

Im 4. ST Reha-AnwenderInnen Forum 2023 von MediCongress wurde in die Zukunft geblickt

Wachstumsbereich mit vielen Fragezeichen und Chancen

ST Reha befindet sich in einer Weiterentwicklungsphase. Daher gibt es viele Fragen, sowohl auf technischer als auch systemischer Ebene. Einige dieser Fragen betreffen beispielsweise Tarifverhandlungen zwischen Kliniken und Versicherern. Wie sollen solche Verhandlungen geführt werden, wenn aktuelle Daten kaum oder gar nicht vorhanden sind? Des Weiteren stellt sich die Frage nach einer künftigen Abrechnung der Paraplegiologie oder der überwachungspflichtigen Rehabilitation. Wird es in Zukunft noch psychosomatische Rehabilitation geben oder werden alle entsprechenden Leistungen in die Psychiatrie eingegliedert und somit unter das Tarifsystem TARPSY gestellt? – Ein gerütteltes Mass an Fragen – das Forum bot Analysen, Anregungen, Lösungen und Zukunftsperspektiven.

Der wissenschaftliche Programmverantwortliche, Dr. oec. HSG Willy Oggier, wagte einen Blick in die Zukunft der Rehabilitation, eines Wachstumsbereichs, wo nach santésuisse der Zuwachs abgerechneter Leistungen 9% betrug. Genau erklären könne santésuisse den Trend noch nicht. Eine These sei aber, dass die Spitäler ihre Patienten schneller in die Rehabilitation schicken und diese länger dort bleiben. «Vielleicht hängt

das damit zusammen, dass die Spitäler wegen des Personalmangels ganze Bettenstationen schliessen müssen», zitierte Dr. Willy Oggier santésuisse-Direktorin Verena Nold. Als mögliche weitere Gründe kommen in Frage: steigendes Durchschnittsalter der Patienten, Kompensation bisheriger Unterversorgung und Verkürzung stationärer Aufenthalte in Akutkliniken sowie vermehrte Überweisung in die Frührehabilitation

in einem noch überwachungspflichtigen Status, aber auch Mengenausweitung von vermeintlich günstigeren low-level-Anbietern und fehlende gesamtschweizerische Reha-Definition.

Wacklige KoGu-Beurteilungen

Unbestritten ist: Rehabilitation ist ein Garant der beruflichen und sozialen Wiedereingliederung

Kein Wunder herrschte am ST Reha-AnwenderInnen Forum in Zürich beste Laune, denn Magdalena Krol von MediCongress (links) und ...



Special 1: Eine komplexe Tariflandschaft gründlich durchleuchtet

und vermindert Folgekosten aus Unfall und Krankheit. Die Krankenversicherer steuern die stationäre Rehabilitation über zwingend notwendige Kostengutsprachen durch den Vertrauensarzt. «Dafür bedarf es allerdings fundierter Kenntnisse für eine kompetente Beurteilung», mahnte Oggier und liess die ZuhörerInnen staunen, denn eine SWISS REHA-Umfrage unter Berufung auf das Öffentlichkeits-Gesetz unter den 10 grössten Krankenversicherern (9 Antworten) zeigte: «... dass – mit Ausnahme der beiden grossen Krankenversicherer bei curafutura – die Vertrauensärzte kaum oder gar keine praktischen Erfahrungen durch eine Tätigkeit in einer stationären Rehaklinik ausweisen.»

Und noch bedenklicher: «Teilweise stammen die Vertrauensärzte aus dem Ausland, wo sich mindestens zum Teil der Reha-Begriff erheblich vom schweizerischen unterscheidet, weil Rehakliniken über keinen Spital-Status wie bei uns verfügen. Viele Krankenversicherer antworteten, dass sie entweder keine Angaben zu Anstellungs- bzw. Auftragsverhältnissen der die Kostengutsprache-Gesuche beurteilenden Vertrauensärzte machen wollen bzw. über keine solchen verfügen. Fast alle Versicherer verfügen nach ihren Angaben über keine Statistiken über die Bearbeitungszeiten von KoGu-Gesuchen für stationäre Leistungen (...) Von den Versicherern muss daher verlangt werden, dass sie Vertrauensärzte einsetzen, die über spezifisches Schweizer Rehawissen verfügen. Nur so werden die Versicherer ihrer Verant-

wortung gegenüber Kunden und EinwohnerInnen gerecht.»

Der Gesundheitsökonom zeigte weitere zu klärende Punkte auf. Da wäre einmal das unterschiedliche Reha-Verständnis in der Deutsch- und Westschweiz. Während in der Deutschschweiz die Charakteristika interdisziplinär, interprofessionell, unter ärztlicher Leitung, wichtige Funktion der Physiotherapie, historisch oft in Bergen oder am Wasser gelegen und oft privatrechtlich lauten, besteht in der Westschweiz ein stärkerer Fokus auf die Pflege; die Grenzen zu Akut- und Übergangspflege sind oft fließend; Rehabilitation ist oft an öffentlichen Spitälern angegliedert und/oder wird als low-level angeboten. Nötig sei eine vollständige Definition aller sinnvollen Rehabereiche, nämlich: neurologische, muskuloskeletale, pulmonale, kardiovaskuläre, paraplegiologische, internistisch-onkologische, psychosomatische, pädiatrische und geriatrische Rehabilitation. Zu integrieren gelte es zudem die dermatologische Rehabilitation.

Weiter fehle, so Oggier, auch eine Definition für ein adäquates Entgelt einer teilstationären Rehabilitation. Klar ist es für die ambulante Therapie: einzelne Behandlungssettings, keine Tagesstruktur, keine Unterkunft, keine Notwendigkeit einer zeitweisen Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld, keine Verpflegung. Teilstationär wäre dagegen weniger als 24 Stunden, nötige Tagesstruktur wie zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld, Ruheraum,

meist eine Mahlzeit. Schliesslich gelte es zu beachten, dass kantonale Unterschiede in der Beurteilung von Rehabilitation und reiner Physiotherapie bestünden.

In diesem Umfeld bewegen sich die Tarife. Oggier: «Sie sind nie einfach gut oder schlecht, sondern abhängig von den Rahmenbedingungen. Wenn nun die Begrifflichkeiten unklar, die stationären KoGu unterschiedlich und die Schnittstellen zur Langzeitpflege/ambulanten Physiotherapie nicht geklärt sind, dann steigt die Wahrscheinlichkeit unbrauchbarer Datensätze und in der Folge die Wahrscheinlichkeit wenig aussagekräftiger und wenig sachgerecht differenzierender Tarifstrukturen im ambulanten und stationären Bereich.» – Es besteht Handlungsbedarf.

Verhandeln (fast) ohne aussagekräftige Daten

Nicht nur offene Fragen bezüglich Tarifstruktur und Reha-Definitionen stellen ein Problem dar, aktuell beschäftigen auch ungenügende Daten für Tarifverhandlungen wie Gilles Hirt, Tarifspezialist am Bethesda Spital, Basel, darlegte. Er attestierte ST Reha zwar einen guten Start trotz fehlender internationaler Vergleiche. Für Hirt stellt ST Reha einen Totalumbau dar: «Da ist kein Stein auf dem andern geblieben.» Wichtige bisherige Änderungen seien bei der Analogiekodierung zu vermeiden: Sowohl die BB.1-CHOP-Kodes für indikationsbezogene Zusatzleistungen wie auch die ergänzenden BB.2-Kodes sind

... Kismet Özdemir führen mit Charme durch den Anlass.



Dr. med. Serge Reichlin weist eindrücklich auf Lücken des Tarifsystems hin.



Special 1: Eine komplexe Tariflandschaft gründlich durchleuchtet

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, wobei es Spitäler und Kantone gebe, die diesen Unterschied noch nicht begriffen hätten.

Generell zu beachten gelte es, dass 2022 die Datenbasis unbrauchbar gewesen sei; 2023 müssen die Fälle neu kodiert werden, für 2024 besteht demnach wegen kaum aussagekräftiger Daten noch eine grosse Unsicherheit im System generell und für anstehende Vertragsverhandlungen speziell.

Hirt sieht etliche Herausforderungen wie die bessere Abgrenzung OKP-VVG, klarere Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung, das Erfassen von Schwankungen im Tarifsysteem, wobei er das Beispiel psychosomatische Rehabilitation nannte, die Unterdeckung der Kosten in den Spitälern, die weitergehende «Ambulantisierung» und den Fachkräftemangel. Daraus folgerete der Tarifexperte: «Es braucht noch viel Verständnisarbeit, gerade in Zusammenarbeit mit den Krankenversicherern.»

Wie wird ST Reha leistungsgerechter?

Dieser Gretchenfrage ging Beatrix Meyer, Leiterin Abteilung Stationäre Versorgung und Tarife

FMH, einmal mehr in gewohnter Perfektion nach. Sie erinnerte an die übergeordneten Ziele der ST Reha-Entwicklung. Dabei sollten die Tarifstrukturen eine differenzierte und leistungsbezogene Abbildung fallbezogener Leistungen ermöglichen, wofür eine prozedurengestützte Tarifstruktur erarbeitet wurde. Die Integration von CHOP-Kodes sollte eine Vergütung in Abhängigkeit der erbrachten Leistung resp. des entsprechenden Ressourcenverbrauchs ermöglichen. Und besonders wichtig: Im Klinikalltag sollte die Tarifstruktur zudem aufgrund der tatsächlichen medizinischen Leistungen die Schweregrade von Behandlungsfällen bestmöglich abbilden.

Was ist daraus geworden? – Kriterien fürs Beurteilen eines Schweregrades könnten komplizierende Diagnosen und Funktionseinschränkungen sein, meinte Beatrix Meyer. Weiter rechtfertigen gemäss ST Reha-Definitionsbandbuch spezifizierte Leistungen wie neuropsychologische Reha, Injektion einer antiinfektiösen Substanz (pulmonale, geriatrische Reha) oder Isolierung innerhalb der geriatrische Reha ein Zusatzentgelt für Mehraufwand oder therapeutische Mehrleistung.

Nun bestand allerdings in ST Reha 1.0 für 2022 und 2023 eine Gruppierung in Basis-RCGs. Diese orientierte sich an den Rehaarten resp. den entsprechenden Basisleistungen (BA-Kodes). Die Analogiekodierung verwässerte jedoch den Leistungsbezug. Ab 2024 (ST Reha 2.0) lösen nun

neue CHOP-Kodes die Analogiekodierung ab. Hierbei besteht allerdings die Krux, dass damit innerhalb der bestehenden Tarifstruktur (noch) keine Anpassung der Kostengewichte erfolgt. Neue CHOP-Kodes können erst ab ST Reha 5.0 (Anwendungsjahr 2027) Einfluss auf Kostengewichte haben. «Und erst dann besteht mehr Leistungsgerechtigkeit», betonte Beatrix Meyer.

Zum Zankapfel könnte im Weiteren die Diskussion um Phasen der Reha-Leistungserbringung werden, wobei mit Fortschreiten von Therapien häufig ein degressiver Tarif angedacht wird. «Die FMH lehnt ein solches «Erzwingen» mehrerer Phasen aus folgenden Gründen ab:», hielt die Tarifexpertin unmissverständlich fest. «Datenlage und Erfahrung der Fachgesellschaften sagen, dass die Kosten während eines Reha-Aufenthalts nicht sinken. Die Ausgestaltung der BA-Kodes bzw. vorgegebene wöchentliche Therapieminuten legen nahe, dass Tageskosten in der Regel konstant bleiben. Allfällige Fehlanreize einer künstlichen Verlängerung des Reha-Aufenthalts werden durch Kostengutsprachen relativiert. Daher ist eine vorwiegend nicht-degressive einphasige Tarifstruktur auch für künftige Reha-Versionen sachgerecht!»

Last, but not least ging es um Zusatzentgelte für Reha-Medikationen. Beatrix Meyer bedauerte, dass es kaum Reha-spezifische Zusatzentgelte gebe: Nur 1 der 26 Reha-spezifischen Medikamente gemäss BFS-Medikamentenliste ist zusatzentgeltfähig für ST Reha 3.0. Auch aus der

Aufmerksam werden die eindrücklichen Präsentationen verfolgt wie hier jene von Dr. med. Cyrille Burrus von der Suva-Klinik Sion.



Detailerhebung separat verrechenbarer Leistungen ergab sich kein Zusatzentgelt. Grund dafür: zu wenig Daten. «Eine Detailerhebung würde sich lohnen», so die klare Forderung Meyers – und im Gesamten: «Mit der Ablösung der Analogiekodierung wurde schon viel erreicht, aber es bleibt einiges zu tun». Neben dem Aufarbeiten der bereits erwähnten Punkte müssten auch Belastungserprobungen besser abgegolten werden. Schliesslich: «Selbst eine leistungsgerechte Tarifstruktur schützt nicht vor einer möglichen Unterfinanzierung aufgrund von Baserate-Verhandlungen. Der zunehmende Spardruck könnte ausserdem auf Kosten der Qualität gehen.»

Arbeitsorientierte Reha im Tarifsystem gut abbilden

Markus Tschanz, Tarifexperte der Suva-Kliniken, unterstrich die hohe Bedeutung der arbeitsorientierten Rehabilitation: «Arbeit ist in unserer Gesellschaft ein wichtiges Thema und berührt die intellektuellen, psychologischen und sozialen Fähigkeiten und Funktionen. Die arbeitsorientierte Reha ist als Querschnittsbereich mit spezifischer Ausrichtung auf die Anforderungen des Erwerbslebens zu sehen.» Die Zielsetzung der arbeitsorientierten Rehabilitation wird der Situation der Patienten angepasst. Leistungen der Therapie ergänzen die Basisleistungen und werden durch Fachleute aus den Berufsgruppen Ergotherapie, Physiotherapie, Neuropsychologie usw. ergänzend zu den Basisleistungen erbracht.



Zu beachten gelte es nun aber, dass im Gegensatz zum stationären Aufenthalt in einem Akutspital mit nachfolgender Reha, wo sowohl für Patienten mit KVG- wie UVG-Deckung klare Tarife bestünden – SwissDRG und ST Reha –, die ambulante Reha (aber zurzeit nicht die arbeitsorientierte) nur für UVG-Patienten national via TAR Reha abgegolten werde. Bei den restlichen Patienten besteht eine Finanzierungslücke. Dabei wäre die Brückenfunktion der arbeitsorientierten Reha gerade für die anschliessende berufliche Wiedereingliederung sehr wichtig.

«Arbeitsorientierte Reha muss zwar in ST Reha nicht gesondert abgebildet sein», meinte Tschanz, «aber in der weiterführenden ambulanten Rehabilitation und in der beruflichen Wiedereingliederung unterscheiden sich die Leistungen der arbeitsorientierten Rehabilitation wesentlich stärker von anderen Rehaarten. Hier rechtfertigen sich speziell darauf angepasste Tarifstrukturen, weil sich die Anforderungen an Fachpersonal und Infrastruktur und oft auch an die Therapie-Intensität deutlich unterscheiden.»

Die Finanzierungslücke beim KVG könne jedoch nicht allein durch tarifstrukturelle Anpassungen geschlossen werden. «Leider ist dieses Bewusstsein gering und der Wille zum Schliessen der Lücke bei der gegenwärtigen fast ausschliesslich kostenorientierten Anpassung in der OKP nicht ersichtlich», bedauerte Tschanz und befürchtet daher negative volkswirtschaftliche Effekte bei der Wiedereingliederung.

Sandra Hoffmeister, SPZ Nottwil, spricht übers komplexe Tarifwerk bei der Paraplegiologie und Dr.oec.HSG Willy Oggier ist wie immer für eine träge Frage zur Stelle.

Sandra Hoffmeister, SPZ Nottwil, spricht übers komplexe Tarifwerk bei der Paraplegiologie und Dr.oec.HSG Willy Oggier ist wie immer für eine träge Frage zur Stelle.





Paraplegiologie: nach DRG abrechnen und die Qualität nach Reha-Ansätzen messen – auch künftig?

Behandelt werden in der paraplegiologischen Rehabilitation Patientinnen und Patienten mit stationärem Rehabedarf mit unfall- oder krankheitsbedingten sowie angeborenen Lähmungen an den oberen und/oder unteren Extremitäten sowie am Rumpf (Querschnittlähmungen), die durch eine Störung im Bereich von Rückenmark und Cauda equina ausgelöst werden. Erfasst sind sowohl die Erstrehabilitation als auch die Folgerehabilitation und die Komplikationsbehandlung.

Sandra Hoffmeister, Leiterin Medizincontrolling und Codierung im Schweizer Paraplegiker Zentrum Nottwil, zeigte an diesem speziellen Beispiel eine Rehaart, die ab 1. Januar 2024 über SwissDRG und nicht über ST Reha abgerechnet

wird. Bisher erfolgten Abrechnungen über Tagespauschalen. Diese Übergangsregelung läuft per Ende 2023 aus. Es besteht ab dann auch keine Falltrennung mehr, sondern Akut-Reha. Und wie sieht es für die Qualitätskontrolle aus?

Gemäss «Q-Vertrag -Grundsätze Abrechnungsmodalitäten» hätten per 1. Januar 2024 auch die Fälle, welche bis anhin der paraplegiologischen Rehabilitation und somit dem Messplan Rehabilitation zugeordnet wurden, komplett in den Messplan Akutsomatik wechseln müssen. Davon sind vier Zentren betroffen: das SPZ Nottwil, der Balgrist, die Suva-Klinik Sion und das REHAB. Sie stellten Mitte 2023 zusammen einen Antrag zum Verbleib im Messplan Reha – ein pragmatisches Vorgehen wie Sandra Hoffmeister bemerkte, denn im oft komplexen Behandlungsverlauf – Akutversorgung, Reha und nachklinische Betreuung – sei es wichtig, die gewohnten Messzeitpunkte wie Erhebungsdefinitionen bei-

zubehalten. Nicht zu vergessen ist, dass gerade das SPZ rund 40 Therapiearten anbietet – von der Anästhesiologie bis zur Zahnmedizin.

Obwohl somit wichtige Punkte neu geregelt wurden, bleiben etliche Herausforderungen bestehen. Sandra Hoffmeister: «Der Verlauf der Rehabilitation ist nicht vorhersehbar. Intermittierend sind akute Interventionen während des Aufenthaltes notwendig. Es besteht eine lange Zeitspanne der SCIM-Messungen bei Eintritt und Austritt und es kommen sehr heterogene Ausprägungen der Lähmungen mit unterschiedlichen Komplikationen und Funktionsfähigkeiten vor.»

Ein weiteres Abgrenzungsproblem

«Überwachungspflichtige Rehabilitation und Frührehabilitation: Wo wird wie abgegrenzt?» fragte Dr. Gianni R. Rossi, CEO Suva-Kliniken, und wies auf eine nötige Klärung hin. Frührehabilitation ist eine frühzeitige Übernahme intensiv zu betreuender Patienten auf speziell dazu ausgestatteten Stationen; dazu bestehen kantonale Leistungsaufträge, aber eben auch eine heterogene Versorgungslandschaft, denn frühzeitige rehabilitative Massnahmen leisten auch Akutspitäler, besonders Unispitäler mit neurochirurgischer Abteilung.

Ein Blick zurück: Der Begriff Frührehabilitation taucht bis 2012 im SwissDRG Fallpauschalen-Katalog auf. H+ setzte sich ohne Erfolg dafür ein, dass im Katalog kein Rehabegriff auftaucht. Weil

Remy Gasser, Kliniken Valens, erweist sich als wahrer Fuchs im Dickicht der Zahlen und Daten.



Virtuose Regie am Mischpult:



die DRG-Einführung jedoch weit fortgeschritten ist, bleibt Frührehabilitation im Katalog bestehen. Noch wurde jedoch nicht festgelegt, wo diese Leistungen stattfinden sollten. Die Rehakliniken erkannten das Missverständnis, denn frühe rehabilitative Massnahmen in Akutspitälern gelten gemäss WHO nicht als Frührehabilitation. 2016 wurde schliesslich in einem Dokument der SwissDRG AG festgehalten, dass Frührehabilitation an der Schnittstelle zwischen Akutspital und weiterführender Rehabilitation stehe, aber der Therapieort wird nach wie vor nicht definiert.

Die überwachungspflichtige Rehabilitation taucht 2013 in einem Grundsatzpapier der Aktivkonferenz Rehabilitation als «... intensive Form der stationären Rehabilitation, auch als rehabilitative Intensivabteilung oder ehemals Frührehabilitation» auf. Seit 2021 wird die überwachungspflichtige Rehabilitation für Rehakliniken als stationärer Querschnittsbereich geführt. Kantonale Leistungsaufträge lauten jedoch oft noch auf Frührehabilitation.

Im CHOP-Katalog wird die Frührehabilitation ab 2024 unter «Verschiedene diagnostische und therapeutische Massnahmen» und «Rehabilitation» abgebildet. Es existiert ein CHOP-Kode für die «Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation» und einer für die «Fachübergreifende Frührehabilitation» – abzurechnender Tarif SwissDRG. Demgegenüber gilt für die überwachungspflichtige Rehabilitation ein Kode für die «Überwachungsrehabilitation» und ein weiterer für «intensive Überwachung bei vorübergehend vital bedrohlicher Situation», in der CHOP-Systematik als Reha-Zusatz (BA-Kodes) abgebildet – Tarif ST Reha.

Dringend: Gleichbehandlung von Leistungsaufträgen

Zu klärende Punkte sind demnach die Gleichbehandlung bei Leistungsaufträgen und die datenbasierte Bewertung. Die überwachungspflichtige Rehabilitation fehlt in ST Reha 2.0, hingegen ist die

Bei interessanten Referaten bereitet es besonderen Spass.



MOMO

Automatisch die beste Abrechnung

Vermeidung von Abrechnungsdefiziten

Vollständige Vergütung Ihrer Aufwände

Mit MOMO

 www.tiplu.ch

Special 1: Eine komplexe Tariflandschaft gründlich durchleuchtet

Abbildung der Frührehabilitation in SwissDRG vollzogen. Damit ein Hin und Her bei der Tarifanwendung verhindert wird, forderte Dr. Gianni R. Rossi: «Es muss ein Commitment aller Tarifanwender geben, dass die in der GDK-Musterplanungssystematik beschriebene überwachungspflichtige Rehabilitation zusammen mit der erbrachten Leistung gemäss Frührehabilitations-Kode die Anwendung von SwissDRG zulässt ... Das heisst weiter: Klärung der Finanzierung der überwachungspflichtigen Rehabilitation, solange sie in ST Reha nicht abgebildet ist, und ebenso Klärung der Abgrenzung zwischen SwissDRG- und ST Reha-Anwendung sowie bestehender Leistungsaufträge.»

Ein weiteres Thema sind aussagekräftigere Daten über erfolgte Rehaleistungen. Sie würden helfen, Forschungsprojekte innerhalb der Rehabilitation besser zu unterstützen. Da sind die Suva-Kliniken ebenfalls stark engagiert wie Dr. med. Cyrille Burrus ausführte. Er verwies auf die Einflussfaktoren der persönlichen Gesundheit: einwandfreie Körperfunktionen und -strukturen, aktive Teilnahme am gesellschaftlichen Leben und Garantie eines harmonischen Umfelds. Zu analysieren gelte es insbesondere verhaltensmässige, psychologisch bedingte und funktionelle Symptome. Es gehe dabei ums Erfassen der Ergebnisqualität und des Outcomes nach medizinischen Behandlungen (PROMs). In Zukunft müsse es möglich werden, dass sehr wohl ST Reha-Daten zur Preisgestaltung von Reha-Aufenthalten erstellt werden, dies allerdings in Kombination mit differenzierten Patientendaten, die mit den üblicherweise erfassten verknüpft sind. Das Ziel heisst: Behandlungsprogramme verfeinern und Effizienz steigern. Das wiederum sei mit der Wirksamkeit der Versorgungsgerechtigkeit im Sinne von Value Based Healthcare verknüpft.

Und wie geht es bei der psychosomatischen Rehabilitation weiter?

«Patientinnen und Patienten halten sich (leider) nicht an fragmentierte Vergütungssysteme», bemerkte Dr. med. Serge Reichlin, CEO der Klinik Barmelweid, wo sehr unterschiedliche Rehaangebote genutzt werden. So auch die psychosomatische Rehabilitation, wo die Tarifierung ebenfalls im Argen liegt. Die psychosomatische Reha ist komplex und erfolgt meist in Kombination mit anderen Rehabereichen. Dabei kommen schweizweit jährlich weit über 100 000 stationäre Fälle vor und leider liegt in 11% der Fälle eine Unter-Diagnostizierung vor. Die häufigsten psychischen Komorbiditäten sind dabei depressive Störungen, Anpassungs- und Angststörungen, Suchterkrankungen,

demenzielle Erkrankungen und andere organische psychische Störungen sowie somatoforme Störungen.

Die Leistungen werden sowohl in SwissDRG (ungenau definiert und schwach entschädigt), im TARPSY (besser abrechenbar, aber mit sinkender Tendenz) und in ST Reha abgebildet. Die Tarifierung in ST Reha erachtet der Referent als ungenügend. Sein Lösungsvorschlag sieht wie folgt aus: «Anerkennung der Prävalenz psychischer und psychosomatischer Krankheitsbilder

und deren Unterversorgung; Anerkennung der psychosomatischen Fälle als «Querschnittsproblem»; Zuordnung der Leistungen in OKP, UVG und VVG; Abbildung in (neuen) Klassifikationen (z.B. ICD) und insbesondere im führenden stationären Tarifsystem (d.h. im TARPSY) und als zusätzlich verrechenbare Leistung in den anderen Tarifsystemen sowie schliesslich Abgleich von (widersprüchlichen) Anforderungen zur Anerkennung von Kliniken und Leistungserbringern, gerade zum künftigen Vermeiden einer Unterversorgung.»



Über die reinen Tarife hinausdenken

Ein erstes Fazit aus den spannenden Vorträgen zog Remy Gasser, Leiter Finanzen und Controlling Kliniken Valens. Er erinnerte daran, dass die stationäre Rehabilitation der letzte Versorgungsbereich der Spitalfinanzierung war, welcher eine gesamtschweizerisch einheitliche und leistungsorientierte Tarifstruktur erhielt. Das Schweizer Eigenprodukt musste isoliert, ohne Bezug auf ein vergleichbares internationales System kreiert werden. Die Version 1.0 galt für zwei Jahre, ohne Frührehabilitation und Paraplegiologie und die datenbasierte Einführung war nur teilweise möglich, da Inputdaten nicht systematisch revidiert wurden. Hier dürften die 2024er Leistungsdaten mehr Aufschluss bieten.

Es seien aber noch weitere Elemente zu beachten: unterschiedliche kantonale Handhabung gemeinwirtschaftlicher Leistungen im Rahmen neuer Versorgungsmodelle und zu wenig klare Definition interkurrenter Leistungen als separate Verrechnung von Leistungen während eines stationären Aufenthalts. An Bedeutung gewinnen dürften auch qualitätsorientierte ärztliche und therapeutische Leistungen und insbesondere Mehrleistungen für Zusatzversicherte und schliesslich auch die ambulanten Leistungen, die über TARMED/TARDOC und TAR Reha (MTK) abgegolten werden. Als potenzielle neue Tarifposition sieht der Referent die Telemedizin (Reha@home) und zu definieren gelte es schliesslich teilstationäre Leistungen. Remy Gasser: «Leistungen müssen korrekt erfasst werden, nicht nur ST Reha bezogen. Dazu braucht es eine systematische Weiterentwicklung der Tarife. Die Rehakliniken müssen die Entwicklung proaktiv mitbegleiten oder gestalten.»

Echtzeit-Controlling für mehr Transparenz und bessere Therapie-Entscheide

Wo komplexe Tarifsysteme für komplexe Leistungen angewandt werden, ist eine systematische Übersicht conditio sine qua non für optimale Steuerungsmöglichkeiten. Das zeigten Matthias Kaiser, Therapiedirektor, und Alexander Stroh, Abteilungsleitung Reha-Disposition Rehaklinik Dussnang. Ihr Mittel der Wahl heisst Echtzeit-Controlling über RehaTIS. Das bedeutet Sicherstellung aller geforderten Therapieeinheiten, sofortige Dokumentation der geleisteten Therapien und Zusatzleistungen, Erbringen aller nötigen Therapienachweise sowie Prüfung und evtl. Neu-Ausrichtung spezifischer Leistungen und umfassende Kontrolle von Abläufen und (Personal-)Ressourcen.

Zusammengefasst lasse sich sagen: Echtzeit-Controlling unterstützt eine effiziente Planung, sichert eine übersichtliche Darstellung der Planung und zeigt fehlerhafte Planungsschritte direkt an. Echtzeit-Controlling fördert daher die Behandlungsqualität durch Sicherstellung der Behandlungsdifferenzierung. Echtzeit-Controlling leistet auch einen wesentlichen Beitrag für bessere Daten und eine aussagekräftigere Basis für Vertragsverhandlungen – ein passender Schlussakkord für ein spannendes ST Reha-AnwenderInnen Forum.

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

Weitere Informationen

www.medicongress.ch

Nachhaltigen und hygienesicheren Wassergenuss erleben



Erfrischendes Wasser, innovative Technologie.
Fünf Wassersorten, ein Knopfdruck! Qualität
und Stil für Ihr Spital, Ihre Pflegeeinrichtung,
Ihr Heim. Erfahren Sie mehr unter
www.brita.ch/wasserspender

BRITA - für Ihren perfekten Wassergenuss

 **BRITA**