

6. ST Reha Forum von MediCongress – ein System steht vor dem Scheideweg

Den Tarif mit Optimismus reformieren oder radikal eliminieren?

Der neue Rehabilitationstarif ist – nach 18 Jahren Vorarbeit – erst seit gut drei Jahren in kraft. Bereits mehren sich allerdings zahlreiche Kritiken. Eine Gruppe begrüsst das einheitliche System und schlägt schrittweise Reformen vor, die andere Gruppe will den Tarif abschaffen, weil er zu viele negative Punkte aufweise. – Wer hat recht? Liegt die Wahrheit in der Mitte? Und: Welche Vorgehensweise ist aufgrund der unterschiedlichen Stakeholder, die mitreden, realistisch? – Das ST Reha Forum zeigte Möglichkeiten zum Ziel auf einem steinigem Weg.

Ein virtuelles Podium, geleitet von Gesundheitsökonom Dr. oec. HSG Willy Oggier, mit Beatrix Meyer, Leiterin Stationäre Versorgung & Tarife FMH, Ricky Probst, Leiter Tarife und Kooperationen Kliniken Valens, und Christoph Kilchenmann, Stv. Direktor, Leiter Strukturen und Amtstarife prio.swiss, bildete die Ouvertüre: Wo liegen die entscheidenden Plus- und Minuspunkte?

Laut Beatrix Meyer ist bei ST Reha das Beste, das sich die beteiligten Partner nach sehr langer Zeit auf ein gesamtschweizerisch einheitliches Tarifsysteem einigen konnten, obwohl das angesichts der vielen Rehabilitationsarten alles andere als einfach gewesen sei. Das Schlechte hingegen bedeute der enorme administrative Aufwand, der sich für jede Fachkraft in Reha-

kliniken im Schnitt auf über 1 ½ Stunden täglich belaufe, für Assistenzärzte das Doppelte. Die häufigen Rückfragen der Krankenversicherer und der Aufwand für Statistiken täten das ihre. «Es ist deshalb nötig, dass sich alle Beteiligten an einen Tisch setzen, um den zu grossen administrativen Aufwand zu senken und tarifliche Lücken bei der Tages-Rehabilitation und Hospital at home zu schliessen.»

Nach schwierigem Start gut unterwegs, aber ...

Ricky Probst schätzt, dass nach der schwierigen Einführungszeit die Abrechnungen recht gut laufen, «aber wir stehen heute bereits an einer Stelle, wo wir uns schon fragen müssen, ob wir

angesichts der vorhandenen Mängel aufhören oder total reformieren und richtig durchstarten sollten.» Positiv erachtet der Tarifexperte, dass die Einführung kostenneutral erfolgte, der Tarif national einheitlich ist und ein lernendes System für eine bessere Weiterentwicklung darstelle, separat verrechenbare Leistungen enthalte und sich mittlerweile ein angenehmes Verhandlungsklima eingestellt habe, das Tarifblockaden verhindere. Negativ sei jedoch, dass zu wenig Korrelationen zu den andern Tarifsystemen bestünden und einige kantonale Leistungsaufträge wichtige qualitative Mindestanforderungen zu wenig beachten. Als Verbesserungsvorschläge sieht Probst, dass die Limitationen der separat verrechenbaren Medikamente unbefristet erklärt, Anträge für CHOP-Codes schneller entwickelt

Hier geht's ums Grundsätzliche: Was ist positiv, was negativ an ST Reha? Es diskutierten (v.l.n.r.) Ricky Probst, Dr. oec. HSG Willy Oggier, Beatrix Meyer und Christoph Kilchenmann.





Marco Brauchli: «ST Reha müsste multimorbide Patienten besser erfassen. Die Komplexität muss richtig abgedeckt werden.»



«ST Reha bildet komplexe Behandlungspfade wie die kardiale Rehabilitation ungenügend ab», findet Evelyne Wirz Eberle aus Davos.



«An ST Reha hat man sich gewöhnt, aber mehr als zehn Jahre sollte der Tarif nicht mehr gelten», ist Harald Keckeis überzeugt.

und eine vermehrte Durchlässigkeit zu andern Tarifsystemen geschaffen würde.

Für Christoph Kilchenmann überwiegen die Vorteile: «Die Einführung bedeutete einen Meilenstein und bildet eine gute Voraussetzung für die Weiterentwicklung. Wir behalten jedoch im Auge, dass ein pauschales System eigentlich weniger Aufwand beschern müsste. Wir befinden uns nun im zweiten Jahr mit realen Kostenvergleichen. Das ist vorteilhaft für die Zukunft.»

Vertrauen ist das beste Fundament

Als entscheidend wertet Beatrix Meyer das gute Vertrauensverhältnis zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern: «So können wir die Prozesse optimieren, namentlich im Bereich der Kostengutsprachen.» – Ricky Probst befürwortet ein differenziertes Vorgehen: «Rehabilitation ist eine Komplexbehandlung; dies tariflich sauber abzubilden, bleibt ein Problem. Eine administrative Vereinfachung sehe ich, wenn die Codier-Revision nicht so häufig wie jetzt noch, nämlich jährlich, stattfinden müsste. Und bei den Verhandlungen ist es ratsam, diese stark auf regionaler Ebene durchzuführen, denn je näher man unter Vertragspartnern zusammenarbeitet, desto besser ist das gegenseitige Vertrauen.»

«Wir müssen weitere Erfahrungen sammeln, weil ST Reha noch ein junges Tarifsysteem ist», ergänzte Christoph Kilchenmann. «Sobald wir mehr wissen, können wir Vereinfachungen vorsehen.»

Dazu bieten wir Hand. Mehr regionale Lösungen finden wir ebenfalls gut. Bezüglich der Administrationskosten ist allerdings zu betonen, dass diese vorab bei der Patientenbetreuung anfallen. Hier ist bei den Kliniken weit mehr Steuerung möglich als bei den Versicherern.»

Reha-Wachstum meistern – teilstationär wieder einführen?

Soll Rehabilitation künftig auch akute Leistungen beinhalten? Ist ST Reha für die Frührehabilitation zu öffnen? Braucht es weitere parallel zu bewirtschaftende Tarifstrukturen? – Beatrix Meyer sieht Schwierigkeiten, wenn zwei stationäre Komponenten verknüpft werden sollen. Das habe sich bereits bei den Diskussionen bezüglich der in SwissDRG akut geregelten Paraplegiologie gezeigt. Wichtiger sei es, Anreize für eine vermehrte Ambulantisierung zu schaffen. Weil die Akutspitäler laufend die Verweildauern ihrer Patienten senken, gelte es, sich darauf einzustellen, betonte Ricky Probst: «Weil bis zu 90% aller Patienten vom Akutspital zu uns kommen, braucht es Mut zu neuen Lösungen, das gilt auch für die ambulante Nachbetreuung.»

Auch Christoph Kilchenmann sieht Handlungsbedarf: «Wenn die Patienten immer früher und in schlechterem Zustand in die Rehaklinik kommen, dann braucht es einen Transfer der Kostenübernahme. Vielleicht ist es in der Rehaklinik aber auch nur eine zusätzliche Behandlung.» Wenn neue Tarife zum Optimieren nötig würden,

stelle das für die Krankenversicherer kein Problem dar: «Wir beherrschen bereits jetzt rund 100 Tarifsysteme.»

Teilstationär – im Rahmen der ersten KVG-Revision von Bundesrat Couchepin beerdigt – könnte wieder ein Thema werden. Ricky Probst plädiert für eine Tagespauschale, welche die früher unter «teilstationär» abgegoltene ärztliche Präsenz und interdisziplinäre Betreuung enthalte. Das müsse insbesondere auch die Leistungen von Physiotherapie bis Logopädie beinhalten. Aktuell sei das weder mit TARDOC noch mit dem ambulanten Pauschalen zu lösen.

«Generell ist es wichtig, dass die ambulante Versorgung gefördert wird», unterstrich Beatrix Meyer, «und eine allfällige Angst der Versicherer bezüglich einer Mengenausweitung ist angesichts des Fachkräftemangels unbegründet. Vorteilhaft wäre es jetzt, wenn sich die SwissDRG AG Gedanken über optimalere Tarifstrukturen machen würde. Eine Machbarkeitsstudie könnte das richten.» – Wäre dazu die sehr breite Datenbasis der Versicherer eine gute Basis? Christoph Kilchenmann: «Hier ist anzumerken, dass wir vor allem über Abrechnungsdaten und weniger über Daten im Rahmen von Gesamtzuständen von Patienten oder Beschaffungskosten der Leistungserbringer verfügen. Zwar können wir gemeinsam dafür sorgen, schon in den ersten Jahren von ST Reha gewisse Verbesserungen zu erreichen, aber für mehr braucht es schon noch Zeit. Grundsätzlich sind wir aber dazu bereit.»

ST Reha – abschaffen oder reformieren?

Der Gretchenfrage gingen am zweiten Forumstag Klinik-Verantwortliche aus verschiedenen Disziplinen nach. Am Beispiel der muskuloskeletale Rehabilitation zeigte Marco Brauchli, CEO Zuzach Care, wie vielfältig sein Leistungsangebot ist: akute Versorgung, Stand-alone-Kliniken, Integration in Akutspitälern und ambulante Nachbetreuung. Seine positiven Punkte zu ST Reha sind: «Mindestkriterien und Anforderungen werden konsequent kontrolliert und umgesetzt. Es bestehen eine klare Planungsgrundlage für ärztliche, therapeutische und pflegerische Leistungen und eine Förderung interdisziplinärer Behandlungsteams. Schliesslich führt die Stärkung der Dokumentationspflicht zu klareren Grundlagen.» Daneben bestünden aber deutliche Herausforderungen: Der reine Fokus auf motorische Einschränkungen in der muskuloskelettalen Reha sei zu ergänzen. Zusätzlich verrechenbare Leistungen müssten verbessert werden. Das Fehlen schwererer funktionaler Selbstständigkeitsindices (FIMs) bei Fallzusammenführungen sei zu eliminieren, die Bewertung relevanter Diagnosen in Abhängigkeit des Patientenspektrums zu ermöglichen. Schliesslich müssten die Rückverlegungen innert 18 Tagen besser überwacht werden.

Bei der Weiterentwicklung des Tarifs sei die Multimorbidität zu berücksichtigen: Bei Zuzach Care sind beispielsweise bei 46% der Patienten psychische Nebendiagnosen vorhanden, bei 64% Herz-Kreislaufbeschwerden. Ausserdem sind 79% der Patienten kognitiv mindestens mittel betroffen, was die festgelegten und tariflich geforderten Behandlungsszenarien erschwere. Brauchli: «Die Komplexität muss richtig abgedeckt werden. Frühe Verschiebungen aus der Akutsomatik müssen mit den einhergehenden Risiken besser abgebildet werden.»

Unterfinanzierte Disziplinen

Aufgrund teilweise ungenügender Entgelte habe es sich im Klinikalltag gezeigt, dass gewisse Disziplinen wie die kardiale Rehabilitation unbefriedigend dastünden, erläuterte Evelyne Wirz Eberle, CEO Hochgebirgsklinik Davos. Sie meinte: «ST Reha wurde konzipiert, um die Rehabilitation zu vereinheitlichen und transparenter zu gestalten. Doch bisher zeigt sich bei vielen Fachpersonen und Patienten, dass das Modell sehr rigide ist, stark standardisiert und nicht für alle Patienten geeignet. Besonders relevante Punkte sind die fehlende Behandlungsflexibilität, mögliche Qualitätsverluste und die unzureichende Berücksichtigung komplexer Krankheitsbilder.»

Die kardiale Reha hat das tiefste Kostengewicht. Und je höher der Anteil an kardialen Patienten ist, desto kritischer wird es für die Klinik. Eine Spezialklinik mit einem hohen Anteil solcher Patienten müsste also den tiefen DMI durch höhere Baserates ausgleichen können. «Heute», so Evelyne Wirz Eberle, «können die Angebote resp. Disziplinen aufgrund von Patientenkollektiv, Outcome, Inhalten, Wirtschaftlichkeit jedoch nicht verglichen werden. Das sollte geändert werden, unabhängig davon, wie die Klinik disziplinenmässig zusammengesetzt ist. Mit dem ST Reha-Modell im heutigen Reifegrad können keine qualifizierten Vergleiche angestellt oder Rückschlüsse gezogen werden.»

Bezüglich der kardialen Rehabilitation gelte es also, diese Fälle im noch jungen Tarifsystem mit vergleichbarem Ressourcenvergleich besser zu identifizieren und zu gruppieren. Die Hochgebirgsklinik Davos hat einen entsprechenden Antrag an die SwissDRG AG gestellt. Der Lösungsvorschlag sieht vor, die relevanten Splitkriterien zu erweitern, analog der pulmonalen Rehabilitation. Beim Weiterentwickeln des Tarifs seien Anforderungen wie Kostengutsprachen, Therapieminuten usw. eher wegzulassen, «denn Therapieminuten stehen doch nicht über Therapieinhalten. Konsequenter ist auf Outcome zu setzen, auch wenn verlässliche Daten zur Langzeitwirkung der Rehabilitation vielleicht erst in zehn Jahren vorliegen. Und gar nicht ausser acht

Kompetent und eloquent – Ricky Probst im Element. Der Leiter Tarife und Kooperationen der Kliniken Valens brillierte mit reichem Detailwissen auch am parallel stattfindenden OnkoReha Symposium.



gelassen werden sollte die Frage: Zurück zu Tagessätzen pro Disziplin?»

Grundsätzlich vorteilhaft, aber mit grossem Optimierungspotenzial

«Die am Patienten erbrachte Leistung ist in ST Reha besser abgebildet als früher», begann Harald Keckeis, CFO Kliniken Valens, seine Aus-

«ST Reha sollte kostenneutral sein, für die Kliniken trifft das wegen der Bürokratie aber gar nicht zu», moniert Dr. med.univ. Salih Muminagic, Direktor Medizin, Chefarzt, aarReha Schinznach und Rehaklinik Zofingen.





Mehrwert auf absehbare Zeit. Generell gilt aber: Jedes Finanzierungssystem im Gesundheitswesen gehört nach spätestens zehn Jahren abgeschafft und völlig neu aufgestellt.»

Zahlreiche Ungereimtheiten beim Namen genannt

Ein fulminantes Schlussreferat hielt Dr. Willy Oggier. Über die Abschaffung von ST Reha lohne sich sehr wohl zu diskutieren. Es habe sich nämlich seit Einführung überhaupt nichts geändert: «Nach wie vor gibt es keine geklärte schweizerische Definition für Rehabilitation. Die fehlende Definition «teilstationär» ist zu bedauern und es besteht eine fehlende Klärung der Begrifflichkeiten im ambulanten Bereich. All das hat seinen Einfluss auf die Tarife.»

Leider sei immer noch nicht überall eine qualifizierte Rehabilitation drin, wo «Reha» draufstünde. In der Deutschschweiz heisst Reha: interdisziplinär, interprofessionell, unter ärztlicher Leitung, die wichtige Funktion der Physiotherapie enthaltend, historisch oft in Bergen oder am Wasser gelegen, oft privatrechtlich (oft in Stiftungen) geregelt sowie häufig auch alleinstehend angeboten. In der Westschweiz hingegen bestehe ein stärkerer Fokus auf die Pflege, die Grenzen zu Akut- und Übergangspflege verliefen oft fließend und die Rehabilitation sei meist an öffentlichen Spitälern angegliedert und/oder funktioniere auf «low-level».

Den Gesundheitsökonomem stört weiter, dass gar nicht die ganze Vielzahl an Rehabilitationsdisziplinen in ST Reha abgebildet würde. Der Reigen ist tatsächlich sehr umfangreich und würde neurologische, muskuloskeletale, pulmonale, kardiovaskuläre, paraplegiologische, internistisch-onkologische, psychosomatische, pädiatrische, geriatrische Rehabilitation und auch dermatologische Rehabilitation umfassen. Er vermisst ausserdem das Nichtvorhandensein des Begriffs «teilstationär». Folgende in Anlehnung an SWISS REHA erfolgten Definitionen aufgrund der Art der Leistungserbringung sind seine Vorschläge:

- **Ambulante Rehabilitation:** einzelne Behandlungssettings, keine Tagesstruktur, keine Unterkunft, keine Notwendigkeit einer zeitweisen Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld, keine Verpflegung
- **Teilstationäre Rehabilitation:** kleiner als 24 Stunden, Tagesstruktur, Notwendigkeit einer zeitweisen Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld, Ruheraum, i.d.R. eine gemeinsame Mahlzeit
- **Stationäre Rehabilitation:** 24 Stunden, Tagesstruktur, Notwendigkeit einer zeitweisen

führungen. «Dadurch entsteht mehr Anreiz, komplexere Patienten zu behandeln. Durch die umfassenden Dokumentationserfordernisse entsteht mehr Transparenz – aber zu welchem Preis? Kritik am Aufwand ist auch bei der Kostengutsprache angebracht: Früher bildete die KoGu im Wesentlichen die Grundlage für die Rechnung. Heute ist es «nur» eine Bewilligung für die stationäre Rehabilitation. Dazwischen erfolgen Leistungen, Dokumentationen, Minutenerfassungen, Einstufungen, Assessments usw. Erst mit dem Vorhandensein der lückenlosen Informationen kann eine Rechnung korrekt erstellt werden.»

Zu gross sei der Administrationsaufwand: «Es braucht zahlreiche Kodierspezialistinnen und ein Medizincontrolling. Das ist ein enormer täglicher Dokumentationsaufwand. Es besteht ein komplexes Rückweisungsmanagement, der Überblick über den Stand der Bearbeitungen ist schwierig. Katalogeffekte sind schwer abschätz-

bar. Daher wird die Budgetierung angesichts des grossen Kosten- und Erlösdrucks zunehmend komplexer, denn der DMI und die Veränderungen spielen eine wichtige Rolle.» Und es geht ins gute Tuch: Die Kodierrevision führt bei den Kliniken Valens insgesamt zu 13 Berichten mit Aufwänden von mehr als 100 000 Franken jährlich. Zudem führe der Anreiz der Garanten zur übermässigen Leistungskontrolle zum «Aufrüsten» bei den Administrativkräften.

Gut beraten ist, wer sich rechtzeitig intern darauf einstellt. Das gelingt den «Valensern» gut. Keckeis: «In einer Klinikgruppe mit mehreren Standorten kann man den Herausforderungen besser begegnen. Die entstehenden Mehrkosten können besser – auf mehrere Standorte – verteilt werden. Erlösschwankungen infolge von Systemveränderungen können aufgrund des breiten Leistungsportfolios besser ausgeglichen werden. Ein Abschaffen von ST Reha würde neue Unsicherheiten auslösen, ohne wesentlichen

«Über das Abschaffen von ST Reha sollten wir schon nachdenken», unterstreicht Gesundheitsökonom Dr. oec. HSG Willy Oggier.



Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld in der Regel kein Kriterium, Unterkunft, Vollpension

Schwammige Definitionen bescheren schlechte Tarife

Exakt die schmerzlichen Definitionslücken widerspiegeln sich nun im Tarif. Oggier: «Wenn die Begrifflichkeiten unklar und die stationären Kostengutsprachen unterschiedlich sind, wenn die Schnittstellen zu Langzeitpflege und ambulanter Physiotherapie nicht geklärt sind, dann steigt die Wahrscheinlichkeit unbrauchbarer Datensätze und in der Folge auch die Wahrscheinlichkeit wenig aussagekräftiger und wenig sachgerecht differenzierender Tarifstrukturen im ambulanten und stationären Bereich.»

Entsprechend deutlich fallen denn auch die Schlussfolgerungen und provokativen Denksätze des Experten aus: «Solange der Rehabilitations-Begriff nicht gesamtschweizerisch sauber definiert ist, werden unter ST Reha Äpfel mit Birnen verglichen. Das Ursprungsziel der Gesetzesrevision, die vermehrte Transparenz als Voraussetzung für Benchmarks, wird damit verfehlt.»

«Solange ST Reha mit der Auflage vorgängiger Kostengutsprachen der Vertrauensärzte bei stationären Aufenthalten gekoppelt ist, entstehen Wettbewerbsnachteile an der Schnittstelle zur Somatik und Psychiatrie. Integrierte Versorgung, vermehrte Transparenz und Benchmarks über Sektorengrenzen hinweg werden zur Farce.»

Oggier ging dabei auf einen bisher selten beachteten, aber äusserst relevanten Aspekt ein: Mit umfangreicher Administration, enormem Datenerfassen und Definieren sehr spezifischer Tarifpositionen könne man gewaltig ins Hintertreffen geraten, denn «je ausdifferenzierter stationäre Tarifstrukturen werden, desto eher ähneln sie Einzelleistungs-Vergütungssystemen. Angesichts der geringen Halbwertszeit des medizinischen Wissens erwecken solche Systeme aber eine Schein-Genauigkeit und laufen der Entwicklung um Jahre hinterher.»

Das leitete über zum Feststellen eines schlimmen Grund-Mankos: «Wer Sektorengrenzen überwinden will, muss auch über die Sektoren hinaus medizinische Versorgungskonzepte und finanzielle Vergütungsanreize setzen. Weder SwissDRG, Tarpsy noch ST Reha für sich allein bieten solche Mechanismen.» – Das sind klare



Aussagen. Es ist zu wünschen, dass sie von den beteiligten Stakeholdern zu Herzen genommen werden. Es gibt viel zu tun.

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

Weitere Informationen

www.medicongress.ch



Siemens und KSB:

Gemeinsam wird Innovation Realität.

Gemeinsam gestalten wir mit dem Siemens Xcelerator eines der digital fortschrittlichsten Spitäler der Schweiz. Für mehr Effizienz, optimierte Prozesse und ein echtes Smart Hospital. Siemens – Ihr Partner für die digitale Zukunft im Gesundheitswesen.

siemens.ch/ksb

SIEMENS