



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium  
Observatoire suisse de la santé  
Osservatorio svizzero della salute  
Swiss Health Observatory

# Begleitstudie zur Einführung von TARPSY

Bericht im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG)

Kapitel 3 und 5

**Autorinnen/Autoren**

Sonia Pellegrini, Alexandre Tuch, Sacha Roth,  
Lucas Haldimann, Reto Jörg (Obsan)  
Jolanda Jäggi (BASS)

**Herausgeber**

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Neuchâtel 2023

# Inhaltsverzeichnis

<b>3</b>	<b>Literatur</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>Versorgung und Versorgungsqualität</b>	<b>7</b>
3.1	Ausgangslage und Fragestellung	3	5.1	Ziel des Kapitels	7
3.2	Methodisches Vorgehen und Datengrundlagen	3	5.2	Methode (kapitelspezifische Elemente)	7
3.3	Auswirkungen der Einführung leistungsbezogener Pauschalen: Erkenntnisse aus der Literatur	3	5.2.1	Allgemeine Konzepte und Begriffe	7
3.3.1	Kosten und Finanzierung	3	5.2.2	Indikatoren	8
3.3.2	Qualität	4	5.2.3	Datenaufbereitung	8
3.3.3	Versorgungslandschaft	6	5.3	Allgemeine Entwicklungen in der stationären Psychiatrie	9
3.4	Fazit	6	5.3.1	Entwicklung der Hospitalisierungsrate	9
			5.3.2	Entwicklung der Aufenthaltsdauer	10
			5.3.3	Entwicklungen in der Nachbehandlung	11
			5.3.4	Entwicklung des Kodierverhaltens	11
			5.3.5	Entwicklungen bei den Behandlungsprozessen	12
			5.3.6	Entwicklung des administrativen Aufwands	14
			5.4	Entwicklung der Versorgungsqualität	14
			5.4.1	Ergebnisqualität	14
			5.4.2	Prozessqualität	17
			5.4.3	Strukturqualität	18
			5.5	Zwischensynthese	20

# 3 Literatur

## 3.1 Ausgangslage und Fragestellung

Das Untersuchungskonzept (gestützt auf Morger et al., 2018) sieht nebst Datenanalysen und Befragungen auch eine Literaturanalyse vor. Im vorliegenden Kapitel wird zusammenfassend dargestellt, welche Erkenntnisse aus Fachartikeln und wissenschaftlichen Studien zu den Auswirkungen von TARPSY in den Bereichen (1) Kosten und Finanzierung, (2) Qualität und (3) Versorgungslandschaft vorliegen. Zur Einordnung der Entwicklungen im Bereich der Psychiatrie werden für diese drei Untersuchungsebenen jeweils auch die zentralen Evaluationsergebnisse zur Einführung von Fallpauschalen in der Akutsomatik dargestellt (basierend auf BAG, 2019).

## 3.2 Methodisches Vorgehen und Datengrundlagen

Mit einer systematischen Literaturrecherche wurde nach wissenschaftlicher und grauer Literatur gesucht, welche die Effekte der Einführung von TARPSY beleuchten. Durchgeführt wurden stichwortbasierte Recherchen auf Deutsch, Französisch und Englisch<sup>1</sup> in Datenbanken (PubMed, Swiscovery), Archiven von Fachzeitschriften (Schweizerische Ärztezeitung, Swiss Medical Weekly, Revue Médicale Suisse, Swiss Medical Forum) sowie allgemeine Desk-Recherchen. In der Berichterstattung berücksichtigt werden empirische Studien und Fachberichte ab 2018, welche die Situation in der Schweiz beleuchten, sowie die Begleitforschung der FMH (seit 2011 jährlich durchgeführte repräsentative Befragung der Ärzteschaft zu Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit). Von der Analyse ausgeklammert waren Medienberichte, Positionspapiere und Interviews sowie Fachartikel zur Ausgestaltung des Tarifsystems.

Mit den angewandten Suchkombinationen wurden gut 50 potenziell relevante Fachartikel / Berichte sowie Dokumente von 6 Kantonen zur psychiatrischen Versorgung gefunden. Nach der Bereinigung von Doubletten und dem Ausschluss nicht relevanter Publikationen wurden 13 Literaturstellen näher geprüft. Insgesamt zeigt sich, dass bislang kaum wissenschaftliche Untersuchungen zu den Auswirkungen von TARPSY vorliegen: Die vorhandene Evidenz beschränkt sich weitgehend auf 2018 (das erste

Jahr der Einführung von TARPSY), oder die Studienanlagen sind auf Entwicklungen im Bereich der stationären Psychiatrie generell ausgerichtet und beleuchten die Bedeutung von TARPSY nicht explizit (vgl. T 9.1 im Anhang).

## 3.3 Auswirkungen der Einführung leistungsbezogener Pauschalen: Erkenntnisse aus der Literatur

Die in der Literatur beschriebenen Auswirkungen der Umstellung auf leistungsbezogene Pauschalen in der Akutsomatik (SwissDRG) und der Psychiatrie (TARPSY) wird im Folgenden entlang der drei Untersuchungsebenen Kosten und Finanzierung (3.3.1), Qualität und Versorgungssicherheit (3.3.2) sowie Versorgungslandschaft (3.3.3) dargestellt. Die Ergebnisse zur Entwicklung in der Akutsomatik (BAG, 2019) beziehen sich auf den Zeitraum 2012–2016.

### 3.3.1 Kosten und Finanzierung

Zu den erwarteten Wirkungen der Einführung leistungsbezogener Pauschalen auf Ebene Kosten und Finanzierung gehören die erhöhte Transparenz der Leistungen und Kosten, die verbesserte Vergleichbarkeit und dadurch die Förderung des **Wettbewerbs** unter den Spitälern; **Effizienzsteigerungen** (Prozessoptimierung, Spezialisierung, besseres Schnittstellenmanagement); **Leistungsverlagerungen** in vor- oder nachgelagerte Bereiche und die **Dämpfung des Kostenwachstums** (BAG, 2019).

#### *Entwicklungen in der Akutsomatik*

In der Akutsomatik hat die Einführung von SwissDRG 2012 wie erwünscht die Transparenz der Leistungen und Kosten erhöht. Der finanzielle Druck auf die Akutspitäler hat zugenommen und mit den leistungsbezogenen Fallpauschalen wurden Anreize für Effizienzsteigerungen und Qualitätsanstrengungen gesetzt (z. B. Standardisierung von Behandlungsprozessen, Organisationsprinzipien, Entlassungs- und Schnittstellenmanagement, Zertifizierungen, Fehlermanagementsysteme). Die Produktionskosten pro

<sup>1</sup> Stichwort TARPSY, z.T. kombiniert mit den Stichworten effect\*, effet\*, impact, remuneration, psychiatric; in PubMed zusätzlich Eingrenzung auf die Schweiz (Affiliation: switzerland).

Fall haben sich nach einem starken Anstieg 2012 ab 2014 stabilisiert, die Höhe der Basistarife war im Zeitraum 2012–2016 rückläufig (BAG, 2019). Das Kostenwachstum für stationäre Spitalleistungen im OKP-Bereich konnte zwar leicht gedämpft werden, allerdings ist unklar, wie nachhaltig dieser Effekt ist. Über den akutstationären Bereich hinaus wurde keine Dämpfung des Kostenwachstums erzielt. Inwiefern die Leistungsverlagerungen in vor- und nachgelagerte Bereiche (siehe dazu Kap. 3.3.3) kosteneffizient waren oder ob keine Kosteneinsparungen erfolgt sind, kann aufgrund der verfügbaren Daten nicht beurteilt werden.

Unerwünschte Wirkungen der leistungsbezogenen Fallpauschalen (Massnahmen zur Ertragssteigerung wie z.B. Mengenausweitung, Höhercodierungen, Rationierung, Personalabbau) sind in der Akutsomatik weitgehend ausgeblieben (BAG, 2019).

### *Entwicklungen in der Psychiatrie*

Für die stationäre Psychiatrie liegen kaum Informationen über die Entwicklung der Kosten, Mengen und Preise sowie der Leistungsverlagerungen in Zusammenhang mit der Einführung von TARPSY vor. Analysen der Krankenhausstatistik und der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser für das Jahr 2018 zeigen, dass sich die Anzahl und Qualität der erfassten Diagnose- und Prozedurencodes – welche für die Zuordnung zu den psychiatrischen Kostengruppen (PCG) und damit finanzierungsrelevant sind – erhöht haben (BFS, 2020).<sup>2</sup> Die differenziertere Erfassung der Informationen (u. a. zu Symptomschwere, Nebendiagnosen) führt dazu, dass innerhalb der meisten Basis-Kostengruppen der Anteil der ressourcenintensiveren PCGs gegenüber 2017<sup>3</sup> zugenommen hat. Schätzungen des BFS zeigen, dass auch die Höhe der durchschnittlich verrechneten Tarife pro Pflgetag unter TARPSY anfänglich zugenommen haben dürfte. In der Erwachsenenpsychiatrie ist der durchschnittliche Tagesstarif zwar bereits zwischen 2016 und 2017 (die letzten beiden Jahre des Tagespauschalen-Systems) leicht angestiegen, 2018 war die Zunahme jedoch stärker ausgeprägt. Obwohl die Zahl der Aufenthalte zwischen 2017 und 2018 zurückgegangen und die durchschnittliche Dauer relativ stabil geblieben ist, ist basierend auf diesen Schätzungen von einer leichten Erhöhung der Gesamtkosten in der Erwachsenenpsychiatrie unter TARPSY auszugehen (BFS, 2020).

Analog zur Akutsomatik scheint auch in der Psychiatrie der finanzielle Druck zugenommen zu haben. In der Literatur wird dies jedoch weniger mit dem Systemwechsel an sich, sondern primär mit Herausforderungen bei der Abbildung der effektiven Kosten im Tarifsystem in Zusammenhang gebracht. So werde etwa die sogenannte Belastungserprobung (längere Ausgänge und Wochenenden ausserhalb der Klinik, welche für die Wiedereingliederung der Patientinnen und Patienten oftmals notwendig sind) durch TARPSY nicht ausreichend abgegolten (u. a. Baumgartner et al., 2022).

Hinweise auf unerwünschte Effekte (z. B. Höhercodierungen, Mengenausweitung) werden in der Literatur nicht identifiziert bzw. es liegen dazu keine systematischen Untersuchungen vor.

### **3.3.2 Qualität**

Hauptziel der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung war die Eindämmung des Kostenwachstums im stationären Spitalbereich bei gleichzeitigem Erhalt des Zugangs zu einer qualitativ hochstehenden Versorgung. Mit der Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen war sowohl in der Akutsomatik als auch in der Psychiatrie jedoch die Befürchtung einer systematischen Verschlechterung der Qualität verbunden. Im Vordergrund stand die Sorge, dass Patientinnen und Patienten aus finanziellen Gründen zu früh entlassen werden und es zu Drehtüreneffekten (schnelle stationäre Wiedereintritte) kommen könnte (u. a. BAG, 2019; Schneeberger et al., 2018), oder dass die administrative Belastung des Gesundheitspersonals auf Kosten der direkten patientennahen Tätigkeiten zunimmt (z. B. Unger-Köppel, 2016).

### *Entwicklungen in der Akutsomatik*

In der Akutsomatik haben sich die Befürchtungen negativer Auswirkungen auf die Qualität in den ersten fünf Jahren nach der Einführung von SwissDRG nicht bestätigt (BAG, 2019). Spitäler haben Verbesserungen bei der Struktur- und Prozessqualität vorgenommen (z. B. Infrastruktur, Servicequalität, Optimierung von Behandlungsabläufen) und der Zugang zur Versorgung ist weiterhin gewährleistet: Es gibt keine Hinweise, dass es aufgrund der DRG zu systematischen Verletzungen der Aufnahmepflichten (Patientenselektion), zu Veränderungen bei der Diagnosestellung oder der Wahl der Behandlung kam. Allerdings gibt es Anzeichen, dass Prozessoptimierungen der Spitäler zu vermehrtem Stress beim medizinischen und pflegerischen Personal führen, was sich in der Folge negativ auf die Behandlungsqualität auswirken könnte. Auch bei den Schnittstellen zum nachgelagerten Bereich werden mitunter Qualitätsmängel festgestellt, insbesondere beim Entlassungsmanagement (z. B. kurzfristige Übertritte, unvollständige Überweisungsberichte).

Bei der Ergebnisqualität ist die empirische Datenlage zu den Auswirkungen der DRG nicht eindeutig. So lässt es sich aufgrund der verkürzten Aufenthaltsdauern in der Akutsomatik nicht ausschliessen, dass es zu verfrühten Entlassungen kommt. Inwiefern sich die kürzeren Aufenthalte bzw. früheren Entlassungen negativ auf Patientinnen und Patienten auswirken, ist jedoch unklar. Rehospitalisierungen in der Akutsomatik haben bereits vor Einführung der DRG zugenommen, und in vertieften Datenanalysen bestätigt sich die Hypothese der Drehtüreneffekte aufgrund gesunkener Aufenthaltsdauern nicht. Gleichwohl gibt es aus Sicht nachsorgender Leistungserbringer einzelne Hinweise auf entsprechende Entwicklungen. Bei weiteren Indikatoren zur

<sup>2</sup> Trezzini (2021) verweist allerdings auf weiteren Optimierungsbedarf bei der Qualität der Datenerfassung.

<sup>3</sup> Zum Vergleich wurde das TARPSY-System (Abrechnungsversion 2018) auf die Aufenthalte im Jahr 2017 angewandt (BFS, 2020).

Ergebnisqualität zeigt sich teilweise eine Verbesserung (z. B. Rückgang der 30-Tage-Mortalität nach einem spitalstationären Eingriff), andere sind stabil geblieben (z. B. Prävalenz von Stürzen und Dekubitus; Patientenzufriedenheit). Insgesamt scheint sich die Revision in der Akutsomatik weder auffallend negativ noch positiv auf die Ergebnisqualität ausgewirkt zu haben (BAG, 2019).

### *Entwicklungen in der Psychiatrie*

Während die Fallpauschalen in der Akutsomatik den klaren Anreiz setzen, Patientinnen und Patienten möglichst früh in den nachsorgenden Bereich zu verlegen, ist die degressive Ausgestaltung der Tagespauschalen in TARPSY nicht darauf angelegt, die Aufenthaltsdauern in der Psychiatrie zu verkürzen. Vielmehr widerspiegelt die Tarifstruktur die beobachteten Muster der sinkenden durchschnittlichen Tageskosten bei längeren Aufenthalten (Hepp et al., 2020). Auch längere Aufenthalte werden im Mittel unter TARPSY kostendeckend abgegolten (Morger et al., 2018). Mit den Regelungen zur Fallzusammenführung (Wiedereintritte innert 18 Tagen werden zu einem Behandlungsfall zusammengefasst) wurde ausserdem eine Schutzmassnahme gegen vorzeitige Entlassungen eingeführt (Schneeberger et al., 2018).

Zur Untersuchung der Auswirkungen von TARPSY auf die Aufenthaltsdauern und Wiedereintrittsraten haben Hepp et al. (2020) statistische Daten zu Behandlungsfällen der vier grössten psychiatrischen Kliniken des Kantons Zürich für 2017 (Tagespauschalen-Tarifsystem) und 2018 (TARPSY) ausgewertet.<sup>4</sup> Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Befürchtungen zumindest im ersten Jahr nach der Umstellung auf leistungsbezogene Pauschalen nicht bewahrheitet haben: Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ist insgesamt sowohl in der Erwachsenenpsychiatrie als auch in der Gerontopsychiatrie stabil geblieben. In gewissen Diagnosegruppen ging die durchschnittliche Aufenthaltsdauer zwar signifikant zurück (Suchterkrankungen, ICD-10-Diagnoseklasse F10–F19; Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, F40–F48). Gleichzeitig sind die Wiedereintrittsraten jedoch stabil geblieben, und in der Erwachsenenpsychiatrie hat sich das Risiko für Wiedereintritte im ersten Jahr nach der Einführung von TARPSY sogar eher reduziert. Inwiefern letzteres eine direkte Folge von TARPSY ist, einen generell rückläufigen Trend der Wiedereintrittsraten widerspiegelt oder ob hier noch weitere Einflussfaktoren eine Rolle spielen, lässt sich gemäss Hepp et al. (2020) anhand der zugrundeliegenden Daten nicht beurteilen.

In kantonalen Berichten zur psychiatrischen Versorgung wird bzgl. der Aufenthaltsdauer darauf hingewiesen, dass die Bestimmungen zur Fallzusammenführung unter TARPSY die Vergleichbarkeit zu den Vorjahren erschwert (vgl. dazu auch Schuler et al.,

2020). Einzelne Kantone stellen nach der Umstellung auf TARPSY eine Erhöhung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer fest (z. B. BS, SO<sup>5</sup>), aufgrund der veränderten Falldefinition kam es nach dem Systemwechsel auch zu einem Rückgang der Fallzahlen (u. a. in BS, SO, LU und SG)<sup>6</sup>. Unabhängig vom Tarifsysteem sind die durchschnittlichen Verweildauern in der stationären Psychiatrie seit vielen Jahren rückläufig (in SG seit 2003 mit einer jährlichen Reduktion um gut 2 Prozent, vgl. Gesundheitsdepartement Kanton St. Gallen, 2022; schweizweit ist die mittlere Verweildauer zwischen 2012 und 2020 um rund 2.5 Tage gesunken, vgl. GS BS & VGD BL, 2022). Dies ist im Sinne der Stärkung einer gemeindenahen psychiatrischen Versorgung eine erwünschte Entwicklung, erfordert jedoch eine gute Begleitung der Übertritte in intermediäre oder ambulante Angebote, um die Nachsorge zu gewährleisten und Wiedereintritte zu vermeiden (Baumgartner et al., 2022; zum Zusammenspiel der Versorgungssettings siehe nachfolgendes Kapitel 3.3.3).

Gewisse Informationen zum Einfluss des Tarifsystems auf die psychiatrische Versorgung liegen aus der Begleitforschung der FMH vor, einer seit 2011 jährlich durchgeführten repräsentativen Befragung von Ärztinnen und Ärzten. In der Psychiatrie steigt der Anteil der Befragten, welche die Versorgungsqualität unter dem geltenden Tarifsysteem als eher negativ betrachten, im Jahr der Einführung von TARPSY gegenüber dem Vorjahr deutlich an (2017: 22%; 2018: 29%, vgl. Golder & Jans, 2018). Ähnliches gilt für den Einfluss des Tarifsystems auf die allgemeinen Arbeitsbedingungen, wo 35% der Befragten einen negativen Effekt von TARPSY wahrnehmen (2017: 22%). Da im langjährigen Vergleich bei diesen und weiteren Indikatoren (z. B. Einfluss Tarifsysteem auf Patientenzufriedenheit, Therapiefreiheit, Anzahl persönlicher medizinischer Fehler) starke Schwankungen festzustellen sind, bleibt jedoch unklar, wie der Effekt von TARPSY tatsächlich einzustufen ist.<sup>7</sup> Auch bei der Entwicklung problematischer Versorgungsumstände (z. B. ungeplante Rehospitalisierung mit derselben Diagnose, Verzicht oder Ersatz von Behandlungsmassnahmen aus Kostengründen) zeigen sich in den Befragungsdaten keine eindeutigen Trends, welche auf einen Effekt von TARPSY hindeuten (vgl. Golder et al., 2022).

In den Jahren 2018 und 2019 sind gemäss FMH-Begleitforschung knapp ein Drittel (32%) der in der Psychiatrie tätigen Ärztinnen und Ärzte der Ansicht, dass das Tarifsysteem die tägliche Arbeit mit den Patientinnen und Patienten (eher) stark beeinflusst. Dieser Wert ist deutlich höher als vor der Einführung von TARPSY (2017: 25%), allerdings gab es auch in den Jahren 2014 und 2015 erhöhte Anteile der Befragten, welche den Einfluss des damaligen Tarifsystems als bedeutsam einstufen (Golder et al., 2019). Was die Balance zwischen Dokumentationsaufwand und patientennahen Tätigkeiten betrifft, zeigt sich in der FMH-

<sup>4</sup> Austritte der Jahre 2017 und 2018; insgesamt gut 26'000 Behandlungsfälle bzw. 15'500 Patientinnen und Patienten. Es handelt sich um die anonymisierten Falldaten, welche von den Kliniken an die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich geliefert werden müssen.

<sup>5</sup> In Einklang mit den Befunden von Hepp et al. (2020) gilt dies nicht für die im Kanton SO angesiedelte Suchtfachklinik: Dort lag die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in den Jahren 2018 und 2019 (nach TARPSY) tiefer als in den Vorjahren (2016 und 2017, vgl.

Gesundheitsamt Kanton Solothurn, 2022). Auch im Kanton FR sind die Aufenthaltsdauern von Personen mit Suchtproblematiken unter TARPSY gesunken (Dessart & Dietrich, 2021).

<sup>6</sup> Siehe Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt, 2019; Gesundheitsamt Kanton Solothurn, 2022; Regierungsrat des Kantons Luzern, 2021; Gesundheitsdepartement Kanton St.Gallen, 2022.

<sup>7</sup> Die Schwankungen können u. a. mit der relativ kleinen Stichprobe im Bereich Psychiatrie (n≈100) zusammenhängen.

Begleitforschung seit Befragungsbeginn 2011 ein Trend hin zu mehr Arbeitsaufwand für das Führen von Patientendossiers. Es gibt jedoch keine Hinweise, dass die direkte Arbeit mit Patientinnen und Patienten dadurch zu kurz kommt; der Zeitaufwand für medizinische patientennahe Tätigkeiten hat sich nach der Umstellung auf TARPSY kaum verändert (Golder et al., 2022).

### 3.3.3 Versorgungslandschaft

Mit der Umstellung auf leistungsbezogene Pauschalen wurden auf Ebene der Versorgungslandschaft «effizienzsteigernde» **Leistungsverlagerungen** in vor- oder nachgelagerte Bereiche erwartet (unter der Annahme, dass gewisse Leistungen ausserhalb des stationären Spitalbereichs in gleicher Qualität zu geringeren Kosten erbracht werden können). Eine weitere erwartete (längerfristige) Wirkung sind **Konzentrations- und Spezialisierungsprozesse** in der Spitallandschaft (BAG, 2019).

#### *Entwicklungen in der Akutsomatik*

Die Verlagerung von Leistungen aus der Akutsomatik in nachsorgende Bereiche hat bereits vor Einführung der Fallpauschalen eingesetzt, u. a. im Zuge des allgemeinen Trends zur «Ambulantisierung» von Versorgungsleistungen. Diese Entwicklung hat sich ab 2012 verstärkt und die Übertritte aus der Akutsomatik in die Alters- und Pflegeheime, die ambulante Krankenpflege und in Rehabilitationsspitäler haben stark zugenommen. Auf Ebene der Spitallandschaft hat die Revision im Zeitraum 2012–2016 noch kaum Wirkung gezeigt; die in der Akutsomatik bereits zuvor begonnenen Trends zur Konzentration haben sich nach 2012 fortgesetzt (BAG, 2019).

#### *Entwicklungen in der Psychiatrie*

Empirische Analysen zu den Auswirkungen von TARPSY auf Leistungsverlagerungen sowie auf die Spitallandschaft im psychiatrischen Versorgungsbereich liegen bislang keine vor. In den gesichteten kantonalen Planungsberichten und Psychiatriekonzepten wird die (erwünschte) Verlagerung aus dem stationären Bereich in ambulante und intermediäre Angebote – anstelle von oder im Anschluss an eine stationäre Behandlung – weitgehend unabhängig von der Ausgestaltung des stationären Tarifsystems diskutiert. Aus kantonalen Sicht ist das Verlagerungspotenzial vom stationären in den intermediären und ambulanten Bereich bei geschätzten 5 bis 25% der Fälle vorhanden (GS BS & VGD BL, 2022). In der Literatur wird jedoch darauf hingewiesen, dass die unterschiedlichen Finanzierungsmodalitäten für den stationären und ambulanten Bereich<sup>8</sup> sowie die uneinheitliche Regelung für intermediäre Versorgungsangebote in den Kantonen<sup>9</sup> zu Fehlanreizen

bei der Entwicklung des Versorgungsangebots führen können und effizienzsteigernde Leistungsverlagerungen behindern (u. a. Baumgartner et al., 2022; Noll et al., 2022). Im Hinblick auf die Etablierung einer integrierten psychiatrischen Versorgung wird TARPSY ausserdem teilweise als hinderlich erachtet, da das Tarifsystem für die akute Behandlung vorgesehen sei, nicht jedoch für die sozialpädagogische und sozialtherapeutische Nachbetreuung zur Stabilisierung und Integration (Baumgartner et al., 2022). Insgesamt geht aus den kantonalen Dokumenten zur psychiatrischen Versorgung jedoch hervor, dass weniger die Vergütung der stationären Leistungen, sondern vielmehr das Engagement von Leistungserbringern und kantonalen Akteuren zum Auf- und Ausbau der vor- und nachgelagerten Strukturen für die Entwicklung der Versorgungslandschaft entscheidend ist.

### 3.4 Fazit

Die Auswirkungen des neuen Tarifsystems TARPSY auf die Kostenentwicklung, die Versorgungsqualität und die Versorgungslandschaft sind bis anhin noch kaum wissenschaftlich untersucht worden. Aus den vorhandenen Studien und Dokumenten geht hervor, dass die Umstellung auf leistungsbezogene Tagespauschalen in der Psychiatrie auf keiner der Untersuchungsebenen zu grösseren Veränderungen geführt hat. Mit der verbesserten Transparenz und Vergleichbarkeit der Leistungen und Kosten wurde jedoch eine Grundlage für entsprechende Untersuchungen geschaffen.

Befürchtete negative Folgen der Umstellung auf TARPSY (zu frühe Entlassungen aus finanziellen Gründen, weniger Zeit für patientennahe Tätigkeiten) haben sich in den bisher vorliegenden Studien nicht bestätigt. Die Versorgungsqualität in der Psychiatrie ist massgeblich vom Zusammenspiel der verschiedenen Versorgungsbereiche abhängig. Aktuelle kantonale Dokumente und Konzepte zur Psychiatrieplanung bestätigen die Einschätzung in Morger et al. (2018), wonach Veränderungen in der Versorgungslandschaft weitgehend unabhängig vom (stationären) Tarifsystem erfolgen. Im Vordergrund stehen vielmehr die Frage nach der (einheitlichen und kostendeckenden) Finanzierung intermediärer Angebote sowie die mit der unterschiedlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen verbundenen Anreize. TARPSY ist zwar Bestandteil dieses Gesamtsystems, scheint als Einflussfaktor aber (zumindest aus kantonalen Sicht) gegenüber den anderen Rahmenbedingungen eher eine untergeordnete Rolle zu spielen.

<sup>8</sup> Mit der geplanten Umstellung auf eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS) würde diese Problematik entschärft.

<sup>9</sup> Angebote wie Tages- und Nachtkliniken oder Home Treatment werden mangels kostendeckender bzw. nationaler Tarifstrukturen über kantonale Leistungsverträge mitfinanziert.

# 5 Versorgung und Versorgungsqualität

## 5.1 Ziel des Kapitels

Dieses Kapitel befasst sich primär mit den Auswirkungen der Einführung des Tarfsystems TARPSY per 1.1.2018 auf die Versorgungsqualität. Es wird untersucht, inwiefern sich die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in der stationären psychiatrischen Versorgung seit der Einführung von TARPSY verändert hat. Insbesondere sollen die in der Konzeptstudie des Büro BASS (Morger et al., 2018) formulierten Hypothesen überprüft werden:

- Der Anteil Wiedereintritte steigt (H.7).
- Der Kostendruck bewirkt eine Verschlechterung des Personalschlüssels («Betreuungsverhältnisses») (H.10).
- Die erhöhte Transparenz bringt Qualitätswettbewerb (H.22).
- Spezialisierung führt zu Qualitätsverbesserung innerhalb der Disziplin (H.23).

### *Erwartete Auswirkungen von TARPSY auf die Qualität*

Es ist wichtig, sich vor Augen zu halten, dass die KVG-Revision Spitalfinanzierung sowie die Einführung von TARPSY in erster Linie darauf abzielen, das Kostenwachstum im Gesundheitswesen einzudämmen, ohne den Zugang zu einer qualitativ hochstehenden Versorgung zu beeinträchtigen. Die Verbesserung der Versorgungsqualität stand nicht im Vordergrund. Es gibt zwar erwünschte Auswirkungen im Rahmen der Revision, von denen indirekt Impulse zur Qualitätssteigerung angenommen werden, so zum Beispiel durch die Spezialisierung von Leistungserbringern. Auf der anderen Seite beinhaltet die KVG-Revision Spitalfinanzierung auch Elemente, von denen potentiell negative Auswirkungen auf die Qualität vermutet werden. Das zeigt sich auch in den Ergebnissen aus den Expertengesprächen, die für die «Konzeptstudie zur Untersuchung der Einführung von TARPSY» durchgeführt wurden (Morger et al., 2018). Patientenorganisationen und die Ärzteschaft befürchten u. a., dass Behandlungspläne nach der Umstellung auf TARPSY vermehrt gemäss ökonomischen Kriterien erstellt, statt am Bedarf der Patientinnen und Patienten ausgerichtet werden (Pro Mente Sana, 2016), oder dass die administrative Belastung auf Kosten direkter Arbeit mit Patientinnen und Patienten 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, wenn vermehrt gewisse Patientinnen und Patienten für eine kurze Dauer (unter 7

Tage) hospitalisiert würden, auch wenn ein längerer Aufenthalt eher dem Bedarf entspräche. Dies könnte zu erhöhten Rehospitalisierungsraten oder zu Intervallbehandlungen (d.h. Wiedereintritt nach 18 Tagen als neuer Behandlungsfall) führen.

Für die im Rahmen der Evaluation KVG-Revision Spitalfinanzierung durchgeführten Studien wird demnach einerseits untersucht, ob die KVG-Revision Spitalfinanzierung (Tuch et al., 2018) respektive die Einführung von TARPSY in spezifischen Aspekten zu einer Qualitätssteigerung geführt hat. Andererseits wird auch untersucht, ob negative Auswirkungen zu beobachten sind. Es muss betont werden, dass auf der Grundlage der verfügbaren Daten und der durchgeführten Analysen keine kausalen Schlussfolgerungen gezogen werden können. Die Ergebnisse liefern lediglich Hinweise auf mögliche Zusammenhänge zwischen der Einführung von TARPSY und der Versorgungsqualität. Diese sind kontextabhängig zu plausibilisieren und zu interpretieren.

## 5.2 Methode (kapitelspezifische Elemente)

### 5.2.1 Allgemeine Konzepte und Begriffe

Ein Ziel des vorliegenden Berichts ist die Untersuchung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in der stationären Psychiatrie im Rahmen der Einführung von TARPSY. Dies ist mit den zur Verfügung stehenden Daten bzw. den daraus ableitbaren Indikatoren nur eingeschränkt möglich. Insbesondere für die Prozess- und Strukturqualität sind zentrale Aspekte wie die spitalinternen Arbeitsabläufe (z. B. Informations- und Kommunikationsprozesse, Versorgungsprozesse) oder die spitalinterne Organisation (Aufgabenstrukturen, Arbeitsbedingungen, Kompetenzen des Personals) nicht als Routinedaten bzw. als Indikatoren verfügbar.

Der Einfluss von TARPSY auf die *Prozessqualität* wird daher primär anhand der Entwicklung der mittleren Aufenthaltsdauer und der Entwicklung der Zeitdauer zwischen Eintritt und Hauptbehandlung analysiert. Eine Verkürzung sowohl der Aufenthaltsdauer als auch der Zeitdauer bis zur Behandlung kann als Effizienzsteigerung und damit als Qualitätsverbesserung interpretiert werden. Diese Annahme gilt allerdings nur unter der Voraussetzung, dass die Aufenthaltsdauer aus medizinischer Sicht nicht zu kurz ist. Geht eine kürzere Aufenthaltsdauer einher mit frühzeitigen Entlassungen, ist es nicht ausgeschlossen, dass eine längere Aufenthaltsdauer vorteilhafter wäre. Allerdings können auch kürzere Aufenthaltsdauern verbunden mit vermehrten

Wiedereintritten aus medizinischer Sicht sinnvoll sein. Der Indikator zur Aufenthaltsdauer ist daher im Zusammenhang mit den Indikatoren zur *Ergebnisqualität* zu interpretieren.

Auch für die Entwicklung der *Strukturqualität* stehen nur wenige Indikatoren zur Verfügung. Diese beziehen sich auf die personelle Ressourcenausstattung der Spitäler. Dazu gehört die Entwicklung des Personalschlüssels: z. B. Anzahl der vollzeitäquivalenten Ärztinnen und Ärzte pro 1000 Pfl egetage.

Die Mehrzahl der übrigen Indikatoren, die zur Untersuchung der Fragestellung bzw. zur Überprüfung der Hypothesen in diesem Modul herangezogen werden, lassen sich nicht überzeugend der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zuordnen. Sie sind aber wichtige Informationen für eine allgemeine Einschätzung zu den Entwicklungen in der Psychiatrieversorgung.

## 5.2.2 Indikatoren

Um die oben genannten Fragenstellung und Hypothesen zu untersuchen werden die folgenden Indikatoren verwendet.

### Ergebnisqualität

- Differenz zwischen Ein- und Austrittsmessung der Symptombelastung (Behandlungserfolg)
- Patientenzufriedenheit
- Wiedereintritte innerhalb von 18 Tagen (in Kombination mit der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer)
- Anteil Austritte ohne weiteren Behandlungsaufwand

### Prozessqualität

- Zeitdauer zwischen Eintritt und Hauptbehandlung
- (Durchschnittliche Aufenthaltsdauer)

### Strukturqualität

- Personelle Ressourcen: Vollzeitäquivalente pro 1000 Pfl egetage
- Freiheitsbeschränkende Massnahmen (in Kombination mit den personellen Ressourcen).
- Anteil der Patient/innen mit Psychopharmakotherapie (in Kombination mit den personellen Ressourcen)

### Allgemeine Merkmale der stationären Psychiatrieversorgung

#### Hospitalisierungsrate

- Standardisierte Fallzahlen nach Basis-PCG (APCG), je 1000 Einwohner/innen

#### Aufenthaltsdauer

- Durchschnittliche Aufenthaltsdauer
- Standardisierte Aufenthaltsdauer

#### Kodierverhalten

- Anteil der Fälle mit Nebendiagnose
- Anzahl Behandlungen pro Fall
- Day-Mix-Index (DMI)

#### Behandlungspfade

- Verlagerung: Aufenthalte nach Austritt

- Wiedereintritte innerhalb von 18 Tagen

#### Prozessanpassungen

- Entwicklung Belegungsgrad der Betten
- Konvergenz der Aufenthaltsdauer zum Median

#### Administrativer Aufwand

- Entwicklung Anteil Administrativpersonal am Gesamtpersonal

## 5.2.3 Datenaufbereitung

### *Aufenthaltsdauer: Abrechenbare Pfl egetage*

Vor der Einführung von TARPSY (2018) gab es keine gesamtschweizerisch einheitliche Definition der «abrechenbaren Pfl egetage» und die Psychiatrieaufenthalte wurden von Kanton zu Kanton unterschiedlich vergütet. Mit TARPSY kann nun die Anzahl der abrechenbaren Pfl egetage mit folgender Formel berechnet werden:

- Anzahl Pfl egetage für Fälle ohne Verlegung = Austrittsdatum - Eintrittsdatum - Urlaubstage + 1
- Anzahl Pfl egetage für Fälle mit Verlegung = Austrittsdatum - Eintrittsdatum - Urlaubstage

Als abrechenbare Pfl egetage gelten somit der Aufnahmetag und jeder weitere Tag des Spitalaufenthaltes inklusive des Entlassungstages, jedoch ohne den Verlegungstag. Ganze Urlaubstage zählen nicht zur Aufenthaltsdauer (SwissDRG, 2019). Die in diesem Bericht dargestellten Aufenthaltsdauern wurden gemäss der Definition der Pfl egetage nach TARPSY berechnet.

### *Abgrenzung der stationären Personalressourcen*

Bei der Analyse der Entwicklung der Vollzeitäquivalente des Personals besteht die Schwierigkeit, dass in der Krankenhausstatistik nicht zwischen ambulant und stationär tätigem Personal unterschieden werden kann. Für die Evaluation zur Einführung von TARPSY sind jedoch in erster Linie die im stationären Bereich tätigen Personalressourcen relevant. Um dieser Problematik Rechnung zu tragen, wurde die Verteilung der Personalkosten (ambulant vs. stationär) analysiert und der Anteil der stationären Personalkosten als Proxy für die Schätzung der stationären Personalressourcen verwendet. Konkret wurden in der Krankenhausstatistik anhand der Kostenträgerrechnung der Finanz- und Betriebsdaten die Kosten für Ärzteschaft und Pfl ege für den stationären Bereich pro Jahr ermittelt und jeweils für beide Berufsgruppen ins Verhältnis zu den Gesamtkosten über alle Bereiche (ambulant + stationär + Langzeit) gesetzt. Dieser Anteil wurde dann als Schätzwert für die rein stationären Personalressourcen verwendet. Dieses Vorgehen ist allerdings nur für die übergeordneten Berufsgruppen «Ärztenschaft» und «Pfl ege» möglich. Die Berufsgruppe «medizinisch-therapeutisches Personal» wird in der Kostenträgerrechnung der Krankenhausstatistik nicht separat ausgewiesen. Der Anteil des stationär tätigen medizinisch-



therapeutischen Personals wurde daher über den Anteil der Ärzteschaft geschätzt.

Das beschriebene Vorgehen erlaubt zwar eine Abgrenzung der Personalressourcen zwischen stationärem und ambulatem Leistungsbereich. Die darauf aufbauenden Analysen zur Entwicklung der Personalressourcen im stationären Bereich sind jedoch mit entsprechender Vorsicht zu interpretieren, da die Abgrenzung der stationären Personalressourcen nur indirekt über die Kostenzuordnung möglich ist. Aus diesem Grund werden in den Auswertungen zusätzlich die Ergebnisse für den gesamten psychiatrischen Spitalsbereich dargestellt und, sofern die Ergebnisse von den Auswertungen mit den auf den stationären Bereich beschränkten Personalressourcen abweichen, entsprechend kommentiert.

### Abgrenzung des psychiatrischen Personals

Für die Analyse der Personalressourcen wurden nur die Vollzeit-äquivalente berücksichtigt, die in der Krankenhausstatistik der Hauptleistungsstelle M500 Psychiatrie zugeordnet sind und am 31.12. in einem Beschäftigungsverhältnis standen.

Für das administrative Personal war eine solche Abgrenzung nicht möglich, da es in der Regel keiner medizinischen Leistungsstelle zugeordnet ist. Daher wurde das gesamte administrative Personal der Spitäler und Kliniken, die im Versorgungsbereich Psychiatrie tätig sind, in die Analysen zum administrativen Aufwand einbezogen. Um zu überprüfen, inwieweit diese Auswertung für die Psychiatrie aussagekräftig ist, wurde die gleiche Analyse zusätzlich nur für die Betriebe durchgeführt, die ausschliesslich in der Psychiatrie tätig sind (also keine akutsomatischen oder rehabilitativen Fälle behandeln). Diese Betriebe behandeln rund drei Viertel aller stationären Psychiatriepatienten und -patientinnen.

## 5.3 Allgemeine Entwicklungen in der stationären Psychiatrie

Bevor auf die eigentliche Frage nach der Entwicklung der Qualität der Versorgung eingegangen wird, ist in diesem Abschnitt die Entwicklung allgemeiner Merkmale der stationären psychiatrischen Versorgung dargestellt, darunter die Anzahl der psychiatrischen Hospitalisierungen, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer, die Kodierung von Nebendiagnosen und der Fallschwere (Day-Mix-Index) sowie die Folgebehandlungen. Diese Informationen bilden die Grundlage für die Interpretation der Ergebnisse sowohl der Qualitäts- als auch der Kosten- und Finanzierungsindikatoren sowie für eine allgemeine Beurteilung der Entwicklungen in der psychiatrischen Versorgung in den letzten zehn Jahren.

### 5.3.1 Entwicklung der Hospitalisierungsrate

Gemäss der Konzeptstudie des Büro BASS (Morger et al., 2018) führt die Einführung eines gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifsystems zu einer Vereinheitlichung der Anreize, was

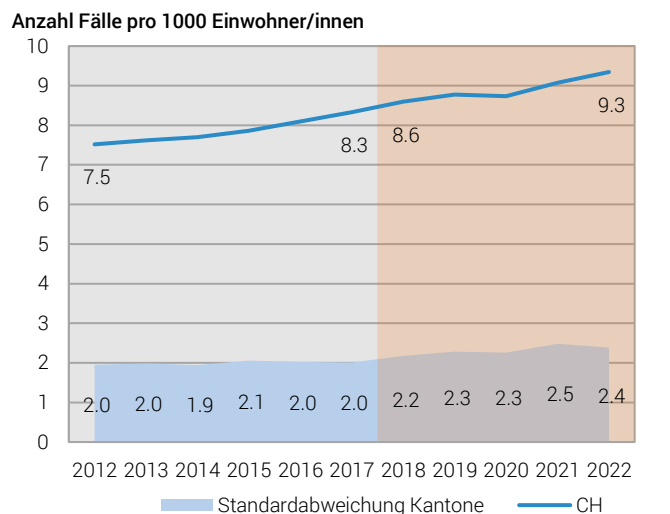
theoretisch wiederum zu einer Angleichung der Hospitalisierungsraten zwischen den Kantonen führen kann. Je nach kantonalen Ausgangslage führt das zu einer Angleichung der Hospitalisierungsraten nach unten oder nach oben.

### Standardisierte Fallzahlen

Für die Analyse der Fallzahlen im Zeitverlauf wurde die alters- und geschlechtsstandardisierte Hospitalisierungsrate berechnet (G 5.1). Zwischen 2012 und 2022 ist die Hospitalisierungsrate in der Psychiatrie kontinuierlich angestiegen, mit Ausnahme des Jahres 2020, in dem sie stagnierte (vermutlich aufgrund des Lockdowns während der COVID-19-Pandemie; vgl. Schuler, et al., 2022). Die durchschnittliche jährliche Wachstumsrate unterscheidet sich vor und nach der Einführung von TARPSY geringfügig. Sie beträgt 2,1% für den Zeitraum 2012 – 2017 und 2,3% für den Zeitraum 2018 – 2022.

Die Entwicklung der Hospitalisierungsraten ist von Kanton zu Kanton sehr unterschiedlich. So sind die Hospitalisierungsraten in den Westschweizer Kantonen stabil oder sogar rückläufig (mit Ausnahme des Kantons Neuenburg), während sie in der übrigen Schweiz mehrheitlich ansteigen. Betrachtet man die Variabilität zwischen den Kantonen über die Zeit (gemessen an der Standardabweichung), so zeigt sich insbesondere für die Zeit nach der Einführung von TARPSY eine Tendenz zur Zunahme (G 5.1). Dies steht der Annahme, dass ein einheitliches Tarifsystem zu einer Angleichung der Raten führen sollte, entgegen. Insgesamt gibt es keine Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen der Einführung von TARPSY und der Entwicklung der Hospitalisierungsrate auf gesamtschweizerischer Ebene, und die Entwicklungen auf kantonaler Ebene dürften eher mit der jeweiligen Organisation der Versorgungsstrukturen (ambulant, intermediär und stationär) zusammenhängen.

G 5.1 Kantonale Varianz der standardisierten Hospitalisierungsrate in der Psychiatrie, 2012–2022



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)

© Obsan 2024

### 5.3.2 Entwicklung der Aufenthaltsdauer

Die im Rahmen von TARPSY eingeführten degressiven Tagespauschalen führen zu neuen Anreizstrukturen im Bereich der stationären Psychiatrie. Im Gegensatz zu den in der Akutsomatik eingeführten Fallpauschalen setzen die Tagespauschalen von TARPSY jedoch keinen Anreiz zur Verkürzung der Aufenthaltsdauer, da auch längere Aufenthalte im Durchschnitt kostendeckend vergütet werden. Für Leistungserbringer, die vor der Einführung von TARPSY noch nicht mit degressiven Tagespauschalen abgerechnet haben, entfällt jedoch ein bisher bestehender Anreiz zur Verlängerung der Aufenthaltsdauer, die Aufenthalte können in diesen Fällen kürzer werden. D.h. es wird erwartet, dass durch die Einführung von TARPSY die durchschnittliche Aufenthaltsdauer sinkt, aber die Anreize zur Verkürzung der Aufenthaltsdauer weniger ausgeprägt sind als in der Akutsomatik. Eine Verkürzung der Aufenthaltsdauer könnte einerseits zu Verschiebungen im Bereich der Nachsorge und andererseits zu verfrühten Entlassungen führen, was wiederum einen Anstieg der Wiedereintritte zur Folge haben könnte. Zum Zusammenhang zwischen Aufenthaltsdauer und Wiedereintritten siehe «Aufenthaltsdauer bei Wiedereintritt» in Abschnitt 5.4.1.

Gemäss der Konzeptstudie des Büro BASS (Morger et al., 2018) ist zu erwarten, dass die Einführung eines gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifsystems zu einer Vereinheitlichung der Anreize führt und sich somit die kantonalen Aufenthaltsdauern über die Zeit angleichen sollten. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass regionale Unterschiede in der Versorgungsorganisation, insbesondere das Vorhandensein von intermediären Strukturen wie Tageskliniken, einen Einfluss auf die Aufenthaltsdauer haben.

#### Standardisierte Aufenthaltsdauer

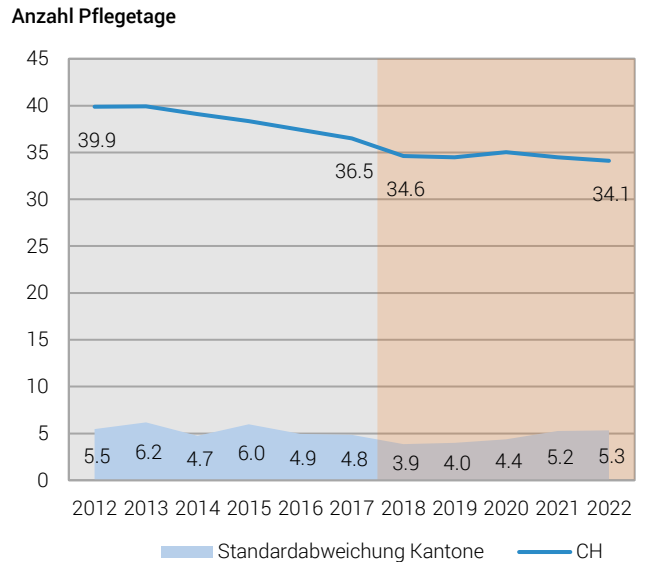
Um die Aufenthaltsdauer im Zeitverlauf zu analysieren, wurde die alters- und geschlechtsstandardisierte Aufenthaltsdauer berechnet. Die mittlere Aufenthaltsdauer betrug im Jahr 2012 39,9 Pflgetage und sinkt über den gesamten Zeitraum kontinuierlich um durchschnittlich -1,6 % pro Jahr auf 34,1 Pflgetage im Jahr 2022. Vor der Einführung von TARPSY ist der Rückgang mit -1,8 % pro Jahr etwas stärker ausgeprägt als nach der Einführung von TARPSY mit -1,3 % pro Jahr (G 5.2).

Insgesamt scheint die interkantonale Variabilität der mittleren Aufenthaltsdauer in den Jahren vor der Einführung von TARPSY höher zu sein als danach. Vor TARPSY lagen die Standardabweichungen zwischen 4,7 und 6,2, danach zwischen 3,9 und 5,3. Seit der Einführung ist die Tendenz jedoch steigend: Im Einführungsjahr 2018 war die interkantonale Variabilität am tiefsten und steigt seither kontinuierlich an.

Die Ergebnisse zeigen eine gewisse Ambivalenz. Einerseits hat sich die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in den Kantonen dem schweizerischen Mittelwert angenähert, insbesondere wenn man die durchschnittliche Variabilität für die Zeit vor und nach TARPSY vergleicht. Andererseits ist seit 2018 eine kontinuierliche Zunahme der interkantonalen Variabilität zu beobachten, was

wiederum gegen eine Annäherung an den schweizerischen Mittelwert spricht.

**G 5.2 Kantonale Varianz der standardisierten Aufenthaltsdauer, 2012–2022**



Anmerkung: Die Kantone AI und AR wurden von der Berechnung der Standardabweichung für das Jahr 2018 ausgeschlossen, da sie im Jahr 2018 aussergewöhnlich hohe durchschnittliche Aufenthaltsdauern aufwiesen.

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)  
© Obsan 2024

#### Aufenthaltsdauer nach Kostengruppe

Grafik G 5.3 zeigt die Aufenthaltsdauer für die vier Kostengruppen (Basis-PCG) mit den höchsten Fallzahlen. In drei der Gruppen ist der Rückgang der Aufenthaltsdauer vor der Einführung von TARPSY stärker als danach: -3,4% vs. -0,9% für die Gruppe «Schizophrenie, schizotype oder wahnhaftige Störungen» (TP25), -1,7% vs. -1,0% für «Depressive oder bipolar depressive Störungen» (TP27) und -2,3 % vs. -0,5 % für «Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen.» (TP29). Ein anderes Bild zeigt sich in der Gruppe «Psychische oder Verhaltensstörungen durch Alkohol, andere Drogen oder andere Substanzen» (TP21), wo die Aufenthaltsdauer zwischen 2012 und 2017 mit -0,5% pro Jahr weniger stark abnimmt als im Zeitraum 2018 – 2022 mit -1,8 %.

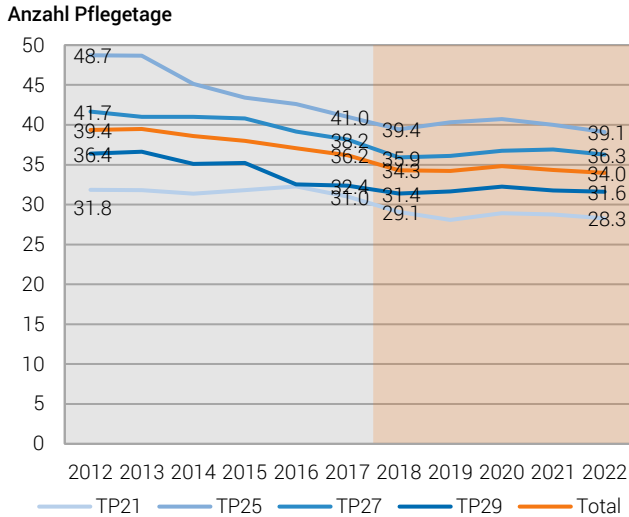
Bei den in der Grafik nicht dargestellten Gruppen sind folgende Entwicklungen zu beobachten: Die Gruppen «Störungen bei Demenz oder andere organische Störungen des ZNS» (T24) und «Manische Störungen» (T26) zeigen mehrheitlich einen stetigen Rückgang der Aufenthaltsdauer, ohne klare Unterschiede zwischen der Periode vor und nach TARPSY. In der Gruppe «Neurotische-, Belastungs- oder somatoforme Störungen» (T28) nimmt die Aufenthaltsdauer vor der Einführung von TARPSY ab und danach zu (-1,2% gegenüber +0,8% im Jahresdurchschnitt).

Die Gruppe «Neurotische-, Belastungs- oder somatoforme Störungen» (T28) weist insgesamt eine rückläufige Tendenz bei der Aufenthaltsdauer auf, wobei der Rückgang vor allem in der Zeit vor der Einführung von TARPSY zu beobachten ist und sich danach stabilisiert. Die Gruppe «Psychiatrische oder psychosomatische Behandlung ohne psychiatrische oder psychosomatische Hauptdiagnose» (TP70) weist kleinere Fallzahlen auf, was dazu führt, dass die Aufenthaltsdauer von Jahr zu Jahr stärker schwankt und somit kein eindeutiger Trend erkennbar ist.

Auffällig ist, dass sich der Rückgang der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer nach Einführung von TARPSY etwas abzuflachen scheint. Dies ist insofern bemerkenswert, als mit der neuen Tarifstruktur, eher eine Verstärkung des Trends zur Verkürzung der Aufenthaltsdauer erwartet wurde, da die finanziellen Anreize zur Verlängerung der Aufenthaltsdauer weggefallen sind.

Die Meinungen der Expertinnen und Experten über die Rolle von TARPSY bei der Verkürzung der Aufenthaltsdauer waren geteilt. Einige waren der Ansicht, dass andere Faktoren, wie die Notwendigkeit, Betten so schnell wie möglich freizugeben und das Vorhandensein von ambulanten und tagesklinischen Nachsorgeangeboten, einen stärkeren Einfluss haben. Andere argumentierten, dass die Einführung von TARPSY von den Leistungserbringern vorbereitet/antizipiert wurde. So habe sich die Aufenthaltsdauer bereits vor der offiziellen Einführung von TARPSY verkürzt.

**G 5.3 Durchschnittliche Aufenthaltsdauer, nach Kostengruppen (Basis-PCG), 2012–2022**



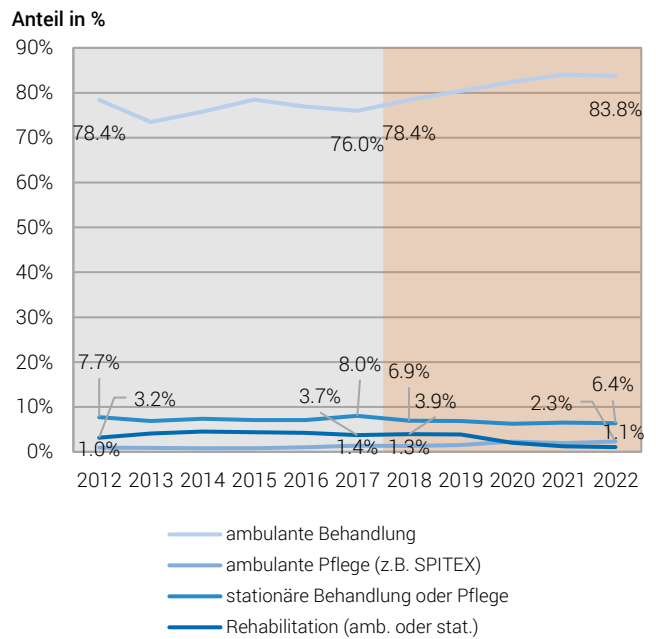
Anmerkung: Die Jahre 2019 – 2022 wurden mit der für das jeweilige Jahr gültigen Abrechnungsversion gruppiert: 2019 – 2020 mit TARPSY 2.0, 2021 mit TARPSY 3.0 und 2022 mit TARPSY 4.0. Um einen möglichst aussagekräftigen Zeitvergleich zu ermöglichen, wurden die Jahre 2012 – 2018 ebenfalls mit TARPSY 2.0 gruppiert. In der Grafik sind neben dem Total die vier Kostengruppen mit den höchsten Fallzahlen dargestellt. TP21: Psychische oder Verhaltensstörungen durch Alkohol, andere Drogen oder andere Substanzen; TP25: Schizophrenie, schizotype oder wahnhaftige Störungen; TP27: Depressive oder bipolar depressive Störungen; TP29: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen.

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS) © Obsan 2024

**5.3.3 Entwicklungen in der Nachbehandlung**

In den meisten Fällen (rund vier Fünftel) schliesst sich an einen stationären Aufenthalt eine ambulante Behandlung an. Der Anteil der ambulanten Nachbehandlungen ist zwischen 2012 und 2017 weniger stark gestiegen als im Zeitraum 2018 – 2022 (- 0,6% gegenüber + 2,0% durchschnittliches jährliches Wachstum (G 5.4). Obwohl die ambulante Pflege (z. B. Spitex) im Anschluss an einen Spitalaufenthalt deutlich weniger in Anspruch genommen wird als die ambulante Behandlung (je nach Jahr zwischen 0,8% und 2,3%), wächst auch sie nach der Einführung von TARPSY anteilmässig stärker als vor der Einführung. Von 2012 bis 2017 beträgt das jährliche Wachstum durchschnittlich 7,5% und für die Periode 2018 – 2022 10,2%. Stationäre Behandlung oder Pflege sowie Rehabilitation (ambulant oder stationär) werden dagegen seit der Einführung von TARPSY seltener als Nachsorge in Anspruch genommen.

**G 5.4 Behandlung nach Austritt, 2012–2022**



Quelle: BFS – Krankenhausstatistik (KS) & Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS) © Obsan 2024

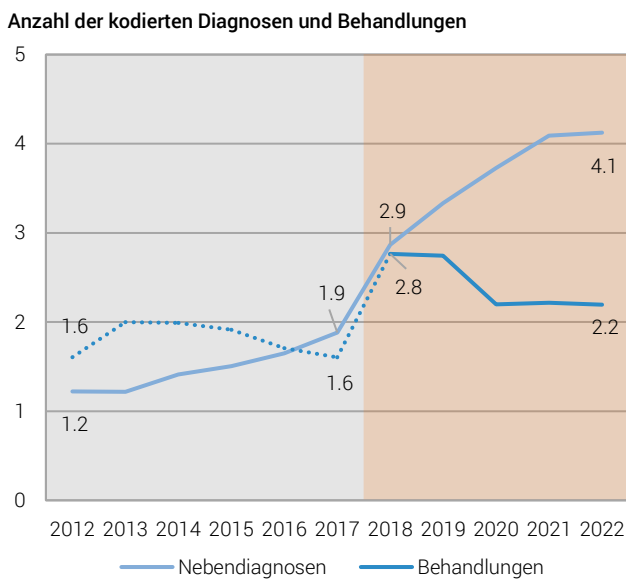
**5.3.4 Entwicklung des Kodierverhaltens**

Mit der Einführung von leistungsbezogenen Tagespauschalen, den PCG, wird die Kodierung von Fallinformationen wie Diagnosen und Behandlungen vergütungsrelevant. Dadurch entstehen Anreize für eine genauere Fallkodierung oder allenfalls für ungegerechtfertigte Höherkodierungen (Up-Coding). In der Konzeptstudie des Büro BASS (Morger et al., 2018) wird daher die folgende Hypothese aufgestellt: Die Einführung von TARPSY führt zu Verschiebungen hin zu gut abgegoltenen Leistungen (Up-Coding) (H. 8).

### Nebendiagnosen & Behandlungen

Die Anzahl der kodierten Nebendiagnosen nimmt im Laufe der Zeit deutlich zu, mit einem sprunghaften Anstieg zwischen 2017 und 2018 (G 5.5). Die durchschnittliche Anzahl der kodierten Nebendiagnosen steigt von 1,2 im Jahr 2012 auf 4,1 im Jahr 2022, was einem durchschnittlichen jährlichen Wachstum von 12,9% entspricht. Der Anstieg für den Zeitraum 2018 – 2022 ist deutlich ausgeprägter als vor der Einführung von TARPSY 2012 – 2017: durchschnittlich 17,0% pro Jahr gegenüber 9,0%. Dieses Ergebnis war zu erwarten und spricht in erster Linie für eine genauere Dokumentation und verbesserte Transparenz.

**G 5.5 Nebendiagnosen und Behandlungen pro Fall, 2012–2022**



Anmerkung: Bei der Interpretation der Behandlungen für den Zeitraum 2012 – 2017 ist Vorsicht geboten, da in diesem Zeitraum für eine beträchtliche Anzahl von Fällen keine Behandlung kodiert wurde (32% bis 46% der Fälle).

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)  
© Obsan 2024

Wie die Anzahl der kodierten Nebendiagnosen nimmt auch die Anzahl der kodierten Behandlungen im Laufe der Zeit zu (G 5.5). Zwischen 2012 und 2017 wurden jedes Jahr ähnlich viele Behandlungen kodiert. Zwischen 2017 und 2018/2019 ist ein starker Anstieg zu verzeichnen, gefolgt von einem Rückgang im Jahr 2020 und einer Stabilisierung auf diesem Niveau. Der Anteil der Fälle ohne kodierte Behandlung betrug dabei in der Periode 2012 – 2017 zwischen 32% und 46%, in der Periode 2018 – 2022 waren es lediglich noch zwischen 12% und 15% der Fälle.

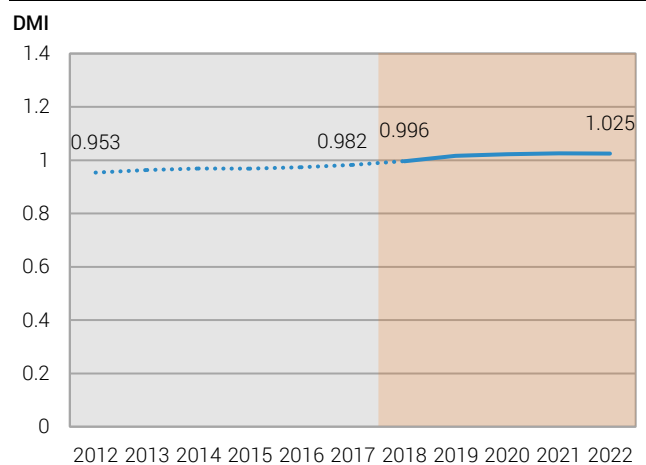
### Day-Mix-Index

Der Day-Mix-Index (DMI) ist ein Indikator für die durchschnittliche Fallschwere. Er wird berechnet, indem die Summe der effektiven

Kostengewichte aller Fälle durch die Anzahl der Fälle dividiert wird. Wenn dieser Index auf nationaler Ebene im Laufe der Zeit ansteigt, deutet dies darauf hin, dass die durchschnittliche Fallschwere gestiegen ist. Ein Anstieg des DMI kann auch auf eine allgemeine Veränderung der Morbidität der Bevölkerung oder auf eine Veränderung der Behandlungspraxis (z. B. Verlagerung leichter Fälle in den ambulanten Bereich) sowie auf eine Zunahme der Kodierung von vergütungsrelevanten Prozeduren und Diagnosen zurückzuführen sein. Darüber hinaus besteht das Problem, dass vor der Einführung von TARPSY bestimmte Variablen, die für die Bestimmung der Kostengewichte massgeblich sind, in der Medizinischen Statistik noch nicht systematisch erhoben wurden (vgl. Abschnitt «Gruppierung in psychiatrische Kostengruppen (PCG)» im allgemeinen Methodenkapitel). Daher muss davon ausgegangen werden, dass die hier berechneten Kostengewichte bzw. der DMI vor 2018 unterschätzt werden. Dies erschwert die Interpretation des Indikators erheblich.

Aufgrund der oben genannten Schwierigkeiten sollte die Entwicklung des DMI erst ab 2018 interpretiert werden; streng genommen erst ab 2019, da TARPSY in der Kinder- und Jugendpsychiatrie erst zu diesem Zeitpunkt offiziell eingeführt wurde. In der Periode 2018 bzw. 2019 bis 2022 steigt der DMI um durchschnittlich 0,7% bzw. 0,3% pro Jahr (G 5.6).

**G 5.6 Entwicklung Day-Mix-Index (DMI), 2012–2022**



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)  
© Obsan 2024

### 5.3.5 Entwicklungen bei den Behandlungsprozessen

Aufgrund des unter anderem durch das Benchmarking im Rahmen von TARPSY gestiegenen Kostendrucks (vgl. Abschnitt 4.8 auf Seite 33) stellt sich die Frage, welche Reaktionen die Einführung von TARPSY hinsichtlich der Effizienz bei den Spitälern hervorruft. Eine mögliche Konsequenz ist, dass die Spitäler noch stärker bestrebt sind, ihre Auslastung zu erhöhen, die Personalstruktur sowie die Behandlungsprozesse zu optimieren. Somit lassen sich gemäss der Konzeptstudie des Büro BASS (Morger et

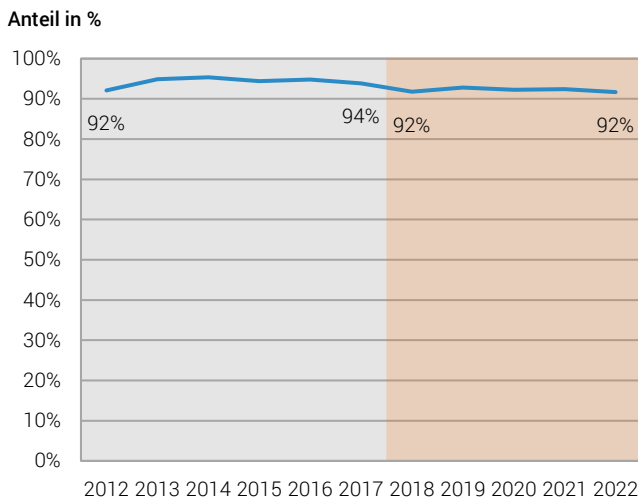
al., 2018) die folgenden Hypothesen ableiten: Die Auslastung der Spitäler erhöht sich (H. 9); Die Personalstruktur wird optimiert, was zu einer potenziellen Verschlechterung des Personalschlüssels («Betreuungsverhältnisse») führt (H. 10); Die Aufenthaltsdauer in ineffizienten Spitälern/Kliniken (solche, die nach Berücksichtigung der Fallschwere überdurchschnittliche hohe Aufenthaltsdauern aufweisen) sinkt (H.11)

### Entwicklung Belegungsgrad der Betten

Die Zahlen zur Bettenauslastung lassen nicht auf eine Erhöhung der Auslastung der Spitäler schliessen (G 5.7). Der Indikator liegt über den gesamten Untersuchungszeitraum relativ stabil zwischen 92% und 94%. Die Hypothese «Die Auslastung der Spitäler erhöht sich» (H.9) wird somit nicht gestützt.

Nach Ansicht der Expertinnen und Experten wird die Bettenbelegung als weitgehend ausgelastet angesehen, wobei Werte zwischen 92% und 94% als üblich gelten. Es wird auch darauf hingewiesen, dass die Bettenauslastung je nach Art der Einrichtung und regionalen Gegebenheiten variieren kann. In einigen Fällen wird eine Bettenauslastung von nahezu 100 % als wünschenswert angesehen, während in anderen Fällen eine gewisse Leerstandsquote als notwendig erachtet wird (Notfallbehandlungen vs. planbare Behandlungen). Insgesamt besteht Einigkeit darüber, dass der Druck auf die psychiatrische Versorgung seit Jahren und unabhängig von TARPSY hoch ist und dass die Bettenauslastung ein wichtiger Indikator für die Kapazitätsplanung ist.

### G 5.7 Belegungsgrad der Betten, 2012–2022



Anmerkung: Die Bettenauslastung ergibt sich aus der Division der Summe der Pflgetage (MS) durch die Anzahl der Betriebsbettentage (KS).

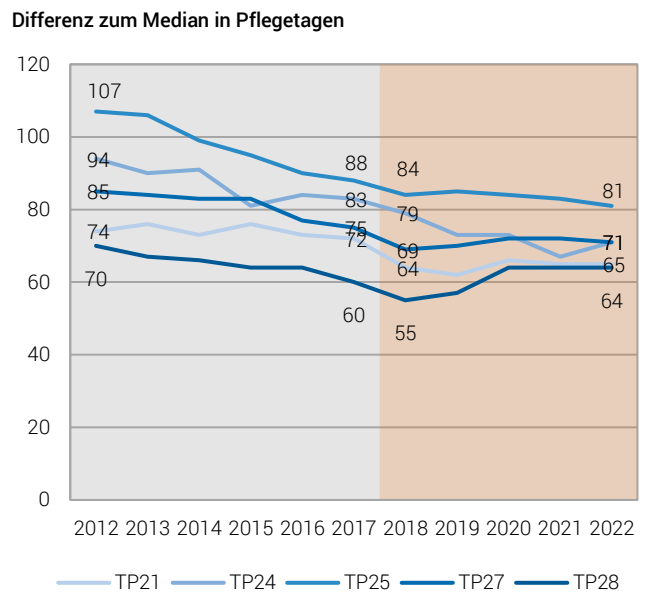
Quelle: BFS – Krankenhausstatistik (KS) & Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS) © Obsan 2024

### Konvergenz der Aufenthaltsdauer

Um zu untersuchen, inwieweit die Aufenthaltsdauer in Spitälern und Kliniken, welche eine überdurchschnittliche Aufenthaltsdauer aufweisen, abnimmt, wird analysiert, ob eine Konvergenz zwischen dem Median und dem 90%-Perzentil der Anzahl Pflgetage besteht. D.h. es wird untersucht, ob sich im Zeitverlauf die Differenz zwischen dem Median und dem 90%-Perzentil verringert.

Für fast alle Basis-PCG ist über den gesamten Beobachtungszeitraum eine stetige Konvergenz zu beobachten (G 5.8). Die einzige Ausnahme bildet die Gruppe «Psychiatrische oder psychosomatische Behandlung ohne psychiatrische oder psychosomatische Hauptdiagnose» (TP70), bei der die Aufenthaltsdauer über die Jahre schwankt. Es handelt sich jedoch um eine sehr kleine Gruppe, die im Jahr 2022 nur etwa 0,3% aller Fälle in der Psychiatrie ausmacht. Die deutlichste Konvergenz ist bei den «Störungen bei Demenz oder anderen organischen Störungen des ZNS» (TP24) zu verzeichnen, wo sich das 90%-Perzentil um durchschnittlich 2,8% pro Jahr dem Median annähert.

### G 5.8 Konvergenz zwischen 90%-Perzentil und Median der Aufenthaltsdauer, 2012–2022



Anmerkung: Die Jahre 2019 – 2022 wurden mit der für das jeweilige Jahr gültigen Abrechnungsversion gruppiert: 2019 – 2020 mit TARPSY 2.0, 2021 mit TARPSY 3.0 und 2022 mit TARPSY 4.0. Um einen möglichst aussagekräftigen Zeitvergleich zu ermöglichen, wurden die Jahre 2012 – 2018 ebenfalls mit TARPSY 2.0 gruppiert. In der Grafik sind die 5 Kostengruppen mit den höchsten Fallzahlen dargestellt. TP21: Psychiatrische oder Verhaltensstörungen durch Alkohol, andere Drogen oder andere Substanzen; TP24: Störungen bei Demenz oder anderen organischen Störungen des ZNS; TP25: Schizophrenie, schizotype oder wahnhaftige Störungen; TP27: Depressive oder bipolar depressive Störungen; TP28: Neurotische-, Belastungs- oder somatoforme Störungen.

Quelle: BFS – Krankenhausstatistik (KS) & Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS) © Obsan 2024



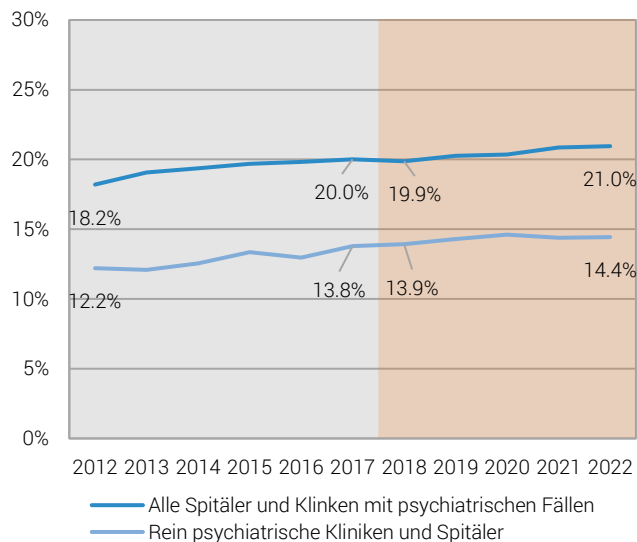
Hinsichtlich der Frage, ob die beobachteten Konvergenzen in einem zeitlichen Zusammenhang mit der Einführung von TARPSY stehen, ergibt sich für die einzelnen Basis-PCG ein unterschiedliches Bild. Für die Gruppen «Psychische oder Verhaltensstörungen durch Alkohol, andere Drogen oder andere Substanzen» (TP21), «Störungen bei Demenz oder andere organische Störungen des ZNS» (TP24) und «Manische Störungen» (TP26) (in Grafik nicht gezeigt) ist die Konvergenz für den Zeitraum 2012 – 2017 weniger stark ausgeprägt als für den Zeitraum 2018 – 2022. Für die übrigen Gruppen ist die Konvergenz nach der Einführung von TARPSY ähnlich oder schwächer ausgeprägt als für den Zeitraum davor. Die Hypothese, dass die Aufenthaltsdauer in Spitälern und Kliniken mit längeren Aufenthaltsdauern abnimmt (H.11), kann somit nur teilweise bestätigt werden, da die beobachtete Konvergenz nur in bestimmten Basis-PCG zeitlich mit TARPSY in Verbindung gebracht werden kann.

### 5.3.6 Entwicklung des administrativen Aufwands

Sofern die Einführung von TARPSY zu einer Erhöhung des administrativen Aufwands führt, sollte sich dies in den Personaldaten der Spitälern und Kliniken niederschlagen, indem z. B. mehr Personal für die Kodierung eingesetzt wird. Gemäss der Konzeptstudie des Büro BASS (Morger et al., 2018) dürfte sich somit der Anteil des administrativen Personals am Gesamtpersonal erhöhen (H. 12).

#### G 5.9 Administratives Personal, 2012–2022

Anteil am Gesamtpersonal



Anmerkung: Unter Gesamtpersonal ist die Summe der Vollzeitäquivalente der Berufsgruppen der Ärzte, des Pflegepersonals, des medizinisch-therapeutischen Personals und des administrativen Personals zu verstehen. Es wurden alle VZÄ berücksichtigt, unabhängig davon, welcher Hauptleistungsstelle (HLST) das Personal in der KS zugeordnet wurde.

Quelle: BFS – Krankenhausstatistik (KS) & Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS) © Obsan 2024

Im Zeitraum 2012 bis 2022 steigt der Anteil des administrativen Personals bei Spitälern und Kliniken mit psychiatrischen Fällen um durchschnittlich 1,4% pro Jahr (G 5.9). Der Anteil steigt von 18,2% auf 21,0%. Der Anstieg vor TARPSY (2012 – 2017) ist mit durchschnittlich 1,9% pro Jahr stärker ausgeprägt als der Anstieg nach der Einführung von TARPSY (2018 – 2022) mit 0,9% pro Jahr. In den rein psychiatrischen Kliniken und Spitälern ist eine ähnliche Entwicklung zu beobachten. Über den gesamten Zeitraum steigt der Anteil des administrativen Personals um durchschnittlich 1,7% pro Jahr bei einem durchschnittlichen jährlichen Wachstum von 2,5% für den Zeitraum 2012 – 2017 und von 0,9% für den Zeitraum 2018 – 2022.

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu beachten, dass bei Kliniken und Spitälern, die neben der Psychiatrie auch Leistungen in anderen Bereichen wie Akutsomatik oder Rehabilitation erbringen, eine Zuordnung des Verwaltungspersonals zur Psychiatrie nicht möglich ist. Etwa ein Viertel aller psychiatrischen Fälle wird in solchen Betrieben behandelt. Da jedoch die Ergebnisse für die rein psychiatrischen Kliniken und Spitälern, d.h. die Betriebe, in denen ausschliesslich psychiatrische Fälle behandelt werden, in die gleiche Richtung weisen wie die Ergebnisse für alle Kliniken und Spitälern mit psychiatrischen Fällen, erscheint eine Interpretation im Hinblick auf die Einführung von TARPSY dennoch möglich.

## 5.4 Entwicklung der Versorgungsqualität

Es wird erwartet, dass die Einführung von TARPSY im Wesentlichen zu mehr Transparenz und Vergleichbarkeit führt. Dies kann im Idealfall auch Impulse auf der Qualitätsebene geben. Umgekehrt kann ein zu hoher Kostendruck zu Qualitätseinbussen führen.

Im Folgenden wird der Schwerpunkt auf die Analyse der zeitlichen Entwicklung der Indikatoren zur Ergebnisqualität gelegt. Dabei handelt es sich um die Differenz zwischen Eintritts- und Austrittsmessung der *Symptombelastung (Behandlungserfolg)*, die durchschnittliche *Patientenzufriedenheit*, den Anteil der *Wiedereintritte* innerhalb von 18 Tagen und den Anteil der *Austritte ohne weiteren Behandlungsaufwand*.

Bei der Prozessqualität wird die Entwicklung der Dauer zwischen Eintritt und Hauptbehandlung analysiert. Bei der Strukturqualität wird die Entwicklung des Personalschlüssels, operationalisiert durch die Vollzeitäquivalente pro 1000 Pflgetage nach Berufsgruppen, sowie die freiheitsbeschränkenden Massnahmen und der Anteil der Patientinnen und Patienten mit Psychopharmakotherapie untersucht, die beiden letzteren Indikatoren jeweils im Kontext der personellen Ressourcen.

### 5.4.1 Ergebnisqualität

#### Symptombelastung (ANQ-Messung)

Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken ANQ erhebt jährlich die Symptombelastung der

Patientinnen und Patienten bei Ein- und Austritt in allen psychiatrischen Kliniken der Schweiz und seit 2020 auch im Fürstentum Liechtenstein. Daraus ergibt sich ein Differenzwert, der die Veränderung der Symptombelastung abbildet. Ein höherer Differenzwert weist auf eine höhere Wirksamkeit der Behandlung hin. In der Erwachsenenpsychiatrie wird die Symptombelastung mit der Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS) gemessen, einem Fremdbeurteilungsinstrument, mit dem die fallführende Fachperson die Symptome anhand von 12 Items beurteilt. Zusätzlich zur HoNOS wird die Brief Symptom Checklist (BSCL) verwendet, um die subjektiv empfundene Beeinträchtigung der Patientinnen und Patienten mittels Selbstbeurteilung zu erfassen. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgt die Fremdbeurteilung mittels Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA) und die Selbstbeurteilung mittels Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents Self Rating (HoNOSCA-SR).<sup>10</sup>

Es ist zu beachten, dass die Messungen des ANQ nicht explizit darauf abzielen, Qualitätsveränderungen im Zeitvergleich zu messen. Vielmehr soll durch einheitliche Qualitätsdaten Transparenz über die Ergebnisqualität auf Stufe Spital/Klinik geschaffen werden. Aus diesem Grund sind die auf der Basis der ANQ-Messungen berechneten Indikatoren in diesem Bericht mit entsprechender Vorsicht zu interpretieren.

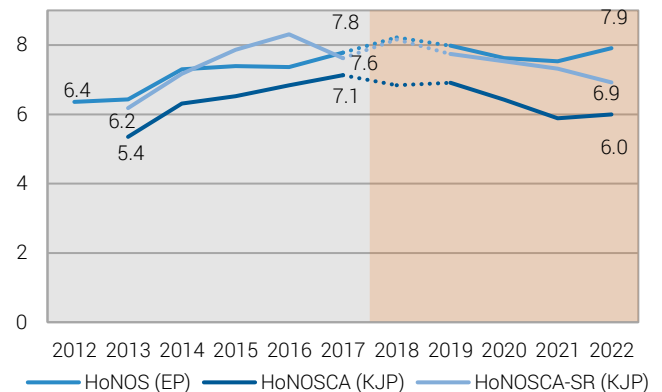
In der Erwachsenenpsychiatrie ist bei den HoNOS-Messungen zwischen 2012 und 2017 eine Zunahme der Differenz zwischen Ein- und Austrittsmessung zu beobachten (G 5.10 und G 5.11). Eine Zunahme der Differenzwerte kann als Verbesserung des Behandlungserfolges und damit als Verbesserung der Ergebnisqualität interpretiert werden. Die jährlichen Werte steigen in diesem Zeitraum um durchschnittlich 4,1%. Für den Zeitraum 2018 – 2022 ist dagegen nur noch ein leichter Anstieg von durchschnittlich 0,3% pro Jahr zu beobachten.

Interpretiert man die Entwicklung der Differenzwerte als Qualitätsindikator für den Behandlungserfolg, so ergibt sich für die Erwachsenenpsychiatrie ein Hinweis auf eine mögliche Stagnation der Ergebnisqualität seit Einführung von TARPSY. Es muss an dieser Stelle aber darauf hingewiesen werden, dass die Symptombelastung bei Eintritt in den Jahren 2018 – 2022 im Durchschnitt höher war als 2014 bis 2017 (HoNOS: 18,6–19,2 vs. 17,6 – 18,2; BSCL: 69,9 – 70,2 vs. 68,4 – 69,9). Dies bedeutet, dass seit der Einführung von TARPSY tendenziell stärker belastete Fälle in die Psychiatrie eintreten, was sich wiederum auf den Behandlungserfolg auswirken könnte. Bei den Austrittswerten zeigt sich dasselbe Muster, wobei der Unterschied zwischen den beiden Zeiträumen noch etwas ausgeprägter ist. D.h. in der Periode 2014 – 2017 waren die Patientinnen und Patienten bei Austritt im Durchschnitt weniger belastet als in der Periode 2018 – 2022. Insgesamt zeigt sich jedoch sowohl bei den Eintritts- als auch bei den Austrittswerten der HoNOS- und BSCL-Messung ein relativ stabiler Verlauf über die Zeit (G 5.11).

<sup>10</sup> Vgl. Messmanual Stationäre Erwachsenenpsychiatrie ([https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2022/01/ANQ\\_PSY\\_EP\\_Manual.pdf](https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2022/01/ANQ_PSY_EP_Manual.pdf)) bzw. Messmanual

### G 5.10 Symptombelastung HoNOS, 2012–2022

Differenz zwischen Ein- und Austrittsmessung



Anmerkung: EP = Erwachsenenpsychiatrie; KJP = Kinder- und Jugendpsychiatrie.

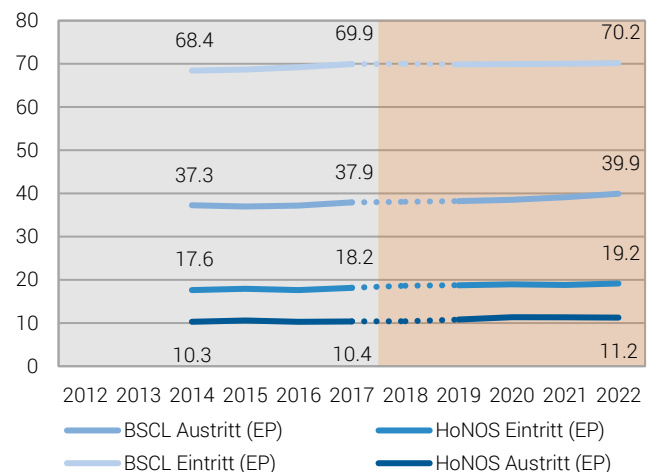
Bei der Interpretation ist zu beachten, dass die Austritte aus der KJP nur ca. 5% aller Austritte aus der Psychiatrie insgesamt ausmachen und daher die Ergebnisse der KJP weniger stark zu gewichten sind als die der EP.

Die Daten des Jahres 2018 unterscheiden sich in der Erhebungsart. Es erfolgte eine einmalige Anpassung an die Fallzusammenführung von TARPSY. Sie sind daher vom Mehrjahresvergleich ausgeschlossen.

Quelle: ANQ – Stationäre Psychiatrie Erwachsene. Nationaler Vergleichsbericht 2022. © Obsan 2024

### G 5.11 Symptombelastung BSCL und HoNOS, 2014–2022

Ein- und Austrittsmessung



Anmerkung: Für die Jahre 2012 und 2013 standen die zu den Differenzwerten korrespondierenden Ein- und Austrittsmessungen nicht zur Verfügung.

Die Daten des Jahres 2018 unterscheiden sich in der Erhebungsart. Es erfolgte eine einmalige Anpassung an die Fallzusammenführung von TARPSY. Sie sind daher vom Mehrjahresvergleich ausgeschlossen.

Quelle: ANQ – Stationäre Psychiatrie Erwachsene. Nationaler Vergleichsbericht 2022. © Obsan 2024

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie beträgt die durchschnittliche jährliche Zunahme der Differenzwerte vor der Einführung von TARPSY (2013 – 2017) +4,2% für den HoNOSCA (Fremdbeurteilung) und +2,0% für den HoNOSCA-SR (Selbstbeurteilung). Im Zeitraum 2018 – 2022 nehmen die Differenzen dagegen um durchschnittlich -3,4% bzw. -1,9% pro Jahr ab. Dies würde eher auf einen möglichen Rückgang des Behandlungserfolgs seit der Einführung von TARPSY hindeuten.

Bei der Bewertung dieser Ergebnisse in Bezug auf die gesamte stationäre Psychiatrie ist zu berücksichtigen, dass die Fallzahlen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Vergleich zur Erwachsenenpsychiatrie deutlich kleiner sind (z. B. 4'950 vs. 86'497 Austritte für das Jahr 2022) und daher bei der Beurteilung der Qualität weniger stark zu gewichten sind.

### Patientenzufriedenheit (ANQ-Messung)

Die Patientinnen und Patienten werden im Rahmen der ANQ-Messung zur Patientenzufriedenheit direkt beim Austritt aus der Klinik gebeten, einen kurzen Fragebogen zur Patientenzufriedenheit auszufüllen, der 6 Fragen mit einer Antwortskala von 1 bis 5 zu folgenden Punkten enthält: (1) Qualität der Behandlung, (2) Möglichkeit, Fragen zu stellen, (3) Verständlichkeit der Antworten, (4) Zweck der Medikamente, (5) Einbezug in den Behandlungsplan und (6) Vorbereitung auf den Klinikaustritt.

Der Fragebogen wird in dieser Form seit 2017 in der Erwachsenenpsychiatrie eingesetzt. Der Ablauf der Befragung wurde 2018 modifiziert: Der Fragebogen wird den Patientinnen und Patienten direkt ausgehändigt statt per Post zugeschickt und die Befragung findet neu im Frühjahr und nicht mehr im Herbst statt. Folglich ist die Vergleichbarkeit der Messung 2017 mit den anderen Messungen nur eingeschränkt möglich. Daher werden die Daten nur ab 2018 analysiert. Darüber hinaus ist anzumerken, dass für die Messungen der Patientenzufriedenheit ab 2020 ein zweijähriger Erhebungsrhythmus eingeführt werden sollte, die Messung im Jahr 2020 jedoch aufgrund der Pandemie COVID-19 ausgesetzt und im Jahr 2021 nachgeholt wurde. Somit sind für das Jahr 2020 keine Daten zur Patientenzufriedenheit verfügbar. Die nächste Messung ist für 2024 geplant. Die Rücklaufquote der versandten Fragebögen liegt für die Jahre 2018 – 2022 zwischen 44 % und 57 %.

Die Mittelwerte der Patientenzufriedenheit sind zwischen 2018 und 2022 für alle sechs Fragen stabil geblieben. Die durchschnittlichen jährlichen Veränderungen für diesen Zeitraum liegen zwischen 0,0% und -0,4%. Basierend auf der Entwicklung der Patientenzufriedenheit lässt sich somit weder eine Verschlechterung noch eine Verbesserung der Qualität im Zusammenhang mit der Einführung von TARPSY feststellen.

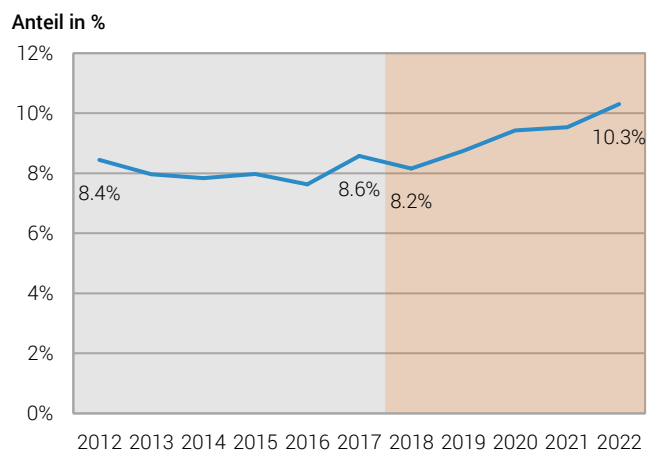
### Wiedereintritte innerhalb von 18 Tagen

Der Anteil der Fälle, die innerhalb von 18 Tagen nach Austritt wieder in dieselbe Klinik eingetreten sind, steigt zwischen 2012 und 2022 um durchschnittlich 2,0% pro Jahr von 8,4% auf 10,3% (G

5.12). Zwischen 2012 und 2017 schwankt der Anteil der Wiedereintritte zwischen 7,6% und 8,6% und steigt dann auf 10,3% im Jahr 2022. Der Anstieg ist im Zeitraum 2018 – 2022 deutlicher ausgeprägt als vor der Einführung von TARPSY und beträgt durchschnittlich 3,7% pro Jahr.

Entsprechend den Wiedereintritten haben auch die Mehrfachaufenthalte zugenommen: Die durchschnittliche Anzahl Spital-/Klinikaufenthalte pro Patientin bzw. Patient ist von 1,39 (2012) auf 1,50 (2022) gestiegen, was einer durchschnittlichen jährlichen Zunahme von 0,8% entspricht. Die Entwicklung ist jedoch konstant und es gibt keine Anzeichen dafür, dass die Zunahme nach der Einführung von TARPSY stärker ausfällt als zuvor (0,8% gegenüber 0,8% durchschnittlicher jährlicher Zunahme). Ähnlich verhält es sich mit dem Anteil der Patientinnen und Patienten mit mehreren Klinikaufhalten pro Jahr. Dieser ist von 23,6% (2012) auf 27,3% (2022) angestiegen. Aber auch hier ist der jährliche Anstieg konstant und unterscheidet sich nicht zwischen dem Zeitraum vor und nach der Einführung von TARPSY.

**G 5.12 Wiedereintritte innerhalb von 18 Tagen, 2012–2022**



Anmerkung: Für den Zeitraum 2018 – 2022 wurden die Wiedereintritte anhand der Zwischenaustritte in der MS berechnet, die von den Spitälern im Rahmen der Fallzusammenführung geliefert werden müssen. Für den Zeitraum 2012 – 2017 wurden die Wiedereintritte hingegen gemäss den Regeln der Fallzusammenführung «nachberechnet». Dabei sind die Wiedereintritte für das Jahr 2017 mit einer gewissen Unsicherheit behaftet, da vereinzelt Spitäler bereits Daten zu Zwischenaustritten geliefert haben und somit für diese Spitäler unklar war, inwiefern für diese Spitäler noch Fallzusammenführungen bzw. Wiedereintritte nachzuberechnen sind. Da TARPSY im Jahr 2018 für die Kinder- und Jugendpsychiatrie noch nicht eingeführt war und somit in diesem Bereich noch keine Fallzusammenführungen stattgefunden haben, dürfte der Anteil der Wiedereintritte für dieses Jahr etwas unterschätzt sein.

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)

© Obsan 2024

Aufgrund dieser Entwicklungen ist nicht klar, ob TARPSY zu einer Zunahme von Wiedereintritten oder Mehrfachaufhalten geführt hat. Zum einen, weil die Indikatoren eine gewisse methodische Unsicherheit aufweisen (teils unzuverlässige Patientenidentifikatoren) und zum anderen, weil in der Psychiatrie schon seit längerem eine verstärkte Patientenbewegung zwischen



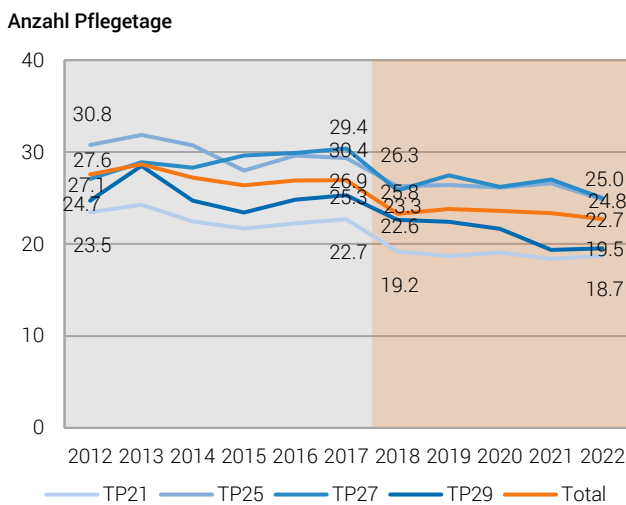
stationären und ambulanten Angeboten (bei bewussten frühzeitigen Entlassungen) zu beobachten ist (Kuhl, 2008). Insbesondere die Verlagerung chronisch kranker Patientinnen und Patienten in ambulante und tagesklinische Versorgungsstrukturen hat zu häufigeren und kürzeren Aufenthalten im stationären Bereich geführt, die mit Bezug auf die Behandlungskonzepte in Kauf genommen werden und somit nicht als Qualitätsverschlechterung zu interpretieren sind (Jäger & Rössler, 2012).

### Aufenthaltsdauer bei Wiedereintritt

Um zu überprüfen, ob die Zunahme der Wiedereintritte möglicherweise mit einer Verkürzung der Aufenthaltsdauer zusammenhängt, wurde die Dauer des ersten Aufenthalts bei Fallzusammenführung berechnet, d.h. die Dauer des Aufenthalts, auf den ein Wiedereintritt folgt.

Insgesamt zeigt sich, dass die Aufenthaltsdauer der Erstaufnahmen zwischen 2018 und 2022 deutlich stärker zurückgegangen ist als zwischen 2012 und 2017 (- 3,4% gegenüber - 0,5% im Jahresdurchschnitt). Besonders ausgeprägt ist dieses Muster in den Basis-PCG TP21 «Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, andere Drogen oder andere Substanzen» und TP29 «Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen» (G 5.13).

**G 5.13 Aufenthaltsdauer bei Wiedereintritt, nach Kostengruppen (Basis-PCG), 2012–2022**



Anmerkung: Die Jahre 2019 – 2022 wurden mit der für das jeweilige Jahr gültigen Abrechnungsversion gruppiert: 2019 – 2020 mit TARPSY 2.0, 2021 mit TARPSY 3.0 und 2022 mit TARPSY 4.0. Um einen möglichst aussagekräftigen Zeitvergleich zu ermöglichen, wurden die Jahre 2012–2018 ebenfalls mit TARPSY 2.0 gruppiert. In der Grafik sind neben dem Total die 4 Kostengruppen mit den höchsten Fallzahlen dargestellt. TP21: Psychische oder Verhaltensstörungen durch Alkohol, andere Drogen oder andere Substanzen; TP25: Schizophrenie, schizotype oder wahnhaftige Störungen; TP27: Depressive oder bipolar depressive Störungen; TP29: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen.

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)  
© Obsan 2024

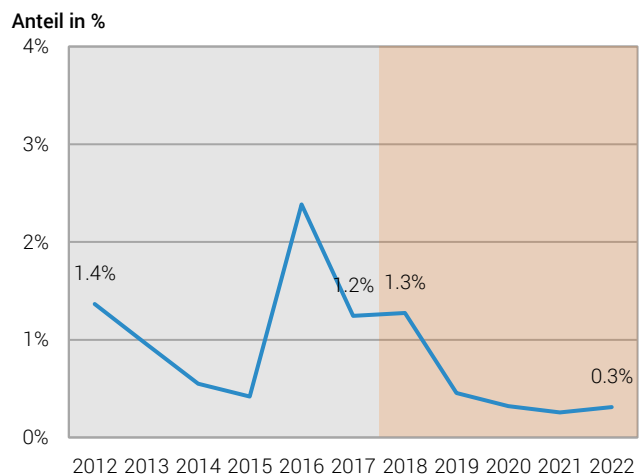
Dieser Befund, in Verbindung mit den Ergebnissen zur Entwicklung der Wiedereintritte, entspricht der Überlegung, dass eine Verkürzung der Aufenthaltsdauer zu mehr Wiedereintritten führt, möglicherweise aufgrund von frühzeitigen Entlassungen. Somit kann die Hypothese H.7 «Der Anteil der Wiedereintritte steigt» nicht verworfen werden.

### Austritte ohne weiteren Behandlungsaufwand

Austritte ohne weitere Behandlung, d.h. Fälle mit dem Status «geheilt / kein Behandlungsbedarf», sind im Kontext der stationären Psychiatrie sehr selten. Sie betreffen je nach Jahr 0,3% bis 2,4% der Austritte. Es ist daher schwierig, Entwicklungen anhand dieses Indikators zu beurteilen und schlüssig zu interpretieren.

Grafik G 5.14 zeigt insgesamt einen Rückgang des Anteils der Fälle ohne weiteren Behandlungsaufwand (durchschnittlich - 13,8% pro Jahr). Dieser Rückgang ist in der Zeit vor TARPSY weniger ausgeprägt als seit der Einführung von TARPSY (- 1,9% gegenüber - 24,2% pro Jahr)-

**G 5.14 Austritte ohne weiteren Behandlungsaufwand, 2012–2022**



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)  
© Obsan 2024

## 5.4.2 Prozessqualität

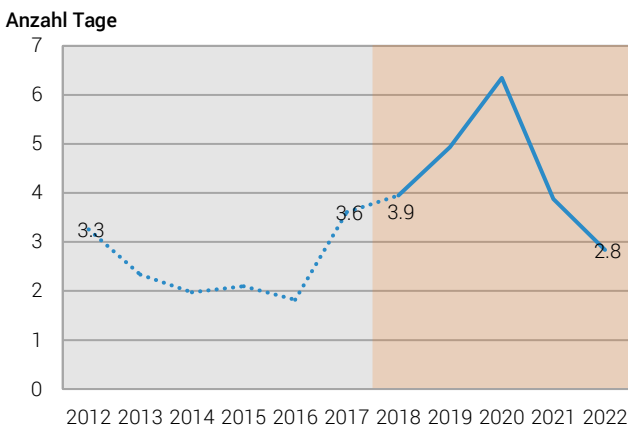
### Zeitdauer zwischen Eintritt und Hauptbehandlung

Im Zeitraum 2018 – 2022 sinkt die durchschnittliche Dauer bis zur Hauptbehandlung von 3,9 Tagen auf 2,8 Tage, wobei bis 2020 ein deutlicher Anstieg und danach ein Rückgang zu verzeichnen ist (G 5.15). Der markante Anstieg in den Jahren 2019 und 2020 fällt in den Zeitraum der COVID-19-Pandemie und ist daher mit Vorsicht zu interpretieren. Inwieweit die Entwicklung von 2018 bis 2022 mit der Einführung von TARPSY zusammenhängt, kann auf Basis der vorliegenden Daten nicht eindeutig beurteilt werden. Im

Rahmen der Expertengespräche waren vereinzelt Expertinnen und Experten der Meinung, dass TARPSY zu einem früheren Behandlungsbeginn und zur Erstellung von Behandlungsplänen geführt hat. Andere Experten sahen keinen Zusammenhang zwischen der Einführung von TARPSY und dem Behandlungsbeginn.

Allgemein erschwert sich die Interpretation dieses Indikators durch den hohen Anteil fehlender Werte für die Hauptbehandlung in den Jahren 2012 bis 2017. Je nach Jahr fehlen für 25% bis 73% der Fälle Angaben zum Datum der Hauptbehandlung. Daher kann dieser Indikator für den Zeitraum vor der Einführung von TARPSY nicht verwendet werden.

**G 5.15 Zeitdauer zwischen Eintritt und Hauptbehandlung, 2012–2022**



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS) © Obsan 2024

**5.4.3 Strukturqualität**

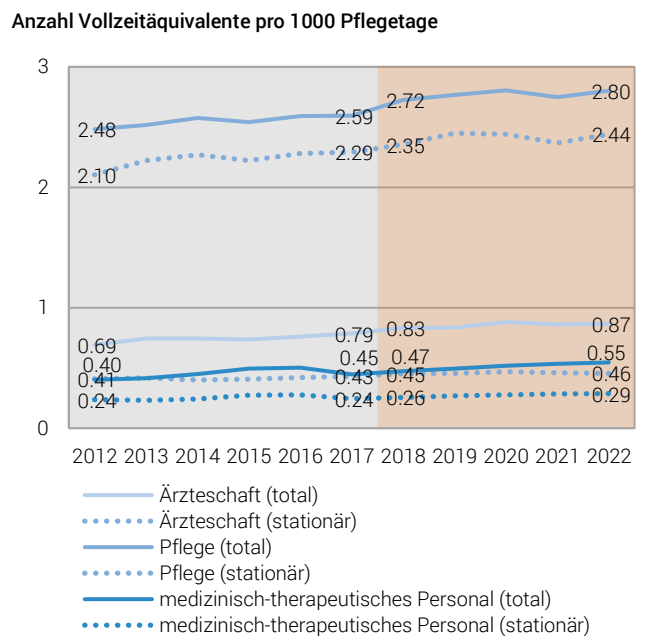
*Entwicklung Personalressourcen*

In absoluten Zahlen nehmen die Vollzeitäquivalente (VZÄ) in der gesamten Spitalpsychiatrie (ambulant und stationär) in allen drei untersuchten Personalbereichen über den gesamten Betrachtungszeitraum (2012 – 2022) zu. So beträgt die durchschnittliche jährliche Zuwachsrate beim ärztlichen Personal 3,5%, beim Pflegepersonal 2,5% und beim medizinisch-therapeutischen Personal 4,4%. Für das Pflegepersonal und das medizinisch-therapeutische Personal ist die Zuwachsrate vor der Einführung von TARPSY (2012 – 2017) etwas tiefer als danach in den Jahren 2018 – 2022: 2,0% vs. 3,0% bzw. 3,3% vs. 5,5%. Bei den Ärztinnen und Ärzten unterscheiden sich die Zuwachsraten vor und nach der Einführung von TARPSY nur geringfügig (3,4% vs. 3,7%). Betrachtet man die Entwicklungen isoliert für den stationären Bereich (mit den entsprechenden methodischen Einschränkungen, vgl. Abschnitt 2.1.2), so fallen die durchschnittlichen jährlichen Zuwachsraten für den Zeitraum 2012 – 2022 etwas moderater aus: 2,3% für das ärztliche Personal, 2,7% für das Pflegepersonal und 3,2% für das medizinisch-therapeutische Personal. Auch der Vergleich der Zuwachsraten vor und nach TARPSY zeigt ein

etwas anderes Bild: Höhere durchschnittliche jährliche Zuwachsraten nach TARPSY beim medizinisch-therapeutischen Personal (1,7% vs. 4,7%) und nahezu unveränderte Raten beim Pflegepersonal (2,8% vs. 2,7%) und leicht höhere Zuwachsraten nach TARPSY beim ärztlichen Personal (2,1% vs. 2,6%).

Setzt man die Personalressourcen ins Verhältnis zum Versorgungsvolumen, d.h. die Anzahl VZÄ, die pro 1000 Pflgetage zur Verfügung stehen, so zeigt sich für alle drei Personalgruppen über den gesamten Betrachtungszeitraum eine steigende Tendenz (G 5.16). Zwischen 2012 und 2022 steigt die Anzahl VZÄ/1000 Pflgetage in der Spitalpsychiatrie beim ärztlichen Personal von 0,69 auf 0,87, beim Pflegepersonal von 2,48 auf 2,80 und beim medizinisch-therapeutischen Personal von 0,40 auf 0,55. Das gleiche Bild ergibt sich, wenn man nur den stationären Bereich betrachtet. D.h. der Personalschlüssel hat sich insgesamt verbessert.

**G 5.16 Personalressourcen im Verhältnis zum Versorgungsvolumen, 2012–2022**



Quelle: BFS – Krankenhausstatistik (KS) © Obsan 2024

Vergleicht man die Entwicklung der Personalschlüssel in der Spitalpsychiatrie insgesamt vor und nach der Einführung von TARPSY (2012 – 2017 vs. 2018 – 2022), so fällt auf, dass die durchschnittliche jährliche Zunahme beim Pflegepersonal und beim medizinisch-therapeutischen Personal vor TARPSY geringer ausfällt als nach TARPSY (0,9% vs. 1,6% bzw. 2,2% vs. 4,1%). Umgekehrt verhält es sich beim ärztlichen Personal (2,6% vs. 1,9%). Für den stationären Bereich allein ergeben sich zum Teil leicht abweichende Ergebnisse: Ähnlicher durchschnittlicher jährlicher Anstieg für die beiden Zeiträume beim ärztlichen Personal (1,0% vs. 1,2%), schwächerer Anstieg nach TARPSY beim Pflegepersonal (1,7% vs. 1,3%) und stärkerer Anstieg nach TARPSY beim medizinisch-therapeutischen Personal (0,6% vs. 3,3%).

Insgesamt deuten diese Ergebnisse darauf hin, dass die Hypothese, dass der Kostendruck durch die Einführung von TARPSY

zu einer Verschlechterung des Personalschlüssels führt, nicht gestützt werden kann (H. 10). An dieser Stelle ist anzumerken, dass die Ergebnisse zum Personalschlüssel für die Expertinnen und Experten überraschend waren und im Gegensatz zu ihrer Wahrnehmung stehen. Sie nehmen nämlich mehrheitlich einen Personalmangel wahr, der zu einer Überlastung des vorhandenen Personals führt.

*Freiheitsbeschränkenden Massnahmen (ANQ Messung)*

Freiheitsbeschränkenden Massnahmen (FM) können unter Umständen auch als Indikator für Qualität interpretiert werden. In dem Sinne, dass nicht genügend Pflegepersonal zur Verfügung steht, um die Patientinnen und Patienten jederzeit adäquat zu versorgen und deshalb vermehrt auf FM zurückgegriffen wird. Es ist jedoch wichtig zu beachten, dass FM immer im Kontext gesehen werden müssen. Weniger FM bedeuten nicht automatisch bessere Qualität. Es gibt verschiedene Arten von FM, die Anwendung kann aus verschiedenen Gründen erfolgen und hängt auch von den Patientengruppen ab (bestimmte psychische Erkrankungen erfordern möglicherweise häufiger den Einsatz von FM als andere). Wichtig ist auch, dass FM nicht immer vermeidbar sind und in manchen Fällen notwendig sein können, um das Wohlbefinden des Patienten oder anderer Personen zu gewährleisten. Entscheidend ist, dass FM reflektiert, begründet und dokumentiert werden. Derzeit werden FM von den Kliniken selbst deklariert, eine externe Überprüfung gibt es nicht.

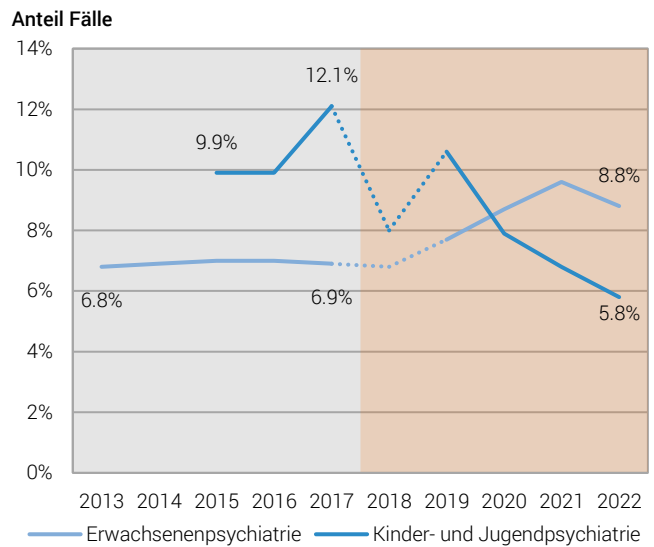
In der Erwachsenenpsychiatrie liegt der Anteil der Fälle mit mindestens einer freiheitsbeschränkenden Massnahme über den gesamten Zeitraum von 2013 bis 2017 mehr oder weniger unverändert bei knapp 7% (G 5.17). Für den Zeitraum 2018 – 2022 steigt der Anteil der Fälle mit einer freiheitsbeschränkenden Massnahme um durchschnittlich 5,0% pro Jahr auf 8,8% im Jahr 2022. Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie zeigt sich ein anderes Bild. Der Anteil der FM steigt zwischen 2012 und 2017 von 6,4% auf 12,1% und sinkt dann bis 2022 wieder auf 5,8%. Wie bei den Messungen zur Symptombelastung ist auch hier zu beachten, dass die Fallzahlen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wesentlich kleiner sind als in der Erwachsenenpsychiatrie.

Im Rahmen der Interviews nannten die Expertinnen und Experten verschiedene Gründe für die Zunahme der FM in der Erwachsenenpsychiatrie: Überlastung des Personals aufgrund von Personalmangel, eine im Laufe der Jahre zunehmend bessere Dokumentation der FM und die Zunahme schwerer Fälle in der stationären Psychiatrie (Anstieg des DMI).

Inwieweit die Entwicklung der FM mit TARPSY zusammenhängt, ist schwer zu beurteilen. Dass die Zunahme der FM in der Erwachsenenpsychiatrie mit einem Mangel an personellen Ressourcen zusammenhängt, erscheint angesichts der Ergebnisse zur Entwicklung des Personalschlüssels zunächst wenig plausibel. Es besteht jedoch die Möglichkeit, dass durch TARPSY der administrative Aufwand für das ärztliche, therapeutische und pflegerische Personal so stark zugenommen hat, dass trotz gesteigerter personeller Ressourcen weniger Ressourcen für die Behandlung und Betreuung der Patientinnen und Patienten zur

Verfügung stehen, so dass tatsächlich vermehrt auf FM zurückgegriffen werden muss. Anhand der verfügbaren Daten lässt sich dies aber nicht untersuchen. Die geführten Interviews zeigen jedoch, dass nach Einschätzung der Expertinnen und Experten der administrative Aufwand seit der Einführung von TARPSY deutlich zugenommen hat. Vereinzelt wurde auch darauf hingewiesen, dass dadurch weniger Zeit für die einzelnen Patientinnen und Patienten zur Verfügung steht.

**G 5.17 Freiheitsbeschränkende Massnahmen, 2012–2022**



Anmerkung: Bei der Interpretation ist zu beachten, dass die Austritte aus der KJP nur ca. 5% aller Austritte aus der Psychiatrie insgesamt ausmachen und daher die Ergebnisse der KJP weniger stark zu gewichten sind als die der EP.

Quelle: ANQ – Stationäre Psychiatrie Erwachsene. Nationaler Vergleichsbericht 2022 © Obsan 2024

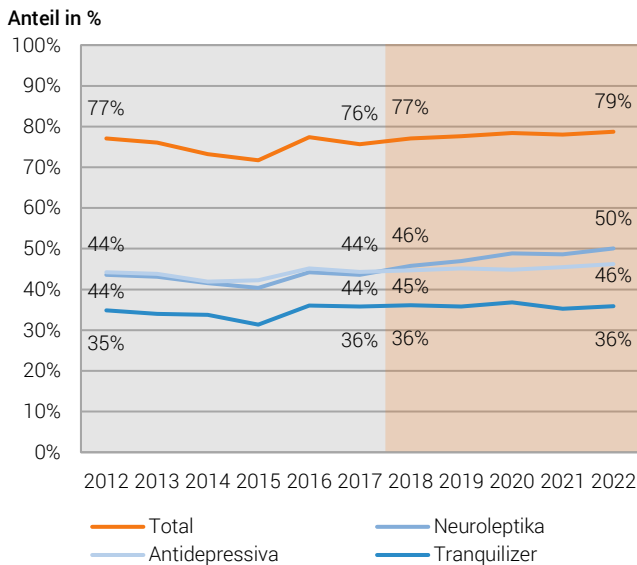
*Anteil Fälle mit Psychopharmakotherapie*

Als weiterer Indikator für Qualität kann die Häufigkeit der Verabreichung verschiedener Psychopharmaka herangezogen werden. Dies aufgrund der Überlegung, dass Psychopharmaka anstelle von Psychotherapie eingesetzt werden könnten, da mit Medikamenten eher eine kostengünstigere Standardbehandlung möglich ist.

Zwischen 2012 und 2017 ist der Anteil der Fälle mit Psychopharmakotherapie leicht rückläufig (durchschnittlich - 0.4% pro Jahr). Für den Zeitraum 2018 – 2022 ist jedoch ein leichter Anstieg von durchschnittlich 0,8% pro Jahr zu verzeichnen (G 5.18). Insbesondere der Einsatz von Neuroleptika hat seit der Einführung von TARPSY zugenommen (0,0% vs. 2,8%). Antidepressiva haben nur leicht zugenommen (0,0% vs. 0,9%), Tranquilizer sind seit TARPSY unverändert geblieben (0,5% vs. 0,0%). Dies sind die drei am häufigsten verwendeten Medikamentengruppen. Insgesamt sind die Ergebnisse nicht sehr auffällig. Die Interpretation dieses Indikators ist schwierig, da er stark vom Case-Mix

abhängt. In den Interviews und im Workshop wiesen die Expertinnen und Experten darauf hin, dass sich die Zusammensetzung der stationären Patientinnen und Patienten verändert und dadurch die durchschnittliche Fallschwere zugenommen hat, was auch den vermehrten Einsatz von Psychopharmaka erklären könnte.

**G 5.18 Fälle mit Psychopharmakotherapie , 2012–2022**



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)  
© Obsan 2024

**5.5 Zwischensynthese**

Ob und inwieweit sich die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität im Bereich der stationären psychiatrischen Versorgung durch die Einführung von TARPSY verändert hat, ist schwierig zu beantworten. Zum einen werden durch die analysierten Indikatoren lediglich spezifische Aspekte der Qualität beleuchtet. Zum anderen ist die psychiatrische Versorgung von anderen gleichzeitig mit der Einführung von TARPSY stattfindenden Entwicklungen geprägt, was die Abgrenzung allfälliger Effekte und Kausalitäten erschwert. Nachfolgend sind die Ergebnisse im Bereich der Versorgung und Versorgungsqualität nochmals zusammengefasst.

*Behandlungsprozesse*

Die untersuchten Indikatoren liefern keine eindeutigen Hinweise darauf, dass die Spitäler und Kliniken seit der Einführung von TARPSY grössere Prozessanpassungen vorgenommen haben. Am ehesten lässt sich im Bereich der Behandlungsprozesse eine gewisse Optimierung im Sinne einer Verkürzung der Aufenthaltsdauer bei den Langzeitaufenthalten feststellen (vgl. Konvergenz oben). Diese Tendenz der Annäherung der Aufenthaltsdauer an den Median ist jedoch über den gesamten Untersuchungszeitraum von 2012 bis 2022 zu beobachten und kann zeitlich nicht mit TARPSY in Verbindung gebracht werden.

*Patientenselektion*

In der vorliegenden Studie gibt es keine Indikatoren zur Patientenselektion. Im Rahmen der Expertengespräche wurde jedoch darauf hingewiesen, dass bestimmte Patientenprofile wie gewalttätige Patienten, Patienten mit sozialer Komponente (im Asylverfahren, Obdachlose) oder Patienten mit hohem somatischen Pflegebedarf als schlechte Risiken gelten und tendenziell gemieden werden. Diese Tendenz bestand bereits vor der Einführung von TARPSY, wurde aber durch dem mit TARPSY verbundenem Kostendruck verstärkt. Diesem Anreiz zur Patientenselektion wirkt jedoch die Aufnahmepflicht, insbesondere bei Notfällen, entgegen. Von der Aufnahmepflicht sind vor allem grosse Grundversorger betroffen, die über mehrere kantonale Leistungsaufträge verfügen und somit ein breites Leistungsspektrum abdecken. Bei elektiven Angeboten oder bei stärker spezialisierten Leistungserbringern besteht ein grösserer Handlungsspielraum bezüglich der Aufnahme von Patienten oder der Überweisung an Dritte.

*Kodierverhalten*

Seit 2018 ist die Kodierung der Diagnose- und Behandlungsdaten vergütungsrelevant. Seitdem hat sich das Kodierverhalten, wie erwartet (und auch erwünscht), deutlich verändert. Dies zeigt sich beispielsweise in der Anzahl der erfassten Diagnosen und Behandlungen. Die genauere Kodierung führt zu mehr Transparenz und ist grundsätzlich im neuen Tarifsysteem erforderlich.

Inwieweit der Anstieg der kodierten Diagnosen und Behandlungen und der damit verbundenen Kostengewichte bzw. des DMI auf (a) eine tatsächliche Veränderung des Patientenmix, (b) eine Verbesserung der Kodierpräzision oder (c) ein systematisches Up-Coding zurückzuführen ist, kann auf Basis der vorliegenden Daten nicht beurteilt werden.

In den Interviews und im Workshop wurden von den Expertinnen und Experten zwei Faktoren genannt, die den Anstieg des DMI erklären. Zum einen handelt es sich um die Zunahme der Fallschwere, verursacht durch mehr Komorbiditäten und Multimorbidität, auch somatischer Art, im Zusammenhang mit der Alterung der Bevölkerung sowie einer veränderten Zusammensetzung der stationären Patientinnen und Patienten, da leichtere Fälle ambulant behandelt werden oder die Patientinnen und Patienten früher entlassen werden. Zum anderen handelt es sich um eine bessere Kodierung in der Einführungsphase von TARPSY (Lerneffekt), ohne dass von einem Up-Coding gesprochen werden kann.

*Strukturqualität*

Als möglicher negativer Effekt auf die Strukturqualität wurde erwartet, dass TARPSY aufgrund des Kostendrucks zu einer Verschlechterung des Personalschlüssels und damit zu einem vermehrten Einsatz von freiheitsbeschränkenden Massnahmen (FM) und Psychopharmaka anstelle von Psychotherapie führt. Tatsächlich hat der Einsatz von FM in der Erwachsenenpsychiatrie und von Psychopharmaka im Allgemeinen seit der Einführung

von TARPSY zugenommen. Die Entwicklung der personellen Ressourcen in den psychiatrischen Kliniken deutet hingegen nicht auf eine Verschlechterung des Personalschlüssels hin. Im Gegenteil, die Zahl der Vollzeitäquivalente pro 1000 Pflgetage nimmt über den gesamten Untersuchungszeitraum zu. Beim ärztlichen und medizinisch-therapeutischen Personal ist diese Zunahme nach der Einführung von TARPSY sogar noch ausgeprägter als zuvor. Dass die Zunahme der FM und der Psychopharmaka mit einem Mangel an personellen Ressourcen zusammenhängt, erscheint angesichts dieser Ergebnisse zunächst wenig plausibel.

Nach Einschätzung der Expertinnen und Experten hat TARPSY allerdings dazu geführt, dass die Kliniken zusätzliche medizinische Kodierer einstellen mussten und dass der administrative Aufwand durch die Dokumentationspflicht für das ärztliche, therapeutische und pflegerische Personal deutlich zugenommen hat. Es ist somit denkbar, dass durch TARPSY der administrative Aufwand für das ärztliche, therapeutische und pflegerische Personal so stark zugenommen hat, dass trotz gesteigener personeller Ressourcen weniger Ressourcen für die Behandlung und Betreuung der Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen und sich somit die Betreuung der Patientinnen und Patienten tatsächlich verschlechtert hat. Trotz der steigenden Tendenzen bzgl. Personalschlüssel herrscht gemäss Rückmeldung der Expertinnen und Experten in der stationären Versorgung vielerorts ein Personalmangel, der zu einer Überlastung des vorhandenen Personals führt (zur Angemessenheit der Personalressourcen in der Pflege in psychiatrischen Kliniken in der Deutschschweiz siehe Ketzer et al. 2024). Offene Stellen können aufgrund des Fachkräftemangels häufig nicht oder nur unzureichend besetzt werden. Ob ein Zusammenhang zwischen Personalmangel und dem vermehrten Einsatz von freiheitsbeschränkenden Massnahmen (FM) und Medikamenten besteht, wird von den Expertinnen und Experten unterschiedlich beurteilt. Als weitere Gründe für die Zunahme bei den FM und Medikamenten werden die verbesserte Dokumentation oder die Zunahme der Fallschwere in der stationären Psychiatrie genannt. In Bezug auf Hypothese 10 der Konzeptstudie (Morger et al, 2018) «Der Kostendruck bewirkt Verschlechterung des Personalschlüssels» kann somit keine abschliessende Schlussfolgerung formuliert werden.

### Prozessqualität

Für die Untersuchung der Prozessqualität stehen im Rahmen dieser Evaluation nur zwei Indikatoren zur Verfügung, deren Aussagekraft begrenzt ist. Die Daten zur Dauer zwischen Eintritt und Hauptbehandlung sind aufgrund der noch nicht systematisch kodierten Behandlungen vor 2018 nicht verwertbar. Die Entwicklung zwischen 2018 und 2022 zeigt einen leichten Rückgang der Wartezeit. Der zwischenzeitliche Anstieg im Jahr 2020 ist wahrscheinlich auf die COVID-19-Pandemie und nicht auf TARPSY zurückzuführen.

Der zweite Indikator ist die Aufenthaltsdauer. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ist über den gesamten Untersuchungszeitraum (2012–2022) kontinuierlich gesunken, was im Sinne eines effizienteren Behandlungsprozesses interpretiert

werden. Allerdings flacht der Rückgang nach Einführung von TARPSY etwas ab, was einerseits als Stagnation in der Entwicklung der Behandlungseffizienz bzw. Prozessqualität interpretiert werden könnte. Andererseits ist es aber auch möglich, dass sich die Aufenthaltsdauer allmählich einer Grenze annähert, die einerseits durch die Art der Erkrankung und andererseits durch die heute verfügbaren Behandlungsmethoden gesetzt wird. Grundsätzlich hängt die Entwicklung der Aufenthaltsdauer von einer Vielzahl von Faktoren ab und erscheint daher isoliert betrachtet als Indikator zur Beurteilung der Entwicklung der Prozessqualität wenig geeignet.

Den Expertinnen und Experten zufolge hat die Einführung von TARPSY zu einer Anpassung der internen Prozesse der Leistungserbringer geführt. Die Kodierung und Dokumentation ist genauer und umfassender geworden und es gibt detailliertere Behandlungspläne. TARPSY hat somit zu einer Erhöhung der Transparenz der erbrachten Leistungen geführt, was zu einer Standardisierung der Praktiken in den Kliniken beitragen dürfte. Gleichzeitig hat TARPSY aber auch dazu geführt, dass bei der Kodierung und Dokumentation vor allem abrechnungsrelevante Aspekte im Vordergrund stehen und für die Behandlung potenziell wichtige Aspekte, wie z. B. die Erfassung einer detaillierten Anamnese, vernachlässigt werden.

### Ergebnisqualität

Die Ergebnisse zur Entwicklung der Differenzwerte bei der Symptombelastung (Behandlungserfolg) deuten tendenziell darauf hin, dass sich die Qualität seit Einführung von TARPSY gegenüber der Zeit davor nicht verbessert, aber auch nicht wesentlich verschlechtert hat. Dies spiegelt sich auch in der Patientenzufriedenheit wider, die im Zeitraum 2018–2022 nahezu unverändert geblieben ist.

In Bezug auf die Symptombelastung kann festgehalten werden: *Erstens*, die Eintritts- und Austrittswerte der Symptombelastung angestiegen sind, d.h. seit der Einführung von TARPSY weisen die Patientinnen und Patienten sowohl bei der Aufnahme in die Klinik als auch bei der Entlassung aus der Klinik eine höhere Symptombelastung auf als in der Zeit davor, was darauf hindeutet, dass im stationären Bereich zunehmend schwerere Fälle behandelt werden. Dies gilt sowohl für die Symptombelastung aus Sicht der Patientinnen und Patienten (BSCL) als auch aus Sicht der behandelnden Fachpersonen (HoNOS). Möglicherweise hängt der Anstieg der Symptombelastung zum Teil mit den Auswirkungen der COVID-19-Pandemie zusammen. So war die psychische Belastung, insbesondere bei Personen mit psychischen Erkrankungen, während der Pandemie höher als sonst. Zudem war der Zugang zum Versorgungssystem durch die COVID-Massnahmen erschwert.

*Zweitens*, Differenzwerte zur Symptombelastung, die als Indikator für den Behandlungserfolg herangezogen werden können, sind in der Erwachsenenpsychiatrie zwischen 2012 und 2022 insgesamt gestiegen, wobei seit Einführung von TARPSY 2018 die Entwicklung tendenziell stagniert ist. Die Werte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie basieren auf kleinen Fallzahlen und zeigen

demgemäss im Analysezeitraum eine vergleichsweise hohe Volatilität. Die Ergebnisse zur Entwicklung der Differenzwerte zur Symptombelastung liefern somit keine Hinweise auf eine Qualitätsverbesserung oder -verschlechterung explizit durch TARPSY und damit keine Unterstützung für die Hypothesen gemäss Konzeptstudie (Morger et al, 2018) «Erhöhte Transparenz bringt Qualitätswettbewerb» (H.22) und «Spezialisierung führt zu Qualitätsverbesserung innerhalb der Disziplin» (H.23). Allerdings muss an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass es weder im gesamten Untersuchungszeitraum (2012–2022) noch nach der Einführung von TARPSY zu einer nennenswerten Spezialisierung im Bereich der Psychiatrie gekommen ist (vgl. Kapitel 6). Damit ist die Prämisse einer Spezialisierung bereits hinfällig und Hypothese 23 zumindest teilweise obsolet.

Nebst den ANQ-Messungen zur Patientenzufriedenheit und zur Symptombelastung werden im vorliegenden Bericht mit Bezug auf die Ergebnisqualität noch Indikatoren zu den Wiedereintritten, der Aufenthaltsdauer bei Wiedereintritten und der Anteil der Austritte ohne weiteren Behandlungsaufwand analysiert. Die Entwicklung der Wiedereintritte, insbesondere in Zusammenhang mit der Aufenthaltsdauer, deutet darauf hin, dass sich mit der Einführung von TARPSY eine Änderung der Behandlungspraxis ergeben hat, bei der nicht klar ist, ob diese zu einer Verbesserung oder Verschlechterung der Ergebnisqualität führt. Die stärkere Verkürzung der Aufenthaltsdauer bei den Erstaufnahmen seit TARPSY, verbunden mit der Zunahme der Wiedereintritte, entspricht der Überlegung, dass eine Verkürzung der Aufenthaltsdauer zu vermehrten frühzeitigen Entlassungen und damit zu vermehrten Wiedereintritten führt. Auch die Austritte ohne weiteren Behandlungsaufwand sind mit der Einführung von TARPSY deutlicher zurückgegangen als zuvor. Entsprechend ist seit TARPSY ein stärkerer Anstieg der ambulanten Nachbehandlungen zu verzeichnen.

Insgesamt deuten diese Entwicklungen darauf hin, dass sich die Behandlungspraxis mit TARPSY verändert bzw. akzentuiert hat; im Sinne einer Verkürzung der Erstaufenthalte mit mehr Wiedereintritten, mehr ambulanten Nachbehandlungen und im Gegenzug weniger Austritten ohne weitere Behandlung.

Nach Einschätzung der befragten Expertinnen und Experten hat TARPSY nur zu wenigen Anpassungen in der Behandlungspraxis geführt. Als Beispiel wurde genannt, dass Patientinnen und Patienten seltener über das Wochenende nach Hause entlassen werden (mit Bettenreservierung), da diese administrativen Beurlaubungen nicht mehr vergütet werden. Eine Vergütung (Zusatzentgelt) erfolgt nur, wenn explizit eine Belastungserprobung kodiert wird, was mit einem hohen administrativen Aufwand verbunden ist.

Unabhängig von TARPSY hat sich laut Expertinnen und Experten die psychiatrische Versorgung in den letzten zehn Jahren verändert: So ist die Aufenthaltsdauer kürzer geworden, der Anteil der Wiedereintritte und der ambulanten Nachbehandlungen hat zugenommen. Dies sei jedoch in erster Linie auf gesellschaftliche Entwicklungen zurückzuführen. Das Bewusstsein für psychische Probleme und das Recht auf Behandlung in Kombination mit der Pandemie und politischen Krisen haben dazu geführt, dass sich

mehr Menschen in Behandlung begeben, was zu einem deutlichen Anstieg der stationären Inanspruchnahme geführt hat. Dies führt dazu, dass Kliniken ihre Patientinnen und Patienten teilweise früher entlassen müssen (bevor sie ausreichend stabilisiert sind), um Platz für neue Patienten zu schaffen, da sonst die erhöhte Nachfrage nicht befriedigt werden kann. Dies kann zu vermehrten Wiedereintritten führen. Zudem haben die Patientinnen und Patienten mehr Autonomie, was dazu führt, dass sie die Klinik öfter auf eigenen Wunsch frühzeitig verlassen, was ebenfalls zu mehr Wiedereintritten führen kann.

Darüber hinaus ist anzumerken, dass es nach Aussagen der Expertinnen und Experten im Bereich der Psychiatrie seit längerem gängige Praxis ist, lange Klinikaufenthalte möglichst zu vermeiden. Es besteht ein allgemeiner Konsens darüber, dass es von Vorteil ist, wenn die Patientinnen und Patienten so schnell wie möglich in ihren normalen Alltag bzw. in ihr privates Umfeld zurückkehren können und die Klinikaufenthalte daher nur so kurz wie nötig sind. Deshalb wird in den allermeisten Fällen auch eine ambulante (oder intermediäre) Nachbehandlung angestrebt. Dementsprechend ist in der Psychiatrie schon seit längerem eine verstärkte Patientenbewegung zwischen stationären und ambulanten Angeboten (mit bewussten frühzeitigen Entlassungen) zu beobachten (Kuhl, 2008). Insbesondere die Verlagerung chronisch kranker Patientinnen und Patienten in ambulante und tagesklinische Versorgungsstrukturen hat zu häufigeren und kürzeren Aufenthalten mit vermehrten stationären Wiedereintritten geführt (Jäger & Rössler, 2012). Die ambulante Nachbehandlung ist gemäss den Expertinnen und Experten jedoch zum Teil schwierig zu organisieren, da es aufgrund unzureichender Finanzierung an entsprechenden Angeboten mangelt. Insbesondere der intermediäre Bereich ist aufgrund der ungenügenden Finanzierung problematisch, aber auch der ambulante Bereich ist laut den Expertinnen und Experten durch TARMED ungenügend finanziert.

Es kann somit nicht abschliessend beurteilt werden, inwiefern,

- die Verkürzung der Aufenthaltsdauer auf eine verbesserte Behandlungseffizienz zurückzuführen ist und somit im Interesse der Patienten liegt,
- die Verkürzung der Aufenthaltsdauer bei gleichzeitigem Anstieg der Wiedereintritte ein Hinweis auf frühzeitige Entlassungen ist, obwohl ein längerer stationärer Aufenthalt angemessener gewesen wäre
- die Verkürzung der Aufenthalte und der Anstieg der Wiedereintritte eine Folge ist von Behandlungskonzepten mit Fokus auf ambulante Behandlungen mit dem Ziel, Patientinnen und Patienten möglichst schnell wieder in ihr Umfeld und ihren Alltag zu integrieren, wobei ein Anstieg der Wiedereintritte bewusst in Kauf genommen wird.

### Fazit

Insgesamt kann festgehalten werden, dass es keine Hinweise darauf gibt, dass sich die Qualität durch TARPSY generell verbessert oder verschlechtert hat. Einzelne Indikatoren weisen in eine Richtung, die als Stagnation oder sogar leichte Verschlechterung der

Versorgungsqualität interpretiert werden kann. Inwieweit diese Entwicklung mit TARPSY zusammenhängt, ist schwierig zu beurteilen, da die Interpretation der Zeitreihen stark durch Veränderungen in der Kodierungspraxis (präzisere Kodierung von Diagnosen und Behandlungen) und durch Ereignisse wie die COVID-19-Pandemie beeinflusst wird. Zudem lassen sich aus den verfügbaren Daten zu wenige eindeutig valide Qualitätsindikatoren ableiten, um die Entwicklung der verschiedenen Qualitätsaspekte hinreichend beurteilen zu können. Um verlässlichere Aussagen über die Entwicklung der Versorgungsqualität treffen zu können, wäre es notwendig, das Indikatorenset zu erweitern, die Beobachtung der Indikatoren über den aktuellen Untersuchungszeitraum hinaus fortzusetzen und die Analysen auf den ambulanten und intermedären Bereich auszudehnen.

Eine Mehrheit der Expertinnen und Experten ist der Ansicht, dass der Druck in der psychiatrischen Versorgung zugenommen hat, die Schweiz aber im internationalen Vergleich noch gut dasteht. Die Situation kann jedoch je nach Leistungserbringer und Region unterschiedlich sein. Obwohl es sich bei TARPSY um ein nationales Tarifsysteem mit einer einheitlichen Tarifstruktur (PCG, DMI) handelt, bleiben Elemente bestehen, die zu unterschiedlichen Finanzierungssituationen bei den Leistungserbringern führen. So werden die Tagessätze (Baserate) weiterhin individuell zwischen Leistungserbringer und Versicherer ausgehandelt und können daher variieren. Darüber hinaus sind die Leistungserbringer in eine lokale politische Landschaft eingebettet, die erheblichen Einfluss auf die Organisation und Struktur der psychiatrischen Versorgung hat. Als Hauptgründe für den zunehmenden Druck werden die steigende Inanspruchnahme und der zunehmende Anteil an komplexeren und schwereren Fällen in Verbindung mit einem chronischen Personalmangel genannt. Diese Entwicklungen sind nach Ansicht der Expertinnen und Experten jedoch Teil eines globalen Trends und können nicht auf die Einführung von TARPSY zurückgeführt werden. Die Expertinnen und Experten fügen hinzu, dass die Qualität der Versorgung derzeit noch hoch ist, dass es aber schwierig sein wird, dieses Niveau zu halten, wenn der Druck weiter anhält.