

Konzeptstudie zur Untersuchung der Einführung von TARPSY und ST Reha

Schlussbericht

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG
Sektion Tarife und Leistungserbringer I

Mario Morger, Jolanda Jäggi, Dr. Désirée Stocker, Kilian Künzi

Bern, 25. April 2018

Impressum

Laufzeit:	31.10.2017 – 31.05.2018
Leitung des Projekts im BAG	Christian Marti / Cornelia Stadter Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung
Externe Projektunterstützung	Prof. Dr. Simon Wieser, Leiter Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, ZHAW
Kontakt:	Bundesamt für Gesundheit BAG Schwarzenburgstrasse 157 3003 Bern
Zitiervorschlag:	Mario Morger, Jolanda Jäggi, Désirée Stocker und Kilian Künzi (2018): Konzeptstudie zur Untersuchung der Einführung von TARPSY und ST Reha, Studie im Auftrag des BAG. Bern: Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS.

Dank

Die vorliegende Studie hätte ohne die Unterstützung zahlreicher Personen nicht realisiert werden können. Wir bedanken uns bei allen Expertinnen und Experten, die sich für ein Interview oder ein Hintergrundgespräch zur Verfügung gestellt haben: Carmen Brenner-Meyer (Kanton VS), Stephan Colombo (Santésuisse), Tobias Grisiger (Kanton ZH), Rémi Guidon (SwissDRG), Manuel Jung (Preisüberwachung), Dr. Sonia Pellegrini und Marcel Widmer (beide Obsan), Dr. Gianni Roberto Rossi (H+, Clinica Hildebrand), Anke Trittin und Peter Catlos (beide Curafutura), Dr. med. Unger-Köppel (FMH), Bernhard Wegmüller (H+) und Erika Ziltener (Zentralvorstand der Schweizerischen Patientenstellen). Prof. Dr. Simon Wieser (ZHAW) danken wir für wertvolle Hinweise zur Systematik von TARPSY und ST Reha sowie für die externe Projektbegleitung. Dank gebührt schliesslich den Statistik- und Datenverantwortlichen, welche sich Zeit genommen haben, wichtige Auskünfte zu ihren Erhebungen zu geben: Dr. Petra Busch, Dr. Johanna Friedli und Dr. Luise Menzi (alle ANQ), Claude Vuffray (BAG), Charlotte Creiser, Nadia Borloz, Antoine Lieberherr, Edith Salgado, Patrick Schwab und Dr. Ulrich Wagner (alle BFS) sowie Oliver Grolimund (SASIS AG).

Bern, April 2018

Mario Morger, Jolanda Jäggi, Dr. Désirée Stocker und Kilian Künzi

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	II
Executive Summary	IV
1 Ausgangslage und Ziel der Konzeptstudie	1
2 Methodisches Vorgehen	2
3 Das neue System der leistungsbezogenen Vergütung in der stationären Psychiatrie und Rehabilitation	3
3.1 TARPSY	3
3.2 ST Reha	5
3.3 Gemeinsamkeiten und Unterschiede zur Akutsomatik	7
3.4 Weiterentwicklung der Tarifstrukturen	9
4 Erwartete Wirkungen	10
4.1 Kostenentwicklung und Kostenverlagerungen	10
4.2 Versorgungsqualität und Versorgungssicherheit	11
4.3 Wirkungsmodell	13
5 Entwicklung von Fragestellungen für die Hauptstudie	15
6 Hypothesen	17
7 Messung der Wirkungen: Indikatoren	22
7.1 Indikatorensystem	22
7.2 Auswertungsmethoden	30
8 Varianten für die Hauptstudie	32
9 Diskussion und Schlussfolgerungen	36
10 Literaturverzeichnis	38
11 Abkürzungsverzeichnis	41
Anhang	42
I. Interviews und Explorationsgespräche	42
II. Übersicht Detailfragestellungen, Hypothesen und Indikatoren	43

III.	Datenquellen	45
a.	Medizinische Statistik der Krankenhäuser	45
b.	Krankenhausstatistik	49
c.	Kennzahlen der Schweizer Spitäler	52
d.	Fallkostenstatistik	54
e.	Strukturdaten Arztpraxen und ambulante Zentren	56
f.	Patientendaten Spital ambulant	59
g.	BAGSAN	62
h.	Datenpool der SASIS AG	65
i.	Qualitätsmessungen Psychiatrie	67
j.	Qualitätsmessungen Rehabilitation	71

Executive Summary

Hintergrund und Auftrag

Die Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) im Bereich der Spitalfinanzierung – verabschiedet durch die eidgenössischen Räte am 21.12.2007 – verfolgt das Ziel, das Kostenwachstum im stationären Spitalbereich (Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation) zu bremsen, ohne den Zugang zu einer qualitativ hochstehenden Versorgung zu beeinträchtigen. Zu diesem Zweck enthält die Revision eine Reihe von Massnahmen, welche seit 2009 schrittweise umgesetzt werden. Eine dieser Massnahmen betrifft die **Einführung leistungsbezogener Pauschalen**, die auf gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstrukturen beruhen. Im akutstationären Bereich wurden per 1. Januar 2012 Fallpauschalen (SwissDRG) eingeführt. In der Psychiatrie erfolgte die Umstellung auf leistungsbezogene Pauschalen per 1. Januar 2018 (TARPSY Version 1.0), in der Rehabilitation ist die Einführung von ST Reha für 2020 vorgesehen.

Um die Entwicklungen im Zuge der Umstellung auf TARPSY und ST Reha detaillierter verfolgen zu können, hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) das Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS) beauftragt, ein Konzept für eine spätere Studie zur Untersuchung der Einführung von TARPSY und ST Reha zu entwerfen.

Ziel der Konzeptstudie ist es, verschiedene **Varianten** zur Untersuchung der Einführung von TARPSY und ST Reha auszuarbeiten, deren Machbarkeit zu prüfen und die jeweiligen Vor- und Nachteile darzulegen. Dabei wird an die laufende Evaluation der KVG-Revision Spitalfinanzierung angeknüpft, indem bestehende Überlegungen und relevante Erkenntnisse aufgenommen werden. Im Unterschied zum umfassenden Ansatz dieser Evaluation – deren Untersuchungszeitraum sich über die Jahre 2012 bis 2016 erstreckt – wird bei der Untersuchung der Umstellung auf TARPSY und ST Reha primär die Kostenentwicklung in den Blick genommen.

Die Konzeptstudie umfasst zum einen die Formulierung von **Haupt- und Detailfragen**, die im Rahmen einer Begleitstudie zur Einführung von TARPSY und ST Reha untersucht werden sollen. Zum anderen werden diese Fragen mit Hypothesen operationalisiert, welche mit geeigneten **Indikatoren** überprüft werden können. Schliesslich wird aufgezeigt, mit welchen **Daten** und **Methoden** eine Umsetzung möglich ist.

Vorgehen

Methodisch stützt sich die Konzeptstudie einerseits auf Literatur- und Dokumentenanalysen;

andererseits wurden leitfadengestützte Expertengespräche mit zentralen Akteuren und Stakeholdern geführt, um deren Einschätzung zu den erwarteten Wirkungen und potenziellen Problembereichen abzuholen. Ergänzend dazu haben mehrere Explorations- und Abklärungsgespräche zu den Tarifstrukturen und zu relevanten Datengrundlagen und deren Verwendbarkeit für die vorgesehene Hauptstudie stattgefunden.

Eigenschaften der neuen Tarifsysteme

Im Unterschied zu den Fallpauschalen in der Akutsomatik wird die leistungsbezogene Vergütung in der stationären Psychiatrie und Rehabilitation anhand von leistungsbezogenen **Tagespauschalen** erfolgen. Die Charakteristika von TARPSY und ST Reha sowie mögliche Wirkungen einer Umstellung auf die neuen Tarifsysteme lassen sich anhand zentraler Gemeinsamkeiten und Unterschiede zur Akutsomatik beschreiben:

- In der Akutsomatik setzen die Fallpauschalen einen klaren Anreiz zur Verkürzung stationärer Aufenthalte. Mit den degressiven leistungsbezogenen Tagespauschalen werden bei TARPSY dagegen auch längere Aufenthalte im Mittel kostendeckend abgegolten, die Tarifstruktur selbst setzt keinen Anreiz zur Verkürzung der Aufenthalte. Bei Anbietern, die vor der Einführung von TARPSY noch nicht mit degressiven Tagespauschalen abgerechnet haben, fällt ein zuvor bestehender Anreiz zur Verlängerung der Aufenthalte weg, in diesen Fällen können die Aufenthalte kürzer werden.

- Bei den Fallpauschalen der Akutsomatik konnte man auf Erfahrungen im Ausland und in einigen Kantonen aufbauen (G-DRG und APDRG). Im Gegensatz dazu handelt es sich bei TARPSY und ST Reha um Neuentwicklungen. Es ist daher in den ersten Jahren nach der Einführung zu erwarten, dass sich die Tarifsysteme noch weiter ausdifferenzieren, zumal die Tarifstrukturen (wie in der Akutsomatik) als lernende Systeme angelegt sind.

- Eine der erwünschten Wirkungen bei der Einführung von SwissDRG war die Förderung von **Spezialisierungs-** und **Konzentrationsprozessen**. In der stationären Rehabilitation ist die Versorgungslandschaft bereits heute relativ spezialisiert (insbesondere in der Deutschschweiz). Veränderungen in der Versorgungslandschaft (Psychiatrie und Rehabilitation) erfolgen nach Einschätzung von Expert/innen weitgehend unabhängig von den Tarifsystemen.

- Bei der Einführung der Fallpauschalen in der Akutsomatik wurden mögliche **Leistungs- und Kostenverlagerungen** vor und nach stationären Behandlungen untersucht. In der Psychiatrie und der Rehabilitation ist gemäss Expert/innen

primär das Verhältnis zum nachgelagerten Bereich (ambulante Behandlung, Pflege etc.) von Interesse.

■ In der Akutsomatik führen **Hochdefizitfälle** regelmässig zu Diskussionen. Diese Problematik dürfte gemäss Expert/innen in der Psychiatrie und der Rehabilitation weniger eine Rolle spielen. Nur bei wenigen Krankheitsbildern und Patientengruppen, bei denen der Behandlungsaufwand sehr hoch ist (in der Psychiatrie z.B. Demenz- und Alzheimerpatient/innen), dürften die Kosten stark vom Durchschnitt abweichen. Inwiefern die Versorgung dieser Patientengruppen mit den neuen Tarifen kostendeckend erbracht werden kann, muss sich noch weisen.

■ **Zusatzentgelte** für bestimmte Leistungen werden in der Akutsomatik und der stationären Psychiatrie ergänzend zur Pauschale vergütet; bei ST Reha muss der Umgang mit Zusatzentgelten noch geklärt werden.

■ **Behandlungscodes** sind Bestandteil der Fallpauschalen in der Akutsomatik; in der Psychiatrie wird die Integration von CHOP-Codes ins Tarifmodell geprüft. Zum Zeitpunkt der Berichterstattung (April 2018) liegen dem Forschungsteam keine Informationen dazu vor, ob bzw. in welchem Zeitrahmen für ST Reha Behandlungscodes definiert und in das Modell einbezogen werden sollen.

Fragestellungen für die Hauptstudie

Im Zentrum der vorgesehenen Begleitstudie zur Einführung von TARPSY/ST Reha stehen folgende Leitfragen:

- A. Welchen Effekt haben die neuen Tarifsyste-
me in der stationären Psychiatrie und
Rehabilitation auf das Kostenwachstum
und die Finanzierung im Gesundheitswesen?
- B. Kommt es im Zuge der Umstellung auf
TARPSY/ST Reha zu Leistungs- und Kos-
tenverlagerungen?
- C. Wie wirken sich TARPSY und ST Reha auf
die Versorgungssicherheit und die Versor-
gungsqualität aus?

Aus diesen Hauptfragestellungen wurden 19
Detailfragestellungen abgeleitet.

Erwartungen und mögliche Wirkungen

Basierend auf den Erkenntnissen der Experten-
gespräche und der Literaturanalyse wurden 26
für die Hauptstudie testbare Hypothesen gebil-
det. Insgesamt schätzen die befragten Ex-
pert/innen die Auswirkungen der Einführung
von TARPSY/ST Reha als eher moderat ein:

■ Eine positive Folge der Einführung von TARPSY
und ST Reha wird v.a. in der Transparenz und
Vergleichbarkeit der Leistungen und Preise in der
stationären Psychiatrie und Rehabilitation gese-
hen. Erhöhte Transparenz kann nebst verbesser-
ten Grundlagen für Spitalplanung und Tarifver-
handlungen im Idealfall auch auf der Qualitäts-
ebene einen Impuls geben, indem der Austausch
zwischen Kliniken über Behandlungsmethoden
und Good Practice gefördert wird.

■ Im Grossen und Ganzen erwarten die befrag-
ten Expert/innen kaum Wirkungen von der Um-
stellung auf die neuen Tarifsyste-
me. Dies hat auch damit zu tun, dass die Tarife kostende-
ckend ermittelt wurden und in einer ersten Pha-
se kostenneutral umgesetzt werden sollen. Die
Tarifstruktur selber enthalte keine wesentlichen
Anreizwirkungen, welche zur Kostendämpfung
beitragen könnten. Entscheidend wird aus Sicht
der Expert/innen daher die Entwicklung der aus-
gehandelten Basispreise sein, denn die schwere-
gradbereinigten Unterschiede zwischen den
Kliniken können beträchtlich sein.

Indikatoren und Datenquellen

Zur Überprüfung der formulierten Hypothesen
werden in der vorliegenden Studie mögliche
Indikatoren vorgeschlagen. Die Erarbeitung der
Indikatoren erfolgte u.a. basierend auf der Ana-
lyse von Datenquellen, die für die Realisierung
einer Hauptstudie herangezogen werden könn-
ten. Für folgende Statistiken und Erhebungen
wurde u.a. geprüft, welche Indikatoren sich mit
den erhobenen Variablen erstellen lassen, sowie
Abklärungen zu Periodizität, Abdeckungsgrad,
Datenqualität und Datenverfügbarkeit vorge-
nommen:

- Medizinische Statistik der Krankenhäuser (BFS)
- Krankenhausstatistik (BFS)
- Kennzahlen der Schweizer Spitäler (BAG)
- Fallkostenstatistik (SwissDRG / BFS)
- Strukturdaten Arztpraxen und ambulante Zen-
tren (BFS)
- Patientendaten Spital ambulant (BFS)
- BAGSAN (BAG-Statistik auf Basis von anony-
misierten Individualdaten);
- Datenpool (SASIS AG)
- Qualitätsmessungen Psychiatrie (ANQ)
- Qualitätsmessungen Rehabilitation (ANQ)

Mithilfe der **Medizinischen Statistik** der Kran-
kenhäuser (MS) kann eine Vielzahl an Indikato-
ren erstellt werden, welche für die Hauptstudie
zentral erscheinen. Die Statistik erlaubt eine
präzise Abgrenzung der Fälle, die nach TARPSY
bzw. ST Reha abgerechnet werden. Alternativ
kann nach der Hauptkostenstelle (hier interessie-

rend: «Psychiatrie und Psychotherapie» bzw. «Physikalische Medizin und Rehabilitation») unterschieden werden.

Neben der Medizinischen Statistik ist auch das Heranziehen der **Krankenhausstatistik** für die Hauptstudie naheliegend, da diese Erhebung die Bildung einer Vielzahl von kostenspezifischen Indikatoren erlaubt. Bei beiden Erhebungen handelt es sich um Vollerhebungen mit einer insgesamt hohen Datenqualität. Bei der Krankenhausstatistik hat sich in den letzten Jahren gemäss Aussagen von Expert/innen insbesondere die Qualität der Kostenträgerrechnung deutlich verbessert.

Für die Realisierung der Hauptstudie ist es ausserdem zentral, Kenntnis über die verhandelten **Basispreise** zu haben. Der Bund verfügt derzeit allerdings noch nicht über eine Zusammenstellung der jährlich ausgehandelten Basispreise (Baserates) zwischen Leistungserbringern und Versicherern.

Die weiteren oben genannten Datenquellen können ergänzend zur Vertiefung bestimmter Fragestellungen herangezogen werden. Zumindest auf aggregierter Ebene sollten die Patientendaten Spital ambulant (PSA), die Strukturdaten Arztpraxen und ambulante Zentren (MAS) sowie der Datenpool der Versicherer (SASIS) herangezogen werden, um einfache Auswertungen zu Leistungs- und Kostenverlagerungen vorzunehmen.

Auswertungsmethoden

Die zentrale Frage für geplante Hauptstudie ist, wie die Wirkung der Einführung von TARPSY/ ST Reha von allgemeinen Trends (z.B. Verschiebungen von stationär zu ambulant) und Dritteffekten (Änderung des Gesundheitszustandes in der Bevölkerung, Änderungen in der Finanzierungsstruktur, etc.) isoliert werden kann.

Ökonometrische Verfahren sind grundsätzlich geeignet, solche kausalen Wirkungszusammenhänge herauszuschälen. Bei diesen statistischen Methoden werden allerdings hohe Anforderungen an die Datenverfügbarkeit gestellt und die Ergebnisse sind bei wenigen Beobachtungen (z.B. kurzer Analysezeitraum) oft uneindeutig. Daher sollte für die Hauptstudie hauptsächlich auf andere Methoden abgestellt werden. So kann insbesondere ein deskriptiv oder inferenzstatistisch (d.h. Hypothesen werden anhand statistischer Kriterien getestet) aufgebautes Indikatoren-Set wertvolle Hinweise auf mögliche unerwünschte Entwicklungen geben, wenn die folgenden Aspekte ausreichend berücksichtigt werden:

- Der **Zustand vor der Einführung** von TARPSY und ST Reha ist möglichst genau abzu-

bilden. Hierfür ist insbesondere auch eine Übersicht dazu erforderlich, welche Leistungserbringer bisher nach welchen Vergütungssystemen abgerechnet haben und welche Basispreise/Tarife sie verhandelt haben. Damit Entwicklungen/Tendenzen sichtbar werden, ist es notwendig, einen **längerfristigen Zeitraum** zu beobachten. Wünschenswert wäre eine Analyse, welche neben dem Jahr der Umstellung mindestens jeweils auch die Werte der 3-5 Jahre davor und danach mit einbezieht.

- Ebenso detailliert ist der **Zustand nach der Umstellung** auf die neuen Tarifsysteme zu erfassen. So stellt sich beispielsweise die Frage, ob sich durch die Einführung der Tarifstrukturen gleichzeitig auch die Finanzierung durch die Kantone verändert hat oder neue Leistungsverträge mit ausserkantonalen Institutionen abgeschlossen worden sind.

- In diesem Zusammenhang ist es auch wichtig zu analysieren, wie sich relevante **Umfeldfaktoren** entwickeln (demografische Struktur der Bevölkerung, gesamte Gesundheitskosten, Morbidität, etc.).

- Die Indikatoren selber sind soweit als möglich um solche **Dritteinflüsse** zu bereinigen.

- Es ist wichtig, sich allfälliger **Einschränkungen** der Indikatoren bewusst zu sein. Durch eine korrekte Einschätzung bezüglich der Aussagekraft lassen sich bestimmte Tendenzen relativieren oder durch Zuhilfenahme von ergänzenden Indikatoren oder der Literatur verifizieren.

- Für eine **Gesamtbeurteilung** ist es schliesslich auch hilfreich, die verschiedenen Einzelindikatoren im Kontext des im Bericht diskutierten Wirkungsmodells und eingebettet in die formulierten Hypothesen zu besprechen.

Neben deskriptiven Analysen können als Erhebungs- und Auswertungsmethoden für eine Hauptstudie weitere Instrumente in Betracht gezogen werden. Für die geplante Untersuchung drängen sich in erster Linie eine Literaturanalyse und eine Kurzbefragung der kantonalen Gesundheitsdirektionen auf, mit deren Hilfe Erkenntnisse aus anderen Studien im Bereich der stationären Psychiatrie und Rehabilitationen abgeglichen werden können.

Die Wirkung der Einführung von TARPSY/ST Reha dürfte – wie oft bei der Umsetzung von Reformen – teilweise erst zeitverzögert zur Geltung kommen. Wir empfehlen daher, dass die erste Hauptstudie (zu TARPSY) frühestens dann durchgeführt wird, wenn neben den Daten zum Einführungsjahr 2018 auch diejenigen der Jahre 2019 und 2020 verfügbar sind, d.h. voraussichtlich nicht vor 2022. Die Analyse zur Einführung von ST Reha sollte entsprechend noch später

durchgeführt werden. Eine Wiederholung der Hauptstudie ist unseres Erachtens frühestens drei Jahre später angezeigt. Eine jährliche Wiederholung ist nicht sinnvoll, da Leistungs- und Kostendaten von Jahr zu Jahr aufgrund zahlreicher Aspekte stark schwanken können und kurzfristige Schwankungen zumeist nur ungenügend interpretierbar sind.

Mögliche Umsetzungsvarianten

Für die Umsetzung einer Hauptstudie werden drei verschiedene Varianten konzipiert, die sich anhand der Dimensionen «Thematische Abdeckung», «Methode» und «Datenquellen» unterscheiden. Entsprechend unterscheiden sich die Varianten auch bezüglich der (geschätzten) Realisierungskosten.

Bei **Variante 1** handelt es sich um die thematisch am stärksten eingeschränkten Auswertung (kostengünstigste Variante). Es werden ausschliesslich die Krankenhausstatistik (KS), die Medizinische Statistik (MS) und die Entwicklung der Basispreise ausgewertet. Mithilfe der KS kann auf die Kostenentwicklung im stationären Bereich fokussiert werden; die MS ermöglicht detaillierte Einblicke in das Leistungswachstum und Leistungsverchiebungen innerhalb des stationären Bereichs. Auch können basierend auf der MS ausgewählte Indikatoren zur Qualität und zur Versorgungssicherheit erstellt werden. In der Variante 1 beschränken sich die Auswertungsmöglichkeiten allerdings auf den stationären Sektor. Die von den meisten interviewten Expert/innen als sehr wichtig eingestuften Fragestellungen zu den Leistungs- und Kostenverlagerungen lassen sich nicht untersuchen.

In **Variante 2** wird die Basisauswertung gemäss Variante 1 um eine Analyse der Leistungs- und Kostenverlagerungen ergänzt. Hierzu ist es notwendig, die Patientendaten des spitalambulanten Bereichs auf individueller Basis auszuwerten. Zusätzlich wird auf bereits publizierte Angaben oder Sonderauswertungen des BFS und der SASIS AG zurückgegriffen. Ausserdem werden die in Variante 1 erstellten Qualitätsindikatoren der MS mit den Sekundärdaten der ANQ ergänzt.

Bei Variante 2 werden sämtliche Detailfragestellungen behandelt. Fragen zu Leistungs- und Kostenverschiebungen können allerdings nur in Grundzügen analysiert werden. Es handelt sich auch bei Variante 2 um eine deskriptive Untersuchung, bei der keine gesicherten Aussagen zur Kausalität gemacht werden können.

In **Variante 3** ist eine genauere Untersuchung von Leistungs- und Kostenverlagerungen vorgesehen. Hierzu ist es notwendig, Individualdaten so zu verknüpfen, dass Patientenpfade über die

Zeit verfolgt werden können, sowohl innerhalb des stationären Sektors (wiederholte Aufenthalte im gleichen Spital, Überweisungen in andere Spitäler, Austritt in Pflegeheime, etc.) als auch zwischen dem spitalambulanten und stationären Bereich.

Der in der Medizinischen Statistik enthaltene anonyme Verbindungscode zur Identifikation von Patient/innen ermöglicht die Untersuchung von Verlagerungen innerhalb des stationären Bereichs. Mit der Verknüpfung der Medizinischen Statistik über mehrere Jahre können Behandlungsverläufe von einem Grossteil der Patient/innen über die Zeit beobachtet werden. Zur Analyse der Verlagerungen zwischen stationärem und ambulantem Bereich bietet sich eine zusätzliche Verknüpfung mit den Patientendaten Spital ambulant (PSA) an. Mit dieser Vorgehensweise könnten zusätzlich zur deskriptiven Analyse von Indikatoren anhand ökonomischer Methoden kausale Effekte der Einführung von TARPSY und ST Reha herausgearbeitet werden. Da die PSA Abrechnungsdaten enthält, liessen sich überdies sehr detaillierte Verlaufsanalysen vornehmen, welche auch Schätzungen über das Ausmass der Kostenverlagerungen erlauben würden.

Das Potenzial der Auswertungen in Variante 3 kann im Rahmen der Konzeptstudie allerdings nicht abschliessend beurteilt werden. Zuerst sind die grundlegenden Analysen (gem. Varianten 1 und 2) durchzuführen. Basierend auf den Erfahrungen der analysierten Daten (Qualität, Verknüpfungserfolg, Aussagekraft der Indikatoren, Analyse der Umfeldfaktoren, etc.) und aufgrund der Ergebnisse kann dann abgeschätzt werden, welche weiteren Vertiefungsanalysen in Variante 3 grundsätzlich möglich und relevant sind.

Schlussfolgerungen

Mit der Einführung von leistungsbezogenen Pauschalen in der stationären Psychiatrie (TARPSY) und der stationären Rehabilitation (ST Reha) werden gesetzliche Vorgaben umgesetzt, welche mit der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung 2009 in Kraft getreten sind.

Die vorliegende Konzeptstudie zeigt auf, wie die neuen Tarifsysteme (in ihrer aktuellen Form) ausgestaltet sind, diskutiert, welche möglichen Auswirkungen von der Umstellung auf TARPSY und ST Reha erwartet werden, und zeigt auf, wie diese Wirkungen im Rahmen einer Hauptstudie beobachtet und untersucht werden könnten. Für die Ausführung einer Hauptstudie kann das BAG auf folgende Grundlagen zurückgreifen:

- Ein Katalog von Haupt- und Detailfragen, die im Rahmen einer Hauptstudie zu untersuchen wären
- Ein dazugehöriger Katalog von Hypothesen, die mit geeigneten Indikatoren überprüft werden können
- Eine Beschreibung der Datenquellen, welche zur Berechnung der Indikatoren herangezogen werden können
- Ein modular aufgebautes Konzept für Untersuchungsvarianten auf Basis der Dimensionen «Thematische Abdeckung» (Anteil der Fragestellungen, die beantwortet werden), «Methode» (Aufwand und Komplexität) und «Datenquellen» (Anzahl herangezogener Erhebungen und Statistiken).

Das Vorhaben des BAG, die Umstellung auf TARPSY und ST Reha wissenschaftlich zu begleiten, wird von den befragten Expert/innen und Akteuren begrüßt. Im Rahmen der vorliegenden Konzeptstudie zuhanden des BAG wurden die Grundlagen und konkreten Varianten erarbeitet, wie eine solche Untersuchung ausgestaltet werden könnte. Dank des modularen Aufbaus der vorgeschlagenen Untersuchungsvarianten ist es dem BAG möglich, die Hauptstudie je nach thematischen und methodischen Präferenzen und finanziellen Rahmenbedingungen aufzubauen.

1 Ausgangslage und Ziel der Konzeptstudie

Die Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) im Bereich der Spitalfinanzierung verfolgt das Ziel, das Kostenwachstum im stationären Spitalbereich – Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation – zu bremsen, ohne den Zugang zu einer qualitativ hochstehenden Versorgung zu beeinträchtigen. Zu diesem Zweck enthält die Revision eine Reihe von Massnahmen, welche seit Inkrafttreten der Änderungen zum 1. Januar 2009 schrittweise umgesetzt werden. Eine dieser Massnahmen betrifft die Einführung leistungsbezogener Pauschalen, die auf gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstrukturen beruhen. Das Tarifsystem für den akutstationären Bereich (SwissDRG) wurde per 1. Januar 2012 eingeführt. In der Erwachsenenpsychiatrie erfolgte die Umstellung auf leistungsbezogene Pauschalen per 1. Januar 2018 (TARPSY Version 1.0)¹, die Umsetzung für die Rehabilitation (ST Reha) erfolgt voraussichtlich per 1. Januar 2020.

Um die Entwicklungen im Zuge der Umstellung auf TARPSY und ST Reha detaillierter verfolgen zu können, hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) das Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS) beauftragt, ein Konzept für eine spätere Studie zur Untersuchung der Einführung von TARPSY und ST Reha zu entwerfen.

Ziel der Konzeptstudie ist es, verschiedene Varianten zur Untersuchung der Einführung von TARPSY und ST Reha auszuarbeiten, deren Machbarkeit zu prüfen und die jeweiligen Vor- und Nachteile darzulegen. Dabei wird an die laufende Evaluation der KVG-Revision Spitalfinanzierung angeknüpft, indem bestehende Überlegungen und relevante Erkenntnisse aufgenommen werden. Im Unterschied zum umfassenden Ansatz der Evaluation der KVG-Revision Spitalfinanzierung – deren Untersuchungszeitraum sich bis 2016 erstreckt – wird bei der Untersuchung der Umstellung auf TARPSY und ST Reha primär die Kostenentwicklung in den Blick genommen. Bei der Diskussion der möglichen Umsetzung der Untersuchungskonzepte werden jedoch auch Möglichkeiten skizziert, wie weitere erwünschte oder unerwünschte Entwicklungen in die Hauptstudie aufgenommen werden könnten.

¹ In der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird TARPSY frühestens ab 1. Januar 2019 für alle verbindlich eingeführt (vgl. www.swissdrg.org →Psychiatrie).

2 Methodisches Vorgehen

Die Konzeptstudie umfasst zum einen die Formulierung von Haupt- und Detailfragen, die im Rahmen einer Begleitstudie zur Einführung von TARPSY und ST Reha untersucht werden sollen. Zum anderen werden diese Fragen mit Hypothesen versehen, welche mit geeigneten Indikatoren überprüft werden können. Schliesslich wird aufgezeigt, mit welchen Daten und Methoden eine Umsetzung möglich ist.

Methodisch stützt sich die Studie einerseits auf Literatur- und Dokumentenanalysen (Struktur der neuen Tarifsysteme, wichtige Ergebnisse und konzeptuelle Grundlagen der laufenden Evaluation der KVG-Revision Spitalfinanzierung, Informationen zu Datenquellen). Andererseits wurden leitfadengestützte Expertengespräche mit zentralen **Akteuren** und Stakeholdern geführt, um deren Einschätzung zu den erwarteten **Wirkungen** und potenziellen **Problembereichen** abzuholen. Ergänzend dazu haben mehrere Explorations- und Abklärungsgespräche zu den Tarifstrukturen und zu relevanten Datengrundlagen und deren Verwendbarkeit für die vorgesehene Hauptstudie stattgefunden (vgl. Impressum sowie Liste der Gesprächspartner/innen im Anhang). Basierend auf den Erkenntnissen dieser Gespräche wurde ein **Wirkungsmodell** erarbeitet, welches die Einbettung der zentralen Fragestellungen in einen Gesamtkontext erlaubt und für eine Hauptstudie als Referenzrahmen herangezogen werden kann.

3 Das neue System der leistungsbezogenen Vergütung in der stationären Psychiatrie und Rehabilitation

Im Folgenden wird die Struktur der neuen, leistungsbezogenen Tarifsyste m e TARPSY (Einführungsversion 1.0) und ST Reha (Version 0.5) dargestellt und mit dem DRG-System der Akutsomatik verglichen.

3.1 TARPSY

Die Tarifstruktur TARPSY kommt in der Erwachsenenpsychiatrie seit dem 1.1.2018 zur Finanzierung psychiatrischer und psychosomatischer Leistungen im stationären Bereich zur Anwendung.² Die Version 1.0 wurde anhand der Kosten- und Leistungsdaten psychiatrischer Spitäler der Jahre 2014/15 kalkuliert.

Ziel der neuen, gesamtschweizerischen Tarifstruktur ist es, «klare Rahmenbedingungen zu schaffen, die Vergleichbarkeit von Leistungen, Kosten und Qualität zu erhöhen sowie den patientenorientierten Ressourceneinsatz zu fördern» (SwissDRG 2016b). TARPSY soll gemäss SwissDRG den Kliniken Spielraum lassen für individuelle Behandlungskonzepte, Betriebsvergleiche ermöglichen, den Wettbewerb fördern sowie manipulationsresistent und praktikabel sein.

Im Unterschied zur Akutsomatik kommen in der Psychiatrie **keine Fallpauschalen** zur Anwendung, sondern **leistungsbezogene Tagespauschalen**. Anhand der Hauptdiagnose (gemäss ICD-10) erfolgt die Zuordnung in eine von **10 Basis-Kostengruppen (PCG, Psychiatric Cost Groups)**, wobei die PCG nicht mit der ICD-Systematik übereinstimmen, sondern eine medizinisch und ökonomisch sinnvolle Gruppierung angestrebt wird (SwissDRG 2017a, 6f). Innerhalb der PCG ist eine weitere Differenzierung gemäss **Altersgruppe, Symptomintensität und Nebendiagnosen** möglich. Dabei wurde in der Entwicklungsphase geprüft, inwiefern die entsprechenden Variablen als Kostentrenner relevant sind, d.h. Unterschiede im Ressourcenverbrauch erklären.³ Daraus ergeben sich maximal 3 Differenzierungsmöglichkeiten pro PCG:

■ Symptombelastung gemäss folgenden HoNOS-Dimensionen:⁴

- H1: Überaktives, aggressives, Unruhe stiftendes oder agitiertes Verhalten
- H2: Absichtliche Selbstverletzung
- H5: Probleme im Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung

■ komplizierende Nebendiagnosen: können alternativ zu den HoNOS-Items zur Gruppierung der Fälle herangezogen werden, d.h. es führt nicht zu einer Höherbewertung der Fallschwere, wenn sowohl eine erhöhte Symptomschwere als auch eine komplizierende Nebendiagnose festgestellt werden.

■ Altersgruppe: < 18 Jahre; 18 bis 75 Jahre, >75 Jahre.

Die Analysen von SwissDRG haben gezeigt, dass diese Variablen nicht in allen Basis-PCGs als Kostentrenner relevant sind. Insgesamt ergeben sich so **22 psychiatrische Kostengruppen**. Da die Behandlungskosten von der Verweildauer abhängen und einen typischen Verlauf aufweisen (in den ersten Tagen sehr hoch, anschliessend degressiver Abfall und schliesslich Stabilisierung), wurden tagesbezogene Kostengewichte berechnet, welche die Fallkosten möglichst sachgerecht abbilden sollen. Daraus ergibt sich eine leistungsbezogene Tarifstruktur mit **degressiven Tagespauschalen**, welche ab der dritten Phase auf einem bestimmten Niveau verharren. Wie **Abbildung 1** zeigt, wird die effektive Vergütung pro Fall durch die Multiplikation von Tageskostengewicht, Aufenthaltsdauer und Basispreis ermittelt. Der Basispreis

² In der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird TARPSY frühestens ab 1. Januar 2019 für alle verbindlich eingeführt (vgl. www.swissdrg.org →Psychiatrie).

³ Eine Übersicht zu den geprüften und verwendeten Variablen in TARPSY 1.0 findet sich in SwissDRG (2017a, 10f.).

⁴ Mit dem Assessment-Instrument Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) beurteilt der/die fallführende Behandler/in die Symptombelastung in 12 Dimensionen (wovon drei tarifrelevant sind). Gemäss ANQ-Erhebungsvorgaben sind Kliniken verpflichtet, HoNOS bei Ein- und Austritt durchzuführen. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird eine modifizierte Version verwendet, HoNOS-SCA (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents). Für Details zu den HoNOS-Instrumenten vgl. ANQ-Website (www.anq.ch/psychiatrie).

(Baserate) wird von jeder Klinik mit den Versicherern ausgehandelt und muss von den zuständigen kantonalen Behörden genehmigt werden. Die Tarife müssen sich an jenen Spitälern orientieren, welche die tarifizierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen. Die Kantone müssen bei der Genehmigung beziehungsweise Festsetzung der Tarife dem Gebot der Wirtschaftlichkeit Rechnung tragen.

Abbildung 1: Schematische Darstellung der leistungsbezogenen Vergütung gemäss TARPSY



Quelle: Darstellung BASS

Analog zu den Fallpauschalen in der Akutsomatik handelt es sich bei TARPSY um ein «lernendes System», das laufend weiterentwickelt werden soll. Damit wird sichergestellt, dass allfällige kostenrelevante Unterschiede zwischen Versorgungsinstitutionen (Akut-, Spezial- und Suchtkliniken) oder im Patientengut (Fall schwere, Nebendiagnosen) möglichst adäquat abgebildet werden können (SwissDRG 2016a). Voraussetzung dafür ist eine präzise Datenerfassung und -bereitstellung durch die Leistungserbringer gemäss den gesetzlichen Vorgaben nach Art. 49 Abs. 7 KVG. Die Erfahrung in der Akutsomatik zeigt laut den befragten Expert/innen, dass ab Einführung von TARPSY (wie auch später von ST Reha) die Qualität der gelieferten Datengrundlagen ansteigen wird, da Spitäler und Kliniken selber an der adäquaten Abbildung ihrer Kosten und Leistungen interessiert sind.⁵ Für die Weiterentwicklung von TARPSY sollen u.a. Analysen zur Kostenrelevanz der codierten Nebendiagnosen durchgeführt sowie geprüft werden, ob Behandlungen (gemäss CHOP-Klassifikation) in die Tarifstruktur einbezogen werden sollen (SwissDRG 2017a).

Kostenunterschiede, die auf regionale Besonderheiten (Stadt, Land; Lohn- und Lohnnebenkosten) oder spezifische Unterschiede in den Infrastrukturkosten (z.B. Gebäudewerte, Landwerte) zurückzuführen sind, werden in TARPSY nicht abgebildet, sondern können in den Tarifverhandlungen (Basispreis) mittels einer Preisdifferenzierung aufgefangen werden. Relevant sollten dabei nur Mehr- oder Minderbelastungen der Klinik gegenüber dem Benchmark⁶ sein, nicht jedoch Kostenunterschiede aufgrund unterschiedlicher Effizienz der Kliniken (SwissDRG 2016a).

Die Krankenversicherer haben mit dem Spitzenverband der Spitäler, H+, einen Tarifstrukturvertrag TARPSY unterzeichnet. Dieser sieht unter anderem ein Monitoring mit **automatischen Korrekturmassnahmen** vor. Die Korrekturen greifen für den Fall, dass das Leistungsvolumen in den zwei Jahren nach der Umstellung auf die neue Tarifstruktur eine bestimmte Bandbreite («Zielkorridor») unter- oder überschreitet:

⁵ Gleichzeitig gilt es für die Leistungserbringer auch abzuwägen, in welchem Masse der dazu erforderliche administrative Zusatzaufwand gerechtfertigt ist.

⁶ Bisher gibt es keinen nationalen Benchmark, weder in der Akutsomatik noch in der Psychiatrie. Preisüberwachung und Versicherer bzw. Einkaufsgemeinschaften wenden eigene Benchmarks an (z.T. 20. Perzentil, z.T. 40. oder 50. Perzentil), was nach Einschätzung der Preisüberwachung auch so bleiben wird, solange diesbezüglich kein Grundsatzurteil durch das Bundesverwaltungsgericht vorliegt. Vgl. auch die Zusammenstellung der relevanten BVGer-Urteile von H+ (2016, Abschnitt 7).

- Basis ist das nationale Leistungsvolumen. Dieses entspricht der Summe der erbrachten Behandlungen aller Leistungserbringer im Anwendungsbereich von TARPSY.
- Das nationale Leistungsvolumen wird indexiert. Für 2017 beträgt der Indexwert 100. Die obere Grenze des Zielkorridors beträgt 103 Indexpunkte für 2018 und 105 Punkte für 2019. Die untere Grenze liegt für 2018 bei 98 und für 2019 bei 99 Punkten.
- Soweit das nationale Leistungsvolumen unter oder über diesem Zielkorridor liegt, werden individuelle Korrekturen bei denjenigen Leistungserbringern vorgenommen, bei welchen die Leistungsmenge unter bzw. über den Zielwerten liegt. Zu diesem Zweck wird ein entsprechender Korrekturfaktor (Nachverrechnung oder Rückvergütung) auf die Rechnungen der Jahre 2020 (für Leistungsjahr 2018) bzw. 2021 (für Leistungsjahr 2019) umgesetzt.
- Der Korrekturfaktor entspricht der Differenz zwischen dem unteren bzw. oberen Zielkorridorwert und dem effektiven Indexwert.

Der Tarifstrukturvertrag und die darin vorgesehenen Korrekturmassnahmen sind verbindlich und dürften somit das Verhalten der Leistungserbringer zum Zeitpunkt der Einführung beeinflussen. Dies gilt es im Rahmen einer Hauptstudie zu berücksichtigen.

3.2 ST Reha

Die Umstellung auf ST Reha ist gegenwärtig für den 1. Januar 2020 vorgesehen. Im Unterschied zu TARPSY liegt für ST Reha indes noch keine Einführungsversion vor; entsprechend stehen auch die Tarifgenehmigung durch den Bundesrat und der Tarifstrukturvertrag noch aus. Zwischen der im Folgenden skizzierten Tarif-Version 0.5 und der Einführungsversion kann es noch zu Verschiebungen kommen.

Mit der Einführung von ST Reha werden die gesetzlichen Vorgaben gemäss Art. 49 KVG umgesetzt, stationäre Behandlungen mit leistungsbezogenen, auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen basierenden Pauschalen zu vergüten. Damit verbundene Ziele sind eine Erhöhung der Kosten- und Leistungstransparenz, aussagekräftige Betriebsvergleiche und eine Verstärkung des Qualitätswettbewerbs. Analog zur Entwicklung von TARPSY war auch bei ST Reha eine zentrale Anforderung an die Tarifstruktur, manipulationsresistent, überprüfbar sowie in der Anwendung möglichst einfach zu sein (vgl. Mattli et al. 2016).

Analog zu TARPSY sind auch in der stationären Rehabilitation leistungsbezogene Tagespauschalen vorgesehen (jedoch auf Wochen- oder Monatsbasis berechnet). Die Zuteilung in eine Kostengruppe erfolgt dabei nicht anhand der Hauptdiagnose, sondern nach **Ursache der funktionellen Einschränkung**. In der Version 0.5 unterscheidet man **vier Rehabilitations- bzw. Leistungsbereiche**:

- Neurologische Rehabilitation
- Kardiovaskuläre Rehabilitation
- Pulmonale Rehabilitation
- Andere Rehabilitation (hierzu gehört u.a. die muskuloskelettale Rehabilitation)

Massgeblich für die Einteilung in Kostengruppen (PCS, Patientenklassifikationssystem) ist ausserdem der **Schweregrad der Funktionseinschränkung** bzw. der damit verbundene Behandlungsaufwand. Dieser wird anhand derselben Assessment-Instrumente ermittelt, die teilweise auch für die Qualitätsmessungen der ANQ verwendet werden. Im Unterschied zum vorgesehenen ANQ-Messplan⁷ müssen die Assessments nicht nur bei Ein- und Austritt durchgeführt werden, sondern in periodischen Abständen während des stationären Aufenthaltes. Basierend auf den Messungen wird einmal pro Woche (Version 0.5a) oder alle vier Wochen (Version 0.5b) eine allfällige Neuzuteilung der Patient/innen in Kostengruppen vorgenom-

⁷ Vgl. www.anq.ch/rehabilitation

men. Die effektive Tagespauschale ergibt sich aus der Multiplikation des jeweiligen (pro Woche oder Monat geltenden) Kostengewichts mit der Baserate. Letztere wird zwischen den Tarifpartnern ausgehandelt.

Bei den Assessments im Rahmen von ST Reha sollen einerseits Instrumente verwendet werden, welche die Selbständigkeit der Patient/innen im täglichen Leben (ADL, Activities of Daily Living) messen. Rehabilitationskliniken können dazu zwischen zwei Instrumenten auswählen: EBI (Erweiterter Barthel-Index) und FIM (Functional Independence Measure).⁸ Ausserdem wird in allen Rehabilitationsbereichen auch die Belastung durch Polymorbidität erhoben (Cumulative Illness Rating Scale CIRS). Nur in der Pulmonalen Rehabilitation kommt noch der sog. 6-Min-Gehtest als weiteres Assessment hinzu (vgl. SwissDRG 2017b). Unter Berücksichtigung der Assessments ergeben sich in der Version 0.5 folgende Differenzierungen:

- Neurologische Rehabilitation: 8 Tarifgruppen
- Kardiovaskuläre Rehabilitation: 4 Tarifgruppen
- Pulmonale Rehabilitation: 4 Tarifgruppen
- Andere Rehabilitation: 5 Tarifgruppen

Ob diese Struktur auch für die Einführungsversion beibehalten wird, lässt sich derzeit nicht abschätzen. Gemäss den Vorgaben von SwissDRG für die Datenerhebung 2018 werden zu Plausibilisierungszwecken bzw. für eine weitere Differenzierung des Systems die Rehabilitationsarten detailliert erfasst (10 Bereiche).⁹

Die befragten Expertinnen und Experten verweisen auf verschiedene **klärungsbedürftige** (und kontrovers diskutierte) **Punkte**, die bis zur Einführung von ST Reha geklärt werden sollten bzw. deren Ausgestaltung sich auf die Implementierung des neuen Tarifsystems auswirken könnte:

■ **Leistungsbezug:** Verschiedene Akteure halten das jetzige System für zu wenig differenziert und transparent. Kritisiert wird teilweise, dass gut zwei Drittel der Rehabilitationsfälle unter die Kategorie «andere» subsumiert werden (68%, vgl. Mattli et al. 2017). Mehrere befragte Akteure sprechen sich für die Integration von Behandlungs-codes bzw. Komplexbehandlungen gemäss CHOP ins Tarifsysteem aus.

■ **Umgang mit Zusatzentgelten:** Bisher ist noch unklar, ob bzw. welche Leistungen ergänzend zur ST-Reha-Pauschale vergütet werden, sofern eine sachgerechte Pauschalierung nicht möglich ist (typische Beispiele sind Dialyse oder sehr teure Krebsmedikamente). Müssen die Rehabilitationsstarife diese Kosten pauschal decken, besteht die Gefahr, dass Rehabilitationskliniken solche Patient/innen abweisen.

■ **Definition und Abgrenzung:** Es gibt in der Schweiz kein einheitliches Verständnis von Rehabilitation. In der Deutschschweiz ist die Rehabilitation in der Regel organspezifisch spezialisiert (Neuro, Pulmo etc.), während in der Westschweiz eher ein ganzheitlicher Ansatz verfolgt wird, mit einem starken Fokus auf geriatrische Rehabilitation. Dies hat zur Folge, dass die kantonalen Spitalisten auf uneinheitlichen Kriterien erstellt werden, was die Tarifgüte und die nationale Vergleichbarkeit beeinträchtigt. Eine weitere Herausforderung ist der Umgang mit der sogenannten überwachungspflichtigen Rehabilitation (auch: «Frührehabilitation»), eine Form der Rehabilitation mit intensivem Behandlungsbedarf an der Schnittstelle zur Akutsomatik, die gegenwärtig z.T. via DRG-Fallpauschalen abgerechnet wird.

■ **Finanzierungsseitige Fragestellungen:** Umgang mit Rehabilitationsleistungen, die nicht OKP-pflichtig, sondern IVG-, UVG- oder MVG-Pflichtleistungen sind (z.B. Arbeitsrehabilitation).

⁸ Für die Einführung von ST Reha müsste eine nationale FIM-Lizenz gelöst werden, da für die Entwicklungsphase lediglich eine an die ANQ gekoppelte Sublizenz für die Auswertung besteht (die Lizenz der ANQ ist an den ausdrücklichen Verwendungszweck der Qualitätsmessung gekoppelt). Aus Sicht ANQ besteht eine weitere Schwierigkeit darin, dass ANQ und ZHAW/SwissDRG für die Analyse der EBI- und FIM-Daten unterschiedliche Umrechnungsalgorithmen verwenden. Für die Einführung von ST Reha wäre zu klären, welcher Algorithmus eingesetzt werden soll.

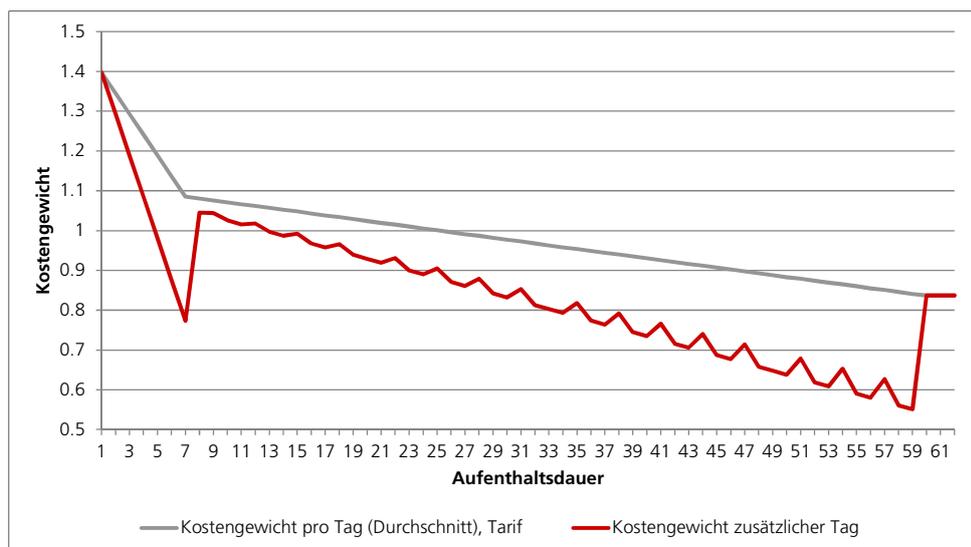
⁹ Rehabilitationsarten nach DefReha© (H+ 2015): geriatrisch, internistisch, kardiovaskulär, muskuloskelettal, neurologisch, onkologisch, pädiatrisch, paraplegiologisch, psychosomatisch, pulmonal.

3.3 Gemeinsamkeiten und Unterschiede zur Akutsomatik

Mit Blick auf mögliche Anknüpfungspunkte an die Evaluation der KVG-Revision Spitalfinanzierung (Laufzeit 2012 bis 2019) werden im Folgenden einige zentrale Aspekte aufgegriffen, welche für die Analyse der Wirkungen von TARPSY und ST Reha relevant scheinen.

■ In der Akutsomatik existieren Fallpauschalen, während für die stationäre Psychiatrie auf degressive leistungsbezogene Tagespauschalen und in der Rehabilitation voraussichtlich auf leistungsbezogene Tagespauschalen, basierend auf Wochen- oder Monatstarif, gesetzt wird. In der Akutsomatik setzen die Fallpauschalen einen klaren **Anreiz zur Verkürzung** stationärer Aufenthalte. Bei der stationären **Psychiatrie** besteht in der Tarifstruktur selbst kein Anreiz zur Verkürzung stationärer Aufenthalte, es fällt lediglich in denjenigen Fällen, wo bisher keine degressiven Tagespauschalen implementiert waren, ein bisher bestehender Anreiz zur Verlängerung der Aufenthalte weg. Zumindest in der Psychiatrie waren bereits vor der Umstellung auf das neue System die Tarife vielerorts degressiv ausgestaltet. Auch längere Aufenthalte werden mit TARPSY im Mittel kostendeckend abgegolten. Mit der Einführungsversion von TARPSY (1.0) besteht allerdings in einigen Fällen die Möglichkeit, dass sich die Aufenthalte aufgrund der Anreizstrukturen um einzelne Tage verlängern oder verkürzen, wie Berechnungen zur PCG TP20A (Verhaltensstörungen bei Missbrauch von Alkohol mit komplizierender Nebendiagnose oder Alter < 18 Jahre) exemplarisch zeigen (vgl. **Abbildung 2**).

Abbildung 2: Kostengewicht (PCG TP20A) in Abhängigkeit der Aufenthaltsdauer



Quelle: SwissDRG (2016d); Berechnungen BASS

Die Anreize wirken beim aufgezeigten Beispiel so, dass die Aufenthaltstage 6 und 7 betriebswirtschaftlich tendenziell uninteressant werden. Das kann entweder dazu führen, dass eine Person nach dem fünften Tag entlassen wird oder über den 7. Tag hinaus stationär behandelt wird. Ebenfalls ist die zusätzliche Vergütung pro zusätzlichen Aufenthaltstag bei sehr langen Aufenthalten (ab 60 Tagen) deutlich besser als bei den Tagen 32 bis 59.

In der stationären **Rehabilitation** spielen Kostengutsprachen eine wichtige Rolle; die Dauer ist oft von vorneherein festgelegt. Ausserdem wird nicht allen Patient/innen ein Rehabilitations-Aufenthalt bewilligt bzw. vergütet.

Insgesamt dürften die konkreten Anreize nicht primär von der neuen Struktur abhängen, sondern vor allem davon, inwiefern sich die Tarife gegenüber dem Stand vor Einführung TARPSY/ST Reha verändern.

Die befragten Expert/innen gehen davon aus, dass sich die neuen Tarife kaum auf die Aufenthaltsdauer auswirken werden.

■ Bei den Fallpauschalen der Akutsomatik (SwissDRG) konnte man auf Erfahrungen im Ausland aufbauen (G-DRG und APDRG; APDRG wurden vor 2012 bereits in verschiedenen Kantonen angewendet). Im Gegensatz dazu handelt es sich bei TARPSY und ST Reha um Neuentwicklungen.¹⁰ Es ist daher in den ersten Jahren nach der Einführung zu erwarten, dass sich die Tarifsysteme noch weiter ausdifferenzieren.

■ Die Neuregelung des **Finanzierungsanteils der Kantone** (diese übernehmen mind. 55% der Vergütung stationärer Leistungen, die Krankenversicherer finanzieren max. 45%)¹¹ ist seit 01.01.2017 verbindlich, auch in der Psychiatrie und der Rehabilitation.

■ Eine der erwünschten Wirkungen bei der Einführung von SwissDRG war die Förderung von **Spezialisierungs- und Konzentrationsprozessen** (vgl. z.B. BAG 2015). In der stationären Rehabilitation ist die Versorgungslandschaft bereits heute relativ spezialisiert (insbesondere in der Deutschschweiz), und gegenwärtige Veränderungsprozesse erfolgen gemäss Expert/innen unabhängig von Tarifsystemen. Dies betrifft etwa den steigenden Anteil an Fällen mit komplexem Rehabilitationsbedarf (mehr multimorbide, chronisch kranke Menschen). Folglich müssen die Rehabilitationsbereiche enger zusammenarbeiten; Kliniken spannen zusammen und/oder verfügen über mehrere Leistungsverträge. Auch in der Psychiatrie ist in gewissen Versorgungsbereichen eine Konzentration/Spezialisierung vorhanden (z.B. Suchtkliniken, Forensik). Die Entwicklungen in der hochspezialisierten Medizin, welche in der Akutsomatik die Konzentration gewisser Leistungen erfordern, sind gemäss Expert/innen für die Psychiatrie und die Rehabilitation kaum relevant. Hingegen ist es – wie in der Akutsomatik auch – aufgrund der unterschiedlichen institutionellen und finanziellen Voraussetzungen der Kliniken möglich, dass die Kostengewichte nicht vollständig mit den effektiven Kosten übereinstimmen. Je nach Leistungserbringer kann sich daher aus betriebswirtschaftlichen Überlegungen eine Spezialisierung oder die Fusion/Kooperation mit einer anderen Klinik anbieten. Die Wirkungen hängen aber konkret davon ab, welche Basispreise die Leistungserbringer mit den Versicherern abschliessen können.¹²

■ In der Akutsomatik werden teilweise vor dem Spitaleintritt noch ambulant Vorabklärungen getroffen. Daher stellt sich die Frage hinsichtlich möglicher **Verlagerungseffekte** durch die Einführung von DRG sowohl für den vorgelagerten als auch für den nachgelagerten ambulanten Bereich (vgl. Polynomics/Helsana 2017, 15). In der Psychiatrie und der Rehabilitation steht gemäss Einschätzung von Expert/innen das Verhältnis zum nachgelagerten Bereich (ambulante Behandlung, Pflege etc.) im Vordergrund. Zahlreiche Gesprächspartner/innen halten die Betrachtung der gesamten Versorgungskette für zentral – nicht nur aufgrund möglicher Verlagerungen, sondern auch mit Blick auf die Versorgungsqualität.

■ In der Akutsomatik führen **Hochdefizitfälle** regelmässig zu Diskussionen. Diese Problematik dürfte gemäss Expert/innen (u.a. aufgrund der zwischen den Krankheitsbildern relativ homogenen Behandlungsintensität) in der Psychiatrie¹³ und der Rehabilitation weniger eine Rolle spielen. Nur bei wenigen Krankheitsbildern, insbesondere bei den Demenz- und Alzheimerpatient/innen (deren Behandlungsaufwand

¹⁰ Das deutsche «Pauschalisierende Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Kliniken» (PEPP) wurde in einem ähnlichen Zeitraum entwickelt. In Deutschland können Leistungserbringer der stationären Psychiatrie seit 2013 optional mit PEPP abrechnen. Nach erheblicher Kritik wurde jedoch bereits vor der definitiven Einführung eine Neuausrichtung des Vergütungssystems vorgenommen (vgl. Jäggi et al. 2017, 14; Bühring 2016); das modifizierte System ist zum 1.1.2018 bundesweit eingeführt worden.

¹¹ Bis zum Zeitpunkt der Einführung von SwissDRG galt noch eine Übergangsregelung. In der Übergangsphase bis 2017 konnten diejenigen Kantone, deren Durchschnittsprämie für Erwachsene am 1. Januar 2012 die schweizerische Durchschnittsprämie unterschritt, ihren Finanzierungsanteil unter 55% festsetzen.

¹² Vereinfacht gesagt ergibt sich kein Kostendruck, wenn ein ineffizientes Spital zwar durch TARPSY/ST Reha nur noch teilweise für seine Leistungen kompensiert würde, aber durch geschickte Verhandlungen ein hoher (d.h. gegenüber dem Benchmark überdurchschnittlicher) Basispreis durchgesetzt werden kann.

¹³ Die vorhandenen Daten lassen darauf schliessen, dass die Behandlungsintensität unabhängig des Krankheitsbildes relativ homogen ist.

sehr hoch ist), dürften die Kosten stark vom Durchschnitt abweichen. Inwiefern die Versorgung dieser Patientengruppe mit dem neuen Tarif kostendeckend erbracht werden kann, muss sich noch weisen.

■ **Zusatzentgelte** für bestimmte Leistungen werden in der Akutsomatik und der Psychiatrie ergänzend zur Pauschale vergütet, bei ST Reha muss der Umgang mit Zusatzentgelten noch geklärt werden.

■ **Behandlungscodes** sind Bestandteil der Fallpauschalen in der Akutsomatik; in der Psychiatrie wird die Integration von CHOP-Codes ins Tarifmodell geprüft. Zum Zeitpunkt der Berichterstattung (März 2018) liegen dem Forschungsteam keine Informationen dazu vor, ob bzw. in welchem Zeitrahmen für ST Reha Behandlungscodes definiert und in das Modell einbezogen werden sollen.

3.4 Weiterentwicklung der Tarifstrukturen

Wie die Fallpauschalen in der Akutsomatik sind auch TARPSY und ST Reha als lernende Systeme konzipiert, die gemäss den Erfahrungen in der Praxis und den Inputs der beteiligten Partner (Leistungserbringer, Krankenversicherer, Kantone) optimiert und modifiziert werden dürften. Vor allem in den ersten Jahren der Einführung muss davon ausgegangen werden, dass es noch zu Anpassungen an den neuen Tarifsystemen TARPSY und ST Reha kommen wird. Zu nennen ist insbesondere die Einbindung von Behandlungscodes und deren zukünftige Rolle innerhalb der Tarifmodelle. In diesem Zusammenhang interessiert auch das Verhältnis zwischen CHOP und den in den jetzigen Versionen verwendeten Assessment-Instrumenten (u.a. HoNOS, FIM, EBI), welche derzeit eine Doppelfunktion erfüllen, da sie auch für die Qualitätsindikatoren im Rahmen des ANQ-Messplans verwendet werden.¹⁴

¹⁴ In der Psychiatrie: Reduktion der Symptombelastung (Differenz zwischen Ein- und Austrittswert gemäss HoNOS); in der Rehabilitation: Indikatoren zur Körperfunktion/-struktur und Aktivität (je nach Rehabilitationsbereich, u.a. FIM, EBI und 6-Min-Gehtest). Dass Instrumente, die primär für die Überprüfung der Zielerreichung und Qualitätsmessungen im klinischen Kontext entwickelt wurden, für die Einstufung der Patient/innen in eine Tarifgruppe verwendet werden, wird nicht nur seitens ANQ kritisch beurteilt. Assessments, welche eine offene Fehlerkultur widerspiegeln, sind zentral für eine bedarfsgerechte Qualitätsentwicklung. Die Befürchtung besteht, dass es hier aufgrund der tarifrelevanten Funktion der Assessments zu einem Fokuswechsel kommt, welcher betriebswirtschaftlich motiviert ist, was für die Qualität (und die Qualitätsmessungen) ebenso nachteilig ist wie für die Kostenentwicklung. Eine überprüfbare und transparente Grundlage für die Einteilung in Tarifpositionen würde (wie in Kap. 3.2 erwähnt) von verschiedenen Expert/innen begrüsst.

4 Erwartete Wirkungen

Im Folgenden wird zusammengefasst, welche Wirkungen aus Expertensicht denkbar sind (Kapitel 4.1 und 4.2). Auf dieser Basis hat das Forschungsteam Hypothesen formuliert (Kapitel 4.3), die im Rahmen einer Begleitstudie zur Einführung von TARPSY und ST Reha zu überprüfen wären.

4.1 Kostenentwicklung und Kostenverlagerungen

Die konsultierten Expert/innen erwarten kaum kostendämpfende Effekte aufgrund der Umstellung auf TARPSY und ST Reha. Dahingehende Wirkungen seien allenfalls indirekt möglich, weil mit der schweizweit einheitlichen Tarifstruktur nun **Betriebsvergleiche** vorgenommen werden könnten. Dies erhöht massgeblich die Transparenz, stärkt die Verhandlungsposition der Versicherer zulasten der Leistungserbringer und dient den Kantonen als Grundlage für die Spitalplanung sowie für die Genehmigung oder Festsetzung der Tarife. Die bisher teils erheblichen **Preisunterschiede** sind aus Expertensicht u.a. darauf zurückzuführen, dass die Kosten- und Leistungsstrukturen bisher kaum vergleichbar gewesen seien. Eine mögliche Folge der erhöhten Transparenz durch TARPSY und ST Reha wäre, dass sich die Differenzen zwischen den ausgehandelten Preisen angleichen – ähnliches habe man in der Akutsomatik mit der Entwicklung der Base-rates gesehen. Für zahlreiche Expert/innen steht fest, dass die Ausgestaltung der Tarifstrukturen TARPSY und ST Reha mit Blick auf Kostenentwicklung und Verlagerungseffekte nur eine marginale Rolle spielt: v.a. nach der Einführungsphase, in der die Kostenneutralität gewährleistet werden muss, wird die Höhe der ausgehandelten **Basispreise** entscheidend sein.

Bei der Untersuchung der Auswirkungen auf das Kostenwachstum ist nebst der Preisentwicklung auch die **Mengenentwicklung** von Interesse. Diesbezüglich machen die konsultierten Expert/innen auf eine heterogene Ausgangslage aufmerksam (sprachregionale, kantonale und klinikindividuelle Unterschiede), welche das Herausstellen kausaler Zusammenhänge stark erschweren. Schwer einzuschätzen ist laut Expert/innen, inwiefern Up-Coding (d.h. die ungerechtfertigte Einstufung von Patient/innen in höher bewertete Kostengruppen) sich auf Leistungsmengen auswirken wird, da die Assessmentqualität (Psychiatrie: HoNOS, Rehabilitation: FIM, EBI etc.) schwer zu kontrollieren ist. Die Erfahrung in der Akutsomatik habe allerdings gezeigt, dass eine allfällige Zunahme an höher bewerteten Fällen aufgrund von Codierrevisionen und der regelmässigen Neukalkulation der Kostengewichte vorübergehender Natur sein dürfte. Vereinzelt wird darauf hingewiesen, dass bei der Weiterentwicklung der Tarifsysteme eine allzu starke Ausdifferenzierung (mit Behandlungscodes, Zusatzentgelten) einen Anreiz zur Mengenausweitung herbeiführen könnte.¹⁵

Spezifisch für den Bereich Psychiatrie wird seitens Expert/innen auf die Möglichkeit hingewiesen, dass es bei bestimmten Patientengruppen zu einer Zunahme von Kurzaufenthalten (unter 7 Tagen) kommen könnte, da diese Phase mit relativ hohem Kostengewicht bewertet ist – mit potenziell negativen Folgen für die Versorgungsqualität (siehe nachfolgendes Kapitel). Hierzu ist allerdings auf den grundlegenden Mechanismus der Tarifstruktur zu verweisen: Die Kostengewichte der einzelnen Phasen wurden so berechnet, dass im Mittel eine Deckung der Kosten gewährleistet ist. Die hohe Abgeltung der Leistungen in den ersten Tagen widerspiegelt also die in dieser Phase hohen Kosten. Entscheidend für betriebswirtschaftliche Anreize sind nicht die Kostengewichte und damit die Vergütung, sondern der Gewinn, den ein Spital erzielen kann (Vergütung abzüglich Kosten).

Ein wesentlicher Aspekt der Mengenentwicklung ist die Entwicklung der durchschnittlichen **Aufenthaltsdauer**. Diesbezüglich gilt es folgende Punkte zu bedenken:

¹⁵ Je mehr Einzelleistungen herausgeschält werden können und/oder tarifrelevant sind, desto eher besteht der Anreiz zur Mengenausweitung.

4 Erwartete Wirkungen

- Seit einigen Jahren gehen die Aufenthaltsdauern in der Psychiatrie und der Rehabilitation zurück. In gewissen Gebieten sind in der Psychiatrie sehr lange Aufenthaltsdauern zu beobachten.
- Wie erwähnt bergen die neuen Tarifsysteme laut Expert/innen kaum Anreize zur Verkürzung der Aufenthaltsdauer. Allerdings gilt es zu bedenken, dass bisher lediglich ein Teil der Institutionen nach degressiven Tagespauschalen abgerechnet hat. Laut einer nicht veröffentlichten Zusammenstellung, welche das Obsan im Auftrag des BAG erstellt hat,¹⁶ wurde 2011 in gut 40% der psychiatrischen Kliniken zumindest teilweise nach degressiven Tagespauschalen abgerechnet.
- Nicht in allen Kantonen gibt es sog. Urlaubsregelungen in der Psychiatrie (Unterbrüche im stationären Aufenthalt von 1 bis 5 Tagen).
- Die Aufenthaltsdauer (wie auch der Behandlungsaufwand) hängt zum einen von klinikindividuellen Behandlungskonzepten ab, zum anderen auch von der kantonalen Versorgungslandschaft. Je nach Verfügbarkeit von ambulanten, aufsuchenden oder teilstationären Angeboten, welche häufig von den Kantonen mitfinanziert werden, können Patient/innen früher von einem stationären Setting in ein anderes Behandlungsangebot wechseln. In der Rehabilitation führt laut Expert/innen der Mangel an geeigneten Nachsorgeangeboten zu Fehlversorgung und/oder verlängerten Aufenthaltsdauern.

Einschätzungen zu möglichen **Kosten- und Leistungsverlagerungen** sind aufgrund der erwähnten institutionell und kantonal heterogenen Ausgangslagen schwierig. Laut Expert/innen kommt es auf die konkreten Tarife/Basispreise an: sind diese nicht kostendeckend, könnte es durchaus zu Verlagerungseffekten kommen. Bei ausreichender Vergütung bestehe hingegen kein Anreiz, Leistungen zu verlagern. Diskutiert wird indes eher über Verlagerungen von ambulant zu stationär: Für die Nachsorge nach stationären Aufenthalten (im Falle der Psychiatrie auch: deren Vermeidung) sind die Behandlungskapazitäten im ambulanten Bereich (inkl. Tageskliniken und aufsuchende Dienste) von zentraler Bedeutung. Es besteht jedoch weitgehend Einigkeit, dass die Finanzierung dieser Angebote knapp oder unzureichend ist. Vor diesem Hintergrund befürchten manche Expert/innen, dass es bei attraktiveren stationären Tarifen zu aus Behandlungs- und Patientensicht unerwünschter Rückverlagerung aus dem ambulanten/teilstationären Bereich kommen könnte.¹⁷

Wie erwähnt sind mehrere Expert/innen der Ansicht, die Wirkungen von ST Reha und TARPSY seien nur schwer zu beurteilen, wenn nicht die Entwicklung des gesamten Versorgungsbereichs (Psychiatrie: stationär, ambulant, Tageskliniken; Rehabilitation: Zugangswege (zuweisende Instanzen für Triage und Feststellung Rehabilitationspotenzial), stationär, ambulant, Tageskliniken, Pflegeheime, Kur u.ä.) in den Blick genommen werde. Nebst der Beobachtung der Kosten- und Leistungsentwicklung in den jeweiligen Bereichen steht dabei auch die Frage im Raum, inwiefern die neuen stationären Tarifsysteme zu Anpassungen auf Ebene der Patientenfunde führen.

4.2 Versorgungsqualität und Versorgungssicherheit

Patientenorganisationen und die Ärzteschaft befürchten u.a., dass Behandlungspläne nach der Umstellung auf **TARPSY** vermehrt gemäss ökonomischen Kriterien erstellt statt am Bedarf der Patient/innen ausgerichtet werden (Pro Mente Sana 2016), oder dass die administrative Belastung auf Kosten direkter Arbeit mit Patient/innen zunimmt (z.B. Unger-Köppel 2016). Pro Mente Sana (2016) warnt auch davor, dass vermehrt Psychopharmaka statt Psychotherapie zum Einsatz kommen könnten, da mit Medikamenten eher eine kostengünstigere Standardbehandlung möglich ist. Eine weitere unerwünschte Wirkung wäre, dass vermehrt gewisse Patient/innen für eine kurze Dauer (unter 7 Tage) hospitalisiert werden, auch wenn ein längerer Aufenthalt (oder aber eine ambulante Behandlung) eher dem Bedarf entspräche. Dies könnte

¹⁶ «Pauschalvergütungssysteme vor 2012».

¹⁷ In der Rehabilitation besteht diese Gefahr laut Expert/innen weniger als in der Psychiatrie, da es bei stationärer Behandlung stets eine vorgängige Kostengutsprache braucht.

4 Erwartete Wirkungen

zu erhöhten Rehospitalisierungsraten oder zu Intervallbehandlungen (d.h. Wiedereintritt nach 18 Tagen als neuer Behandlungsfall) führen.

Bei **ST Reha** sind Effekte auf Ebene Versorgungsqualität und Versorgungssicherheit noch nicht absehbar, da im Tarifsystem noch zahlreiche Fragen offen sind. Klar unerwünscht wären die Risikoselektion bzw. der erschwerte Zugang zur Versorgung für Patient/innen mit Bedarf an teuren, komplexen Behandlungen. Gewisse Akteure sind überzeugt, dass mit ST Reha eine faire und angemessene Vergütung für genau diese Fälle relativ gut gelingen wird, bei anderen bleibt die Befürchtung, dass solche Fälle – und die entsprechenden Behandlungsplätze – unter Druck kommen könnten. Die Versorgungsqualität würde darüber hinaus auch leiden, wenn Kliniken aus Kostengründen pro Rehabilitationsaufenthalt die Menge an Therapieleistungen reduzieren würden.

Im Zusammenhang mit der Einführung der neuen Tarife werden nebst Befürchtungen und möglichen Fehlentwicklungen auch potenziell **positive Effekte** genannt. So sei durchaus denkbar, dass aufgrund der Umstellung auf TARPSY und ST Reha Prozesse optimiert würden, oder dass mit einer verbesserten Dokumentation transparent gemacht wird, welche Leistungen konkret im Rahmen einer stationären psychiatrischen Behandlung oder in der stationären Rehabilitation erbracht werden. Dies wiederum könne einen Dialog auch unter den Leistungserbringern anregen, Austausch über Behandlungskonzepte für bestimmte Patientengruppen intensivieren etc.

Die interviewten Expert/innen sind sich weitgehend einig, dass im Rahmen einer Begleitstudie zur Einführung von TARPSY und ST Reha auch Qualitätsaspekte einbezogen werden sollten. Die Erfassung und Messung der Versorgungsqualität ist bekanntlich mit **zahlreichen Herausforderungen** verbunden (vgl. z.B. SAMW 2009). Schwierig ist auch die Interpretation von Qualitätsindikatoren – entsprechend gross ist das Risiko von Fehlinterpretationen. Der Verein ANQ legt in seinem Argumentarium «Chancen und Grenzen der ANQ-Qualitätsmessungen»¹⁸ dar, welche Aspekte diesbezüglich bedacht werden müssen.

Zu den methodischen Herausforderungen kommt hinzu, dass Veränderungen in der Leistungserbringung auch mit übergeordneten Trends zu tun haben, welche weitgehend unabhängig von Vergütungsmodellen erfolgen und mit medizinischen und gesellschaftlichen Entwicklungen zusammenhängen (z.B. Zunahme ambulanter Behandlungsformen). In den Expertengesprächen wurde mehrfach darauf aufmerksam gemacht, dass die Versorgungsqualität in der Psychiatrie, aber auch in der Rehabilitation massgeblich vom Zusammenspiel der verschiedenen Versorgungsbereiche (ambulant, stationär, intermediär) abhängig ist – entsprechend werden allfällige Effekte der neuen Tarifsysteme kaum zu isolieren sein.

Vor diesem Hintergrund schlagen wir vor, analog zum Qualitätsmonitoring des Obsan im Rahmen der Evaluation der KVG-Revision Spitalfinanzierung (Hedinger et al. 2017a, 2017b) ein pragmatisches Vorgehen zu wählen, mit Kennzahlen zur Strukturqualität (Betreuungsverhältnis) sowie zentralen Kennzahlen zur Behandlung wie Aufenthaltsdauer, Rehospitalisierungsraten, Nachsorge oder Weiterbetreuung nach stationärem Aufenthalt. Zusätzlich können von der ANQ erhobene Indikatoren zur Ergebnisqualität berücksichtigt werden, wobei auf die erwähnten Herausforderungen bei der Interpretation solcher Messgrössen in der Hauptstudie sorgfältig einzugehen ist.

Fazit aus den Expertengesprächen

Die Gesprächspartner/innen sehen eine positive Folge der Einführung von TARPSY und ST Reha v.a. in der **Transparenz** und **Vergleichbarkeit** der Leistungen und Preise in der stationären Psychiatrie und Rehabilitation. Nebst verbesserten Grundlagen für Spitalplanung und Tarifverhandlungen könnte erhöhte Transparenz im Idealfall auch auf der Qualitätsebene einen Impuls geben, indem der Austausch zwischen Kliniken über Behandlungsmethoden und Good Practice gefördert wird.

¹⁸ Verfügbar über www.anq.ch/de/psychiatrie →Argumentarium (letzter Zugriff 09.02.2018).

Im Grossen und Ganzen erwarten die befragten Expert/innen aber kaum Wirkungen von der Umstellung auf die neuen Tarifsysteme. Dies hat auch damit zu tun, dass die Tarife kostendeckend ermittelt wurden und in einer ersten Phase kostenneutral umgesetzt werden sollen. Die Tarifstruktur selber enthalte **keine wesentlichen Anreizwirkungen**, welche zur Kostendämpfung beitragen könnten. Entscheidend wird aus Sicht der Expert/innen daher die Entwicklung der ausgehandelten Basispreise sein, denn die schweregradbereinigten Kostenunterschiede zwischen den Kliniken können beträchtlich sein.

4.3 Wirkungsmodell

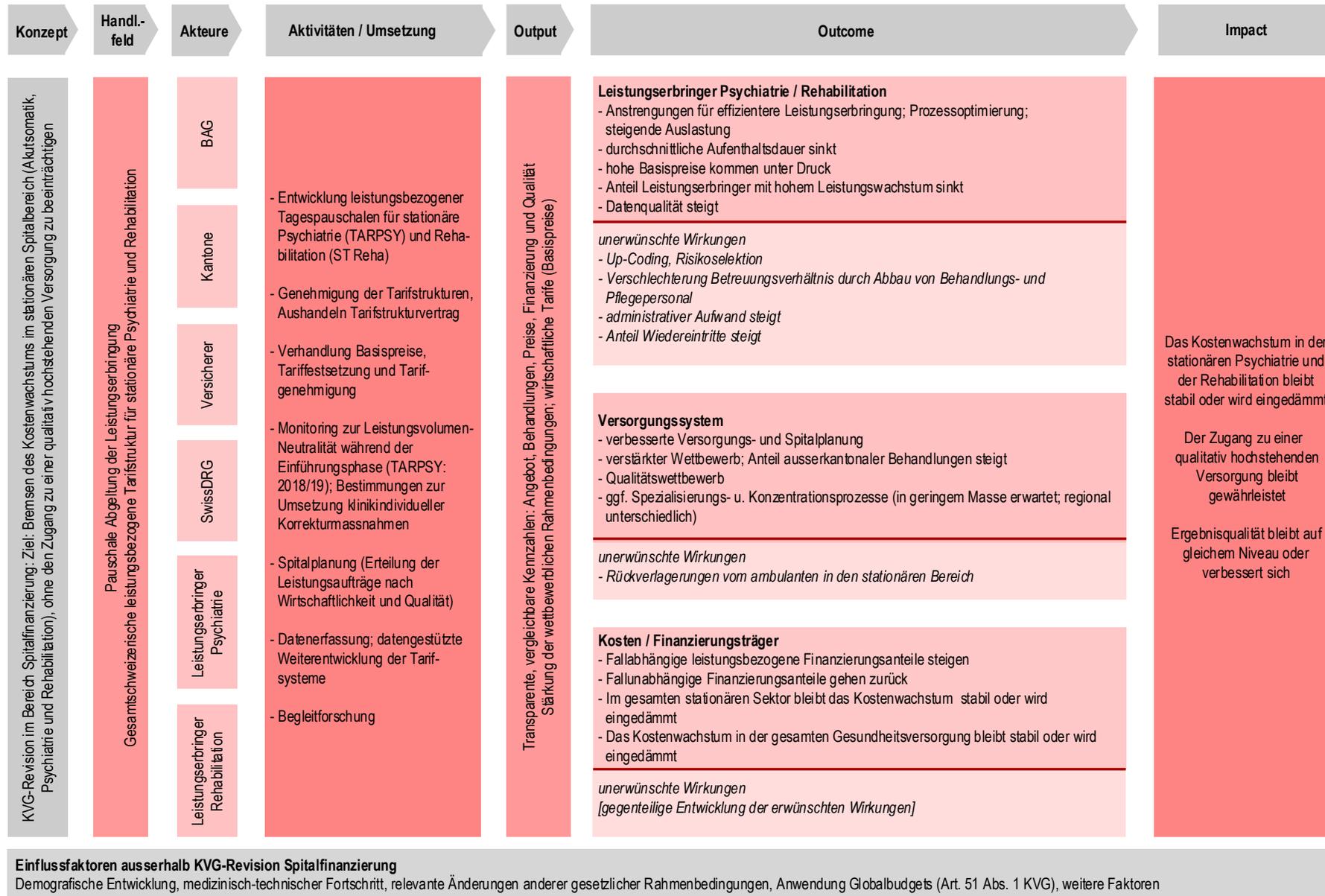
Die Einschätzungen der befragten Akteure wurden in ein Wirkungsmodell integriert, welches spezifisch für die Einführung von TARPSY und ST Reha zugeschnitten ist, sich aber an dem vom BAG verwendeten Arbeitsinstrument Wirkungszusammenhänge zur Evaluation der KVG-Revision Spitalfinanzierung orientiert (vgl. **Abbildung 3**). Das Wirkungsmodell dient zur Einbettung der zentralen Fragestellungen in einen Gesamtkontext und als Basis für die Hypothesenbildung (vgl. Kapitel 6).

Den Ausgangspunkt stellt die KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung dar, welche das Ziel hat, im stationären Spitalbereich – dazu gehören auch die Psychiatrie und die Rehabilitation – das Kostenwachstum zu bremsen, ohne den Zugang zu einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung zu beeinträchtigen («**Konzept**»). Das **Handlungsfeld** hierzu ist die Reformierung der Abgeltung der Leistungserbringung mit einer gesamtschweizerisch einheitlichen leistungsbezogenen Tarifstruktur. Die **Aktivitäten** zur **Umsetzung** der gesetzlichen Vorgaben umfassen die Entwicklung von TARPSY und ST Reha und deren Implementierung durch die involvierten Akteure (Tarifstrukturvertrag, Verhandeln von Basispreisen etc.). Zum **Output**, d.h. den durch die Einführung von TARPSY und ST Reha hervorgebrachten Produkten, gehören u.a. transparente und schweizweit vergleichbare Kosten- und Leistungskennzahlen zur stationären Psychiatrie und Rehabilitation.

Die Erwartungen der befragten Akteure zu den möglichen Wirkungen der Umstellung auf TARPSY und ST Reha sind unter **Outcomes** dargestellt. Für die Ebene der Leistungserbringer, des Versorgungssystems sowie hinsichtlich der Kosten werden jeweils intendierte, erwünschte Wirkungen und unerwünschte Wirkungen unterschieden. Unter **Impact** sind die langfristigen, übergeordneten Ziele der KVG-Revision (hier spezifisch für die Bereiche der stationären Psychiatrie und Rehabilitation) aufgeführt. Schliesslich gilt es zu bedenken, dass die KVG-Revision und die Umstellung auf TARPSY und ST Reha auch über die gesamte Wirkungskette von externen Faktoren beeinflusst werden kann. Die zentralen Umfeldfaktoren sind unterhalb des Wirkungsmodells aufgelistet.

4 Erwartete Wirkungen

Abbildung 3: Wirkungsmodell zur Einführung von TARPSY/ST Reha



Quelle: Darstellung BASS; in Anlehnung an das Arbeitsinstrument Wirkungszusammenhänge der Evaluation der KVG-Revision Spitalfinanzierung des BAG

5 Entwicklung von Fragestellungen für die Hauptstudie

Die Konkretisierung der Haupt- und Detailfragestellungen für die Begleitstudie zur Einführung von TARPSY und ST Reha erfolgt entlang **dreier Themenbereiche**: Kostenentwicklung, Kostenverlagerungen sowie Versorgungsqualität und Versorgungssicherheit. Im Zentrum stehen folgende Leitfragen:

- A. Welchen Effekt haben die neuen Tarifsysteme in der stationären Psychiatrie und Rehabilitation auf das Kostenwachstum und die Finanzierung im Gesundheitswesen?
- B. Kommt es im Zuge der Umstellung auf TARPSY und ST Reha zu Leistungs-/Kostenverlagerungen?
- C. Wie wirken sich TARPSY und ST Reha auf die Versorgungssicherheit und die Versorgungsqualität aus?

Aus diesen Hauptfragestellungen werden die folgenden Detailfragestellungen abgeleitet. Diese sind innerhalb der Hauptfragestellungen absteigend gemäss der Logik des zugrundeliegenden Wirkungsmodells (vgl. Kap. 2) geordnet:

Nr.	Fragestellung
A Auswirkungen der Einführung von TARPSY und ST Reha auf das Kostenwachstum	
A.1	Welche Reaktionen löst die erhöhte Transparenz infolge der Einführung von TARPSY und ST Reha aus?
A.2	Welche Anreizeffekte ergeben sich aus der Tarifstruktur (degressive Tagespauschalen)?
A.3	Führt die Einführung von TARPSY und ST Reha zu Höhercodierungen («Up-Coding»)?
A.4	Welche Reaktionen hinsichtlich Effizienz ruft die Einführung von TARPSY und ST Reha bei den Spitälern hervor?
A.5	Wie beeinflusst die Einführung von TARPSY und ST Reha in der stationären Psychiatrie bzw. stationären Rehabilitation den administrativen Aufwand bei den Spitälern?
A.6	Welchen Einfluss hat die Einführung von TARPSY und ST Reha auf das Leistungsangebot (Menge)?
A.7	Welchen Einfluss hat die Einführung von TARPSY und ST Reha auf die Preise (Baserates)?
A.8	Welchen Einfluss hat die Einführung von TARPSY und ST Reha auf das Kostenwachstum im stationären Bereich?
A.9	Welchen Einfluss hat die Einführung von leistungsbezogenen Pauschalen in der stationären Psychiatrie bzw. stationären Rehabilitation auf das Kostenwachstum im Gesundheitswesen insgesamt ?
A.10	Welche Auswirkungen hat die Einführung von TARPSY und ST Reha auf das Wachstum der Ausgaben der einzelnen Kostenträger ? ¹⁹
A.11	Welchen Einfluss hat die Einführung von TARPSY und ST Reha auf das Kostenwachstum in der OKP ? Welchen Beitrag leisten dabei Preise und Mengen?
A.12	Welche Unterschiede bezüglich des Einflusses der Einführung von TARPSY und ST Reha sind im Vergleich zum akutsomatischen Bereich festzustellen? Wie lassen sich diese erklären? ²⁰
A.13	Welche Wirkungen haben die von den Tarifpartnern vorgesehenen Korrekturmassnahmen zur Gewährleistung der Kostenneutralität in der stationären Psychiatrie bzw. stationären Rehabilitation?
B Leistungs- und Kostenverlagerungen infolge Einführung von TARPSY und ST Reha	
B.1	Bewirkt die Einführung von TARPSY und ST Reha Leistungs- und Kostenverlagerungen vom stationären in den ambulanten Bereich oder umgekehrt?
B.2	Gibt es Leistungs-, Kosten- und Finanzierungsverlagerungen innerhalb des stationären Bereichs ? Falls ja, welcher Art und in welcher Höhe (Quantifizierung)?

¹⁹ Kostenträger gemäss Krankenhausstatistik sind: OKP, UV/IV/MV, Zusatzversicherung (inkl. Selbstzahler). Die Informationen zu den Kostenträgern sind getrennt verfügbar für den ambulanten und stationären Sektor sowie für die Langzeitpflege.

²⁰ Es handelt sich um eine Kausalanalyse, welche nur mit hohem Aufwand untersucht werden kann.

Nr.	Fragestellung
B.3	Führt die Einführung von TARPSY und ST Reha zu Kostenverlagerungen innerhalb der OKP ?
C Auswirkungen der Einführung von TARPSY und ST Reha auf Qualität und Versorgungssicherheit	
C.1	Welchen Einfluss hat die Einführung von TARPSY und ST Reha auf die Qualität der Leistungen im stationären Bereich? Wird die Transparenz über die Qualität der Leistungserbringung erhöht? Kommt es zu einem erhöhten Qualitätswettbewerb?
C.2	Welchen Einfluss hat die Einführung von TARPSY und ST Reha auf die Leistungsspektren der Spitäler und die entsprechenden Leistungsvolumina ?
C.3	Welche Auswirkungen resultieren daraus auf die Versorgungsstrukturen (Spitallandschaft)?

Die Detailfragestellungen bilden die Ausgangslage für die Hypothesenbildung. Die Hypothesen wiederum lassen sich mittels geeigneter Indikatoren überprüfen. Der Konnex zwischen Detailfragestellung, Hypothesen und Indikatoren findet sich in **Tabelle 3** im Anhang.

6 Hypothesen

Die nachfolgenden Hypothesen wurden basierend auf den von Expert/innen erwarteten Wirkungen sowie aus den Erkenntnissen der Literaturanalyse gebildet. Sie sind in der Hauptstudie mittels geeigneter Indikatoren zu überprüfen (vgl. Kapitel 7.1).

Bezüglich der Hypothesen und Indikatoren mit Bezug zur Finanzierung muss vorab noch eine Abgrenzung vorgenommen werden. Unterschieden wird in der Studie im Folgenden zwischen fallabhängigen und fallunabhängigen Finanzierungsanteilen:

■ **Fallabhängige Finanzierung/Vergütung von Leistungen nach KVG:** Diese Leistungen werden dual-fix von den Kantonen (mind. 55%) und der OKP (max. 45%) vergütet. Mit der leistungsbezogenen Vergütung werden auch die Anlagenutzungskosten abgegolten.

■ **Fallabhängige Finanzierung durch weitere Finanzierungsträger:** Leistungen, welche die Zusatzversicherung, die Patient/innen (Out-of-Pocket) oder die weiteren Sozialversicherungen (UV, IV, MV) übernehmen.

■ **Fallunabhängige Finanzierung der Spitäler:** Hierunter fällt die restliche Finanzierung der Spitäler durch die Kantone. Dazu zählen insbesondere gemeinwirtschaftliche Leistungen (GwL) wie Mittel zur Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen und für die Forschung und universitäre Lehre (vgl. Art. 49 Abs. 3 KVG). Hierunter fallen auch Investitionszuschüsse, die über die Vergütung der Anlagenutzungskosten hinausgehen, sowie Defizitdeckungsbeiträge.

Aufgrund der schweizweit einheitlichen Tarifstruktur werden die Leistungen national vergleichbar. Die erhöhte **Transparenz** stärkt die Verhandlungsposition der Versicherer gegenüber den Leistungserbringern. Die einzelnen Spitäler und Versicherer verhandeln einen **Basispreis**, der vom jeweiligen Kanton genehmigt oder in Abwesenheit einer Einigung festgesetzt werden muss, wobei die Kantone bei der Genehmigung beziehungsweise Festsetzung dem Gebot der Wirtschaftlichkeit Rechnung tragen müssen, was ebenfalls durch erhöhte Transparenz erleichtert wird.²¹

Die erhöhte Transparenz dürfte den Wettbewerb zwischen den Spitälern anregen und damit einen gewissen Kostendruck auslösen:

Hypothese 1: Die Einführung von TARPSY/ST Reha bewirkt in den ersten Jahren nach der Einführung eine Senkung der Baserates von Spitälern, welche überdurchschnittlich hohe Preise ausgehandelt haben.

Hypothese 2: Die fallunabhängigen Finanzierungsanteile sinken.

Hypothese 3: Bei der Spitalplanung/Kostengutsprache werden vermehrt ausserkantonale Lösungen in Betracht gezogen.

Die Hypothesen werden durch erste Erkenntnisse in der Akutsomatik gestützt. So wurden seit Einführung von SwissDRG sinkende Basispreise beobachtet (Felder et al. 2016). Die Anzahl der Spitäler, welche Defizitdeckung durch die öffentliche Hand erhalten, ist deutlich zurückgegangen, was der Absicht des Gesetzgebers entspricht. Auch die fallunabhängigen Finanzierungsanteile der öffentlichen Hand (für andere Arten von Leistungsaufträgen bzw. gemeinwirtschaftliche Leistungen) sind ab 2012 stark gesunken, während die fallabhängige Abgeltung für Spitalleistungen durch die öffentliche Hand an Bedeutung gewonnen hat (Pellegrini/Roth 2017).

²¹ Die Vorgehensweise der Kantone zur Genehmigung und Festsetzung der Basispreise werden (im akutstationären Bereich) im Rahmen der Evaluation der KVG-Revision Spitalfinanzierung untersucht – inkl. die Frage, inwiefern die Kantone sich dabei an die Empfehlungen der GDK und des Preisüberwachers halten.

Bei TARPSY werden Behandlungsfälle anhand von Hauptdiagnose, Alter, Schweregrad der Erkrankung und/oder relevanten Nebendiagnosen in eine PCG eingeteilt. Das **Kostengewicht** pro Tag ist umso höher, je komplexer die erforderliche Behandlung, sinkt aber in allen PCG bei einer längeren Aufenthaltsdauer (aufgrund der im Durchschnitt tieferen Kosten pro Tag). Da es sich im Vergleich zu den DRG nicht um Fallpauschalen, sondern um einen degressiven Tarif handelt, fallen die Anreize zur Senkung der Aufenthaltsdauer in der stationären Psychiatrie weniger ausgeprägt aus als in der Akutsomatik. In der Rehabilitation (wo es voraussichtlich leistungsbezogene Tagespauschalen auf Wochen- oder Monatsbasis geben wird) hängt die Aufenthaltsdauer massgeblich von der Kostengutsprache durch die Krankenversicherer ab. Die früheren Austritte (Senkung der Aufenthaltsdauer) können Kosten- und Leistungsverlagerungen in die vor- und nachgelagerten Bereiche mit sich bringen oder vermehrte Wiedereintritte zur Folge haben.

Hypothese 4: Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer sinkt.

Hypothese 5: Die Anreize zur Senkung der Aufenthaltsdauer sind weniger ausgeprägt als in der Akutsomatik.

Hypothese 6: Es kommt es zu Leistungs- und Kostenverlagerungen.

Hypothese 7: Der Anteil der Wiedereintritte steigt.

Da die Aufenthaltsdauern in der Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation seit Jahren sinken, wäre das Vorliegen von sinkenden Aufenthaltsdauern für sich alleine noch keine Bestätigung der Hypothese 4. Bei einem Vergleich der Entwicklungstendenzen in der Akutsomatik gegenüber der Psychiatrie/Rehabilitation vor und nach Einführung von TARPSY/ST Reha können aber erste bestätigende Befunde der Hypothesen 4 und 5 vorgenommen werden.²² Was Hypothese 6 betrifft, wurden infolge der Einführung von SwissDRG für den Akutbereich bestimmte **Verlagerungseffekte** festgestellt. Es handelte sich hierbei allerdings in erster Linie um Teilverlagerungen (ein Teil innerhalb eines Behandlungsprozesses und nicht eine Gesamtbehandlung wurde in den ambulanten Bereich vor- oder nachverlagert), welche ausserdem kostenmässig nur wenig ins Gewicht fielen (vgl. Felder et al. 2014; Polynomics/Helsana 2017). Gemäss Experteneinschätzungen stehen im Gegensatz zur Akutsomatik in der stationären Psychiatrie und Rehabilitation die nachgelagerten Prozesse im Vordergrund (vgl. Kapitel 3.3).

Die Hypothesen 1 bis 3 implizieren einen zunehmenden Kostendruck bei Spitälern und Kliniken. Dies löst tendenziell positive Effekte auf die **Effizienz** aus, erhöht aber auch die Anreize für eine genauere Fallcodierung oder für ungerechtfertigte Höhercodierungen (Up-Coding):

Hypothese 8: Die Einführung von TARPSY/ST Reha führt zu Up-Coding / zu Verschiebungen von gut abgegoltenen Leistungen.

Hypothese 9: Die Auslastung der Spitäler/Kliniken erhöht sich.

Hypothese 10: Die Personalstruktur wird optimiert (potenzielle Verschlechterung des Betreuungsverhältnisses).

Hypothese 11: Die Aufenthaltsdauer in ineffizienten Spitäler/Kliniken (solche, die nach Berücksichtigung der Fallschwere überdurchschnittliche hohe Aufenthaltsdauern aufweisen) sinkt.

Pellegrini/Roth (2015) stellen für die Akutsomatik fest, dass nach der Einführung von SwissDRG die Leistungsmenge stabil geblieben ist, aber vor allem die Kosten je Fall deutlich zugenommen haben. Das könn-

²² Es ist ein sogenannter doppelter Vergleich notwendig (sog. Difference-in-Difference-Ansatz): verglichen wird hierbei die Veränderungsrate der Aufenthaltsdauer in der Psychiatrie bzw. Rehabilitation und der Akutsomatik und zwar jeweils vor und nach der Reform. Der Reformeffekt gibt sich aus der Differenz bei der betroffenen Gruppe gegenüber der Kontrollgruppe (vgl. hierzu auch die Ausführungen in Kapitel 7.2).

6 Hypothesen

te das Ergebnis einer verbesserten/detaillierteren Erfassung der Leistungen in den Spitälern oder mit Up-Coding zusammenhängen (Hypothese 8). Allerdings können die steigenden Fallkosten auch andere Gründe haben.

Hypothese 9 hängt stark mit Hypothese 2 zusammen. Bei einem Wegfall der Defizitdeckung und anderen fallunabhängigen Finanzierungsanteilen durch die öffentliche Hand (d.h. Beiträge für gemeinwirtschaftliche Leistungen), sind Spitäler gefordert, die fallabhängigen Einnahmen zu erhöhen. Dies lässt sich in erster Linie durch eine Erhöhung der Bettenauslastung erzielen, bzw. durch den Abbau von Überkapazitäten.

Verbunden mit dem Rückgang der fallunabhängigen Finanzierungsanteile und der notwendigen genaueren Fallcodierung erhöht sich der administrative Aufwand je Fall. Entsprechende Befürchtungen werden verschiedentlich geäußert (z.B. Unger-Köppel 2016):

Hypothese 12: Der administrative Aufwand je Fall steigt.

Die Entwicklung des **Leistungsvolumens** wird durch die Tarifparteien durch ein Kostenmonitoring beobachtet und durch automatische Korrekturfaktoren gelenkt. Spitäler haben daher in der Einführungsphase von TARPSY einen finanziellen Anreiz, das Leistungsmengenwachstum in Grenzen zu halten:

Hypothese 13: Der Anteil der Spitäler/Kliniken mit sehr hohem Leistungswachstum sinkt.

Ein hohes Leistungsmengenwachstum sollte damit vermeidbar sein, darüber hinaus sind allerdings Aussagen zur Mengenentwicklung kaum möglich. Aus theoretischer Sicht ergeben sich bei Fallpauschalen wie SwissDRG klare Anreize zur Ausweitung der Leistungsmenge (Polynomics/Helsana 2017).²³ Diese Anreizwirkungen können aber nicht auf die stationäre Psychiatrie und Rehabilitation übertragen werden, weil bei TARPSY und ST Reha Tages- und nicht Fallpauschalen zur Anwendung kommen.

In Bezug auf das Kostenwachstum im stationären Bereich und den Einfluss auf das gesamte Gesundheitswesen sind aufgrund der oben diskutierten Wirkungszusammenhänge und den entsprechend getroffenen Hypothesen gegenläufige Tendenzen zu erwarten:

■ **Kostendämpfende Wirkung:** Die Hypothesen 1,3,4, 10 und 11 legen eine insgesamt kostendämpfende Wirkung nahe (sinkende Baserates, mehr ausserkantonale Lösungen, sinkende durchschnittliche Aufenthaltsdauer, Verschlechterung des Betreuungsverhältnisses).

■ **Kostenverlagerungen:** Die Hypothesen 2 und 6 lassen vermuten, dass es zu Verlagerungen kommen wird. Diese Effekte müssen allerdings nicht unbedingt mit Kostenfolgen auf Gesamtsystemebene verbunden sein.

■ **Kostensteigerungen:** Die Hypothesen 7, 8 und 12 legen (für sich isoliert betrachtet) schliesslich kostensteigernde Effekte nahe (Anteil der Wiedereintritte steigt, Up-Coding / Verschiebung zu gut vergüteten Leistungen, Zunahme des administrativen Aufwands).

Aufgrund der vermuteten gegenläufigen Effekte ist es unklar, ob die kostensteigernden oder kostendämpfenden Wirkungen überwiegen werden. Es sind daher zwei gegenläufige Hypothesen zu testen:

Hypothese 14a: Das Kostenwachstum der stationären Psychiatrie und Rehabilitation inklusive der vor- und nachgelagerten Bereiche sinkt / die Einführung von TARPSY und ST Reha wirkt kostendämpfend auf die Entwicklung der gesamten Gesundheitsausgaben.

Hypothese 14b: Das Kostenwachstum der stationären Psychiatrie und Rehabilitation inklusive der vor- und nachgelagerten Bereiche steigt / die Einführung von TARPSY und ST Reha wirkt kostentreibend auf die Entwicklung der gesamten Gesundheitsausgaben.

²³ Die Autoren konnten allerdings empirisch nur eine schwache, teils insignifikante Mengenausweitung feststellen.

Hypothese 2 legt eine Reduktion der fallunabhängigen Finanzierungsanteile nahe. Insoweit als die gesunkenen Erträge nicht durch Effizienzsteigerungen wettgemacht werden können, werden die Spitäler auf der Finanzierungsseite nach Kompensationsmöglichkeiten suchen. Naheliegend ist eine stärkere Fokussierung auf die KVG-Erträge, da die sonstigen fallabhängigen Finanzierungsanteile (Privatversicherungen, Out-of-Pocket) in der Regel eine untergeordnete Rolle spielen.

Hypothese 15: Der KVG-Finanzierungsanteil in der stationären Psychiatrie und Rehabilitation steigt.²⁴

Evidenz für einen steigenden KVG-Finanzierungsanteil (fixe Anteile der OKP und der Kantone) wurde bereits für den akutsomatischen Bereich gefunden (Pellegrini/Roth 2015).

Aufgrund der **unterschiedlichen institutionellen und finanziellen Voraussetzungen** der Kliniken und je nach Spitaltyp (Akut-, Spezial- und Suchtkliniken) werden die Kostengewichte nicht vollständig mit den effektiven Kosten des Spitals übereinstimmen. Je nach Spital kann sich daher aus betriebswirtschaftlichen Überlegungen eine unterschiedliche Spezialisierung anbieten. Die geringeren Kostenunterschiede in der stationären Psychiatrie im Vergleich zur stationären Rehabilitation begünstigen die Spezialisierungsprozesse eher in der Rehabilitation als in der Psychiatrie. Aber auch die Rehabilitation weist im Gegensatz zur Akutsomatik eher geringe Kostenunterschiede im Leistungsspektrum auf.

Hypothese 16: Infolge der Einführung von TARPSY/ST Reha entstehen Anreize für Spezialisierung/Konzentration.

Hypothese 17: Die Spezialisierung/Konzentration ist vor allem in Bereichen mit hohem Infrastrukturaufwand feststellbar.

Hypothese 18: Spezialisierungsprozesse werden eher in der Rehabilitation als in der Psychiatrie begünstigt.

Hypothese 19: Spezialisierungstendenzen fallen sowohl in der stationären Rehabilitation als auch in der stationären Psychiatrie im Vergleich zur Akutsomatik weniger ausgeprägt aus.

Spitäler, die in Bereichen tätig sind, in denen eine (zusätzliche) Spezialisierung/Konzentration nicht möglich ist oder die Effizienzanstrengungen nicht genügend umsetzen, werden versuchen, einen hohen Basispreis auszuhandeln. Sofern dies nicht gelingt, könnte es in Einzelfällen auch zu Schliessungen von Spitälern/Kliniken kommen.

Hypothese 20: Ökonomisch ineffiziente Spitäler (solche mit überdurchschnittlich langer Aufenthaltsdauer) werden versuchen, tendenziell höhere Basispreise abzurechnen als effiziente.²⁵

Hypothese 21: Die Spezialisierungs- und Konzentrationsprozesse führen tendenziell zu einer Reduktion der Anzahl Spitäler/Kliniken.

Zu Hypothese 20 ist festzuhalten, dass in den letzten zwanzig Jahren die Zahl der kleinen und mittleren Spitäler stark abgenommen hat, während die Zahl der Zentrumsspitäler und Spezialkliniken stieg (Credit Suisse 2013; BAG 2015). Die Verschiebungen sind gemäss Forschungserkenntnissen (ebd.) allerdings in erster Linie das Ergebnis von Fusionen und Umstrukturierungen und weniger von Schliessungen. Aufgrund der allgemeinen Restrukturierungs- und Konzentrationsprozesse dürfte es schwierig sein, den Einfluss von TARPSY/ST Reha herauszufiltern.

²⁴ Aufgrund der dual-fixen Finanzierung im stationären Bereich steigen damit wiederum auch teilweise die Ausgaben der Kantone für stationäre Spitalleistungen.

²⁵ Zur Untersuchung dieser Hypothese ist es notwendig, die Medizinische Statistik mit den Basispreisen zu verknüpfen. Diesbezüglich sind die Datenschutzvorgaben des BFS (vgl. Anhang III.a) zu beachten.

In Bezug auf die **Qualität** sind unterschiedliche Effekte möglich:

Hypothese 7: Es kommt vermehrt zu Wiedereintritten.

Hypothese 10: Das Betreuungsverhältnis verschlechtert sich.

Hypothese 22: Der Qualitätswettbewerb intensiviert sich.

Hypothese 23: Die Spezialisierung führt zu einer Qualitätsverbesserung innerhalb der Disziplin.

Die Wirkungen dürften sich aufgrund der unterschiedlichen Ausgangslagen (Baserates, Finanzierungsbeiträge, Versorgungsangebot, Spitalplanung, etc.) vor allem je nach **Kanton** recht deutlich unterscheiden.

Hypothese 24: Die Kosten- und Finanzierungsentwicklung verläuft in den Kantonen unterschiedlich.

Hypothese 25: Die Mengenentwicklung verläuft in den Kantonen unterschiedlich.

Hypothese 26: Aufgrund des unterschiedlichen Verständnisses von Rehabilitation verlaufen in diesem Bereich die Entwicklungen nach Sprachregionen verschieden.

7 Messung der Wirkungen: Indikatoren

Zur Überprüfung der Hypothesen werden nachfolgend mögliche Indikatoren vorgeschlagen. Diese Indikatoren sind zu Teilen bereits verschiedentlich in den Studien²⁶ zur Evaluation der KVG-Revision Spitalfinanzierung diskutiert worden. Oftmals mussten bereits anderswo herangezogene Indikatoren aber spezifisch auf die Psychiatrie/Rehabilitation angepasst werden. Teilweise haben wir – auch auf Hinweis der befragten Expert/innen – spezifische Indikatoren entwickelt, um die in Kapitel 5 aufgeworfenen Forschungsfragen beantworten zu können.

Die den Indikatoren zugrundeliegenden Datengrundlagen sind im Anhang III nach einem einheitlichen Raster beschrieben. Die folgenden für die Hauptstudie interessierenden Datenquellen wurden mittels Dokumentenanalyse und zusätzlich durch Gespräche mit den Datenverantwortlichen auf deren Nützlichkeit für die Hauptstudie unter die Lupe genommen:

- Medizinische Statistik der Krankenhäuser (BFS)
- Krankenhausstatistik (BFS)
- Kennzahlen der Schweizer Spitäler (BAG)
- Fallkostenstatistik (SwissDRG / BFS)
- Strukturdaten Arztpraxen und ambulante Zentren (BFS)
- Patientendaten Spital ambulant (BFS)
- BAGSAN (BAG-Statistik auf Basis von anonymisierten Individualdaten)
- Datenpool (SASIS AG)
- Nationale Qualitätsmessungen Psychiatrie (ANQ)
- Nationale Qualitätsmessungen Rehabilitation (ANQ).

7.1 Indikatorensystem

Basierend auf den zuvor aufgestellten Hypothesen diskutieren wir nachfolgend die entsprechenden Indikatoren, mit denen die Hypothesen geprüft werden können. Die genaue Zuordnung der Indikatoren zu den Hypothesen wird in **Tabelle 3** ersichtlich. Dieses breit angelegte Indikatorenset dient anschliessend als Grundlage für die Konzeption der Ausführungsvarianten (vgl. Kapitel 8).

H.1: Hohe Basispreise kommen unter Druck

Zur Prüfung dieser Hypothese müssen die Daten zu den Basispreisen herangezogen werden sowie die Preisstrukturen vor Einführung von TARPSY/ST Reha bekannt sein. Das BAG verfügt derzeit noch nicht über eine Zusammenstellung der jährlich ausgehandelten Basispreise (Baserates) zwischen Leistungserbringern und Versicherern. Zurzeit laufen Abklärungen dazu, unter welchen Voraussetzungen die entsprechenden Daten bei den Versicherern erhoben werden könnten. Eine Herausforderung dabei ist, dass die Versicherer zurzeit in drei separaten Organisationen Tarife aushandeln: tarifsuisse, Einkaufsgemeinschaft HSK²⁷ und die CSS.

Der Indikator soll insbesondere aufzeigen, wie sich die Basispreise von Spitalern entwickeln, welche überdurchschnittliche Tarife (also solche deutlich über einem bestimmten Benchmark) verhandelt haben. Dies kann mit dem folgenden Indikator geprüft werden:

²⁶ Wir haben die Studien, die im Rahmen der laufenden Evaluation der KVG-Revision Spitalfinanzierung erstellt wurden, gesichtet und nach potenziell relevanten Indikatoren für die geplante Untersuchung zur Einführung von TARPSY/ST Reha durchleuchtet: Pellegrini/Roth (2017), Hedinger et al. (2017a, b), B,S,S. (2017), Polynomics/Helsana (2017), Jörg/Ruffin (2016) sowie econcept/Lenz (2017).

²⁷ Einkaufsgemeinschaft der drei Curafutura-Mitglieder Helsana, Sanitas und KPT (vgl. www.ecc-hsk.info). Curafutura-Mitglied CSS ist nicht Bestandteil der HSK.

Indikator zu H.1

Entwicklung der Baserates (Dimension: fallgewichtetes Total und Entwicklung der höchsten 10% und 25% aller Baserates)

H.2: Fallunabhängige Finanzierungsanteile sinken

Um die Hypothese H.2 zu testen, ziehen wir vier Indikatoren von Pellegrini/Roth (2017) heran:

Indikatoren zu H.2

- Entwicklung der Beiträge (und vor 2012 Subventionen) in Mio. CHF und Anteile an den Gesamterträgen
- Entwicklung der kantonalen Defizitdeckung in Mio. CHF und Anteile an den Gesamterträgen
- Entwicklung der Anzahl Spitäler, die angeben, kantonale Beiträge und (vor 2012) Subventionen erhalten zu haben.
- Entwicklung der Anzahl Spitäler, die eine Defizitdeckung angegeben haben.

Die Indikatoren werden für die Aktivitätstypen Psychiatrie und Rehabilitation berechnet. Zu berücksichtigen gilt es, dass die Aktivitäten in der Statistik grundsätzlich separierbar sind, aber Abgrenzungsprobleme bestehen (z.B. zwischen Geriatrie und Rehabilitation). Da mit der neuen Spitalfinanzierung Defizitbeiträge und Subventionen nicht mehr vorgesehen sind, ist es grundsätzlich möglich, dass andere fallunabhängige Leistungen zunehmen. Es ist daher zentral, dass bei der Beurteilung der Indikatoren keine partielle Betrachtung einzelner Positionen wie die Defizitdeckung in den Vordergrund gerückt wird, sondern die fallunabhängigen Ertragsanteile gesamthaft analysiert werden.

H.3: Ausserkantonale Lösungen werden attraktiver

Die Überprüfung, inwieweit der ausserkantonale Wettbewerb zunimmt, kann mithilfe der Medizinischen Statistik vorgenommen werden. Wir schlagen folgenden Indikator vor:

Indikator zu H.3

- Entwicklung des Anteils der ausserkantonalen Behandlungstage

Bei Bedarf könnte dieser Indikator auch desaggregiert, nach Kostengruppen, ausgewertet werden, um zu analysieren, ob sich der Wettbewerb auf bestimmte Bereiche konzentriert. Der Indikator sollte jedenfalls auf Ebene der einzelnen Kantone erstellt werden, da die Entwicklungen je nach Ausgangslage und institutionellen Rahmenbedingungen stark unterschiedlich verlaufen dürften.

H.4: Durchschnittliche Aufenthaltsdauer sinkt

Die Entwicklung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer sollte alters- und geschlechterstandardisiert oder differenziert nach Kostengruppen ausgewertet werden. Eine Auswertung nach Kostengruppe ist sinnvoll, weil einerseits die Möglichkeiten zur Reduktion der Aufenthaltsdauer je nach Krankheit/Behandlungsart unterschiedlich sind und andererseits, weil aufgrund der Tarifstruktur die Anreize zur Steuerung der Aufenthaltsdauer durch die Spitäler/Kliniken verschieden sein können.

Indikator zu H.4:

- Entwicklung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer, nach Kostengruppen

H.5: Aufenthaltsdauer sinkt weniger stark als bei Akutsomatik

Basis bildet der oben genannte Indikator zu H.4. Dieser wird mit der Aufenthaltsdauer in der Akutsomatik verglichen. Die entsprechenden Vergleichsdaten sind öffentlich zugänglich.

H.6: Frühere Entlassungen bewirken Verlagerungen

Der Aufenthalt nach Austritt wird in der Medizinischen Statistik abgefragt. Es sind folgende Dateneinträge möglich:

- Zuhause [Psychiatriezusatzensatz: Zuhause, alleine; Zuhause mit anderen]
- Krankenhaus/Pflegeheim
- Altersheim, andere sozialmedizinische Institution
- Psychiatriezusatzensatz: Wohnheim
- Psychiatrische Klinik, anderer Betrieb
- Rehabilitationsklinik, anderer Betrieb
- Rehabilitationsabteilung/-klinik, gleicher Betrieb, [Psychiatriezusatzensatz: Psychiatrische Abteilung/Klinik, gleicher Betrieb]
- Anderes Krankenhaus (Akutspital) oder Geburtshaus
- Akutabteilung/-klinik, gleicher Betrieb
- Strafvollzugsanstalt
- Psychiatriezusatzensatz: Ohne festen Wohnsitz
- andere
- unbekannt
- Todesfall

Die wichtigsten Austrittsgründe (diejenige mit den meisten Anteilen) werden als Indikator dargestellt:

Indikator zu H.6

Entwicklung der verschiedenen Aufenthalte nach Austritt (Anteile an allen Austritten)

Beim Psychiatriezusatzensatz ist zu berücksichtigen, dass dieser derzeit nur rund 60-70% der Fälle abdeckt. Aber auch im Minimaldatensatz mit einer Abdeckung von 100% sind die meisten Austrittsgründe enthalten. Die Datenqualität des Aufenthalts nach Austritt ist sorgsam zu prüfen. So ist beispielsweise zu untersuchen, ob in bestimmten Kliniken/Spitälern überdurchschnittlich oft «Zuhause», «unbekannt» oder «andere» angegeben wird. Dies wäre ein Indikator dafür, dass die Variable ungenau erhoben wird.

H.7: Anteil der Wiedereintritte steigt

Wir lehnen uns hier an den Indikator von Hedinger et al. (2017) an. Demgemäss wird die Anzahl Rehospitalisierungen pro Fall anhand der Regel für Fallzusammenführungen von SwissDRG ermittelt: Die Anzahl Rehospitalisierungen eines Falles entspricht der Anzahl Wiedereintritte innerhalb einer Fallzusammenführung. Wiedereintritte in das gleiche Spital mit derselben MDC und/oder aufgrund von Komplikationen innerhalb von 18 Tagen ab Erstraustritt werden als Rehospitalisierungen gezählt.

Indikator zu H.7

Entwicklung Verhältnis Wiedereintritte/Austritte innerhalb von 18 Tagen

Grundsätzliches Problem dieses Indikators ist, dass die Wiedereintritte in ein anderes Spital ebenso wenig enthalten sind wie diejenigen nach mehr als 18 Tagen. Um solche Wiedereintritte zu erfassen, müsste eine Verknüpfung innerhalb der Medizinischen Statistik anhand des anonymen Verbindungscode vorgenommen werden. Durch diesen ist eine Nachverfolgung der Patient/Innenverläufe über Zeit und Spitäler hinweg grundsätzlich möglich.

H.8: TARPSY/ST Reha begünstigt Up-Coding bzw. Verschiebungen von gut abgeholten Leistungen

Der Case-Mix-Index für die Akutsomatik zeigt die durchschnittliche Schweregrad der Patientenfälle an. Das Pendant zum CMI bei einer Vergütung auf Basis von leistungsbezogenen Tagespauschalen ist der Day-Mix-Index (DMI). Steigt dieser Index auf gesamtschweizerischer Ebene²⁸ über die Zeit, ist dies ein mögliches Anzeichen für Up-Coding. Allerdings kann ein gestiegener DMI auch auf generelle Veränderungen in der Morbidität der Bevölkerung zurück zu führen sein. Ein steigender DMI ist für sich alleine daher noch keine Bestätigung für Up-Coding. Ergänzend dazu sehen wir daher weitere Indikatoren vor:

Indikatoren zu H.8

- Entwicklung des Day-Mix-Indexes
- Entwicklung des Anteils der Fälle mit Nebendiagnose

Grundsätzlich kann eine Zunahme der entsprechenden Werte auch das Ergebnis einer genaueren Fallcodierung sein. Die Unterscheidung zwischen Up-Coding und genauerer Codierung mag aus regulatorischer Sicht relevant sein. Aus rein ökonomischer Perspektive ist diese Unterscheidung jedoch irrelevant: Für die gleiche Leistung wird mehr verrechnet als zuvor, die Kosten bzw. Erlöse pro schwerebereinigtem Fall steigen.

Nach unserer Einschätzung könnten die von einigen Spitälern für die Entwicklung von TARPSY/ST Reha gelieferten Daten dazu dienen, den Day Mix Index auch schon vor Einführung des neuen Tarifsystems zu berechnen. Es handelt sich allerdings um eine Teilerhebung.

H.9: Auslastung der Spitäler erhöht sich

Eine wichtige Option zur Steigerung der Effizienz eines Spitals stellt die Erhöhung der Bettenauslastung dar. Die fixen Betriebskosten können dadurch auf mehr Fälle aufgeteilt werden und senken damit die Kosten je Pflgetag bzw. erhöhen den Ertrag.

Indikator zu H.9

- Entwicklung Belegungsgrad der Betten

Der Bettenbelegungsgrad für die Psychiatrien und Rehabilitationskliniken lässt sich direkt der BAG-Publikation Kennzahlen der Schweizer Spitäler entnehmen. Bei der Interpretation des Indikators gilt es zu berücksichtigen, dass es sich nur auf der Mikroebene (Betriebsebene) um einen Effizienzindikator handelt. Eine steigende Bettenauslastung auf kantonaler oder gesamtschweizerischer Ebene kann sowohl die Folge eines Abbaus von Überkapazitäten als auch das Resultat einer allgemeinen Mengenausweitung sein. Trifft letzteres zu, ist das Gesundheitssystem insgesamt sogar ineffizienter geworden.

H.10: Personalstruktur wird optimiert

Eine weitere Möglichkeit zur Effizienzsteigerung ergibt sich durch eine Reduktion des Personalbestandes bzw. eine Optimierung der Personalstruktur (Verschiebung zwischen Berufsgruppen). Wir testen Hypothese 10 mit dem folgenden Indikator:

Indikator zu H.10

- Entwicklung Anzahl Vollzeitäquivalente (Ärzte- und Pflegepersonal, medizinisch-therapeutisches Personal) je 1000 Pflgetage

²⁸ Auf Spitalebene kann der CMI vor allem auch das Ergebnis einer veränderten Patientenstruktur sein, z.B. weil ein Zentrumsspital zunehmend die schweren Fälle eines nahen Regionalspitals übernimmt.

H.11: Aufenthaltsdauer der ineffizienten Spitäler sinkt

Spitäler/Kliniken, welche für einen spezifischen Fall (Alter, Geschlecht, Behandlungsart, Fallschwere) oder eine Kostengruppe überdurchschnittlich lange Aufenthaltsdauern aufweisen, produzieren aus ökonomischer Perspektive die Gesundheitsleistungen ineffizient.²⁹ Um zu überprüfen, ob sich die Aufenthaltsdauer der ineffizienten Spitäler an diejenigen der effizienten angleicht, schlagen wir den folgenden Indikator vor, welcher sich mithilfe der Medizinischen Statistik ermitteln lässt:

Indikator zu H.11

- Entwicklung bzw. Konvergenz der Aufenthaltsdauer zwischen Median und 90%-Perzentil oder zwischen Median und 75%-Perzentil je Kostengruppe

Durch Berechnung der Indikatoren auf der tiefsten Ebene der einzelnen Kostengruppen ist es jeweils möglich, die Aufenthaltsdauer relativ ähnlicher Fälle zu vergleichen.

Weitere Indikatoren zu den Effizienzanstrengungen der Spitäler/Kliniken

Um generelle Entwicklungstendenzen zur Effizienz in den Spitälern/Kliniken zu erfassen, können weitere Indikatoren herangezogen werden:

Weitere Effizienzindikatoren

- Entwicklung der Erlöse je Pflage tag in der stationären Psychiatrie/Rehabilitation
- Entwicklung der fallabhängigen Erlöse im Verhältnis zu den Kosten

H.12: Der administrative Aufwand steigt

Soweit sich infolge der Einführung von TARPSY/ST Reha der administrative Aufwand erhöht, sollte sich dies in den Personaldaten der Spitäler und Kliniken niederschlagen, z.B. indem mehr Personal für die Codierung angestellt wird. Die Hypothese lässt sich mit dem folgenden Indikator überprüfen:

Indikator zu H.12

- Entwicklung Anteil Administrativpersonal am Gesamtpersonal

H.13: Anteil der Spitäler mit sehr hohem Leistungswachstum sinkt

Die automatischen Korrekturmaßnahmen bei TARPSY/ST Reha kommen zur Anwendung, wenn das Leistungswachstum in den psychiatrischen Kliniken/Spitäler in 2018 gegenüber dem Vorjahr mehr als 3% beträgt, bzw. wenn die Leistungen in 2019 gegenüber 2017 um mehr als 5% zunehmen (vgl. automatische Korrekturmaßnahmen; Kapitel 3.1). Die Wirkung dieser Korrekturmaßnahmen kann durch folgende Indikatoren gemessen werden:

Indikator zu H.13

- Entwicklung Anteil der stationären psychiatrischen Kliniken/Spitäler mit einem Leistungswachstum von mehr als 3%
- Entwicklung Anteil der stationären psychiatrischen Kliniken/Spitäler mit einem Leistungswachstum von mehr als 2.5% (=5% pro 2 Jahre)

²⁹ Diese Annahme gilt allerdings nur unter der Voraussetzung, dass die durchschnittliche Aufenthaltsdauer aus medizinischer Sicht nicht unverantwortlich tief ist. Käme es bei der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer zu massenhaft «blutigen Entlassungen» und Wiedereintritten, dann wäre eine längere Aufenthaltsdauer von qualitativem Vorteil und effizienzsteigernd. Der Indikator ist daher zusammen mit Qualitätsindikatoren zu begutachten.

H.14a/b: Sinkendes/steigendes Kostenwachstum

Der Einfluss der Einführung von TARPSY/ST Reha auf das Kostenwachstum in der stationären Psychiatrie und Rehabilitation und den entsprechenden ambulanten Bereichen, auf das Gesamtkostenwachstum im Gesundheitswesen sowie auf Kostenverlagerungen lässt sich grundsätzlich durch verschiedene Indikatoren abbilden:

Indikatoren zu H.14a/b und H.24

- Entwicklung der Erlöse je Pflgetag in der stationären Psychiatrie/Rehabilitation
- Entwicklung Erlöse je Einwohner in der stationären Psychiatrie/Rehabilitation
- Entwicklung der Erlöse in den psychiatrischen und Rehabilitations-Kliniken (ambulant und stationär) und Ertrag aus Praxistätigkeit von Ärzt/innen mit Fachtitel Psychiatrie/Psychotherapie bzw. Physikalische Medizin/Rehabilitation
- Entwicklung Anteil Erlöse in der stationären Psychiatrie/Rehabilitation an den Gesamtausgaben im Gesundheitswesen
- Entwicklung Investitionen der Spitäler (Psychiatrie und Rehabilitation, ohne Akutspitäler)

Der letzte Indikator beinhaltet einen Prognoseanteil: Die aktuellen Investitionen beeinflussen über Jahre bzw. Jahrzehnte hinweg die Anlagenutzungskosten. Eine Zunahme bei der Investitionstätigkeit ist also ein Prognoseindikator für eine Zunahme des Kostenwachstums in der Zukunft. Da es sich hier um sehr aggregierte Kennzahlen handelt, ist bei der Interpretation der Entwicklungen besondere Vorsicht an den Tag zu legen. Die Entwicklung der Erlöse im stationären Bereich kann von verschiedenen Dritteffekten beeinflusst sein und muss nicht oder nur zu einem Teil auf die Einführung von TARPSY/ST Reha zurück zu führen sein.

Leistungs- und Kostenverlagerungen (keine Hypothese; Fragestellung B.1)

Zu möglichen Kostenverlagerungen ist wie oben diskutiert keine Hypothesenbildung möglich. Die entsprechenden Anreizsituationen dürften stark davon abhängen, wie in den Kantonen die ambulante Psychiatrie/Psychotherapie finanziert und abgegolten wird. Allfällige Verlagerungseffekte lassen sich aber durch diverse Indikatoren aufdecken:

Indikatoren zu Verlagerungseffekten

- Entwicklung der Anzahl stationärer Behandlungstage je 1000 Einwohner (alters- und geschlechterstandardisiert)
- Entwicklung der Anzahl Patientenkontakte im Spitalambulatorium, Kostenstellen Psychiatrie/Psychotherapie und Physikalische Medizin/Rehabilitation, je 1000 Einwohner
- Entwicklung der Anzahl Patientenkontakte in Arztpraxen/Zentren, Ärzte mit Facharzttitel Psychiatrie/Psychotherapie bzw. Physikalische Medizin/Rehabilitation, je 1000 Einwohner
- Entwicklung Ertrag aus Praxistätigkeit, Ärzte mit Facharzttitel Psychiatrie/Psychotherapie bzw. Physikalische Medizin/Rehabilitation
- Entwicklung verrechnete Preise für ambulante Leistungen der Spitäler, Kostenstellen Psychiatrie/Psychotherapie bzw. Physikalische Medizin/Rehabilitation, nach Tarifstruktur
- Entwicklung Bruttoleistungen KVG (OKP und Kantone) je versicherte Person
- Entwicklung Anzahl fakturierte Leistungen Psychiatrie/Psychotherapie, Rehabilitation sowie Physiotherapie je vers. Person
- Entwicklung Kosten stationäre Leistungen (Psychiatrie/Rehabilitation) am Total (ambulant und stationär)
- Entwicklung Kosten der ambulanten Spitaleinheit im Verhältnis zu den Gesamtkosten des Spitals
- Aufenthalt nach Austritt, Entwicklung der Anteile zu den Austrittsgründen

Datengrundlagen für die Indikatoren sind die Medizinische Statistik, die Krankenhausstatistik, die Patientendaten zum Spitalambulatorium, die Strukturdaten zu Ärztepraxen und -zentren und der Datenpool. Die Zuordnung der Datenquellen zum Indikator findet sich in **Tabelle 3**.

H.15: Fallabhängiger Finanzierungsanteil steigt

H.24: Entwicklung des KVG-Kostenwachstums ist kantonal unterschiedlich

Die Hypothese, inwieweit infolge der Einführung von TARPSY/ST Reha der fallabhängige Finanzierungsanteil steigt, kann durch folgende Indikatoren geprüft werden:

Indikatoren zu H.15 und H.24

- Entwicklung der fallabhängigen Erlöse (ambulant, stationär, Langzeitpflege), durch KVG (OKP und Kantone) finanziert
- Entwicklung der fallabhängigen Erlöse (ambulant, stationär, Langzeitpflege), durch übrige finanziert (VVG, andere Sozialversicherungen, Out-of-Pocket)
- Entwicklung der fallabhängigen Erlösanteile am Gesamterlös, KVG (OKP und Kantone) und Total

Die Indikatoren sind sowohl gesamtschweizerisch als auch getrennt nach den Kantonen zu erstellen, damit auch Hypothese 24 (Entwicklung des KVG-Kostenwachstums ist kantonal unterschiedlich) überprüft werden kann.

H.16: Spezialisierung/Konzentration wird begünstigt

Jörg/Rufflin (2016) haben im Rahmen der Evaluation der KVG-Revision Spitalfinanzierung diverse Spezialisierungs- und Konzentrationsmasse für den stationären Bereich diskutiert und berechnet. Die Möglichkeiten sind vielfältig. Aus unserer Sicht ist es für die Ausführungsstudie am zielführendsten, wenn man neben einfach verständlichen Massen (die nachstehenden ersten beiden Indikatoren) auch komplexere Indikatoren heranzieht:

Indikatoren zu H.16

- Entwicklung des Anteils der Leistungen, die durch die grössten X (z.B. 20 oder 50) Leistungserbringer erbracht werden
- Entwicklung Marktanteile pro Spitaltyp (Anteil an den Gesamtfällen)
- Herfindahl-Hirschmann-Index (HHI) bzw. Information Theory Index (ITI), vgl. Jörg/Rufflin (2016)

Der HHI findet gemäss Aussagen von Jörg/Rufflin (2016) bereits in diversen Studien zur Spezialisierung von Spitälern Anwendung. Angewendet auf einen Leistungserbringer gibt der Indikator ein Mass für die Spezialisierung auf bestimmte Leistungsgruppen. Alternativ kann man den Indikator auch auf die Leistungsgruppen anwenden, um ein Mass zu erhalten, wie stark eine bestimmte Leistungsgruppe auf die einzelnen Leistungserbringer konzentriert ist. Der ITI hat gegenüber dem HHI den Vorteil, dass er zusätzlich Veränderungen im nationalen Patientenmix berücksichtigen kann. Beide Konzentrationsmasse sind nicht intuitiv verständlich und interpretierbar. Die Kennzahlen in verdichteter Form geben aber Hinweise auf strukturelle Verschiebungen. Zusammen mit den einfach verständlichen beiden ersten Indikatoren zu H.16 lässt sich dann ein relativ breites Bild über Konzentrationsprozesse erlangen.

H.17, H.18, H.19, H.21, H.26: Weitere Indikatoren zu Spezialisierung und Konzentration

Zur Überprüfung der weiteren Hypothesen zu den Spezialisierungs- und Konzentrationsprozessen muss auf desaggregierte Indikatoren zurückgegriffen werden:

Weitere Indikatoren zu Spezialisierung und Konzentration: H.17, H.18, H.19 und H.26

- Entwicklung der Anzahl Leistungserbringer (Rehabilitation/Psychiatrie), welche Leistungen erbringen, desaggregiert nach Kostengruppen
- Unterteilung des Indikators nach Spitaltyp und Sprachregion/Kanton

Diese Indikatoren erlauben es aufzuzeigen, in welchen Bereichen Spezialisierung/Konzentration auftritt, ob diese sich sprachregional unterscheiden oder ob Auswirkungen auf die Versorgungsstruktur zu erwarten sind.

H.20: Ineffiziente Spitäler verrechnen höhere Basispreise als effiziente

Zur Überprüfung dieser Hypothese muss zweistufig vorgegangen werden:

- In einem ersten Schritt muss genau definiert werden, was ineffiziente Spitäler sind. Spitäler, welche gemäss diesem Kriterium relativ ähnlich sind, sind der gleichen Gruppe zuzuteilen;
- In einem zweiten Schritt wird verglichen, ob die Basispreise der effizienten Spitäler im Durchschnitt tiefer ausfallen als diejenigen der ineffizienten Spitäler.

Ineffizienz definieren wir hier anhand der durchschnittlichen standardisierten Aufenthaltsdauer oder der Aufenthaltsdauer in den verschiedenen Kostengruppen. Dies führt zu folgendem Indikator:

Indikator zu H.20

Entwicklung der Basispreise, gruppiert nach Spitälern mit ähnlich hoher durchschnittlicher Aufenthaltsdauer je Kostengruppe

H.22, H.23: Auswirkungen von Transparenz und Wettbewerb auf Qualität

Bezüglich der Transparenz muss festgehalten werden, dass lediglich der Outcome, welcher durch die erhohnte Transparenz resultiert, beobachtbar ist, nicht aber die Transparenz selber. Eine qualitative Abschätzung kann man aber vornehmen, indem man Expert/innen nach ihrer Meinung bezüglich der Wirkungen von TARPSY/ST Reha auf die Transparenz befragt.

Das Thema Qualitätswettbewerb wird im Themenbereich Qualität der Evaluation der KVG-Revision Spitalfinanzierung ausfuhrlieh für alle drei Bereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation untersucht. Ggf. können (nach Publikation in 2019) daraus relevante Erkenntnisse oder Indikatoren gewonnen werden. Derzeit sehen wir prioritär die folgenden Indikatoren zur Untersuchung der Qualitätsentwicklung:

Indikatoren zu H.22 und H.23

- Psychiatrie/Psychotherapie: Entwicklung der Symptombelastung (Fremd- und Selbstbeurteilung); Rehabilitation: Entwicklung der Ergebnisqualität; Differenz zwischen Ein- und Austrittsmessung, Auswertung nach Grösse der Spitäler (Fallzahlen)
- Entwicklung der durchschnittlichen Patientenzufriedenheit, Auswertung nach Grösse der Spitäler (Fallzahlen)
- Entwicklung der Zeitdauer zwischen Eintritt und Hauptbehandlung
- Entwicklung des Anteils Austritte ohne weiteren Behandlungsaufwand

Die Auswertung der Indikatoren nach der Grösse der Spitäler erlaubt es zu überprüfen, ob die Spezialisierung eine Qualitätsverbesserung mit sich bringt. Ist dies der Fall, sollten Spitäler mit grossen Fallzahlen bessere Qualitätsindikatoren vorweisen können.

H.25: Mengenentwicklung ist je nach Kanton verschieden

Die Mengenausweitung lässt sich konzeptuell in zwei Elemente aufteilen: Erstens in einen Fallzahleneffekt (mehr/weniger Aufenthalte je Einwohner) und zweitens in einen Aufenthaltsdauerereffekt (längerer oder kürzerer Aufenthalt). Entsprechend schlagen wir vor, die Hypothese anhand von zwei Indikatoren zu prüfen:

Indikatoren zu H.25

- Entwicklung der standardisierten Aufenthaltsdauer in der Psychiatrie/Rehabilitation, nach Kantonen
- Entwicklung der alters- und geschlechterstandardisierten Fallzahlen je 1000 Einwohner, nach PCG/Rehabilitations-Bereich, Aufgliederung nach Kanton und Spitaltyp

7.2 Auswertungsmethoden

Eine zentrale Herausforderung für eine Untersuchung zur Umstellung auf die neuen Tarifstrukturen ist die Frage, wie die Wirkung der Einführung von TARPSY/ST Reha von allgemeinen Trends (z.B. Verschiebungen von stationär zu ambulant) und Dritteffekten (Änderung des Gesundheitszustandes in der Bevölkerung, Änderungen bei Spitalliste, öffentliche Beiträge, etc.) isoliert werden kann. Von einem wissenschaftlichen Maximalanspruch herkommend sollte eine Hauptstudie die **kausalen Effekte** der Einführung von leistungsbezogenen Pauschalen aufdecken.

Um solche kausalen Wirkungszusammenhänge herausstellen zu können, müssen eine Vielzahl von Informationen zur Verfügung stehen. Die Anforderungen an die Datenlage sind entsprechend hoch (Umfang und Qualität der Daten, Kontrollmöglichkeiten um andere Einflussfaktoren). Auch müssen komplexe statistische Verfahren angewendet werden. Oftmals sind die Ergebnisse – vor allem bei Untersuchungen, die sich über eine kurze Periode beziehen – nicht robust. Bei einer relativ breit angelegten Untersuchung, die zahlreiche Fragestellungen beleuchten soll, können oftmals keine Aussagen über kausale Wirkungszusammenhänge gemacht werden. Solche Analysen müssen auf einzelne Fragestellungen beschränkt sein und bieten sich ggf. dann an, wenn spezifische Problembereiche vertieft studiert werden soll. Die Monitoring-Konzepte von B,S,S. (2017) und Obsan (Pellegrini/Roth 2017) sehen denn auch zur Untersuchung der Auswirkungen der Spitalfinanzierung keine ökonometrischen Analysen vor.

Polynomics/Helsana (2017) führen hingegen zur Untersuchung der Mengeneffekte infolge Einführung der neuen Spitalfinanzierung ökonometrische Analysen durch. Sie wenden das sog. **Difference-in-Difference**-Verfahren (DID) an. Diese Methode zieht zur Analyse der Auswirkungen von Massnahmen Informationen einer nichtbetroffenen Gruppe (Kontrollgruppe) heran, um die «Netto-Effekte» der Massnahme auf die betroffenen Gruppen herauszuschälen. Die Herausforderung dieser Analyse liegt darin, geeignete Kontrollgruppen zu finden, was in der Regel schwierig ist. Bei einer sauberen Analyse ist der Aufwand von DID-Schätzungen daher hoch. Entsprechend eignet sich eine solche Analyse nur zur Untersuchung von einzelnen Fragestellungen und nicht für eine breit angelegte Hauptstudie.³⁰

Bei ausreichender Berücksichtigung der folgenden Aspekte kann aber auch ein **deskriptiv oder inferenzstatistisch** (inferenzstatistisch: Hypothesen werden anhand statistischer Kriterien getestet) aufgebautes Indikatoren-Set dennoch wertvolle Hinweise auf mögliche unerwünschte Entwicklungen geben. Für eine aussagekräftige Hauptstudie sind allerdings nach Möglichkeit die folgenden Aspekte zu berücksichtigen:

- Der Zustand vor Einführung der Massnahme (hier: die Einführung von TARPSY und ST Reha) ist möglichst genau abzubilden («**IST-Zustand**»). Dazu gehört insbesondere, dass bekannt ist, welche Leistungserbringer bisher nach welchem Vergütungssystem abgerechnet haben und welche Basispreise bzw. Tarife sie verhandelt haben. Damit Entwicklungen/Tendenzen sichtbar werden, ist es notwendig, einen **längerfristigen Zeitraum** zu beobachten. Wünschenswert wäre eine Analyse, welche mindestens die fünf vor der Umstellung vorangehenden Jahre mit einbezieht.
- Ebenso detailliert ist der Zustand nach Umsetzung der Massnahme zu erfassen. So stellt sich beispielsweise die Frage, ob durch die Einführung der Tarifstrukturen gleichzeitig auch die Finanzierung durch die Kantone (z.B. Investitionszuschüsse, Globalbeiträge oder Defizitdeckung) verändert oder neue Leistungsverträge mit ausserkantonalen Institutionen abgeschlossen worden sind. Hilfreich kann hier sein, die **Indikatoren getrennt nach Kantonen** zu erstellen, um kantonsspezifische Charakteristika herausstellen zu können. Eine offene Frage, die im Rahmen des konkreten Mandats für die Hauptstudie zu klären wäre, ist,

³⁰ Polynomics/Helsana (2017) testeten insgesamt drei Hypothesen.

7 Messung der Wirkungen: Indikatoren

ob bei der Medizinischen Statistik überhaupt eine Auswertung nach Kantonen durchgeführt werden soll, da dann auf eine Auswertung nach Spitaltypologie verzichtet werden müsste (vgl. Anhang III.a).

■ In diesem Zusammenhang ist es auch wichtig zu analysieren, wie sich relevante **Umfeldfaktoren** entwickeln (demografische Struktur der Bevölkerung, gesamte Gesundheitskosten, Kosten der OKP insgesamt, Ausgaben der öffentlichen Hand für das Gesundheitswesen, Kosten des stationären Sektors insgesamt, Morbidität, etc.)

■ Die Indikatoren selber sind soweit als möglich um **Dritteinflüsse** zu **bereinigen**. So sind beispielsweise altersstandardisierte Quoten je 1000 Einwohner/innen reinen Darstellungen der mengenmässigen Entwicklungen vorzuziehen.

■ Es ist wichtig, sich generell über die **Einschränkungen** der Indikatoren bewusst zu sein. Durch eine korrekte Einschätzung bezüglich der Aussagekraft lassen sich bestimmte Tendenzen relativieren oder durch Zuhilfenahme von ergänzenden Indikatoren verifizieren. Diesbezüglich erachten wir es insbesondere als wichtig, möglichst **detaillierte Einzelindikatoren** zu erstellen (z.B. separate Darstellung der Entwicklung von Preisen und Mengen und nicht nur aggregierte Untersuchung der Kostenentwicklung).

■ Für eine Gesamtbeurteilung ist es schliesslich auch hilfreich, die verschiedenen Einzelindikatoren im **Kontext des** erarbeiteten **Wirkungsmodells** und eingebettet in die formulierten **Hypothesen** zu besprechen.

Neben deskriptiven Analysen, d.h. den quantitativen Auswertungen von Daten, können als Auswertungsmethoden weitere Instrumente in Betracht gezogen werden. Für die geplante Hauptstudie drängt sich in erster Linie eine **Literaturanalyse** auf, mit deren Hilfe Erkenntnisse aus anderen Studien im Bereich der stationären Psychiatrie und Rehabilitationen abgeglichen werden können. Ein Vergleich mit der Akutsomatik erscheint ebenfalls angezeigt, weil in diesem Bereich (auch aufgrund der früheren Einführung von SwissDRG gegenüber TARPSY und ST Reha) bereits eine Vielzahl an Studienergebnissen vorliegt. In der Hauptstudie zu berücksichtigen wären ausserdem die Ergebnisse der Evaluation der KVG-Revision Spitalfinanzierung aus den aktuell noch laufenden Studien (der Schlussbericht ist auf 2019 angekündigt).

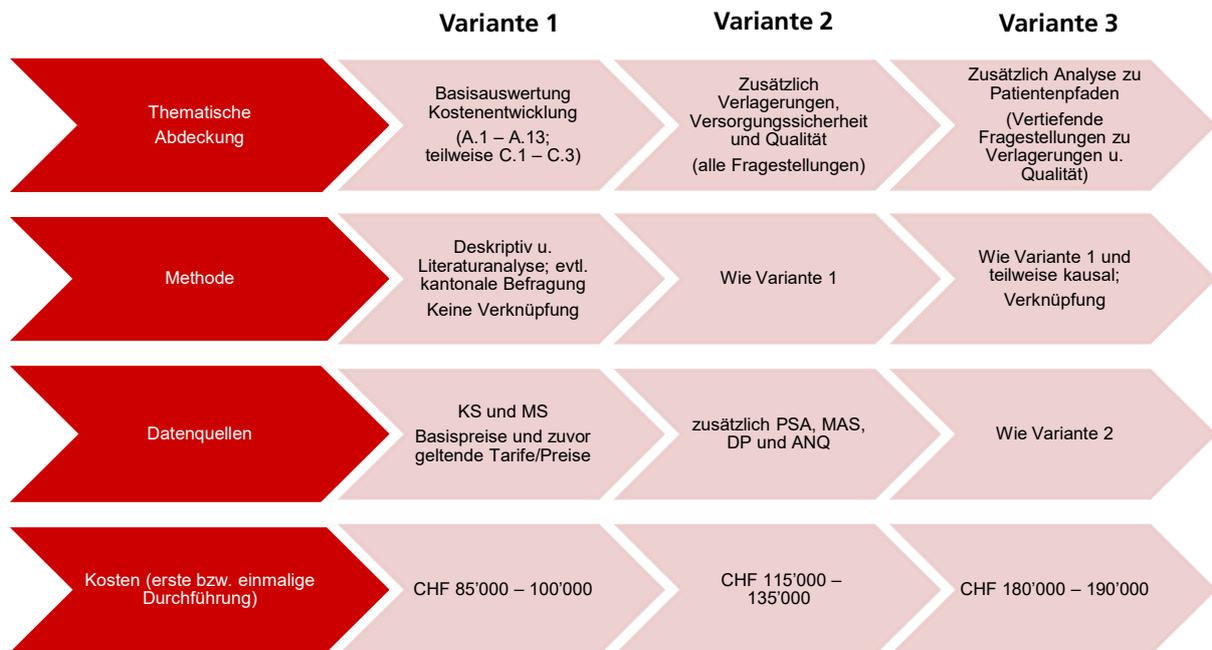
Grundsätzlich ist es auch möglich, in der Hauptstudie nochmals Interviews/Befragungen durchzuführen, wie dies auch andere Evaluationsprojekte im Bereich der Akutsomatik vorsehen (vgl. bspw. B,S,S. 2017; econcept/Lenz 2017). Denkbar wäre beispielsweise, die relevanten Akteure zu befragen, ob sie einen erhöhten Kostendruck wahrnehmen, inwieweit ihrer Ansicht nach die Transparenz zugenommen habe, etc. Für entsprechende Befragungen ist zu prüfen, welche Items bzw. Resultate aus Erhebungen übernommen werden können, die im Rahmen der Evaluation der KVG-Revision Spitalfinanzierung durchgeführt werden.

Die Wirkung der Einführung von TARPSY/ST Reha dürfte – wie oft bei der Umsetzung von Reformen – teilweise erst zeitverzögert zur Geltung kommen. Wir empfehlen daher, dass die erste Hauptstudie (zu TARPSY) frühestens dann durchgeführt wird, wenn neben den Daten zum Einführungsjahr 2018 auch diejenigen der Jahre 2019 und 2020 verfügbar sind, d.h. voraussichtlich nicht vor 2022. Die Analyse zur Einführung von ST Reha kann entsprechend erst später durchgeführt werden. Eine Wiederholung der Hauptstudie ist unseres Erachtens frühestens drei Jahre später angezeigt. Eine jährliche Wiederholung ist nicht sinnvoll, da Leistungs- und Kostendaten von Jahr zu Jahr aufgrund zahlreicher Aspekte stark schwanken können und kurzfristige Schwankungen zumeist nur ungenügend interpretierbar sind.

8 Varianten für die Hauptstudie

Es werden drei konkrete Vorschläge für eine mögliche Umsetzung der Hauptstudie gemacht. Die Varianten unterscheiden sich anhand der Dimensionen «Thematische Abdeckung» (gemäss den in Kap. 5 formulierten Haupt- und Detailfragen), «Methode» und «Datenquellen». Entsprechend unterscheiden sich die Varianten auch bezüglich der (geschätzten) Realisierungskosten. Die drei Vorschläge sind schematisch in Abbildung 4 dargestellt und werden nachfolgend detailliert erläutert.

Abbildung 4: Grobkonzeption möglicher Varianten



Quelle: Darstellung BASS

Bei Variante 1 handelt es sich um die thematisch am stärksten eingeschränkte Auswertung, bei der nur ein Teil der in Kap. 5 formulierten Fragestellungen beantwortet werden kann. Mit dem Fokus auf ausgewählte Kernfragen und Übersichtsanalysen ist dies die kostengünstigste Variante. Variante 2 ist primär eine thematische Erweiterung, mit dem Bezug zusätzlicher Datenquellen. Bei Variante 3 handelt es sich um das umfassendste und damit zugleich aufwändigste Auswertungskonzept. Bei allen drei Varianten wäre es zu überlegen, ob die Hauptstudie auch – anlehnend an die Methodik der vorliegenden Konzeptstudie – eine Befragung der zentralen Akteursgruppen beinhalten soll. Dadurch könnten qualitativ die wahrgenommenen Wirkungen der Auswirkungen von TARPSY/ST Reha abgeholt werden.³¹

■ **Variante 1:** Bei Variante 1 werden ausschliesslich die Krankenhausstatistik (KS), die Medizinische Statistik (MS) und Tarifdaten (Tarife vor Einführung TARPSY/ST Reha; Basispreise) ausgewertet. Mithilfe der KS kann auf die Kostenentwicklung im stationären Bereich fokussiert werden, mithilfe der MS sind detaillierte Einblicke in das Leistungswachstum und Leistungsverschiebungen innerhalb des stationären Bereichs möglich. Auch können Indikatoren zur Qualität und Versorgungssicherheit erstellt werden. In der Variante 1 beschränken sich die Auswertungsmöglichkeiten allerdings auf den stationären Sektor; die von den meisten interviewten Expert/innen als sehr wichtig eingestufteten Fragestellungen zu den Leistungs- und Kostenverlagerungen in andere Sektoren (Fragen B.1 und B.3) lassen sich nicht untersuchen (vgl. **Tabelle 1**).

³¹ Der Aufwand würde sich dadurch um rund CHF 10'000 – 15'000 erhöhen.

Tabelle 1: Untersuchbare Detailfragen in Ausführungsvariante 1

Fragestellungen, die vertieft diskutiert werden können	A.1 bis A.13; C.2;C.3
Fragestellungen, die nur unzureichend analysierbar sind	B.1; C.1
Fragestellungen, die nicht untersucht werden können	B.2; B.3

Bei dieser Basis-Auswertung ist es nicht vorgesehen, Individualdaten der Krankenhausstatistik oder Medizinischen Statistik zu verknüpfen. Wir schlagen vor, in dieser Variante die deskriptiven Ergebnisse in Form von Indikatoren den Erkenntnissen aus der Evaluation der KVG-Revision Spitalfinanzierung gegenüberzustellen. Zur Erfassung der Änderung von gesetzlichen Rahmenbedingungen und des generellen versorgungspolitischen Umfelds vor und nach Einführung von TARPSY/ST Reha erscheint es ausserdem sinnvoll, eine kurze schriftliche Befragung bei den kantonalen Gesundheitsdirektionen durchzuführen.

Zur Realisierung von Variante 1 müssten folgende Leistungen erbracht werden:

- Beschaffung der Individualdatensätze KS und MS (mehrere Jahrgänge), Abschluss von Datenschutzvereinbarungen und Aufbau der Datenbank;
- Abbildung der Situation vor und nach Einführung von TARPSY/ST Reha, insbesondere Analyse der Preisentwicklung, Recherche zu den wichtigsten rechtlichen Änderungen und Umfeldanalyse;
- Literaturanalyse zur KVG-Revision Spitalfinanzierung;
- Befragung der kantonalen Gesundheitsdirektionen;
- Auswertungen der KS und MS und Erstellen der Indikatoren;
- Diskussion und Einbettung der Indikatoren in das Wirkungsmodell;
- Berichterstattung.

Mittels grober Kostenschätzung gehen wir davon aus, dass sich die Projektkosten bei Ausführungsvariante 1 zwischen 85'000 und 100'000 CHF bewegen (Annahme: Preise müssen nicht erhoben werden, sondern werden vom Auftraggeber zur Verfügung gestellt).

■ **Variante 2:** Bei Variante 2 wird die Basisauswertung gemäss Variante 1 um eine Analyse der Leistungs- und Kostenverlagerungen zwischen den Sektoren ergänzt. Hierzu ist es notwendig, die Statistik «Patientendaten Spital ambulant» (PSA) auf individueller Basis auszuwerten. Zusätzlich wird auf bereits publizierte Angaben oder Sonderauswertungen des BFS und der SASIS AG zurückgegriffen.³² Auch die Sekundärdaten von ANQ werden herangezogen. Damit lässt sich der Frageblock B detailliert untersuchen und die in Variante 1 erstellten Qualitätsindikatoren der MS können mit den ANQ-Angaben ergänzt werden. Bei Variante 2 werden sämtliche Detailfragestellungen behandelt. Fragen zu Leistungs- und Kostenverschiebungen könnten allerdings nur in Grundzügen analysiert werden. Es handelt sich auch bei Variante 2 um eine deskriptive Untersuchung, bei der keine gesicherten Aussagen zur Kausalität gemacht werden können.

Zur Realisierung von Variante 2 müssten folgende Leistungen erbracht werden:

- Alle Leistungen gemäss Variante 1. Zusätzlich:
- Erstellung eines Detailkonzepts für die Zusatzauswertungen;
- Beschaffung der Individualdatensätze PSA (mehrere Jahrgänge), Abschluss von Datenschutzvereinbarungen und Aufbau der Datenbank;
- Analyse der Primärerhebung PSA;
- Auswertung von Sekundärdaten (ANQ, MAS, DP);
- Erstellung von Indikatoren zu Leistungs- und Kostenverlagerungen.

³² Diejenigen in Tabelle 3 unter A.9 und B.1 aufgelisteten Indikatoren, welche mithilfe von MAS und DP zu erstellen sind, müssen durch Sonderauswertungen in Auftrag gegeben werden.

Mittels grober Kostenschätzung gehen wir davon aus, dass sich die Projektkosten bei Variante 2 zwischen 115'000 und 135'000 CHF bewegen (zzgl. Spesen durch Auswertung Dritter (SASIS AG, ggf. BFS)).

■ **Variante 3:** Ein Grossteil der Expert/innen erachtet es als wichtig, die Verlagerung der Patientenströme bzw. die Teilverlagerungen von stationären hin zu ambulanten Leistungen oder umgekehrt genau unter die Lupe zu nehmen. Aufgrund der Diskrepanz zwischen den (kostendeckend ermittelten) stationären Tarifstrukturen und den oft finanziell unter Druck stehenden Versorgungsangeboten im teilstationären/intermediären Bereich (z.B. Tageskliniken) ist es möglich, dass es zu Rückverlagerungen in den stationären Bereich kommen wird. Auch Intervallbehandlungen sind denkbar (Wiedereintritte nach mehr als 18 Tagen), welche sowohl aus Kosten- als auch aus Qualitätssicht nachteilig sein können. Zur genauen Untersuchung solcher Entwicklungen ist es notwendig, Individualdaten so zu verknüpfen, dass Patientenbehandlungen über die Zeit verfolgt werden können, sowohl innerhalb des stationären Sektors (wiederholte Aufenthalte im gleichen Spital, Überweisungen in andere Spitäler, Austritt in Pflegeheime, etc.) als auch zwischen dem ambulanten und stationären Bereich.

Für Verlagerungen innerhalb des stationären Bereichs bietet sich eine Verknüpfung innerhalb der Medizinischen Statistik über mehrere Jahre an. Mittels anonymisiertem Identifikator kann ein Grossteil der Patient/innen über die Zeit beobachtet werden. Zur Analyse der Verlagerungen zwischen stationärem und ambulanten Bereich scheint eine zusätzliche Verknüpfung mit den Patientendaten der Spitalambulatorien sinnvoll. Gemäss Informationen des BFS (vgl. Beschreibung der Datenquellen im Anhang) ist eine Verknüpfung der MS- und PSA-Daten mittels anonymisierter Verbindungs-codes möglich und es ist zu erwarten, dass der Verknüpfungserfolg ausreichend hoch sein wird. Da die PSA Abrechnungsdaten enthält, liessen sich sehr detaillierte Verlaufsanalysen vornehmen, welche auch Schätzungen über das Ausmass der Kostenverlagerungen ermöglichen würden.

Das Potenzial der Auswertungen in Variante 3 kann im Rahmen der Konzeptstudie allerdings nicht abschliessend beurteilt werden. Zuerst sind die grundlegenden Analysen (gem. Varianten 1 und 2) durchzuführen. Basierend auf den Erfahrungen der analysierten Daten (Qualität, Verknüpfungserfolg, Aussagekraft der Indikatoren, Analyse der Umfeldfaktoren, etc.) und aufgrund der Ergebnisse kann dann abgeschätzt werden, welche weiteren Vertiefungsanalysen in Variante 3 grundsätzlich möglich und relevant sind.

Bei einer solchen Verlaufsanalyse stünden weniger standardisierte Indikatoren im Vordergrund als vielmehr vertiefende Analysen, welche auch mittels ökonomischer Methoden zum Ziel hätten, kausale Effekte der Einführung von TARPSY und ST Reha herauszuschälen. Auch grafische Verlaufsanalysen, z.B. mittels Sankey-Diagrammen (welche Übergangswahrscheinlichkeiten verschiedener Krankheitsbilder z.B. vom stationären in den ambulanten Bereich anzeigen) bieten sich an.

Zur Realisierung der Variante 3 müssten folgende Leistungen erbracht werden:

- Alle Leistungen gemäss Variante 2. Zusätzlich:
- Erstellen eines detaillierten Auswertungskonzepts;
- Zusätzliche rechtliche Abklärungen mit BFS, Datenverknüpfungsvereinbarung;
- Durchführung der Datenverknüpfung innerhalb der verschiedenen MS-Jahrgänge;
- Durchführung der Datenverknüpfung der MS mit der PSA (verschiedene Jahrgänge);
- Deskriptive Verlaufsanalysen (z.B. Sankey-Diagramme);
- Vertiefende Analysen bzgl. Auswirkungen von TARPSY/ST Reha auf die Qualität;
- Vertiefende Analysen bzgl. Kostenverlagerungen und Gesamtkostenwachstum;
- Ökonometrische Analysen.

8 Varianten für die Hauptstudie

Mittels grober Kostenschätzung gehen wir davon aus, dass sich die Projektkosten bei Ausführungsvariante 3 zwischen 180'000 und 190'000 CHF bewegen.³³

Die Kostenschätzungen basieren auf der Annahme, dass die Untersuchung der Einführung von TARPSY/ST Reha einmalig stattfindet. Bei einer wiederholten Durchführung ist mit tieferen Kosten zu rechnen (soweit wieder dieselbe Forschungsinstitution mit der Durchführung betraut wird).

³³ Die Kostenschätzungen basieren auf der Annahme, dass Variante 3 innerhalb eines einzigen Mandats (welches Variante 1 und 2 beinhaltet) realisiert wird. Erfolgt eine Stückelung z.B. in zwei Mandate, welche an zwei verschiedene Forschungsinstitute vergeben werden, ist von deutlich höheren Gesamtkosten auszugehen.

9 Diskussion und Schlussfolgerungen

Mit der Einführung von leistungsbezogenen Pauschalen in der stationären Psychiatrie (TARPSY) und der stationären Rehabilitation (ST Reha) werden die gesetzlichen Vorgaben umgesetzt, welche mit der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung 2009 in Kraft getreten sind. Gemäss Art. 49 Abs. 1 KVG sind für stationäre Behandlungen in der Regel Fallpauschalen festzulegen. In der Akutsomatik wird diese Vorgabe mit dem Tarifsysteem SwissDRG seit 2012 realisiert. Für die Psychiatrie und die Rehabilitation werden hingegen nicht Fallpauschalen, sondern auf leistungsbezogenen Tagespauschalen basierte Tarifsysteme eingeführt (TARPSY zum 01.01.2018; ST Reha voraussichtlich 2020).

Die vorliegende Konzeptstudie zeigt auf, wie die neuen Tarifsysteme (in ihrer aktuellen Form) ausgestaltet sind, diskutiert, welche möglichen Auswirkungen von der Umstellung auf TARPSY und ST Reha erwartet werden, und zeigt auf, wie diese Wirkungen im Rahmen einer Hauptstudie beobachtet und untersucht werden könnten. Der thematische Fokus lag dabei – entsprechend der Zielsetzung der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung – auf Wirkungen in den Bereichen Kostenentwicklung und Versorgungsqualität. Eine weitere Anforderung an die Konzeptstudie (wie auch an die Hauptstudie) ist die Anknüpfung an bestehende Überlegungen und relevante Erkenntnisse aus der Evaluation der KVG-Revision Spitalfinanzierung, deren Untersuchungszeitraum vor der Einführung von TARPSY und ST Reha endet. Für die Hauptstudie sollten die derzeit noch nicht vorliegenden Ergebnisse der Gesamtevaluation der KVG-Revision Spitalfinanzierung (Schlussbericht ist für 2019 geplant) und weiterer im Zusammenhang mit der Evaluation stehenden Studien (z.B. Begleitforschung) einbezogen werden.

Aus der Literaturanalyse und den Gesprächen mit Expert/innen geht hervor, dass die Wirkungen von TARPSY und ST Reha im Grossen und Ganzen bescheiden ausfallen dürften. Die wesentliche Veränderung, die mit TARPSY und ST Reha verbunden wird, ist die erhöhte Transparenz und Vergleichbarkeit. Nebst verbesserten Grundlagen für Spitalplanung und Tarifverhandlungen könnte sich dies allenfalls auch positiv auf die Versorgungsqualität auswirken. Da die Tarifstrukturen selber (im Gegensatz zu den DRG) hingegen keine wesentlichen Anreizwirkungen enthalten, welche zu Effizienzbestrebungen der Leistungserbringer beitragen könnten, sehen Expert/innen kaum Effekte auf Ebene der Kostenentwicklung. Dies hat damit zu tun, dass die Tarife kostendeckend ermittelt wurden und in einer ersten Phase kostenneutral umgesetzt werden sollen. Kostendämpfende oder kostensteigernde Effekte sind aus Expertensicht primär von der Entwicklung der Basispreise abhängig.

Für die Ausführung einer Hauptstudie zur Einführung von TARPSY und ST Reha wurden im vorliegenden Bericht folgende Grundlagen erarbeitet:

- Katalog von Haupt- und Detailfragen, die im Rahmen einer Hauptstudie zu untersuchen wären
- Formulierung von Hypothesen, welche mit geeigneten Indikatoren überprüft werden können
- Beschreibung der Datenquellen, welche zur Berechnung der Indikatoren herangezogen werden können
- Diskussion der Möglichkeiten und Grenzen einer erweiterten Studie, insbesondere hinsichtlich der Identifikation kausaler Wirkungszusammenhänge.

Auf dieser Basis schlagen wir drei konkrete Umsetzungsvarianten vor, welche modular zusammengesetzt sind und sich hinsichtlich der Dimensionen «Thematische Abdeckung» (Anteil der Fragestellungen, die beantwortet werden), «Methode» (Aufwand und Komplexität) und «Datenquellen» (Anzahl herangezogener Erhebungen und Statistiken) unterscheiden.

Variante 1

Variante 1 ist die kostengünstigste Variante, welche mit überschaubarem Aufwand anhand zweier Datenquellen und ohne komplexe Berechnungen einen Grossteil der Fragestellungen abdeckt (wenn auch nicht vollständig beantwortet). Ein Nachteil dieser Variante sind einerseits die nicht abgedeckten Fragestellun-

9 Diskussion und Schlussfolgerungen

gen zu Kosten- und Leistungsverlagerungen (Hauptfrage B, Detailfragen B.1 bis B.3). Ausserdem lassen sich kausale Zusammenhänge zwischen TARPSY/ST Reha und den beobachteten Entwicklungen auf dieser Basis nicht eruieren.

Variante 2

Bei Variante 2 werden unter Beizug zusätzlicher Datenquellen sämtliche Detailfragestellungen behandelt, wobei die Fragen zu Leistungs- und Kostenverschiebungen allerdings nur in Grundzügen analysiert werden könnten. Es handelt sich auch bei Variante 2 um eine schwergewichtig deskriptive (und teils inferenzstatistische) Untersuchung, bei denen keine gesicherten Aussagen zur Kausalität gemacht werden können.

Variante 3

Die ausführlichste Untersuchungsvariante sieht eine fundierte Beantwortung der Fragestellungen vor, mit einem besonderen Augenmerk auf Kosten- und Leistungsverlagerungen, zumal eine allfällige Verschiebung der Patientenströme und Behandlungsverläufe auch aus Qualitätssicht eine Rolle spielen kann. Hierzu wird es notwendig sein, Verknüpfungen verschiedener Datensätze vorzunehmen. Zusätzlich wird in dieser Variante auch vorgeschlagen, mittels ökonomischer Methoden kausale Effekte der Einführung von TARPSY und ST Reha zu untersuchen. Entsprechend des beschriebenen Zusatzaufwands ist dieser Vorschlag die kostenintensivste Variante.

Das Vorhaben des BAG, die Umstellung auf TARPSY und ST Reha wissenschaftlich zu begleiten, wird von den befragten Expert/innen und Akteuren begrüsst. Die vorliegende Konzeptstudie hat zuhanden des BAG die Grundlagen und konkrete Varianten erarbeitet, wie eine Hauptstudie ausgestaltet werden könnte. Dank des modularen Aufbaus der vorgeschlagenen Untersuchungsvarianten ist es dem BAG möglich, die Hauptstudie je nach thematischen und methodischen Präferenzen und finanziellen Rahmenbedingungen aufzubauen.

10 Literaturverzeichnis

Allgemeine Grundlagen; Evaluation der KVG-Revision Spitalfinanzierung

- BAG Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.) (2015): Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung. Zwischenresultate, Bern
- BFS Bundesamt für Statistik (2017): Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP). Systematisches Verzeichnis – Version 2018, Neuchâtel
- B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung (2017) [unveröffentlicht]: Evaluation der Auswirkungen der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Kosten und die Finanzierung des Versorgungssystems. Analysekonzept zuhanden des Bundesamts für Gesundheit BAG, Basel
- Credit Suisse (2013): Gesundheitswesen Schweiz 2013 – Der Spitalmarkt im Wandel, Zürich: Credit Suisse Global Research.
- econcept und LENZ Beratungen und Dienstleistungen (2017) [unveröffentlicht]: Auswirkungen der KVG-Revision auf die Entwicklung der Spitallandschaft und die Sicherstellung der Versorgung. Detailkonzept zuhanden des Bundesamts für Gesundheit BAG, Zürich
- Felder Stefan, Wolfram Kägi, Michael Lobsiger, Timo Tondelli und Tobias Pfinninger (2014): Leistungs- und Kostenverschiebungen zwischen dem akutstationären und dem spital- und praxisambulanten Sektor. Studie im Auftrag von FMH und H+, Basel
- Felder Stefan, Stefan Meyer und Denis Bieri (2016): Tarif- und Finanzierungsunterschiede zwischen öffentlichen Spitälern und Privatkliniken. Gutachten im Auftrag der Privatkliniken Schweiz, Basel
- GDZ Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (Hrsg.) (2014): Gesundheitsversorgung 2014: Akutsomatik, Rehabilitation, Psychiatrie, Zürich
- Golder Lukas, Claude Longchamp, Cloé Jans, Stephan Tschöpe, Aaron Venetz, Marcel Hagemann und Johanna Schwab (2016): Trotz steigendem Dossieraufwand bleibt die Spitalärzteschaft motiviert. Begleitstudie anlässlich der Einführung von SwissDRG sowie der geplanten stationären Tarife in der Rehabilitation und Psychiatrie im Auftrag der FMH, 5. Befragung 2015, Bern: gfs.bern
- H+ (2016): Zusammenfassung der BVGer Urteile. Effekte auf die Kostenermittlung und Tarif-Bildung im stationären OKP-Bereich, V 1.2, 1. Juni 2016, Bern
- Hedinger Damian, Alexandre Tuch und Marcel Widmer (2017a): Qualität der stationären Leistungen unter der neuen Spitalfinanzierung. Monitoring der Qualitätsindikatoren 2009–2015 (Obsan Bulletin 2/2017). Studie im Auftrag des BAG, Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
- Hedinger Damian, Alexandre Tuch und Marcel Widmer (2017b): Qualität der stationären Leistungen unter der neuen Spitalfinanzierung. Monitoring der Qualitätsindikatoren 2009–2015. Tabellenbericht zum Obsan Bulletin 2/2017, Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
- Pellegrini Sonia und Sacha Roth (2015): Evolution des coûts et du financement du système de soins depuis l'introduction du nouveau financement hospitalier. Etude de base 2010–2012 (Obsan Rapport 61). Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé.
- Jörg Reto und Regula Ruffin (2016): Auswirkungen der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Spitallandschaft und die Sicherstellung der stationären Versorgung. Konzept- und Machbarkeitsstudie inklusive einer Bestandesaufnahme, Bern
- Pellegrini Sonia und Sacha Roth (2017): Entwicklung der Kosten und der Finanzierung des Versorgungssystems seit der Revision der Spitalfinanzierung. Aktualisierung 2014–2015 (Obsan Bulletin 3/2017). Studie im Auftrag des BAG, Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

Polynomics & Helsana (2017): Erwünschte und unerwünschte Optimierungen betreffend Leistungsmengen und -verlagerungen im stationären Spitalbereich. 3. Teilbericht: Monitoringkonzept zuhanden des Bundesamts für Gesundheit BAG, Olten

SAMW Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2009): Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität. Empfehlungen der SAMW, Basel

TARPSY

ANQ (2018): Auswertungskonzept ANQ: Nationale Messungen stationäre Psychiatrie für Erwachsene, Indikatoren «Symptombelastung» und «Freiheitsbeschränkende Massnahmen», Version 7.2, 01. Januar 2018

Bilke-Hentsch Oliver (2017): «Die Erwartungen der Psychiaterinnen und Psychiater zur Versorgungsplanung der Patienten». Referat an der TARPSY Konferenz, 22. Juni 2017

Bühning Petra (2016): «Individuelle Budgets bleiben», *Deutsches Ärzteblatt* 113(33–34), A1473f.

Bühlren Bernhard, Simone McKernan und Eva Harfst (2017): Nationaler Vergleichsbericht, Messung 2016 Nationale Messungen stationäre Psychiatrie für Erwachsene (Indikatoren «Symptombelastung» und «Freiheitsbeschränkende Massnahmen»). Version 1.1, 10.10.2017, Bern: ANQ

GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2008): Leitfa- den zur Psychiatrieplanung. Bericht der Arbeitsgruppe «Spitalplanung», Bern

Jäggi Jolanda, Kilian Künzi, Nathal de Wijn und Désirée Stocker (2017): Vergleich der Tätigkeiten von Psychiaterinnen und Psychiatern in der Schweiz und im Ausland, im Auftrag des Bundesamts für Ge- sundheit (BAG), Bern

Meyer Beatrix und Barbara Rohner (2016): «TARPSY 1.0: Das neue Tarifsysteem für die stationäre Psychiatrie», *Schweizerische Ärztezeitung* 97(41), 1404–1406

Pro Mente Sana (2016): Das geplante Finanzierungssystem TARPSY. Kommerz mit verwundeten Seelen?, Zürich

SwissDRG (2016a): Abbildung von Kostenunterschieden durch die Tarifstruktur TARPSY und Schlussfolge- rungen für differenzierte Preise. Feststellung des Verwaltungsrats der SwissDRG AG, Version 1.0, 20. Dezember 2016

SwissDRG (2016b): Das Wichtigste zu TARPSY auf einen Blick, Stand Mai 2016, Bern

SwissDRG (2016c): Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter TARPSY. Version Dezember 2016, gültig ab 1.1.2018, Bern

SwissDRG (2016d): PCG-Katalog TARPSY Version 1.0. Genehmigt vom Verwaltungsrat der SwissDRG AG am 1. Dezember 2016, inklusive Anlagenutzungskosten (ANK), Bern

SwissDRG (2017a): Bericht zur Entwicklung der Tarifstruktur TARPSY 1.0, inkl. Berechnungsmethode. Version 31.01.2017, Bern

Unger-Köppel Jürg (2016): «Psychiatrie – degressive Tagespauschalen statt Fallpauschalen», *Schweizeri- sche Ärztezeitung* 97(41), 1403

ST Reha

ANQ (2016): Auswertungskonzept zum Nationalen Messplan Rehabilitation (Modul 2 und 3), Version 1.1, 29. Juli 2016, Bern

ANQ (2018): Nationaler Messplan Rehabilitation (Modul 2 und Modul 3). Daten-Handbuch Version 6.0, gültig ab 01.01.2018, Bern

H+ Die Spitäler der Schweiz (2015): DefReha© Stationäre Rehabilitation: Spezialbereiche und Definitio- nen. Ein- und Ausschlusskriterien für die unterschiedlichen Rehabilitationsarten, Version 1.01, Bern

- Ingenpass Petra und Barbara Rohner (2015): «ST Reha – Leistungsbezogene Tagespauschalen», *Schweizerische Ärztezeitung* 96(18), 634f.
- Mattli Renato, Marcel Dettling, Markus Wirz, Marion Schmidt und Simon Wieser (2017): ST Reha Version 0.5 – Datenauswertung 2016. Systempräsentation, Bern, 13. Dezember 2017
- Mattli Renato, Marion Schmidt, Simon Wieser, Marcel Dettling und Markus Wirz (2016): Entwicklung eines leistungsorientierten Tarifsystems für die stationäre Rehabilitation in der Schweiz. Schlussbericht zur Datenerhebung ST Reha 2015, Winterthur
- SwissDRG (2017b): Dokumentation zu ST Reha. Format und Inhalt der Daten 2018, 02.10.2017, Bern
- Tarifsuisse (2017): Stellungnahme ST Reha Version 0.4, Solothurn
- Wieser Simon und Renato Mattli (2016): ST Reha 2017. Inhalt und Format der Datenerhebung. Version 0.12.2, 24.10.2016, Winterthur

11 Abkürzungsverzeichnis

ADL	Activities of Daily Living
ANK	Anlagenutzungskosten
ANQ	Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
APDRG	All Patient DRG
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BAGSAN	BAG-Statistik auf Basis von anonymisierten Individualdaten
BFS	Bundesamt für Statistik
BSCL	Brief Symptom Checklist
BUR-Nr.	Betriebs- und Unternehmensregister-Nummer
CHOP	Schweizerische Operationsklassifikation
CIRS	Cumulative Illness Rating Scale
CRQ	Chronic Respiratory Questionnaire
DP	Datenpool der SASIS AG
DRG	Diagnosis Related Groups
EBI	Erweiterter Barthel-Index
FIM	Functional Independence Measure
FM	Freiheitsbeschränkende Massnahmen
G-DRG	German DRG
HoNOS	Health of the Nation Outcome Scales
HoNOSCA	Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents
ICD	International Classification of Diseases and Related Health Problems
KS	Krankenhausstatistik (BFS)
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
KZSS	Kennzahlen der Schweizer Spitäler (BAG)
MARS	Modules Ambulatoires des Relevés sur la Santé (BFS)
MAS	Medical Ambulatory Structure; Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren
MS	Medizinische Statistik der Krankenhäuser (BFS)
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PCG	Psychiatric Cost Groups (TARPSY)
PCS	Patientenklassifikationssystem (ST Reha)
PSA	Patientendaten Spital ambulant
SCIM	Spinal Cord Independence Measure
SwissDRG	Swiss Diagnosis Related Groups
UID	Unternehmens-Identifikationsnummer

Anhang

I. Interviews und Explorationsgespräche

Tabelle 2: Liste der Gesprächspartner/innen

Name	Organisation und Funktion
Carmen Brenner-Meyer	Departement für Gesundheit, Soziales und Kultur (DGSK) VS, Kantonsvertreterin im Beratenden Ausschuss ST Reha
Stephan Colombo	Einsitz Beratender Ausschuss TARPSY und ST Reha für Santésuisse
Tobias Grisiger	Gesundheitsdirektion ZH, Kantonsvertreter im Beratenden Ausschuss TARPSY
Rémi Guidon	Leiter Abteilung Ökonomie, SwissDRG AG
Manuel Jung	Preisüberwachung, Leiter Fachbereich Gesundheit
Dr. Sonia Pellegrini, Marcel Widmer	Obsan
Dr. Gianni Roberto Rossi	Vertreter H+ im Beratenden Ausschuss ST Reha, Direktor Clinica Hildebrand
Anke Trittin, Peter Catlos	Curafutura, Leiterin Tarife und Projektleiter Stationäre Tarifstrukturen
Dr. med. Jürg Unger-Köppel	FMH Zentralvorstand (Bereich Stationäre Versorgung und Tarife)
Bernhard Wegmüller	Direktor H+
Prof. Dr. Simon Wieser	Leiter gesundheitsökonomische Forschung, ZHAW
Erika Ziltener	Präsidentin des Zentralvorstands der Schweizerischen Patientenstellen

Darstellung BASS

II. Übersicht Detailfragestellungen, Hypothesen und Indikatoren

Tabelle 3: Zusammenhang zwischen Detailfragestellungen, Hypothesen und Indikatoren

Fragestellung	Hypothese	Indikator [Datenquelle]
A.1 Auswirkungen der Transparenz?	H.1 Hohe Basispreise kommen unter Druck	Entwicklung der Baserates (fallgewichtetes Total und Entwicklung der höchsten 10% und 25%) [Datenquelle: n.v.] Indikatoren analog zu Pellegrini/Roth (2017): - Entwicklung Beiträge (und vor 2012 Subventionen) in Mio. CHF [KS] - Entwicklung der kantonalen Defizitdeckung in Mio. CHF [KS] - Entwicklung der Anzahl Spitäler, die kantonale Beiträge und (vor 2012) Subventionen angegeben haben [KS] - Entwicklung Anzahl Spitäler, die eine Defizitdeckung angegeben haben [KS]
	H.2 Fallunabhängige Finanzierungsanteile sinken	Entwicklung Anteil ausserkantonale Behandlungstage [MS]
	H.3 Ausserkantonale Lösungen werden attraktiver	Entwicklung Durchschnittliche Aufenthaltsdauer, nach Kostengruppen [MS]
A.2 Auswirkungen des degressiven Tarifes?	H.4 Durchschnittliche Aufenthaltsdauer sinkt	Entwicklung der verschiedenen Aufenthalte nach Austritt (Anteile an allen Austritten) [MS]
	H.6 Frühere Entlassungen bewirken Verlagerungen	Entwicklung Verhältnis Wiedereintritte/Austritte [MS], innerhalb von 18 Tagen
	H.7 Anteil der Wiedereintritte steigt	- Entwicklung Day-Mix-Index [MS] - Entwicklung Anteil der Fälle mit Nebendiagnose [MS] - Entwicklung Anzahl Behandlungen je Aufenthalt [MS]
A.3 Up-Coding?	H.8 TARPSY/ST Reha begünstigt Up-Coding / Verschiebungen zu gut abgegoltenen Leistungen	Entwicklung Belegungsgrad der Betten [KS, KZSS] Entwicklung Anzahl Vollzeitäquivalente (Ärzte- und Pflegepersonal, medizinisch-therapeutisches Personal) je 1000 Pflgetage Entwicklung/Konvergenz der Aufenthaltsdauer zwischen Median und 75%-oder 90%-Perzentil, je Kostengruppe [MS]
	H.9 Auslastung der Spitäler erhöht sich	- Entwicklung Fallabhängige Erlöse/Kosten [KS] - Entwicklung Erlöse je Pflgetag [KS, KSS]
	H.10 Personalstruktur wird optimiert	Entwicklung Anteil Administrativpersonal am Gesamtpersonal [KS]
A.4 Effizienzanstrengungen Spitäler?	H.11 Aufenthaltsdauer der ineffizienten Spitäler sinkt	- Entwicklung standardisierte Aufenthaltsdauer in der Psychiatrie/Rehabilitation, nach Kantonen [MS] - Entwicklung Standard. Fallzahlen nach PCG/Rehabilitations-Bereich, je 1000 Einwohner [MS], nach Kt. und Spitaltyp
	weitere Effizienzindikatoren	- Entwicklung der Basispreise [n.v.] - Entwicklung Differenz zwischen 90%-Perzentil und Median-Baserate [n.v.]
A.5 Administrativer Aufwand?	H.12 Der administrative Aufwand steigt	Entwicklung Basispreise, gruppiert nach Spitälem mit ähnlich hoher durchschnittlicher Aufenthaltsdauer je Kostengruppe [MS; n.v.]
A.6 Auswirkungen auf Leistungsangebot?	H.25 Mengenentwicklung je nach Kanton unterschiedlich	- Entwicklung Erlöse je Pflgetag in der stationären Psychiatrie/Rehabilitation [KS, KSS] - Entwicklung Erlöse je Einwohner in der stationären Psychiatrie/Rehabilitation [KS, KSS] - Entwicklung Erlöse in psychiatrischen und Rehabilitations-Kliniken (ambulant und stationär) und Ertrag aus Praxistätigkeit von Ärzt/innen mit Fachtitel Psychiatrie/Psychotherapie bzw. Physikalische Medizin/Rehabilitation [KS, PSA, MAS] - Entwicklung Investitionen der Spitäler (Psychiatrie und Rehabilitation, ohne Akutspitäler), in Mio. CHF [KS]
	H.1 Überdurchschnittlich hohe Basispreise sinken	Entwicklung Anteil der Erlöse der stationären Psychiatrie und Rehabilitation an den Gesamtausgaben des Gesundheitswesens [KS, Statistik Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens]
A.7 Auswirkungen auf Preise?	H.20 Ineffiziente Spitäler verrechnen höhere Basispreise als effiziente	- Entwicklung der fallabhängigen Erlöse (ambulant, stationär, Langzeitpflege), durch KVG (OKP und Kantone) finanziert [KS] - Entwicklung Anteil des fallabhängigen Erlöses (ambulant, stationär, Langzeitpflege), durch übrige finanziert [KS] - Entwicklung der fallabhängigen Erlösanteile am Gesamterlös, KVG (OKP und Kantone) und Total [KS]
	H.14a/b a: Sinkendes oder stabiles Kostenwachstum b: Steigendes Kostenwachstum	Entwicklungen der obigen Indikatoren nach Kantonen
A.8 Kostenwachstum im stationären Sektor?	H.24 Entwicklung nach Kantonen verschieden	Siehe Indikator zu H.4; Vergleich mit Aufenthaltsdauer in Akutsomatik
	H.14a/b a: Kostenstabilisierend b: Kostentreibend	Vergleich der Entwicklung diverser Indikatoren unter C.2 mit Akutsomatik
A.9 Einfluss auf Gesamtkostenwachstum im Gesundheitswesen?	H.14a/b	Entwicklung Anteil der stationären Psychiatrie-Kliniken/-Spitäler mit einem Leistungswachstum >3% bzw. >2.5% [MS]
A.10 Ausgabenwachstum der Kostenträger?	H.2 / H.15 Fallabhängiger Finanzierungsanteil steigt; Einfluss auf Ausgabenwachstum der Kostenträger ist aber unklar (vgl. A.9; A.10)	
A.11 Einfluss auf das OKP-Kostenwachstum?	H.24 Entwicklung nach Kantonen verschieden	
A.12 Unterschiede im Vergleich zu Akutsomatik?	H.5 Aufenthaltsdauer sinkt weniger stark als bei Akutsomatik	
	H.19 Rehabilitations- und psychiatrische Kliniken spezialisieren sich weniger stark als in der Akutsomatik	
A.13 Effekte Korrekturmassnahmen?	H.13 Anteil der Spitäler mit sehr hohem Leistungswachstum sinkt	

Anhang

B.1	Verlagerungen stationär-ambulant?	-	Keine; Gegenläufige Tendenzen	- Entwicklung Anzahl Behandlungstage je 1000 Einwohner (alters- und geschlechterstandardisiert) [MS]
				- Entwicklung Anzahl Patientenkontakte im Spitalambulatorium, Kostenstellen Psychiatrie/Psychotherapie und Phys. Medizin/ Rehabilitation, je 1000 Einwohner [PSA]
B.2	Verlagerungen innerhalb des stationären Bereichs?	H.8	Besser abgoltene Leistungen nehmen zu (Leistungsverschiebung und/oder Up-Coding bei Abrechnung)	- Entwicklung Anzahl Patientenkontakte in Arztpraxen/Zentren, Ärzte mit FT Psychiatrie/Psychotherapie bzw. Phys. Medizin/ Rehabilitation, je 1000 Einwohner [MAS]
				- Entwicklung Ertrag aus Praxistätigkeit, Ärzte mit Fachtitel Psychiatrie/Psychotherapie bzw. Phys. Medizin/Rehabilitation [MAS]
B.3	Kostenverlagerung innerhalb OKP?			- Entwicklung Verrechnete Preise für ambulante Leistungen der Spitäler in CHF, Kostenstellen Psychiatrie/Psychotherapie und Phys. Medizin/ Rehabilitation [PSA], nach Tarifstruktur
				- Entwicklung Bruttoleistungen OKP je versicherte Person [DP]
				- Entwicklung Anzahl fakturierte Leistungen Psychiatrie/Psychotherapie, Rehabilitation sowie Physiotherapie je vers. Person [DP]
				- Entwicklung Kosten Stationäre Leistungen (Psychiatrie/Rehabilitation) am Total (ambulant und stationär) [KS, MAS, PSA]
				- Entwicklung Kosten der ambulanten Spzialeinheit im Verhältnis zu den Gesamtkosten des Spitals [KS]
				- Aufenthalt nach Austritt, Entwicklung der Anteile zu den Austrittsgründen [MS]
				Entwicklung Case-Mix-Index/Day-Mix-Index [MS]
				Entwicklung Anteil verrechnete Leistungen OKP ambulant am Total der verrechneten Leistungen [DP, PSA, KS]
C.1	Einfluss auf Qualität?	H.7	Anteil Wiedereintritte steigt	Entwicklung Verhältnis Wiedereintritte / Austritte (vgl. Hedinger et al. 2017: Anteil Fälle mit mindestens einer Rehospitalisierung innerhalb von 18 Tagen nach Spitalaustritt)
		H.10	Kostendruck bewirkt Verschlechterung des Betreuungsverhältnisses	Entwicklung Anzahl Vollzeitäquivalente (Arztpersonal, Pflegepersonal, medizinisch-therapeutisches Personal) je 1000 Fälle (vgl. Hedinger et al. 2017)
		H.22	Erhöhte Transparenz bringt Qualitätswettbewerb	- Psychiatrie/Psychotherapie: Entwicklung Symptombelastung (Fremd- und Selbstbeurteilung); Rehabilitation: Entwicklung Ergebnisqualität; Differenz zwischen Ein- und Austrittsmessung (adjustiert) [ANQ]
		H.23	Spezialisierung führt zu Qualitätsverbesserung innerhalb der Disziplin	- Entwicklung Durchschnittliche Patientenzufriedenheit [ANQ] -> Auswertung nach Grösse der Spitäler (Fallzahlen)
			Weitere Qualitätsindikatoren	- Entwicklung Zeitdauer zwischen Eintritt und Hauptbehandlung [MS] - Entwicklung Anteil Austritte, ohne weiteren Behandlungsaufwand [MS]
				Anteil der Patient/innen mit Psychopharmakotherapie (Total und Teilindikatoren Neuroleptika, Depotneuroleptika, Antidepressiva, Tranquilizer, Hypnotika, Antiepileptika, Lithium, Substitutionsmittel, Suchtaversionsmittel, Antiparkinsonmittel, andere und Medikamente zur Behandlung körperlicher Leiden)
C.2	Einfluss auf Leistungsspektren und -volumen?	H.16	Spezialisierung/Konzentration wird begünstigt	- Entwicklung Anteil der Leistungen, die durch die grössten X [Anzahl] Leistungserbringer erbracht werden [MS]
		H.17	Spezialisierung/Konzentration insb. in Bereichen mit hohem Infrastrukturaufwand	- Entwicklung Marktanteile pro Spitaltyp (Anteil an Gesamtfällen) [MS]
		H.18	Spezialisierung eher in Rehabilitation als in Psychiatrie	- Entwicklung Herfindahl-Hirschmann-Index (HHI) bzw. Information Theory Index [MS], vgl. Jörg/Ruffin (2016)
		H.26	Spezialisierungsprozesse unterscheiden sich nach Sprachregionen	- Entwicklung Anzahl Leistungserbringer (Rehabilitation/Psychiatrie), welche Leistung erbringen, nach Kostengruppen
				- Unterteilung des Indikators nach Spitaltyp und Sprachregion/Kanton
C.3	Auswirkungen auf Versorgungsstrukturen?	H.21	Die Spezialisierungs- und Konzentrationsprozesse führen zu einer Reduktion der Anzahl Spitäler/Kliniken	

Legende Datenquellen:

n.v.	noch nicht vorhanden (Abklärungen bzgl. Zugang laufen derzeit im BAG)
KS	Krankenhausstatistik (BFS)
MS	Medizinische Statistik (BFS)
KSS	Kennzahlen der Schweizer Spitäler (BAG)
PSA	Patientendaten Spitalambulatorium (BFS)
MAS	Medical Ambulatory – Structure / Strukturdaten Arztpraxen und ambulante Zentren (BFS)
DP	Datenpool (SASIS AG)
ANQ	Qualitätsdaten des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken

Quelle: Darstellung BASS

III. Datenquellen

Die Statistiken, welche potenziell für eine Untersuchung der Einführung von TARPSY/ST Reha herangezogen werden können, werden nachfolgend nach einem einheitlichen Raster diskutiert.

a. Medizinische Statistik der Krankenhäuser

Inhalt der Statistik

Datenverantwortliche Statistikeinheit

Bundesamt für Statistik, Sektion Gesundheitsversorgung

Beschrieb

Die Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS) erfasst jedes Jahr die anfallenden Daten aller Hospitalisierungen in den schweizerischen Krankenhäusern. Diese Erhebung wird von jedem Krankenhaus und jedem Geburtshaus, bzw. von jeder Klinik durchgeführt. Das BFS erhebt sowohl soziodemographische Informationen der Patient/innen wie Alter, Geschlecht, Wohnregion als auch administrative Daten wie Versicherungsart oder Aufenthaltsort vor der Hospitalisierung und medizinische Informationen wie Diagnosen und Behandlungen.

Variablen und mögliche Indikatoren

- Soziodemografische Angaben der Patientin/des Patienten: Altersklasse, Geschlecht, Wohnregion
- Merkmale der Hospitalisierung und des Austritts: Aufenthaltsdauer, Tage bis zur nächsten Hospitalisierung (stationär, teilstationär, ambulant), Zeitdauer zwischen Eintritt und Hauptbehandlung, Entscheid für Austritt, Aufenthalt nach Austritt, Behandlung nach Austritt
- Administrative Daten: Hauptkostenstelle, Hauptkostenträger f. KVG-Leistungen, Aufenthaltsort vor Eintritt, Eintrittsart, einweisende Instanz, Behandlungsart
- Medizinische Informationen: Hauptdiagnose, Zusatz zu Hauptdiagnose, Nebendiagnose, Hauptbehandlung, weitere Behandlungen
- Psychiatrie-Zusatzdaten (MP-Datensatz) mit weiteren Angaben insbesondere zu Behandlung und Medikation (fakultativ; Abdeckung rund 60-70%).
- Tarif der Abrechnung: SwissDRG, andere Tarife Akutsomatik, ST Reha, andere Tarife stationäre Rehabilitation, TARPSY, andere Tarife stationäre Psychiatrie, Pflorgetaxe

Mithilfe der Medizinischen Statistik (MS) können eine Vielzahl an Indikatoren erstellt werden, welche für die Hauptstudie zentral erscheinen. Die Statistik erlaubt eine präzise Abgrenzung der Fälle, da nach dem Tarif der Abrechnung (TARPSY, ST Reha, DRG etc.) unterschieden werden kann. Alternativ kann nach der Hauptkostenstelle (hier interessierend: M500, «Psychiatrie und Psychotherapie» und M950, «Physikalische Medizin und Rehabilitation») unterschieden werden. Mögliche Indikatoren, die aus der Medizinischen Statistik gebildet werden können, sind:

1. Indikatoren für das Monitoring der Mengen- und Kostenentwicklung:

- Durchschnittliche Aufenthaltsdauer (alters- und geschlechterstandardisiert), untergliedert nach PCG/PCS
- Konvergenz der standardisierten durchschnittlichen Aufenthaltsdauer (z.B. Unterschied zwischen 10%-Perzentil und Median sowie zw. Median und 90%-Perzentil, Entwicklung der Standardabweichung etc.)
- Day-Mix-Index³⁴ (alters- und geschlechterstandardisiert bzw. soweit möglich morbiditätsbereinigt)

³⁴ In der Akutsomatik betrachtet man den Case-Mix-Index, da die Vergütung via Fallpauschalen erfolgt. Das Pendant dazu bei einer Vergütung auf Basis von leistungsbezogenen Tagespauschalen ist der Day-Mix-Index. Die detaillierte Analyse der Entwicklung nach Fallschwere erlaubt ein Monitoring über Up-Coding.

Anhang

- Durchschnittliche Anzahl Behandlungen während des Aufenthalts
- Anteil der Fälle mit Nebendiagnose (Indikator für genauere Codierung oder Up-Coding)
- Alters- und geschlechterstandardisierte Hospitalisierungsrate, Total und nach PCG/PCS
- Anteil ausserkantonaler Behandlungstage (oder Fälle)
- Anteil der psychiatrischen Kliniken/Spitäler mit einem Leistungswachstum in 2018 >3% gegenüber 2017 bzw. mit einem Leistungswachstum >5% in 2019 gegenüber 2017 (vgl. automatische Korrekturmassnahmen; Kapitel 3.1).
- Anzahl Behandlungstage je 1000 Einwohner/innen (alters- und geschlechterstandardisiert)³⁵

2. Indikatoren für das Monitoring von Leistungs- und Kostenverlagerungen:

- Aufenthalt nach Austritt, Anteile der wichtigsten Austrittsorte

3. Indikatoren für das Monitoring der Qualität und Versorgungssicherheit:³⁶

- Austrittsgrund, Anteile der wichtigsten Gründe
- Anteil der Austritte ohne weiteren Behandlungsaufwand
- Verhältnis Wiedereintritte (nach mehr als 18 Tagen) zu Austritten und Verhältnis Wiedereintritte innert 18 Tage (Fallzusammenführungen) zu Austritten
- Entwicklung der Marktanteile pro Spitaltyp (Anteil an Gesamtfällen), vgl. Jörg/Ruflin (2016)
- Index der Spezialisierung/Konzentration: Herfindahl-Hirschmann-Index (HHI)³⁷ bzw. Information Theory Index, welcher zusätzlich Veränderungen im nationalen Patientenmix mitberücksichtigen kann.
- Anzahl der Leistungserbringer, welche eine spezifische Leistung erbringen (PCG/PCS), nach Spitaltyp, Grösse des Spitals³⁸ oder Sprachregion/Kanton.
- Durchschnittliche Zeitdauer zwischen Eintritt und Hauptbehandlung

Eigenschaften

Periodizität, Zeitraum und Strukturbrüche

Jährliche Erhebung seit 1998, seit 2003 in ausreichender Datenqualität.

Strukturbruch: Seit 2012 wird ein Wiedereintritt innerhalb von 18 Tagen als ein Fall behandelt (Wiedereintritt ist aber identifizierbar)

Abdeckungsgrad

Obligatorische Vollerhebung; Teilnahmequote 2014: 100% der Krankenhäuser.

³⁵ Dieser Indikator kann nur auf gesamtschweizerischer Ebene erstellt werden, da ansonsten interkantonale Patientenströme für einzelne Kantone zu falschen Schlussfolgerungen führen können. Alternativ dürfte man bei einer kantonalen Auswertung lediglich die innerkantonalen Behandlungen betrachten (gerade in der stationären Rehabilitation gibt es viele interkantonale Patientenflüsse). Dies gilt es auch bei weiteren Indikatoren zu berücksichtigen, welche pro 1000 Einwohner/innen normiert sind.

³⁶ Zur Entwicklung der Spitallandschaft und der Versorgungssicherheit haben econcept/Lenz (2017) eine Vielzahl von Indikatoren vorgeschlagen, auf die bei einer gewünschten Vertiefung der Thematik gut zurückgegriffen werden kann. Da der Fokus der Hauptstudie gem. Mandatsauftrag auf der Kostenentwicklung und den Leistungs- und Kostenverschiebungen liegen soll, haben wir uns vorliegend auf einige wenige wichtige Indikatoren beschränkt.

³⁷ Vgl. für Details zum Indikator Jörg/Ruflin (2016, S.70ff.). Dieser Index fand gemäss Aussagen der Autoren bereits in diversen Studien zur Spezialisierung von Spitälern Anwendung. Angewendet auf einen Leistungserbringer gibt der Indikator ein Mass für die Spezialisierung auf bestimmte Leistungsgruppen. Alternativ kann man den Indikator auch auf die Leistungsgruppen anwenden, um ein Mass zu erhalten, wie stark eine bestimmte Leistungsgruppe auf die einzelnen Leistungserbringer konzentriert ist.

³⁸ Gemäss theoretischen Erwartungen ist bei kleinen Spitälern mit einem verstärkten Wachstum zu rechnen. Sie müssen grösser werden, um ihre Fixkosten auf mehr Fälle verteilen zu können (vgl. Polynomics/Helsana 2017).

Anhang

Datenqualität

Die Datenqualität hat sich über die Zeit sukzessive verbessert. Bestimmte Variablen sind aber mit Vorsicht zu interpretieren bzw. bedürfen einer detaillierten Plausibilitätsprüfung (z.B. Behandlung nach Austritt: «geheilt»; es ist unklar, ob alle Leistungserbringer das Gleiche darunter verstehen).

Erhebungseinheit

Daten auf Ebene der einzelnen Hospitalisierungen

Mögliche Analyseebene

- Für die MS kann entweder ein Datensatz mit der **Typologie** TYPOL (mit anonymer Betriebsnummer) oder ein Datensatz mit dem **Kanton** (GEO; enthält den Standortkanton des Spitals und den Wohnkanton des Patienten) bezogen werden. Es ist nicht möglich, beide Datensätze gleichzeitig zu erhalten und zu verknüpfen.
- Grundsätzlich sind in der MS die Kostenstellen identifizierbar. Bei den Akutspitälern sollte damit auch eine Auswertung von Psychiatrie- und Rehabilitationsabteilungen möglich sein. Bei einer gleichzeitigen Analyse nach Kanton können allerdings ggf. Datenschutzprobleme auftreten. Eine Prüfung des konkreten Falls durch das BFS wird notwendig sein.

Verknüpfbarkeit mit anderen Datenquellen

- Seit dem 15. Januar 2014 ist die Verknüpfung in der Verordnung des EDI über die Verknüpfung statistischer Daten (Datenverknüpfungsverordnung, SR 431.012.13) sowie in Art. 13h ff. der Statistikerhebungsverordnung geregelt.
- Verknüpfungsanträge unterstehen zwingend der Bewilligung der Direktion des BFS (Art. 2 Abs. 3 Datenverknüpfungsverordnung). Für einen solchen Antrag gibt es einen mehrstufigen, vorgegebenen Genehmigungsprozess, der mehr Zeit in Anspruch nimmt als ein Standardverfahren für einfache Verträge ohne Verknüpfungsantrag. Je unklarer ein Antragsbegehren formuliert ist und je mehr Rückfragen der Sektion Gesundheitsversorgung nötig sind, desto mehr Zeit kann ein solches Antragsprozedere in Anspruch nehmen.
- Auch Verknüpfungen über mehrere Jahre sind genehmigungspflichtig.
- Unter den Datenschutz fallen sowohl Analysen zu natürlichen als auch juristischen Personen.
- Die Verknüpfung der Daten könnte grundsätzlich über den sogenannten anonymen Verbindungscode vorgenommen werden. Dieser wird durch einen Algorithmus, bestehend aus dem Namen und Vornamen des Patienten/der Patientin erstellt. Bei Analysen über die Zeit ist darauf zu achten, dass der Verbindungscode bei Namensänderung ebenfalls ändert. In rund 70'000 von 1,5 Mio. Fällen ist der Verbindungscode fehlerhaft (Verwechslung von Vor- und Nachnamen). Ansonsten ist eine Nachverfolgung der Patient/innenverläufe über Zeit und Spitäler hinweg möglich.
- Grundsätzlich ist eine Verknüpfung mit den Patientendaten zu den Spitalambulatorien und der Medizinischen Statistik möglich. Gewisse Probleme können daraus resultieren, dass die Erhebungsebene (Standort, Klinik, Spital) je nach Statistik unterschiedlich sein kann. Eine Verknüpfung der MS mit der KS drängt sich aus Sicht BASS allerdings nicht auf. Aus konzeptioneller Sicht ist je nach Fragestellung eine Verknüpfung mit der Statistik «Patientendaten Spital Ambulant» prüfenswert.

Vorgesehene Revisionen / zukünftige Entwicklungen

- Vorgesehene Revisionen in Bezug auf die Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen in der stationären Psychiatrie und Rehabilitation sind noch offen.
- Möglicherweise wird der Psychiatriezusatzdatensatz infolge der Einführung von TARPSY obligatorisch.

Datenzugang für Externe

- Die Weitergabe von anonymisierten Einzeldaten für Zwecke der Statistik, der Forschung und der Planung ist grundsätzlich möglich (Art. 19 Abs. 2 Bundesstatistikgesetz, SR 431.01 sowie Art. 9 Abs. 1 Statistikerhebungsverordnung, SR 431.012.1).
- Die Einzeldaten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS) betreffen natürliche und juristische Personen. Diese Einzeldaten sind besonders schützenswert. Die Nutzung der Einzeldaten ist obligatorisch mit einem Datenschutzvertrag zu regeln.
- Die Dossiers werden nach dem FIFO-Prinzip (First In – First Out) behandelt. Es kann mehrere Monate dauern, bis ein Dossier geprüft und bearbeitet werden kann. Vor dem Antrag auf BFS-Daten muss ein fundiertes Studiendesign vorliegen.
- Daten zur Weiterverwendung für administrative Zwecke stellt das BFS nicht zur Verfügung.
- Neben dem BFS ist für aufsichtsrechtliche Zwecke (gemäss Art. 59a KVG) auch das BAG im Besitz der Daten. Die Verwendung dieser Daten durch das BAG ist dabei an den gesetzlich definierten Zweck gebunden, «die Anwendung der Bestimmungen des Gesetzes über die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen zu überwachen» (Art. 59a Abs. 1 KVG). Der Bundesrat erlässt nach Art. 49 Abs. 4 KVG «nähere Vorschriften zur Erhebung, Bearbeitung, Weitergabe und Veröffentlichung der Daten unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips». Eine allfällige Verwendung der Rohdaten im Besitz des BAG für die Hauptstudie müsste demnach juristisch geprüft werden.

Fazit: Relevanz der Statistik für die Hauptstudie

Die Medizinische Statistik ist eine Datenquelle, auf welche in einer Hauptstudie nicht verzichtet werden kann. Entsprechende Datenauswertungen sind für alle Hauptfragestellungen notwendig: Mengenenwicklung, Leistungsverlagerungen sowie Qualität und Spitallandschaft. Je nach Umfang und Flughöhe der Hauptstudie kann auf eine Verknüpfung verzichtet werden.

Quellen

BFS (2017): Variablen der Medizinischen Statistik – Spezifikationen gültig ab 1.1.2017, Neuchâtel

BFS (2018): Medizinisches Kodierungshandbuch, Version 2018, Neuchâtel

BFS – Wichtige Informationen zum Bezug von anonymisierten Einzeldaten aus der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des Sektion Gesundheit GES, abgerufen am 4. Januar 2018:

<https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/319559/master>

BFS – Steckbrief Medizinische Statistik, abgerufen am 4. Januar 2018:

www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/7369/master

BFS – Projektbeschreibung und benötigte Daten aus der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS-CD Standard GEO).

BFS – Info: Anpassungen für die Tarifsysteme SwissDRG und TARPSY, Neuchâtel.

b. Krankenhausstatistik

Inhalt der Statistik

Datenverantwortliche Statistikeinheit

Bundesamt für Statistik, Sektion Gesundheitsversorgung

Beschrieb

Die Krankenhausstatistik (KS) dient in erster Linie zur Beschreibung der Infrastruktur und der Tätigkeit der Spitäler und Geburtshäuser der Schweiz. Die auskunftspflichtigen Betriebe erstatten jährlich Bericht u.a. über die erbrachten ambulanten und stationären Leistungen, das Personal sowie ihre Betriebsrechnung.

Variablen und mögliche Indikatoren

- Rechtsform
- Art der Tätigkeit (Akutpflege, Psychiatrie, Rehabilitation/Geriatrie, Geburtshaus)
- Einrichtung und Ausstattung (Medizinisch-technische Infrastruktur nach Gerätetyp: Anzahl Untersuchungen pro Jahr, davon ambulant und stationär)
- Betten
- Pflage tage und Anzahl Austritte
- Anzahl ambulante Konsultationen
- Anzahl und Struktur der Beschäftigten (auch externes Personal wird erfasst)
- Finanzbuchhaltung
- Kostenträgerrechnung (**Fallabhängige** Einzelkosten und Gemeinkosten, aufgeschlüsselt nach den Kostenträgern KVG, UVG / IVG / MVG (nur grundversicherte Patienten), OKP (zusatzversicherte Patienten) und Total inkl. Selbstzahler, UVG-Zusatzversicherung etc.). Die Angaben sind separat verfügbar für die Einheiten «ambulant», «stationär» und «Langzeitpflege». Die Kosten der **fallunabhängigen** Leistungen («Aufträge»: Lehre und Forschung, Anlagenutzungskosten, übrige Aufträge) werden aggregiert ebenfalls erfasst.
- Erlösträgerrechnung

Neben der Medizinischen Statistik ist auch das Heranziehen der Krankenhausstatistik (KS) für die Hauptstudie naheliegend, da diese Erhebung die Produktion einer Vielzahl von kostenspezifischen Indikatoren erlaubt:

1. Indikatoren für das Monitoring der Mengen- und Kostenentwicklung:

- Betriebskosten (stationär) je Einwohner/in und je Pflage tag (Total und nach Kantonen)
- Betriebskosten insgesamt (ambulant, stationär, Langzeitpflege), Gesamtschweiz und nach Kantonen
- Getätigte Investitionen der Spitäler (Psychiatrie und Rehabilitation, ohne Akutspitäler), in Mio. CHF
- Anzahl Spitäler mit Defizitdeckung, Globalbudget und Beiträgen für gemeinwirtschaftliche Leistungen
- Entwicklung der Defizitdeckung durch die öffentliche Hand, in Mio. CHF
- Bettenbelegungsgrad
- Verhältnis zwischen fallabhängigen Erlösen und Kosten
- Kosten je Pflage tag
- Anteil des Administrativpersonals am Gesamtpersonal
- Betriebskosten (stationär) je Einwohner/in und je Pflage tag (Total und nach Kantonen)
- Anteil des fallabhängigen Erlöses (ambulant, stationär, Langzeitpflege), durch OKP finanziert
- Anteil des fallunabhängigen Erlöses, durch öffentliche Beiträge finanziert

Anhang

■ Fallabhängige Erlösanteile KVG (ambulant, stationär, Langzeitpflege), übrige (VVG, Sozialversicherungen, Out-of-Pocket)

2. Indikatoren für das Monitoring von Leistungs- und Kostenverlagerungen:

■ Kosten der ambulanten Spitaleinheit im Verhältnis zu den Gesamtkosten des Spitals

3. Indikatoren für das Monitoring der Qualität und Versorgungssicherheit:

■ Anzahl Vollzeitäquivalente (Ärztepersonal, Pflegepersonal, medizinisch-therapeutisches Personal) je 1000 Pflagestage³⁹

Eigenschaften

Periodizität, Zeitraum und Strukturbrüche

Wird seit 1997 jährlich erhoben. Revision: Seit 2010 ist ein neuer Fragebogen in Kraft.

Abdeckungsgrad

Obligatorische Vollerhebung; Teilnahmequote der Krankenhäuser: seit 2001 durchschnittlich 99%.

Datenqualität

Die Datenqualität (z.B. die Angaben zur Lehre und Forschung und zur Kostenträgerrechnung) hat sich in den vergangenen Jahren sukzessive verbessert und ist heute insgesamt als gut zu beurteilen. Insbesondere die hier interessierenden Variablen dürften eine hohe Datenqualität aufweisen.

Erhebungseinheit

- Pro juristische Einheit des Betriebes wird ein Fragebogen ausgefüllt, in Ausnahmefällen wird der Fragebogen pro Standort vergeben.
- Die Beschäftigungsdaten sind auf Ebene der einzelnen Angestellten vorhanden.

Mögliche Analyseebene

- Regionalisierungsgrad: Kantone oder Art der Tätigkeit (Spitaltyp);
- Ambulantes/stationäres Leistungsangebot
- Spitalliste im Standortkanton: ja/nein
- Spitalliste in anderen Kantonen: ja/nein
- Vertragsspital: ja/nein

Verknüpfbarkeit mit anderen Datenquellen

Es ist eine Verknüpfung mit den Patientendaten zu den Spitalambulatorien und der Medizinischen Statistik möglich. Gewisse Probleme können daraus resultieren, dass die Erhebungsebene (Standort, Klinik, Spital) je nach Statistik unterschiedlich sein kann.

Wir empfehlen die KS mit der MS auf Spitalebene zu verknüpfen.

Vorgesehene Revisionen / zukünftige Entwicklungen

Ab den Daten 2019 bildet REKOLE 2013 (4. Auflage) die Basis für die Datenerhebung; zuvor galt die Ausgabe von 2008 als Referenzversion des BFS (vgl. BFS 2013).

³⁹ Dies ist gleichzeitig auch ein Indikator für Effizienz.

Anhang

Datenzugang für Externe

Es gelten die Bedingungen des BFS bzw. die entsprechenden gesetzlichen Grundlagen (vgl. Medizinische Statistik).

Neben dem BFS ist für aufsichtsrechtliche Zwecke (KVG) auch das BAG im Besitz der Daten.

Weiteres

Die Daten werden grundsätzlich nach den verschiedenen Aktivitätstypen separat ausgewiesen. Die Kostenstellen Psychiatrie bzw. Rehabilitation sind somit grundsätzlich separierbar. Es gibt allerdings gewisse Abgrenzungsprobleme (z.B. Geriatrie/Rehabilitation).

Fazit: Relevanz der Statistik für die Hauptstudie

Die Statistik ist aus Sicht des BASS zentral für eine Hauptstudie; eine Verknüpfung steht nicht im Vordergrund.

Quellen

BFS – Steckbrief Krankenhausstatistik. Abgerufen am 5. Januar 2018:

<https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/7681/master>

BFS (2013): Krankenhausstatistik – Detailkonzept (Version 1.1), Neuchâtel

BFS (2014): Krankenhausstatistik – Anhang I, Fragebogen (Version 1.2), Neuchâtel

c. Kennzahlen der Schweizer Spitäler

Inhalt der Statistik

Datenverantwortliche Statistikeinheit

Bundesamt für Gesundheit, Abteilung Versicherungsaufsicht

Verantwortlich: Sektion Datenmanagement und Statistik

Beschrieb

Zusammenstellung von Kennzahlen aus der Krankenhausstatistik (KS) und der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS) des Bundesamts für Statistik zu Struktur, Patienten, Leistungen, Angebot, Personal, finanzielle Situation und mittlerem Schweregrad der Hospitalisationen.

Kennzahlen werden jeweils für 2 Jahre dargestellt (Vergleich mit dem Vorjahr).

Kennzahlen und mögliche Indikatoren

■ **Angaben zum Betrieb:** Kanton, Adresse, Spitaltyp, Rechtsform, Aktivitätstyp (Akutbehandlung, Psychiatrie, Rehabilitation/Geriatrie oder unabhängiges Geburtshaus), spezifische Leistungen (Notaufnahme, Intensivstation), Aus- und Weiterbildung, Anzahl Standorte, Spezialausrüstungen (z.B. MRI, CT).

■ **Leistungen und Behandlungen:** Anzahl Pfl egetage, Anzahl Austritte, Anzahl gesunde Neugeborene, Anzahl Operationssäle, Anzahl Geburtssäle, Case-Mix-Index (brutto/netto), Anteil Pat. mit Wohnsitz im Ausland, Anteil ausserkantonale Pat., Anteil Pat. halbprivat oder privat, Anteil Pat. mit OKP als Hauptgarant

■ **Personal:** Ärzte (VZÄ), Pflegepersonal (VZÄ), übriges med. Personal (VZÄ), Gesamtes Personal (VZÄ), Ärzte pro 100 Austritte (VZÄ), Pflegepersonal pro 100 Austritte (VZÄ), übriges med. Personal pro 100 Austritte (VZÄ), Gesamtes Personal pro 100 Austritte (VZÄ), Belegärzte (Arbeitsstunden), übriges Belegpersonal (Arbeitsstunden)

■ **Finanz- und Betriebsdaten** (allg.): Personalaufwand, Investitionsaufwand, übriger Betriebsaufwand, Total Aufwand, Ertrag aus medizinischen Leistungen und Pflege, übriger Betriebsertrag, Beiträge und Subventionen (durch öffentl. Hand oder private Org.), Betriebsergebnis

■ **Leistungen und Behandlungen pro Aktivitätstyp:** Anzahl Pfl egetage, Austritte während des Jahres, Anzahl Betten, durchschnittliche Aufenthaltsdauer, Belegungsgrad der Betten

■ **Finanz- und Betriebsdaten pro Aktivitätstyp:** Gesamtkosten ambulant, Gesamtkosten zulasten OKP, Gesamtkosten stationär, Kosten zulasten OKP (Grundversicherte/Zusatzversicherte und jeweiliger Anteil Anlagenutzungskosten) Gesamtkosten Langzeitpflege, Kosten Lehre- und Forschungsauftrag, Gesamterlös ambulant und stationär, Erlös aus OKP (Grundversicherte/Zusatzversicherte und jeweiliger Anteil Versicherer), Gesamterlös Langzeitpflege

Soweit lediglich eine Auswertung auf Stufe des Spitals bzw. der Klinik interessiert, kann für einige Indikatoren (Anzahl Pfl egetage, Austritte, durchschnittliche Aufenthaltsdauer, Bettenbelegungsgrad etc.) auf die vom BAG auf der Basis von MS und KS erstellten Kennzahlen der Schweizer Spitäler (KZSS) zurückgegriffen werden. Da allerdings für verschiedene Fragestellungen Auswertungen nach PCG und PCS interessieren, sind Detailauswertungen mithilfe der Medizinischen Statistik notwendig. Die «Kennzahlen der Schweizer Spitäler» können die Medizinische Statistik folglich nicht ersetzen.

Für die Finanz- und Betriebsdaten kann zwar für viele der oben aufgelisteten Indikatoren auf die Kennzahlen der Schweizer Spitäler zurückgegriffen werden. Sonderauswertungen mithilfe der Krankenhausstatistik erscheinen für vertiefende Analysen dennoch wertvoll.

Anhang**Eigenschaften*****Periodizität, Zeitraum und Strukturbrüche***

Jährlich (2015: 11. Ausgabe). Publikation jeweils ca. 2 Jahre nach dem Berichtsjahr.

Ab Berichtsjahr 2014 werden gewisse Kennzahlen auf neue Art ermittelt und/oder neu ausgewiesen: Anzahl Pflegetage, Austritte während des Jahres, Anzahl gesunder Neugeborener, geleistete Stunden Belegpersonal

Abdeckungsgrad

Obligatorische Vollerhebung (KS: Teilnahmequote seit 2001 durchschnittlich 99%; MS: Teilnahmequote 2014: 100% %).

Datenqualität

vgl. Angaben zu KS und MS

Erhebungseinheit

■ KS: Pro juristische Einheit des Betriebes wird ein Fragebogen ausgefüllt, in Ausnahmefällen wird der Fragebogen pro Standort vergeben; Beschäftigungsdaten sind auf Ebene der einzelnen Angestellten vorhanden.

■ MS: Daten auf Ebene der einzelnen Hospitalisierungen

Mögliche Analyseebene

Nach Spitaltyp, Kanton, Aktivitätstyp (Akutsomatik, Rehabilitation, Psychiatrie, Geburtshaus)

Verknüpfbarkeit mit anderen Datenquellen

Keine

Vorgesehene Revisionen / zukünftige Entwicklungen

-

Datenzugang für Externe

Daten werden jährlich publiziert

Fazit: Relevanz der Statistik für die Hauptstudie

Vgl. Abschnitt 2; Finanz- und Betriebsdaten können ohne grossen Zusatzaufwand genutzt werden

Quellen

BAG Bundesamt für Gesundheit (2016): «Kennzahlen der Schweizer Spitäler», online unter www.bag.admin.ch → Service → Zahlen & Fakten → Zahlen & Fakten zu Spitälern → Kennzahlen der Schweizer Spitäler (Stand: 16.12.2016).

BAG Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.) (2017): Kennzahlen der Schweizer Spitäler 2015 (Statistiken zur Krankenversicherung), Bern

d. Fallkostenstatistik

Inhalt der Statistik

Datenverantwortliche Statistikeinheit

Erhebung durch SwissDRG AG

Statistische Verwertung der Daten durch Bundesamt für Statistik, Sektion Gesundheitsversorgung

Beschrieb

Die Statistik diagnosebezogener Fallkosten gibt Auskunft über die Fallkosten (in Form von Vollkosten) für die stationären Patienten in den akutsomatischen Spitälern der Schweiz. Seit 2008 werden die Daten von der SwissDRG AG erhoben und dem Bundesamt für Statistik für die Verwendung gemäss Bundesstatistikgesetz zur Verfügung gestellt.

Variablen

- Alle im Rahmen der Medizinischen Statistik erfassten patientenbezogenen Merkmale (Alter, Geschlecht, Herkunft, Diagnosen, Behandlungen)
- Kosten pro Behandlungsfall. Dabei sind die Kosten für jeden Behandlungsfall nach Kostenart (Personalkosten und Sachkosten) weiter aufgegliedert.

Eigenschaften

Periodizität, Zeitraum und Strukturbrüche

Jährlich, verfügbar seit 2005. Die Daten sind aber erst seit 2012 unter einem standardisierten Format vorhanden.

Abdeckungsgrad

Eine Auswahl partizipierender akutsomatischer Spitäler (sog. Netzwerkspitäler). Dabei steht die Einheit «Diagnosebezogene Kosten pro Behandlungsfall» im Vordergrund.

2014 nahmen 114 Spitäler an der Erhebung teil.

Datenqualität

Die Datenqualität ist insofern eingeschränkt, als dass es sich nicht um eine repräsentative Stichprobe handelt.

Erhebungseinheit

Auf Ebene des einzelnen Behandlungsfalls.

Mögliche Analyseebene

- Auswertung auf kantonaler Ebene ist möglich, aber nicht zu empfehlen. Die Statistik wurde dafür erstellt, um Auswertungen auf gesamtschweizerischer Ebene vorzunehmen. Für einzelne Kantone kann die Datenqualität unzureichend sein (Stichprobe).
- Kosten pro MDC (Major Diagnostic Categories) gem. Tarifstruktur SwissDRG.

Verknüpfbarkeit mit anderen Datenquellen

Die Fallkostenstatistik enthält bereits sämtliche Informationen aus der Medizinischen Statistik. Eine weitergehende Verknüpfung drängt sich nicht auf.

Anhang

Vorgesehene Revisionen / zukünftige Entwicklungen

Derzeit ist nur die Akutsomatik in der Fallkostenstatistik enthalten. In der Fallkostenstatistik 2014 waren jedoch unter der Position MDC «Psychische Krankheiten und Störungen» 8'031 Fälle erfasst.

Es ist nicht vorgesehen, die Statistik um die Psychiatrie/Rehabilitation zu ergänzen.

Datenzugang für Externe

Es gelten die Bedingungen des BFS bzw. die entsprechenden gesetzlichen Grundlagen (vgl. Medizinische Statistik).

Fazit: Relevanz der Statistik für die Hauptstudie

Da derzeit nur die Akutsomatik enthalten ist, ist die Fallkostenstatistik für die Hauptstudie nicht verwertbar.

Quellen

BFS – Steckbrief Statistik diagnosebezogener Fallkosten, abgerufen am 4. Januar 2018:

<https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/7849/master>

BFS – Statistik diagnosebezogener Fallkosten 2014, Neuchâtel: Statistisches Lexikon der Schweiz.

e. Strukturdaten Arztpraxen und ambulante Zentren

Inhalt der Statistik

Datenverantwortliche Statistikeinheit

Bundesamt für Statistik, Sektion Gesundheitsversorgung

Beschrieb

Die Erhebung beinhaltet Angaben zu Angebot und erbrachten Leistungen in Arztpraxen und ambulanten Zentren. Die Erhebungsinhalte umfassen die Themen Standorte, Finanzen, Personen.

Die Daten über die Unternehmen und Standorte beinhalten Angaben zur Infrastruktur und der technischen Ausstattung der Arztpraxen und ambulanten Zentren; sie charakterisieren die verschiedenen Unternehmens- und Organisationsformen. Die Finanzdaten geben Aufschluss über die Aufwände und Erträge des Unternehmens und unterscheiden die KVG-Erträge von den anderen Erträgen. Mit den Personendaten werden die personellen Ressourcen im Unternehmen abgebildet. Die Personendaten der Ärztinnen und Ärzte sind pseudonymisiert. Die Daten der nichtärztlichen Personen werden aggregiert pro Berufsgruppe erfasst (Anzahl Personen, Beschäftigungsgrad).

Variablen und mögliche Indikatoren

- **Standort:** Allgemeine Angaben, Ausstattung, Aus- und Weiterbildungsangebot, Umfang der Leistungen
- **Finanzen:** Aufwand (Personal, Sachaufwand für med. Tätigkeit, Sonstiges), Ertrag KVG / gesamt (Praxistätigkeit, ausserhalb Praxis, sonstiger Ertrag)
- **Daten der Ärztinnen und Ärzte** (anonymisiert): Alter und Geschlecht, Aus- und Weiterbildung, Tätigkeit und Beschäftigungsgrad
- **Daten der nichtärztlichen Personen** (aggregiert pro Berufsgruppe): Anzahl, Stellenprozente

In den Strukturdaten Arztpraxen und ambulante Zentren (MAS)⁴⁰ sind Angaben über den Facharztstitel des medizinischen Personals vorhanden. Entsprechend können die interessierenden Fachrichtungen «Psychiatrie und Psychotherapie» bzw. «Physikalische Medizin und Rehabilitation»⁴¹ ausgeschieden werden, um die folgenden Indikatoren zu erstellen:

2. Indikatoren für das Monitoring von Leistungs- und Kostenverlagerungen:

- Ertrag aus Praxistätigkeit (in CHF je Arzt-Vollzeitstelle und insgesamt in Mio. CHF)
- Anzahl Patientenkontakte KVG je 1000 Einwohner/innen
- Anzahl Patientenkontakte KVG im Verhältnis zur Anzahl Patientenkontakte Total

Eigenschaften

Periodizität, Zeitraum und Strukturbrüche

Jährliche obligatorische Vollerhebung ab 2016.

⁴⁰ Die MAS ist eine der Teilerhebungen, die im Rahmen der Statistiken der ambulanten Gesundheitsversorgung (Modules Ambulatoires des Relevés sur la Santé, kurz MARS) des BFS neu aufgebaut wurde. Die erstmalige Erhebung fand zwischen November 2016 und Juni 2017 statt.

⁴¹ Diese Fachärzt/innen erbringen allerdings nur einen Teil der ambulanten Rehabilitationsleistungen. Neurologie, Kardiologie, Pneumologie, Rheumatologie und Orthopädie (u.a.) dürften weitere wichtige Bereiche sein, welche Rehabilitationsleistungen erbringen. Die möglichen Abgrenzungen sind im Rahmen der Hauptstudie mithilfe der dann vorliegenden Daten auszuloten.

Anhang

Abdeckungsgrad

Vollerhebung; Die Erhebung Strukturdaten Arztpraxen und ambulante Zentren wurde am 15. November 2016 bei rund 20'000 Betrieben gestartet und dauerte bis am 15. Juni 2017. Von allen angeschriebenen Betrieben haben rund 48% dem BFS Daten eingereicht. Die Daten dieser ersten Erhebung werden nur für statistische Zwecke gemäss BStatG und Art. 23 KVG verwendet, nicht aber für administrative Zwecke. Die ersten Resultate werden im Februar und April 2018 veröffentlicht. Die nächste Erhebung startet im November 2018.

Bei der ersten Datenlieferung haben 38% der Angeschriebenen die gewünschten Daten komplett geliefert. Bei 10% der Angeschriebenen handelt es sich um statistische Ausnahmen (entweder ist das jährliche Einkommen aus der Praxistätigkeit tief, d.h. <30'000 CHF oder es handelt sich um Ärzt/innen ohne eigene Infrastruktur wie Spitalärzt/innen). Rund 10% der Angeschriebenen gehören nicht zur Grundgesamtheit (es handelt sich hierbei insb. um Ärzt/innen, die eine Unternehmens-Identifikationsnummer (UID) haben, aber nicht selbständig erwerbstätig sind, und um Pensionierte). 17% der Angeschriebenen waren nicht in der Lage, an der Erhebung teilzunehmen, die Gründe dafür sind dem BFS bekannt. Rund 25% der Angeschriebenen haben keine Angaben gemacht (kein Kontakt mit dem BFS).

Datenqualität

Die Statistik befindet sich noch in der Umsetzungsphase. Es wird sich in den nächsten Jahren zeigen, wo noch Schwachstellen in der Statistik bestehen und inwieweit diese durch eine Steigerung der Abdeckung in den Hintergrund rücken.

Erhebungseinheit

Basis für die Bestimmung der Grundgesamtheit ist das Betriebs- und Unternehmensregister des BFS. Als Leistungserbringer gilt die juristische Person – also die Arztpraxis oder das ambulante Zentrum.

Mögliche Analyseebene

- Auswertung auf Ebene der Kantone möglich, soweit die Anonymität gewährleistet ist
- Auswertung auf Ebene der Facharzttitel möglich, soweit keine Identifizierung der Praxen möglich ist (kann bei Analyse auf kantonaler Ebene zum Problem werden).

Verknüpfbarkeit mit anderen Datenquellen

Die Verknüpfung mit anderen Datenquellen ist für Publikationszwecke nicht erlaubt.

Vorgesehene Revisionen / zukünftige Entwicklungen

Derzeit keine Revisionen absehbar. Ab 2020 ist die Erweiterung der Statistiken der Arztpraxen und ambulanten Zentren um medizinische Daten vorgesehen. Es handelt sich aber bei der sog. MAP («Medical Ambulatory Patient») um eine eigenständige Erhebung.

Datenzugang für Externe

Es gelten die Bedingungen des BFS bzw. die entsprechenden gesetzlichen Grundlagen (vgl. Medizinische Statistik).

Das BAG sowie die Kantone und die Versicherer erhalten Daten für aufsichtsrechtliche Zwecke gemäss Art. 59a KVG, Art. 30 ff. KVV und Bearbeitungsreglement des BFS.

Fazit: Relevanz der Statistik für die Hauptstudie

Sobald/soweit die Datenqualität ausreichend hoch ist, um kantonal aussagekräftige Indikatoren erstellen zu können, stellt die Statistik gem. Ansicht BASS eine wichtige Quelle für die Hauptstudie dar. Es handelt sich um die einzige Quelle, welche es ermöglicht, allfällige Kosten- und Leistungsverschiebungen sowie

Anhang

Grundgesamtheitstransitionen (z.B. exakter Ärztebestand) innerhalb des Bereichs der Arztpraxen aufzuzeigen.

Da die ersten Ergebnisse zu MAS zum Zeitpunkt des Studienabschlusses noch nicht durch das BFS publiziert waren, kann vonseiten Studienautor/innen nicht abschliessend beurteilt werden, inwieweit die Daten der MAS für die Ausführungsstudie herangezogen werden können. Insoweit/sobald das BFS gewichtete, d.h. auf die Gesamtschweiz hochgerechnete und repräsentative Zahlen publiziert, kann sich die Hauptstudie unseres Erachtens auf MAS stützen.

Da lediglich 3-4 Kennzahlen für die Hauptstudie von Interesse sind, wäre abzuklären, ob ggf. auf vom BFS publizierte Statistiken zurückgegriffen, oder die Kennzahlenerstellung durch das BAG bzw. das BFS (jeweilige Datenherrin) vorgenommen werden könnte (Einsparung von zeitlichen Ressourcen aufgrund Wegfall des Datenschutzvertrages).

Quellen

BFS – Steckbrief Strukturdaten Arztpraxen und ambulanter Zentren. Abgerufen am 4. Januar 2018:
<https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/8861/master>

BFS (2016): Erhebung Strukturdaten Arztpraxen und ambulante Zentren, Medical Ambulatory Structure MAS, Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.

BFS (2017): Gesundheitsversorgungsstatistik – Ambulante Statistiken im Projekt MARS (Modules Ambulatoires des Relevés sur la Santé), Version 6.2 vom 6. Oktober 2017, Neuchâtel

f. Patientendaten Spital ambulant

Inhalt der Statistik

Datenverantwortliche Statistikeinheit

Bundesamt für Statistik, Sektion Gesundheitsversorgung

Beschrieb

Die Patientendaten «Spital ambulant» (PSA) umfassen alle fakturierten ambulanten Leistungen der Kranken- und Geburtshäuser. Die Datenerhebung dient statistischen und administrativen Zwecken. Zusammen mit der Krankenhaus- und der Medizinischen Statistik zeigen sie ein umfassendes Abbild dieser Betriebe und deren Leistungen an Patient/innen.

Variablen und mögliche Indikatoren

Erbrachte ambulante Leistungen gemäss Rechnungsstellung:

- Soziodemographische Informationen (Geschlecht, Geburtsjahr, Wohnregion, Nationalität)
- Behandlungspfad (Zuweisende Instanz, zuweisende Ärztin/Arzt und Leistungserbringer)
- Bezogene Leistung: Behandlungsperiode, Tariftyp und Tarifcode, Anzahl Leistungen, Garant, verrechneter Preis, Diagnoseklassifikation/-code
- Kostenträger: Krankenversicherung, Unfallversicherung, IV, unbekannt, andere
- Durchführender Leistungserbringer: Betrieb, Erbringende Fachrichtung (Innere Medizin, Chirurgie, Radiologie, etc.), Durchführende Ärztin/durchführender Arzt

Aggregierte Kennzahlen zu Leistungen im spitalambulanten Bereich lassen sich grundsätzlich auch mit der Krankenhausstatistik erstellen. Sofern es das Ziel ist, detaillierte Kenntnis über die Wirkungen der neuen Tarifstrukturen im spitalambulanten Bereich zu bekommen, wird die Auswertung der Statistik «Patientendaten Spital ambulant» (PSA)⁴² notwendig, welche alle fakturierten ambulanten Leistungen von Spitälern und Geburtshäusern umfasst. Für die Hauptstudie interessieren insbesondere die folgenden Indikatoren (jeweils separat für die Kostenstellen «Psychiatrie und Psychotherapie» sowie «Physikalische Medizin und Rehabilitation»):

2. Indikatoren für das Monitoring von Leistungs- und Kostenverlagerungen:

- Anzahl Patientenkontakte⁴³ ambulant nach Wohnkanton je 1000 Einwohner/innen
- Verrechnete Preise für ambulante Leistungen, nach Tariftyp (TARMED, Medikamente, Analysenliste u.a.)⁴⁴, in CHF (Total) und Anteile nach Tariftyp

Eigenschaften

Periodizität, Zeitraum und Strukturbrüche

Jährliche Erhebung ab 2014

Abdeckungsgrad

Obligatorische Vollerhebung

⁴² Auch hier handelt es sich um eine Teilerhebung im Rahmen der Statistiken der ambulanten Gesundheitsversorgung (MARS).

⁴³ Ein «Patientenkontakt» umfasst alle Rechnungen zu einer Person, die in einem Spital am selben Tag behandelt wurde. Dies bedeutet: (1) Mehrere Rechnungen zur gleichen Person und des gleichen Spitals, die aber an unterschiedlichen Daten ausgestellt wurden, werden als mehrere Kontakte gezählt. (2) Mehrere Rechnungen zu einer Patientin oder zu einem Patienten, die am gleichen Tag, aber in verschiedenen Kantonen ausgestellt wurden, werden als mehrere Kontakte erfasst, (3) Die physische Anwesenheit der Patientin oder des Patienten ist nicht relevant (z.B. das Studium eines Patientendossiers in Abwesenheit wird als ein Kontakt gezählt).

⁴⁴ Die Codierung des Tariftyps erfolgt gemäss der vom Forum Datenaustausch definierten offiziellen Tarifnummer. Aktuelle Listen der Tarifcodes sind verfügbar unter www.forum-datenaustausch.ch/de/referenzdaten/.

Anhang

Statistik 2015: Werden die Grundgesamtheiten der Statistik der Patientendaten Spital ambulant (PSA) und der Krankenhausstatistik (KS) betrachtet, haben 249 Spitäler an beiden Erhebungen teilgenommen. 39 Betriebe haben nur Daten zur Krankenhausstatistik (KS) geliefert. Von diesen 39 bieten 29 keine ambulanten Leistungen an. 9 wurden von der Teilnahme an der Erhebung PSA dispensiert, da sie noch nicht in der Lage waren, die Daten zu liefern. Ein Spital weigerte sich, an der Erhebung PSA teilzunehmen. Somit betrug die Beteiligung der Kranken- und Geburtshäuser 96%, unter Ausschluss der Betriebe, die keine ambulante Medizin anbieten.

Datenqualität

Bis 2016 erfolgte die Auswertung lediglich nach Betrieben. Ab den Daten 2017 erfolgt die Auswertung nach Betrieben und Standorten (es werden Daten von ca. 500 Standorten erhoben). Dadurch lassen sich präzisere Abgrenzungen, z.B. nach den Fachgebieten, vornehmen.

Erhebungseinheit

Die Statistik erhebt die von den Spitälern gemäss Rechnungsstellung erbrachten ambulanten Leistungen. Als statistische Einheit gilt somit nicht der ambulante Fall, sondern die entsprechende Rechnung.

Mögliche Analyseebene

- Auswertung nach (Wohn- oder Standort-)Kanton
- Auswertung der Rechnungen nach angewandtem Tariftyp, u.a. TARMED, Medikamente, Spitaltarif für übrige Leistungen, Eidg. Analysenliste (AL), ambulante Dialysebehandlungen.⁴⁵
- Auswertung nach medizinischem Fachgebiet (Kostenstelle): analog zur MS ist eine Differenzierung nach Hauptkostenstelle M500 (Psychiatrie und Psychotherapie) sowie M950 (Physikalische Medizin und Rehabilitation) möglich.

Verknüpfbarkeit mit anderen Datenquellen

Für jede Person, die eine ambulante Leistung in Anspruch nimmt, existiert ein Verbindungscode. Anhand dieser Information lassen sich u.a. die Übergänge zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich nachvollziehen.

Aus konzeptioneller Sicht ist je nach Fragestellung eine Verknüpfung mit der Medizinischen Statistik prüfenswert.

Vorgesehene Revisionen / zukünftige Entwicklungen

-

Datenzugang für Externe

Es gelten die Bedingungen des BFS bzw. die entsprechenden gesetzlichen Grundlagen (vgl. Medizinische Statistik).

Neben dem BFS ist für aufsichtsrechtliche Zwecke (KVG) auch das BAG im Besitz der Daten.

Weiteres

Die Erhebung der Diagnosen ist derzeit noch nicht obligatorisch. Im Gegensatz zum stationären Bereich gibt es keine standardisierte Klassifikation für die Codierung der Diagnosen im ambulanten Bereich.

⁴⁵ Die Codierung des Tariftyps erfolgt gemäss der vom Forum Datenaustausch definierten offiziellen Tarifnummer. Aktuelle Listen der Tarificodes sind verfügbar unter www.forum-datenaustausch.ch/de/referenzdaten/.

Fazit: Relevanz der Statistik für die Hauptstudie

Aggregierte Kennzahlen zum Spitalambulatorium lassen sich grundsätzlich auch mit der Krankenhausstatistik erstellen. Die vorliegende Statistik ist demnach für die Erstellung der Hauptstudie nicht prioritär. Sofern es das Ziel ist, detaillierte Kenntnis über die über die Entwicklungen bei den einzelnen Leistungen (detaillierte Leistungsbezeichnung gem. TARMED, Pharmacode, Analyseliste) im Spitalambulatorium zu bekommen, wird die Auswertung der Statistik notwendig.

Quellen

BFS – Steckbrief Patientendaten Spital ambulant, abgerufen am 4. Januar 2017:

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/grundlagen/projekte/statistiken-ambulante-gesundheitsversorgung-mars.html>

BFS (2016): Ambulante Krankenhauspatientinnen und -patienten im Jahr 2014: erste Ergebnisse, Neuchâtel

BFS (2017): Gesundheitsversorgungsstatistik – Ambulante Statistiken im Projekt MARS (Modules Ambulatoires des Relevés sur la Santé), Berichtsversion 6.2 vom 6. Oktober 2017, Neuchâtel

BFS (2017): Patientendaten Spital ambulant. Spezifikation XML-Datei für den Import ins Erhebungsinstrument (XSD v102), Neuchâtel

BFS (2017): Statistik der Patientendaten Spital ambulant – Standardtabellen 2015, gemäss Stand der Daten am 27.11.2017, Neuchâtel

g. BAGSAN

Inhalt der Statistik

Bezeichnung: BAG-Statistik auf Basis von anonymisierten Individualdaten.

Datenverantwortliche Statistikeinheit

Bundesamt für Gesundheit, Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung (KUV), Sektion Datenmanagement und Statistik (DMS)

Beschrieb

Anonymisierte Individualdaten zur Versicherungsdeckung und zu den Gesundheitskosten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung OKP.

Neben den Individualdaten werden auch sog. Stammdaten (z.B. Liste von Prämientarifen) und Referenzdaten (aggregierte Daten wie Versicherungsbestände nach Kanton oder Versicherer) in die Datenbank ins BAGSAN-System einbezogen (vgl. BAG 2017a, 9f.).

Zweck

Die anonymisierten Individualdaten zur Versicherungsdeckung und zu den Gesundheitskosten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung OKP dient dem BAG als Grundlage für die gesetzlichen Aufsichts- und Vollzugsaufgaben (Aufsicht über die Versicherer, Evaluation und Verfeinerung des Risikoausgleichs, Beurteilung & Überprüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen, Wirkungsanalyse). Ausserdem werden die Daten ad-hoc zur Beantwortung von Fragen aus dem Parlament und zur Vorbereitung von Entscheidungsgrundlagen zuhanden des Bundesrats herangezogen (BAG 2017b).

Variablen

Jährlich werden *für jede versicherte Person* folgende Daten erhoben:

- Soziodemografische Daten: Alter, Geschlecht, Wohnbezirk, Medstat-Region, anonymer Verbindungscode⁴⁶
- Versicherungsdeckung: Versicherer (BAG-Kassen-Nr.), Deckungsperiode (Datum und Grund für Ein- und Austritt)
- Risikoklasse, Versicherungsmodell, Prämie, Prämienregion, Ein- oder Ausschluss der Unfallversicherung, Franchise
- OKP-Kosten (Bruttoleistungen und Kostenbeteiligung), bezahlte Prämien

Eigenschaften

Periodizität, Zeitraum und Strukturbrüche

Jährlich, seit 2014. Für 2013 und 2014 wurde zwecks Neuberechnung der Prämienregion die Gemeinde erhoben. Ab Berichtsjahr 2015 wird anstelle der Gemeinde der Bezirk erhoben.

Das BAGSAN-System betreibt die Daten der jeweils letzten 5 Berichtsjahre. Während 10 Jahren werden Datenlieferungen verschlüsselt an einer separaten Speicherstelle aufbewahrt und danach gelöscht, sofern sie nicht dem Bundesarchiv übergeben werden (BAG 2017a, 20f.).

Abdeckungsgrad

Vollerhebung, ganze Schweiz

⁴⁶ Dient dazu, die Kosten einer versicherten Person über ein Jahr hinaus (aber max. 5 Jahre) berechnen zu können.

Anhang

Datenqualität

Hat sich seit Beginn der Erhebung laufend verbessert und wird heute als gut bezeichnet. Sollten in Zukunft differenziertere Leistungsdaten erhoben werden (siehe unter Punkt 4), wäre auch da mit einer Aufbauphase zu rechnen.

Erhebungseinheit

Versicherte Person. Wenn eine versicherte Person die Versicherung, den Kanton oder das Modell gewechselt hat, wird ein neuer Eintrag erstellt. Insgesamt führt das BAG im Durchschnitt 1,1 Eintrag pro versicherte Person pro Jahr (BAG 2017c).

Mögliche Analyseebene

- Verteilungen von Pro-Kopf-Leistungen
- Durch Verknüpfung des Verbindungscode: Kosten pro versicherte Person über einen Zeitraum von max. 5 Jahren

Verknüpfbarkeit mit anderen Datenquellen

Grundsätzlich wäre eine Verknüpfung mit Datensätzen möglich, die eine AHV-Nr. enthalten. Die rechtlichen Voraussetzungen müssen jedoch jeweils im Einzelfall abgeklärt werden.

Vorgesehene Revisionen / zukünftige Entwicklungen

Gemäss Art. 28 Abs. 3 KVV sind die Versicherer verpflichtet, dem BAG jährlich pro versicherte Person u.a. Daten zu «Umfang, Art, Tarifposition und Kosten der im Laufe eines ganzen Jahres erhaltenen Rechnungen für Leistungen nach dem Gesetz» (lit. d) sowie «die jeweiligen Erbringer der Leistungen» (lit. e) weiterzugeben.

Die Erhebung dieser Daten würde es erlauben, die Kostenentwicklungen in der Psychiatrie und der Rehabilitation mit BAGSAN zu verfolgen. Entsprechende Bestrebungen für die Vervollständigung des Projekts BAGSAN wurden jedoch von der parlamentarischen Initiative Eder (16.411) «Für den Persönlichkeitsschutz auch in der Aufsicht über die Krankenversicherung» vorerst gestoppt. Derzeit laufen politische Diskussionen dazu, inwiefern das BAG auf Personenebene Leistungsdaten erheben darf und wie dies allenfalls gesetzlich (statt auf dem Verordnungsweg) geregelt werden könnte. Mit einer Lösung ist nach Einschätzung des BAG nicht vor Ende 2018 zu rechnen.

Datenzugang für Externe

Es gelten strenge Datenschutzvorkehrungen (vgl. BAG 2017b, 10). Bis anhin wurden BAGSAN-Daten nur intern verwendet. Inwiefern der Datenzugang in Zukunft auch für Externe bewilligt wird, ist derzeit unklar.

Weiteres

Das BAG verfügt nicht über eine Zusammenstellung der jährlich ausgehandelten Basispreise (Baserates) zwischen Leistungserbringern und Versicherern. Es laufen jedoch Abklärungen dazu, unter welchen Voraussetzungen die entsprechenden Daten bei den Versicherern erhoben werden könnten. Eine Herausforderung dabei ist, dass die Versicherer zurzeit in drei separaten Organisationen Tarife aushandeln: tarifsuisse, Einkaufsgemeinschaft HSK⁴⁷ und die CSS.

⁴⁷ Einkaufsgemeinschaft der drei Curafutura-Mitglieder Helsana, Sanitas und KPT (vgl. www.ecc-hsk.info). Curafutura-Mitglied CSS ist nicht Bestandteil der HSK.

Fazit: Relevanz der Statistik für die Hauptstudie

Grundsätzlich sind für die Hauptstudie ausschliesslich Leistungsdaten/Rechnungsdaten interessant, die aber derzeit nicht in der erforderlichen Differenzierung vorliegen. Daten zu den Versicherten selber (Prämienmodell) interessieren nicht.

Quellen

BAG Bundesamt für Gesundheit (2017a): Datenschutz-Bearbeitungsreglement BAGSAN, Version 1.0, 09.02.2017, Bern

BAG Bundesamt für Gesundheit (2017b): Aufgaben des BAG, für die individuelle Daten erforderlich sind, V1, Januar 2017, Bern

BAG Bundesamt für Gesundheit (2017c): «Anonymisierte Individualdaten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (BAGSAN)», online unter www.bag.admin.ch → Service → Zahlen und Fakten → Statistiken zur Krankenversicherung. Letzte Änderung 02.03.2017

h. Datenpool der SASIS AG

Inhalt der Statistik

Datenverantwortliche Statistikeinheit

Der Datenpool (DP) wird von der Abteilung Statistik der SASIS AG produziert.

Beschrieb/Variablen

Der Datenpool enthält Informationen über Leistungen, die im Rahmen der OKP erbracht wurden, und liefert ein Gesamtergebnis pro medizinische Institution (Arztpraxis, Apotheke, Spital, Pflegeheim, Spitex usw.) als «Kostenstelle» mit allen Angaben wie abgerechnete Bruttoleistungen, Anzahl fakturierte Belege und Anzahl behandelte Erkrankte.

Eigenschaften

Periodizität, Zeitraum und Strukturbrüche

Monatliche und jährliche Entwicklung der abgerechneten Leistungen

Abdeckungsgrad

Vollerhebung; Alle Versicherer liefern monatlich ihre verdichteten Daten an den Datenpool.

Datenqualität

Hoch. Es ist allerdings darauf zu achten, dass Rechnungen noch bis zu fünf Jahren nach der Behandlungsperiode eingereicht werden können. Mittels Erfahrungswerte aus der Vergangenheit kann dieser Aspekt allerdings im Rahmen einer Korrektur berücksichtigt werden.

Erhebungseinheit

Die Rechnungen der Leistungserbringer werden beim Versicherer pro Zahlstellen-Registernummer abgerechnet und pro Monat verdichtet an die SASIS AG geliefert.

Mögliche Analyseebene

Die multidimensionalen Auswertungen geben Aufschluss über die Kostenentwicklung beim einzelnen Leistungserbringer (z.B. Arztpraxis) und bei einer Leistungserbringer-Gruppe (z.B. Neurologen) innerhalb der Schweiz, eines Kantons oder einer Prämienregion. Zusätzlich werden in der OKP die Kostenbeteiligungen und Prämien erfasst, wodurch der Bruttoerfolg (ohne Verwaltungskosten der Versicherer) dargestellt werden kann.

Für die geplante Hauptstudie könnte anhand von Krankenversicherungsdaten der SASIS AG (Datendienstleister der santésuisse) die Entwicklung der via OKP abgerechneten Leistungen, getrennt für die Fachärzt/innen «Psychiatrie/Psychotherapie» und Rehabilitation, sowie der Physiotherapeut/innen beobachtet werden:

- OKP-Bruttoleistungen in Mio. CHF
- OKP-Bruttoleistungen je versicherte Person in CHF
- Anzahl fakturierte Leistungen
- Anzahl behandelte Erkrankte

Grundsätzlich sind die interessierenden Informationen bereits in der Erhebung «Strukturdaten Arztpraxen und ambulante Zentren» enthalten. Allerdings handelt es sich bei der genannten Erhebung derzeit noch nicht um eine Vollerhebung. Derzeit ist es noch nicht absehbar, wie schnell es geht, bis die Abdeckung von MAS annähernd einer Vollerhebung entspricht. MAS ist theoretisch dem Datenpool überlegen, weil

Anhang

nicht nur die KVG-Erträge, sondern auch die sonstigen Erträge vorhanden sind und auch Angaben zu Personalressourcen enthalten sind. Soweit möglich ist daher MAS heranzuziehen. Sofern zum Zeitpunkt der Durchführung der Hauptstudie die Abdeckung von MAS noch nicht ausreichend sein sollte, ist alternativ auf den Datenpool zurückzugreifen.

Verknüpfbarkeit mit anderen Datenquellen

Bei den Spitälern kann eine Verknüpfung über die UID und die Zahlstellen-Registernummer vorgenommen werden. Diese Verknüpfung führt die SASIS AG bereits einmal jährlich durch. Der Verknüpfungserfolg beträgt in etwa 95%.

Da die SASIS AG keine individuellen unverschlüsselten Daten herausgeben darf, müsste die Verknüpfung und Auswertung in den Räumlichkeiten und auf der Infrastruktur der SASIS AG durchgeführt werden.

Vorgesehene Revisionen / zukünftige Entwicklungen

-

Datenzugang für Externe

Grundsätzlich ist es möglich, dass ein Forschungsinstitut Teile von aggregierten Auswertungen erhält. Es kommt auf den Verwendungszweck an und auf den Dateninhalt. Da die Daten grundsätzlich den Versicherern gehören und die SASIS AG diese nur im Auftrag erstellt, liegt der finale Entscheid allerdings bei den Versicherern.

Die Kosten hängen vom Umfang der Datenauswertung ab.

Weiteres; Tarifpool

In Ergänzung zum Datenpool (DP) liefert der sog. Tarifpool (TP) detaillierte Tarifpositionen. Der TP wurde 2004 als Ergänzung zum DP eingeführt. Es sind sämtliche Angaben wie Menge, Anzahl Taxpunkte, Taxpunktewerte und Anzahl der behandelten Patient/innen und erfassten Rechnungsbelege pro Leistungserbringer vorhanden. Der Abdeckungsgrad liegt bei den Ärzt/innen seit 2015 bei ca. 95%, deshalb ist eine Ergänzung des DP mit den TP-Daten sinnvollerweise zu berücksichtigen. Im TP können ab 1.1.2018 für die jeweiligen Spitäler die einzelnen abgerechneten TARPSY-Fälle nach Anzahl und Betrag ausgewertet werden.

Fazit: Relevanz der Statistik für die Hauptstudie

Grundsätzlich sind die interessierenden Informationen in der Erhebung «Strukturdaten Arztpraxen und ambulante Zentren» enthalten. Allerdings handelt es sich bei der genannten Erhebung derzeit noch nicht um eine Vollerhebung. Der DP würde daher in erster Linie Plausibilitätszwecken / Hochrechnungszwecken dienen. Es wäre insofern ausreichend, die unter Abschnitt 2 genannten Indikatoren von der SASIS AG zu erhalten.

Quellen

SASIS AG – Der Datenpool: Auswertung der medizinischen Leistungen der Schweiz und des Fürstentums Liechtenstein. Abgerufen am 31. Januar 2018 unter:

<https://www.sasis.ch/de/Entry/DocumentEintrag/DocumentFile?documentId=131>

SASIS AG – Der Tarifpool: Auswertung der Tarifpositionen der Schweiz und des Fürstentums Liechtenstein. Abgerufen am 31. Januar 2018 unter:

<https://www.sasis.ch/de/Entry/DocumentEintrag/DocumentFile?documentId=161>

i. Qualitätsmessungen Psychiatrie

Inhalt der Statistik

Datenverantwortliche Statistikeinheit

ANQ, Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken

Beschrieb

Die Datenerhebung besteht aus 5 Teilen: 1. minimales Datenset der Medizinischen Statistik (MS) des BFS, 2. Psychiatrie-Zusatzdaten der MS, 3. Messung der Fallintensität (Fremdbeurteilung) bei Ein- und Austritt, 4. Messung der Fallintensität (Selbstbeurteilung Pat.) bei Ein- und Austritt, 5. Freiheitsbeschränkende Massnahmen (laufende Dokumentation).

Variablen und mögliche Indikatoren

Der erste Teil der Daten entspricht dem minimalen Datenset der MS:

- **Soziodemografische Angaben** des Patienten: Altersklasse, Geschlecht, Wohnregion
- **Merkmale Hospitalisierung und Behandlungspfad**: Datum Eintritt, Aufenthaltsort vor Eintritt, Eintrittsart, Einweisende Instanz; Austrittsdatum, Entscheid für Austritt, Aufenthalt nach Austritt, Behandlung nach Austritt
- **Administrative Daten**: Hauptkostenträger für OKP-Leistungen, Fall- und Patientenidentifikationsnummer
- **Medizinische Informationen**: Hauptdiagnose, Zusatz zu Hauptdiagnose, Nebendiagnose, Hauptbehandlung, weitere Behandlungen

Der zweite Teil entspricht den Psychiatrie-Zusatzdaten der MS:

- **Soziodemografische Angaben** des Patienten: Zivilstand, Beschäftigung vor Eintritt, höchste abgeschlossene Ausbildung
- **Merkmale Hospitalisierung** (zusätzlich zum minimalen Datenset) Fürsorgerischer Freiheitsentzug (ja/nein); Anzahl Tage/Konsultationen

Teile 3 und 4 dokumentieren die Fallintensität bei Ein- und Austritt. In der Erwachsenenpsychiatrie werden folgende Instrumente verwendet:

- **HoNOS** (12 Items; Skala 0-4): Fremdbeurteilung durch fallführende Fachperson (Fallidentifikationsnummer, Datum der Erfassung bei Ein- und Austritt)
- **BSCL** (53 Items, Skala 0-4): Selbstbeurteilung durch Pat. (Fallidentifikationsnummer, Datum der Erfassung bei Ein- und Austritt)

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) werden folgende Instrumente verwendet:

- **HoNOSCA** (13 Items; Skala 0-4): Fremdbeurteilung durch fallführende Fachperson (Fallidentifikationsnummer, Datum der Erfassung bei Ein- und Austritt)
- **HoNOSCA-SR** (13 Items, Skala 0-4): Selbstbeurteilung durch Patient/innen ab 14 Jahren (Fallidentifikationsnummer, Datum der Erfassung bei Ein- und Austritt)

Teil 5 ist die Erhebung freiheitsbeschränkender Massnahmen (EFM) und enthält die folgenden Variablen:

- Fallidentifikationsnummer,

Anhang

- Art der Massnahme (Erwachsenenpsychiatrie: 10 Items⁴⁸; KJP: 8 Items⁴⁹)
- Datum (ggf. Zeitpunkt) Beginn der freiheitsbeschränkenden Massnahme
- Datum (ggf. Zeitpunkt) Ende der freiheitsbeschränkenden Massnahme

Aus Sicht der ANQ bieten die Qualitätsmessungen eine Chance für eine sachliche öffentliche Diskussion über psychiatrische Behandlungen; ausserdem generieren sie einen direkten Nutzen für Kliniken (Verbesserungsprozesse, Informationen über den Behandlungsverlauf).⁵⁰

Mögliche Indikatoren zur Behandlungsqualität auf Basis der ANQ-Daten sind:

- Symptombelastung (Fremd- und Selbstbeurteilung): Differenz zwischen Ein- und Austrittsmessung (adjustiert für Störgrössen⁵¹ wie Alter, Geschlecht, Hauptdiagnose, Schweregrad der Krankheit bei Eintritt, Behandlungsklasse, Aufenthaltsdauer u.a.m. (vgl. hierzu das ANQ-Auswertungskonzept für die stationäre Erwachsenenpsychiatrie (ANQ 2018) sowie Bührlen et al. 2017, 64f.)
- Freiheitsbeschränkende Massnahmen (Anteil Patient/innen mit einer oder mehreren FM)
- Patientenzufriedenheit

Die Interpretation der Daten zu *Freiheitsbeschränkenden Massnahmen* würde unbedingt die Berücksichtigung des Klinikkonzepts erfordern, da weniger FM nicht automatisch eine bessere Behandlungsqualität bedeutet (vgl. Bührlen et al. 2017). Entsprechende Analysen würden den Rahmen der Hauptstudie nach unserer Einschätzung sprengen. Der Indikator zur *Patientenzufriedenheit* eignet sich gemäss ANQ nicht für Längsschnittvergleiche, da die Zufriedenheit auch von zahlreichen gesellschaftlichen und kulturellen Faktoren beeinflusst wird, welche sich von Jahr zu Jahr ändern können; andere Expert/innen halten es jedoch durchaus für sinnvoll, die Patientenzufriedenheit – nebst dem Indikator zur *Symptombelastung* – als Qualitätsindikator in die Hauptstudie einzubeziehen.

Eigenschaften

Periodizität, Zeitraum und Strukturbrüche

- Stationäre Erwachsenenpsychiatrie: Daten zu den Erhebungsjahren 2012/13 im nationalen Vergleichsbericht (verschlüsselt) verfügbar. Ab Erhebungsjahr 2014 sind Ergebnisse zur Symptombelastung transparent publiziert, ab Erhebungsjahr 2015 auch zu freiheitsbeschränkenden Massnahmen.

Ab Erhebungsjahr 2015 liegen die Daten differenziert nach drei Kliniktypen vor.

- Stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie: Daten ab Erhebungsjahr 2013 im nationalen Vergleichsbericht (verschlüsselt) verfügbar; ab 2015 transparent publiziert.

Datenlieferung jeweils jährlich bis 7. März.

Abdeckungsgrad

Je nach Klinik werden Daten gemäss Messplan Erwachsenenpsychiatrie oder nach Messplan Kinder- und Jugendpsychiatrie erhoben. Grundsätzlich sind alle psychiatrischen Kliniken nach KVG dazu verpflichtet, Qualitätsmessungen durchzuführen.

⁴⁸ 1. Isolation, 2. Fixierung, 3. Zwangsmedikation oral, 4. Zwangsmedikation Injektion, 5. Sicherheitsmassnahme im Stuhl bis zu 4 Std., 6. Sicherheitsmassnahme im Stuhl mehr als 4 Std., 7. Sicherheitsmassnahme im Bett kurz (bis zu 4 Std.), 8. Sicherheitsmassnahme im Bett während der ganzen Nacht, 9. Sicherheitsmassnahme im Bett während Tag und Nacht (dauernd), 10. Festhalten.

⁴⁹ 1. Isolation (<= 4 Std.), 2. Isolation (>4 Std.), 3. Fixierung (<= 4 Std.), 4. Fixierung (>4 Std.), 5. Medikation trotz Widerstand Pat. oral (einmalig), 6. Medikation trotz Widerstand Pat. oral (mehrmalig), 7. Medikation trotz Widerstand Pat., Injektion (einmalig); 8. Medikation trotz Widerstand Pat., Injektion (mehrmalig).

⁵⁰ Vgl. «Argumentarium: Chancen und Grenzen der ANQ-Messungen», www.anq.ch/psychiatrie (eingesehen am 11.1.2017).

⁵¹ In den nationalen Vergleichsberichten ist auch von «Confounder-Variablen» die Rede. Bei den Störgrössen handelt es sich in diesem Zusammenhang um Faktoren, welche sich auf das Ergebnis der Symptombelastung auswirken, von der Klinik bzw. den Behandlungsteams nicht beeinflusst werden können.

Anhang

Die Abgrenzung der kinder- und jugendpsychiatrischen Fälle erfolgt nicht über das Alter der Patient/innen, sondern über die teilnehmende Institution (in Kinder- und Jugendpsychiatrischen Kliniken kommen andere Messinstrumente zur Anwendung als in der Erwachsenenpsychiatrie).

Datenqualität

Nach Dateneingang erfolgen Plausibilisierungsarbeiten durch das Auswertungsinstitut, mit direkten Rückmeldungen und Korrekturmöglichkeiten/Nachforderungen an die Institutionen. Sofern die Datenqualität als genügend eingestuft wird, werden die Resultate durch die ANQ publiziert.

Erhebungseinheit

Behandlungsfall (Fallzusammenführung gemäss TARPSY-Regelung, d.h. bis 18 Tage nach Austritt)

Mögliche Analyseebene

Die ausgewerteten Messergebnisse aller Kliniken, die dem Qualitätsvertrag beigetreten sind, werden für die gesamte Schweiz (alle Kliniken) und für einzelne Kliniken (Klinik/Standort) ausgewiesen; im nationalen Vergleichsbericht ausserdem nach Kliniktyp (Kliniken der Akut- und Grundversorgung; Kliniken mit Schwerpunktversorgung; Kliniken zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen)

Sofern die Ergebnisse nicht transparent pro Standort/Gruppe auf unserer Webseite publiziert sind, können die Daten nicht verwendet werden ohne Einverständnis der einzelnen Spitäler und Kliniken.

Verknüpfbarkeit mit anderen Datenquellen

Datenspezifikationen der Teile 1 und 2 entsprechen denjenigen des BFS.

ANQ sieht derzeit keine sinnvollen bzw. realisierbaren Verknüpfungsmöglichkeiten.

Vorgesehene Revisionen / zukünftige Entwicklungen

Derzeit sind keine neuen Indikatoren oder Anpassungen am Messplan vorgesehen. Die Ergebnisse zur Patientenzufriedenheit der Erwachsenenpsychiatrie sind voraussichtlich ab Datenjahr 2018 bzw. 2019 öffentlich.

Datenzugang für Externe

Sofern die Daten auf der Website des ANQ veröffentlicht sind (auf Klinikebene oder im Rahmen des nationalen Vergleichsberichts), können sie für eine Hauptstudie genutzt werden.

Fazit: Relevanz der Statistik für die Hauptstudie

Wir schlagen vor, folgende zwei Indikatoren für die Hauptstudie heranzuziehen:

- Symptombelastung: Differenz zwischen Ein- und Austrittsmessung (auf aggregierter Ebene)
- Patientenzufriedenheit

Quellen

ANQ (2017a): Datendefinition: Inhalt und Form der Datenerhebung. Nationale Messungen stationäre Psychiatrie für Erwachsene, Indikatoren «Symptombelastung» und «Freiheitsbeschränkende Massnahmen», Version 7.1, 13. Dezember 2017

ANQ (2017b): Manual für Erfassende – Stationäre Psychiatrie Erwachsene. Nationale Messung der Indikatoren «Symptombelastung» und «Freiheitsbeschränkende Massnahmen», Version 5.4, 01.07.2017

ANQ (2017c): Datendefinition: Inhalt und Form der Datenerhebung. Nationale Messungen stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie, Indikatoren «Symptombelastung» und «Freiheitsbeschränkende Massnahmen», Version 6.1, 13. Dezember 2017

Anhang

ANQ (2017d): Manual für Erfassende – Stationäre Psychiatrie Kinder und Jugendliche. Nationale Messung der Indikatoren «Symptombelastung» und «Freiheitsbeschränkende Massnahmen», Version 3.2, 31.07.2017

ANQ (2017e): Auswertungskonzept ANQ: Nationale Messungen stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie, Indikatoren «Symptombelastung» und «Freiheitsbeschränkende Massnahmen», Version 7.1, 05. Juli 2017

ANQ (2018): Auswertungskonzept ANQ: Nationale Messungen stationäre Psychiatrie für Erwachsene, Indikatoren «Symptombelastung» und «Freiheitsbeschränkende Massnahmen», Version 7.2, 01. Januar 2018

Bührlen Bernhard, Simone McKernan und Eva Harfst (2017): Nationaler Vergleichsbericht, Messung 2016 Nationale Messungen stationäre Psychiatrie für Erwachsene (Indikatoren «Symptombelastung» und «Freiheitsbeschränkende Massnahmen»). Version 1.1, 10.10.2017, Bern: ANQ

j. Qualitätsmessungen Rehabilitation

Inhalt der Statistik

Datenverantwortliche Statistikeinheit

ANQ, Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken

Beschrieb

Der nationale Messplan Rehabilitation der ANQ enthält 3 Module.

Modul 1 ist eine Patientenzufriedenheitsbefragung, die Module 2 und 3 betreffen fallspezifische Dokumentationen, die je nach Rehabilitationsbereich unterschiedliche Assessments und Indikatoren beinhalten: Komorbidität (gemäss CIRS), Funktionsmessungen, Befindlichkeit (Selbstbeurteilung), Partizipationsziele und Zielerreichung.

Variablen und mögliche Indikatoren

Der erste Teil der Daten entspricht dem Minimalen Datenset BFS und enthält u.a. folgende Angaben:

- **Soziodemografische Angaben** des Patienten: Altersklasse, Geschlecht, Wohnregion
- **Merkmale Hospitalisierung und Behandlungspfad**: Datum Eintritt, Aufenthaltsort vor Eintritt, Eintrittsart, einweisende Instanz; Austrittsdatum, Entscheid für Austritt, Aufenthalt nach Austritt, Behandlung nach Austritt
- **Administrative Daten**: Hauptkostenträger für OKP-Leistungen, Fall- und Patientenidentifikationsnummer
- **Medizinische Informationen**: Hauptdiagnose, Zusatz zu Hauptdiagnose, Nebendiagnose, Hauptbehandlung, weitere Behandlungen

Der zweite Teil der Daten sind Ergebnismessungen bei Ein- und Austritt mit den in den Messplänen definierten Instrumenten (Module 2 und 3).

- **Modul 2 (Muskuloskeletale und neurologische Rehabilitation sowie «andere»)**: Fallidentifikationsnummer, BUR-Nummer, Rehabilitations-Art, Rehabilitations-Bereich, Messzeitpunkt, Partizipationsziele (Hauptziel bei Eintritt; Zielerreichung bei Austritt), Funktionsniveau gemäss FIM oder EBI
- **Modul 3a (Kardiologische Rehabilitation)**: Fallidentifikationsnummer, BUR-Nummer, Rehabilitations-Art, Rehabilitations-Bereich, Messzeitpunkt, Funktionsniveau gemäss 6-Min-Gehtest oder Fahrrad-Ergometrie, MacNew Heart (Selbstbewertung gesundheitsbezogene Lebensqualität)
- **Modul 3b (Pulmonale Rehabilitation)**: Fallidentifikationsnummer, Rehabilitations-Art, Rehabilitations-Bereich, Messzeitpunkt, Funktionsniveau gemäss 6-Min-Gehtest, Feeling-Thermometer (Selbstbewertung), Chronic Respiratory Questionnaire CRQ (Selbstbewertung, nur bei COPD-Pat.)

Der dritte Teil der Daten ist eine Eintrittsmessung zur Komorbidität

- **Zusatzdaten**: Fallidentifikationsnummer, Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)

Mögliche Indikatoren auf Basis der ANQ-Daten sind:

- Ergebnisqualität (FIM, EBI): Differenz Ein- und Austrittsmessung (Gesamtscore)
- Ergebnisdarstellung Leistungstests (6-Min-Gehtest, Fahrrad-Ergometrie): Differenz Ein- und Austrittsmessung (maximale Belastungsstufe oder max. Gehstrecke)
- Partizipationsziel/Zielerreichung (Verteilung Partizipationsziele und Anteil Pat. mit erreichten Zielen)
- Patientenzufriedenheit

Zur **Ergebnisqualität**: Es werden statistische Risikobereinigungen vorgenommen, um Unterschiede im Leistungsangebot, Infrastruktur, Patientenkollektiv und Stichprobengrösse auszugleichen. Dennoch kön-

Anhang

nen nicht alle Unterschiede korrigiert werden. Um Fehlinterpretationen zu vermeiden, müssten nach Einschätzung der ANQ jedoch zusätzliche Indikatoren erhoben/beigezogen werden, etwa Mortalität, Rehospitalisierungen, gesundheitsbezogene Lebensqualität, Sturzrate oder «return to work».

Zielerreichung: Angesichts der unterschiedlichen Ziele, die von den Patient/innen definiert (und im Verlaufe des Aufenthalts ggf. angepasst) werden, ist keine klassische indirekte Veränderungsmessung möglich (vgl. ANQ 2016). Die Auswertung erfolgt deskriptiv und zeigt die Verteilung der gewählten Partizipationsziele und die entsprechende Zielerreichung. Gemäss ANQ haben diese Informationen in erster Linie einen internen Kliniknutzen, eignen sich aber kaum, um im Rahmen einer Hauptstudie übergeordnete Schlüsse zur Qualitätsentwicklung zu ziehen – insbesondere lassen sich keine Kausalzusammenhänge mit ST Reha herstellen.

Der Indikator zur **Patientenzufriedenheit** eignet sich gemäss ANQ nicht für Längsschnittvergleiche, da die Zufriedenheit auch von zahlreichen gesellschaftlichen und kulturellen Faktoren beeinflusst wird, welche sich von Jahr zu Jahr ändern können; andere Expert/innen halten es jedoch durchaus für sinnvoll, die Patientenzufriedenheit als Qualitätsindikator in die Hauptstudie einzubeziehen.

Eigenschaften

Periodizität, Zeitraum und Strukturbrüche

Der ANQ-Messplan Rehabilitation ist seit 2013 in Kraft.

Daten zur Patientenzufriedenheit sind ab Erhebungsjahr 2013 verfügbar. Ergebnisse zu den Modulen 2 und 3 sind für die Erhebungsjahre 2014 und 2015 im nationalen Vergleichsbericht (verschlüsselt) publiziert. Voraussichtlich werden die Daten für das Erhebungsjahr 2016 Ende 2018 transparent publiziert.

■ Patientenzufriedenheit (Modul 1): jeweils April und Mai der Erhebungsperiode. Da ab 2018 ein modifizierter Fragebogen eingesetzt werden wird, ist der Längsvergleich zu den vorherigen Jahren nicht mehr möglich.

■ Bereichsspezifische Messungen (Module 2 und 3): werden ganzjährig bei Ein- und Austritt erhoben

Ab 1.1.2017 wurden bei den MS-Variablen «Aufenthalt vor Eintritt» und «Aufenthalt nach Austritt» neue Antwortkategorien hinzugefügt; diese sind seit 1.1.2018 obligatorisch.

Abdeckungsgrad

Der Nationale Messplan Rehabilitation kommt in allen Einrichtungen zur Anwendung, die dem nationalen Qualitätsvertrag beigetreten sind (vgl. ANQ 2018). Keine ANQ-Messpflicht besteht für pädiatrische Rehabilitationsangebote.

Datenqualität

Unterschiedlich je nach Rehabilitationsbereich und Messinstrument; insgesamt aber aus Sicht ANQ gut oder zufriedenstellend. Erfahrungsgemäss wird die Datenqualität in den kommenden Jahren noch steigen.

Erhebungseinheit

Behandlungsfall

Mögliche Analyseebene

Messergebnisse in den Modulen 2 und 3 liegen für die Jahre 2014/2015 in den nationalen Vergleichsberichten verschlüsselt vor (unterschieden nach Rehabilitationsbereichen: muskuloskelettale, neurologische, kardiale, pulmonale und andere Rehabilitation). Verschlüsselt publizierte Ergebnisse können nur mit Einverständnis der einzelnen Spitäler und Kliniken verwendet werden. Erst ab der ersten geplanten transparenten Publikation für das Erhebungsjahr 2016 stehen die Daten für mögliche Analysen zur Verfügung.

Anhang

Nur für den Bereich Patientenzufriedenheit werden Auswertungen für die stationäre Rehabilitation insgesamt vorgenommen; hier sind auch klinikindividuelle Ergebnisse (Standort/Spital) seit 2013 transparent publiziert.

Verknüpfbarkeit mit anderen Datenquellen

Datenspezifikationen der Teile 1 und 2 entsprechen denjenigen der MS des BFS.

ANQ sieht derzeit keine sinnvollen bzw. realisierbaren Verknüpfungsmöglichkeiten.

Vorgesehene Revisionen / zukünftige Entwicklungen

Derzeit sind keine neuen Indikatoren oder Anpassungen am Messplan vorgesehen.

Datenzugang für Externe

Sofern die Daten auf der Website des ANQ veröffentlicht sind (auf Klinikebene oder im Rahmen des nationalen Vergleichsberichts), können sie für eine Hauptstudie genutzt werden.

Weiteres

■ **Verhältnis zu ST Reha:** die ANQ-Erhebung (nationaler Messplan Rehabilitation) ist unabhängig von ST Reha. Es sei jedoch im Vorfeld eng zwischen beiden Projekten abgestimmt worden, sodass bei den gemeinsamen Inhaltsbereichen die Datenspezifikation soweit wie möglich deckungsgleich ist (ANQ 2018, 3). Dennoch ist zu beachten, dass die vier Rehabilitationsbereiche nicht dieselben sind (ANQ unterscheidet den Bereich «Muskuloskeletale Reha», der bei ST Reha in den Leistungsbereich «andere Rehabilitation» fällt, vgl. auch Kap. 3.2) und bei ANQ teils zusätzliche/andere Messinstrumente zum Einsatz kommen als bei ST Reha.

■ Verschiedene Instrumente sind vom BFS in die schweizerische Operationsklassifikation **CHOP (Version 2018)** aufgenommen worden und damit für die Codierung der Prozeduren im Rahmen der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser ab 1.1.2018 verbindlich (vgl. BFS 2017, 354ff.). Aufgrund der Lizenzproblematik (vgl. Kapitel 3.2) gilt dies jedoch nicht für FIM.

■ **Datenlieferung:** Daten für das Erhebungsjahr 2017 müssen in 2 Tranchen geliefert werden (31.8.2017 und 28.02.2018), danach jeweils Ende Februar für das ganze Jahr (ANQ 2018, 22).

Fazit: Relevanz der Statistik für die Hauptstudie

Wir schlagen vor, folgende zwei Indikatoren für die Hauptstudie heranzuziehen:

- Ergebnisqualität (FIM, EBI, CRQ): Differenz Ein- und Austrittsmessung (auf aggregierter Ebene)
- Patientenzufriedenheit

Quellen

ANQ (2016): Auswertungskonzept zum Nationalen Messplan Rehabilitation (Modul 2 und 3), Version 1.1, 29. Juli 2016

ANQ (2018): Nationaler Messplan Rehabilitation (Modul 2 und Modul 3). Daten-Handbuch Version 6.0, gültig ab 01.01.2018, Bern

BFS Bundesamt für Statistik (2017): Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP). Systematisches Verzeichnis – Version 2018, Neuchâtel