

ST Reha: Anforderungen an die Weiterentwicklung

Beatrix Meyer

Leiterin Abteilung Stationäre Versorgung und Tarife, FMH

Zihlschlacht, 5. November 2021

Verschiedene Versorgungsmodelle – eine Lösung

Problem Analogiekodierung:

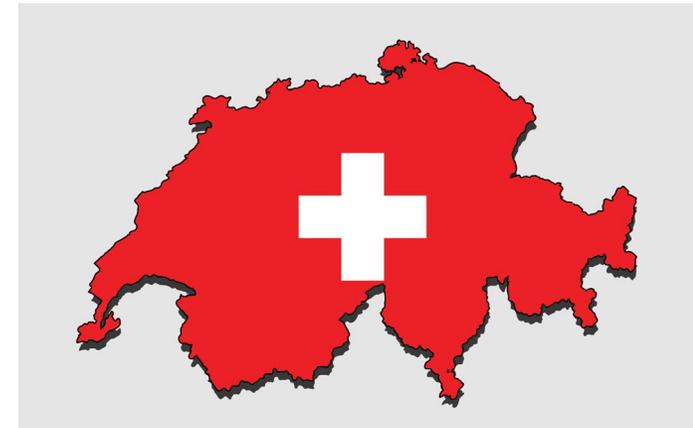
- Gratis-Eintrittsticket in die Basis-RCGs
- Mindestmerkmale der BA.-Kodes «Basisleistung in der Rehabilitation» werden nicht erfüllt



Ablösung Analogiekodierung (CHOP-Antrag 2021):

BA.- für die acht Rehabilitationsarten werden jeweils dreigeteilt:

1. Anforderungen wie bei bestehenden BA.-Kodes
2. Tiefere Mindestminuten bei verminderter Belastbarkeit
3. Möglichkeit, einen Anteil der Therapieminuten durch entsprechend ausgebildetes Pflegepersonal zu erbringen



Ablösung Analogiekodierung

- ✓ Kein «Gratisticket» mehr
- ✓ Deckt verschiedene Versorgungsmodelle ab
- ✓ Auch für Patienten mit verminderter Belastbarkeit (Version 0.2)

To do:
Abstimmung mit BB.1-
«Zusatzaufwand in der
Rehabilitation»

Reha-Art	wie aktuell			mit Indikation			mit «Rehapflege-Anteil»		
	Version 0.1			Version 0.2			Version 0.3		
TMT: Therapeutenminuten RPM: «Rehapflegeminuten»	TMT	RPM		TMT	RPM		TMT	RPM	
BA 1 neurologisch	BA 1.1	540	n. enth.	BA 1.2	360	n. enth.	BA 1.3	300	240
BA 2 psychosomatisch	BA 2.1	450	n. enth.	BA 2.2	300	n. enth.	BA 2.3	300	150
BA 3 pulmonal	BA 3.1	540	n. enth.	BA 3.2	360	n. enth.	BA 3.3	300	240
BA 4 kardial	BA 4.1	540	n. enth.	BA 4.2	360	n. enth.	BA 4.3	300	240
BA 5 muskuloskelettal	BA 5.1	450	n. enth.	BA 5.2	300	n. enth.	BA 5.3	300	150
BA 6 internistisch u. onkologisch	BA 6.1	450	n. enth.	BA 6.2	300	n. enth.	BA 6.3	300	150
BA 7 geriatrisch	BA 7.1	450	n. enth.	BA 7.2	300	n. enth.	BA 7.3	300	150
BA 8 pädiatrisch	BA 8.1	300	n. enth.	BA 8.1	300	n. enth.	BA 8.1	300	n. enth.
BA 9 sonstige									
Begründung	Bedingung wie bisher			Alle Mindestmerkmale wie BA 0.1 Senkung begründet mit medizinischer Diagnose			Alle Mindestmerkmale wie BA V0.1, Therapeuten + «Rehapflegeminuten»		
	Bedingung wie bisher			Beispiele: Dialyse. Pneumonie, Infektion, Akuter Schub chron. Erkrankung (z.B. Parkinson), Delir, Sturz, Isolierung / multires. Keime			Mindestminuten Therapeuten wie V0.2, Pflegefachkräfte mit Zusatzausbildung übernehmen einen Teil der Rehabilitationsleistungen		

Quelle: Arbeitsgruppe Mindestminuten CHOP



Aus Sicht FMH keine Zusatzausbildungsliste erforderlich

Eine Auswirkung des Systemwandels: mehr Transparenz

Stationäre Rehabilitations- programme

klinisch bewährt,
evidenz- und
leitlinienbasiert

(Bis Ende 2021
unspezifisch durch
Tagespauschalen
abgegolten)



Art, Menge & Qualität der erbrachten Leistungen

Kunsttherapie,
Sporttherapie

Physio-, Ergo-
Logotherapie,
Ernährungsberatung

Mindestminuten

Personelle & infra-
strukturelle Vorgaben

«Behandlungskomplex» (1)

Das Bundesgericht hielt in BGE 120 V 200 aus dem Jahre 1994 zum **Behandlungskomplex** das Folgende fest:

Regeste, S. 200:

- „Behandlungskomplex: Beim Zusammentreffen von Massnahmen, die zu den Pflichtleistungen zählen, und solchen, für die keine oder nur eine beschränkte Leistungspflicht besteht, kommt es darauf an, ob die Massnahmen in einem **engen Konnex** zueinander stehen.
- **Ist dies zu bejahen, so gehen sie in ihrer Gesamtheit dann nicht zu Lasten der Krankenkasse, wenn die nichtpflichtige Leistung überwiegt** (Präzisierung der Rechtsprechung; Erw. 7).“

Erwägung 7.b/bb, S. 214:

- „(...). Die erforderliche enge Konnexität der Massnahmen ist dabei dann gegeben, **„wenn sich die einzelnen Vorkehren nicht voneinander trennen lassen, ohne dass dadurch die Erfolgsaussichten gefährdet würden, und die einen Vorkehren für sich allein nicht von solcher Bedeutung sind, dass die andern Vorkehren in den Hintergrund treten“.**“

«Behandlungskomplex» (2)

Diese Rechtsprechung wurde bestätigt im Urteil des Bundesgerichts 9C_108/2014 vom 26.09.2014 E.3.1.

D.h., wenn

- ein Behandlungskomplex vorliegt, bei welchem Nichtpflichtleistungen und Pflichtleistungen zusammentreffen und in einem engen Konnex zueinander stehen
- die Nichtpflichtleistungen aber nicht die überwiegenden Leistungen darstellen

dann gilt die Gesamtleistung als OKP-Pflichtleistung



Behandlungskomplex: Fazit und mögliches Vorgehen

Fazit:

Kunsttherapie, Sporttherapie usw.

- sollten in CHOP-BA.-Kodes, wo notwendig, ergänzt werden, damit diese an die Mindestminuten angerechnet werden können
- Vergütungsrelevanz



Vorgehensmöglichkeiten:

- Leistungserbringer und Kostenträger einigen sich auf einheitliche Lesart
- Falls keine Einigung, und Versicherer die Behandlungen schlussendlich nicht vergüten:
 - Antrag an Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen (ELGK)
 - Musterprozess

Vergütung von Arzneimitteln – Datengrundlage schaffen

Aus ST Reha Antragsverfahren 2021:

- Medikamentenliste des BFS als Grundlage für künftige Zusatzentgelte: Aufnahme von 9 der 10 beantragten Wirkstoffe
- SwissDRG AG hat Mindestkriterien für die Schaffung von ST Reha Zusatzentgelte vorgeschlagen
 - Anpassung der Limitierung beim Zusatzentgelt für Transfusion von Erythrozytenkonzentraten möglich
 - Restliche Zusatzentgelt-Anträge: Datengrundlage unzureichend
- Gute Kosten- und Leistungserfassung auf den Fall wichtig, Detailerhebung nutzen

Vorgesehene Vereinbarung der Tarifpartner zu separat verrechenbaren Leistungen

- Separate Verrechnung nur so lange, bis sie in ST Reha einfließen → Antragsverfahren
- Daten für separat verrechnete Arzneimittel ebenfalls an SwissDRG AG übermitteln

Gute Dokumentation ist wichtig

→ erlösrelevant für das Spital

- Nur was **dokumentiert** wird, kann **kodiert** werden.

Zur Vereinfachung der Dokumentation von komplexen Leistungen stehen Dokumentationsmuster der FMH zur Verfügung ([Link Dokumuster](#))

- Nur was **kodiert** wird, kann **abgerechnet** werden.

→ Grundlage für eine gute Datenqualität und Weiterentwicklung von ST Reha

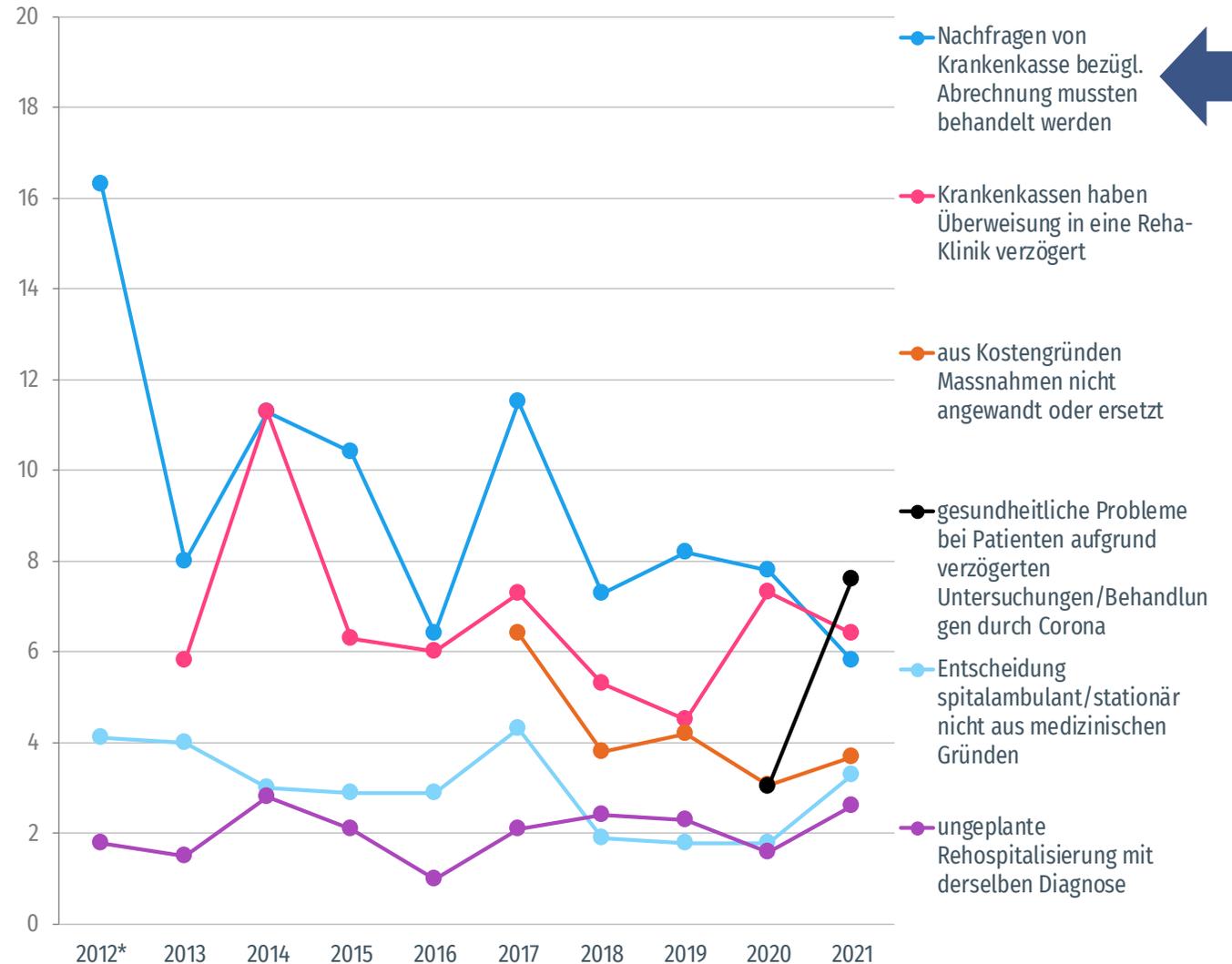
→ hilfreich bei Rückfragen der Versicherer

Rückfragen von Versicherern zu Rechnungen auf das Notwendige beschränken

"Wie häufig kamen die folgenden Umstände im vergangenen Monat in Ihrem Arbeitsbereich vor? Sie können eine Schätzung, wie oft dies in den letzten 30 Tagen in Ihrem Arbeitsbereich vorgekommen ist, direkt als Zahl eingeben. In den letzten 30 Tagen ..."

in Mittelwerten, Ärztinnen und Ärzte Rehabilitation

gfs.bern, Befragung zum ärztlichen Arbeitsumfeld im Auftrag der FMH, Juni – Juli 2021 (N Rehabilitation jeweils ca. 70), * 2011 und 2012 zusammen

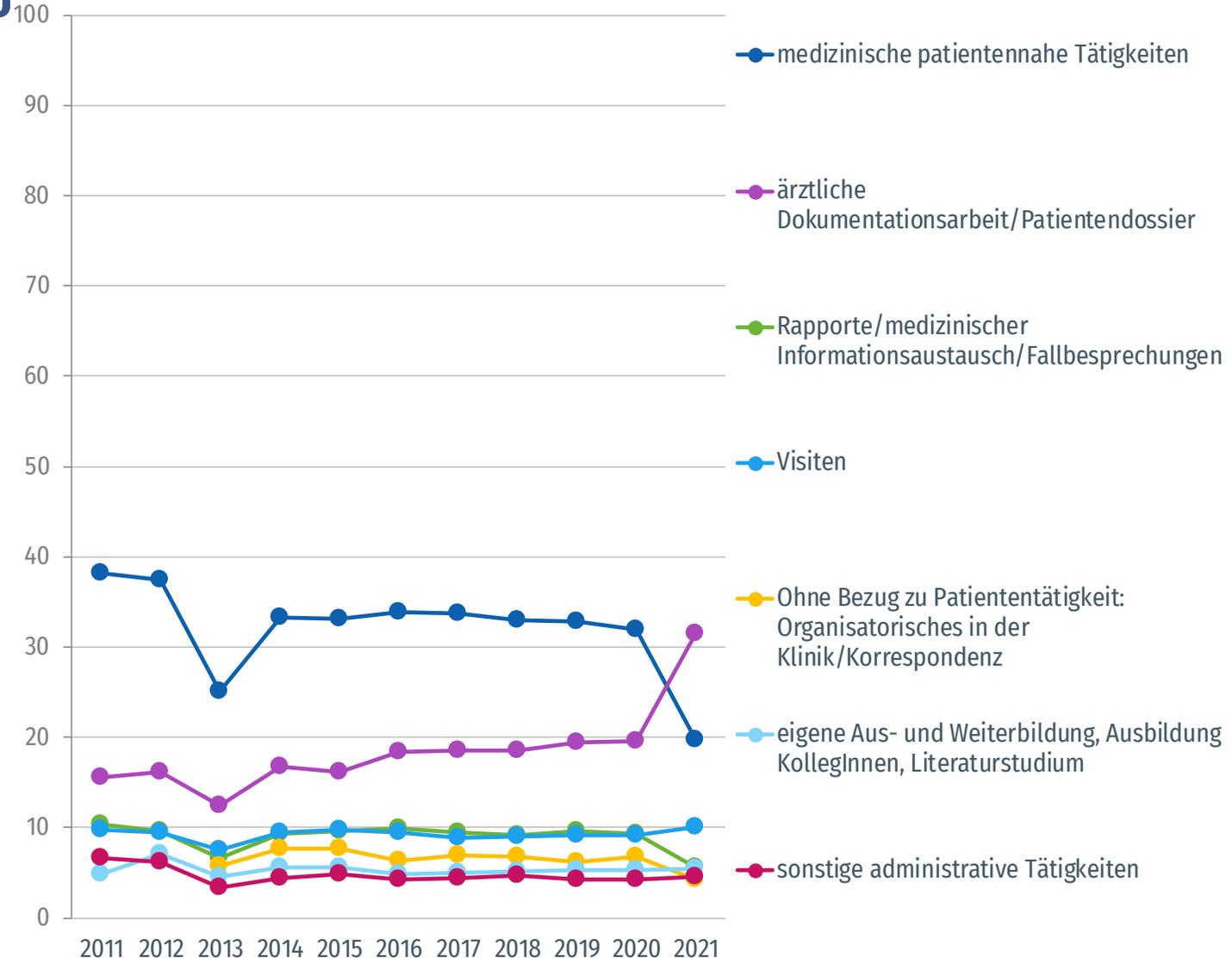


FMH Zeitaufwand für versch. Tätigkeiten, Rehabilitation Assistenzärzte, in %

"Wenn Sie an den letzten normalen Arbeitstag denken, wie viel Zeit haben Sie dabei auf die folgenden Tätigkeiten angewendet? Bitte geben Sie Ihre Angaben in Minuten an."

in % Mittelwerte einzelner Tätigkeiten am gesamten Arbeitstag, Assistenzärzte/-ärztinnen Rehabilitation

© gfs.bern, Befragung zum ärztlichen Arbeitsumfeld im Auftrag der FMH, Juni – Juli 2021 (N Assistenzärzte/-ärztinnen Rehabilitation jeweils ca. 15)



Gemeinsam admin. Aufwand senken, z.B. bzgl. Rechnungskontrolle

Probleme:

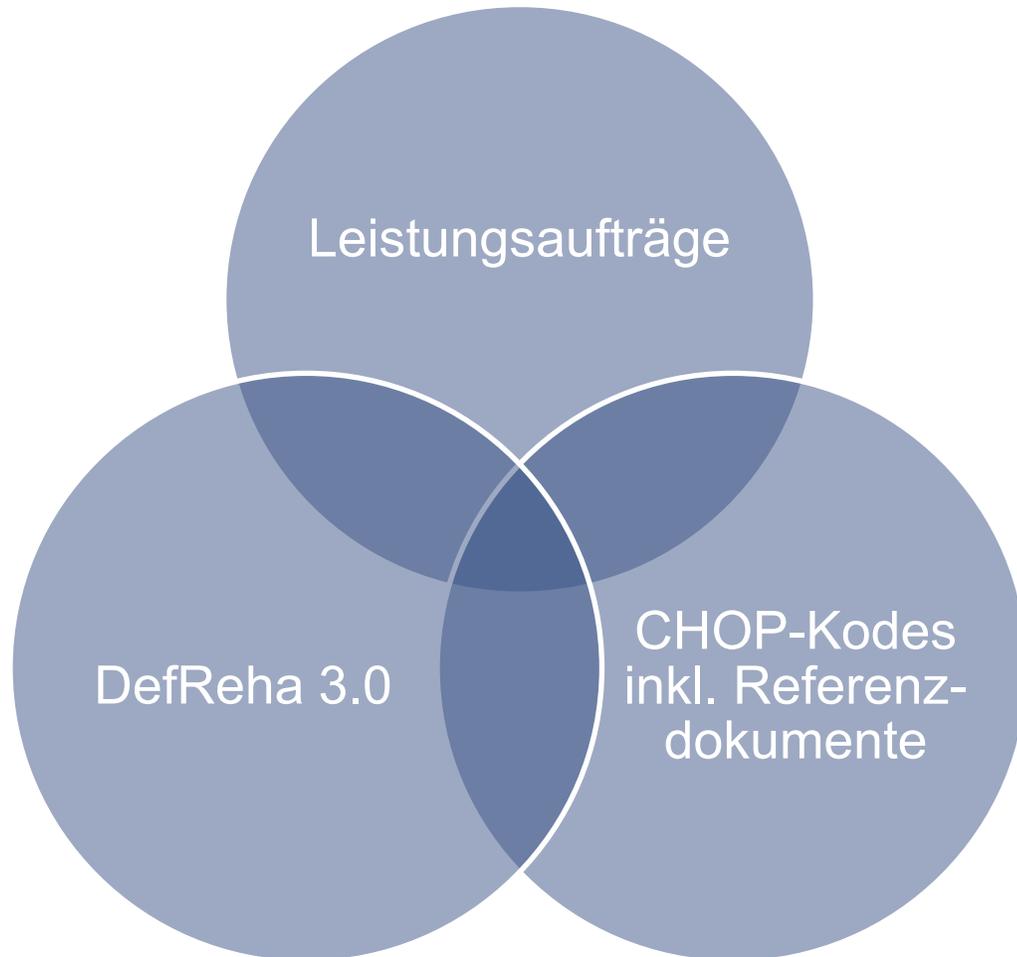
- Bei Anwendung von BA.- CHOP-Kodes (inkl. Referenzdokumente) und BB.-CHOP-Kodes können sich Interpretationsspielräume ergeben
- Viele z.T. unnötige Rückfragen von Versicherern (vgl. SwissDRG)

Ziel: einheitliches Verständnis der Leistungserbringer und Kostenträger, Rückfragen der Versicherer und Differenzen bei Rechnungsprüfung möglichst minimieren

Lösungsmöglichkeiten:

- Partner erarbeiten Vorschläge zur Reduktion der Interpretationsspielräume, Einigung auf akzeptable Dokumentations- und Überprüfungsstandards
- Falls notwendig Anträge an BFS für Schärfung CHOP-Kodes/Kodierungshandbuch, Präzisierungen in BFS-Rundschreiben
- Klarstellungen Fallabrechnung
- Braucht es allenfalls so etwas wie eine paritätische Schlichtungskommission?

Abstimmung und Harmonisierung



Falls nötig und soweit möglich, Inhalte aufeinander abstimmen und harmonisieren, um Missverständnisse zu vermeiden

ST Reha Versionen und stetige Neuerungen

Abrechnungsjahr	ST Reha Version	Daten / CHOP	Kommentar
2022	1.0	2019	Ausgenommen Frührehabilitation und Paraplegiologie während Gültigkeit der Einführungsversion
2023	1.0	2019	Corona-bedingte Verlängerung von ST Reha 1.0
2024	2.0	2021	Neu BB.2 «Zusatzleistung der Therapie»
2025	3.0	2022	
2026	4.0	2023	Analogiekodierung und neue 3-teilige BA-Kodes (BB.2 ist integriert)
2027	5.0	2024	Keine Analogiekodierung mehr

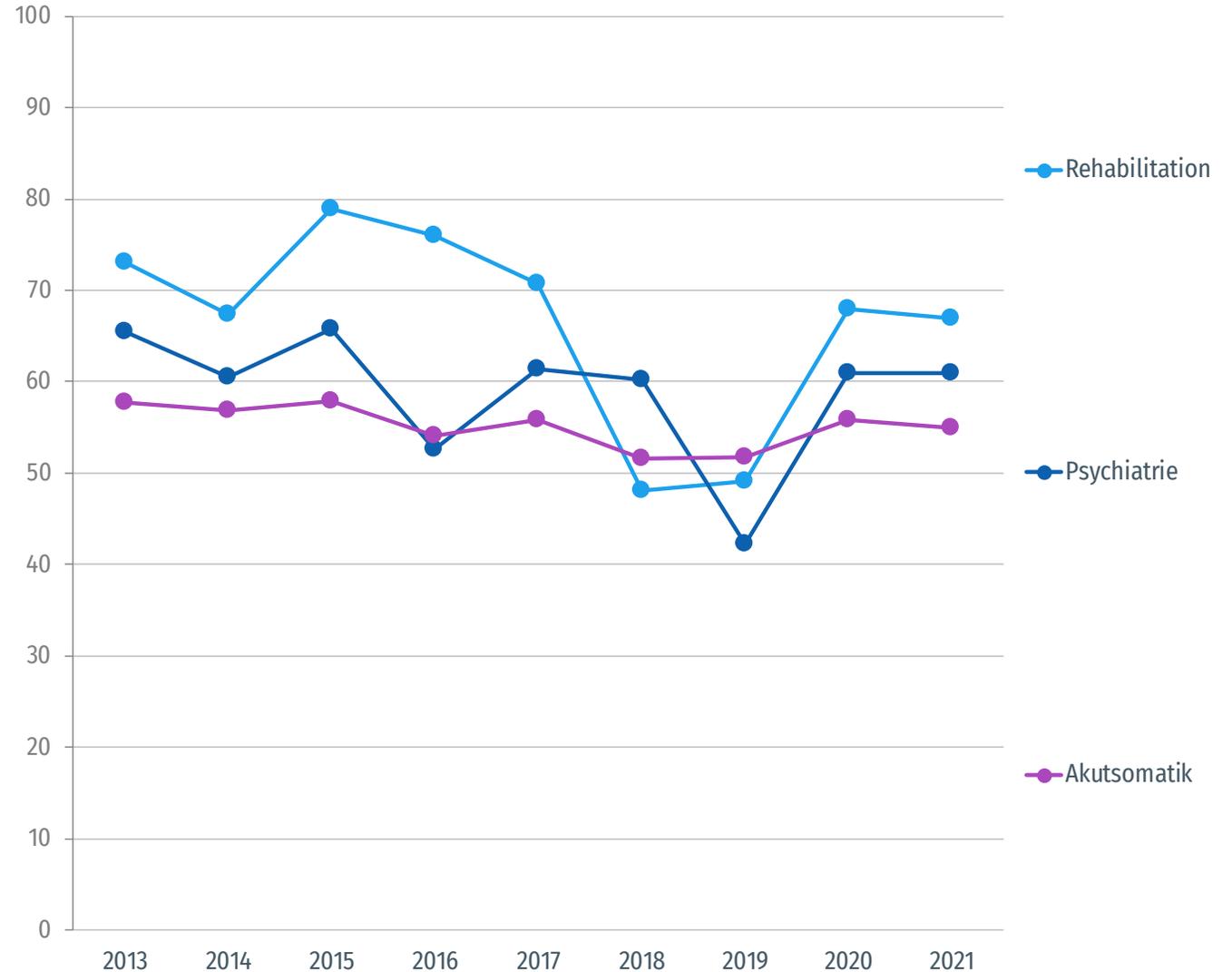
Änderungsvorschläge für 2022 bündeln

- Für die nächsten 5 Jahre sind schrittweise grössere Veränderungen vorgesehen
 - Aktuelle Antragsumsetzung sowie Antragsverfahren 2022 nutzen, für bekannte grössere Überarbeitungen, z.B.
 - BB.1 Abgleich mit neuem 3-teiligen BA.-Kode
 - Erfahrungen aus Anwendung einfliessen lassen
 - Dann Auswirkungen der Änderungen überprüfen, bevor neue grössere Umbauten erfolgen
 - Nach turbulenter Einführungsphase etwas Ruhe ins System bringen
- Planbarkeit für Spitäler erhöhen

FMH Ärzte beurteilen Umgang der Spitäler mit Veränderungen mehrheitlich positiv

"Wie beurteilen Sie den Umgang Ihres Spitals mit den Veränderungen in den letzten Jahren insgesamt?"

in % Ärztinnen und Ärzte Akutsomatik/
Psychiatrie/Rehabilitation,
Anteil "sehr/eher guter Umgang mit
Veränderungen"



© gfs.bern, Befragung zum ärztlichen Arbeitsumfeld im Auftrag der FMH, Juni – Juli 2021 (N Akutsomatik jeweils ca. 940/ N Psychiatrie jeweils ca. 130 / N Rehabilitation jeweils ca. 70)

Fazit

- Guten Spirit und Partnerschaft weiterführen, Kompromisse sind möglich!
 - Gemeinsame Lesart für Nicht-Pflichtleistungen im Behandlungskomplex finden
 - Interpretationsspielräume CHOP klären
 - Lösungen erarbeiten, um Rückfragen, Konfliktfälle und admin. Aufwand im Zusammenhang mit der Rechnungskontrolle zu minimieren
- Datenqualität/-quantität wichtig, inkl. bei vorübergehend separat verrechenbarer Leistungen (z.B. im Hinblick auf Zusatzentgelte für Arzneimittel)
- Aktuelle Antragsumsetzung und Antragsverfahren 2022 gezielt nutzen, anschliessend Auswirkungen von Umbauten zuerst evaluieren, bevor erneut grundlegende Umbauten erfolgen

→ ST Reha ist nicht perfekt und erklärt nicht alle Kostenunterschiede:
guter Wille und Augenmass aller Beteiligten erforderlich