TARPSY 6.0

Bericht zur Entwicklung der Tarifstruktur

TARPSY 6.0 – Daten 2022 und 2023	Version vom 25.07.2025

© 2025 SwissDRG AG, Bern, Schweiz

Inhaltsverzeichnis

1 Datengrundlage ... 3
2 Schweregrad: TARPSY Patient Severity Level ... 6
2.1 Methodik ... 6
2.2 Berechnung der Diagnoses Cost Ratios (DCR) ... 6
2.3 Berechnung des Patient Severity Level (PSL) ... 7
2.4 Resultate ... 7
3 Medizinische Logik – Psychiatrische Kostengruppen ... 9
3.1 Differenzierung der Basis-PCGs ... 9
3.2 Diagnosen und T-PSL Splits ... 10
3.2.1 ICD-10-GM-Diagnosen ... 10
3.2.2 Schweregradsplits ... 10
3.3 HoNOS und HoNOSCA ... 11
3.4 Behandlungen und Prozeduren ... 11
3.5 Alter ... 12
3.6 Detaillierte Weiterentwicklung Medizinische Logik ... 12
4 Kalkulation – Berechnung der Kostengewichte ... 22
4.1 Detaillierte Weiterentwicklung Kalkulation ... 22
4.2 Berechnungsmethode ... 23
5 Normierung ... 25
6 Kennzahlen ... 26
7 Kalkulation der TARPSY Zusatzentgelte ... 28
7.1 Zusatzentgelte basierend auf ATC-Kodes ... 28
7.1.1 Berechnungsmethode ... 28
7.1.2 Resultate ... 29
7.2 Zusatzentgelte basierend auf CHOP-Kodes ... 30
7.2.1 Berechnungsmethode ... 30
7.2.2 Resultate ... 30
8 Weitere Analysen im Zusammenhang mit der Entwicklung der Tarifstruktur ... 31
8.1 Kinder- und Jugendpsychiatrie ... 31
8.2 Forensische Fälle ... 31
8.3 Analyse zu den CHOP-Kodes ... 33
8.4 Analyse der Belastungserprobungen ... 34
8.5 Analyse der Revisionsberichte ... 35
9 Zusammenfassung ... 36

1 Datengrundlage

Mit dem Beschluss des Verwaltungsrats vom 15. Dezember 2022 (VR-65) wurde ein zweijähriger Entwicklungszyklus für TARPSY ab Version 6.0 eingeführt. Demzufolge wird alle zwei Jahre eine neue Version der Tarifstruktur entwickelt, basierend auf den Daten von jeweils zwei Jahren. Dieser Beschluss hat keinen Einfluss auf die jährlichen Prozesse der Datenerhebung und -bearbeitung, welche weiterhin wie gewohnt durchgeführt wurden. Im vorliegenden Abschnitt zur Datengrundlage werden daher die beiden Datenjahre 2022 und 2023 berücksichtigt.

Die Fallzahlen in der stationären Psychiatrie der Schweiz nehmen stetig zu. Tabelle 1 zeigt einen Überblick über die jährlich der SwissDRG AG zugestellten Fälle. Des weiteren kann eine Zunahme in den Anteilen der plausiblen Fälle beobachtet werden, was bedeutet, dass anteilsmässig immer weniger Fälle aufgrund von Kodierfehler oder Inkonsistenzen in den Daten von der Weiterentwicklung der Tarifstruktur ausgeschlossen werden mussten. Zusätzliche Informationen zu dem Vorgehen zur Plausibilisierung der Fälle wird in der Dokumentation zur Bearbeitung der Daten 2022 und 2023 beschrieben (Beilage 4 zum Tarifgesuch).

Tabelle 1: Überblick der Datenlieferungen, Daten 2018 bis 2023

Stationäre Psychiatrie	2018 T3.0	2019 T4.0	2020 -	2021 T5.0	2022 T6.0	2023 T6.0
Anzahl liefernde Kliniken	60	62	66	65	66	64
Kliniken mit validen Lieferungen	47	56	64	62	63	62
Gelieferte Fälle	67’679	70’974	71’944	72’632	75’790	79’857
Plausible Fälle	52’595	53’291	62’272	62’835	67’724	72’170
Anteil plausible Fälle	78 %	75 %	87 %	87 %	89 %	90 %
Anzahl Fälle gemäss BFS[1]	75’749	77’443	77’177	80’394	83’844	84’424

Tabelle 2 gibt einen Überblick der Datenerosion. Insgesamt mussten in beiden Jahren die Daten von jeweils 2 Spitälern von den Entwicklungsarbeiten ausgeschlossen werden. Hauptgrund für die Klinikausschlüsse waren pauschale oder unplausible Kostenstrukturen. Die Kommentierung der Fälle von Seiten der Leistungserbringer hat dazu geführt, dass gewisse Auffälligkeiten in den Fällen erklärt werden konnten und die Fälle so nicht ausgeschlossen werden mussten.

Tabelle 2: Übersicht über die Plausibilisierung der Daten

	Anzahl Fälle 2022	Anzahl Fälle 2023
Gelieferte Fälle	**75’790**	**79’857**
Überlieger ohne Vollkosten	- 113	- 34
Spitalausschluss (je 2 Spitäler)	- 1’574	- 1’388
Plausibilisierung der Fälle	- 8’328	- 9’418
Kommentierung der Fälle	+ 1’949	+ 3’153
Plausible Fälle	**67’724**	**72’170**

[1] Quelle für die Jahre 2018-2022: BFS, Kennzahlen der Schweizer Spitäler, das jeweilige Jahr

Die wichtigsten Gründe, die während der Plausibilisierung zu Fallauschlüssen geführt haben, sind unplausible Kostenstrukturen, meist zu tiefe Tageskosten für Ärzteschaften oder Pflege oder zu hohe Tageskosten. Weitere Themen umfassten bildgebende Verfahren ohne OR-Prozedur und ohne Kosten sowie das Fehlen des Eintrittshonos innerhalb der ersten 3 Tage.

Im Vergleich zur Vorversion reduzierte sich die Anzahl unplausible Fälle signifikant. Abbildung 1 zeigt die Anteile der unplausiblen Fällen pro Spital. Der prozentuale Klinikdurchschnitt reduzierte sich von 12.3% im Jahr 2021 auf durchschnittlich 8.7% im Jahr 2022 und 8.2% im Jahr 2023.

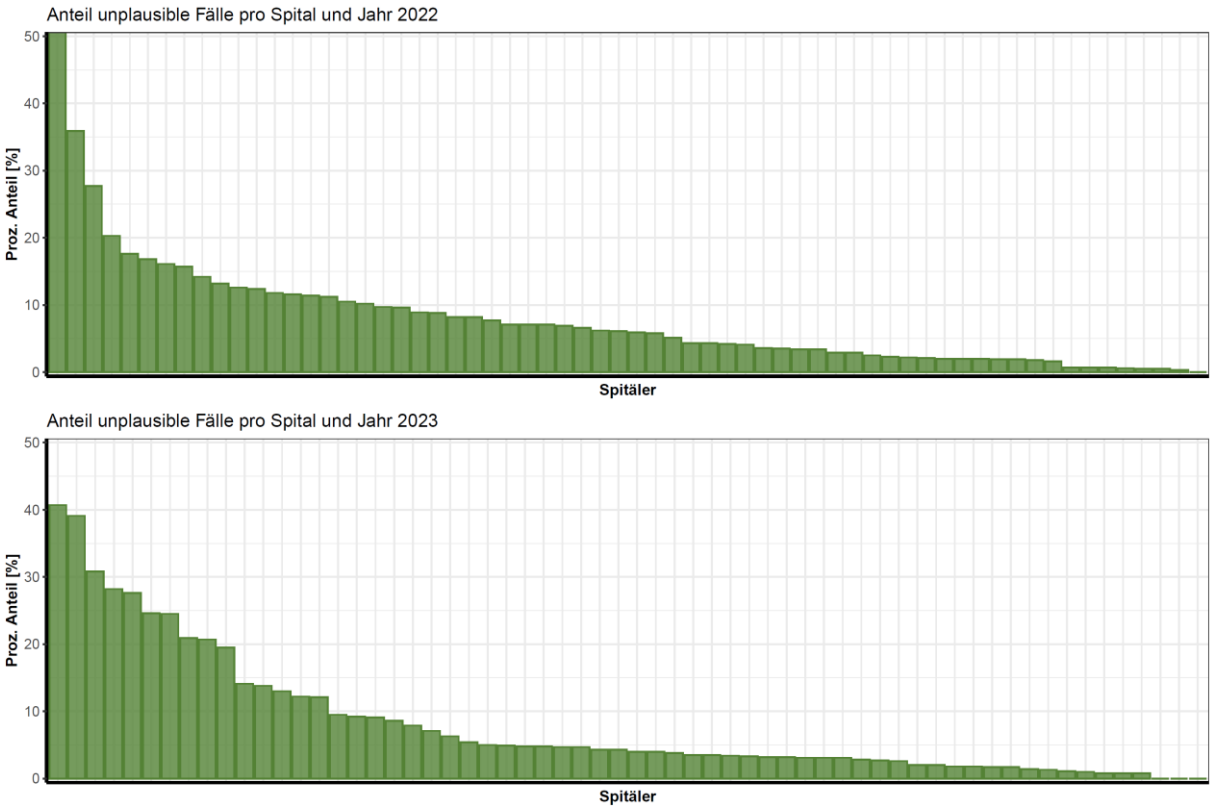


Abbildung 1: Anteil unplausible Fälle pro Spital

In Tabelle 3 sind die Anzahl der gelieferten sowie der plausiblen Fälle nach Alterskategorien ausgewiesen, ergänzt durch die entsprechenden Anteile. Während für die Entwicklung der vorherigen Versionen jeweils die Kinder- und Jugendlichenfälle aus dem Datenjahr des Vorjahres herangezogen wurden, entfällt dieser Schritt ab Version 6.0. Die Weiterentwicklung basiert nun auf zwei vollständigen Datenjahren, was eine fundiertere Grundlage schafft.

Tabelle 3: Anzahl Fälle pro Altersgruppe, Daten 2022 und 2023

Altersgruppe	Datenjahr	Anzahl gelieferte Fälle	Anzahl plausible Fälle	Anteil plausible Fälle
Unter 18 Jahre	2022	5’372	4’623	86 %
	2023	5’604	5’023	90 %
18 bis 64-Jährige	2022	58’700	52’813	90 %
	2023	61’750	55’808	90 %
65 Jahre und älter	2022	11’718	10’288	88 %
	2023	12’503	11’339	91 %

Im Rahmen der regulären Datenerhebung haben Kliniken die Möglichkeit, der SwissDRG AG ergänzende Informationen im Zuge der Detailerhebungen zur Verfügung zu stellen. Diese betreffen insbesondere Angaben zu Kosten und Verabreichungsarten hochteurer Medikamente sowie zu psychiatrischen Leistungen wie 1:1-Betreuung, Belastungserprobung, Elektrokrampftherapie (EKT) und repetitiver transkranieller Magnetstimulation (rTMS). Mit Ausnahme der rTMS werden diese Leistungen bereits durch Zusatzentgelte (ZE) abgebildet. Des Weiteren können auch Informationen zu forensischen Fällen übermittelt werden, eine Analyse zu diesen Fällen findet sich unter Abschnitt 8.2.

Die übermittelten Informationen fliessen in die Weiterentwicklung und Bewertung der psychiatrischen Zusatzentgelte ein. Tabelle 4 zeigt die Anzahl der Spitäler, die im Rahmen der Detailerhebungen zusätzliche Informationen geliefert haben (DE), im Vergleich zur Anzahl der Kliniken, die in den entsprechenden Datenjahren Fälle mit den betreffenden Medikamenten oder Leistungen in der medizinischen Statistik erfasst haben (Datenl.). Für die Version 6.0 konnte die Einführung eines neuen Zusatzentgelts für die rTMS nicht geprüft werden, da die Anzahl der eingegangenen Detailerhebungen zu gering war.

Tabelle 4: Übersicht der Detailerhebungen Daten 2022 und 2023

	Medikamente		1:1 Betreuung		Belastungser-probung		EKT		rTMS	
Jahr	DE	Datenl.	DE	Datenl.	DE	Datenl.	DE	Datenl.	DE	Datenl.
2022	27	39	8	32	15	50	4	20	0	9
2023	26	45	10	33	16	49	4	21	1	11

2 Schweregrad: TARPSY Patient Severity Level

Mit der TARPSY Version 5.0 wurde der Patient Severity Level (PSL) für die Psychiatrie eingeführt.

Der PSL berechnet für jeden Fall der stationären Psychiatrie, basierend auf seinen Diagnosen, einen Schweregrad, welcher der Identifikation von Fällen mit ressourcenintensiven und komplexen Diagnosekonstellationen dient.

Im Rahmen der Weiterentwicklung der Tarifstruktur ist es im Bereich des Schweregrades neben der Hinzunahme der neuen beiden Datenjahre nur zu minimalen Anpassungen gekommen. Für eine umfassende Erklärung der Methodik sowie der Berechnung des Schweregrades sei auf den Entwicklungsbericht der TARPSY Version 5.0 verwiesen.

2.1 Methodik

Für die Weiterentwicklung der Schweregradlogik wurden analog zur Vorversion verschiedene Datengrundlagen geprüft. So wurden Simulationen mit Datengrundlagen von bis zu 6 Vorjahren evaluiert. Es hat sich auch für die Version 6.0 gezeigt, dass die Verwendung von 4 Vorjahren ein ausreichendes Diagnosevolumen beinhaltet, während bei Hinzunahme zusätzlicher Datenjahre allzu historische Kostendaten mit in die Berechnungen einfliessen würden. So wurde das Modell auf Basis der plausiblen Daten der Jahre 2020 bis 2023 trainiert.

Die Entwicklung der PSL Logik beruht sowohl auf ökonomisch-statistischem sowie auf medizinischem Know-How. Aus diesem Grund sind auch für die aktuelle Schweregradlogik händische Eingriffe in den Algorithmus mittels Ausschlusslisten unverzichtbar gewesen. Konkret wurden die Conditional Exclusions sowie die Unconditional Exclusions überarbeitet.

1. Conditional Exclusions: Diagnosen, welche ähnliche Inhalte erläutern und nicht doppelt auf einem Fall gezählt werden sollen, werden mithilfe des rekursiven Ausschlussverfahrens auf Fallebene ausgeschlossen. Die betroffenen Kodelisten wurden ohne Anpassung von der aktuellen Tarifstruktur SwissDRG übernommen.
2. Unconditional Exclusions: Diagnosen, welche grundsätzlich nicht bewertet werden sollen. Sie enthalten unspezifische Beschreibungen, weisen hohe Wahrscheinlichkeiten von Mehrfachbeschreibungen derselben Krankheit auf oder würden Fehlanreize im System fördern. Diese Liste ist händisch überarbeitet worden, wobei es zu 104 Erweiterungen und zu 208 Streichungen gekommen ist. Sie umfasst aktuell 2'922 Diagnosen.

2.2 Berechnung der Diagnoses Cost Ratios (DCR)

Bei der Berechnung der DCRs ist es zu einer Anpassung gekommen. Es kann vorkommen, dass gewisse Diagnosen weniger als das geforderte Minimum von 25 Nennungen im gesamten Datensatz vorweisen. In diesen Fällen kommt ein Algorithmus zum Zug, bei welchem «benachbarte» ICD Kodes zur Berechnung des DCR hinzugezogen werden können, um ein Minimum an statistischer Robustheit zu gewähren. Bei diesem Algorithmus ist es zu einer Ausweitung der Agglomerationsstufen gekommen. Neben dieser kleinen Anpassung erfolgte die Berechnung der DCR datenbasiert in analoger Art und Weise zur Vorversion.

2.3 Berechnung des Patient Severity Level (PSL)

In der Berechnung des PSL ist es zu keiner Änderung gekommen. Die neu berechneten DCR dienten als Grundlage zur Berechnung des PSL, auf dessen Basis dann Umbauten in der medizinischen Logik geprüft wurden. Der PSL unterscheidet nach wie vor die Kategorien, welche in Tabelle 5 ersichtlich sind, wobei Splitkriterien in Fünferschritten geprüft wurden (neben bspw. 120 und 130 kann auch 125 als Splitbedingung fungieren):

Tabelle 5: Kategorien des PSL

Bezeichung	PSL
Kein erhöhter PSL	PSL < 110
Leicht erhöhter PSL	110 ≤ PSL < 120
Erhöhter PSL	120 ≤ PSL < 130
Stark erhöhter PSL	130 ≤ PSL < 140
Äusserst stark erhöhter PSL	140 ≤ PSL

2.4 Resultate

Tabelle 6 zeigt die Verteilungen der datenbasiert bewerteten DCRs pro Basis-PCG. Es kann festgestellt werden, dass auch für die neue Version die Mehrheit der erfassten Diagnosen keine signifikanten DCR-Werte erhalten. Gründe für diese Resultate sind unter anderem vorsichtig geschätzte Modellparameter, um einem Overfitting des Algorithmus vorzubeugen[2]. Der entscheidendste Grund für diese Resultate kann jedoch direkt aus der Datenbasis abgelesen werden. Bei einem Grossteil der Fälle handelt es sich um reguläres Patientengut. Fälle mit komplexen und ressourcenintensiven Diagnosekonstellationen treten eher selten auf. Als Folge davon erhalten viele Diagnosen eine tiefe Bewertung und damit befindet sich auch die Anzahl Fälle mit hohem PSL in einem überschaubaren Ausmass.

Tabelle 6: Anzahl datenbasiert bewertete ICD Kodes pro Basis-PCG

DCR	Alle	TP21	TP24	TP25	TP26	TP27	TP28	TP29	TP30
0	11’999	16’35	1’960	1’500	821	2’323	1’519	1’162	1’079
1	3’404	750	336	526	201	734	459	320	78
2	978	218	40	159	53	214	150	118	26
3	226	47	1	29	11	55	46	33	4
4	63	12	5	2	4	14	15	6	5
5	28	3	2	1	0	10	9	3	0

Aufgrund der neu hinzugekommenen Datenjahre ist es in einigen DCRs zu einer Verschiebung in der Bewertung gekommen. Eine Übersicht zu diesen Verschiebungen zeigt Tabelle 7. Hier werden Diagnosen verglichen, die sowohl in der Vorversion (DCR_{alt}) wie auch in der aktuellen Version (DCR_{neu}) eine Bewertung erhalten haben. Im Vergleich zur Vorversion ist es mit Ausnahme der TP24, TP26 und TP30 zu einer leichten Zunahme an Diagnosen mit höheren DCR Werten gekommen. Dies lässt sich zum einen auf die höhere Anzahl durchschnittlicher Diagnosen auf Fallebene sowie auf die

[2] Ein Overfitting tritt dann auf, wenn das Modell auf der ihr zugrunde liegenden Datenbasis («Trainingsdaten») bessere Resultate ausweist, als es dies auf einer neuen Datenbasis («Testdaten») tut. Dies liegt daran, dass die Modellparameter zu stark auf die Trainingsdaten justiert wurden und somit Effekte abgebildet wurden, welche nur in dieser Datenbasis erkannt werden können, nicht aber in der Gesamtpopulation. Solche notwendige, statistische Sicherheitsmassnahmen schlagen sich negativ auf die Perfomanz des Modells nieder.

grundsätzlich steigende Anzahl Fälle pro Jahr zurückführen, da beide Faktoren den Pool an zu verfügung stehenden Diagnosen erhöhen. Daneben hat auch die Anpassung des Agglomerationsalgorithmus zu einer leichten Ausweitung der bewerteten Diagnosen geführt. Von den Diagnosen, welche in beiden Versionen mit einem DCR bewertet worden sind, sind rund zwei Drittel unverändert bewertet. Insgesamt haben sich 96.3% aller Bewertungen um 1 Punkt oder weniger verändert.

Tabelle 7: Anteile der Differenzen der DCR_{neu} - DCR_{alt} pro Basis-PCG

Δ DCR	TP21	TP24	TP25	TP26	TP27	TP28	TP29	TP30
-3	0%	-	0%	-	0%	0%	0%	-
-2	1%	2%	1%	1%	0%	1%	1%	4%
-1	10%	19%	15%	17%	9%	11%	13%	23%
0	68%	66%	67%	67%	72%	68%	66%	62%
1	18%	12%	15%	14%	16%	17%	17%	10%
2	3%	1%	2%	1%	2%	2%	3%	1%
3	1%	0%	0%	0%	1%	1%	0%	0%

Es kann auch sein, dass eine Diagnose in einer Version einen DCR erhalten hat, während es in der anderen aufgrund zu weniger Nennungen zu keiner Bewertung gekommen ist. Tabelle 8 zeigt die Anzahl Kodes pro Basis-PCG, welche neu bewertet worden sind sowie die Anzahl, welche nicht mehr bewertet worden konnten. Dabei wird die Höhe des DCR jeweils nicht berücksichtigt. So sind beispielsweise von den neu bewerteten Kodes über alle Basis-PCGs 77% mit einem DCR von 0 bewertet.

Tabelle 8: Anzahl neu nicht mehr bewerteter sowie neu bewerteter Diagnosen pro Basis-PCG im Vgl. zur Vorversion

DCR	TP21	TP24	TP25	TP26	TP27	TP28	TP29	TP30
Neu nicht mehr bewertet	387	377	368	265	459	375	333	224
Neu bewertet	642	567	536	351	783	581	435	365

3 Medizinische Logik – Psychiatrische Kostengruppen

Die Weiterentwicklung der medizinischen Logik erfolgte auf Grundlage beider Datenjahre 2022 und 2023. Hierfür wurden die Diagnose- und Leistungsdaten des Jahres 2022 übergeleitet auf die in 2023 zur Verfügung stehenden Kataloge. Dank der umfassenden Erfahrung der SwissDRG AG im Bereich der Überleitung konnte dieser Schritt reibungslos umgesetzt werden. So konnten die Simulationen der medizinischen Umbauten auf einer grösseren Datengrundlage geprüft werden, als in den Vorversionen. Für vielversprechende Umbauten wurde jeweils die identische Rechnung mit nur dem neuen Datenjahr geprüft um die Aktualität des Splits zu gewährleisten.

Ausgangsversion zur Weiterentwicklung der TARPSY Version 6.0 ist die Vorversion TARPSY 5.0. Auf Grundlage der fallbezogenen Kosten- und Leistungsdaten der Jahre 2022 und 2023 wurde geprüft, inwiefern die PCGs weiter ausdifferenziert werden können, um die Tarifstruktur kostenhomogener zu gestalten. In diesem Kapitel werden die geprüften Punkte ausführlich beschrieben.

Zur Entwicklung der medizinischen Gruppierungslogik werden Variablen in die Analysen einbezogen, die im Rahmen von jährlichen standardisierten Datenerhebungen bereits als Routinedaten vorliegen, sodass nur ein geringer zusätzlicher Erhebungsaufwand für die Kliniken entsteht.[3] Darunter befinden sich alle Variablen, die in den vorherigen TARPSY-Versionen als Kostentrenner identifiziert wurden: Haupt- und Nebendiagnosen, Alter, Behandlungen und Prozeduren sowie drei spezifische HoNOS/CA-Items. Mit TARPSY 6.0 konnten neu einzelne Diagnose- und Prozedurenkodes sowie die Altersgrenze «> 80 Jahre» in bestimmten PCGs als zusätzliche Kostentrenner identifiziert werden. Zudem wurde die Schweregradlogik (PSL Logik) in der Tarifversion 6.0 weiterentwickelt, welche in bestimmten PCG-Splits als kostentrennendes Merkmal eingesetzt werden konnte. Als Kostentrenner wird eine Variable verstanden, die Unterschiede im Ressourcenverbrauch erklären kann. Zuletzt konnte in der TP28 eine neue PCG TP28B geschaffen werden.

3.1 Differenzierung der Basis-PCGs

Die Differenzierung der Basis-PCGs anhand bestehender Hauptdiagnose-Gruppen konnte unverändert zur Version 5.0 beibehalten werden. Die Tabelle 9 zeigt die Differenzierung der Basis-PCGs anhand der Hauptdiagnosen auf.

Tabelle 9: Differenzierung der Basis-PCGs anhand der Hauptdiagnosen

Hauptdiagnose		Verwendete Basis-PCG in TARPSY 6.0	
F1, F55	Psychische und Verhaltens-störungen durch Alkohol, andere Drogen oder andere Substanzen	TP21	Psychische oder Verhaltensstörungen durch Alkohol, andere Drogen oder andere Substanzen
F0, bestimmte andere Diagnosen	Organische und symptomatische psychische Störungen oder die zu Grunde liegende Erkrankung einer psychiatrischen Krankheit	TP24	Störungen bei Demenz oder andere organische Störungen des ZNS
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	TP25	Schizophrenie, schizotype oder wahnhafte Störungen

[3] Die Variablen stammen aus der medizinischen Statistik der Krankenhäuser und werden teilweise nach Vorgaben des ANQ erhoben.

Bestimmte F3	Manische Störungen und bipolare Störungen mit gegenwärtig manischer Episode	TP26	Manische Störungen
Bestimmte F3	Depression und andere affektive Störungen, ohne manische Störungen	TP27	Depressive oder bipolar depressive Störungen
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	TP28	Neurotische-, Belastungs- oder somatoforme Störungen
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	TP29	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F5, F7-F9	Körperliche, Intelligenz- und Entwicklungsstörungen	TP30	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen, Intelligenz- oder Entwicklungsstörungen
Übrige	Keine psychiatrische Diagnose	TP70	Psychiatrische oder psychosomatische Behandlung ohne psychiatrische oder psychosomatische Hauptdiagnose
Keine Hauptdiagnose		TP96	Nicht gruppierbar

Nach der Differenzierung der Basis-PCGs anhand der Hauptdiagnosen wurde geprüft, ob sich HoNOS/CA-Items, die kodierten Neben- und Hauptdiagnosen, der PSL, Behandlungs- und Prozedurenkodes oder das Alter als Kostentrenner eignen.

3.2 Diagnosen und T-PSL Splits

3.2.1 ICD-10-GM-Diagnosen

Analog zur Entwicklung der Vorversion wurden verschiedene Haupt- und Nebendiagnosen (HD, ND) auf ihre Eignung als Kostentrenner analysiert. Eine umfangreiche Prüfung erfolgte sowohl anhand psychiatrischer als auch somatischer Diagnosen. Die Analysen bezogen sich einerseits auf bestehende Diagnosen als Kostentrenner, andererseits auf die Ergänzung von zusätzlichen Neben- oder Hauptdiagnosen als Splitkriterien zur weiteren Differenzierung der Tarifstruktur.

Die Prüfung der Variablen auf ihre Eignung als Kostentrenner hat ergeben, dass diese nicht in allen PCGs eine gleich grosse Erklärungskraft haben, sodass sich bestimmte Diagnosen in einzelnen PCGs als Kostentrenner eignen und in anderen nicht.

Datengestützte Anpassungen der Diagnosen als bestehende Kostentrenner fanden beispielsweise innerhalb der Differenzierung der Basis-PCG TP30B statt, wo bestimmte Neben- sowie Hauptdiagnosen als Splitkriterium entfernt wurden und dadurch eine grössere Homogenität erreicht werden konnte.

Weiter wurde untersucht, ob das Vorhandensein mehrerer psychiatrischer oder somatischer Diagnosen mit einem höheren Ressourcenverbrauch vergesellschaftet ist. Hier konnten beispielsweise in der TP25B bestimmte Haupt- und Nebendiagnosen datengestützt als kostentrennendes Merkmal aufgenommen und eine sachgerechte Abbildung der betroffenen Fallgruppe erzielt werden.

3.2.2 Schweregradsplits

Ab Version 5.0 konnte neu eine Schweregradfunktion in das Tarifsystem TARPSY implementiert werden. Diese weist jedem Fall einen so genannten Patient Severity Level (PSL) zu. Erläuterungen zur Funktionsweise und technische Details sind unter 2.1 aufgeführt.

Auf die Eignung als Splitkriterium wurden schrittweise erhöhte PSL (≥ 120/125), stark erhöhte sowie äussert stark erhöhte PSL (≥130/135, resp. ≥140) geprüft. Nach intensiven Analysen konnten PSL-bedingte Splits innerhalb einiger Basis-PCGs angepasst und somit eine grössere Homogenität in den PCGs erzielt werden. In der TP29 sowie TP30 war der Schweregrad nicht mehr als Splitkriterium geeignet. Eine detaillierte Aufführung der Schweregrad-Splits in die spezifischen PCGs ist Tabelle 10 und Tabelle 11 zu entnehmen.

3.3 HoNOS und HoNOSCA

Der HoNOS/CA als Kostentrenner wurde anhand der Items *hyperaktives, aggressives Verhalten* (H1), *absichtliche Selbstverletzung* (H2 in HoNOS resp. H3 in HoNOSCA), und *körperliche Erkrankung oder Behinderung* (H5 in HoNOS resp. H6 in HoNOSCA) geprüft. Diese Dimensionen wurden in früheren TARPSY-Versionen als wirksame Merkmale identifiziert, um einen erhöhten Betreuungsaufwand abzubilden und sind in TARPSY 6.0 in bestimmten PCGs gruppierungsrelevant.

Die Prüfung zur Weiterentwicklung der PCGs beruhte allein auf den Eintritts-HoNOS/CA, der Austritts-HoNOS/CA wurde nicht berücksichtigt.

Für die Weiterentwicklung der Tarifstruktur TARPSY wurde analysiert, in welchen PCGs sich bestehende HoNOS/CA-Items weiterhin als Kostentrenner eignen und ob zur weiteren Differenzierung der Tarifstruktur bestimmte HoNOS/CA-Items zusätzlich in anderen PCGs ergänzt werden können. Die Prüfung zusätzlicher Splitkriterien anhand der Daten 2022 und 2023 zeigte keine verbesserte Homogenität, sodass kein neues Splitkriterium mit den bestehenden HoNOS/CA-Items in das TARPSY Tarifsystem integriert wurde.

3.4 Behandlungen und Prozeduren

Entscheidend für die Güte einer Tarifstruktur ist, inwieweit ein Leistungsbezug des Behandlungsfalls hergestellt werden kann. Behandlungskodes eignen sich dafür in besonderer Weise, da sie die tatsächlich am Patienten durchgeführte Leistung beschreiben.

Es wurde geprüft, ob sich die bereits in der Tarifstruktur integrierten psychiatriespezifischen CHOP-Kodes auch in anderen PCGs als kostentrennendes Merkmal eignen oder ob noch nicht verwendete Behandlungskodes neu als Splitkriterium eingeführt werden können.

Die Prüfung der Behandlungskodes auf ihre Eignung als Kostentrenner hat ergeben, dass diese nicht in allen PCGs eine gleich grosse Erklärungskraft haben, so dass sich bestimmte Behandlungen in einzelnen PCGs als Kostentrenner eignen und in anderen nicht. Dies leitet sich sowohl aus der medizinisch-inhaltlichen Beschaffenheit der Behandlungskodes ab, als auch aus der Differenzierung der Basis-PCG anhand der Hauptdiagnosen. Hinzu kommen mögliche Unterschiede in der Kodierqualität sowie in der Überlieferung der Kostendaten.

Eine datenbasierte Anpassung der bestehenden Kostentrenner fand innerhalb der Basis-PCG TP27 statt, in der die «Komplexbehandlung der polymorbiden alterspsychiatrischen Akutpatientin / des polymorbiden alterspsychiatrischen Akutpatienten, nach Anzahl Behandlungstage» als Splitkriterium entfernt wurde und dadurch eine grössere Homogenität erreicht werden konnte.

Daneben konnten bestimmte bestehende psychiatriespezifische Behandlungskodes auch in anderen PCGs eine Gruppierungsrelevanz erlangen. Beispielsweise konnte durch die Aufwertung von Fällen mit

«Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention in der Erwachsenenpsychiatrie und -psychosomatik» eine ressourcengerechtere Differenzierung der TP25 erzielt werden.

Zusätzlich wurden bestimmte Behandlungen, die fachbereichsübergreifend angewendet werden können und mit einem erhöhten Ressourcenverbrauch korrelieren, weiterhin in Form von Zusatzentgelten bewertet. Mit diesen Massnahmen konnte eine grössere Homogenität und eine Varianzreduktion der Tarifstruktur erreicht werden.

3.5 Alter

Im Rahmen der Weiterentwicklung von TARPSY 6.0 fanden umfangreiche Altersanalysen statt. Analog zur Weiterentwicklung von TARPSY 5.0 konnte feststgehalten werden, dass das Patientenalter zur Erklärung der Varianz der Tageskosten beitragen kann. Dies trifft insbesondere für die Altersgrenze kleiner 18 Jahre zu. Mit TARPSY 6.0 werden weiterhin alle Patienten/-innen jünger als 18 Jahre ohne weitere Bedingung einer höher bewerteten PCG innerhalb der diagnosespezifischen Basis-PCG zugewiesen.

Weitere umfangreiche Altersanalysen wurden mit den Altersgrenzen < 8, < 12, < 16, < 23 und < 26 Jahre sowie > 65, > 70, > 75, > 80, > 85 und > 90 Jahre durchgeführt. Hierbei konnte festgestellt werden, dass die Altersgrenze von 80 Jahren in der TP21B mit einem erhöhten Ressourcenverbrauch vergesellschaftet ist und somit als zusätzliches kostentrennendes Merkmal fungieren kann.

3.6 Detaillierte Weiterentwicklung Medizinische Logik

In Tabelle 10 sollen die einzelnen Weiterentwicklungen der medizinischen Logik unter TARPSY 6.0 detaillliert aufgezeigt werden. Die beschriebenen Weiterentwicklungen stützen sich auf medizinisch-ökonomische Überlegungen und sind kommentiert. Die genauen Inhalte und Gruppierungslogiken der einzelnen PCGs können dem Definitionshandbuch TARPSY 6.0 entnommen werden.

Tabelle 10: Detaillierte medizinische Weiterentwicklung

PCG	Erweiterung der Splitkriterien	Kommentar	Schärfung der Splitkriterien	Kommentar
TP21A	Fälle mit schwerer oder sehr schwerer motorischer Funktionseinschränkung wurden als Nebendiagnose hinzugefügt.	*Fälle mit hohem Ressourcenverbrauch konnten in die PCG TP21A aufgewertet werden.*	Der PSL wurde von stark erhöht auf äusserst stark erhöht angepasst.	*Anpassung an den Ressourcenaufwand der entsprechenden Fallmengen.*
TP21B	Fälle mit einem Entzugssyndrom bei Stimulanzienkonsum werden neu als Hauptdiagnose in die TP21B aufgewertet (F15.3) Die Lungenembolie wird neu unabhängig vom Alter aufgewertet (I26.0, I26.9). Fälle mit Hepatischer Enzephalopathie oder Leberzirrhose Stadium Child-Pugh C werden neu als Nebendiagnose in die TP21B aufgewertet (K72.71, K72.72, K72.73, K72.74, K74.72). Die Prozedurentabelle «Qualifizierter Entzug Abhängigkeitskranker « wurde aus der Kombination mit der Prozedurentabelle «Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention in der Erwachsenenpsychiatrie und -psychosomatik sowie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ab 4 Stunden pro Tag» entfernt. Splitkriterium Alter >80 Jahre hinzugefügt.	*Fälle mit hohem Ressourcenverbrauch konnten in die PCG TP21B aufgewertet werden.* *Die Krisenintervention zeigte sich unabhängig von der Durchführung eines Qualifizierten Entzugs Abhängigkeitskranker mit erhöhtem Ressourcenaufwand verbunden.*	Mehrere somatische Nebendiagnosen mit Alter >65 Jahre entfernt (A46, B18.0, B18.11, B18.12, B18.14, B18.19, B18.2, B18.8, E10.81, E10.91, E11.81, E11.91, E12.81, E12.91, E13.81, E13.91, E14.01, E14.11, E14.21, E14.31, E14.41, E14.51, E14.61, E14.73, E14.75, E14.81, E14.91, G04.1, G10, G20.10, G20.11, G20.20, G20.21, G35.0, G35.10, G35.11, G35.20, G35.21, G35.30, G35.31, G35.9, G82.29, G82.59, I49.5, K92.0, N18.4, N18.5, P11.51, Q81.0, Q81.1, Q81.2, Q81.8, Q81.9, Z21).	*Die betroffenen Fallmengen zeigten einen geringeren durchschnittlichen Ressourcenverbrauch als die Fallmenge der PCG TP21B.*
TP24A	Die Intelligenzminderungen und Störungen des Sozialverhaltens werden neu unabhängig vom Alter aufgewertet (F71.1, F72.0, F72.1, F72.8, F73.0, F73.1, F73.8, F74.1, F78.1, F90.1, F90.8, F90.9, F91.0, F91.1, F91.2, F91.3, F91.8, F91.9,	*Fälle mit hohem Ressourcenverbrauch konnten in die PCG TP24A aufgewertet werden.* *Die Komplexbehandlung bei Demenz mit psychiatrischen und*	Die Nebendiagnosen «Verhaltensstörungen bei Sucht, Intelligenzstörungen» (F1*.*, F70.1, U69.3*) im Alter >75 Jahre und verschiedene somatische Diagnosen im Alter >75 (A46, B18.0, B18.11, B18.12, B18.14, B18.19,	*Die betroffenen Fallmengen zeigten einen geringeren durchschnittlichen Ressourcenverbrauch als die Fallmenge der PCG TP24A.*

	F92.0, F92.8, F92.9, X84.9, Y09.9). Fälle im Alter >75 Jahren mit «Motoneuron-Krankheit» (G12.2), «malignem Neuroleptika-Syndrom» (G21.0), «sonstigem arzneimittel-induziertem Parkinson-Syndrom» (G21.1), oder Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden in Ruhe oder bei leichter Belastung (I50.04, I50.05) als Nebendiagnose werden neu in die TP24A aufgewertet. Fälle mit mittelschwerer motorischer Funktionseinschränkung werden neu als Nebendiagnose in die TP24A aufgewertet. Die Prozedurentabelle «Komplexbehandlung bei Demenz mit psychiatrischen und psychoorganischen Komplikationen» ist nicht mehr abhängig von der Ausprägung des HoNOS.	*psychoorganischen Komplikationen zeigte sich unabhängig von der HoNOS-Ausprägung mit erhöhtem Ressourcenaufwand verbunden.*	B18.2, B18.8, E10.01, E10.11, E10.21, E10.31, E10.41, E10.51, E10.61, E10.73, E10.75, E10.81, E10.91, E11.01, E11.11, E11.21, E11.31, E11.41, E11.51, E11.61, E11.73, E11.75, E11.81, E11.91, E12.01, E12.11, E12.21, E12.31, E12.41, E12.51, E12.61, E12.73, E12.75, E12.81, E12.91, E13.01, E13.11, E13.21, E13.31, E13.41, E13.51, E13.61, E13.73, E13.75, E13.81, E13.91, E14.01, E14.11, E14.21, E14.31, E14.41, E14.51, E14.61, E14.73, E14.75, E14.81, E14.91, G35.0, G35.10, G35.11, G35.20, G35.21, G35.30, G35.31, G35.9, G82.29, G82.59, I49.5, K92.0, P11.51, Q81.0, Q81.1, Q81.2, Q81.8, Q81.9, Z21) Jahre wurden als Splitkriterien entfernt. Die Nebendiagnose schwere kognitive Funktionsstörung wurde als Splitkriterium entfernt (U51.2*). Entfernung der bestehenden HoNOS/-CA-Items im Alter >75 Jahren als Kostentrenner. Entfernung Prozedurentabelle «Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention in der Erwachsenenpsychiatrie und -psychosomatik sowie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ab 4 Stunden pro Tag» im Alter >75 Jahre.	
TP25B	Fälle mit akuten vorübergehenden psychotischen Störungen werden neu als Hauptdiagnose in die TP25B aufgewertet (F23.0, F23.1, F23.2, F23.3, F23.8).	*Fälle mit hohem Ressourcenverbrauch konnten in die PCG TP25B aufgewertet werden.*	Die Suchterkrankungen als Nebendiagnosen wurden aus der TP25B entfernt (F1*.3, F1*.4, F1*.5).	*Die betroffenen Fallmengen zeigten einen geringeren durchschnittlichen Ressourcenverbrauch als die Fallmenge der PCG TP25B.*

	Als Nebendiagnosen werden neu die «absichtliche Selbstbeschädigung» (X84.9) sowie Intellgenzminderungen (F70.1, F71.1, F72.0, F72.1, F72.8, F73.0, F73.1, F73.8, F74.1, F78.1), motorische und kognitive Funktionseinschränkungen (U50.20, U50.21, U50.30, U50.31, U50.40, U50.41, U50.50, U50.51, U51.20, U51.21, U51.22) aufgewertet. Fälle mit einer Behandlung in der Prozedurentabelle «Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention in der Erwachsenenpsychiatrie und -psychosomatik sowie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ab 9 Stunden pro Tag» werden neu in die TP25B aufgewertet. Herabsetzen des notwendigen PSL auf 120.		Dia «Asymptomatische HIV-Infektion» (Z21) wurde aus der TP25B entfernt. Die Ausprägungen 3 und 4 des HoNOS-Item 2 bzw HoNOSCA-Item 3 wurden entfernt.	
TP26A	Aufwertung von Fällen mit Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden in Ruhe oder bei leichter Belastung (I50.04, I50.05) in die TP26A. Aufwertung von Fällen mit einer Behandlung in der Prozedurentabelle «Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention in der Erwachsenenpsychiatrie und -psychosomatik sowie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ab 6 Stunden pro Tag» in die TP26A.	*Fälle mit hohem Ressourcenverbrauch konnten in die PCG TP26A aufgewertet werden.*	Entfernung der Essstörungen als Nebendiagnosen (F50.00, F50.01, F50.08, F50.2) und verschiedener somatischer Nebendiagnosen (A46, B18.0, B18.11, B18.12, B18.14, B18.19, B18.2, B18.8, E10.81, E10.91, E11.81, E11.91, E12.81, E12.91, E13.81, E13.91, E14.01, E14.11, E14.21, E14.31, E14.41, E14.51, E14.61, E14.73, E14.75, E14.81, E14.91, E51.2, G04.1, G10, G20.10, G20.11, G20.20, G20.21, G35.0, G35.10, G35.11, G35.20, G35.21, G35.30, G35.31, G35.9, G82.29, G82.59, I49.5, , , K92.0,	--

			P11.51, Q81.0, Q81.1, Q81.2, Q81.8, Q81.9, Z21) als Splitkriterien aus der TP26A. Entfernung der Kombination «Manie» + «Suchterkrankung» + «HoNOS» als Splitkriterium aus der TP26A (F30.1/F30.2 + F1*.* + 94.A1.**/ 94.A1.**). Heraufsetzen des notwendigen des PSL auf 125.	
TP27A	Fälle mit einer Störung des Sozialverhaltens als Nebendiagnose werden neu in die TP27A aufgewertet (F91.0, F91.1, F91.2, F91.3, F91.8, F92.0, F92.8).	*Fälle mit hohem Ressourcenverbrauch konnten in die PCG TP27A aufgewertet werden.*	Entfernung des bestehenden PSL als Splitkriterium.	*Die betroffenen Fallmengen zeigten einen geringeren durchschnittlichen Ressourcenverbrauch als die Fallmenge der PCG TP27A. Ein Heraufsetzen des notwendigen PSL erreichte nicht den Ressourcenverbrauch der Fallmenge der TP27A.*
TP27C	Fälle mit «Motoneuron-Krankheit» (G12.2), «malignem Neuroleptika-Syndrom» (G21.0), «sonstigem arzneimittel-induziertem Parkinson-Syndrom» (G21.1), Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden in Ruhe oder bei leichter Belastung (I50.04, I50.05), oder Mangelernährung (E40, E41, E42, E43, E44.0, E45) als Nebendiagnose werden neu in die TP27C aufgewertet. Fälle mit einer Behandlung in der Prozedurentabelle «Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention in der Erwachsenenpsychiatrie und -psychosomatik sowie in der Kinder- und	*Fälle mit hohem Ressourcenverbrauch konnten in die PCG TP27C aufgewertet werden.*	Entfernung der «nicht näher bezeichneten Intelligenzminderung» (F79.1), der bestehenden Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F11.2, F11.3, F11.4, F11.5, F14.2, F14.3, F14.4, F14.5) und verschiedener somatischer Diagnosen (A46, B18.0, B18.11, B18.12, B18.14, B18.19, B18.2, B18.8, E10.81, E10.91, E11.81, E11.91, E12.81, E12.91, E13.81, E13.91, E14.01, E14.11, E14.21, E14.31, E14.41, E14.51, E14.61, E14.73, E14.75, E14.81, E14.91, G35.0, G35.10, G35.11, G35.20, G35.21, G35.30, G35.31, G35.9, G82.29, G82.59, I49.5, J13, J14, J15.0, J15.1, J15.2, J15.3,	*Die betroffenen Fallmengen zeigten einen geringeren durchschnittlichen Ressourcenverbrauch als die Fallmenge der PCG TP27C.*

	Jugendpsychiatrie Jugendpsychiatrie ab 4 Stunden pro Tag» werden neu in die TP27C aufgewertet. Herabsetzen des notwendigen PSL auf 120.		J15.4, J15.5, J15.6, J15.7, J15.8, J15.9, J16.0, J16.8, J17.0, J17.1, J17.2, J17.3, J17.8, J18.1, J69.0, K92.0, P11.51, Q81.0, Q81.1, Q81.2, Q81.8, Q81.9, Z21) als Nebendiagnosen aus der TP27C. Entfernung der Prozedurentabelle «Komplexbehandlung der polymorbiden alterspsychiatrischen Akutpatientin / des polymorbiden alterspsychiatrischen Akutpatienten» aus der TP27C.	
TP28A	--	--	Heraufsetzen des notwendigen PSL auf 150.	*Die betroffenen Fallmengen zeigten einen geringeren durchschnittlichen Ressourcenverbrauch als die Fallmenge der PCG TP28A.*
TP28B	Weitere Differenzierung der bestehenden Basis-PCG in insgesamt drei PCGs. Die neue TP28B enthält Fälle mit Delir (F05.0, F05.1, F05.8), Störungen des Sozialverhaltens (F91.0, F91.1, F91.2, F91.3, F91.8, F92.0, F92.8), motorische und kognitive Funktionseinschränkungen (U50.2*, U50.3*, U50.4*,U50.5*, U51.2*), Pneumonie (J13, J14, J15.*, J16.0, J16.8, J17.*, J18.1) und Herzinsuffizienz (I50.01, I50.04, I50.05, I50.13, I50.14) als Nebendiagnosen. Die neue TP28B enthält Fälle mit einer Behandlung in der Prozedurentabelle «Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention in der Erwachsenenpsychiatrie	*Der Ressourcenverbrauch von diesen Fällen kann durch die Ausdifferenzierung besser abgebildet werden.*		

	und -psychosomatik sowie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ab 4 Stunden pro Tag». Die neue TP28B enthält Fälle mit einem PSL von 120 und höher.			
TP29A	--	--	Entfernung des bestehenden PSL als Splitkriterium aus der TP29A.	*Die betroffenen Fallmengen zeigten einen geringeren durchschnittlichen Ressourcenverbrauch als die Fallmenge der PCG TP29A. Ein Heraufsetzen des notwendigen PSL erreichte nicht den Ressourcenverbrauch der Fallmenge der TP29A.*
TP30A	--	--	Entfernung des bestehenden PSL als Splitkriterium aus der TP30A.	*Die betroffenen Fallmengen zeigten einen geringeren durchschnittlichen Ressourcenverbrauch als die Fallmenge der PCG TP30A. Ein Heraufsetzen des notwendigen PSL erreichte nicht den Ressourcenverbrauch der Fallmenge der TP30A.*
TP30B	Fälle mit Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden in Ruhe oder bei leichter Belastung (I50.04, I50.05) werden neu in die TP30B aufgewertet.	*Fälle mit hohem Ressourcenverbrauch konnten in die PCG TP30B aufgewertet werden.*	Die Diagnosen «leichte Verhaltensstörung im Wochenbett» (F53.0), die «nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung» (F79.1) und die Entwicklungsstörungen (F84.0, F84.1, F84.2, F84.3, F84.4, F84.5, F84.8, F84.9) wurden als Splitkriterien aus der TP30B entfernt. Verschiedene somatische Nebendiagnosen (A46, B18.0, B18.11, B18.12, B18.14, B18.19, B18.2, B18.8, E10.01, E10.11, E10.21, E10.31, E10.41, E10.51, E10.61, E10.73,	*Die betroffenen Fallmengen zeigte einen geringeren durchschnittlichen Ressourcenverbrauch als die Fallmenge der PCG TP30B.*

			E10.75, E10.81, E10.91, E11.01, E11.11, E11.21, E11.31, E11.41, E11.51, E11.61, E11.73, E11.75, E11.81, E11.91, E12.01, E12.11, E12.21, E12.31, E12.41, E12.51, E12.61, E12.73, E12.75, E12.81, E12.91, E13.01, E13.11, E13.21, E13.31, E13.41, E13.51, E13.61, E13.73, E13.75, E13.81, E13.91, E14.01, E14.11, E14.21, E14.31, E14.41, E14.51, E14.61, E14.73, E14.75, E14.81, E14.91, G04.1, G10, G20.10, G20.11, G20.20, G20.21, G35.0, G35.10, G35.11, G35.20, G35.21, G35.30, G35.31, G35.9, G82.29, G82.59, I49.5, J13, J14, J15.0, J15.1, J15.2, J15.3, J15.4, J15.5, J15.6, J15.7, J15.8, J15.9, J16.0, J16.8, J17.0, J17.1, J17.2, J17.3, J17.8, J18.1, J69.0, K92.0, L89.20, L89.21, L89.22, L89.23, L89.24, L89.25, L89.26, L89.27, L89.28, L89.29, L89.30, L89.31, L89.32, L89.33, L89.34, L89.35, L89.36, L89.37, L89.38, L89.39, N18.4, N18.5, P11.51, Q81.0, Q81.1, Q81.2, Q81.8, Q81.9, Z21) wurden als Splitkriterien aus der TP30B entfernt.	

Zusammenfassung Medizinische Logik

Die Tabelle 11 gibt eine Übersicht auf die Analysen, die im Rahmen der Entwicklungsarbeiten zu TARPSY 6.0 durchgeführt wurden. Sie listet Variablen und deren Ausprägungen auf, die auf ihre Eignung als Kostentrenner analysiert wurden:

- HD: Hauptdiagnosen (ICD-10 GM)
- ND: Nebendiagnosen (ICD-10 GM)
- HON: HoNOS/CA-Items
- B/T: Behandlungen und Therapien (CHOP-Kodes)
- Age: Alter des Patienten
- PSL: Schweregrad, Patient Severity Level (PSL)

Die Tabelle 11 zeigt zudem auch die Resultate der Analysen und die Verwendung der Variablen in der Tarifstruktur TARPSY 6.0 auf. Aufgrund dieser überprüften Punkte konnten die 9 bewerteten Basis-PCGs in 23 PCGs differenziert werden (22 bewertete, 1 nicht abrechenbare).

Tabelle 11: Geprüfte Variablen und deren Verwendung in TARPSY 6.0

Bez	Analyse	Verwendung	Kommentar
HD	Medizinisch und ökonomisch sinnvolle Gruppenbildung. Bestehende HD als Kostentrenner. Separate Analysen von psychiatrischen HD. Individuelle Prüfung von Diagnose-gruppen pro Basis-PCG.	• Zuordnung der Fälle in Basis-PCGs. • Verwendung von psychiatrischen HD als Kostentrenner: TP21B, TP24A, TP25B, TP27C, TP30A, TP30B.	Ausgehend von TARPSY Version 5.0
ND	Bestehende ND als Kostentrenner. Separate Analyse von psychiatrischen und somatischen ND. Individuelle Prüfung von Diagnose-gruppen pro Basis-PCG.	• Verwendung von psychiatrischen ND: TP21B, TP24A, TP25B, TP26A, TP27A, TP27C, TP28B, TP30A, TP30B. • Verwendung von somatischen ND: TP21A, TP21B, TP24A, TP25B, TP26A, TP27C, TP28B, TP29A, TP30A, TP30B.	Ausgehend von TARPSY Version 5.0
HON	Geprüft wurden sämtliche HoNOS/CA-Items in verschiedenen Ausprägungen.	• Verwendung der HoNOS/CA-Items 1/1, 5/6 in der TP25B. • Verwendung der HoNOS/CA-Items 1/1, 2/3 in der TP21B. • Entfernung der HoNOS/CA-Items 1/1, 2/3, 5/6: TP24A und TP26A • Verwendung des HoNOS/CA-Items 2/3: TP27C, Entfernung ebendieser Items in der TP25B	Ausgehend von TARPSY Version 4.0. Beschränkung auf die HoNOS/CA-Items 1/1, 2/3, 5/6 in Ausprägung 3 oder 4. Weiterhin Beschränkung auf die HoNOS/CA-Einstufung bei Eintritt zur Vermeidung von Fehlanreizen.
B/T	Alle psychiatrie-spezifischen CHOP-Kodes	• Verwendung von psychiatriespezifischen CHOP-Kodes: TP21B, TP24A, TP25B, TP26A, TP27C, TP28A, TP28B und im Zusatzentgeltkatalog TARPSY 5.0	Analysen zur Prozedurenabbildung werden auf Falldaten kommender Jahre für bestehende und neu kodierbare Kodes wiederholt, um einen zusätzlichen Leistungsbezug herstellen zu können.

Age	Bestehende Alterskategorien als Kostentrenner. Separate Analyse von verschiedenen Altersgrenzen (< 12/16/18 Jahre, > 65/75/80 Jahre).	• Alter < 16 Jahre: TP27A • Alter < 18 Jahre: TP21A, TP24A, TP25A, TP26A, TP27A/B, TP28A, TP29A, TP30A • Alter > 65 Jahre: TP21B • Alter > 75 Jahre: TP24A, TP27C • Alter > 80 Jahre: TP21B • Keine Verwendung Alter < 12	• In allen PCGs hat das Splitkriterium Alter < 18 Jahre weiterhin einen erhöhten Ressourcenverbrauch gezeigt. • Alter > 65 Jahre in der TP21B in Kombination mit best. somatischen Diagnosen verknüpft. • Alter > 75 Jahre in der TP24A in Kombination mit best. Nebendiagnosen, Behand-lungen oder HoNOS-Items verknüpft.
PSL	Geprüft wurden diverse Schweregrad-Splits: Leicht erhöhter PSL (≥ 110/115), erhöhter PSL (≥ 120/125), stark erhöhter PSL (≥130/135) und äussert stark erhöhter PSL (≥140).	• PSL ≥ 120: TP24A, , TP25B, TP27C, TP28B, • PSL ≥ 125: TP21B, TP26A, • PSL ≥ 140 : TP21A • PSL ≥ 150 : TP28A	Die TARPSY-Schweregradlogik konnte nicht mehr innerhalb aller Basis-PCGs in jeweils mindestens einem Split als kostentrennendes Merkmal integriert werden.

4 Kalkulation – Berechnung der Kostengewichte

Die Kalkulation des PCG-Kataloges erfolgt nach Abschluss der medizinischen Weiterentwicklungen der psychiatrischen Kostengruppen. Dabei werden anhand der vorliegenden Kalkulationsdaten der Jahre 2022 und 2023 pro PCG und Phase kostendeckende Vergütungen berechnet. Die Berechnungsmethodik gewährleistet, dass aus der Teilmenge aller in Frage kommenden Vergütungskurven diejenige mit dem geringsten Modellfehler (Mean Squared Error) ausgewiesen wird. Im Zuge der Weiterentwicklung der Kalkulation können sowohl die Modellbedingungen wie auch die Berechnunsmethodik angepasst werden.

4.1 Detaillierte Weiterentwicklung Kalkulation

Im Zuge der Weiterentwicklung in der Kalkulation werden jährlich sämtliche Modellparameter überprüft. Dazu werden viele Simulationen mit abweichenden Modellparametern gerechnet und verglichen. Es konnte gezeigt werden, dass Veränderungen in den Modellparametern zu keinen signifikanten Verbesserungen führen. Aus diesem Grund wurden für die Version 6.0 keine Anpassungen in den Modellparametern vorgenommen.

Neben Analysen zu den Modellparametern wurden auch alternative Kalkulationsansätze geprüft. Diese dienen zu Vergleichszwecken und werden kritisch evaluiert. So wurde in einem Ansatz anstelle der etablierten Optimierungsfunktion des Mean Squared Errors (MSE) die Optimierungsfunktion des Mean Absolute Errors (MAE) geprüft[4]. Da bei dieser Funktion die Fehlerterme nicht quadriert werden sondern lediglich die Absolutbeträge aufsummiert werden, erhalten die Ausreisser ein geringeres Gewicht. Es hat sich gezeigt, dass sich die Kennzahlen wie auch die Deckungsgrade nach Aufenthaltsdauern mit der neuen Optimierungsfunktion minimal verschlechtern, weshalb dieser Ansatz für die Version 6.0 verworfen wurde.

Zuletzt wurde ein Kalkulationsmodell simuliert, das gänzlich auf das etablierte 3-Phasenmodell verzichtet und anstelle sogenannte Kostenprofile als Vergütungskurven berechnet. Eine solche Anpassung der Kalkulationsmethodik hätte weitreichendere Konsequenzen als die Justierung einzelner Modellparameter und kommt daher nur in Frage, wenn gezeigt werden kann, dass der neue Ansatz dem bisherigen eindeutig überlegen ist und in sämtlichen Kennzahlen den bisherigen Ansatz übertrifft. Ein Kostenprofil ist eine Funktion, welche von der Aufenthaltsdauer (ahd) abhängt und folgende Gleichung erfüllt:

$$KPR(ahd) = ab^{\frac{1-r^{ahd}}{1-r}}$$

Die Parameter a, b und r wurden pro PCG mithilfe einer nicht-linearen Regression optimiert, wodurch eine stetige, degressive Kurve berechnet wurde. Da ähnliche degressive Verläufe auch in den Kostenverläufen nach Aufenthaltsdauern beobachtet werden können, schien eine vertiefte Analyse sinnvoll. Allerdings zeigte sich auch bei diesem Ansatz, dass sich die Kennzahlen insgesamt nicht verbessern und für Kurzlieger verschlechtern würden. Aus diesem Grund wurden die Kostenprofile in der Version 6.0 nicht umgesetzt.

[4] Die Optimierungsfunktion, auch als Fehlerfunktion bezeichnet, wählt für jede PCG aus der Menge aller Modelle, die sämtliche Bedingungen erfüllen, das endgültige Modell aus. Dabei handelt es sich um das Modell, das den geringsten Wert der Optimierungsfunktion aufweist.

4.2 Berechnungsmethode

Die Berechnungsmethode ist im Vergleich zur Vorversion unverändert. Für die Berechnung der Kostengewichte werden pro PCG alle möglichen Phasenkombinationen angeschaut, die folgende Bedingungen erfüllen:

1. Die erste Phase fängt bei Tag 1 an ($ahd_{p1} = 1$).
2. Die letzte Phase fängt spätestens bei Tag 80 an ($ahd_{p3} \leq 80$).
3. Eine Phase dauert mindestens 4 Tage ($ahd_{p(X+1)} - ahd_{pX} \geq 4$).
4. Pro Phase muss es mindestens 25 Fälle geben.
5. Pro PCG darf es maximal 3 Phasen geben.
6. Die Vergütung innerhalb einer Phase verläuft linear ($tk_i = \alpha_{pX} + \beta_{pX} ahd_i$).
7. In der letzten Phase ist die Vergütung konstant ($\beta_{p3} = 0$).
8. Es darf keine Sprünge in der Vergütung geben.
9. Eine Phase muss in sich kostendeckend sein.
10. Die tägliche Vergütung muss monoton fallen ($tV_{ahd} \geq tV_{ahd+1}$).
11. Die Gesamtvergütung muss monoton steigen ($gV_{ahd} < gV_{ahd+1}$).
12. Die Differenz in der Vergütung muss mindestens 5% betragen, wobei die Start-Punkte zwischen den verschiedenen Phasen verglichen werden ($\frac{tV_{pX} - tV_{p(X+1)}}{tV_{pX}} > 0.05$).
13. Die Steigung in Phase $p(X+1)$ muss grösser sein als die in Phase pX ($\beta_{p(X+1)} - \beta_{pX} > 0$).

Während die ersten fünf Bedingungen schnell geprüft sind, dienen die Bedingungen 6 bis 9 der Berechnung der täglichen Vergütung. Dabei wird rekursiv vorgegangen. In einem Modell mit drei Phasen wird in einem ersten Schritt die Vergütung in der letzten Phase (tV_{p3}) berechnet. Aus den Bedingungen 6, 7 und 9 folgt:

$$tV_{p3} = \frac{\sum_{i \in P3} gk_i}{\sum_{i \in P3} ahd_i}$$

wobei gk_i für die Gesamtkosten und ahd_i für die Aufenthaltsdauer des Falls $i \in P3$ stehen. In der letzten Phase entspricht die tägliche Vergütung also den durchschnittlichen Kosten pro Tag über alle Fälle in dieser Phase. Abbildung 2 zeigt eine graphische Darstellung der Vergütung in der letzten Phase einer fiktiven PCG.

In einem nächsten Schritt wird aufgrund der Bedingungen 6, 8 und 9 die Vergütung in der zweiten Phase berechnet:

$$tV_{p3} = \frac{\sum_{i \in P3} gk_i}{\sum_{i \in P3} ahd_i} = \alpha_{p2} + \beta_{p2} ahd_{p3}$$

$$\sum_{i \in P2} gk_i = \sum_{i \in P2} \left[(\alpha_{p2} + \beta_{p2} ahd_i) ahd_i \right]$$

wovon α_{p2} und β_{p2} abgeleitet werden können:

$$\alpha_{p2} = tV_{p3} - \beta_{p2} ahd_{p3}$$

$$\beta_{p2} = \frac{\sum_{i \in P2} gk_i - tV_{p3} \sum_{i \in P2} ahd_i}{\sum_{i \in P2} ahd_i^2 - ahd_{p3} \sum_{i \in P2} ahd_i}$$

Abbildung 3 zeigt eine graphische Darstellung der täglichen Vergütung in der zweiten Phase einer fiktiven PCG.

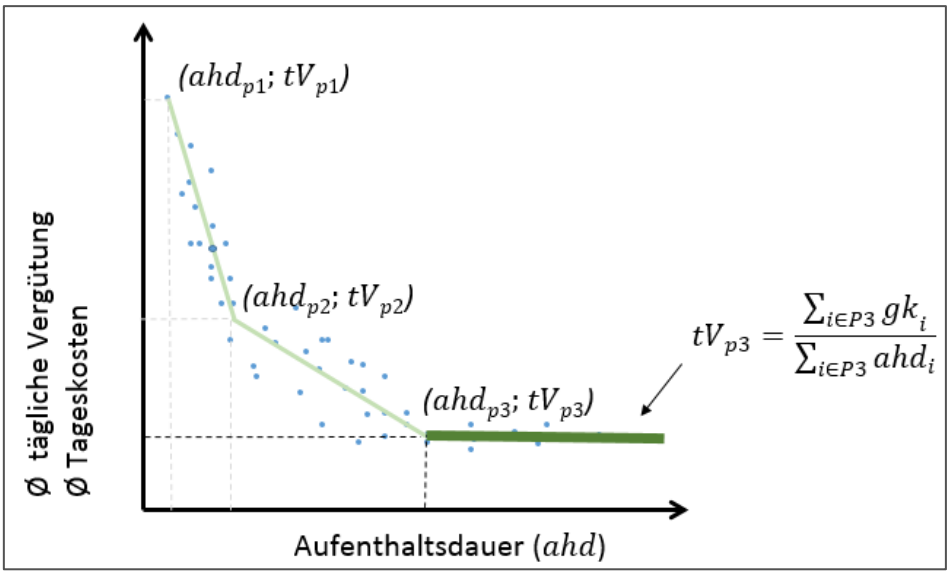


Abbildung 2: Fiktives Modell mit drei Phasen: Vergütung in der letzten Phase

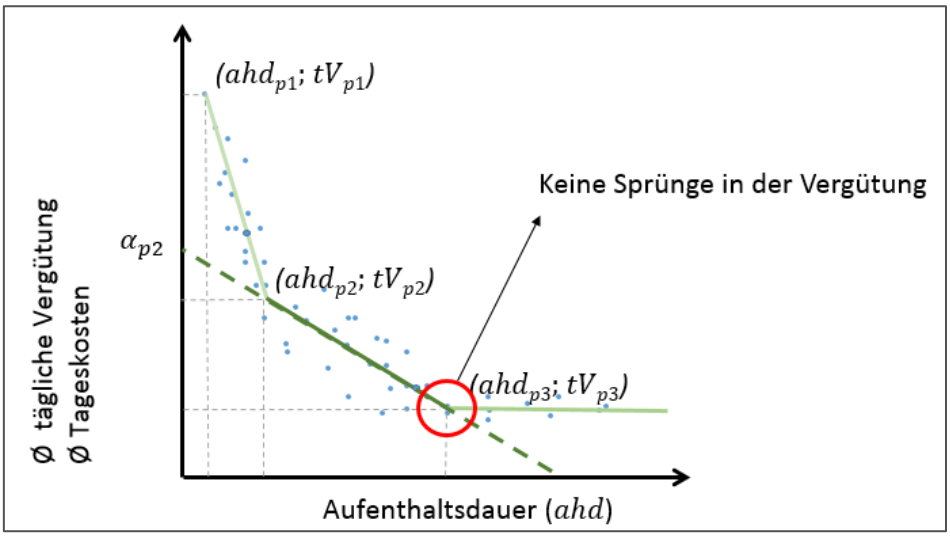


Abbildung 3: Fiktives Model mit 3 Phasen: Vergütung in der zweiten Phase

Schlussendlich wird die tägliche Vergütung in der ersten Phase berechnet. In einer PCG mit 3 Phasen erfolgt dies analog zur Berechnung der Vergütung in der zweiten Phase.

Es kann nun geprüft werden, welche Phasenkombinationen die Bedingungen 10 bis 13 erfüllen. Dies schränkt die Anzahl potentieller Phasenkombinationen zwar ein, doch es bleiben pro PCG immer noch mehrere Modelle, die alle 13 Bedingungen erfüllen. Von diesen Modellen wird anhand der Optimierungsfunktion dasjenige gewählt, das den kleinsten Mean Squared Error (MSE) ausweist. Für ein gegebenes Modell m wird der MSE folgendermassen berechnet:

$$MSE_m = \frac{1}{n}\sum_{i=1}^{n}(gk_i - ahd_i * tV_{i,m})^2$$

wobei gk_i wieder für die Gesamtkosten des Falls $i \in (1,..,n)$ und ahd_i für dessen Aufenthaltsdauer stehen. $tV_{i,m}$ ist die Vergütung, die die Klinik pro Tag für den Fall i im Modell m erhalten würde. Bei Basis-PCGs mit mehreren PCGs ohne eindeutigen Altersspliits wird zusätzlich geprüft, dass die Vergütung einer höher bewerteten PCG über die gesamte Aufenthaltsdauer mindestens so hoch ist wie die Vergütung einer tiefer bewerteten PCG. Das muss insbesondere dann der Fall sein, wenn das Split-Kriterium kein eindeutiges und objektives Patientenmerkmal darstellt.

All diese Berechnungen werden mit einem Kreuzvalidierungsverfahren (10-Fold Cross-Validation) validiert. Zusätzlich wurden als Kontrolle alle Berechnungen parallel mit zwei unterschiedlichen Kodiersprachen (R, Python) unabhängig voneinander kodiert.

5 Normierung

Nach Abschluss der Kalkulation werden die täglichen Vergütungen in CHF durch die Bezugsgrösse dividiert und auf drei Nachkommastellen gerundet, um dimensionslose Kostengewichte zu erhalten. Die Bezugsgrösse (BG) ist ein interner Rechenwert der SwissDRG AG und basiert auf der Gleichhaltung der Case Mixes der neuen Version mit der Vorversion, so dass gilt:

$$CM_{T6.0} = \sum_{i=1}^{n} ecw_{T6.0,i} = \sum_{i=1}^{n} ecw_{T5.0,i} = CM_{T5.0},$$

wobei ecw_i für das effektive Kostengewicht des Falles i steht. Des weiteren gilt, dass die Summe der effektiven Kostenwichte der Summe der effektiven Vergütungen dividiert durch die Bezugsgrössen entsprechen:

$$\sum_{i=1}^{n} ecw_{T6.0,i} = \sum_{i=1}^{n} gV_{T6.0,i} * \frac{1}{BG}$$

Werden diese zwei Aussagen kombiniert und nach der BG aufgelöst, so ergibt sich

$$BG = \frac{\sum_i^n gV_{T6.0,i}}{\sum_i^n ecw_{T5.0,i}}.$$

Die Bezugsgrösse entspricht der Summe der effektiven Vergütungen nach TARPSY 6.0 geteilt durch die Summe der effektiven Kostengewichte nach TARPSY 5.0. Mit dieser Normierungsmethodik wird der Katalogeffekt vermieden. Als Datengrundlage werden bei der Normierung die Fälle im Anwendungsbereich der SwissDRG AG verwendet. Es lässt sich zeigen, dass die Case Mix Indizes (CMI) sowie die Day Mix Indizes (DMI) ebenfalls für beide Versionen gleich bleiben.

Die hypothetische Baserate (HBR) ist ein konstanter Wert, welcher die SwissDRG AG nach Abschluss der Normierung berechnet. Sie stellt die Baserate dar, welche auf Basis der Kalkulationsdaten vergeben werden muss, damit eine Ausfinanzierung der Fälle gewährleistet ist. Das heisst, die Summe der Kosten aller Fälle entspricht der Summe der effektiven Kostengewichte multipliziert mit der HBR:

$$\sum_{i=1}^{n} gk_i = \sum_{i=1}^{n} ecw_{T5.0,i} * HBR$$

Tabelle 12 zeigt die Entwicklung der Kosten pro Tag, der Verweildauer, der Bezugsgrösse sowie der Hypothetischen Baserate im Laufe der Versionen. Die Kosten pro Tag werden berechnet, indem die Summe aller Gesamtkosten durch die Summe aller Aufenthaltsdauern dividiert wird. Der Einfachheit halber werden sie in diesem Dokument als Tageskosten bezeichnet.

Tabelle 12: Durchschnittliche Tageskosten und Verweildauer, Bezugsgrösse und Hypothetische Baserate

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Version	**T3.0**	**T4.0**	**-**	**T5.0**	**T6.0**	
Durchschnittliche Gesamtkosten	23'933	25'226	25'591	25'180	24'710	25'794
Durchschnittliche Tageskosten	767	771	758	765	758	788
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	30.6	32.5	32.3	32.9	32.6	32.7
Bezugsgrösse	750	736	-	742	750	
Hypothetischer Basispreis (HBR)	750	736	-	741	750	

6 Kennzahlen

Im folgenden Kapitel werden die Kennzahlen der Kalkulation aufgeführt. Eine zentrale Kennzahl ist das R^2. Es stammt von einer einfachen Regression mit den Gesamtkosten eines Falls i als abhängige Variable und dem effektivem Kostengewicht als unabhängige Variable:

$$gk_i = \beta_1 + \beta_2 ecw_i + \varepsilon_i.$$

Der Root Mean Squared Error (RMSE) wird folgendermassen berechnet:

$$RMSE = \sqrt{\frac{1}{n}\sum_{i=1}^{n}(gk_i - eVG_i)^2}$$

wobei gk_i für die Gesamtkosten des Falls i steht und $eVG_i = ahd_i * tV_i$ für dessen effektive Vergütung in CHF. Der Mean Absolute Error (MAE) wird folgendermassen berechnet:

$$MAE = \frac{1}{n}\sum_{i=1}^{n}|gk_i - eVG_i|$$

Der Mean Absolute Percentage Error (MAPE) wird folgendermassen berechnet:

$$MAPE = \frac{1}{n}\sum_{i=1}^{n}\left|\frac{gk_i - eVG_i}{gk_i}\right|$$

Je tiefer der MAPE, desto besser entsprechen sich Kosten und Vergütung; die Güte des Modells nimmt zu.

Tabelle 13 zeigt die Entwicklung der Gütemasse der Tarifstruktur im Laufe der Versionen. Auf den aktuellsten Datenjahren kann eine Verbesserung des R2, des RMSE sowie des MAE nach TARPSY 6.0 im Vergleich zur Vorversion beobachtet werden.

Tabelle 13: Vergleich der R2, RMSE, MAE sowie MAPE im Verlauf der Versionen

Version	Datenjahr	R^2	RMSE	MAE	MAPE
TARPSY 6.0	2022, 2023	0.888	8'682	4'569	0.209
TARPSY 5.0	2022, 2023	0.885	8'767	4'623	0.208
TARPSY 5.0	2021	0.888	9'247	4'764	0.214
TARPSY 4.0	2019	0.878	9'784	4'534	0.205

Neben den Kennzahlen, welche sich auf die gesamte Tarifstruktur beziehen, sind auch die Kennzahlen auf Typologieebene von Interesse. Tabelle 14 weist die Deckungsgrade (DG) unter Berücksichtigung der hypothetischen Baserate von CHF 750.-[5] sowie die Day Mix Indizes (DMI) pro Spitaltypologie BFS und ANQ und Altersgruppe für die aktuelle sowie die Vorversion aus. Datengrundlage bilden die Jahre 2022 und 2023. Der Day Mix Index (DMI) wird mithilfe folgender Formel berechnet:

$$DMI = \frac{\sum_i^n ecw_i}{\sum_i^n ahd_i},$$

wobei ecw_i für das effektive Kostengewicht und ahd_i für die Aufenthaltsdauer des Falls i stehen. Aus Datenschutzgründen wurden nicht alle Typologien aufgeführt. Auf Basis sämtlicher Kalkulationsdaten weist der DG 100% auf und der DMI entspricht 1.032.

Tabelle 14: DG und DMI pro Spitaltypologie und Alterskategorie für die neue sowie die Vorversion

	Anteil	Anzahl Spitäler	Ø ahd	DG T5.0	DG T6.0	DMI T5.0	DMI T6.0
BFS Typologie							
K111 inkl. Universitätsspitäler	23.8%	6	28	87.8%	88.4%	1.085	1.094
K112 Zentrumsversorger Niveau 2	7.8%	7	27.2	99.4%	99.6%	1.067	1.069
K121 Grundversorgung Niveau 3	1.3%	4	26.1	116.4%	117.4%	1.085	1.094
K211 Psychiatrische Kliniken Niveau 1	48.6%	16	32.8	102.2%	102.0%	1.036	1.034
K212 Psychiatrische Kliniken Niveau 2	13.7%	23	40.8	108.2%	108.0%	0.958	0.956
K221 Rehabilitationskliniken	3.5%	7	42.1	123.3%	121.4%	0.948	0.933
Alterskategorie							
unter 18 Jahre	6.9%	50	33.6	95.5%	100.8%	1.39	1.468
18 bis 64-Jährige	77.6%	65	31.5	101.1%	100.5%	0.986	0.98
65 Jahre und älter	15.5%	62	38.2	98.6%	97.9%	1.083	1.076
Weitere Kategorien							
ANQ Akut- und Grundversorgung	85.3	33	30.7	98.1%	98.1%	1.05	1.05
ANQ Schwerpunktversorgung	32.1%	33	36.7	104.1%	103.8%	1.000	0.997
ANQ Abhängigkeitserkrankungen	10.5%	8	35	98.7%	98.9%	1.008	1.009
Suchtkliniken (>50% Fälle in TP21)	3.1%	7	47.7	118.7%	118.6%	0.866	0.865

[5] Für die Deckungsgrade, welche auf Basis der Vorversion beruhen, ist eine eigene HBR auf Basis der nach TARPSY 5.0 gruppierten Kalkulationsdaten berechnet worden. Diese kommt ebenfalls auf CHF 750.-.

7 Kalkulation der TARPSY Zusatzentgelte

In diesem Abschnitt wird auf die Entwicklung der Zusatzentgelte eingegangen. Dabei werden in der Psychiatrie die Zusatzentgelte, welche auf ATC-Kodes basieren sowie die auf CHOP-Kodes basierten Zusatzentgelte unterschieden. Für die Bewertung der Zusatzentgelte ist die SwissDRG AG auf zusätzliche Informationen der Kliniken angewiesen. Diese Informationen werden mittels der Detailerhebung eingefordert. Um eine hohe Datenqualität in den Detailerhebungen zu gewährleisten, ist die SwissDRG AG während dem Prozess der Datenlieferung im intensiven Austausch mit den liefernden Kliniken. Daneben finden unterjährig Austausche mit Kliniken statt, mit dem Ziel, das gegenseitige Verständnis sowie einen positiven Effekt für die Datenqualität zu erreichen. Tabelle 4 stellt eine Übersicht der Anzahl Spitäler dar, welche der SwissDRG AG zusätzliche Daten zu Medikamenten oder Leistungen im Rahmen der Detailerhebung zugestellt haben.

Zur Weiterentwicklung der Zusatzentgelte wurde für jedes Spital jeweils die neueste Detailerhebung verwendet. Dieses Vorgehen verfolgt den Anspruch, dass möglichst aktuelle Daten verwendet werden sollen, während gleichzeitig eine möglichst breite Datenbasis genutzt werden soll. Dies bedeutet ebenfalls, dass sowohl Daten der Jahre 2022 und 2023 gemeinsam genutzt werden. Da sich an der Kodiergrundlage der Zusatzentgelte keine Änderungen in diesem Zeitraum ergeben haben, sind die beiden Datenjahre problemlos miteinander verwendbar. Zur Schätzung der Volumina werden hingegen nur die Daten des Jahres 2023 verwendet, da eine breitere Daten-basis auf mehreren Datenjahren zu einer Überschätzung des jährlich anfallenden Volumens führen würde.

7.1 Zusatzentgelte basierend auf ATC-Kodes

7.1.1 Berechnungsmethode

Grundsätzlich muss zur Verwendung einer gelieferten Detailerhebung mindestens ein Fall dieses Spitals vorliegen, damit der Preis bei der Kalkulation berücksichtigt wird. Seitens der SwissDRG AG werden die Detailerhebungen hinsichtlich der Medikamente darauf hin geprüft, dass zu allen gelieferten Fällen mit Medikamenten auch entsprechende Detailangaben vorhanden sind und umgekehrt. Zusätzlich ist zu erwähnen, dass viele der Zusatzentgelte dem SL-Preis entsprechen und viele Spitäler diesen Preis ausweisen. Durch die regelmässige Anpassung der SL-Liste sind die bei der Erhebung gültigen Preise nicht mehr zwingend aktuell. Die gelieferten Preise werden deshalb mehrmals jährlich mit der SL-Liste verglichen.

Die Bewertung erfolgt nach folgender Methode:

- Die gelieferten Einheitspreise werden als plausibel betrachtet, wenn diese tiefer oder gleich dem Fabrikabgabepreis der SL (Stand 1. Januar 2024) des jeweiligen Medikaments sind. Der Mittelwert wird aus den Einstandspreisen der Spitäler, bei welchen der gelieferte Einstandspreis gleich oder tiefer ist als der SL-Preis, berechnet. Der Einheitspreis, welcher für die Bewertung der Zusatzentgelte verwendet wird, entspricht, wo möglich, diesem berechneten Mittelwert. Preise zu Medikamenten, die vom Spital im Datenjahr gemäss medizinischer Statistik nicht verabreicht wurden, werden dabei nicht berücksichtigt.

- Wenn mindestens drei plausible Einstandspreise vorliegen, wird der Mittelwert, gewichtet mit den Anzahl Fällen pro Spital, berechnet. Preise von Medikamenten, die vom Spital im

Datenjahr gemäss vorliegenden Informationen nicht verabreicht wurden, werden dabei nicht berücksichtigt.

- Wenn Fälle, bzw. Einheitspreise geliefert wurden, aber daraus kein plausibler Mittelwert berechnet werden kann, wird der Einheitspreis vom Preis der SL-Liste abgeleitet.

- Es ist auch möglich den Preis der Vorversion zu übernehmen, wenn es keinen Grund zur Preisanpassung gibt. In ausgewählten Einzelfällen wird auch eine Kombination der genannten Möglichkeiten angewendet.

- Die Bewertung der Zusatzentgelte wird anhand der SL-Liste, die am Anfang des Gesuchjahres gilt (hier: 1. Januar 2025), plausibilisiert und wo nötig angepasst.

- Die Mehrwertsteuer in Höhe von 2.6% wird bei der Bewertung der Zusatzentgelte für Medikamente berücksichtigt.

Um dem pauschalierenden Charakter der Tarifstruktur umfänglich gerecht zu werden, wurden für die Medikamente Dosisklassen gebildet. Der Preis pro Dosisklasse wurde gemäss folgender Formel berechnet:

$$PD_k = ppe_k \times \frac{(OGD_k + UGD_k)}{2}$$

PD_k: Preis pro Dosisklasse k

ppe_k: Preis pro Einheit der Dosisklasse k

OGD_k: Obere Grenze der Dosisklasse k

UGD_k: Untere Grenze der Dosisklasse k

Für die Bereinigung der Fälle wurde geprüft, ob die Kosten der Medikamente auf Fallebene in der Kostenkomponente v101 (Arzneimittel) verbucht wurden und diese in einem plausiblen Verhältnis zu den Gesamtkosten stehen.

Anhand der kalkulierten Preise in Verbindung mit der verabreichten Medikamentendosis wird vor der Weiterentwicklung der medizinischen Logik eine Bereinigung des Kalkulationsdatensatzes um alle Kosten der zusatzentgeltfähigen Leistungen vorgenommen. Ist die Bereinigung nicht sicher möglich, werden die betroffenen Fälle komplett gelöscht und nicht in der Systementwicklung verwendet. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Kostengewichte anhand der gelieferten Kosten pro PCG berechnet werden, wobei die Kosten für die zusatzentgeltfähigen Leistungen abgezogen worden sind.

7.1.2 Resultate

Für die TARPSY Version 6.0 sind folgende Zusatzentgelte für Arzneimittel kalkuliert worden:

- Aripiprazol
- Paliperidon

Weiter wurde gegenüber TARPSY 5.0 Risperidon von der Zusatzentgelt-Liste gestrichen. Aufgrund von gesunkenen Preisen und tiefen Verabreichungsvolumen erreicht das Medikament das geforderte finanzielle Mindestvolumen nicht mehr, welches für ein Beibehalten des Zusatzentgelts notwendig ist. Für die Medikamente Aripiprazol und Paliperidon wurden diese Mindestvolumen erreicht. Es zeigte sich, dass keine Anpassungen der Dosisklassen notwendig sind.

7.2 Zusatzentgelte basierend auf CHOP-Kodes

7.2.1 Berechnungsmethode

Die Zusatzentgelte für teure Verfahren bzw. Behandlungen setzen sich aus verschiedenen Kostenkomponenten zusammen, wobei der Hauptbestandteil in dem Aufwand durch das Personal entsteht. Die Zusatzentgelte werden auf Basis der Detailerhebung bewertet. Die Datenqualität in den Detailerhebungen variiert relativ stark, so dass eine Plausibilisierung der Detailerhebungen unabdingbar ist. Die Berechnungsmethode der Zusatzentgelte folgt den hier aufgeführten Schritten.

- Die Angaben aus der Detailerhebung werden zuerst plausibilisiert. Die Kosten gelten als plausibel, wenn sie nicht höher ausfallen, als die in der medizinischen Statistik gelieferten Tageskosten des zugehörigen Falles. Die Zeitdauer gilt als plausibel, wenn sie innerhalb des Intervalls des codierten CHOP-Kodes liegt. Bei offensichtlichen Fehlern (z.B. Angabe der Totalkosten anstelle der Kosten pro Stunde) werden Korrekturen der Daten vorgenommen.

- Die Kosten pro Stunde werden ermittelt und auf die mittlere Zeitdauer des zugehörigen CHOP-Kodes hochgerechnet.

- Wenn die Fallzahlen der gelieferten Kosten sehr tief ausfällt, fliesst der Preis des Zusatzentgeltes aus der Vorversion ebenfalls in die Berechnung des finalen Preises mit ein. Damit sollen grössere Schwankungen von einem Jahr zum anderen vermieden werden.

- Besteht kein Grund zu einer Preisanpassung, wird der Preis der Vorversion übernommen.

7.2.2 Resultate

Analog zur Version 5.0 sind folgende CHOP-basierte Zusatzentgelte für Version 6.0 kalkuliert worden:

- Elektrokrampftherapie (EKT)
- Pflegerische 1:1 Betreuung
- Belastungserprobung

Die Neubewertung der Zusatzentgelte hat in allen drei Fällen zu einer Erhöhung des Preises geführt. Für die Berechnung eines Zusatzentgeltes für die rTMS sind der SwissDRG AG zu wenige Detailangaben zugestellt worden.

8 Weitere Analysen im Zusammenhang mit der Entwicklung der Tarifstruktur

Im Rahmen der Weiterentwicklung der Tarifstruktur ist es auch für die TARPSY Version 6.0 zu verschiedenen separaten Datenanalysen gekommen. Dieser Bericht beleuchtet zunächst die Entwicklungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, da in diesem Bereich in den letzten zwei Jahren signifikante Dateneffekte beobachtet wurden. Danach wird, analog zur Vorversion, auf die Entwicklung der forensischen Fälle eingegangen. Zum Schluss wird eine Zusammenfassung über die aktuelle CHOP Kodierung in den Daten 2022 und 2023 gegeben, da eine hohe Qualität in der Leistungserfassung für die Weiterentwicklung der Tarifstruktur von zentraler Bedeutung ist.

8.1 Kinder- und Jugendpsychiatrie

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) sind in den letzten zwei Jahren bedeutende Veränderungen zu beobachten. Tabelle 15 zeigt die entsprechenden Daten für die Jahre 2021 bis 2023. Während die Fallzahlen einen leichten relativen Anstieg verzeichnen, ist bei den Tageskosten ein signifikanter Zuwachs festzustellen. Im Vergleich zur Erwachsenenpsychiatrie kann von einem überproportionalen Anstieg ausgegangen werden. Dieser Kostenanstieg ist nicht auf Veränderungen in der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer (AHD) zurückzuführen, da hier keine eindeutigen Trends erkennbar sind.

Bezüglich der durchschnittlichen normierten Tageskosten zeigt sich, dass der Kostenanstieg durch die Tarifstruktur vollständig abgebildet werden konnte. Der DMI der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist entsprechend gestiegen, was sich auch in den Deckungsgraden der KJP in Tabelle 14 widerspiegelt. Dieser Effekt entspricht der medizinischen Logik, die unter anderem durch altersbasierte Splits eine präzise Zuordnung der Patientinnen und Patienten zu ihren jeweiligen PCGs ermöglicht.

Der Anstieg der KJP-Kosten lässt sich weder auf eine einzelne PCG noch auf spezifische Kliniken zurückführen. In rund 15 der insgesamt 21 Kliniken mit mindestens 25 KJP-Fällen wurde ein allgemeiner Anstieg der Kosten beobachtet. Eine Analyse der einzelnen Kostenkomponenten zeigt, dass insbesondere die Pflegekosten, die Kosten für ärztliche Leistungen sowie die Patientenadministration überdurchschnittlich gestiegen sind. Gleichzeitig gibt es auch Bereiche mit rückläufigen Kosten pro Fall, insbesondere bei den nichtärztlichen Therapien und Beratungen.

Tabelle 15: Dateneffekte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie über die Datenjahre 2021-2023

			Ø TK		Ø normierte TK		Ø AHD		DMI[4]	
Jahr	**Anzahl**	**Anteil**	**Erw.**	**KJP**	**Erw.**	**KJP**	**Erw.**	**KJP**	**Erw.**	**KJP**
2021	4’038	6.4%	744	1’008	743	728	32.6	38.6	1.002	1.385
2022	4’623	6.8%	737	1’048	739	716	32.6	33.0	0.997	1.465
2023	5’023	7%	761	1’131	761	769	32.6	34.1	1.000	1.471

8.2 Forensische Fälle

Eine jährlich widerkehrende Analyse beschäftigt sich mit der Abbildung des Fallgutes, welches dem Bereich der Forensik zugeordnet wird. Dabei stehen die Fragen nach der Datenqualität, gemeinsamen Patientenmerkmalen sowie der Abbildungsgüte im Vordergrund. In diesem Abschnitt wird auf die

Resultate, basierend auf den Datenjahren 2022 und 2023 eingegangen. Es ist jedoch anzumerken, dass die Kernaussagen sich mit denjenigen der Vorversion decken. Im folgenden soll auf die Abgrenzung des Patientengutes eingegangen werden, bevor die statistischen Kennzahlen diskutiert werden.

Die SwissDRG AG definiert einen forensischen Fall als einen Fall, dessen Variable 3.5.V04 (Behandlungsbereich) aus der medizinischen Statistik mit einer 5 (=Forensik) bewertet worden ist. Sie erhebt zusätzliche Informationen zu den forensischen Fällen mittels der Detailerhebung. Da diese Informationen aber erstens freiwillig und zweitens nicht immer vollständig ausgefüllt wurden, konnten aus diesem Gefäss nur vereinzelt zusätzliche Erkenntnisse gewonnen werden.

Seit dem Austausch mit dem BAG im Frühjahr 2022 wurde der Identifikation der forensischen Fälle ein spezielles Augenmerk beigemessen. Ziel war es, Patienten aus dem Massnahmenvollzug, Haftpatienten sowie fürsorgerisch untergebrachte Patienten, welche als forensische Fälle geliefert wurden, zu unterscheiden. Auf Grundlage der Daten, welche die SwissDRG AG in Form der medizinischen Statistik erhebt, ist eine eindeutige Unterscheidung zwischen dem Massnahmenvollzug sowie regulärer Haftpatienten bis jetzt jedoch noch nicht möglich. Ein weiterer Schwerpunkt wurde auf die Abgrenzung der Kosten für Sicherheitsmassnahmen gesetzt. Fälle mit unvollständig abgegrentzten Kosten in Bezug auf Sicherheitsmassnahmen sollten nicht für die Weiterentwicklung der Tarifstruktur verwendet werden. Hierzu wurde der Fragebogen sowie die Plausibilisierung der Fälle erweitert, was zu einer grösseren Anzahl an ausgeschlossenen Fällen geführt hat.

Anhand der Variable 3.5.V04 konnten in den Jahren 2022 und 2023 insgesamt 371 beziehungsweise 430 forensische Fälle identifiziert werden. Dies entspricht einem jährlichen Anteil von 0.5% der Gesamtdaten, die der SwissDRG AG übermittelt wurden.

Tabelle 16: Datenanalyse zu den forensischen Fällen

Jahr	Anzahl Fälle	Anzahl Spitäler	Durchschn. TK	St.abw. TK	Durchschn. AHD	Median AHD	St.abw. AHD	plausible Fälle
2021	364	7	858	1348	230	33	443	243
2022	371	7	834	516	160	19	388	116
2023	430	8	820	1752	229	23	498	134

Aus Tabelle 16 geht hervor, dass sich forensische Fälle durch leicht erhöhte Tageskosten[6] und stark erhöhte durchschnittliche Aufenthaltsdauern auszeichnen (Vergleich mit Tabelle 12). Auffallend sind zudem insbesondere die stark erhöhten Standardabweichungen der Kosten sowie der Aufenthaltsdauer. Eine hohe Standardabweichung ist ein Hinweis auf ein inhomogenes Patientengut. Ausserdem zeigte sich, dass sich die forensischen Daten zwischen den Kliniken stark unterscheiden. Abbildung 4 bietet einen Überblick über die fünf Kliniken mit den höchsten Anteilen an forensischen Fällen im Jahr 2023[7]. Die Grafik umfasst sämtliche forensische Fälle, die der SwissDRG AG übermittelt wurden. Dabei zeigen die anonymisierten Kliniken deutliche Unterschiede in Bezug auf die Kosten und die Aufenthaltsdauern ihrer forensischen Patientengruppen.

[6] Die Kosten in Bezug auf Sicherheitsmassnahmen in der Forensik sind gemäss REKOLE nicht auf den administrativen Fall zu verbuchen und somit nicht in den Daten der SwissDRG AG enthalten.

[7] Die Spitalvergleiche weisen auch für die Vorjahre ähnliche Effekte aus, weshalb hier nur das Jahr 2023 ausgewiesen wird.

So weist beispielsweise Klinik D ein Patientengut mit durchschnittlich moderaten Kosten und kurzen Aufenthaltsdauern auf, während Klinik A durch forensische Fälle mit vergleichsweise niedrigen Tageskosten und mittleren Aufenthaltsdauern charakterisiert ist.

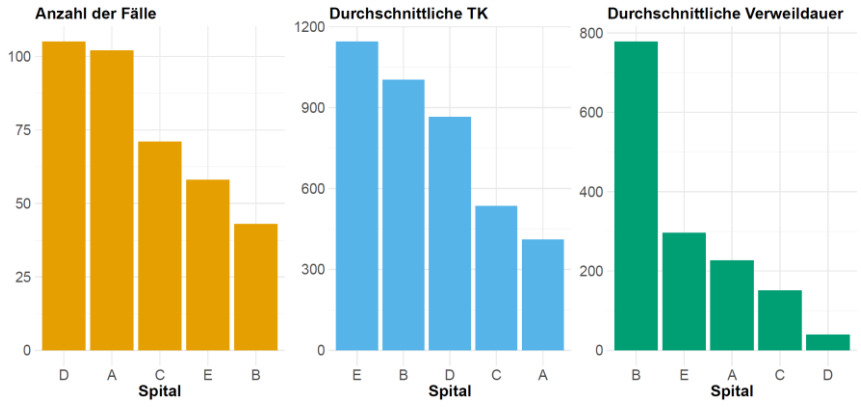


Abbildung 4: Spitaleffekte der 5 anteilsstärksten Kliniken mit forensischen Fällen (Daten 2023)

Im Hinblick auf die Gruppierung werden etwa 50% der forensischen Fälle der TP25 zugeordnet. Die übrigen Fälle verteilen sich mit einem etwas stärkeren Schwerpunkt auf die TP28, TP29 und TP21. Allerdings finden sich forensische Fälle auch in weiteren Basis-PCGs.

Die inhomogene Datenbasis der forensischen Fälle bleibt auch in den Jahren 2022 und 2023 bestehen. Aus diesem Grund war es der SwissDRG AG nicht möglich, spezifische Patientenmerkmale für die forensischen Fälle zu identifizieren und in der neuen Version zu berücksichtigen. Dies erwies sich jedoch auch nicht als notwendig, da die Kostenstrukturen der forensischen Fälle im Durchschnitt nicht wesentlich von den nicht-forensischen Fällen abweichen, das Fallvolumen vergleichsweise gering ist und die aktuelle Gruppierung die Fälle entsprechend ihrer Diagnosen weiterhin präzise in individuelle PCGs einordnet.

8.3 Analyse zu den CHOP-Kodes

Ziel der Analyse zu den CHOP-Kodes war es, die aktuelle Datengrundlage zu untersuchen sowie Trends im Vergleich mit dem Datenjahr 2021 festzustellen. Die Analyse umfasst somit die Datenjahre 2021 bis 2023 und unterscheidet vier Kategorien von CHOP-Kodes: Die HoNOS/CA Assessments, die CHOP-Kodes, welche ein Zusatzentgelt auslösen[8], sämtliche CHOP-Kodes ohne HoNOS/CA Assessment und Zusatzentgeltkodes sowie sämtliche CHOP-Kodes ohne HoNOS/CA Assessments und Zusatzentgeltkodes des Kapitels 94.* des CHOP-Kataloges (Auf die Psyche bezogenen Massnahmen).

Tabelle 17 illustriert die schweizweiten Mittelwerte der Kodierung auf Fallebene für die plausiblen Fälle. Die durchschnittliche Gesamtzahl der erfassten CHOP-Kodes blieb über die drei analysierten Jahre hinweg mit etwas über 25 Kodes pro Fall weitgehend konstant. Davon entfielen jährlich etwa 24 Kodes auf die HoNOS/CA-Assessments, die sowohl Ein- als auch Austrittsbewertungen umfassen.

[8] Diese sind die Belastungserprobungen 94.3F.12-14, die Elektrokrampftherapie 94.28 und die 1:1 Betreuung in der Erwachsenen- sowie in der Kinder- und Jugendpychiatrie 94.3D.11-16 und 94.3E.11-16

In den übrigen Kategorien zeigen sich jedoch unterschiedliche Entwicklungen[9]. Bei den Zusatzentgeltkodes auf Fallebene ist ein leichter Anstieg zu verzeichnen. Im Gegensatz dazu wurde in der Kodierung der übrigen CHOP-Kodes eine Abnahme festgestellt. Konkret hatten im Jahr 2021 noch 45% der Fälle mindestens einen separaten CHOP-Kode (zusätzlich zu den HoNOS/CA-Assessments und den Zusatzentgeltkodes), während dieser Anteil im Jahr 2023 auf 36,5% gesunken ist.

Tabelle 17: CHOP-Kodierung der Jahre 2021-2023

	Anzahl durchschnittliche Kodes pro Fall					Anteil Fälle mit		
Jahr	**Total**	**Assess-ments**	**ZE**	**Andere**	**Andere 94.***	**ZE**	**Andere**	**Andere 94.***
2021	25.6	23.9	0.4	1.3	0.9	11.0%	45.0%	35.6%
2022	25.5	23.8	0.5	1.2	0.8	13.0%	40.3%	30.4%
2023	25.7	24.2	0.5	1.0	0.7	13.5%	36.5%	28.8%

Die SwissDRG AG kann nicht beurteilen, worauf der teilweise schwache CHOP-basierte Leistungsbezug zurückzuführen ist. Mögliche Gründe sind ein schlichtes Behandlungsangebot, Herausforderungen in den Schnittstellen der Klinikinformationssysteme oder noch grundsätzlicher, die Nichterfassbarkeit erbrachter Leistungen, weil sie noch keinen Eingang in den CHOP Katalog gefunden haben.

Die SwissDRG AG wird die Entwicklung der Datenqualität weiter beobachten und weitere Bemühungen vornehmen, den CHOP-basierten Leistungsbezug zu erhöhen. Zu den bereits bewährten Anstrengungen gehören regelmässige Klinikaustausche sowie das Veranstalten von Workshops, die Korrespondenz und Hilfestellungen im Prozess der Datenerhebung sowie der zeitnahen Rückmeldungen. Zuletzt unterstützt die SwissDRG AG die Entwicklung von neuen CHOP-Kodes durch Mitarbeit in der zuständigen Arbeitsgruppe.

8.4 Analyse der Belastungserprobungen

Die Belastungserprobungen sind im CHOP-Katalog durch die Kodes 94.3F.11 bis 94.3F.14 abgebildet. Ab einer Belastungserprobung von mehr als 24 Stunden (94.3F.12) wird ein Zusatzentgelt ausgelöst. Mit dem Verwaltungsratsentscheid vom 23. September 2022 (VR-64) wurde beschlossen, dass die ZEs der Belastungserprobung in der Erwachsenenpsychiatrie auf 4 abrechenbare Episoden beschränkt werden, während sie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie weiterhind ohne Limitation abgerechnet werden können. Tabelle 18 zeigt, dass es über die Jahre 2021 bis 2023 zu einer moderaten Zunahme in den erfassten Belastungserprobungen gekommen ist.

Tabelle 18: Anzahl und Anteile der absolut efassten Belastungserprobungen in den Jahren 2021-2023

Kode	2021		2022		2023	
	Anzahl	**Anteil**	**Anzahl**	**Anteil**	**Anzal**	**Anteil**
94.3F.11	22’820	61.0%	21’965	56.2%	25’336	59.2%
94.3F.12	13’119	35.1%	15’352	39.3%	15’469	36.1%
94.3F.13	1’134	3.0%	1’474	3.8%	1’688	3.9%
94.3F.14	361	1.0%	314	0.8%	335	0.8%

[9] Die in der Systempräsentation vom 06.11.2024 gezeigte Tabelle zur CHOP-Kodierung weist abweichende Zahlen auf, da dort alle CHOP-Kodes der Belastungserprobung als Zusatzentgelte gezählt wurden, also auch 94.3F.11. In dieser Tabelle wurde dies korrigiert, was die ZE-Trends abschwächt, die Grundaussagen jedoch unberührt lässt.

Dieser auf Basis der plausiblen Daten ausgewiesene Effekt wird noch weiter abgeschwächt, wenn man die steigenden Gesamtfallzahlen in den Jahren mitberücksichtigt.

Aufgrund der Limitation der Belastungserprobungen der Erwachsenenpsychiatrie ist es von Interesse, die Anzahlen gesamthaft erbrachter zusatzentgeltrelevanter Belastungserprobungen pro Fall über die Jahre zu vergleichen. Tabelle 19 stellt diese Zahlen dar. Auf der ersten Zeile werden die jährlichen Fälle der Erwachsenenpsychiatrie ausgewiesen, welche mindestens eine zusatzentgeltrelevante Belastungserprobung kodiert haben. Es zeigt sich, dass in 2022 die Anzahl Fälle mit Belastungserprobungen zugenommen haben im Vergleich zum Vorjahr. Während im 2021 rund 7.2% aller Fälle ein solches Zusatzentgelt erhielten, stieg der relative Anteil auf 8.9% im 2022. In den Daten 2023 ist ein leichter Rückgang in der Kodierung der Belastungserprobungen beobachtbar. Des weiteren zeigt sich über die Jahre eine Veränderung in den relativen Anteilen. Während im 2021 noch 6.6% der Fälle fünf oder mehr Belastungserprobungen aufwiesen, sank dieser Anteil für die Jahre 2022 und 2023 auf unter 5%. Im Gegenzug stiegen die Anteile der Fälle mit vier kodierten Belastungserprobungen.

Berechnet man die jährlichen Durchschnitte der Anzahl Belastungserprobungen über alle Fälle mit zusatzentgeltrelevanten Belastungserprobungen, so zeigt sich in der Erwachsenenpsychiatrie über die Jahre 2021 bis 2023 eine leichte Abnahme von durchschnittlich 2 Belastungserprobungen auf 1.8. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist eine leichte Zunahme von durchschnittlich 5.9 auf 6.1 Belastungserprobungen zu beobachten.

Tabelle 19: Fallzahlen nach aufsummierten erfassten ZE-relevanten BE in der Erwachsenenpsychiatrie

Anzahl BE pro Fall	2021		2022		2023	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Gesamt	4’513	100%	6’002	100%	5’937	100%
1	2’640	58.5%	3’825	63.7%	3’927	66.1%
2	898	19.9%	994	16.6%	970	16.3%
3	512	11.3%	466	7.8%	393	6.6%
4	165	3.7%	424	7.1%	379	6.4%
5+	298	6.6%	293	4.9%	268	4.5%

8.5 Analyse der Revisionsberichte

In den Datenjahren 2021 und 2022 erhielten wir jeweils 27 Revisionsberichte in der Tarifstruktur TARPSY. Somit fehlen der SwissDRG AG rund die Hälfte aller Revisionsberichte der letzten Jahre. Folgende Erkenntnisse konnten aus dieser Teilmenge aller Spitäler gezogen werden: Die Mindestmerkmale für Belastungserprobungen sind oft unzureichend dokumentiert. Dies ist auch bei anderen Prozeduren teilweise der Fall. Die HoNOS-Kodierung ist häufig nicht vollständig nachvollziehbar im Vergleich mit der Dokumentation. Somatische Diagnosen werden oft unzureichend kodiert, obwohl sie Aufwand erzeugt haben. Andere werden kodiert, obwohl sie keinen Aufand erzeugt haben. Zuletzt gibt es auch unzureichend dokumentierte Diagnosen.

Zusammenfassend lassen sich keine spezifischen Anpassungen an der Tarifstruktur anhand der Revisionsberichte ableiten.

9 Zusammenfassung

Nachfolgend werden die wesentlichen Resultate zur Systementwicklung der TARPSY Version 6.0 zusammengefasst:

- Die Version TARPSY 5.0 galt als Grundlage für die Weiterentwicklung der Tarifstruktur.
- Die Weiterentwicklung der Tarifstruktur basiert auf den Daten der Jahre 2022 und 2023.
- Die Abbildungsgüte der Tarifstruktur hat sich im Vergleich zur Vorversion leicht verbessert.
- Sowohl bestehende Haupt- und Nebendiagnosen als auch neue Haupt- und Nebendiagnosen wurden als Splitkriterien datenbasiert geprüft und deren Gruppierungsrelevanz angepasst.
- Die Gruppierungsrelevanz der CHOP-Kodes wurde datenbasiert geprüft und angepasst.
- Die Gruppierungsrelevanz der HoNOS/CA-Items wurde datenbasiert geprüft und angepasst.
- Die Schweregradlogik wurde überarbeitet. Die kodebasierten Schweregrade (DCR) wurden auf der Datengrundlage der Jahre 2020-2023 berechnet und die PSL Splitbedingungen in ihrer Gruppierungsrelevanz entsprechend angepasst.
- Das Alter stellt sich als relevanter Kostentrenner dar, so dass Fälle der Kinder- und Jugendpsychiatrie in die jeweils am höchsten bewertete PCG gruppiert werden. Wiederholte Simulationen mit unterschiedlichen Altersgrenzen konnten für bestimmte Patientengruppen älter als 65, 75 oder 80 Jahre einen erhöhten Ressourcenverbrauch nachweisen.
- In der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist ein signifikanter Anstieg in den Tageskosten beobachtbar. TARPSY 6.0 kann diesen Effekt in den Kinder- und Jugend PCGs abbilden. Zukünftig wird die Entwicklung in diesem Bereich weiterverfolgt.
- Die plausiblen Daten der forensischen Psychiatrie sind in der Tarifstruktur enthalten.
- Psychiatriespezifische Behandlungen wurden datenbasiert geprüft und sind in TARPSY 6.0 gruppierungsrelevant. Während die Anteile der CHOP-basierten Zusatzentgeltkodes in den letzten Jahren gestiegen und diejenigen der Assessmentkodes (HoNOS/CA) konstant geblieben sind, ist in den übrigen CHOP-Kodes eine Abnahme in der Kodierhäufigkeiten beobachtbar.
- Bestimmte Behandlungen und teure Medikamente konnten datenbasiert anhand der Detailerhebungen als Zusatzentgelte bewertet werden.
- Auf Basis der Revisionsberichte der Jahre 2021 und 2022 lassen sich keine spezifischen Anpassungen an der Tarifstruktur ableiten.

TARPSY 6.0 besteht aus 10 Basis-PCGs (9 bewertete, 1 nicht abrechenbare Basis-PCG), die in 24 PCGs (23 bewertete, 1 nicht abrechenbare) differenziert werden. Die genauen Definitionen und Splitkriterien werden im Definitionshandbuch beschrieben (Beilage 6 zum Tarifgesuch). Für die PCGs wurden tagesbezogene Kostengewichte berechnet, die im PCG-Katalog publiziert sind (Beilage 1a zum Tarifgesuch).

Zusatzentgelte können unter TARPSY 6.0 abgerechnetet werden. Dabei hat der Zusatzentgeltkatalog TARPSY 6.0 (Beilage 1b zum Tarifgesuch) Gültigkeit, welcher psychiatrische Behandlungen und bestimmte teure Medikamente bewertet. Zusätzlich hat der Zusatzentgeltkatalog des im Abrechnungsjahr gültigen SwissDRG Fallpauschalenkatalogs Gültigkeit, so dass die Tarifierung von psychiatrie-fremden Leistungen während eines Aufenthalts (z.B. Dialyse) durch Zusatzentgelte möglich ist.