

Stellungnahme der FMH zu TARPSY Version 1.0

Olten, 19. August 2016

Von: FMH – Stationäre Versorgung und Tarife

Geht an: SwissDRG AG

Die FMH dankt allen Beteiligten für die geleisteten Arbeiten zur Tarifstruktur TARPSY 1.0 und für die Möglichkeit der Stellungnahme. Diese basiert auf dem Schlussbericht der SwissDRG AG vom 27.07.2016, den Unterlagen zur Systempräsentation TARPSY 1.0 vom 15.08.2016 sowie den Rückmeldungen und der Besprechung in der FMH-Begleitgruppe TARPSY.

Die FMH begrüsst es grundsätzlich, dass TARPSY 1.0 auf Tagespauschalen basiert und verschiedene Grundelemente von TARPSY 0.3 wie die Hauptdiagnosen, der reduzierte HoNOS oder das Alter übernommen wurden. Unterstützt wird auch die Empfehlung der SwissDRG AG, die Verweildauer anhand der Pflagestage zu definieren.

Aus Sicht der FMH sind jedoch für die Verfassung des definitiven Schlussberichts zu TARPSY 1.0 auf Ende Oktober 2016 sowie für die weitere Systementwicklung folgende Punkte zu beachten:

1. Behandlungsrelevante Nebendiagnosen einbeziehen – Auswirkungen bei multiplen Nebendiagnosen untersuchen

Die FMH begrüsst es vom Prinzip her, dass behandlungsrelevante psychiatrische und somatische Nebendiagnosen in das Tarifsystem TARPSY einfliessen. Die vorliegenden Nebendiagnosenlisten entsprechen jedoch teilweise nicht den klinischen Erfahrungen und es fehlen wichtige Nebendiagnosen.¹ Dies dürfte mit der fraglichen Datenqualität der gelieferten Nebendiagnosen zusammenhängen. So hatte die ZHAW auf die mangelhafte Qualität der Nebendiagnosen des Datenjahrs 2014 verwiesen und deshalb von einem Einbezug für TARPSY 0.3 abgeraten.² Umso mehr erstaunt es, dass die Nebendiagnosen 2014 trotzdem in TARPSY 1.0 eingeflossen sind. Die Datenqualität der Nebendiagnosen 2015 wird von der SwissDRG AG nicht näher beschrieben. Deshalb ist die SwissDRG AG aufgefordert, ihrem Verwaltungsrat als Entscheidungsgrundlage für TARPSY 1.0 detaillierte Analysen zur Datenqualität der Nebendiagnosen vorzulegen.

In TARPSY 1.0 ist jeweils nur eine komplizierende Nebendiagnose ausreichend, um ein höheres Kostengewicht zu erzielen. Weist ein Fall mehrere komplizierende Nebendiagnosen auf, erhöht sich das Kostengewicht dadurch nicht zusätzlich. Insbesondere für Patienten der Alterspsychiatrie und von

¹ Aus klinischer Sicht fehlende Nebendiagnosen, die unvollständig kodiert worden sein dürften: Karzinomerkrankungen, Herzinsuffizienz (es ist nur Linksherzinsuffizienz aufgeführt, die ebenfalls relevante Rechtsherzinsuffizienz fehlt), Lithiumbedingte Nierenfunktionsstörung/-schädigung, usw.

² Gemäss der ZHAW variierte die Erfassung der Nebendiagnosen 2014 so stark, dass bei einzelnen Kliniken von einer systematischen Nichtlieferung der Nebendiagnosen ausgegangen werden muss. In der Erwachsenenpsychiatrie variiert der Anteil der Fälle mit Nebendiagnosen zwischen knapp 30% und über 90%, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zwischen 17% und 77%. Somit ist es unklar, ob Patienten ohne kodierte Nebendiagnose auch de facto keine vorliegende Nebendiagnose haben, was eine aussagekräftige Auswertung gemäss der ZHAW verunmöglicht, vgl. ZHAW, Schlussbericht Entwicklung TARPSY 0.3 vom 26.02.2016, Seite 27f. sowie Seite 126.

Suchtkliniken sind jedoch mehrere Nebendiagnosen pro Fall keine Seltenheit. Zu untersuchen gilt es deshalb, inwieweit sich die Kostengewichte bei der Berücksichtigung von mehreren komplizierenden Nebendiagnosen verändern. Die Entwicklung eines geeigneten Modells für TARPSY 2.0 ist entsprechend zu prüfen, beispielsweise ein für die Psychiatrie adaptiertes Modell analog zur PCCL-Logik in der Akutsomatik.

2. Konzept des reduzierten HoNOS für die Erwachsenenpsychiatrie weiterverfolgen

Die FMH unterstützt es nach wie vor, dass für die Erwachsenenpsychiatrie der reduzierte HoNOS mit den HoNOS-Dimensionen H1 (überaktives, aggressives Verhalten), H2 (absichtliche Selbstverletzung) und H5 (körperliche Erkrankung oder Behinderung) in das Tarifsystem einfließt. Diese Daten müssen bekanntlich für den ANQ obligatorisch erfasst werden. Für TARPSY 2.0 gilt es zu prüfen, ob die HoNOS-Werte 3 und 4 analog zur Version 0.3 kostentrennend sind, nachdem dies gemäss der SwissDRG AG für TARPSY 1.0 nicht mehr der Fall war. Nicht kostentrennend war gemäss der SwissDRG AG der 14 Tage nach Eintritt erhobene HoNOS; auch dies gilt es, für TARPSY 2.0 erneut zu überprüfen.

3. Relevante CHOP-Kodes integrieren

Die Psychiatrie ist heute in der CHOP ungenügend und unstrukturiert abgebildet. Entsprechend wurde für TARPSY 1.0 folgerichtig auf den Einbezug der psychiatrischen CHOP-Kodes verzichtet. Nun geht es darum, die relevanten CHOP-Kodes für die Psychiatrie zu schaffen. Zu nennen sind hier beispielsweise CHOP-Kodes für teure Leistungen wie die Eins-zu-eins-Betreuung. CHOP-Kodes könnten aber auch spezifische wirksame Leistungen abbilden, die in Spezialkliniken (z.B. zertifizierte Gerontopsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Suchtkliniken) erbracht werden. Aufgrund von mangelnden Spezialklinik-Plätzen in verschiedenen Kantonen werden die entsprechenden Patienten teilweise fälschlicherweise in der (kostengünstigeren) Allgemeinpsychiatrie behandelt.

Die FMH bzw. ihre Fachgesellschaften bringen bei der Erarbeitung der CHOP-Kodes analog zur Akutsomatik gerne wiederum ihr medizinisches Wissen ein. Anschliessend ist es an der SwissDRG AG, den Einbezug der relevanten psychiatrischen CHOP-Kodes in das Tarifsystem TARPSY zu prüfen bzw. die notwendigen Zusatzentgelte zu schaffen. Für die Akutsomatik bestehen bereits verschiedene CHOP- und ATC-Kodes.³ Eine leistungsgerechte Vergütung von teuren somatischen Behandlungen, die während des psychiatrischen Aufenthalts innerhalb oder ausserhalb der psychiatrischen Klinik durchgeführt werden (z.B. Dialyse, onkologische Behandlungen bzw. Medikamente), muss aber bereits für TARPSY 1.0 gewährleistet sein. Bei der Integration der CHOP-Kodes Psychiatrie gilt es, den Zusatznutzen für das Tarifsystem und den entstehenden zusätzlichen administrativen Aufwand sorgfältig abzuwägen. Dies zumal der Dokumentationsaufwand bereits heute beträchtlich ist.⁴

4. Alter – Abstufungen für Senioren (65 bis 79 sowie 80+) und Minderjährige (< 14 sowie 14 bis 17) erneut prüfen

Für TARPSY 0.3 hatte die ZHAW basierend auf den Daten 2014 eine Unterscheidung in die Alterskategorien 18-64, 65-79 und 80+ vorgenommen. Dies deckte sich mit den klinischen Erfahrungen, dass im Alter 80+ ein höherer Aufwand entsteht. In TARPSY Version 1.0 erfolgt nun ausschliesslich in PCG TP21 (Verhaltensstörungen bei Missbrauch von Drogen und anderen Substanzen) eine Unterscheidung für Patienten > 75 Jahren. In PCG TP21A gelangen jedoch auch Fälle von jüngeren Patienten, die komplizierende Nebendiagnosen aufweisen. Für die übrigen PCGs sowie für das Alter > 65 und 80+ ergab sich gemäss der SwissDRG AG kein Kostentrenner, was überrascht. Dass durch die Nebendiagnosen die Problematik des hohen Aufwands bei Senioren kompensiert wird, darf aus den oben genannten Gründen bezweifelt werden: So ist einerseits die Datenqualität der Nebendiagnosen fraglich; andererseits ist das Kostengewicht eines Falls bei TARPSY 1.0 bei einer Nebendiagnose gleich hoch wie bei mehreren Nebendiagnosen (vgl. Punkte 1).

³ Für teure Medikamente werden die ATC-Kodes verwendet, vgl. [Medikamentenliste](#).

⁴ Vgl. Golder et al. Trotz steigendem Dossieraufwand bleibt die Spitalärzteschaft motiviert. Schlussbericht 2015. Vgl. www.fmh.ch → Stationäre Tarife → Begleitforschung → [Entwicklung Rahmenbedingungen Ärzteschaft](#).

Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie weist die SwissDRG AG darauf hin, dass für die < 16-Jährigen die Fallzahl zu gering war, um eigene Alterskategorien zu bilden. Hier ist es wichtig, die Datenlage zu verbessern und zu überprüfen, ob beispielsweise die Altersgruppen < 14 sowie 14-17 kostentrennend wirken.

Die SwissDRG AG ist deshalb aufgefordert, für TARPSY 2.0 und die Folgeversionen erneut zu prüfen, ob die Altersstufen < 14, 14-17, 18-64, 65-79 und 80+ kostentrennend sind.

5. Einführung für Kinder- und Jugendpsychiatrie verschieben – differenziertes Modell ausarbeiten

Gemäss der SwissDRG AG lagen für die Kalkulation von TARPSY 1.0 insgesamt 258 plausible Fälle für < 14-Jährige und 1349 plausible Fälle für die 14- bis 17-Jährigen vor. Die Frage bzgl. der Repräsentativität dieser beschränkten Datenlage blieb seitens der SwissDRG AG unbeantwortet; die Repräsentativität dürfte jedoch kaum gegeben sein.

Die klinische Erfahrung zeigt, dass Kinder und Jugendliche einen deutlich höheren Behandlungsaufwand generieren als erwachsene Patienten. Hinzu kommt, dass in vielen Kantonen Jugendliche aufgrund von mangelnden Jugendpsychiatrie-Plätzen in der (kostengünstigeren) Erwachsenenpsychiatrie behandelt werden. Mit TARPSY 1.0 würde der Fehlanreiz bestehen, diese Falschplatzierungen verstärkt vorzunehmen. Die Falschplatzierungen der Jugendlichen dürften mit ein Grund sein, weshalb bei Minderjährigen eine zusätzliche komplizierende Nebendiagnose bei keinem der PCGs ein höheres Kostengewicht ergibt.

Seit mehreren Jahren empfiehlt die FMH, das multiaxiale Klassifikationssystem (MAS) für die Tarifstrukturgestaltung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu prüfen. Die ZHAW hatte im definitiven Schlussbericht 0.3 interessante erste Auswertungen mit dem MAS vorgenommen. Es ist unklar, weshalb die SwissDRG AG im vorliegenden Schlussbericht weder die Datenlage zu MAS beschreibt noch entsprechende Kalkulationen vornahm. Die SwissDRG AG übernimmt stattdessen die HoNOSCA-Dimensionen analog zur Erwachsenenpsychiatrie, obwohl für die Kinder- und Jugendpsychiatrie keine datengestützte Analyse vorliegt, welche HoNOSCA-Dimensionen kostentrennend wären.⁵ Es ist davon auszugehen, dass andere HoNOSCA-Dimensionen wie beispielsweise H9 (Probleme mit emotionalen und zugehörigen Symptomen) mehr ins Gewicht fallen.⁶

Aus den genannten Gründen darf die vorliegende TARPSY-Version 1.0 keinesfalls für die Kinder- und Jugendpsychiatrie eingeführt werden. Vielmehr geht es darum, die Datenbasis zu erweitern. Anhand einer repräsentativen Datenbasis soll die SwissDRG AG ein differenziertes Tarifsysteem entwickeln und dabei die Eignung von MAS als Kostentrenner prüfen.

Fazit und Anliegen für TARPSY 1.0 sowie für die zukünftige Entwicklung

Positiv zu bewerten ist es, dass mit TARPSY 1.0 ein auf Tagespauschalen basierendes Tarifsysteem vorliegt und verschiedene Variablen auf ihre Kostenrelevanz hin überprüft wurden. Insbesondere die Alterspsychiatrie, Suchtkliniken sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrie sind jedoch aus den oben genannten Gründen ungenügend abgebildet. Die obenstehende Analyse zeigt ausserdem, dass TARPSY 1.0 keinesfalls für die Kinder- und Jugendpsychiatrie per 1.1.2018 eingeführt werden darf.

Damit der Verwaltungsrat über TARPSY 1.0 entscheiden kann, sind diesem vorab die untenstehenden Informationen zur Verfügung zu stellen. Der per Ende Oktober 2016 zu erstellende definitive Schlussbericht ist zudem entsprechend zu ergänzen.

⁵ Ein Teil der vermeintlich fehlenden HoNOSCA-Daten dürfte damit zusammenhängen, dass HoNOSCA gemäss ANQ in den ersten 14 Tagen nach Eintritt erhoben werden muss und gemäss SwissDRG AG in den ersten drei Tagen nach Eintritt.

⁶ Die Auswertung der ZHAW zeigte zudem, dass H9 von allen HoNOSCA-Dimensionen am besten ausgefüllt wurde bzw. am wenigsten Werte fehlten, vgl. ZHAW, Schlussbericht Entwicklung TARPSY 0.3 vom 26.02.2016, Seite 122.

- Auswertungen und Informationen zu:
 - o Repräsentativität der Daten, separat nach Altersgruppen (< 14, 14 bis 17, 18 bis 64, 65 bis 79, 80+ Jahre) sowie bzgl. der spezialisierten Kliniken (wie Alterspsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Suchtkliniken) und der Allgemeinpsychiatrie.
 - o Datenqualität der Nebendiagnosen sowie von HoNOS/-CA und MAS pro Klinik (anonymisiert)
 - o Anzahl plausibler Fälle sowie Deckungsgrad auch der Altersgruppen 18 bis 64 sowie 65 bis 79
 - o Hintergrundinformationen zum Modell mit den drei linear geschätzten Phasen
 - o Spektrum der nicht-psychiatrischen Hauptdiagnosen (Non-F) mit prozentualen Anteilen; aufzeigen, weshalb PCG TP70 mit nicht-psychiatrischen Hauptdiagnosen teilweise ein höheres Kostengewicht aufweist als verschiedene PCGs mit psychiatrischen Hauptdiagnosen (F).
- Aufzeigen, ob teure akutsomatische Leistungen während des Psychiatrieaufenthalts mit Zusatzentgelten oder anderweitig vergütet werden.
- Anpassung des definitiven Schlussberichts und des Definitionshandbuchs, sodass die Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht Teil von TARPSY 1.0 ist.

Da es sich bei TARPSY 1.0 um ein neues Tarifsystem handelt, empfiehlt die FMH Folgendes:

- Überprüfung von TARPSY 1.0 bis Ende Oktober 2016 durch eine vom Verwaltungsrat definierte unabhängige Drittstelle, z.B. gesundheitsökonomisches Institut einer Fachhochschule oder Universität
- Etablierung einer mehrjährigen Übergangsregelung. Die SwissDRG AG ist entsprechend aufgefordert, unter Einbezug der Partner ein Konzept für eine wirksame Übergangsregelung zu erarbeiten

Im Hinblick auf die Entwicklung von TARPSY 2.0 ist die SwissDRG AG aufgefordert, folgende Punkte umzusetzen:

- Zeitplan für die Erarbeitung von TARPSY 2.0 frühzeitig vorlegen. Im Sinne eines lernenden Tarifsystems braucht es eine jährliche Datenerhebung, ein jährliches Antragsverfahren sowie eine entsprechend jährlich aktualisierte Tarifstruktur
- Massnahmen zur Verbesserung der Datenqualität einleiten, z.B. durch ausführliche zeitnahe Rückmeldungen der SwissDRG AG an die datenliefernden Spitäler. Einführung von Prozessen, die es den Kliniken ermöglichen, nicht-plausible Fälle umgehend zu erkennen und entsprechend korrigieren zu können.
- Für Altersstufen < 14, 14 bis 17 sowie 65 bis 79 und 80+ separat überprüfen, ob diese kostentrennend wirken
- Überprüfen, ob bei Minderjährigen und Senioren zusätzlich auftretende komplizierende Nebendiagnosen eine Kostenrelevanz haben
- Modell erarbeiten, damit bei mehreren komplizierenden Nebendiagnosen pro Fall sich dies auf das Kostengewicht auswirkt, z.B. ein an die Psychiatrie adaptiertes Modell analog zur PCCL-Logik der Akutsomatik
- Erarbeitung eines Konzepts für den Einbezug der Tages- und Nachtkliniken in TARPSY, vgl. Stellungnahmen der FMH zu früheren TARPSY-Versionen
- HoNOS-Werte 3 und 4 separat auswerten bzw. prüfen, ob die Werte 3 und 4 separat kostentrennend sind
- Auswertung auch des am 14. Tag nach Eintritt erhobenen HoNOS/-CA auf Kostenrelevanz
- Überprüfung der Phaseneinteilung und insbesondere der für TARPSY 1.0 eingeführten Bedingung, dass die dritte Phase spätestens bei Tag 60 beginnt.⁷

Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie gilt es, die Datenbasis zu verbessern und ein differenziertes Tarifsystem zu entwickeln. Die Verwendung des multiaxialen Klassifikationssystems (MAS) ist zu prüfen.

⁷ Aus klinischer Sicht wäre ein späterer Beginn der dritten Phase insbesondere für die Alterspsychiatrie, Suchtkliniken sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrie zu erwarten.