



# TARPSY 1.0

Die einheitliche Tarifstruktur für die Vergütung  
der Leistungen in der stationären **Psychiatrie**

Simon Hölzer  
Geschäftsführer

Eva Spring  
Projektleiterin TARPSY

Constanze Hergeth  
Leiterin Abteilung Medizin

# Inhalt

1. **Einführung**
2. Datengrundlage
3. Definition der Psychiatrischen Kostengruppen (PCG)
4. Berechnung der Kostengewichte
5. Zusammenfassung und Ausblick

# 1 Einführung

→ Revision des Krankenversicherungsgesetzes (BG vom 21.12.2007, in Kraft seit 01.01.2009)

KVG Art. 49 Tarifverträge mit Spitälern

Abs. 1:

- Stationäre Leistungen (VKL Art. 3 & Art. 5)
- Leistungsbezogene Pauschalen
- Gesamtschweizerisch einheitlich

KVG Art. 49 Abs.1

Für die Vergütung der **stationären Behandlung** einschliesslich Aufenthalt und Pflegeleistungen in einem Spital (Art. 39 Abs. 1) oder einem Geburtshaus (Art. 29) vereinbaren die Vertragsparteien **Pauschalen**. In der Regel sind Fallpauschalen festzulegen. Die Pauschalen sind **leistungsbezogen** und beruhen auf **gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen**. ...

# 1 Einführung

KVG Art. 49 Tarifverträge mit Spitälern

Abs. 2:

- Tarifpartner und Kantone setzen eine verantwortliche Organisation ein
- Aufgabe: Tarifstruktur (Weiter-)Entwicklung
- Spitäler liefern die notwendigen Kosten- und Leistungsdaten

KVG Art. 49 Abs. 2

Die Tarifpartner setzen gemeinsam mit den Kantonen eine **Organisation** ein, die für die **Erarbeitung und Weiterentwicklung** sowie die **Anpassung und Pflege** der Strukturen zuständig ist. ... Die Spitäler haben der Organisation die dazu notwendigen **Kosten- und Leistungsdaten** abzuliefern. ...

# 1 Einführung

SwissDRG AG ist eine gemeinnützige AG. Aktionäre sind:

- Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)
- H+ Die Spitäler der Schweiz
- santésuisse Die Schweizerischen Krankenversicherer
- Medizinaltarifkommission UVG, MV/IV (MTK)
- Vereinigung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH)

- Erhebung und Plausibilisierung der Daten
- (Weiter-) Entwicklung der Tarifstruktur

**SwissDRG  
AG**

**Tarifpartner:  
Versicherer  
und Spitäler**

- Preisbildung / Tarifverhandlung
- Umsetzung der Begleitmassnahmen
- Definition der Abrechnungsregeln
- Rechnungsprüfung und Kodierkontrolle

- Genehmigung der Tarifstruktur inkl. Begleitmassnahmen
- Weiterentwicklung der Klassifikationen und Kodierrichtlinien

**Bund**

**Kantone**

- Genehmigung der kantonalen Tarifverträge
- Spitalplanung

# 1 Einführung

## Akutsomatik

Januar 2012 tarifwirksame Einführung von SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Groups)

## Psychiatrie

31. Januar 2017 Antrag zur Genehmigung der Tarifstruktur, Bundesrat

1. Januar 2018 Tarifwirksame Einführung der Tarifstruktur TARPSY 1.0

# 1 Einführung

Vorgegebene Ziele für die Tarifstruktur TARPSY:

- Leistungsorientierte
- Pauschalen
- National einheitlich
- Einfach und praktikabel (geringer Datenerhebungs-und Dokumentationsaufwand, überschaubare Anzahl Psychiatrischer Kostengruppen (PCG))
- Überprüfbar und revisionstauglich (transparentes System, Kliniken vergleichbar, manipulationsresistent)
- Anerkannt und akzeptiert (datenbasiert, nachvollziehbar)
- Lernendes System (kontinuierliche Weiterentwicklung)
- Negative Anreize minimieren
- Kostendeckend



# Inhalt

1. Einführung
- 2. Datengrundlage**
3. Definition der Psychiatrischen Kostengruppen (PCG)
4. Berechnung der Kostengewichte
5. Zusammenfassung und Ausblick

## 2 Datengrundlage

Kosten- und Leistungsdaten der Spitäler mit Leistungsauftrag in der stationären Psychiatrie (KVG Art. 49 Abs. 2):

- Medizinische Statistik der Krankenhäuser BFS
- Kosten pro Fall
- Eintritt-HoNOS/CA (gemäss ANQ, ab Daten 2017 in Med. Stat.)

Messung des Schweregrads der Erkrankung, Fragebogen mit 12 / 13 Items. Bewertung geht von 0 bis 4. U.a.:

1. Überaktives, aggressives, Unruhe stiftendes oder agitiertes Verhalten
2. Absichtliche Selbstverletzung
3. Problematischer Alkoholkonsum oder Drogenkonsum
4. Usw.

## 2 Datengrundlage

### Datengrundlage TARPSY 1.0

Daten	2014	2015	2014 & 2015
Anzahl liefernde Kliniken	25	45	46
- davon Kliniken mit validen Lieferungen	23	31	32
Gelieferte Fälle	45'462	63'263	108'725
Plausible Fälle	27'788	40'958	68'746

Vergleich: Im Jahr 2014 rund 64'000 stationäre psychiatrische Fälle (BFS)

## 2 Datengrundlage

Altersgruppen	Anzahl gelieferte Fälle	Anzahl plausible Fälle	Anteil plausibel
Jünger 18 Jahre	3'892	1'607	42%
18-64 Jahre	88'185	57'111	65%
ab 65 Jahre	16'648	10'028	60%
Total	108'725	68'746	63%

## 2 Datengrundlage

Plausibilitätsprüfung	Anzahl Fälle 2014*	Anzahl Fälle 2015*
Kostendatensatz fehlt	5'306	9'632
Kein Eintritts-HoNOS/CA oder unvollständiger Bogen	5'715	5'185
Eintritts-HoNOS/CA nicht während der ersten 3/14 Tage erfolgt	2'767	2'987
Unplausible Aufenthaltsdauer (null, negativ)	2'164	2'746
Unplausible Tageskosten (< 100 CHF)	2'348	1'975
Unplausible Pflegekosten (<50 CHF)	3'228	2'926
Unplausible Ärztekosten pro Tag (< 10 CHF)	1'681	2'039
Hauptdiagnose fehlt	559	684

\* Mehrfachnennungen möglich, d.h. ein Fall kann durch mehrere Plausibilitätsprüfungen fallen.

# Inhalt

1. Einführung
2. Datengrundlage
- 3. Definition der Psychiatrischen Kostengruppen (PCG)**
4. Berechnung der Kostengewichte
5. Zusammenfassung und Ausblick

### 3 Definition der Psychiatrischen Kostengruppen (PCG)

KVG Art. 49 Abs. 1

«Für die Vergütung der stationären Behandlung [...] vereinbaren die Vertragsparteien **Pauschalen**. In der Regel sind Fallpauschalen festzulegen. Die Pauschalen sind leistungsbezogen und beruhen auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen.»

- Pauschalen bedingen eine Gruppierung der Fälle
- Fälle werden aufgrund von «Kostentrennern» Psychiatrischen Kostengruppen (PCG) zugeteilt
- **Kostentrenner**: Patientenmerkmale, die Unterschiede in den Kosten erklären können

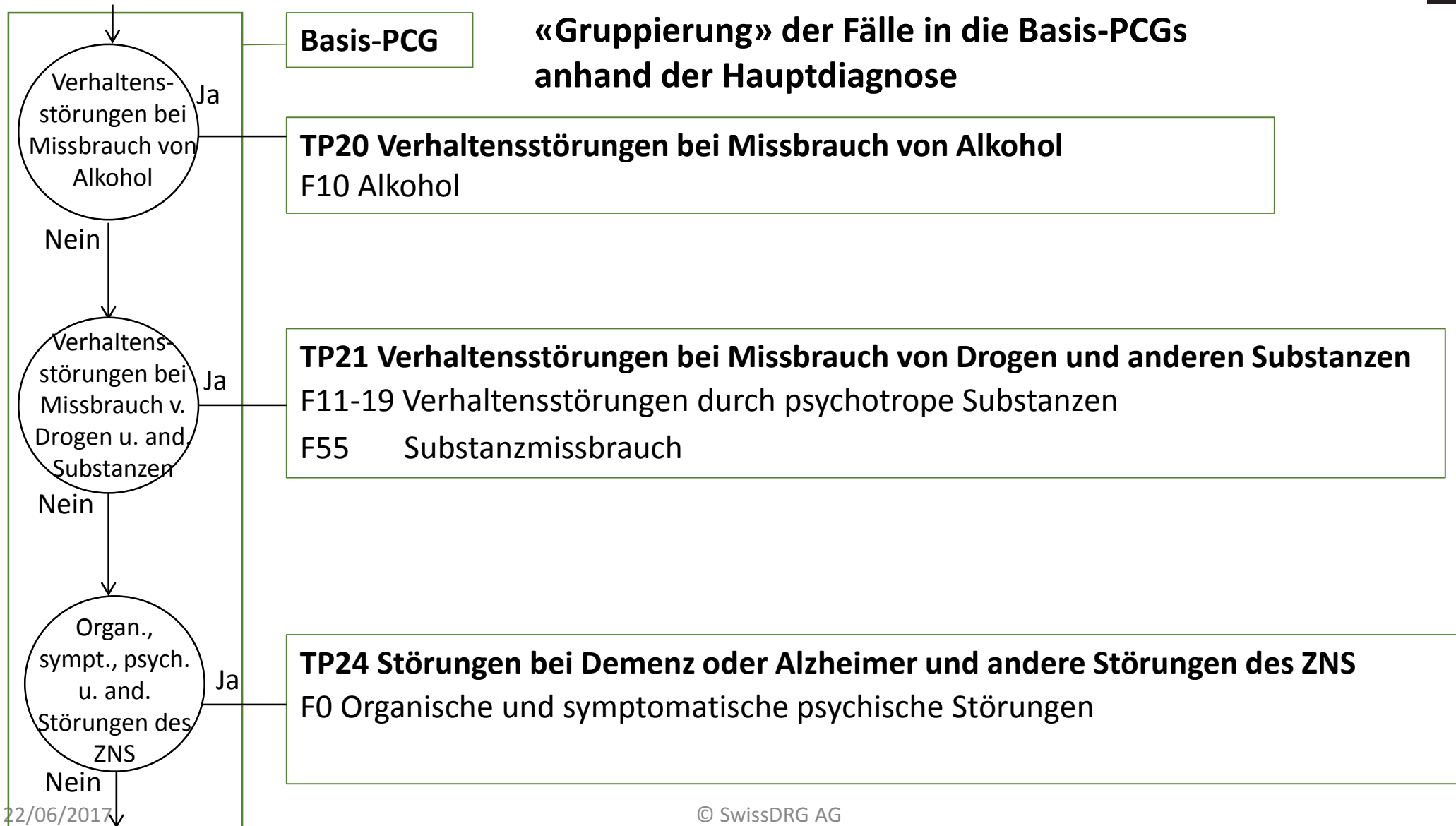
### 3 Definition der Psychiatrischen Kostengruppen (PCG)

Analyse aller in den Daten zur Verfügung stehenden Variablen auf ihre Eignung als „Kostentrenner“:

- ✓ Diagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen)
- ✓ Alter
- ✓ 3 HoNOS/CA-Items (ZHAW)
  - H1 Hyperaktives, aggressives Verhalten
  - H2/H3 Absichtliche Selbstverletzung
  - H5/H6 Körperliche Erkrankung oder Behinderung
- x Eintrittsart Notfall
- x Fürsorgerische Unterbringung  
(Prozeduren / Behandlungen)

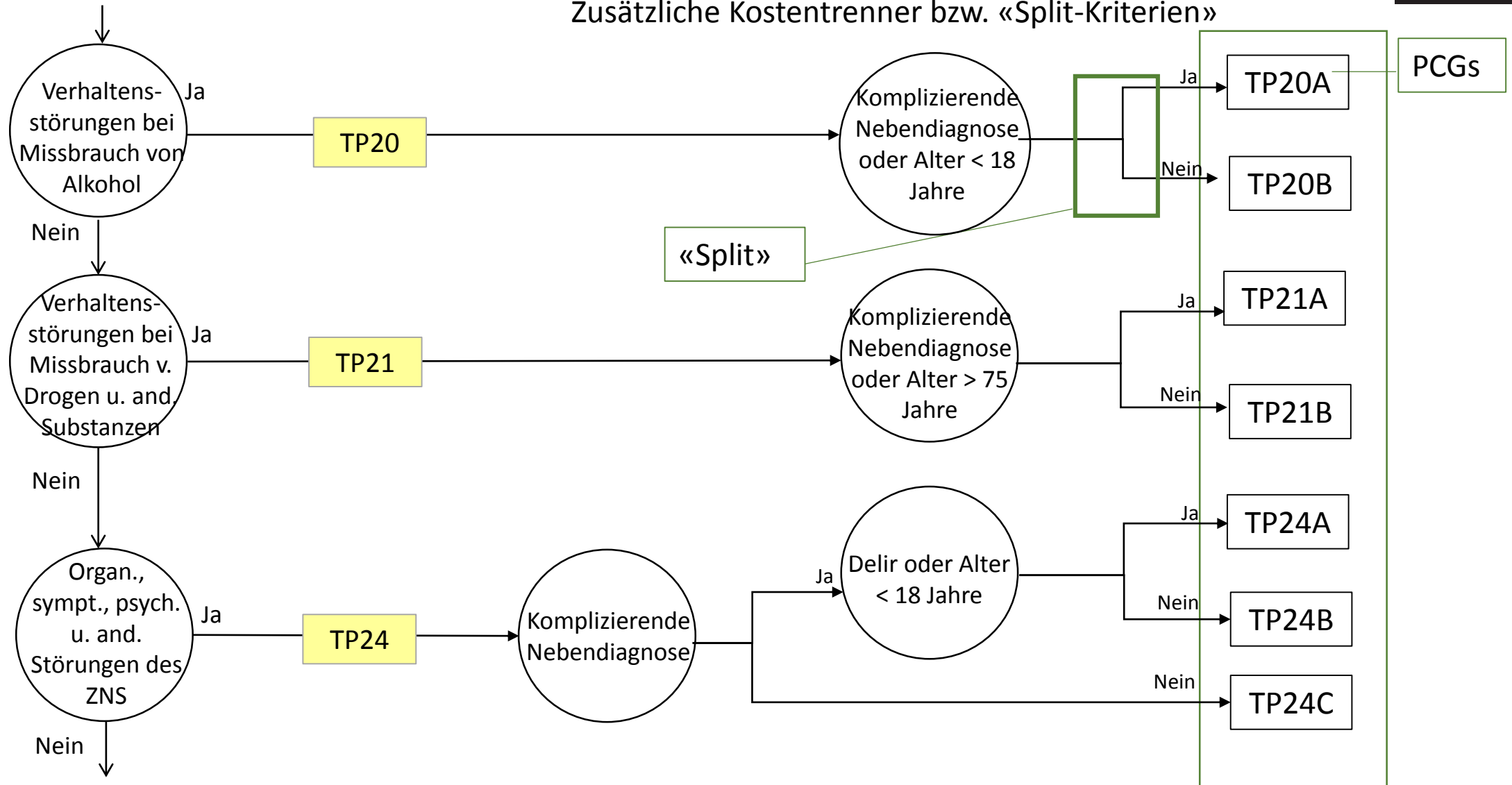


### 3 Definition der Psychiatrischen Kostengruppen (PCG)



### 3 Definition der Psychiatrischen Kostengruppen (PCG)

Zusätzliche Kostentrenner bzw. «Split-Kriterien»



### 3 Definition der Psychiatrischen Kostengruppen (PCG)

Basis-PCG		Basis-PCG	
TP20	Psychische Verhaltensstörungen durch Alkohol	TP27	Depressive Störungen
TP21	Verhaltensstörungen bei Missbrauch von Drogen und anderen Substanzen	TP28	Neurotische, Belastungs- oder somatoforme Störungen
TP24	Störungen bei Demenz oder Alzheimer und andere Störungen des ZNS	TP29	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
TP25	Schizophrenie oder akut psychotische Störungen	TP30	Körperliche, Intelligenz- oder Entwicklungsstörungen
TP26	Affektive Störungen	TP70	Psychiatrische oder psychosomatische Behandlung ohne psychiatrische oder psychosomatische Hauptdiagnose

Weitere Unterteilung in **22 PCGs**.

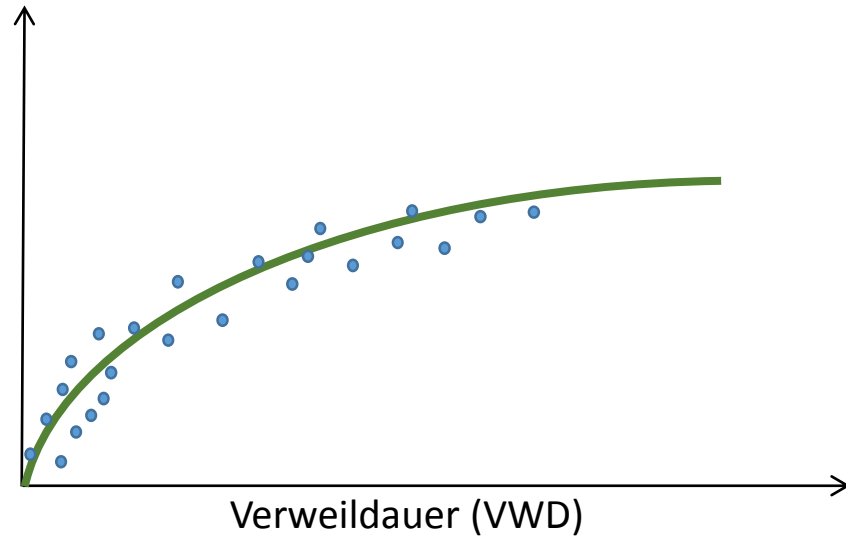
# Inhalt

1. Einführung
2. Datengrundlage
3. Definition der Psychiatrischen Kostengruppen (PCG)
4. **Berechnung der Kostengewichte**
5. Zusammenfassung und Ausblick

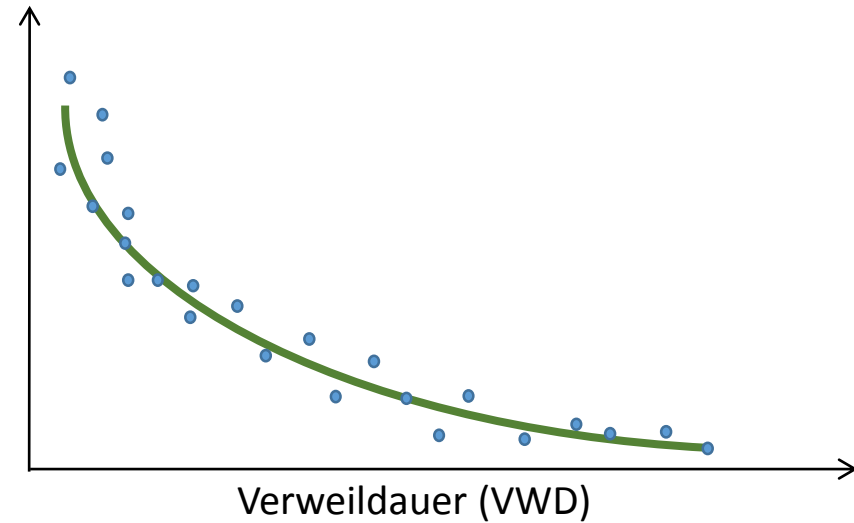
## 4 Berechnung der Kostengewichte

Verlauf der angefallenen Kosten (inkl. Anlagenutzungskosten) – fiktive Darstellung

Gesamtkosten



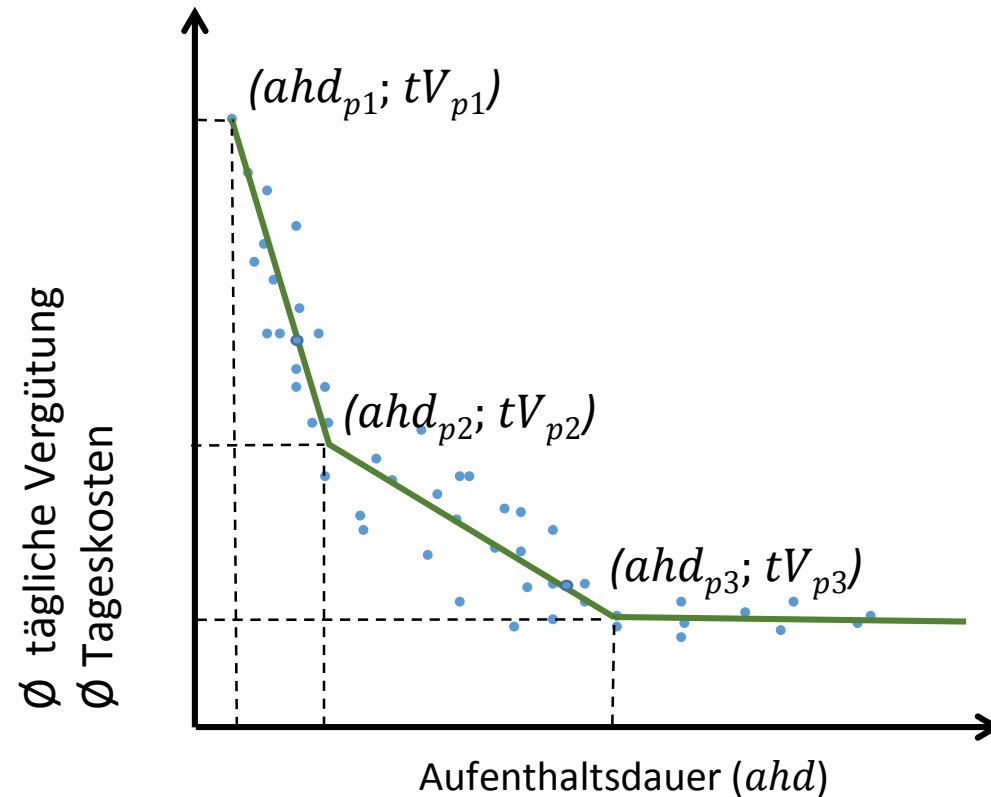
Ø Tageskosten



- Ø Verlauf der Gesamt- resp. Tageskosten
- Fälle

## 4 Berechnung der Kostengewichte

Berechnung eines Modells mit bis zu 3 Phasen – fiktive Darstellung



## 4 Berechnung der Kostengewichte

### Bedingungen Phasengrenzen

Bed. 1: Die erste Phase fängt bei Tag 1 an ( $ahd_1 = 1$ )

Bed. 2: Die letzte Phase fängt spätestens bei Tag 60 an ( $ahd_3 \leq 60$ )

Bed. 3: Eine Phase dauert mindestens 4 Tage ( $ahd_{ph+1} - ahd_{ph} \geq 4$ )

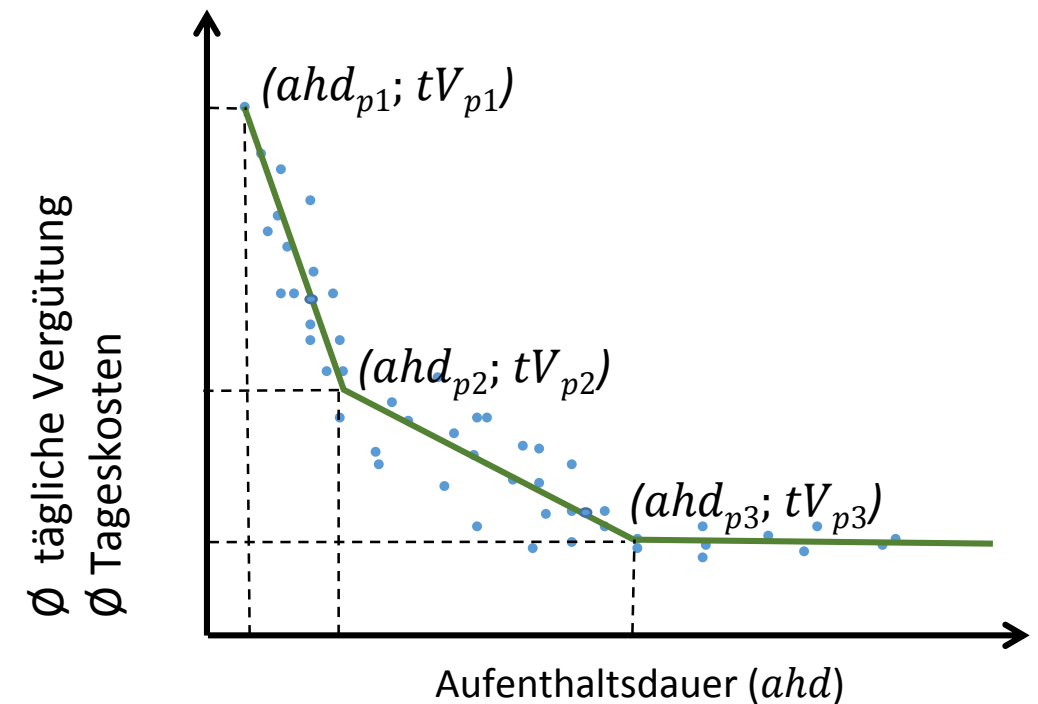
Bed. 4: Pro Phase muss es mindestens 25 Fälle geben

Bed. 5: Maximal 3 Phasen ( $ph \in \{1,2,3\}$ )

### Bedingungen Vergütung

Bed. 6: Keine Sprünge in der Vergütung (Anreiz)

Bed. 7: Kostendeckung pro Phase (Vorgabe/Ziel)



## 4 Berechnung der Kostengewichte

TP27B Depressive Störungen, Alter > 17 Jahre										
	Phase 1					Phase 2				
Verweildauer	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Kostengewicht pro Tag	1.432	1.381	1.33	1.279	1.228	1.177	1.126	1.075	1.072	1.07
Verweildauer	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Kostengewicht pro Tag	1.067	1.064	1.062	1.059	1.057	1.054	1.052	1.049	1.047	1.044
Verweildauer	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Kostengewicht pro Tag	1.042	1.039	1.036	1.034	1.031	1.029	1.026	1.024	1.021	1.019
Verweildauer	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
Kostengewicht pro Tag	1.016	1.014	1.011	1.008	1.006	1.003	1.001	0.998	0.996	0.993
Verweildauer									49	50
Kostengewicht pro Tag								0.970	0.968	

**Beispiel:** Fall in TP27B mit Verweildauer von 30 Tagen:

- Kostengewicht pro Tag: 1.019
- Effektives Kostengewicht:  $1.019 * 30 \text{ Tage} = 30.570$
- Effektive Vergütung in CHF =  $30.570 * \text{Basistagespreis}$



# Inhalt

1. Gesetzliche Grundlage
2. Datengrundlage
3. Definition der Psychiatrischen Kostengruppen (PCG)
4. Berechnung der Kostengewichte
5. **Zusammenfassung und Ausblick**

## 5 Zusammenfassung und Ausblick

### Definition der PCG

- Definition von 10 Basis-PCGs resp. 22 PCGs anhand identifizierter «Kostentrenner»
- Hauptdiagnose (Basis-PCG)
- Nebendiagnosen
- HoNOS/CA
- Alter

### Berechnung der Kostengewichte

- Phasen-Modell mit tagesbezogenen Kostengewichte
- Beruht auf tatsächlich angefallenen Kosten (keine normative Umverteilung)
- Jede Phase einer PCG ist in sich kostendeckend
- Vergütung ohne Sprünge

## 5 Zusammenfassung und Ausblick

### Vorgegebene Ziele erreicht?

- ✓ Einfach und praktikabel (geringe Erhebungsaufwand, überschaubare Anzahl PCG)
- ✓ Überprüfbar und revisionstauglich (transparentes System, Kliniken vergleichbar, manipulationsresistent)
- ✓ Anerkannt und akzeptiert (datenbasiert, nachvollziehbar)
- ✓ Anreize
- ✓ Kostendeckend
- ~ Leistungsorientiert (leistungsbezogene Abgeltung)
  - Verbesserung der Datenqualität
  - Verbesserung der Leistungserfassung (bsp. anhand von CHOP-Kodes)
  - Weiterentwicklung der Tarifstruktur
- ✓ Lernendes System (kontinuierliche Weiterentwicklung)

## 5 Zusammenfassung und Ausblick

### Ausblick:

- Stärkerer Leistungsbezug bsp. anhand von Behandlungskodes, um unterschiedliche Betreuungsintensitäten (z. B. Intensivbetreuung, 1:1 Behandlung, usw.) besser abzubilden.
- Abbildung teurer / psychiatrie-fremder Leistungen (z. B. Dialyse) oder teurer Medikamente (z. B. Depotneuroleptika) mit Zusatzentgelten.
- Datenqualität. Erbrachte Leistungen und teure Medikamente müssen in Daten ersichtlich sein.
- Datenerhebung: Webschnittstelle, Kommentare, Rückmeldungen
- Medizinische Logik und Kalkulation: Weiterentwicklung
- Abrechnungsregeln: Anpassungen und Klarstellungen
- Kodierregeln: Anpassungen und Präzisierungen

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

**SwissDRG AG**

Haslerstrasse 21  
CH-3008 Bern

Tel: +41 (0) 31 310 05 50

Fax: +41 (0) 31 310 05 57

E-Mail: [info@swissdrg.org](mailto:info@swissdrg.org)  
[tarpsy@swissdrg.org](mailto:tarpsy@swissdrg.org)