



Ein Klinikum der AMEOS Gruppe 

Herbstveranstaltung SGMC / SGfM

TARPSY

Ein Erfahrungs- und Leidensbericht aus einer kleinen Klinik

Michael Mehner,
Spitaldirektor Seeklinik Brunnen

Bern, 03. Oktober 2019

- TARPSY Einführung per 01.01.2018 – Herausforderungen
- TARPSY Ausblick – Chancen und Weitblick
- TARPSY Aktuell – Jahr 2 nach der Einführung

- 16 Jahre Gesundheitswesen
 - Standardspruch: «Ich kann nur Spital»
- im vorherigen Berufsleben Pflegefachmann in verschiedensten Einrichtungen der Somatik, Psychiatrie und Langzeitpflege
- 4 Jahre Healthcare Consulting
- 6 Jahre Spitalmanagement
 - 4.5 Jahre Leiter Leistungsentwicklung in der AMEOS Gruppe, Zürich
 - seit 2018 Spitaldirektor Seeklinik Brunnen
- Privat: seit 2013 wohnhaft in der Schweiz, verheiratet, 3 Kinder

Eine kleine Klinik, aber mit ganzheitlichen (komplexen) Behandlungsansatz aus spezifischen Elementen der **Schul-, Komplementär- und Schlafmedizin**

- Fokus auf die stationäre Behandlung von psychischen Störungen wie **Burn-out** und **Depressionen** sowie der ambulanten und stationären Behandlung von **Schlafstörungen**
- **Integrative Medizin**, Spitalistenplatz im Kanton Schwyz (mit Vermerk Komplementärmedizin)
- **61 stationäre Betten**
- **2 Schlaflabore** mit stationären und ambulanten Leistungen (Stichwort: Interkurrente Leistungen)



Teil der AMEOS Gruppe



- Diese gehört zu den wichtigen Gesundheitsversorgern im deutschsprachigen Raum
- 80 Institutionen an 44 Standorten
- 13'000 Mitarbeitenden
- 9'000 Betten / Behandlungsplätze
- Hauptfokus auf Versorgung von grundversicherten Patienten
- Wichtigster privater Akteur im Bereich Psychiatrie im deutschen Sprachraum, Komplexanbieter: Akutspitäler, Psychiatrie, Forensik

Datengrundlage: plausible Fälle, Daten 2016

Spitaltypologie	Anzahl plausible Fälle	Anteil Kalkulationsdaten	Deckungsgrad TARPSY 1.0	Deckungsgrad TARPSY 2.0	Veränderung Deckungsgrad
K111 Universitätsspitäler	2'688	6%	74%	77%	3%
K112 Zentrumsversorger Niveau 2	3'700	8%	107%	108%	1%
K211 Psychiatrische Kliniken Niveau 1	31'822	71%	98%	99%	1%
K212 Psychiatrische Kliniken Niveau 2 = Seeklinik Brunnen	5'133	11%	117%	113%	-4%
K235 Diverse Spezialkliniken	400	1%	114%	113%	-1%
Suchtkliniken (K212, K235)	1'547	3%	142%	130%	-12%

Quelle: SwissDRG AG

Seeklinik Brunnen spiegelt mit Anderen (nur) ca. 11% der Kalkulationsdaten wieder!

➡ Systemabbildung möglich?

Herausforderungen aus Sicht einer kleinen Klinik mit fokussiertem Angebot



Aufwändig – hohe Kosten ohne ausreichende Gegenfinanzierung

- Systemanpassungen (Lizenzen, Kodierung, Fakturierung,.....)
- externe Knowhow-Beschaffung (Tagungen, Schulungen, Beratung,...)
- interne Ressourcenbindung
Admin: Auswertungen, Analysen, Datenlieferung, Schulungen
Ärzte/Therapeuten: KIS-Dokumentation, Kodierung, Schulungen
- Schaffung Kodierstelle / externe Vergabe



Preisfindung / Abgeltung – hohe wirtschaftliche Unsicherheit

- Teils schwierige Tarifverhandlungen
- Preisdruck trotz kostenneutraler Einführung
- Unsicherheiten (Urlaubsregelung, interkurrente Leistungen,...)
- Liquiditätsengpässe aufgrund
 - systembedingter ausstehender Fakturierung
 - Rechnungsrückweisungen der Kostenträger
 - Zahlungsausstände der Kostenträger



«PEPP muss weg»



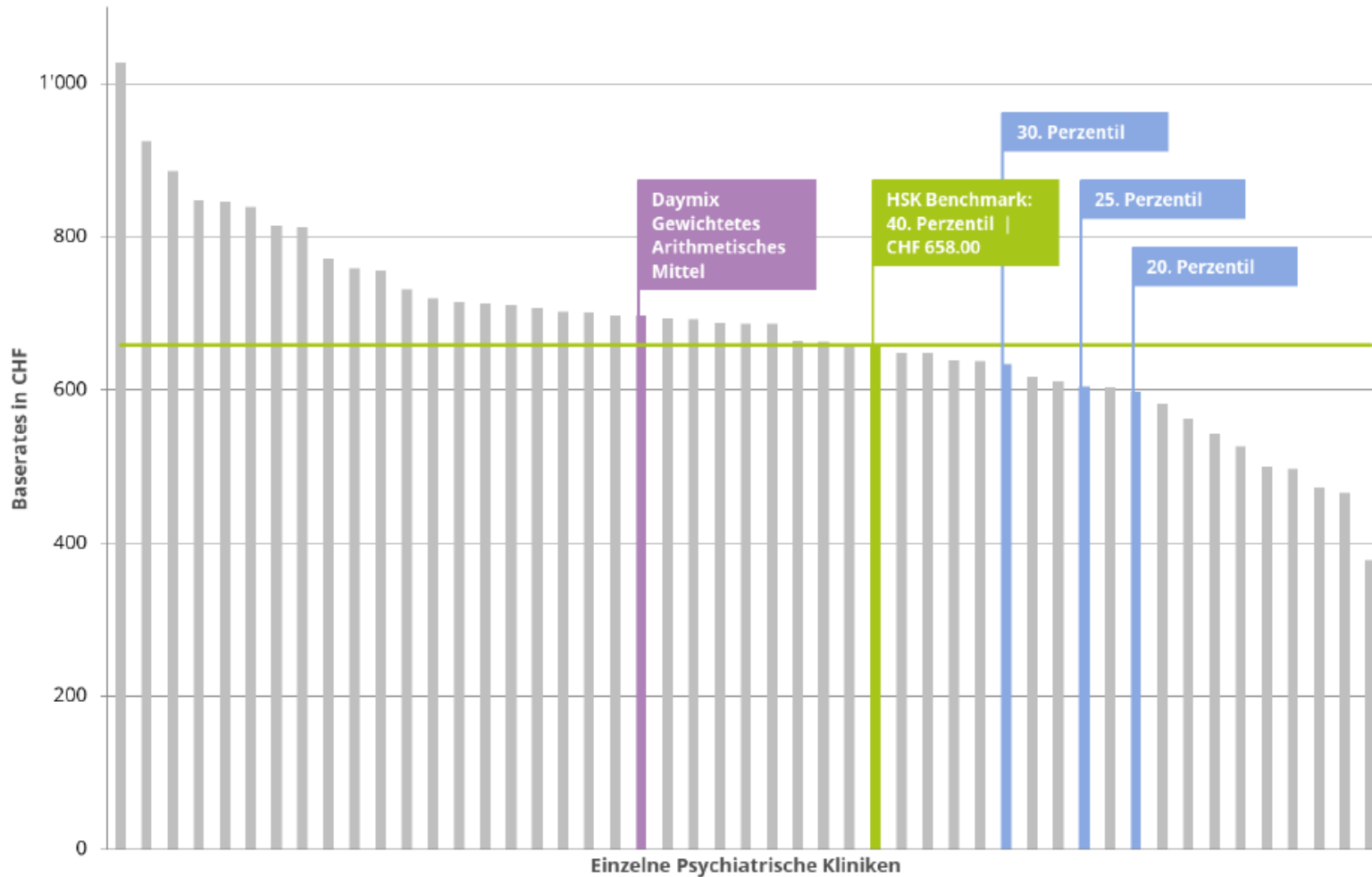
Gesetzgeber hat damals in Deutschland mit PsychVVG am 1. Januar 2017 die **massive Kritik aus der Fachwelt** (falsche Anreizsysteme, Überbetonung Wirtschaftlichkeitsaspekt und Gefahr zu rascher Entlassungen) **aufgegriffen und ursprünglichen Systemansatz zur Diskussion zugelassen**

Wo stehen wir im Jahr 2 nach der Einführung?

- Grundsätzlich angenehme Verhandlungsgespräche und respektvoller Umgang mit allen drei Tarifpartnern, aber...
- **Hohe Unsicherheit und Meinungsdivergenz zur kostenneutralen Einführung und Tendenz zum Preisdruck seitens Versicherer**
- **Gelieferte Kostenausweise und klinikspezifische Besonderheiten** (Spezialklinik mit fokussierter Behandlungsindikation oder hohe Fremdmiete) werden **nicht** als Grundlagen **akzeptiert** (Warum erstellen wir diese dann?)
- Die **Handhabung interkurrenter Leistungen** führen teils zu hitzigen Diskussionen
- **Katalogeffekt** 2018/2019 mit Erlöseinbussen von rund 2.6 % bei uns **wurde nicht anerkannt**; gleiches wird wohl jetzt mit dem Auslaufen der Urlaubsregelung geschehen...
- **Undifferenzierte Benchmarks werden als Preisdruckinstrumente missbraucht**

- Der Preisüberwacher nimmt auch im 2. Jahr gerne mit all seiner vorhandenen Fachlichkeit einen nationalen PÜ- Benchmark vor (diesmal bei uns eingesetzt im Rahmen Genehmigungsverfahren HSK 2019) und
- vergleicht diesmal 46 Spitäler (Runde 1:41 Spitäler)
 - macht wiederum keinerlei klinik-spezifische Differenzierung
 - setzt den Benchmark wieder beim 20. Perzentil (567 CHF)
 - zzgl. Willkürzuschlag von 10% = 624 CHF
 - 40.Perzentil 647 CHF und Median bei 677.5 CHF
- Versicherer folgen gerne der Argumentation des Preisüberwachers, erstellen aber «zur Sicherheit» jeweils noch ihren eigenen Benchmark

HSK Benchmark Tarifjahr 2019 (40. Perzentil: 658 CHF)



Quelle Folie 23/24: https://www.ecc-hsk.info/application/files/9815/4417/8506/BM_Tarpsy_Factsheet_DE_2019.pdf

Der Preisüberwacher benennt diesmal auch mit dem Schreiben des PÜ an den Kanton Schwyz (15. Juli 2019) die «Kandidaten» namentlich im Benchmark und diskreditiert seinen Vergleich durch die ausgewählten Spitäler damit selbst (Motto: «Äpfel mit Birnen»)

Psychiatriekliniken	Basispreis
Modellstation SOMOSA	303
Clinica Santa Croce	383
Clinique Belmont	416
Ospedale Malcantonese	419
Klinik im Hasel	460
Clinica Holistica Engiadina	477
Clinica Viarnetto	485
Klinik für Suchttherapie	485
Klinik Gais	526
Klinik Selhofen	567
Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden	588

.....	
Universitäre Psychiatrische Kliniken	760
Integrierte Psychiatrie Winterthur (IPW)	778
Clienia Privatklinik Schlössli	780
Klinik für Schlafmedizin	811
Kantonsspital Winterthur	825
Kantonsspital Glarus	853
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK)	858
Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)	1112

Tarifverhandlungen – auf ins Gefecht

Aktuelles Benchmarking ist aus Sicht der Spitäler eher ein «**Bermuda Dreieck**»



Alle Partner haben ihren eigenen Benchmark, mit unterschiedlicher Gewichtung und Verteilung, in dem es auch heissen könnte:
**Nicht gerührt sondern
(durcheinander) geschüttelt...**

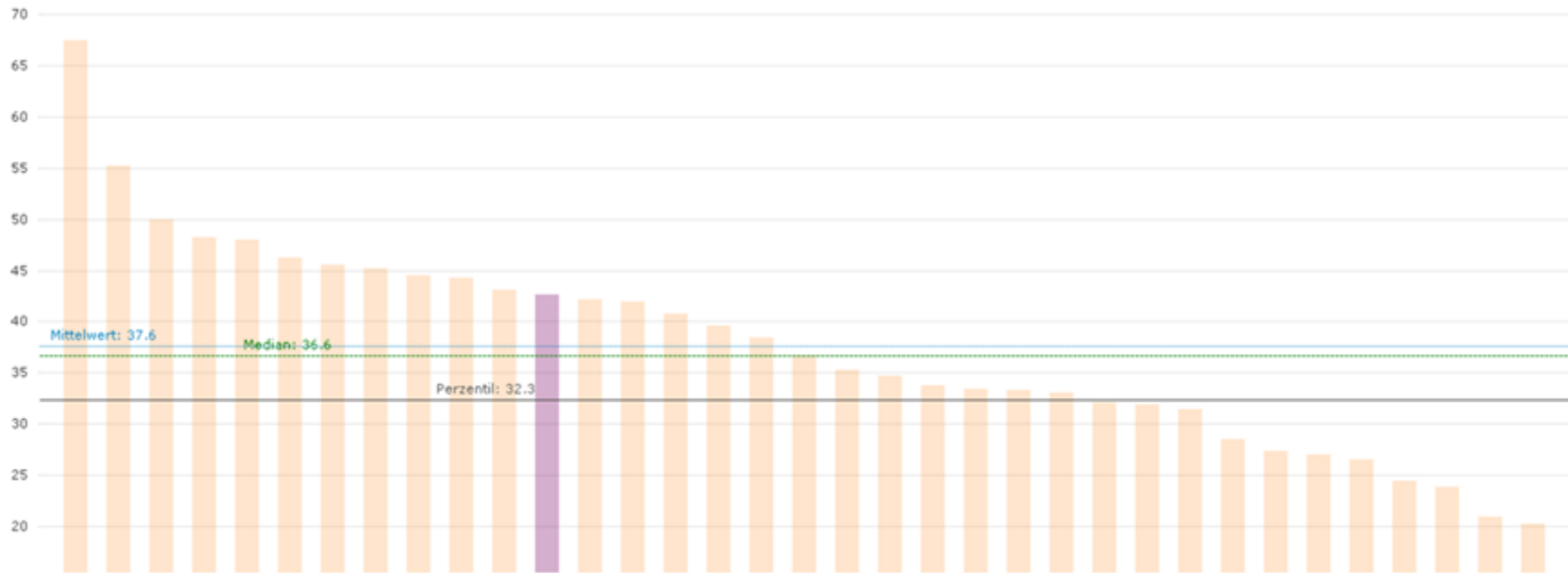


- Spitäler können nicht beurteilen, **inwieweit und welche «Verzerreffekte» im Benchmark** bestehen.
- **Zur Beurteilung des Benchmarking müssten alle notwendigen Details* pro Leistungserbringer offenliegen.** Dies ist nicht der Fall.
- **Benchmark auf Leistungsgruppenebene und/oder typisiert findet offenbar** bei den Versicherern nicht statt oder wird nicht offengelegt.
 - Darauf angesprochen: «Stille» (TAS- Delegation)
- **Grundsätzlich wären solche Unterschiede in Tarifverhandlungen zu berücksichtigen, dies ist aber unserer Erfahrung nach nicht ausreichend der Fall.**
 - Warum erstellen wir eigentlich überhaupt eine ITAR-K?

➡ Eine höhergradige Differenzierung der PCG im TARPSY würde hier deutlich gegenwirken

* Name, Standort, Leistungsspektrum und besondere Therapiekonzepte z.B. bei starker Fremdgefährdung oder besonderer Fallschwere, Notfallangebot, Tagesfallkosten inkl. Bereinigung, DMI, durchschnittliche Aufenthaltsdauern je PCG, regionale Unterschiede der Lohn- und Lohnnebenkosten, VKL/Rekole etc.

- Verweildauersteuerung und Kostenreduktion war immer ein ökonomisches Ziel bei der Einführung des TARPSY (durchschnittl. Pflegetage skaliert PCG 27):



- Frage: Sind damit psychiatrische Spitäler oberhalb des Medians (36,6 Tage) per se unwirtschaftlich?
- Behandeln Sie schlechter oder im Gegenteil gar im Outcome besser?

➡ Einfache Antwort: Wir wissen es nicht!

- **TARPSY wird der Spannbreite und Komplexität aller psychiatrischer Erkrankungen und deren Behandlung im stationären Setting (noch) nicht gerecht**
 - **Sachgerechte Entgeltung ist mit den derzeitigen Kostentrennern nicht möglich** und sollte sich **über** den **Basispreis ausgleichen**
 - **Preisdruck auf die Leistungserbringer hat unter TARPSY weiter zugenommen** (obwohl die kostenneutrale Einführung durch ein Monitoring sichergestellt ist)
 - **Ein undifferenzierter Benchmark** mit den Ziel der Kostenreduktion **ist kontraproduktiv** und kann sich negativ auf die Versorgung und die Qualität in der psychiatrischen Behandlung auswirken
- ➔ Die aktuelle Diskussionsbasis ist inkonsistent, geht an der medizinischen Realität vorbei, berücksichtigt in keiner Weise einen gesundheitsökonomischen Outcome und greift damit schlicht zu kurz!

- **Mängel des Tarfsystems sind noch vielfältig** – Aufwand für die Weiterentwicklung des Systems vs. Nutzen lohnenswert? (Vgl. Ablösung Tagespauschalen)
- **Gleiches mit gleichem vergleichen** – denkbar wäre eine Kategorisierung der Leistungserbringer
- **Es ist nicht möglich den wachsenden Patientenzahlen** und damit verbunden Kostensteigerung **über eine Tarifstruktur zu begegnen**
- Das **stationäre** Tarfsystem sollte **nicht isoliert betrachtet** werden
- **Kostendeckende Tarife** in der **ambulanten psychiatrischen Versorgung**
- **Innovation in der integrierten psychiatrischen Versorgung unter Einbezug aller Kooperationspartner**
- Bei Kostendämmung: **Fokus auf integrative Versorgung**

WICHTIG



gedacht)

orgungsstrukturen
ermeiden

Danke für Ihre Aufmerksamkeit





Ein Klinikum der AMEOS Gruppe 