



**curafutura**

Die innovativen Krankenversicherer  
Les assureurs-maladie innovants  
Gli assicuratori-malattia innovativi

SwissDRG AG  
Verwaltungsrat  
Haslerstrasse 21  
3008 Bern

Bern, 18. März 2016

### **Stellungnahme zu den TARPSY-Versionen 0.3 und 0.3r**

Sehr geehrte Damen und Herren

Die Grundlage für diese Stellungnahme bilden die Präsentationen der TARPSY-Versionen 0.3 und 0.3r vom 1. Februar 2016, die Schlussberichte der ZHAW und der SwissDRG AG sowie das Dokument «Anforderungen an die Einführungsversion einer leistungsbezogenen Tarifstruktur für die Psychiatrie». Mit dieser Stellungnahme vertreten wir die Meinung unserer Mitglieder, namentlich die CSS-Gruppe, die Helsana-Gruppe, sowie KPT und Sanitas.

Vorweg möchten wir die umfassenden und transparent dokumentierten Arbeiten der beiden Projektteams von ZHAW und SwissDRG AG würdigen.

### **Gesetzkonformität**

Die neue Tarifstruktur muss den Erfordernissen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) und seinen Verordnungen entsprechen. Gemäss Art. 49, Abs. 1 KVG sind für die stationären Behandlungen in der Regel Fallpauschalen festzulegen, welche leistungsbezogen sind und auf gesamtschweizerischen einheitlichen Strukturen beruhen. Die beiden präsentierten Versionen basieren vollständig auf Tagespauschalen, nicht auf Fallpauschalen. Möglicherweise können viele klinische Bereiche der Psychiatrie, wie z. B. Psychose oder Depression mit Fallpauschalen im Modell der ZHAW nicht sachgerecht abgebildet werden. Die bezüglich Aufenthaltsdauer differenziertere und inhaltlich flexibler an die Patientengruppen anpassbare «refined-Version» bietet jedoch klar die Chance, spezifische Behandlungen mittels Fallpauschalen nach dem Modell der SwissDRGs abzubilden. Geeignet dazu sind Fälle, die Homogenität hinsichtlich Kosten und Verweildauer aufweisen, wie beispielsweise die Behandlung von Suchterkrankten.

Aus diesem Grund muss die Verwendung von Fallpauschalen in der «refined-Version» systematisch überprüft und wo möglich auch eingesetzt werden.



**curafutura**

Die innovativen Krankenversicherer  
Les assureurs-maladie innovants  
Gli assicuratori-malattia innovativi

## **Abdeckung der Fälle im Leistungsbereich**

Im Unterschied zur Version 0.3r wurden in der Version 0.3 die Fälle der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) in der Kostenkalkulation nicht berücksichtigt. Dies widerspricht unserer Ansicht nach der Anforderung Nr. 3 an die Einführungsversion einer leistungsbezogenen Tarifstruktur für die Psychiatrie welche verlangt, dass alle Fälle im Anwendungsbereich abgedeckt sind.

## **Leistungsbezug**

Die Version 0.3r weist im Vergleich zur Version 0.3 ein grösseres Potenzial für den Leistungsbezug auf. Durch die teilweise Berücksichtigung der Handlungselemente sowie der somatischen und psychiatrischen Nebendiagnosen bei der Fallgruppierung entsteht eine direktere und transparentere Leistungszuordnung. Der Einbezug der Handlungselemente als CHOP-Codes findet leider ausschliesslich nur in den PCGs TP70A und TP70B statt. Damit ein «echter» Leistungsbezug abgebildet werden kann, ist zu prüfen, ob bestimmte Handlungselemente auch als Bestandteil anderer PCGs integriert werden können. Die Zusatzentgelte können durch ihre enge Definition (sporadische Leistungen ohne feste Zuordnung zu bestimmten PCGs, die Mehraufwand ausserhalb der Streuung der Kosten einer PCG verursachen) diese Funktion nicht komplett übernehmen.

Auch durch die PCG-individuelle Gestaltung der Anzahl und Dauer der Vergütungsstufen sowie die Möglichkeit des Splittings in Untergruppen, wird im Alternativmodell 0.3r der Leistungsbezug sachgerechter umgesetzt.

Die Kodierung in der Einführungsversion muss auf eine differenzierte CHOP-Systematik in den MDCs 19 und 20 zurückgreifen, um den Ressourcenverbrauch besser abzubilden. Aus diesem Grund müssen die entsprechenden CHOP-Kapitel umfassend überarbeitet und ergänzt werden. Hierfür ist das Bundesamt für Statistik zuständig.

## **Dokumentation und Überprüfbarkeit**

curafutura begrüsst die bessere Manipulationsresistenz der Tarifstruktur durch die Verwendung von nur drei HoNOS-/HoNOSCA-Dimensionen: «überaktives, aggressives Verhalten», «absichtliche Selbstverletzung» und «körperliche Erkrankung oder Behinderung». Es ist jedoch zu prüfen, ob diese Eigenschaften mit der ICD-10 GM-Klassifikation komplett ersetzt werden können. So hat man in der Version 0.3r bei Kliniken mit fehlender HoNOS/HoNOSCA-Erfassung die gleiche Vergütungsrelevanz durch die Berücksichtigung der Nebendiagnosen erreichen können. Wir gehen davon aus, dass durch die entsprechende CCL-Bewertung bestimmter Nebendiagnosen und deren Kombinationen auf die Verwendung von HoNOS/HoNOSCA in der Gruppierung vollständig verzichtet werden kann. Dieser Schritt würde die Manipulationsresistenz und Überprüfbarkeit der PCG-Zuweisung deutlich stärken. Zudem muss künftig in diesem Bereich gesamtschweizerisch zwingend eine einheitliche Erfassung gewährleistet werden.

## **Tarifstruktur muss Betriebsvergleiche ermöglichen**

In der Version der 0.3 ZHAW wird das Kostenmodell um die Klinikeffekte bereinigt, da gleiche Patientengruppen in verschiedenen Kliniken unterschiedlich viel kosten. Mittels Klinikvariable wird das individuelle Kostenniveau jeder Klinik kontrolliert, sodass die zu schätzenden Kostengewichte von den relativen Kos-



**curafutura**

Die innovativen Krankenversicherer  
Les assureurs-maladie innovants  
Gli assicuratori-malattia innovativi

tenunterschieden zwischen Patientenmerkmalen jeder Klinik beeinflusst werden, nicht aber von der absoluten Höhe der Kosten pro Klinik. Das Tarifmodell 0.3 ist bisher noch nicht sehr ausgereift. Aus diesem Grund besteht die Gefahr, dass durch die Bereinigung des Klinikeffektes leistungsbezogene Unterschiede wegkorrigiert werden.

Dazu kommt der Nachteil, wie im Bericht ausgeführt, dass wegen der Klinikkorrektur eine einheitliche Baserate nicht möglich sei. Die zu verhandelnde Baserate müsse pro Klinik separat "angeglichen" werden. Ein solches Vorgehen widerspricht fundamental den gesetzlichen Anforderungen der Spitalfinanzierung (Art. 49 Absatz 8 KVG), wonach die Tarifstruktur Betriebsvergleiche ermöglichen muss.

Aus unserer Sicht hat das «refined-Modell» den Vorteil, dass leistungsbezogene Unterschiede schneller, transparenter und flexibler in das Tarifmodell eingearbeitet werden können (Splittings, Zusatzentgelte, Strukturanforderungen). Es ist unseres Erachtens nicht möglich, mit dem Modell 0.3 Betriebsvergleiche durchzuführen, um datengestützt eine korrekte Baserate zu verhandeln. Wir befürworten aus diesen Gründen den Vorschlag der Swiss DRG AG, weitere Analysen zu diesem Thema für die Einführungsversion durchzuführen. Basis der Einführungsversion muss die Version 0.3r sein, da in dieser Version der Klinikeffekt nicht wegkorrigiert wird.

### **Minimierung der Fehlanreize**

Der Einbau einer Umverteilung von ca. 30% aus der Phase 3 in die Phase 1, als gewollter Anreiz zur Verkürzung der Verweildauer, betrachten wir in der Psychiatrie als nicht angemessen. Im Unterschied zur Akutsomatik, welche über viele standardisierte Behandlungen verfügt, können die Patienten in der Psychiatrie hinsichtlich ihrer Verweildauer schlechter kategorisiert werden. Der Anreiz zur Frühentlassung wird vor allem psychisch schwer Kranke bei einem Aufenthalt oberhalb der 60-Tage-Grenze treffen. Gerade bei diesen Patienten ist die Einhaltung einer angemessenen Behandlungsdauer jedoch wichtig, um Wiedereintritte bzw. Chronifizierung und Medikalisierung zu vermeiden. Umgekehrt ist für uns fraglich, ob mehr Kurzaufenthalte (ausschliesslich Phase 1) auf Grund von monetären Anreizen aus psychiatrischer Sicht wirklich sinnvoll sind. Die Bevorzugung führt zu einer unerwünschten Verschiebung von der ambulanten und tagesklinischen Versorgung in die stationäre Versorgung. Aus diesen Gründen lehnt curafutura die vorgeschlagene Umverteilung klar ab.

### **Die Weiterentwicklung der Tarifstruktur im Sinne eines lernenden Systems**

Die von der ZHAW vorgestellte Version 0.3 ist vielmehr kosten- und nur indirekt leistungsbezogen. Im Grundsatz besteht kaum ein Unterschied zu den bereits heute verwendeten Tagespauschalen, welche ebenfalls auf der Grundlage der effektiven Kosten kalkuliert und verhandelt werden. Aus diesem Grund ist das Potenzial einer Systemweiterentwicklung – abgesehen von der Anpassung der Kostengewichte und besseren Differenzierung mit den PCG's sowie den Schweregraden – eher gering.

Das ergänzende Modell 0.3r ist auf der medizinischen Logik der SwissDRG's aufgebaut. Somit wird die Gruppierung durch die ICD-10- und teilweise auch die CHOP-Klassifikation gesteuert, die Vergütungsstufen PCG-individuell ermittelt und neue PCGs den effektiven Kostentrennern angepasst. Die Anforderung der Weiterentwicklung der Tarifstruktur im Sinne eines lernenden Systems sehen wir in diesem Modell eindeutig besser abgedeckt.



**curafutura**

Die innovativen Krankenversicherer  
Les assureurs-maladie innovants  
Gli assicuratori-malattia innovativi

## Weiterentwicklung der Klassifikationen (ICD und CHOP) sowie der Kodierrichtlinien

Die Weiterentwicklung der Klassifikationen und der Kodierrichtlinien liegt in der Verantwortung des Bundesamtes für Statistik. Die Erfahrung aus der Prüfpraxis der Versicherer zeigt, dass die klare und eindeutige Präzisierung der Struktur- und Behandlungsmerkmale – wie Ausbildungsstandards des Personals, Durchführung von Assessments, Definition von Behandlungseinheiten – eine zwingende Voraussetzung für die einheitliche Kodierung der Prozeduren (insbesondere Intensiv- und Komplexbehandlungen) durch die Kliniken ist. Nur so können mit der Kodierung klinikunabhängig die gleichen Leistungen abgebildet werden, welche wiederum durch die Kodierrevision und die Versicherer besser überprüfbar sind.

### Fazit

Wir sind der Ansicht, dass die Version 0.3r mit dem Einbezug der medizinischen Logik des SwissDRG-Systems einen direkteren Leistungsbezug aufweist, was die Transparenz und Entwicklungsfähigkeit des Tarifmodells deutlich erhöht. Der Einbezug der Handlungselemente sollte jedoch konsequent auch in weiteren PCGs umgesetzt werden. Weiter befürworten wir die flexible Gestaltung von Anzahl und Dauer der Vergütungsstufen in Abhängigkeit zu den PCG's. Auch die Anforderung «Überprüfbarkeit» und «Revisionstauglichkeit» sehen wir in der Version 0.3r besser erfüllt. Insgesamt wurde mit der Version 0.3r eine solide Basis für ein lernendes System geschaffen.

Eine Korrektur des Klinikeffekts wie im Schätzmodell der ZHAW vorgeschlagen lehnen wir grundsätzlich ab. Die Möglichkeit des Betriebsvergleichs mit national einheitlichem Benchmarking ist eine Grundforderung des KVG, die nicht ausgehebelt werden darf. Es muss sichergestellt werden, dass die Tarifstruktur anpassungsfähig ist und den Leistungsbezug besser herstellt. Für die weitere Systementwicklung fordern wir eine systematische und datenbasierte Überprüfung, ob sich mit der «refined-Version» bestimmte psychiatrische Behandlungen sachgerecht mittels Fallpauschalen abbilden lassen.

curafutura fordert die Weiterverfolgung und -entwicklung des Alternativmodells 0.3r.

Im Übrigen möchten wir Sie an dieser Stelle nochmals daran erinnern, dass curafutura die Interessen von 42% aller in der Schweiz versicherten Personen vertritt und umgehend einen systematischen Einbezug in sämtliche Prozesse zur Meinungsfindung und Beschlussfassung seitens der SwissDRG AG fordert.

Freundliche Grüsse  
curafutura

Pius Zängerle  
Direktor

Anke Trittin  
Leiterin Tarife