

## Vergütung für die stationäre Rehabilitation

# ST Reha – Leistungsbezogene Tagespauschalen

Petra Ingenpass<sup>a</sup>, Barbara Rohner<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Dr. med., Stv. Leiterin Abteilung Tarife und Gesundheitsökonomie Spitalärzte; <sup>b</sup> Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Die stationäre Rehabilitation soll schweizweit mit Tagespauschalen entgolten werden, die neu einen Leistungsbezug aufweisen. Die Vergütung wird somit vom Schweregrad der Funktionseinschränkung und der Behandlungsintensität abhängen. Dies stellt eine klare Verbesserung zum Status quo dar. Die FMH unterstützt die eingeschlagene Richtung ausdrücklich, sieht aber noch Handlungsbedarf.

Aktuell erfolgt die Vergütung der stationären Rehabilitation meist mit einheitlichen Tagespauschalen. Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) sieht für die stationäre Behandlung Pauschalen mit einem Leistungsbezug vor. Für die stationäre Rehabilitation werden aktuell national einheitliche und leistungsabhängige Tagespauschalen entwickelt: Die neue Tarifstruktur ST Reha soll einfach, überprüfbar und ausbaufähig sein und möglichst geringe Fehlanreize beinhalten. Eine vergleichbare Tarifstruktur im Ausland existiert bisher nicht. Mit ST Reha 0.2 liegt nun eine Vorversion der Tarifstruktur für die neurologische und die muskuloskelettale Rehabilitation vor.

### Zuordnung in vier Leistungsbereiche

Im Fokus der Tarifstruktur-Entwicklungen für die stationäre Rehabilitation stehen die Art der Behandlung und der Schweregrad der zu rehabilitierenden Funktionseinschränkung. Diagnosen spielen wegen fehlendem prädiktivem Wert keine Rolle. Ein Algorithmus ordnet den Patienten anhand seines funktionellen Defizites gemäss einer klaren Abfragefolge einem der aktuell vier definierten Leistungsbereiche zu. Der Schweregrad der funktionellen Einschränkung wird in jedem Leistungsbereich anhand von Assessments ermittelt (Tab. 1). Eine hohe Aussagekraft hat dabei

die Messung des ADL-Scores, der die Selbständigkeit des Patienten im täglichen Leben misst [1].

### Aufwandsgerechtere Vergütung durch Leistungsbezug

Zur Validierung der Patientenklassifikationssysteme für die neurologische und die muskuloskelettale Rehabilitation haben 2013 zehn Kliniken Leistungs- und Kostendaten an die mit der Tarifstrukturentwicklung beauftragte Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) geliefert. Neu wurden neben den administrativen Daten und den variablen [3], patientenbezogenen Kosten nun auch die Sockelkosten [4] einbezogen. Auf dieser Grundlage hat die ZHAW in der Tarifstruktur-Vorabversion für den neurologischen und muskuloskelettalen Leistungsbereich jeweils wenige verschiedene Tarifgruppen mit den dazugehörigen Kostengewichten vorgeschlagen; die Auswertungen für die kardiale und die pulmonale Reha folgen später. Die Kostengewichte werden mit einer durch die Tarifpartner zu verhandelnden Base rate multipliziert und ergeben so die zu vergütende Reha-Tagespauschale. Mit den Daten 2015 werden zusätzliche Auswertungen zu den Rehabilitationsbereichen gemäss dem DefReha<sup>®</sup>-Papier von H+ möglich [5]. Für die FMH ist es dabei wichtig, dass alle Bereiche der Rehabilitation sachgerecht abgebildet werden – allenfalls wären weitere Leistungsbereiche zu prüfen. Die trennscharfe Definition des Reha-Falles mit eindeutiger Abgrenzung zur Akutsomatik und zur Psychiatrie ist ebenso rasch an die Hand zu nehmen wie die klare Zuordnung von Patienten der «Frührehabilitation» [6]. Zudem sind in der aktuell vorgeschlagenen Tarifversion ST Reha 0.2 die Reha-fremden Leistungen noch unberücksichtigt. Diese werden mittels einer Zusatzdatenerhebung erfasst und aus-

#### Tarifstruktur für stationäre Rehabilitation (ST Reha)

Die gesetzlichen Forderungen nach leistungsbezogenen Pauschalen bedingen folgende Neuerungen für stationäre Tarife:

- abgestufte Tagespauschalen nach Leistungsaufwand
- Definition von vier Leistungsbereichen: neurologisch, kardiovaskulär, pulmonal und andere (z.B. muskuloskelettal)
- schweizweit einheitliche Assessments zur Ermittlung des Schweregrades der Funktionseinschränkung

Einführung der neuen Tarifstruktur für 2018 geplant.

**Tabelle 1:** Assessments der stationären Rehabilitation.

Neurologisch	Kardiovaskulär	Pulmologisch	Andere
CIRS [2]	CIRS	–	CIRS
ADL	ADL	ADL	ADL
–	–	6-Min-Gehstest	–
–	–	–	Schmerz

gewertet – Lösungen zu ihrer sachgerechten Vergütung werden gesucht.

### Datenqualität hat Verbesserungspotential

In die Entwicklungen der Tarifstruktur ST Reha Version 0.2 für die neurologische und die muskuloskeletale Rehabilitation flossen Daten des Jahres 2013 aus allen Sprachregionen der Schweiz ein. Neben Diagnosen, administrativen Daten und den Ergebnissen der wöchentlich erhobenen Assessments wurden auch die erfassten ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen einbezogen. Nach Ausschluss von Patientendaten mit ungenügend detaillierten oder unpräzise aufgeschlüsselten Angaben konnten zwei Drittel der Daten in die Weiterentwicklung der Tarifstruktur übernommen werden. Ziel ist es, eine aufwandgerechtere Vergütung anhand von möglichst genau auf den Einzelfall verbuchten Kosten zu erreichen. Für die Datenerhebung 2015 ist es deshalb essentiell, dass möglichst viele Kliniken vollständige Daten in guter Qualität liefern. Zum einen wird auf der Grundlage dieser Datenerhebung die für 2018 geplante Einführungsversion entwickelt.

Zum anderen dienen diese Daten der Prüfung, ob die unter «andere Rehabilitation» subsumierten Reha-Bereiche sachgerecht abgebildet sind. Eine Zertifizierung nach REKOLE® wäre hier durchaus hilfreich. Zudem soll die SwissDRG AG ein Konzept zur Verbesserung der Datenqualität erarbeiten.

Auch bei der Erfassung der zu rehabilitierenden, funktionellen Defizite mit Hilfe der wöchentlich zu erhebenden Assessments fehlt ein einheitliches Vorgehen. Hier gilt es, durch verbindliche Definitionen und präzise Richtlinien mögliche Ermessensspielräume zu reduzieren. Eine gute Datenqualität kann nur durch Einheitlichkeit in der Anwendung der notwendigen Messinstrumente und der Erfassung der Kostendaten erreicht werden.

### Zuordnung zu Leistungsbereichen ist ärztliche Aufgabe

Aktuell sind vier Leistungsbereiche für die stationäre Reha definiert. Welchem Bereich ein zu rehabilitierender Patient zugeordnet wird, kann und soll aus Sicht der FMH nur vom behandelnden Arzt auf der Grund-

lage des vorliegenden bzw. im Vordergrund stehenden funktionellen Defizits erfolgen. Es ist zu befürchten, dass mit der Erteilung der Kostengutsprache für die stationäre Rehabilitation einer kostengünstigeren Reha der Vorzug gegeben wird und nicht der medizinisch indizierten. Hier muss aufmerksam beobachtet werden, dass die rehabilitative Behandlung den Bedürfnissen des Patienten entspricht.

### Übergangsregelung und Begleitforschung sind nötig

Bei der Entwicklung von ST Reha kann nicht auf bereits etablierte Tarifstrukturen anderer Länder zurückgegriffen werden. Erst mit dem geplanten Einführungsjahr 2018 soll eine Version vorliegen, bei welcher erstmals alle von der Rehabilitation betroffenen Bereiche wie beispielsweise die geriatrische Reha berücksichtigt werden. Es ist noch offen, wie dabei die regional deutlich unterschiedlichen Versorgungskonzepte berücksichtigt werden. Damit wird den Kliniken keine Möglichkeit gegeben, sich vor ihrer Einführung detailliert mit der Tarifstruktur vertraut zu machen. Die FMH verweist deshalb auf ihre bereits im FMH-Positionspapier von 2012 erhobene Forderung nach einer Übergangsregelung [7]. Aber auch die rechtzeitige Aufgleisung einer Begleitforschung ist, in Anbetracht fehlender internationaler Vergleiche, vor der Einführung von ST Reha vonnöten.

### Fazit und Ausblick

Die FMH befürwortet den eingeschlagenen Weg ausdrücklich, da er zu einer leistungsgerechteren Vergütung ärztlicher Leistungen führt. Verschiedene Fragen sind noch offen und in einem ambitionierten Zeitrahmen zu lösen. Die ärztliche Entscheidungshoheit, Entwicklung der Tagespauschalen auf einer qualitativ soliden Datengrundlage, Übergangsregelung und Begleitforschung sind der FMH ein dringliches Anliegen. Damit die Bedürfnisse der Ärzte aus den verschiedenen Landesteilen der Schweiz in die Weiterentwicklung der Tarifstruktur einfließen, können sich Vertreter aller Regionen über die Fachgesellschaften in der FMH-Begleitgruppe ST Reha einbringen.

- 1 ADL = Activities of daily living. Dazu gehören der EBI = Erweiterter Barthel-Index, der FIM = Functional Independence Measure, und der HAQ = Health Assessment Questionnaire (bis Ende 15).
- 2 CIRS = Cumulative Illness Rating Scale
- 3 Kosten ärztlicher, pflegerischer und therapeutischer Leistungen
- 4 Z.B. Kosten von Hotellerie, Infrastruktur und Administration
- 5 www.hplus.ch → Publikationen → Fachpublikationen → Grundsatzpapier DefReha® Version 1.0
- 6 Synonym verwendet wie «überwachungspflichtige Rehabilitation»
- 7 www.fmh.ch → Stationäre Tarife → Positionen → Positionspapiere → ST Reha

Korrespondenz:  
FMH  
Froburgstrasse 15  
CH-4600 Olten  
Tel. 031 359 11 11  
Fax 031 359 11 12  
tarife.spital[at]fmh.ch