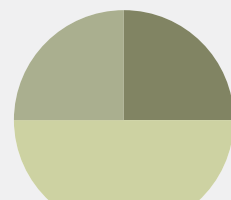




BFS Aktuell



14 Gesundheit

Neuchâtel, Juni 2020

Krankenhausstatistik

Stationäre Psychiatrie im Blickwinkel TARPSY, 2018

2018 wurde die neue Tarifstruktur zur Finanzierung der Aufenthalte in der stationären Psychiatrie (TARPSY) eingeführt. Um einige Besonderheiten dieses neuen Abrechnungssystems aufzuzeigen, wurden die Spitaldaten des Bundesamtes für Statistik (BFS) ausgewertet. Dabei hat sich gezeigt, dass jeder dritte Pflegetag in der stationären Psychiatrie über den Tarif für depressive Störungen abgerechnet wird und 81% der Kosten in der stationären Psychiatrie zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KVG) in psychiatrischen Kliniken entstehen. Ferner ist festzuhalten, dass sich mit der Einführung von TARPSY die Anzahl der erfassten Falldaten (Diagnose- und Prozedurencodes) erhöht hat und der durchschnittliche anwendbare Tagestarif höher ist als zwei Jahre zuvor.

Am 1. Januar 2018 ist die neue Tarifstruktur für die stationäre Psychiatrie (TARPSY) in Kraft getreten. Sie regelt die Vergütung der Leistungen in der stationären Psychiatrie schweizweit einheitlich und wurde aufgrund der im Krankenversicherungsgesetz (KVG) verankerten Auflage eingeführt, dass stationäre Leistungen über leistungsbezogene Pauschalen abgegolten werden müssen. Zuvor waren die Spitalaufenthalte in der Psychiatrie über Tagespauschalen abgerechnet worden. Die spitalambulant erbrachten ärztlichen Leistungen in der Psychiatrie wurden 2018 weiterhin nach der gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstruktur für ärztliche Leistungen (TARMED) vergütet. Sie sind nicht Gegenstand dieser Publikation.

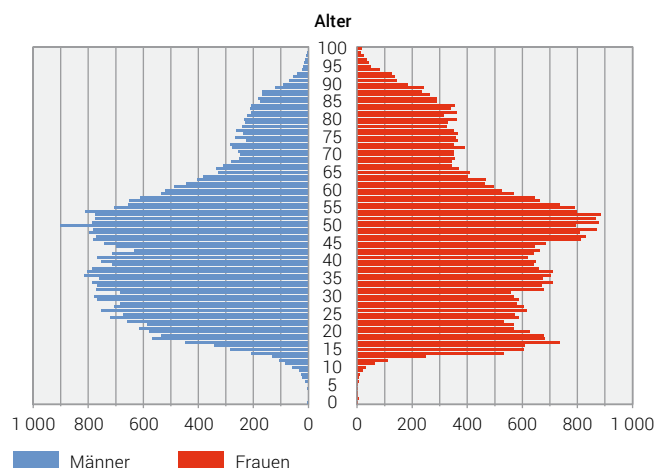
Die vorliegende Publikation präsentiert eine Reihe von Ergebnissen zur Tätigkeit medizinischer Einrichtungen, die psychiatrische Behandlungen anbieten, vor und nach der Einführung des neuen Tarifsystems. Spezifische Merkmale der Tarifstruktur TARPSY werden dabei besonders hervorgehoben. Da sie nur für KVG-pflichtige Fälle gilt, wurden für die folgenden Analysen ausschliesslich die Daten der im Rahmen der KVG erbrachten Behandlungen berücksichtigt.

1 Die Patientinnen und Patienten in der stationären Psychiatrie 2018

2018 waren 51,6% der in der stationären Psychiatrie behandelten Personen Frauen (G1). Das Durchschnittsalter der behandelten Männer lag bei 44,9 Jahren und somit tiefer als jenes der behandelten Frauen (47,3 Jahre). Am häufigsten vertreten (Modalwert) waren 53-jährige Frauen und 50-jährige Männer.

Anzahl Aufenthalte in der Psychiatrie nach Geschlecht und Alter, 2018

G1



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)

© BFS 2020

Die Tarifstruktur TARPSY

Die Tarifstruktur TARPSY (Version 1.0, 2018) besteht aus zehn Hauptkategorien, den sogenannten **psychiatrischen Basis-Kostengruppen**. Sie werden anhand der Hauptdiagnose bestimmt und sind in eine oder mehrere Unterkategorien, die **psychiatrischen Kostengruppen** (Psychiatric Cost Groups, PCG), gegliedert. Jede PCG entspricht einer Gruppe einheitlicher Fälle. Innerhalb der Hauptkategorie werden die PCG nach Kriterien wie Nebendiagnosen, Schweregrad der psychiatrischen Symptome beim Spitaleintritt (gemessen über den HoNOS/HoNOSCA) und Alter der Patientin oder des Patienten differenziert.

Die PCG sind mit einem fünfstelligen Code gekennzeichnet. Die ersten vier Zeichen definieren die psychiatrische Basis-Kostengruppe (Basis-PCG). Das fünfte Zeichen der PCG, das den Wert A, B, C oder Z tragen kann, dient der Unterscheidung der Fälle nach Ressourcenverbrauch in absteigender Reihenfolge, wobei A den höchsten Ressourcenverbrauch bezeichnet und Z für Fälle ohne weitere Ausdifferenzierung der dazugehörigen Basis-PCG vorgesehen ist. Beispiel: Persönlichkeits- und

Verhaltensstörungen werden der Basis-PCG *TP29* zugeordnet. Diese wiederum ist in *TP29A* und *TP29B* gegliedert, je nachdem, ob die Patientin oder der Patient minderjährig ist und daher mehr Betreuung benötigt.

Jeder PCG ist eine Wertsequenz zugeteilt. Dieses sogenannte tägliche **Kostengewicht** gibt Aufschluss über den nach Aufenthaltsdauer berechneten Ressourcenverbrauch. Das Produkt aus dem täglichen Kostengewicht und der Aufenthaltsdauer ergibt das **effektive Kostengewicht**. Bei den meisten PCG sind die täglichen Kostengewichte zeitlich degressiv, da der tägliche Ressourcenaufwand mit zunehmender Aufenthaltsdauer abnimmt. Die Kostengewichte bilden das Kernstück der Tarifstruktur. Sie ermöglichen insofern eine leistungsorientierte Vergütung, als ein höheres Kostengewicht einem Fall mit durchschnittlich höherem Ressourcenverbrauch entspricht.

Um den Betrag zu ermitteln, der für einen Aufenthalt verrechnet wird (ohne Zusatzentgelt), wird das fallbezogene effektive Kostengewicht mit dem Basispreis (**Baserate**), den die Spitäler und Versicherer miteinander aushandeln, multipliziert.

Die psychiatrischen Kostengruppen (TARPSY 1.0)

Basis PCG	Beschreibung
TP20 Verhaltensstörungen bei Missbrauch von Alkohol	
TP20A	mit komplizierender Nebendiagnose oder Alter < 18 Jahre
TP20B	ohne komplizierende Nebendiagnose, Alter > 17 Jahre
TP21 Verhaltensstörungen bei Missbrauch von Drogen und anderen Substanzen	
TP21A	mit komplizierender Nebendiagnose oder Alter > 75 Jahre
TP21B	ohne komplizierende Nebendiagnose, Alter < 76 Jahre
TP24 Störungen bei Demenz oder Alzheimer und andere Störungen des ZNS	
TP24A	mit komplizierender Nebendiagnose, mit Delir oder Alter < 18 Jahre
TP24B	mit komplizierender Nebendiagnose, ohne Delir, > 17 Jahre
TP24C	ohne komplizierende Nebendiagnose
TP25 Schizophrene oder akut psychotische Störungen	
TP25A	Alter < 18 Jahre
TP25B	Alter > 17 Jahre mit komplizierender somatischer Nebendiagnose
TP25C	Alter > 17 Jahre, ohne komplizierende somatische Nebendiagnose
TP26 Affektive Störungen	
TP26A	mit komplizierender somatischer Nebendiagnose oder Alter < 18 Jahre
TP26B	ohne komplizierende somatische Nebendiagnose, Alter > 17 Jahre
TP27 Depressive Störungen	
TP27A	Alter < 18 Jahre
TP27B	Alter > 17 Jahre
TP28 Neurotische-, Belastungs- oder somatoforme Störungen	
TP28A	Alter < 18 Jahre
TP28B	Alter > 17 Jahre
TP29 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	
TP29A	Alter < 18 Jahre
TP29B	Alter > 17 Jahre
TP30 Körperliche-, Intelligenz- oder Entwicklungsstörungen	
TP30A	Alter < 18 Jahre
TP30B	Alter > 17 Jahre mit Intelligenz- oder Verhaltensstörung
TP30C	Alter > 17 Jahre, ohne Intelligenz- oder Verhaltensstörung
TP70 Psychiatrische oder psychosomatische Behandlung ohne psychiatrische oder psychosomatische Hauptdiagnose	
TP70Z	idem

Die hospitalisierten Personen leiden am häufigsten an depressiven Störungen (TP27); sie betreffen 29,4% der Fälle. Dahinter folgen Schizophrenie oder akut psychotische Störungen (TP25) mit 14,8% der Fälle sowie Verhaltensstörungen bei Missbrauch von Alkohol (TP20) mit 13,8% der Fälle (G2).

Anzahl Aufenthalte nach PCG, 2018

G2



Zuordnung zu einer Basis-PCG

A B C Z

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)

© BFS 2020

Tabelle T1 zeigt die Anzahl Aufenthalte, die Gesamtaufenthaltsdauer und die durchschnittliche Dauer für alle PCG der Tarifstruktur im Detail. Mehr als ein Viertel der Aufenthalte (27,8%) ist auf depressive Störungen bei den Erwachsenen (TP27B) zurückzuführen. Auf der anderen Seite machen depressive Störungen bei minderjährigen Patienten (TP27A) nur 1,6% der Aufenthalte aus. Schizophrenie oder akut psychotische Störungen ohne komplizierende somatische Nebendiagnose bei Erwachsenen (TP25C) stehen mit 12,5% der Fälle an zweiter Stelle. Dahinter folgt die PCG der neurotischen, Belastungs- oder somatoformen Störungen bei Erwachsenen (TP28B: 11,6%).

Was die Anzahl Pflagetage im Jahr 2018 betrifft, entfallen 33,0% auf die beiden Basis-PCG der depressiven Störungen (TP27A und TP27B). Die mit 47,1 Tagen längste durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der stationären Psychiatrie verzeichnen Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren mit körperlichen, Intelligenz- oder Entwicklungsstörungen (TP30A). Am zweitlängsten

(43,4 Tage) werden unter 18-Jährige mit Schizophrenie oder akut psychotischen Störungen (TP25A) behandelt. Die kürzeste durchschnittliche Aufenthaltsdauer (21,0 Tage) wird hingegen bei Verhaltensstörungen von Erwachsenen bei Missbrauch von Alkohol ohne komplizierende Nebendiagnose (TP20B) registriert. An zweitletzter Position stehen Neurotische-, Belastungs- oder somatoforme Störungen bei den Erwachsenen (TP28B) mit durchschnittlich 21,1 Tagen. Bei den mit einem geringeren Ressourcenverbrauch verbundenen PCG (Typ B und C) PCG ist die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Regel ebenfalls kürzer (Ausnahmen bilden die Gruppen TP24 und TP30).

2 Die Leistungserbringer der Psychiatrie 2018

2.1 Gruppierung nach Spitaltyp

Stationäre psychiatrische Leistungen werden von verschiedenen Arten von Spitälern erbracht. Von den 77 Spitälern mit psychiatrischer Versorgung im Jahr 2018 waren 50 psychiatrische Kliniken, zwölf Spitälern mit Zentrumsversorgung, acht Spitälern mit Grundversorgung und sieben Rehabilitationskliniken oder andere Spezialkliniken (Tabelle T2). Die grosse Mehrheit der Aufenthalte erfolgte in einer psychiatrischen Klinik (72,6%), ein Viertel in einem allgemeinen Krankenhaus (mit Zentrums- oder Grundversorgung). Eine ähnliche Verteilung zeigt sich bei den Pflagetagen. Auch sie wurden grossmehrheitlich in einer psychiatrischen Klinik (81,0%) und zu 16,3% in allgemeinen Krankenhäusern erbracht. Die durchschnittliche Behandlungsdauer war mit 19,8 Tagen in den allgemeinen Krankenhäusern am kürzesten. In den psychiatrischen Kliniken lag sie bei 33,8 Tagen.

Kosten

Für 74 der 77 Spitälern liegen Informationen zu den Kosten der stationären psychiatrischen Pflege zu Lasten der KVG vor.¹ 2018 verursachten die KVG-pflichtigen Aufenthalte in der Psychiatrie den Spitälern Kosten in Höhe von 1,793 Milliarden Franken. 81% entstanden in psychiatrischen Kliniken und 17% in allgemeinen Krankenhäusern. Stationäre Behandlungen in einer psychiatrischen Klinik sind deutlich teurer als solche, die in einem anderen Krankentyp erbracht werden. Im Durchschnitt kostet ein Psychiatrie-Fall in einer psychiatrischen Klinik 24 032 Franken, in einem allgemeinen Krankenhaus 14 625 Franken. Dieser Unterschied lässt sich teilweise mit der in psychiatrischen Kliniken doppelt so langen durchschnittlichen Aufenthaltsdauer erklären. In einer Rehabilitationsklinik belaufen sich die Kosten pro Pflage-tag auf 537 Franken, in einem Spital mit Zentrumsversorgung auf 734 Franken. In einer psychiatrischen Klinik kostet ein Pflage-tag durchschnittlich 710 Franken.

¹ Auf die 74 Spitälern, die Zahlen zu den Kosten geliefert haben, entfallen 99,1% der Aufenthalte und 99,7% der Pflage-tage.

Aufenthaltsdauer nach PCG

T1

PCG	Bezeichnung	Aufenthalte		Aufenthaltsdauer		
		Total	%	Total	%	Durchschnitt
TP20A	Verhaltensstörungen bei Missbrauch von Alkohol mit komplizierender Nebendiagnose oder Alter < 18 Jahre	6 150	7,35	160 753	6,34	26,14
TP20B	Verhaltensstörungen bei Missbrauch von Alkohol, ohne komplizierende Nebendiagnose, Alter > 17 Jahre	5 359	6,41	112 745	4,45	21,04
TP21A	Verhaltensstörungen bei Missbrauch von Drogen und anderen Substanzen mit komplizierender Nebendiagnose oder Alter > 75 Jahre	3 246	3,88	90 234	3,56	27,80
TP21B	Verhaltensstörungen bei Missbrauch von Drogen und anderen Substanzen ohne komplizierende Nebendiagnose, Alter < 76 Jahre	2 135	2,55	56 886	2,24	26,64
TP24A	Störungen bei Demenz oder Alzheimer und andere Störungen des ZNS mit komplizierender Nebendiagnose, mit Delir oder Alter < 18 Jahre	1 991	2,38	66 283	2,61	33,29
TP24B	Störungen bei Demenz oder Alzheimer und andere Störungen des ZNS mit komplizierender Nebendiagnose, ohne Delir, > 17 Jahre	1 974	2,36	79 829	3,15	40,44
TP24C	Störungen bei Demenz oder Alzheimer und andere Störungen des ZNS ohne komplizierende Nebendiagnose	2 387	2,85	50 954	2,01	21,35
TP25A	Schizophrenie oder akut psychotische Störungen, Alter < 18 Jahre	156	0,19	6 762	0,27	43,35
TP25B	Schizophrenie oder akut psychotische Störungen, Alter > 17 Jahre mit komplizierender somatischer Nebendiagnose	1 839	2,20	77 302	3,05	42,03
TP25C	Schizophrenie oder akut psychotische Störungen, Alter > 17 Jahre, ohne komplizierende somatische Nebendiagnose	10 412	12,45	350 717	13,83	33,68
TP26A	Affektive Störungen mit komplizierender somatischer Nebendiagnose oder Alter < 18 Jahre	407	0,49	17 040	0,67	41,87
TP26B	Affektive Störungen ohne komplizierende somatische Nebendiagnose, Alter > 17 Jahre	2 122	2,54	65 652	2,59	30,94
TP27A	Depressive Störungen, Alter < 18 Jahre	1 299	1,55	45 431	1,79	34,97
TP27B	Depressive Störungen, Alter > 17 Jahre	23 266	27,81	792 097	31,23	34,05
TP28A	Neurotische-, Belastungs- oder somatoforme Störungen, Alter < 18 Jahre	1 201	1,44	32 302	1,27	26,90
TP28B	Neurotische-, Belastungs- oder somatoforme Störungen, Alter > 17 Jahre	9 689	11,58	204 425	8,06	21,10
TP29A	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Alter < 18 Jahre	241	0,29	8 311	0,33	34,49
TP29B	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Alter > 17 Jahre	4 901	5,86	140 330	5,53	28,63
TP30A	Körperliche-, Intelligenz- oder Entwicklungsstörungen, Alter < 18 Jahre	1 235	1,48	58 141	2,29	47,08
TP30B	Körperliche-, Intelligenz- oder Entwicklungsstörungen, Alter > 17 Jahre mit Intelligenz- oder Verhaltensstörung	519	0,62	16 840	0,66	32,45
TP30C	Körperliche-, Intelligenz- oder Entwicklungsstörungen, Alter > 17 Jahre, ohne Intelligenz- oder Verhaltensstörung	1 358	1,62	50 272	1,98	37,02
TP70Z	Psychiatrische oder psychosomatische Behandlung ohne psychiatrische oder psychosomatische Hauptdiagnose	1 696	2,03	48 850	1,93	28,80
TP96Z	Fehler-PCG	72	0,09	3 839	0,15	53,32
Total		83 655	100,00	2 535 995	100,00	30,31

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)

© BFS 2020

Aufenthalte nach Spitaltyp

T2

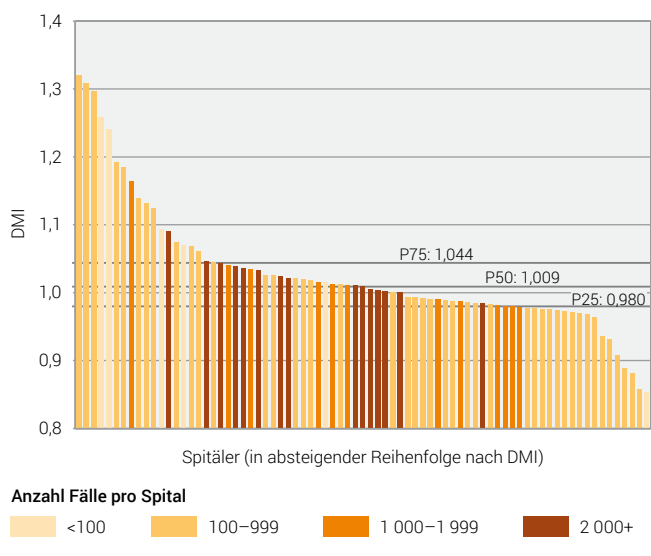
Typologie	Spitäler	Aufenthalte		Aufenthaltsdauer			Kosten (Franken)		
		Total	%	Total	%	Moyenne	Total (Millionen)	Pro Aufenthalt	Pro Tag
Zentrumsversorgung	12	17 151	20,50	335 097	13,21	19,54	245 093 738	14 637	734
Grundversorgung	8	3 772	4,51	78 147	3,08	20,72	54 472 405	14 573	700
Psychiatrische Kliniken	50	60 751	72,62	2 054 956	81,03	33,83	1 459 984 554	24 032	710
Rehabilitationskliniken	3	1 401	1,67	50 385	1,99	35,96	27 062 521	19 317	537
Andere Spezialkliniken	4	580	0,69	17 410	0,69	30,02	6 540 678	21 949	615
Total	77	83 655	100,00	2 535 995	100,00	30,31	1 793 153 896	21 622	709

Quellen: BFS – Krankenhausstatistik (KS) und Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)

© BFS 2020

DMI nach Spitalgrösse, 2018

G3a

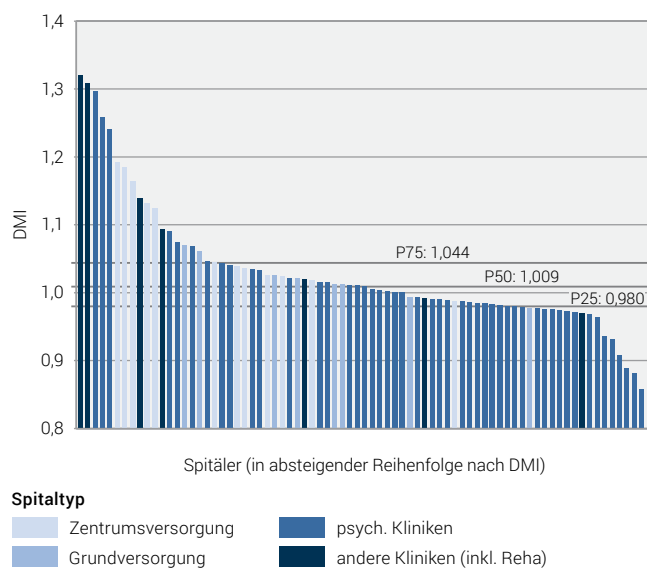


Quellen: BFS – Krankenhausstatistik (KS) und
Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)

© BFS 2020

DMI nach Spitaltyp, 2018

G3b



Quellen: BFS – Krankenhausstatistik (KS) und
Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)

© BFS 2020

Methode und Daten

Datenquelle

Die Daten stammen aus der Krankenhausstatistik (KS) und der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS).

Auswahl der Spitäler (KS)

Berücksichtigt wurden alle Spitäler mit psychiatrischer Versorgung, die Daten zu den unten definierten Psychiatrieaufenthalten übermittelt haben.

Auswahl der Aufenthalte (MS)

In die Analyse wurden alle der vorangehend aufgeführten stationären Spitalaufenthalte einbezogen, die mindestens eine der folgenden Voraussetzungen erfüllen. Massgebend ist jeweils das Austrittsdatum:

- Der Aufenthalt erfolgte in einer psychiatrischen Klinik (Spitaltyp K 21).
- Der Aufenthalt ist der Leistungsstelle «Psychiatrie» (M500) zugeordnet.
- Die aufenthaltsrelevante Hauptdiagnose entspricht einem Psychiatriefall (Code F der Klassifikation ICD-10 GM 2016).

Da sich die Analyse auf KVG-pflichtige Fälle beschränkt (Kostenübernahme durch die Grundversicherung), wurden 2141 insgesamt 85 799 Aufenthalte im Jahr 2018 ausgeschlossen.

Ausserdem wurden Aufenthalte mit negativer Dauer ignoriert (drei Fälle im Jahr 2018, bei denen die angegebenen Urlaubstage die Dauer zwischen Ein- und Austrittsdatum übersteigen) und eine Höchstdauer von 720 Tagen festgelegt (bei 28 Fällen wurde die Aufenthaltsdauer auf 720 Tage im Erhebungsjahr 2018 gekürzt).

Typologie

Die Krankenhaustypologie stammt aus der Krankenhausstatistik (KS). Die fünf folgenden Hauptkategorien werden verwendet: Zentrumsversorgung (K 11), Grundversorgung (K 12), Psychiatrische Kliniken (K 21), Rehabilitationskliniken (K 22) und Andere Spezialkliniken (K 23).

Kosten

Die Gesamtkosten entsprechen der Summe aus direkten und indirekten Kosten sämtlicher KVG-pflichtiger Fälle in der stationären Psychiatrie. Ausgeschlossen sind unter anderem Kosten für nicht fallbezogene Leistungen wie Forschungs- und Ausbildungskosten. Die Daten stammen aus der Krankenhausstatistik.

TARPSY-Tarifdaten

Die Tarifdaten (Zuordnung eines Falls zu einer PCG, Bestimmung des Kostengewichts) werden mithilfe des Groupers TARPSY der SwissDRG AG bestimmt. Massgebend ist die Version TARPSY 1.0 (2018) des Groupers.

Tagestarife (2016 und 2017) und TARPSY-Baserate (2018)

Die für die einzelnen Spitäler berücksichtigten Tarife stammen von den Internetseiten der Kantone oder, mangels Verfügbarkeit, direkt von den kantonalen Gesundheitsämtern. Berücksichtigt wurden die Tarife für die stationäre Erwachsenenpsychiatrie. Dort, wo für die verschiedenen Versicherungsgemeinschaften unterschiedliche Tarife gelten, wurde jeweils der tiefste Spitaltarif berücksichtigt (mit dem jeweils höchsten Tarif würden die Ergebnisse allerdings ähnlich ausfallen).

Dort, wo der definitive Tarif nicht verfügbar war, wurde der provisorische Tarif verwendet.

2.2 Detail pro Spital

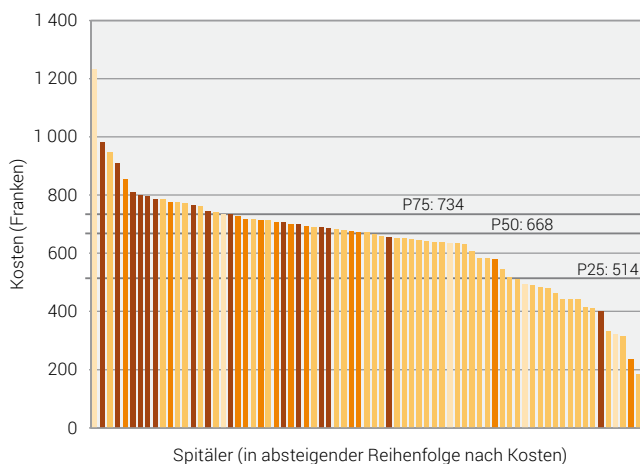
Beim oben beschriebenen Kostenvergleich für Aufenthalte in der Psychiatrie wird dem Einfluss des Schweregrads der in den verschiedenen Spitälern behandelten Fälle nicht Rechnung getragen. Der Day Mix Index (DMI)² pro Spital zeigt starke Abweichungen. Er reicht von 0,8532 bis maximal 1,3204, der Medianwert beträgt 1,0093. Wird der DMI nach Spitalgrösse betrachtet, ergibt sich kein eindeutiger Trend (G3a). Eine solche Aufschlüsselung belegt lediglich, dass Spitäler mit weniger Behandlungsfällen (unter 100) einen höheren DMI aufweisen (1,0820 gegenüber 1,0037 in Spitälern mit mehr als 100 Behandlungsfällen). Wird der DMI hingegen nach Spitaltyp berechnet, ergibt sich ein aussagekräftigeres Bild (G3b): Die allgemeinen Krankenhäuser und die Gruppe der anderen Kliniken einschliesslich Rehabilitationskliniken haben einen höheren DMI (Medianwert von 1,0310 bzw. 1,0937) als psychiatrische Kliniken mit einem Medianwert von 0,9900. Bei den allgemeinen Krankenhäusern ist der vergleichsweise höhere DMI vermutlich teilweise auf die kürzere durchschnittliche Aufenthaltsdauer zurückzuführen, da der DMI mit zunehmender Aufenthaltsdauer abnimmt.

Indem zur Messung der Spitalkosten der durchschnittliche Schweregrad der Fälle berücksichtigt wird, können die Kosten als Verhältnis zwischen den Gesamtkosten der stationären Aufenthalte in der Psychiatrie und der Summe der Kostengewichte (Case-Mix) dargestellt werden, wobei die Kostengewichte den Schweregrad sämtlicher Behandlungsfälle eines Spitals abbilden. Der so ermittelte Betrag entspricht den Kosten pro Tag in einem gegebenen Spital für Fälle des gleichen Schweregrads. Bei den um den Schweregrad adjustierten Kosten zeigen sich zwischen den Spitälern grosse Unterschiede (G4a). Der Medianwert der Spitäler liegt bei 668 Franken pro Pflégetag. Grund für die grossen Abweichungen scheint die an der Anzahl Aufenthalte gemessene Grösse des Spitals zu sein, denn in grösseren Spitälern sind die um den Schweregrad adjustierten Kosten oft höher. In Spitälern mit mehr als 2000 Aufenthalten im Jahr 2018 lag der Medianwert bei 745 Franken, in Spitälern mit weniger als 2000 Fällen bei 645 Franken.

Der Spitaltyp scheint in Bezug auf die adjustierten Kosten hingegen weniger ins Gewicht zu fallen (G4b). Der Medianwert der adjustierten Kosten in Spitälern mit Zentrumsversorgung (639 Franken) ist etwas tiefer als in Spitälern mit Grundversorgung (666 Franken). Am höchsten sind die Mediankosten in psychiatrischen Kliniken (684 Franken). In den anderen Kliniken, die in der Analyse nur schwach vertreten sind, liegt der Medianwert bei 537 Franken.

Um die Kostengewichte adjustierte tägliche Kosten nach Spitalgrösse, 2018

G4a



Anzahl Fälle pro Spital

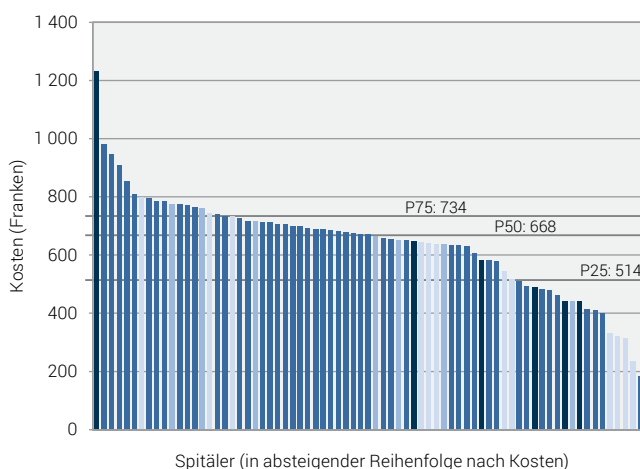


Quellen: BFS – Krankenhausstatistik (KS) und Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)

© BFS 2020

Um die Kostengewichte adjustierte tägliche Kosten nach Spitaltyp, 2018

G4b



Spitaltyp



Quellen: BFS – Krankenhausstatistik (KS) und Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)

© BFS 2020

² Der **Day Mix Index (DMI)** ist ein synthetisches Mass für den durchschnittlichen Schweregrad der Behandlungsfälle eines Spitals. Er entspricht dem Verhältnis zwischen der Summe der effektiven Kostengewichte aller abgerechneten Behandlungsfälle eines Spitals und der Gesamtdauer der entsprechenden Aufenthalte.

3 Vergleich der TARPSY-Tarife mit den Tagespauschalen

3.1 Entwicklung der Kodierungspraxis

Die Einführung von TARPSY sorgte bei der Erfassung der Hospitalisierungsdaten in den Spitälern für einen Paradigmenwechsel. Seitdem sind die Qualität und die Quantität der vom Ärzte- und Pflegepersonal während des Aufenthalts erfassten Informationen massgebend für deren Vergütung. Dies zeigt sich bei der höheren Anzahl der pro Fall erfassten Diagnosecodes. Sie sind von 2,88 im Jahr 2016 auf 4,14 im Jahr 2018 gestiegen (G5). Auch die Anzahl der Prozedurencodes hat sich im gleichen Zeitraum von 0,94 auf 18,92 erhöht.³

Diese höhere Anzahl erfasster Informationen wirkt sich auf die Verteilung der Fälle auf die Basis-PCG aus (G6). In dieser Grafik wurde das TARPSY-System (Abrechnungsversion 2018) auch auf die Aufenthalte im Jahr 2017 angewendet. In den meisten Basis-PCG war die Komplikation 2018 grösser (höherer Anteil von PCG Typ A). Dabei ist zu beachten, dass die Komplikation für die Gruppen TP27, TP28 und TP29 einzig altersbezogen ist (Typ A oder B).

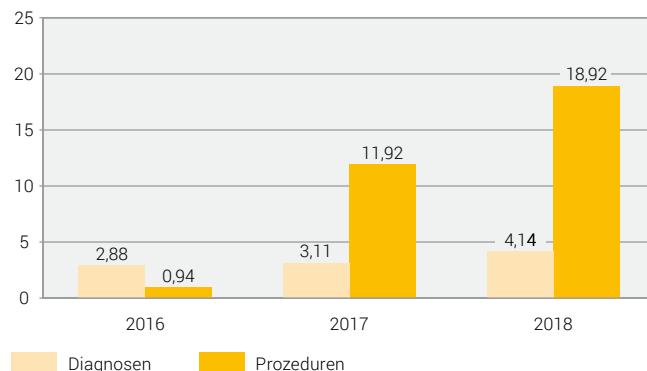
3.2 Entwicklung der pflegetagbasierten Vergütung

Um die Wirkung von TARPSY auf die Finanzen der Spitäler zu schätzen, wurde untersucht, wie sich die Einnahmen pro Behandlungstag im Zeitraum von 2016 bis 2018 verändert haben. Da TARPSY am 1. Januar 2018 für stationäre Fälle in der Erwachsenenpsychiatrie verbindlich eingeführt wurde, für Kinder und Jugendliche 2018 aber noch freiwillig war, wurden ausschliesslich die Aufenthalte der Erwachsenen (18 Jahre und älter) berücksichtigt. Spitäler, die auf keiner kantonalen Spitalliste für stationäre psychiatrische Leistungen stehen, wurden ausgeschlossen, da diese Spitäler nicht dem TARPSY-Tarif unterliegen.

Mangels Angaben über die effektiv verrechneten Beträge pro Fall wurde die Summe der Beträge, die theoretisch hätte verrechnet werden können, auf Basis des Spitaltarifs und der Gesamtzahl der Pflégetage (2016 und 2017) oder auf Basis des gesamten Kostengewichts gemäss TARPSY (2018) ermittelt. Das Verhältnis zwischen der Summe der theoretisch verrechenbaren Beträge und der Gesamtzahl der Pflégetage ergibt den geschätzten Tagestarif in der stationären Psychiatrie der Schweizer Spitäler. Allfälliges Zusatzentgelt wurde nicht eingerechnet. Wie aus Tabelle T3 ersichtlich ist, erhöhte sich der durchschnittliche berechnete Tagestarif der Fälle in der Erwachsenenpsychiatrie in den beiden letzten Jahren des Tagespauschalen-Systems von 653 Franken im Jahr 2016 auf 660 Franken im Jahr 2017 (+1,1%). 2018 belief er sich auf 681 Franken und somit auf 3,2% mehr als 2017. Dieser Anstieg zeigt sich auch bei den durchschnittlich

Durchschnittliche Anzahl erfasster Codes pro Fall, 2016 bis 2018

G5

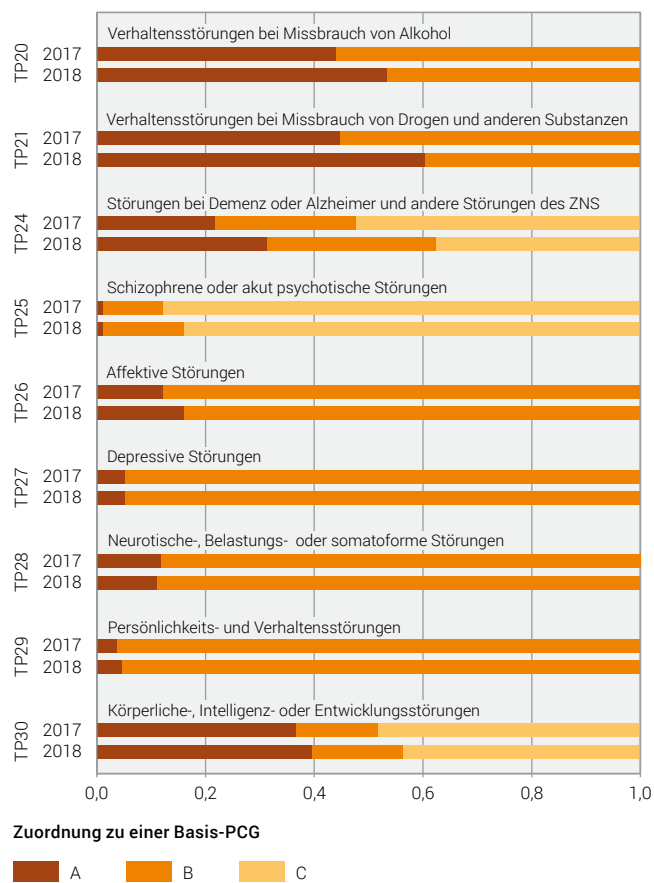


Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)

© BFS 2020

Verteilung der Fälle nach Komplikation, 2017 und 2018

G6



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)

© BFS 2020

³ Der Vergleich der Prozedurencodes mit 2016 ist mit Vorbehalt zu betrachten. Die Prozedurencodes (CHOP), die den Zustand der Patientin oder des Patienten beim Ein- und Austritt anhand der HoNOS- oder HoNOSCA-Skala beschreiben und für die Zuordnung des Falls zu einer PCG massgebend sind, wurden erst ab 2017 in die CHOP-Klassifikation aufgenommen. Davor wurden die Patientenscores gemäss HoNOS- oder HoNOSCA-Skala separat und vor allem zu Qualitätszwecken erfasst.

T3 Vergleich vor/nach TARPSY – Erwachsene

T3

Jahr	Spitäler	Aufenthalte	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	DMI	Durchschnittlicher Tagesstarif (Franken)
2016	71	78 397	30,68	0,98150	653,1
2017	70	80 639	29,65	0,98838	660,2
2018	71	77 743	30,01	0,99265	681,2

Hinweis: Es wurden nur Spitäler berücksichtigt, die auf einer kantonalen Spitalliste für Psychiatrie aufgeführt sind.

Quelle: OFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)

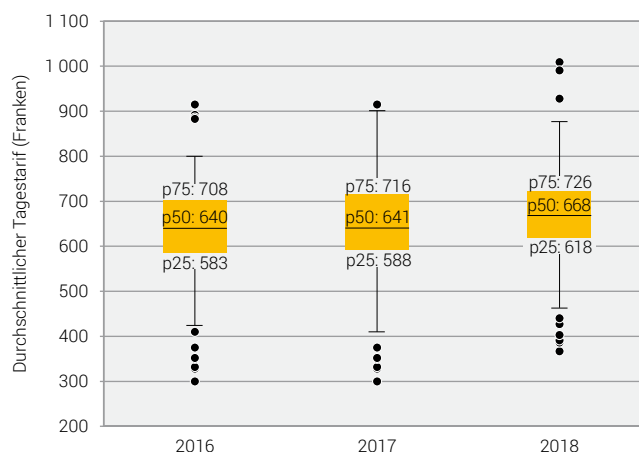
© BFS 2020

verrechenbaren Tagesstarifen (G7). Auch wenn sowohl zwischen 2016 und 2017 als auch zwischen 2017 und 2018 eine Zunahme zu beobachten ist, weisen mehrere Aspekte auf ein stärkeres Wachstum in der zweiten Periode hin. Dies trifft zum Beispiel auf das Medianspital zu. Dort ist der durchschnittliche verrechenbare Tagesstarif zwischen 2017 und 2018 um 4,3% gestiegen, während er zwischen 2016 und 2017 unverändert geblieben ist (+0.1%).

Die Gesamtrechnung zulasten der KVG hängt aber auch von der Anzahl Aufenthalte und der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer ab. Obwohl die Zahl der Aufenthalte von Erwachsenen zwischen 2017 und 2018 zurückgegangen und die durchschnittliche Dauer relativ stabil geblieben ist, würde die vorgängig geschätzte Erhöhung des durchschnittlichen Tagesstarifs zu einem Anstieg der Gesamtkosten für erwachsene Patientinnen und Patienten von 0,7% führen (gegenüber 0,5% zwischen 2016 und 2017).

Durchschnittlich verrechenbarer Tagesstarif, 2016 bis 2018

G7



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)

© BFS 2020

Herausgeber:	Bundesamt für Statistik (BFS)
Auskunft:	Auskunftsdiens Gesundheit, BFS, Tel. 058 463 67 00
Redaktion:	Gian-Paolo Klinke, GESV
Reihe:	Statistik der Schweiz
Themenbereich:	14 Gesundheit
Originaltext:	Französisch
Übersetzung:	Sprachdienste BFS
Layout:	Sektion DIAM, Prepress/Print
Grafiken:	Sektion DIAM, Prepress/Print
Online:	www.statistik.ch
Print:	www.statistik.ch Bundesamt für Statistik, CH-2010 Neuchâtel, order@bfs.admin.ch, Tel. 058 463 60 60 Druck in der Schweiz
Copyright:	BFS, Neuchâtel 2020 Wiedergabe unter Angabe der Quelle für nichtkommerzielle Nutzung gestattet
BFS-Nummer:	2035-2000