

---

# Benchmark TARPSY

## Tarifjahr 2020

**Grundlagen Datenjahr 2018**  
Publikation November 2019

## Inhalt

<b>1. Ausgangslage .....</b>	<b>3</b>
1.1 Leitplanken für das Benchmarkverfahren.....	3
<b>2. Datengrundlagen.....</b>	<b>4</b>
2.1 Grundsätzliches.....	4
2.2 Datentransparenz.....	4
2.3 Datenplausibilisierung .....	5
2.4 Einbezogene Kliniken .....	6
2.5 Ausgeschlossene Kliniken.....	6
2.6 Regionale Abdeckung.....	6
<b>3. Benchmark TARPSY .....</b>	<b>7</b>
3.1 Berechnung der benchmarkrelevanten Betriebskosten .....	7
3.2 Ergänzende Abzüge .....	8
3.2.1 Universitäre Lehre und Forschung (uLuF) .....	8
3.2.2 Mehraufwand für VVG Patienten .....	8
3.3 Wahl des Perzentils.....	8
3.4 Benchmark TARPSY .....	9
3.5 Benchmark.....	10
3.6 Vereinbarte Basispreise TARPSY.....	10
<b>4. Cluster-Bildung .....</b>	<b>11</b>
4.1 Ausgangslage.....	11
4.2 Ziel.....	11
4.3 Analysedatensatz .....	11
4.4 Untersuchung der Variablen und Methodik.....	12
4.5 Erkenntnisse aus dem Clustering .....	14
4.6 Ergebnisse.....	15
4.7 Fazit.....	16
<b>5. Zusammenfassung .....</b>	<b>17</b>

---

# 1. Ausgangslage

## 1.1 Leitplanken für das Benchmarkverfahren

Das Bundesverwaltungsgericht (BVGer) legt fest, dass das Benchmarkverfahren kostenbasiert, im Rahmen einer Vollerhebung und mit einem nationalen Referenzwert erfolgen soll. Die wichtigsten Rahmenbedingungen des BVGer sind:

- Zweistufiger Preisfindungsmechanismus: 1. Stufe = Benchmark als Referenzwert, 2. Stufe = individuelle Preisverhandlungen.
- Der Benchmark (BM) ist demzufolge ein Richtwert für die klinikindividuellen Verhandlungen.
- Das Benchmarkverfahren muss grundsätzlich kostenbasiert erfolgen (benchmarkrelevante Betriebskosten der Kliniken).
- Abzüge (z.B. wegen Intransparenz) dürfen nicht in das Benchmarkverfahren einfließen.
- Der Benchmark soll idealerweise mit einem schweizweiten Referenzwert erfolgen.
- Der Benchmark hat zum Ziel, eine möglichst grosse und für alle Kliniken repräsentative Vergleichsmenge zu umfassen. Er soll unter anderem frei von Wettbewerbsverzerrungen sein.
- Die zu vergleichenden benchmarkrelevanten Kosten- und Leistungsdaten sollen nach einheitlicher Methode möglichst genau und realitätsnah ermittelt werden.
- Nicht zulässig ist ein Benchmarkverfahren, in dem bestimmte Kliniken vorselektiert werden.
- Anstelle von normativen Werten soll der Benchmark möglichst auf effektiven Zahlen basieren.
- Je geringer die Anzahl Kliniken im Benchmark, desto höher die Anforderungen an eine korrekte Ermittlung der benchmarkrelevanten Betriebskosten.
- Unzulässig ist, wenn der Benchmark bei einer Klinik gesetzt wird, deren benchmarkrelevanten Betriebskosten nicht KVG-konform erhoben wurden.
- In einem Urteil stellt das BVGer fest, dass der Effizienzmassstab für den Benchmark streng – auf einem tiefen Perzentilwert - anzusetzen ist<sup>1</sup>.
- Gemäss neuem BVGer-Entscheid vom 15.05.2019 (C-4374/2017, C-4461/2017) dauert die Einführungsphase an, solange der Bundesrat keine schweizweiten Betriebsvergleiche publiziert hat (Art. 49 Abs. 8 KVG).

---

<sup>1</sup> BVGE C-2921/2014-12.4.2018 : «Le Tribunal a également considéré que la stabilisation des coûts poursuivie par la révision légale et le fait que les tarifs hospitaliers ne résultent pas d'une concurrence effective entre les hôpitaux parlent en faveur d'une application stricte du critère de l'efficience des prestations fournies, soit concrètement d'une fixation d'un percentile bas »

## 2. Datengrundlagen

### 2.1 Grundsätzliches

Da im Bereich TARPSY kein nationaler Benchmark vorliegt, führte die Einkaufsgemeinschaft HSK für das Tarifjahr 2020 erneut ein eigenes Benchmarkverfahren durch.

Dies beinhaltet folgende zwei Stufen:

<b>1. Stufe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ermittlung der DMI-bereinigten, kalkulatorischen Tageskosten gemäss Datenlieferung der Kliniken (ITAR_K) und gemäss den HSK eigenen Tarifberechnungen</li> <li>▪ Berechnung des Benchmarks</li> </ul>
<b>2. Stufe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Durchführung von klinikindividuellen Tarifverhandlungen, um eine möglichst objektive Vergleichbarkeit aller Kliniken aufgrund von Patienten- und Strukturmerkmalen herzustellen</li> <li>▪ Ermittlung von homogenen Clustern (Klinikgruppen), um Preisbandbreiten zu definieren und Preisdifferenzierungen zum Benchmarkwert zu begründen</li> <li>▪ Basispreis soll die Besonderheiten der Kliniken abbilden</li> <li>▪ Ineffizienzen dürfen nicht vom OKP-Basispreis finanziert werden (Art. 49 Abs. 1 KVG)</li> </ul>

### 2.2 Datentransparenz

Das BVGer gibt vor, dass bei der Preisfindung und der Wirtschaftlichkeitsprüfung sämtliche Kosten- und Leistungsdaten der Kliniken sachverhaltsrelevant sind. Deshalb verlangt HSK bei den Kliniken jeweils die ITAR\_K Vollversion (Leistungen und Kosten) inklusive des detaillierten Ausweises des spitalambulanten Bereiches. Ergänzend zu diesen Datengrundlagen fordert HSK ebenfalls die TARPSY relevanten Basisdaten an.

Die Kosten der Forensik werden im Benchmarkverfahren nicht berücksichtigt.

## 2.3 Datenplausibilisierung

Für eine einheitliche Erhebung der Kosten und Leistungen wenden die Kliniken REKOLE «Betriebliches Rechnungswesen im Spital» an. Eine konsequente Umsetzung der REKOLE Standards erhöht die Transparenz und die Vergleichbarkeit der Betriebskosten der Kliniken. Dadurch wird die Datenplausibilisierung effizienter durchgeführt als wenn verschiedene Rechnungsstandards angewendet werden.

Alle Kliniken, die im Benchmark einbezogen wurden, ermittelten ihre Kosten und Leistungen anhand REKOLE und lieferten die Daten an HSK im ITAR\_K Format.

Die von den Kliniken gelieferten ITAR\_K Daten 2018 und die TARPSY relevanten Basisdaten der Version 2.0 und Abrechnungsversion 2019 wurden von HSK in Bezug auf Vollständigkeit, Korrektheit und Nachvollziehbarkeit der Daten überprüft.

Dazu gehören folgende Sachverhalte:

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Abgleich der Finanz- und Betriebsbuchhaltung</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Abgleich zwischen Kostenträgerausweis und ITAR-K-Ausweis</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Systematische Vorjahresvergleiche</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ TARPSY relevante Basisdaten der Fälle 2018</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anzahl TARPSY (Austritte) 2018</li> <li>▪ Anzahl abrechenbare Pflgetage, <u>ohne</u> zusätzliche Pflgetage gemäss Übergangsbestimmung</li> <li>▪ Anzahl Abwesenheiten, die länger als 24 Std. gedauert haben</li> <li>▪ Anzahl Urlaubstage</li> <li>▪ Daymix, berechnet auf der Grundlage der abrechenbaren Pflgetage, <u>ohne</u> zusätzliche Pflgetage gemäss Übergangsbestimmung</li> <li>▪ Daymix-Index, berechnet auf der Grundlage des Daymix und der abrechenbaren Pflgetage, <u>ohne</u> zusätzliche Pflgetage gemäss Übergangsbestimmung</li> </ul>

In der Datenplausibilisierung hat HSK festgestellt, dass die TARPSY relevanten Basisdaten häufig noch gemäss der Regelung der Übergangsbestimmung geliefert worden sind. Die abrechenbaren Pflgetage wurden nicht um solche Abwesenheiten reduziert, die 24 Stunden überschreiten. Dieser Umstand führte zu zahlreichen Rückfragen und erneuten Datenaufbereitungen bei HSK und schlussendlich zu einer zeitlichen Verzögerung der Erstellung des TARPSY Benchmarks.

Für HSK ist eine Datenlieferung bis spätestens am 31.05. notwendig, um einerseits eine qualitative Plausibilisierungsarbeit, verbunden mit Rückfragen, bei den Kliniken durchzuführen und andererseits den TARPSY Benchmark im Vorfeld der Verhandlungen zu ermitteln.

## 2.4 Einbezogene Kliniken

Im Benchmarkverfahren 2020 wurden insgesamt 61 Kliniken (Vorjahr 48), die über einen psychiatrischen Leistungsauftrag verfügen, berücksichtigt. Die Kliniken stammen aus den folgenden BFS-Kategorien:

Typ	Bezeichnung	Anzahl Kliniken
K111	Versorgungsniveau 1 (Universitätsspitäler)	3
K112	Versorgungsniveau 2	7
K121	Versorgungsniveau 3	4
K122	Versorgungsniveau 4	2
K123	Versorgungsniveau 5	1
K211	Psychiatrische Klinik - Versorgungsniveau 1	18
K212	Psychiatrische Klinik - Versorgungsniveau 2	21
K221	Rehabilitationskliniken	2
K233	Pädiatrie	2
K234	Geriatric	1
<b>Total</b>		<b>61</b>

## 2.5 Ausgeschlossene Kliniken

Die Kriterien der Vollständigkeit und Plausibilität der Datenlieferung werden pro Klinik beziehungsweise Datenlieferung beurteilt und gelten als Ausschlusskriterien beim Benchmarkverfahren. Aus den folgenden Gründen wurden 10 Kliniken ausgeschlossen:

Gründe	Anzahl Kliniken
• Keine ITAR_K Daten	2
• Kein Daymix	1
• Unvollständigkeit bzw. fehlende Plausibilität der ITAR_K Daten oder TARPSY relevante Basisdaten (DM/DMI)	6
• Spezialfälle (Klinik SOMOSA, Klinik für Schlafmedizin)	2
<b>Total</b>	<b>11</b>

## 2.6 Regionale Abdeckung

Sämtliche Kantone mit psychiatrischen Kliniken sind im Benchmark enthalten.

Gesamtswweizerisch beträgt der Abdeckungsgrad der Kantone 85% (22 von 26 Kantone<sup>1</sup>) bzw. der Kliniken 85% (61 von 72 Kliniken).

<sup>1</sup> In 4 Kantonen gibt es keine psychiatrischen Kliniken.

## 3. Benchmark TARPSY

### 3.1 Berechnung der benchmarkrelevanten Betriebskosten

Die Berechnung der benchmarkrelevanten Betriebskosten erfolgt gemäss folgender Methodik:

Berechnungsschema	Bemerkungen
<b>Total Kosten gemäss BeBu (Stückrechnung)</b>	
./. Anlagennutzungskosten (ANK)	Angaben Kliniken (VKL)
./. Erlöse Kontogruppe 65	Angaben Kliniken, gemäss Anleitung ITAR_K   Vorgaben BVGer
+ Aufrechnung Erlöse Kontogruppe 66	sofern kostenmindernd in Kostenstelle geführt, Angaben Kliniken
./. Arzthonorare Zusatzversicherte	Angaben Kliniken
<b>= Nettobetriebskosten I (NBK)</b>	
./. Subsidiärer Abzug für universitäre L+F	Abzug effektiv, mindestens jedoch normativ, wie folgt: <ul style="list-style-type: none"> <li>&lt; 75 Betten: 0.8%</li> <li>&gt; 75 Betten: 1.5%</li> <li>&gt; 125 Betten: 3.5%</li> <li>Universitätsspitäler: effektiv</li> </ul>
./. Gemeinwirtschaftliche Leistungen	Angaben der Kliniken, weil HSK nicht verifizieren kann, ob sämtliche gemeinwirtschaftlichen Leistungen deklariert sind
<b>= Nettobetriebskosten II (NBK)</b>	
./. Abzug für Mehrkosten aus Leistungen für Zusatzversicherte Patienten	Schweizweite Anwendung der GDK Empfehlung <sup>1</sup> : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ pro HP/P-Tag CHF 67 gemäss Angaben der Kliniken</li> </ul>
./. nicht in der BR enthaltene Kosten (unbewertete DRG, Zusatzentgelte, separat tarifierte Leistungen, nicht gruppierte Fälle)	Angaben Kliniken
Teuerung / Projektionskosten/ Intransparenz-Abzüge	im BM nicht enthalten
ANK	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Im BM sind ANK nach VKL berücksichtigt</li> <li>▪ Der prozentuale Anteil der ANK variiert zwischen den Kliniken</li> <li>▪ Die ausgewiesenen ANK wurden mit der Anlagebuchhaltung (Krankenhausstatistik BFS) plausibilisiert</li> </ul>
<b>= Benchmarkrelevante Betriebskosten (BRB) HSK</b>	
./. Daymix (TARPSY V2.0)	Angaben Kliniken
<b>= Kalkulierter Basispreis HSK</b>	

<sup>1</sup> GDK Empfehlung zur Wirtschaftlichkeitsprüfung Psychiatrie und Rehabilitation vom 27.7.2019, Ergänzung der Empfehlungen zur Ermittlung der effizienten Spitäler nach Art. 49 Abs. 1 KVG betreffend Psychiatrie und Rehabilitation

## 3.2 Ergänzende Abzüge

### 3.2.1 Universitäre Lehre und Forschung (uLuF)

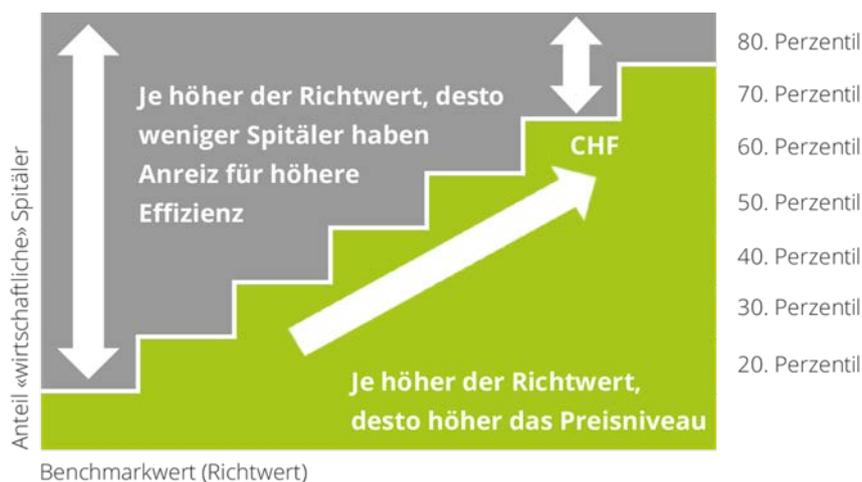
Auch in diesem Bereich sind gemäss BVGer grundsätzlich die effektiven Werte auszuscheiden. HSK hat wie im Vorjahr und in Analogie der Akutsomatik eine Mischform gewählt, da die effektiven Kosten für universitäre Lehre und Forschung von den Kliniken aus Sicht HSK zu tief bewertet worden sind. Der minimale Abzug erfolgt deshalb gemäss normativen Ansätzen. Bei 62% aller Kliniken im Benchmark hat HSK die effektiv ausgewiesenen Kosten im Benchmark integriert.

### 3.2.2 Mehraufwand für VVG Patienten

Das BVGer verlangt grundsätzlich effektive Daten für die Ausscheidung der Mehrleistungen des Zusatzversicherungsbereichs. Dennoch schliesst es einen normativen Ansatz, wie z.B. denjenigen gemäss GDK-Empfehlungen (67 Franken pro Halbprivat-/Privat-Tag) nicht aus. Mit den Berechnungen im ITAR\_K ist aus Sicht HSK der Abzug für die VVG-Mehrleistungen bei der Mehrheit der betroffenen Leistungserbringer zu gering. Aus diesem Grund verwendet HSK für den Benchmark die normativen Ansätze gemäss der GDK Empfehlung.

## 3.3 Wahl des Perzentils

Gemäss KVG haben sich die Basispreise an der Entschädigung jener Kliniken zu orientieren, welche die tarifizierte, obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen. Das BVGer hat sich bisher nicht zum «richtigen» Massstab geäussert, auf dem der Richtwert für die Tariffindung definiert werden soll.



Wird dieser Wert streng angesetzt, bedeutet das einerseits, dass die Mehrheit der Kliniken «unwirtschaftlich» ist. Wenn andererseits der Anreiz milde angesetzt wird, fällt für einen grossen Teil der Kliniken der Anreiz für eine effiziente Leistungserbringung weg. Somit wirkt ein weicher Benchmarkwert preistreibend.

### 3.4 Benchmark TARPSY

HSK hat für das Tarifjahr 2020 folgenden Benchmark TARPSY ermittelt:

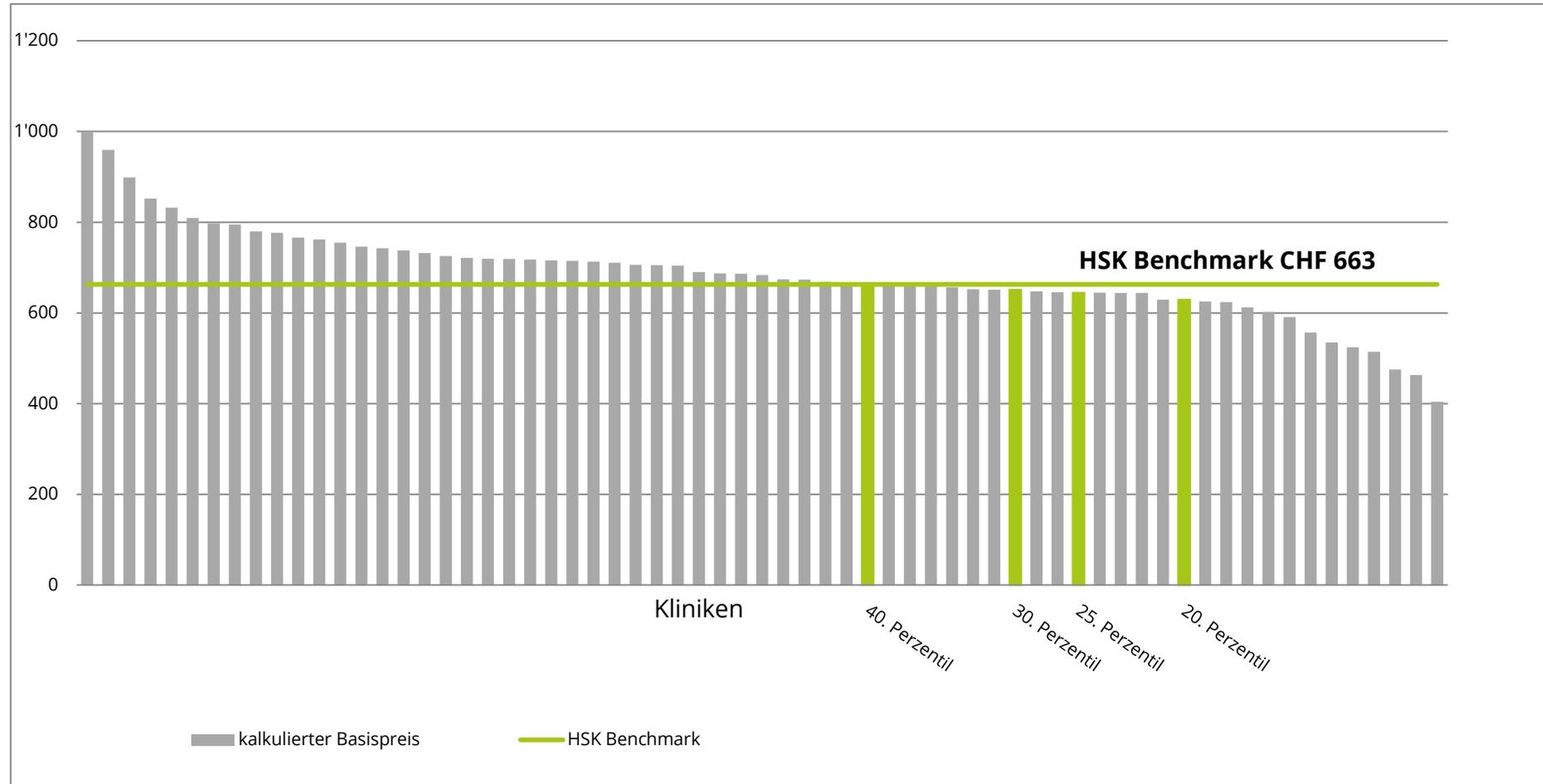


Abb.1: Benchmark TARPSY mit kalkuliertem Basispreis HSK inkl. Anlagenutzungskosten und ohne Teuerung

### 3.5 Benchmark

HSK hat aufgrund der Einführungsphase von TARPSY, in Analogie zur Einführungsphase von SwissDRG, das Perzentil wie bereits im Vorjahr bei 40% festgelegt.

Wert	CHF
Gewichtetes Mittel	711
Arithmetischer Mittelwert	690
<b>40. Perzentil - HSK Benchmark</b>	<b>663</b>
30. Perzentil	651
25. Perzentil	645
20. Perzentil	629

### 3.6 Vereinbarte Basispreise TARPSY

Im Tarifjahr 2019 konnte HSK mit fast alle Kliniken Tarifverträge bzw. Basispreise vereinbaren. Gesamt-schweizerisch liegt der **Mittelwert der Basispreise bei 648 Franken**.

Dieser Wert wird von HSK auch für die Plausibilisierung des Benchmarks herangezogen.



Abb. 2: Preis-Benchmark TARPSY, Stand 01.02.2020

---

## 4. Cluster-Bildung

### 4.1 Ausgangslage

Die Tarifstruktur TARPSY soll die Transparenz und Vergleichbarkeit von Leistungen, Kosten und Qualität erhöhen. Sie versucht, Unterschiede in der Kostenstruktur unterschiedlicher Gruppen von Patienten bzw. Behandlungen so abzubilden, dass die Kosten der Behandlung aufwandsgerecht zugeteilt werden können. Dazu werden pro Gruppe – PCG (Psychiatric Cost Group) - und pro Tag Kostengewichte zugeordnet. Diese Kostengewichte werden pro Gruppe, abhängig von der Länge des Aufenthaltes, bestimmt und pro Aufenthaltstag mit dem Basisfallwert multipliziert.

Die Fallschwere und somit Kostenunterschiede werden so theoretisch abgebildet. Kostengewichte pro Tag und Patient werden mittels Patienteninformationen durch einen Grouper bestimmt. Der Daymix pro Klinik und die jeweiligen Indices sind das Ergebnis des Prozesses. Des Weiteren werden anhand der Kostendaten der Kliniken die angefallenen Kosten pro Basisfall (Kostengewicht = 1) ermittelt. Dadurch kann ein Kostenbenchmark erstellt werden, der grundsätzliche Vergleiche der Kosten pro Basisfall ermöglicht.

### 4.2 Ziel

HSK hat sich zum Ziel gesetzt, neu auch eine Clusterbildung im Bereich Psychiatrie vorzunehmen, um legitime Kostenunterschiede (nicht Ineffizienzen) zu erklären, die Preisunterschiede erlauben.

Der Preis für einen Basisfall soll sich grundsätzlich nach den Kosten richten, jedoch Effizienz fördern. Unterschiede bei den Kosten liegen zum Teil in Ineffizienzen, zum Teil aber auch in anderen Ursachen.

Da die Tarifstruktur TARPSY noch neu ist und deshalb noch nicht alle Kostenunterschiede zwischen den Kliniken erklären kann, sind zusätzlich individuelle Betrachtungen mittels weiteren Informationen über die Kliniken notwendig.

### 4.3 Analysedatensatz

Der Analysedatensatz umfasst alle im Benchmark enthaltenen Kliniken. Er stützt sich auf die Berechnung der benchmarkrelevanten Betriebskosten der HSK gemäss Kapitel 3.1. Zusätzlich wird der Analysedatensatz mit Informationen aus der Krankenhausstatistik 2017 und der Medizinischen Statistik 2018 (BFS) sowie weiteren Informationen (FU Quote) ergänzt.

Im zugrunde liegenden Datenjahr 2018 wurde die Tarifstruktur TARPSY mehrheitlich von den Erwachsenen-Psychiatrien angewendet. In der Medizinischen Statistik sind deshalb Kinder- und Jugendkliniken als «psychiatrischer Tarif» ausgewiesen. Trotzdem wurden allen Fälle mittels Grouper (Abrechnungsversion 2018/2018) einem PCG zugeordnet.

HSK hat für die Cluster-Bildung im Analysedatensatz folgende Variablen geprüft:

- Anzahl unterschiedliche 4stellige-PCG
- Schwerpunkt-Klinik<sup>1</sup>
- Anzahl Fälle
- Mittleres effektives Kostengewicht: Mittlerer DM pro Fall
- Anteil A-Splits<sup>2</sup> an allen Fällen
- Anteil Notfälle
- Anteil Fälle < 18-Jährige
- Anteil fürsorgerische Unterbringung (FU)
- Anzahl Assistenzärzte (Ausbildungsbetrieb) – im Verhältnis zu der Anzahl Psychiatrie Fälle

## 4.4 Untersuchung der Variablen und Methodik

Um die Variablen zu untersuchen, muss schrittweise vorgegangen werden.

Zunächst wird die Verteilung der kalkulierten Basispreise analysiert. Die Werte der Kliniken verteilen sich zwischen 404 Franken und 1'000 Franken gemäss folgender Auswertung:

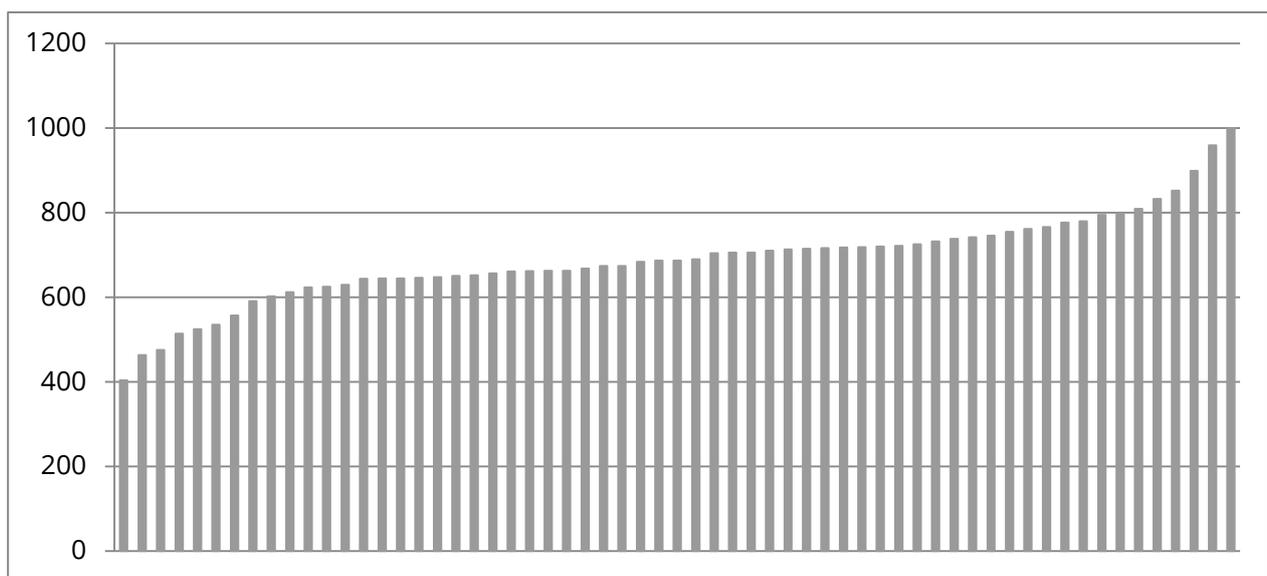


Abb. 3: Verteilung der kalkulierten Basispreise pro Klinik

<sup>1</sup> Die Definition für «Schwerpunktklinik» erfolgt unter Verwendung der ANQ-Definition für Suchtkliniken (> 90% F1 Diagnosen) sowie dem Schwellenwert >70% für Schwerpunkt «Depression».

<sup>2</sup> Gemeint sind die PCG, die am Ende mit einem A abgerechnet werden.

Anschliessend wird untersucht, inwiefern die einbezogenen Variablen sich im Verhältnis zu den kalkulierten Basispreisen verhalten.

Die durchgeführten Analysen zeigen auf, dass einige der getesteten Variablen einen starken Zusammenhang haben. In der folgenden Grafik sind diese Korrelationen mit den dunkelgrünen und dunkelgrauen Ellipsen erkennbar. Beispielsweise korreliert die Variable «Anzahl unterschiedliche 4-stellige-PCG» mit den Variablen «Anzahl Fälle», «Anteil A-Splits» und «Anteil Notfälle».

Da es bei einer Berücksichtigung zweier miteinander stark korrelierenden Variablen zu Verzerrungen kommen kann, sollte beim Clustering eine solche Konstellation vermieden werden.

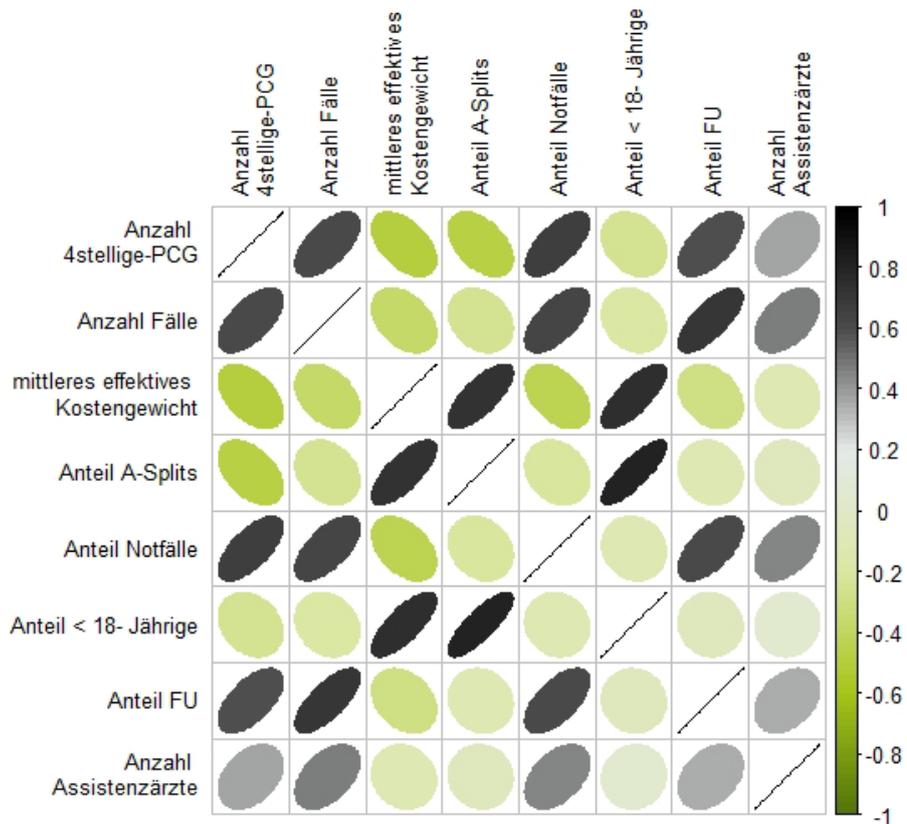


Abb. 4: Korrelationen der untersuchten Variablen untereinander

Bei der angewendeten Cluster-Methodik handelt es sich um ein hierarchisches Clustering, also ein distanzbasiertes Verfahren. Es werden Unterschiede bzw. Ähnlichkeiten der Objekte in Form von Distanzmassen zueinander quantifiziert. Ziel ist es, Gruppen von Objekten zu finden, die in sich homogen sind, aber zu den anderen Gruppen grosse Unterschiede aufweisen.

## 4.5 Erkenntnisse aus dem Clustering

Das zuvor aufgezeigte Clustering führte zu folgenden Erkenntnissen:

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gute aber noch verbesserungswürdige Datenlage: Plausibilisierung der Kennzahlen aus der Medizinischen Statistik (BFS) und den Daten aus dem Tarifmodell ergeben teilweise Abweichungen. Die FU Quote ist noch nicht Teil der Standard-Datenlieferungen.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zukünftige Datenjahre werden die Abrechnungs- und Datenqualität verbessern, auch deshalb, weil die Fälle der Kinder und Jugendlichen neu einheitlich in der Tarifstruktur berücksichtigt sind.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Werden zwei oder mehr Variablen mit einem ähnlichen Informationsgehalt im Cluster belassen (starke Korrelation), bekommen diese dadurch ein höheres Gewicht und können zu verzerrten Aussagen führen. Diese Konstellation ist zu vermeiden.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zusätzliche Informationen über den Komplexitätsgrad (Anteil Notfälle), des Angebotsspektrums (Anzahl unterschiedliche 4-stellige PCG's) oder der Klinikgrösse (Anzahl Fälle) bringen daher keine Verbesserung bzgl. der Gruppendifferenzierung.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die berücksichtigten Variablen differenzieren die Kliniken am besten im Sinne der Homogenität innerhalb der Cluster und dem Abstand zwischen den Clustern.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mit 4 oder 5 Clustern lassen sich die besten Resultate erzielen.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Weniger, dafür ausgewählte Variablen verbessern das Ergebnis («mehr ist nicht mehr»)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ HSK kann im Clustering nur Kriterien integrieren, die mit der notwendigen Datengrundlagen belegt sind, z.B. Informationen aus der Medizinischen Statistik BFS.</li> </ul>

## 4.6 Ergebnisse

Die besten Ergebnisse werden mit dem Clustering der folgenden vier Variablen erreicht:

- Kinder-Quoten
- Anzahl Assistenzärzte pro Psychiatrie-Fall
- Schwerpunkt-Klinik (Sucht, Depressionen, Andere)
- FU-Quote

In der folgenden Darstellung ist sichtbar, dass die Unterschiede zwischen den Psychiatrien aufgrund der verwendeten Informationen in manchen Kliniken deutlicher abgrenzbar sind, als in anderen. Vor allem Cluster «Grundversorger-Kliniken ohne FU» und «Grundversorger-Kliniken mit FU» weisen eine relativ grosse interne Streuung auf.

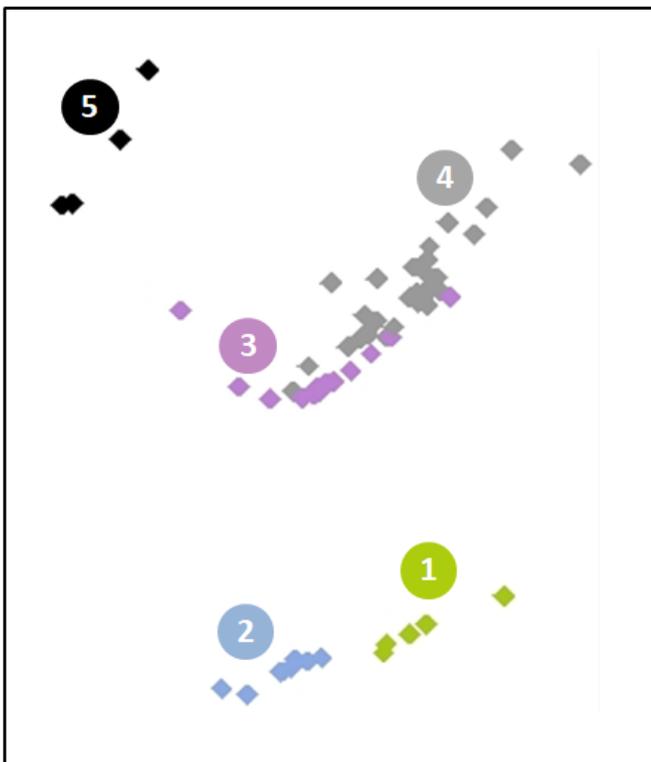


Abb. 5: Ergebnisse Clustering TARPSY

Es zeigen sich erwartungsgemäss folgende fünf Cluster:

- «Kinder- und Jugendkliniken» (Nr. 5)
- «Grundversorger-Kliniken mit FU» (Nr. 4)
- «Grundversorger- Kliniken ohne FU» (Nr. 3)
- «Suchtkliniken» (Nr. 2)
- «Spezialkliniken» (Nr. 1)

Die Kliniken in den jeweiligen Cluster sind noch zu wenig homogen. Dies zeigt sich auch im Vergleich mit den verhandelten Basispreise.

## 4.7 Fazit

Für das Tarifjahr 2020 leitet HSK folgende Konsequenzen ab:

- Analytische und methodische Erkenntnisse aus dem Clustering sind sehr wertvoll, um die Vergleichbarkeit der Kliniken zu erhöhen.
- Die Datenqualität ist weiter zu verbessern.
- Von den vier aufgeführten Patienten- und Strukturvariablen der Kliniken wurden fünf homogene Cluster abgeleitet.
- Die Cluster zeigen Besonderheiten auf, die Kostenunterschiede zwischen ihnen rechtfertigen.
- Aufgrund der Einführungsphase von TARPSY, der Anwendung der Übergangsbestimmung (Urlaubsregelung) und der kostenneutralen Überführung der bisherigen Tagespauschalen auf TARPSY ist es noch zu früh, Preisbandbreiten pro Cluster zu definieren.
- HSK erwartet in Zukunft, dass die Cluster homogener werden und sich dies auch in den verhandelten Basispreisen widerspiegelt und somit Preisbandbreiten pro Cluster festgelegt werden können.
- Die ermittelten fünf Cluster werden trotzdem in den Preisverhandlungen mitberücksichtigt.

## 5. Zusammenfassung

### Der HSK Benchmark TARPSY...

- beträgt für das Tarifjahr 2020 **663 Franken** (ohne Teuerung)
- wird auf der Basis des **40. Perzentils** festgelegt
- ist für die Bestimmung des **Referenzwerts** datenbasiert begründet
- umfasst **sämtliche Typen von psychiatrischen Kliniken**
- stellt einen validen und repräsentativen Benchmark mit einer **Abdeckung von 85%** aller psychiatrischen Kliniken dar
- ist im Vergleich mit dem Mittelwert von 648 Franken der verhandelten Basispreise 2019 plausibel
- stellt als wesentliches Element die **Grundlage für die zweistufige Preisbildung** dar
- und die Clusterbildung beeinflussen die individuellen Verhandlungen mit den Kliniken

### Mängel sind noch vorhanden

- Die Zählweise der abrechenbaren Pflégetage gemäss TARPSY 2.0 und die daraus abgeleitete Berechnung des DM/DMI kann HSK nur mit den Kliniken zusammen verifizieren.
- Die Wirtschaftlichkeit ist aufgrund der nicht vollständig offengelegten Kosten- und Leistungsdaten durch die Kliniken aktuell nur schwer beurteilbar. Im Benchmark sind die ANK nach VKL enthalten.
- HSK kann nicht ausschliessen, dass der Benchmark durch wettbewerbsverzerrende Elemente wie die Subventionierung von Spitälern in Form von «gemeinwirtschaftlichen Leistungen» oder von Beiträgen an Investitionskosten ungleiche Gegebenheiten berücksichtigt.
- Ebenso wenig kann ausgeschlossen werden, dass gemeinwirtschaftliche Leistungen, die nicht durch das KVG zu finanzieren sind, in den benchmarkrelevanten Kosten enthalten sind. Dies gilt insbesondere für Kosten zur Erhaltung von Klinikkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen.
- Die Berechnung der Kosten für die universitäre Lehre und Forschung erfolgt nach normativen Ansätzen, mit Ausnahme der Kliniken, deren effektive Kosten als plausibel betrachtet werden.
- Die Berechnung der Kosten für die Zusatzversicherten erfolgt nach normativen Ansätzen (siehe Art. 3.3.2) gemäss Empfehlung der GDK.
-

## Auskünfte

Genehmigungsbehörden können sich für Rückfragen zum HSK Benchmark an die Tarifmanager «Psychiatrie» wenden:

- Caroline Gross, Telefon 043 340 63 56, [c.gross@ecc-hsk.info](mailto:c.gross@ecc-hsk.info)
- Marco Migliarese, Telefon 043 340 80 10, [m.migliarese@ecc-hsk.info](mailto:m.migliarese@ecc-hsk.info)