TARPSY WIRD EINER MODERNEN PSYCHIATRIE NICHT GERECHT

„Der Arbeitsaufwand ist bereits spürbar gestiegen – leider jedoch nicht zugunsten der PatientInnen, sondern lediglich bei den administrativen Aufgaben." – „Wir haben neue Stellen geschaffen, leider nicht bei den ÄrztInnen oder in der Pflege, es handelt sich dabei um KodiererInnen." – Solche Aussagen sind von Ärztinnen und Ärzten seit der Einführung der neuen Tarifstruktur TARPSY Anfang dieses Jahres immer wieder zu hören. Das Motto lautet: Wer geschickt dokumentiert und versiert kodiert, hat mehr davon.

Von Andreas Daurù

TARPSY setzt jedoch in mehreren Bereichen falsche Anreize: Die Kliniken werden zunehmend gezwungen sein, das Tarifsystem auszureizen. Beispielsweise werden stationäre Kurzaufenthalte aufgrund des Drei-Phasen-Modells finanziell attraktiv, obwohl aus fachlicher Sicht eine intermediäre Behandlung der PatientInnen eventuell sinnvoller wäre. Das Credo „ambulant vor stationär" wird dadurch aus rein monetären Gründen gefährdet.

Umgekehrt besteht die Gefahr, dass PatientInnen mit einer schweren psychischen Erkrankung aufgrund von Kurz- oder gar Kürzestaufenthalten nicht die entsprechend nötige, nachhaltige Behandlung erhalten und so die Drehtürpsychiatrie gefördert wird. Gerade verkürzte stationäre Klinikaufenthalte können, sofern fachlich vertretbar, in vielen Fällen nur dann realisiert werden, wenn danach ein ambulantes psychiatrisches Versorgungsnetz besteht und auch finanziert werden kann. Sowohl der Angebotsumfang als auch die Finanzierbarkeit sind heute von Kanton zu Kanton sehr unterschiedlich und müssen in einigen Kantonen als ungenügend beurteilt werden. Nicht zuletzt haben im Kanton Zürich zwei Kliniken je eine Tagesklinik geschlossen. Es entsteht hier also ein Entwicklung, die sich diametral gegen eine moderne Sozialpsychiatrie richtet.
Des Weiteren wird die Beschränkung auf die drei HoNOS (Nebendiagnosen-)Dimensionen „Aggressivität" (H1), „Selbstverletzung" (H2) und „körperliche Krankheit/Be-

hinderung“ (H5) einem in der Psychiatrie äusserst wichtigen individuellen Behandlungsansatz nicht gerecht. Die HoNOS-Kriterien bezüglich alltäglicher Aktivitäten, Problemen durch Wohnbedingungen und insbesondere das für die Reintegration immer wichtiger werdende Kriterium der Bedingungen im Beruf und im Alltag finden in TARPSY keinen Platz. Die Begründung liegt darin, dass diese anscheinend keinen erhöhten Betreuungsaufwand abbilden würden. Das Ziel einer guten und nachhaltigen Behandlung ist es jedoch, dass die PatientInnen in ein stabiles und gesundheitsförderndes Wohn- und Sozialumfeld entlassen und weiterhin im beruflichen Alltag bestehen bzw. wieder integriert werden können. Dies braucht entsprechende therapeutische und sozialarbeiterische Leistungen, die im aktuellen TARPSY 1.0 mit der Einschränkung auf drei HoNOS-Kriterien nicht abgebildet und somit nicht vorgesehen sind.

Auch die Unterscheidung von Diagnosegruppen auf der Basis des ICD-10 ist aus mehreren Gründen problematisch: zum einen wegen der Gefahr eines weiteren falschen Anreizes hin zu „lukrativen“ Diagnosen und zum grundsätzlichen Diagnosezwang. Zum anderen, weil sie die Stigmatisierung von PatientInnen fördert, die an vorübergehenden oder nicht klar diagnostizierbaren psychischen Krisen leiden. Gleichzeitig sind die Unterschiede zwischen den Kostengewichten gering, was den damit verbundenen administrativen Aufwand nicht rechtfertigt und personell unverhältnismässig hoch dotierte Kodierabteilungen in den einzelnen Kliniken zur Folge hat. Die diagnoseabhängige Pauschalisierung schafft Dienstleistungen mit Warencharakter. Sie fördert eine ökonomisch oder kommerziell motivierte „Optimierung“ der Kliniken als Unternehmen und stehen in Opposition zu einer professionell optimalen Versorgung. Es besteht die Gefahr, dass der Einsatz von Medikamenten infolge der ökonomischen Anreize zunehmen wird.

TARPSY IST WEDER WIRKSAM NOCH WIRTSCHAFTLICH

Als Fazit lässt sich feststellen, dass TARPSY weder wirksam noch zweckmässig oder gar wirtschaftlich ist und mit unerwünschten Effekten einhergeht. Das Tarifsystem verursacht einen erheblichen administrativen Mehraufwand, verfehlt bei Weitem eine relevante Kostentrennung zwischen den Diagnosegruppen und zieht ärztliche und pflegerische Fachkräfte von den PatientInnen ab. Die grösste Gefahr besteht jedoch darin, dass eine individuell angepasste und nachhaltige Behandlung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung zunehmend unter Druck gerät.
Bei einem Tarifmodell für die Psychiatrie muss die Aufenthaltsdauer auf medizinisch-pflegerischen Kriterien basieren und auf die Verfügbarkeit von alternativen Versorgungsangeboten Rücksicht nehmen. Wird eine generelle Senkung der Aufenthaltsdauer gewünscht, so muss dies mit adäquaten Angeboten (ambulante, intermediäre, aufsuchende, gemeindeintegrierte Angebote) erreicht werden. Ein mögliches Tarifmodell für die Psychiatrie muss deshalb den ganzheitlichen Einbezug aller Versorgungsangebote beinhalten.
Somit wird das ursprüngliche Ziel von TARPSY, nämlich die Verlangsamung der Kostenentwicklung, ad absurdum geführt: Die Kosten werden steigen, und die Patientinnen und Patienten werden leiden.

Andreas Daurù, Leiter Psychosoziales bei Pro Mente Sana.

Fortsetzung von Seite 13:

tiv mit. Die Mitarbeitenden in den Pilotberatungsstellen erhalten die Möglichkeit, sich mit dem neuen Angebot vertraut zu machen und sich Wissen zur Peerarbeit und zu Recovery anzueignen. Die Peermitarbeitenden werden in die bestehenden Teams integriert und lernen die Arbeit der Sozialberatung bei Pro Infirmis kennen.

VIELFÄLTIGE CHANCEN FÜR ALLE BETEILIGTEN

Die Einführung der Peerarbeit in der Sozialberatung von Pro Infirmis bringt viele Chancen mit sich – für die KlientInnen und die Peermitarbeitenden genauso wie für die bestehenden Teams und die Organisation. Die Einführung der Peerarbeit verändert die Gesprächskultur rund um psychische Gesundheit am Arbeitsplatz und schafft für alle Mitarbeitenden die Möglichkeit, sich mit Direktbetroffenen auszutauschen. Die bisherige Auseinandersetzung hinsichtlich der Einführung der Peerarbeit in der Sozialberatung stimmt zuversichtlich, dass die Peers fruchtbaren Boden werden betreten können. Das Projekt hat das Potenzial, auf verschiedenen Ebenen einen Beitrag zur Gleichstellung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen zu leisten und somit ein Kernanliegen von Pro Infirmis umzusetzen.

Christa Schwab ist Projektleiterin Peerarbeit bei Pro Infirmis. christa.schwab@proinfirmis.ch, www.proinfirmis.ch