigen Umbauten im RCG-Grouper. Daran schliesst sich die Kalkulation mit der Berechnung von Kostengewichten und Ausfinanzierung der plausiblen Fälle an mit dem Ziel, den aktualisierten RCG-Katalog zu erhalten. Die Kalkulation weist jeder im Grouper definierten Gruppe ein

Kostengewicht zu. Dieses multipliziert mit der Aufenthaltsdauer bestimmt die Vergütung. Dazu können noch Zusatzentgelte kommen, z.B. für Medikation, Belastungsprüfungen oder Verlegungen. Den Abschluss bildet die Genehmigungsphase, die aus der Systempräsentation und der Genehmigung von Partnerorganisationen und Bundesrates besteht.

Konstruktiver Austausch

Hintermann erläuterte fortlaufende Verbesserungen der Leistungserfassung, welche sich auch in der Datenqualität widerspiegeln, wobei jedoch noch Unterschiede bestünden. Durch potentielle Verzerrungen der Daten aufgrund von Corona wurden die Daten 2020 nicht verwendet und es konnte keine neue Version entwickelt werden. «Es besteht ein konstruktiver Austausch zwischen den Leistungserbringern

und der SwissDRG AG. Neben Dem Antragsverfahren finden auch Spitalbesuche der SwissDRG AG statt, bei welchem klinikspezifische Gegebenheiten diskutiert werden. Es gilt, ST Reha weiter zu optimieren. Änderungen erfolgen auch durch die fortlaufende Aktualisierung und Erweiterung des CHOP-Katalogs.» – Ende November erfolgte die Systempräsentation von ST Reha 3.0, die Anwendung ist per 2025 vorgesehen.

Spitalsicht: gut gestartet

Gilles Hirt, Tarifspezialist am Bethesda Spital, Basel, brachte die Spitalsicht ein: «Trotz fehlender internationaler Vergleiche sind wir gut gestartet. Noch besteht eine etwas uneinheitliche «Angebotssicht». Was ist Reha? Es ist noch kein entsprechendes GDK-Papier vorhanden.» Für Hirt stellt ST Reha einen Totalumbau dar.

ST Reha fand als Kongress-thema regen Anklang. Davon zeugten der volle Saal und angeregte Diskussionen.





Der spannende Kongress ist sehr gut verlaufen: hier Daniela Hager, amtierende Präsidentin, und Andreas Gerhard, Vizepräsident der SGMC (2013–2023).

Wichtige bisherige Änderungen seien bei der Analogiekodierung zu vermelden: Sowohl die BB.1-CHOP-Kodes für indikationsbezogene Zusatzleistungen wie auch die ergänzenden BB.2-Kodes sind weggefallen. Die 1:1-Betreuung und das Wundmanagement werden separat erfasst, Mehrleistungen werden in die BA-Kodes der Basisleistungen der acht Rehabilitationsarten und die Überwachungsrehabilitation wird in ST Reha integriert. Wichtig sei, dass Überwachungsreha nicht gleich wie Frühreha betrachtet werde: «Etliche Spitäler und Kantone haben diesen Unterschied noch nicht begriffen.» Generell zu beachten gelte es, dass 2022 die Datenbasis unbrauchbar gewesen sei; 2023 müssen die Fälle neu kodiert werden, für 2024 besteht demnach noch eine grosse Unsicherheit im System.

Als Herausforderungen sieht der Routinier die bessere Abgrenzung OKP-VVG, klarere Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung, das Erfassen von Schwankungen im Tarifsystem, wobei er das Beispiel Psychosomatische Rehabilitation nannte, die Unterdeckung der Kosten der Spitäler, die weitergehende «Ambulantisierung» und den Fachkräftemangel. Sein Fazit: «Es braucht noch viel Verständnisarbeit, gerade in Zusammenarbeit mit den Krankenversicherern, für ein Benchmarking ist es jetzt noch zu früh.»

Gute Abrechnungsqualität

Philippe Webers Part war der Blickwinkel der Krankenversicherer. Der Gruppelleiter CSS erklärte, dass die CSS 2022 25.1 Mio. Rechnun-

gen aufgrund der WZW-Kriterien geprüft habe und dabei 743 Mio. Franken eingespart habe. Der Anteil ST Reha am Gesamtvolumen stationärer Kosten betrage 9%.

Nach einer administrativen Eingangsprüfung im CSS-System Shark (sic!) folgt die automatisierte Kodierprüfung. 2022 wurden hier 16% der Rechnungen ausgelenkt, plausibilisiert und knapp noch jede sechste dieser speziell betrachteten Rechnungen einer medizinischen Kodierprüfung unterzogen. Die Herausforderungen bei der ST Reha-Einführung bestanden in der technischen Umsetzung mit verschiedenen internen und externen Abhängigkeiten und der Umstand, «dass unsere Beanstandungen bei den Rehabilitationskliniken oft auf Unverständnis stossen. Wir wünschen uns jedoch eine konstruktive, offene Zusammenarbeit auf Augenhöhe, Verständnis und Akzeptanz der unterschiedlichen Perspektiven mit dem Ziel, gemeinsame Lösungen zu finden.»

Blick über den Röstigraben

Ist Reha in der Deutschschweiz und der Roman- die so etwas wie Äpfel und Birnen? – Jein, meinte Alexander Weber, Patientenadministrations-Manager, der das Spitalnetz Neuenburg (RHNE) vorstellte. Der kantonale Reha-Auftrag sieht eine muskuloskeletale Rehabilitation in Le Locle und Val-de-Ruz vor, eine neurologische in Val-de-Ruz sowie eine internistische/onkologische und eine geriatrische in Le Locle und Val-de-Ruz. Schliesslich besteht seit August 2023 eine pulmonale Reha in La Chaux-de-Fonds. 2022 wurden 1400

Aufenthalte verzeichnet und 33300 Therapie-tage: «Grundsätzlich verstehen wir unter Reha das Gleiche wie in der Deutschschweiz, aber wir versuchen, die unterschiedlichen Reha-Arten mehr miteinander zu vernetzen statt ihre Leistungen isoliert zu betrachten.»

Um rechtzeitig startklar zu sein, wurde 2019 im Kanton Neuenburg das Projekt REHAVENIR ins Leben gerufen. Hier ging es ums Herstellen der Kompatibilität der Organisation für die Reha-Akkreditierungen, die Integration aller klinischen Behandlungspfade, das Nutzen der Ergebnisse der ANQ und die Integration der Anforderungen des neuen Finanzierungsmodells ST REHA mit seinen CHOP-Codes.

Im Zentrum standen Dokumentation und Überwachung der Reha-Leistungen. Ein Planungsteam stellte die Grundlagen zusammen. Es erfolgte eine Validierung der Therapien, die Definition «schlüsselfertiger» Leistungen sowie die Integration von Planung, Überwachung, Validierung und Dokumentation im selben digitalen Tool. Bezüglich der medizinischen Kodierung handelte es sich um die folgenden Aufgaben: Schnittstelle zwischen der klinischen Patientenakte und dem kantonalen ERP lösen, automatische Integration von Assessments (z.B. FIM) und anderen Indikatoren in Bezug zur Rehabilitation (inkl. CIRS), automatisches Generieren von CHOP-Codes, Bereitstellen der Therapiezusammenfassung für die Kodierung in der Patientenakte zusammen mit den Entlassungsdokumenten sowie Anpassen der laufenden Kodierung der Akutpflege für den Übergang in die Reha.

22 Monate später zeigte sich ein recht gutes Bild: wenig Probleme dank guter Vorbereitung und wenig Versicherungsanfragen. Grosse Herausforderungen blieben jedoch im Zusammenhang mit (Rück-)Verlegungen zwischen Reha und Akutpflege. Auch die Verfügbarkeit von FIM war teilweise aufwändig: Assessments und Dokumente wurden in der falschen Akte abgelegt, es kamen Verzögerung bei der Validierung der Entlassungsdokumente im Akutbereich vor. Der Paradigmenwechsel bei den Ärzten musste sich erst einspielen. Ausserdem konnte die Abrechnung «interkurrenter» Leistungen noch nicht automatisiert werden. Alexander Weber: «Es besteht Optimierungsbedarf, den wir dank regelmässiger Verbesserungen erfüllen.»

Praxistauglich muss es sein

Ricky Probst, Kliniken Valens, präsentierte seine Sicht eines Reha-Anbieters mit 2000 Mitarbeitenden, 250000 Behandlungstagen und 1350000 abgerechneten Therapien. Er meinte: «ST Reha

ist ein «CH-Eigenprodukt» ohne vergleichbares System international, das ein einfachere «Helvetisierung» ermöglicht hätte. Die Version 1.0 gilt einmal für 2 Jahre, ohne Frührehabilitation und Paraplegiologie. Eine datenbasierte Einführung war nur teilweise möglich, da die Inputdaten nicht systematisch revidiert wurden. Allerdings gelten einheitliche Regeln und Definitionen.»

Die Unklarheiten hatten auch Auswirkungen auf den VVG-Bereich. Die Valenser waren aber dank akribischer Vorbereitung in der Lage, schon im Februar 2022 korrekte ST-Reha-Rechnungen zu stellen. Die Anfragen der Versicherer hielten sich in Grenzen, häufigste Gründe betrafen Austrittsberichte, FIM und Dokumente zur Erfüllung der Mindestmerkmale im CHOP: «Die Anfragen kommen teilweise unstrukturiert sowie als «Salamitaktik».

Die Systemeinführung war eine Herausforderung für die Mitarbeitenden – «ein Change Prozess. Dabei ging es hauptsächlich um revisions-taugliche Dokumentation und Assessments, «Therapieampeln» zur Erreichung der BA-Codes, Fallabschlüsse bei Verlegungen, Belastungs-erprobungen und Interkurrente Leistungen. Hilfreich waren und sind ein gemeinsames Verständnis zur Veränderung, Agilität und Flexibilität und eine ausgeprägte Fehler- und Lernkultur.» In den Kliniken Valens wird «Best practice» durch wöchentlichen Austausch mit allen Stand-orten und Berufsgruppen durchgeführt. Oft geben Anfragen der Versicherer Input auf unklare Prozesse. Es erfolgt eine kontinuierliche Schu-lung mit stufengerechter interner Kommunika-tion: «Wir lassen «Bottom-up»-Innovation für Veränderungen zu, insbesondere der direkt am Patienten Arbeitenden, und nutzen «Best prac-tice» auch ausserhalb der Klinikgruppe oder der stationären Rehabilitation. Die Kodierrevision sehen wir als Chance.»

Auch für Ricky Probst ist das Tarifziel noch nicht erreicht: «Die Weiterentwicklung braucht ein gemeinsames Verständnis der Systempartner, sie soll den aktuellen und zukünftigen versor-gungsbedarf abbilden, es braucht eine weitere Ausdifferenzierung der Leistungen z.B. psycho-somatische oder kardiale Rehabilitation und schliesslich das Darstellen kostenrelevanter Behandlungsunterschiede. Einen weiteren ver-besserungswürdigen Aspekt stellen die Zusatz-entgelte dar: Es geht um langfristige Lösun-gen bei der Medikamentenverrechnung wie auch um besondere Aufwände bei Betreuung und Belas-tungserprobungen gewisser Reha-Arten.» - Last, but not least schlossen sich klare Schlussworte an: «Das Bundesamt für Statistik darf durch Stel-lungnahmen keine unterjährigen Tarifeingriffe

auslösen. Das System soll die Fachpersonen am Patienten lassen und nicht durch zu aufwändige Administration die Behandlungszeit kürzen. Eine zu hohe Komplexität, welche zusätzliche Kosten generiert und ohne Nutzen für Patienten oder Prämienzahler ist, gilt es zu verhindern.»

Quality first

Einheitliche Tarife für mehr Transparenz und Vergleichbarkeit sind das Eine, eine ständige Qualitätsmessung der erbrachten Leistungen das Andere. Linda Hadorn, Leitung multidiszi-plinäre Themen ANQ, erläuterte die Legitimie-rung dieser Qualitätsmessungs-Organisation durch die wichtigsten Akteure, wobei eine ver-tragliche Verpflichtung und geregelte Finanzie-rung bestehen. Wichtig seien die Bündelung von Fachwissen innerhalb derselben Organisa-tion, die Pflege eines umfangreichen Netzwerks auf nationaler und internationaler Ebene, die konsensorientierte Zusammenarbeit mit Exper-ten, spezialisierten Unternehmen und unabhän-gigen Institutionen.

Die Arbeiten im Bereich Qualitätsentwicklung gehen weiter. Auf der Basis von Art. 58a KVG

reichten am 1. April 2022 die Qualitätsvertrags-partner H+, santésuisse und curafutura in Part-nerschaft mit der MTK den vom Gesetz gefor-derten Qualitätsvertrag für Spitäler und Kliniken beim Bundesrat ein. Darin halten sie u.a. fest, dass sie dem ANQ zusätzliche Aufgaben im Bereich der Qualitätsentwicklung übertragen. Die Zusammenarbeit im ANQ ermöglicht eine enge Abstimmung mit den Kantonen und deren Qualitätsvorgaben.

Zu gründen ist in diesem Zusammenhang eine Eidgenössische Qualitätskommission (EQK). Sie soll eine unabhängige ausserparlamentarische Kommission sein und den Bundesrat bei der Qualitätsentwicklung in der medizinischen Lei-stungserbringung im Rahmen des KVG unterstüt-zen. Wenn die Kommission besteht, wäre ein rund zehnjähriges Anliegen aus dem Gesund-heitswesen erfüllt. Seit Abschluss des Qualitäts-vertrags vor nunmehr 1 ½ Jahren ist allerdings noch nichts Weiteres passiert.

Weitere Informationen

www.sgmc-sscm.ch

