

TARPSY – oder die weitere Ökonomisierung in der Psychiatrie

**aus der Optik von Betroffenen und
Mitarbeitende/Fachpersonen**

Sozialkonferenz UPD

27. Juni 2017

pro mente sana

KVG – Revision 2007

- Freie Spitalwahl / Klinikwahl
- **Somatik: Einführung von leistungsabhängigen Fallpauschalen – DRG (Diagnose Related Groups):**
 - Leistungsfinanzierung (Pro „Leistung“ ein fixer Tarif).
 - Aufteilung der Finanzierung: 55% Kanton (2017) / 45% Kasse.
 - Investitionskosten der Spitäler im Tarif enthalten -> aktuell 10%.
 - Restfinanzierung durch **gemeinwirtschaftliche Leistungen.**
- **Absicht: Mehr Wettbewerb, mehr Transparenz und Vergleichbarkeit -> auch für die Psychiatrie**
- **Kantone mussten Spitalplanung und Finanzierung überarbeiten.**

Quelle: KVG Rev. 21.12.2007 und SPFG Kt. ZH 2.5.2011

TARPSY: DRG der Psychiatrie

KVG Art. 49 Abs. 2:

«(...) In der Regel sind Fallpauschalen festzulegen. Die Pauschalen sind leistungsbezogen und beruhen auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen.(...)»

SwissDRG entwickelt TARPSY -> möglichst analoge Tarifstruktur zu DRG's in der Somatik

Einführung von TARPSY: ab 1.1.2018

Quelle: KVG Rev. 21.12.2007, Schlussbericht TARPSY Version 1.0 SwissDRG, 2016

TARPSY: Ausgestaltung

TRAPSY: degressive, fallspezifische Tagespauschale

- bestehend aus 10 Diagnosegruppen (Psychiatric Cost Groups)
- mit Kostentrenner HoNOS/CA, Alter, Nebendiagnosen

Diagnosegruppen:

Tabelle 3 Differenzierung der PCGs anhand der Hauptdiagnosen

Hauptdiagnose		Verwendung in TARPSY Version 1.0	
F0	Organische und symptomatische psychische Störungen	TP24	Störungen bei Demenz oder Alzheimer und andere Störungen des ZNS
F10	Alkohol	TP20	Psychische Verhaltensstörungen durch Alkohol
F11-F19	Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	TP21	Verhaltensstörungen bei Missbrauch von Drogen und anderen Substanzen
F55	Substanzmissbrauch		
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	TP25	Schizophrene oder akut psychotische Störungen
F3	Manische und bipolare Störungen	TP26	Affektive Störungen
F28-F39	Depression und andere affektive Störungen, ohne manische und bipolare Störungen	TP27	Depressive Störungen
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	TP28	Neurotische-, Belastungs- oder somatoforme Störungen
F5, F7-F9	Körperliche, Intelligenz und Entwicklungsstörungen	TP30	Körperliche-, Intelligenz- oder Entwicklungsstörungen
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	TP29	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
Non F	Keine F-Diagnose als Hauptdiagnose	TP70	Psychiatrische oder psychosomatische Behandlung ohne psychiatrische oder psychosomatische Hauptdiagnose

HoNOS/CA:

- H1: Hyperaktives Verhalten
- H2: Abs. Selbstverletzung
- H5: Körperliche Erkrankung oder Behinderung.

Alter:

- <18 in 8 von 10 PCG's
- >75 in nur einer PCG (TP 21)

Quelle: Schlussber. TARPSY Version 1.0 SwissDRG, 2016

TARPSY: Kritik

TARPSY Version 1.0	Grundsätzliche Kritik
Datengrundlage/Fälle: Plausibilitätsprüfung bestanden (Datenjahr 2015): 65% (41'000 Fälle von 63'263)	35% der Fällen schwierig nicht plausibel. Ein vertrauenerweckendes Zeichen für dieses System?
Kostentrenner FU bzw. „Eintrittsart Notfall“ wurde als nicht relevant empfunden.	Entspricht nicht der Realität in der psychiatrischen Praxis.
Kostentrenner HoNOS/CA: Nur drei Items als relevant empfunden.	Entspricht nicht der Realität in der sozialpsychiatrischen Praxis.
Kostentrenner Alter: Nur <18 bei 8 von 10 Gruppen, bzw. >75 nur bei einer Diagnosegruppe.	Entspricht nicht der Realität in der gerontopsychiatrischen Praxis.
Nebendiagnosen: Verwendung bzw. Ausschluss von Nebendiagnosen eingeschränkt.	Scheint willkürlich. Bspw. sind bei gewissen Diagnosen nur somatische Nebendiagnosen zulässig.

TARPSY: Auswirkungen

- auf Patient_innen und Sozialpsychiatrie:

Degressive Tarife,

- verursachen Kostendruck auf die Kliniken -> „schnellere“ Behandlung -> mehr Medikation, weniger sozialpsychiatrische Interventionen (Gespräche, Trainings, Sozialdienst, Angehörigen- und Beziehungsarbeit usw.).

Fallspezifische Diagnosegruppen,

- verhindern individuelle Behandlung -> werden der Realität in der Psychiatrie nicht gerecht (hohe Individualität jeder einzelnen Pat. trotz gleicher Diagnose)

Tarifsystem nur für stationäre Behandlung,

- verstärkt den Anreiz für Kliniken, mehr stationär und dabei möglichst kurz zu behandeln (-> degressive Tarife).

TARPSY: Auswirkungen

- auf Patient_innen und Sozialpsychiatrie:

„Ambulant vor Stationär“

- wird unterlaufen; stationäre Behandlungen werden attraktiver, TARMED ist nicht kostendeckend, Subventionen sind zu tief.

Integration (soziale und berufliche)

- wird schwieriger; Gespräche und Trainings mit Arbeitgeber / Angehörigen werden zum Kostenfaktor.

Nachgelagerte Betreuung

- wird stärker belastet (Spitex, Wohnheime, Angehörige, Niedergelassene), da Patient_innen früher entlassen -> Finanzierung? Wohnformen vorbereitet?

Philosophie von TARPSY und Swiss DRG:

„...wird dem Ziel der Leistungsorientierung bei bestmöglicher Manipulationsresistenz (...) entsprochen“

Quelle: Schlussbericht TARPSY Version 1.0 SwissDRG, 2016

TARPSY: Auswirkungen

- auf Mitarbeitende in der Psychiatrie:

Mehr admin. Arbeit für Ärzt_innen,

- da zwecks Einstufung der Patient_innen komplexe Formulare und Einschätzungen vorgenommen werden müssen.

Druck auf qualitativ gutes Personal,

- aus Kostengründen weniger Personal bzw. weniger hoch qualifiziertes Personal.

Druck auf Therapeut_innen und Sozialarbeiter_innen,

- da ggf. gewisse therapeutische Interventionen und sozialarbeiterische Tätigkeiten vermehrt zum Kostenfaktor werden.

Die Arbeit in der Psychiatrie wird zunehmend unattraktiv,

- denn «best practice» und State – of – the – Art – Behandlungen können nicht mehr befriedigend erbracht werden.

„ambulant vor stationär“ ?

Zukunft der Psychiatrie (aus fachlicher Sicht):

- Ambulatorien, Akut – Tageskliniken, Kriseninterventionszentren, Mobile – Equipen, Home Treatment, MoKi
- Behandlung im sozialen Umfeld.
- Erhalt bzw. Wiedereingliederung in den beruflichen Alltag.

Zukunft der Psychiatrie (bei Fokussierung auf rein ökonomische Grundsätze):

- Mehr stationäre Behandlungen da höherer Kostendeckungsgrad (TARPSY).
- Kliniken als Profitcenter (analog Spitäler) (KVG, Spitalfinanz.).
- Unterdeckung der ambulante Angebote (TARMED) -> Schließung von Angeboten (Bsp. Tagesklinik Kilchberg).
- Finanzierung der Ambulanz ist der Willkür der Parlamente (allenfalls Regierung) ausgesetzt (Gemeinwirtschaftliche Leistungen, Subventionen).
- Patient_in wird zur „Cash – Cow“, Personal zur Manöveriermasse.

Statements zu TARPSY / Ökonomisierung

„Mit dem neuen Tarifsystem werden ökonomische Überlegungen im ärztlichen Alltag viel präsenter sein“

Chefarzt einer psych. Klinik im Kt. ZH

«Die finanzielle Zukunft eines Spitals hängt dann von einigen Kreuzlein ab, die ein Assistenzarzt in der Hektik des Alltags markiert. Das ist absurd.»

Chefarzt einer psych. Klinik im Kt. ZH

„Wir werden 150% Stellenprozente für Codierer einsetzen“

Leitender Arzt Gerontopsychiatrie einer Uni – Klinik

„Die Wochenden für die Patienten werden unter TARPSY nur noch max. 23h59min dauern, mehr liegt nicht drin, ansonsten wir das Bett nicht mehr bezahlt – das ist nicht gerade sinnvoll für die Wiederintegration in den Alltag.“

Verwaltungsdirektor eine psychiatrische Klinik

KVG und TRAPSY

Kliniken müssen Betriebs- und Investitionen selbständig decken =

- Anreize, TRAPSY entsprechend gewinnoptimierend anzuwenden,
- Anreiz, vermehrt auf zusatzversicherte Patienten zu setzen (bei gleichzeitiger Abnahme von Zusatzversicherten im Allgemeinen),
- Kantone wollen Kliniken aus der Verantwortung geben; Kliniken, wollen/müssen mehr unternehmerischen Spielraum haben -> Rechtsformänderungen (z.B. AG's),
- Zurückhaltung bei Innovation (insb. im ambulanten Bereich), da (Rechts-)Unsicherheit bez. dessen Finanzierung (TARMED, gem. wirtsch. Leistungen),
- Druck auf Personal und Löhne -> Qualität

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**

pro *mente* sana