

# Stationäre Rehabilitation – Position der FMH zur Tarifstrukturentwicklung ST Reha

Beatrix Meyer

Leiterin Tarife und Gesundheitsökonomie Spitalärzte

## Projekt unter dem Dach der SwissDRG AG

Für die stationäre Rehabilitation ist ein national einheitliches, leistungsbezogenes und pauschaliertes Vergütungssystem einzuführen. So will es das Krankenversicherungsgesetz. Im Unterschied zur Akutsomatik kann hier allerdings nicht auf ein ausländisches Tarifsystem zurückgegriffen werden. Deshalb wird in der Schweiz unter dem Dach der SwissDRG AG eine entsprechende Tarifstruktur von Grund auf neu entwickelt. Die SwissDRG AG hat den Spitalverband H+ und die Medizinaltarifkommission UVG (MTK) beauftragt, für das neue Tarifsystem ihre bereits begonnenen Arbeiten im Rahmen des Projekts ST Reha (Schweizerische Tarifstruktur Rehabilitation) weiterzuführen. Die Einführung der ST Reha ist für das Jahr 2015 geplant.

## Aktueller Stand des Projekts ST Reha

Als Grundlage für die Tarifstruktur stationäre Rehabilitation hat die Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften (ZHAW) in einem ersten Schritt die Patientenklassifikationssysteme für die neurologische und muskuloskeletale Rehabilitation entwickelt [1]. Die ZHAW stellte dabei anhand einer begrenzten Datenerhebung fest, dass folgende Patientenmerkmale die Kosten einer Behandlungswoche

hauptsächlich beeinflussen: Grad der Selbständigkeit in den Alltagsaktivitäten der Patienten [2], Multimorbidität [3], Ein- oder Austritt in der betrachteten Behandlungswoche sowie Schmerzniveau [4] (Letzteres ist nur im Fall der muskuloskelettalen Rehabilitation relevant). Für die muskuloskelettale Rehabilitation werden drei und für die Neurorehabilitation vier Tarifstufen empfohlen. In einem nächsten Schritt erhebt eine grössere Anzahl von Pilotkliniken die Leistungs- und Kostendaten, um die in der neurologischen und muskuloskelettalen Rehabilitation erarbeiteten Patientenklassifikationssysteme zu validieren und weiterzuentwickeln. Zudem werden Patientenklassifikationssysteme auch für die kardiale und pulmonale Rehabilitation erarbeitet. Solche Systeme sollen aus Sicht der FMH nicht nur für die neurologische, muskuloskelettale, kardiale und pulmonale, sondern für alle medizinischen Fachgebiete der Rehabilitation entwickelt werden. Die FMH setzt sich dafür ein, dass schliesslich alle medizinischen Fachbereiche der Rehabilitation mit dem neuen Tarif abgedeckt sind.

## Aktive Mitarbeit der Ärzteschaft

Die Schweizer Ärztinnen und Ärzte gestalten die Tarifstrukturentwicklung ST Reha aktiv mit: Sie engagieren sich nicht nur in den verschiedenen Teilprojekten des Projekts ST Reha, sondern auch im Steuerungsausschuss. Der Zentralvorstand der FMH hat Herrn Dr. med. Hansueli Tschanz, Chefarzt für Kardiologie am Berner Reha Zentrum in Heiligenschwendi, in den Steuerungsausschuss des Projekts ST Reha delegiert. Zudem setzt sich die FMH im Verwaltungsrat und in weiteren Gremien der SwissDRG AG, der Auftraggeberin des Projekts ST Reha, für die Anliegen der Ärzteschaft ein. Die Delegierten der FMH stützen sich dabei auf die Expertise der FMH-Begleitgruppe ST Reha, in der alle von der Rehabilitation betroffenen Fachgesellschaften vertreten sind. Die Begleitgruppe bietet den idealen Rahmen für die Meinungsbildung und Konsolidierung der verschiedenen Bedürfnisse. Nur auf diese Weise kann die Ärzteschaft sowohl vereint und stark auftreten als auch die gemeinsamen Anliegen aller betroffenen Fachgebiete in den verschiedenen Gremien einbringen. Als wichtige Grundlage für künftige Aktivitäten hat die FMH-Begleitgruppe ST Reha das folgende Positionspapier erarbeitet.

Korrespondenz:  
FMH  
Froburgstrasse 15  
CH-4600 Olten  
Tel. 031 359 11 11  
Fax 031 359 11 12

tarife.spital[at]fmh.ch



Die Einführung der Schweizerischen Tarifstruktur Rehabilitation ist für das Jahr 2015 geplant.

## Das Positionspapier der FMH zu ST Reha

Dieses Positionspapier beschreibt die konsolidierten Anliegen der FMH im Hinblick auf die Einführung einer gesamtschweizerischen Tarifstruktur für die Rehabilitation im stationären Bereich. Das Papier wurde von der FMH-Begleitgruppe ST Reha erarbeitet, in der die von der Rehabilitation betroffenen Fachgesellschaften vertreten sind. Im August bzw. September 2012 wurde es vom Zentralvorstand und von der Delegiertenversammlung der FMH genehmigt.

### 1. Sicherung und Förderung von Qualität

- An die Ärzteschaft und an die Behandlungsprozesse werden Qualitätsanforderungen gestellt. Diese *Qualität* muss auch mit der Tarifstruktur ST Reha entsprechend vergütet werden.
- Indikation, Beginn und Ende* der Rehabilitation werden vom behandelnden Arzt festgelegt.
- Die Patienten erhalten die Rehabilitation zeitgerecht und während der notwendigen Zeitdauer. Die Fachgesellschaften sind in die Erarbeitung von *Qualitätsindikatoren* der Rehabilitation einbezogen.
- Der besonderen Situation der *Rehabilitation von Kindern* wird in der Tarifstruktur ST Reha Rechnung getragen.
- Frühzeitig vor Einführung der Tarifstruktur ST Reha wird eine *Begleitforschung* aufgebaut, um Auswirkungen der neuen Tarifstruktur rechtzeitig zu erkennen und gegensteuern zu können.

### 2. Leistungsgerechte Vergütung

- Es gibt eine *klare Definition* und damit Abgrenzung von akutsomatischer Behandlung, Frührehabilitation und Rehabilitation.
- Die Tarifstruktur ST Reha deckt *alle medizinischen Fachbereiche* und alle Behandlungsfälle in der Rehabilitation ab.
- Mit der Tarifstruktur ST Reha wird jeder Einzelfall *leistungsgerecht* und über die für den einzelnen Fall erforderliche Zeit abgebildet.
- Die Tarifstruktur ist so ausgestaltet, dass sich die Vergütung an der *Funktions-, Aktivitäts- und Partizipationsfähigkeit der Patienten* orientiert.
- Die Weiterführung teurer Behandlungskonzepte für chronische Krankheiten wird adäquat abgegolten.
- Eine *Sonderregelung* für *vulnerable und multimorbide Patienten* (Fälle mit hohen Behandlungskosten) wird definiert.
- Die Differenzierung und Präzisierung medizinischer Leistungen in der Rehabilitation kann im Rahmen eines *jährlichen Antragsverfahrens* in das System eingebracht werden.
- Damit die leistungsgerechte Finanzierung von *innovativen Verfahren und Produkten* sichergestellt ist, muss ein verkürztes Antragsverfahren für Innovationen etabliert sein. Innovative Verfahren und Produkte sind rasch im System abzubilden.
- Die tarifrelevanten *Patienten-Assessments* erfolgen abhängig vom Indikationsgebiet in einem *sinnvollen Rhythmus*. Sie dienen dazu, tarifrelevante Änderungen im Rehabilitationsverlauf zu erfassen.
- Mit der Tarifstruktur Rehabilitation wird ein System geschaffen das nicht, wie in der Akutsomatik, auf bestehende Systeme und damit verbundene Erfahrungen zurückgreifen kann. Für diese vollkommen neue Tarifstruktur Rehabilitation ist eine *Übergangsregelung* von mehreren Jahren zwingend, um negative finanzielle Auswirkungen in der Einführungsphase zu vermeiden.
- Die Vergütung stationärer und ambulanter Leistungen erfolgt auf der Basis der jeweils gültigen Tarife. Dabei müssen *ambulant erbrachte Leistungen* auch während eines stationären Aufenthaltes verrechnet werden können (z.B. für die Koordination der Weiterbetreuung).
- Die Tarifstruktur berücksichtigt die Gegebenheiten *in allen Landesteilen* der Schweiz.

### 3. Einfache Leistungserfassung und valide Datengrundlage

- Zur Erfassung erbrachter Leistungen stehen *einfache Verfahren und geeignete Tools* zur Verfügung.
- Der *administrative Aufwand* für Patient, behandelnden Arzt sowie behandelndes Personal wird in Grenzen gehalten.

#### Referenzen

- Kool J, Wieser S, Brügger U, Dettling M. Entwicklung eines Patientenklassifikationssystems (PCS) für die Rehabilitation in der Schweiz. 2009. [www.gesundheit.zhaw.ch/fileadmin/user\\_upload/gesundheits/forschung/institut\\_physiotherapie/090805b\\_PCS\\_Schlussbericht.pdf](http://www.gesundheit.zhaw.ch/fileadmin/user_upload/gesundheits/forschung/institut_physiotherapie/090805b_PCS_Schlussbericht.pdf)
- Die Selbstständigkeit in den Alltagsaktivitäten (ADL) wird bei den neurologischen Patienten je nach Klinik mit FIM (Functional Independence Measure) oder EBI (Extended Barthel Index) erfasst. Der ADL-Score wird entsprechend aus den FIM- und EBI-Werten berechnet. Bei Patienten mit muskuloskelettaler Rehabilitation wird die Selbstständigkeit mit HAQ (Health Assessment Questionnaire) erhoben.
- Die Multimorbidität wird mit CIRS (Cumulative Illness Rating Scale) erfasst.
- Die Intensität des momentanen Schmerzes wird anhand einer Skala von 0 bis 10 erhoben (Stufe 0: keinerlei Schmerz, Stufe 10: stärkster Schmerz, den sich der Patient vorstellen kann).