

Krankenhaus-Report 2010

„Krankenhausversorgung in der Krise?“

Jürgen Klauber / Max Geraedts /
Jörg Friedrich (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2010

Auszug Seite 181-208



11	Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen.....	181
	<i>Jürgen Fritze</i>	
11.1	Gesetzlicher Auftrag	182
11.2	Zweck des Beitrags	183
11.3	Bisheriges Entgeltsystem für psychische Krankheiten	183
11.4	Behandlungsbereiche der Psych-PV als Patienten- klassifikationssystem.....	191
11.5	ICD- und OPS-Basierung der Systementwicklung	198
11.6	Kalkulationsverfahren.....	205
11.7	Begleitforschung	206
11.8	Fazit	207

11 Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

Jürgen Fritze

Abstract

Das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) verlangt von der Selbstverwaltung die Entwicklung eines grundsätzlich gemeinsamen, einheitlichen Entgeltsystems von Tagespauschalen für teil- und vollstationäre Leistungen der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen, das den unterschiedlichen Aufwand der Behandlung bestimmter, medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen abzubilden hat. Das System soll von den Behandlungsbereichen der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) ausgehen. Es soll im Jahr 2013 erstmals – unter dem Schutz der Budgetneutralität – anzuwenden sein. Für die Zeit nach 2013 bedarf es weiterer Vorgaben des Gesetzgebers. Die Systementwicklung muss Probleme bewältigen, die sich aus der hier dargestellten Variabilität von Krankenhaushäufigkeit, Verweildauern, Indikationsspektren und Pflegesätzen zwischen den Bundesländern und damit vermutlich Einrichtungen ergeben, außerdem mit der Variabilität, die sich aus den hier beleuchteten Unschärfen der Operationalisierungen der Psych-PV-Behandlungsbereiche ergeben. Es wird vorgeschlagen, den Prozedurenschlüssel (OPS) sparsam nur um solche Codes zu ergänzen, die trennscharfe Deskriptoren von Patientengruppen mit voraussichtlich unterschiedlichem Ressourcenverbrauch liefern, und auf Komplexleistungs-codes möglichst zu verzichten, damit das System möglichst durch Merkmale der Patienten und nicht der Einrichtungen bestimmt wird. Insbesondere müssen die wahrscheinlich höheren Aufwände, die aus Selbst- oder Fremdgefährdung sowie Pflegebedarf resultieren, trotz datenschutzrechtlicher Widerstände abbildbar werden. Die im Gesetz vorgeschriebene Begleitforschung sollte auf Patientendaten aufsetzen und unmittelbar starten.

Legislation requires that the partners of the self-administration develop an in principle joint, uniform payment system consisting of per diem lump sums for part time and full inpatient treatment in psychiatric and psychosomatic facilities, based on cost homogeneity. The system should start from the „treatment areas“ of the psychiatry personnel directive (Psych-PV). It is to be applied by 2013 for the first time, under the protection of budgetary neutrality. Further legislation is needed for the time after 2013. The new system must manage problems resulting from the profound variability of hospital utilization, length of stay, diagnostic spectra and fees between the federal states and presumably the facilities as well as the variability resulting from the fuzziness of the operationalisations of the „treatment areas“. The author proposes to supplement the Code of Operations and Procedures (OPS) in the interest of efficiency only by codes

which presumably allow a clear distinction of patient groups with probably different resource consumption, and to avoid codes for complex services. In particular, resource consumption resulting from suicidality or aggression as well as special nursing care must become codable in spite of data protection regulations. The accompanying research stipulated by law should rely on patient data and should start at baseline.

11.1 Gesetzlicher Auftrag

Das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) ändert ab 01.01.2009 die nur noch für stationäre Einrichtungen der Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie sowie der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie gültige Bundespflegesatzverordnung (BPflV) sowie mit einem neuen § 17d das Krankenhausentgeltgesetz (KHG). Mit den Änderungen der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) wird die Personalbemessung in Einrichtungen, die der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) unterliegen, verbessert. § 17d KHG beauftragt die Parteien der Selbstverwaltung (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenkassen, Verband der privaten Krankenversicherung), für teil- und vollstationäre Leistungen dieser psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen ein grundsätzlich gemeinsames, einheitliches Entgeltsystem von Tagespauschalen zu entwickeln, das den unterschiedlichen Aufwand der Behandlung bestimmter, medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen abzubilden hat. Idealtypisch würden aufwands- und kostenhomogene Patientengruppen identifiziert. Das System ist im Jahr 2013 erstmals – unter dem Schutz der Budgetneutralität – anzuwenden. Die Parteien haben sich dabei der Unterstützung durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zu bedienen.

Bezüglich der formalen Vorgaben zum Entwicklungs- und Einführungsprozess und im Sinne der Systemlogik nimmt § 17d KHG Bezug auf das für somatische Einrichtungen gültige DRG-System. So sollen beispielsweise für aufwandshomogene Gruppen die Aufwände als Bewertungsrelationen (Relativgewichte) ausgedrückt werden, sodass sich die Tagespauschale aus der Multiplikation des Relativgewichts mit einem Basistageswert ergibt. Die Bewertungsrelationen sind aus den Ist-Kosten (Kostenträgerrechnung) zu ermitteln; indem es sich um Bewertungsrelationen handelt, bedeutet dies nicht etwa, dass künftig Ist-Kosten erstattet würden. Des Weiteren soll die Möglichkeit von Zusatzentgelten genutzt werden, soweit dadurch die Abgrenzung aufwandshomogener Gruppen ermöglicht wird. Einrichtungen, deren Patienten sich noch nicht aufwandshomogenen Gruppen zuordnen lassen, können vorübergehend als „besondere Einrichtungen“ vom neuen Entgeltsystem ausgenommen werden. Mit besonderen Vorhaltekosten verbundene Standortnachteile sollen durch Sicherstellungszuschläge kompensiert werden können. Die Angemessenheit des Systems der Patientenklassifikation und der dazugehörigen Bewertungsrelationen ist grundsätzlich jährlich zu prüfen – also anhand jährlich neuer Datenerfassungen neu zu kalkulieren – und ggf. anzupassen.

11.2 Zweck des Beitrags

Dieser Beitrag soll sich nicht kritisch mit dem Gesetz auseinandersetzen, sondern versuchen datenbasiert zu analysieren, vor welchem Hintergrund das Gesetz umzusetzen ist, mit welchen Problemen dabei zu rechnen ist und welche Lösungen es geben könnte. Das Gesetz enthält auch einen Auftrag zu prüfen, ob für bestimmte Leistungsbereiche andere Abrechnungseinheiten eingeführt und inwieweit auch Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen einbezogen werden können. Dieser Prüfauftrag gilt damit auch der Frage, inwieweit das künftige Regelleistungsentgeltsystem teilweise oder vollständig Komponenten der integrierten Versorgung nach §§ 140a ff SGB V umfassen kann. Indem psychische Krankheiten überwiegend einen chronischen oder chronisch-rezidivierenden Verlauf nehmen, mit häufigem Wechsel des Bedarfs an ambulanter, akutstationärer und rehabilitativer Behandlung, verspricht hier integrierte Versorgung besondere Vorteile. Obwohl integrierte Versorgung psychisch Kranker also besonders attraktiv sein sollte, spielt sie quantitativ bisher eine deutlich untergeordnete Rolle. Indem §§ 140a ff SGB V sie für psychisch Kranke bereits ermöglicht, hat der diesbezügliche Prüfauftrag keine Priorität, weshalb er hier nicht weiter diskutiert wird. Es sei aber betont, dass integrierte Versorgung psychisch Kranker sich weiter entwickeln sollte. Dies legen auch die hier zu zeigenden Daten zur vollstationären Versorgung nahe, erst recht, wenn man sie in Beziehung zu – hier nicht gezeigten – Daten über rehabilitative Leistungen anderer Einrichtungen und Kostenträger betrachtet.

11.3 Bisheriges Entgeltsystem für psychische Krankheiten

Psychisch Kranke werden unter psychiatrischer Hauptdiagnose in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene bzw. Kinder- und Jugendliche, in psychosomatischen Einrichtungen und in somatischen Einrichtungen stationär behandelt. Hierbei werden die Leistungen somatischer Einrichtungen nach DRGs abgerechnet, während psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen mit § 17b KHG vom DRG-System ausgenommen sind und krankenhausindividuelle, tagesgleiche Entgelte je Belegungstag abrechnen. Für die psychiatrischen Einrichtungen gibt die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) seit 1991 eine Kalkulationsbasis für die Personalbemessung vor, aus der sich grundsätzlich das Jahresbudget der Einrichtungen ergibt. Die für jeden Patienten identischen krankenhausindividuellen Tagespflegesätze psychiatrischer Einrichtungen stellen grundsätzlich Abschlagszahlungen auf das Jahresbudget dar, dessen auf Personalkosten entfallender Anteil aus der Personalbemessung gemäß Psych-PV abgeleitet wird. Nur eine Minderheit der psychosomatischen Einrichtungen wendet die Psych-PV als Basis der letztlich ausgehandelten Tagespflegesätze an.

Gesetz und amtliche Begründung lassen die Motive, warum von dem bisherigen Entgeltsystem künftig abgegangen werden soll, nicht explizit erkennen. Zu den Motiven dürfte gehören, dass die Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung 2005 durch die Aktion Psychisch Kranke im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (Psychiatrie-Verlag 2007) ergab, dass in einem relevanten Anteil der Ein-

richtungen die Personalbemessung gemäß Psych-PV deutlich unterschritten wurde, was i. W. aus einer Unterfinanzierung gemäß BPflV resultiere. Zu den Motiven dürfte auch gehören, dass der Personalbemessung gemäß Psych-PV ein Expertenwissen aus der Zeit vor 1990 zugrunde liegt und sich seither die wissenschaftliche Fundierung der Behandlung psychischer Krankheiten und damit die medizinischen Standards erheblich verändert haben. Zu den Motiven dürfte auch gehören, dass für somatische Einrichtungen mit dem DRG-System inzwischen ein System leistungsgerechter Entgelte entwickelt und 2003 eingeführt wurde und jährlich gepflegt wird, während sich für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen – die aus gutem Grunde, nämlich um ökonomisch motivierten Schaden von den Kranken abzuwenden – vom DRG-System ausgenommen wurden, fragt, inwieweit die bisherigen krankenhausindividuellen Tagespflegesätze Behandlungsqualität und Effizienz gewährleisten.

Kennzahlen der bisherigen vollstationären Versorgung unabhängig vom Einrichtungstyp

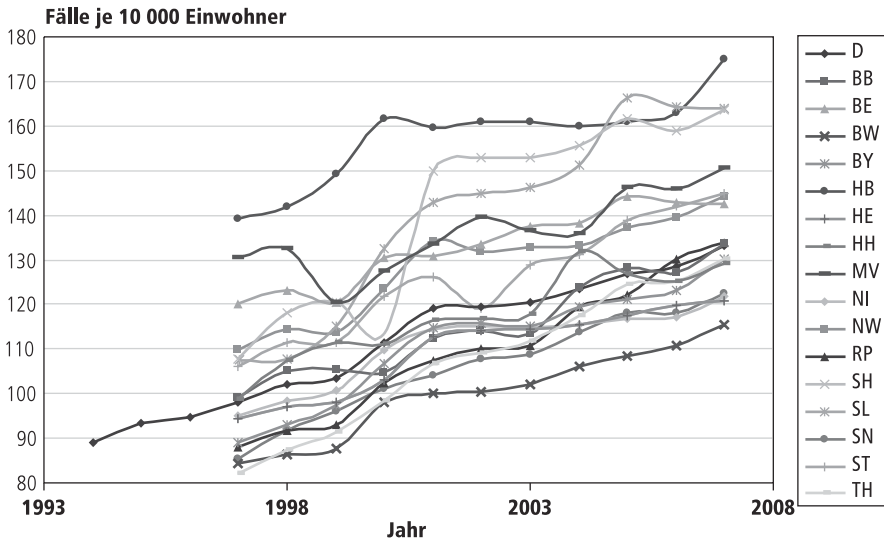
Einige Kennzahlen der bisherigen vollstationären Versorgung können die Gründe offenbaren, warum ein neues Entgeltsystem entwickelt werden soll, und sie zu kennen erscheint als Grundlage für die Entwicklung eines solchen Systems geboten. Allerdings ist die Möglichkeit von Analysen wegen der noch unzureichenden Gesundheitsberichterstattung schmerzhaft begrenzt. Datenquellen bietet nur das Statistische Bundesamt. Grundsätzlich könnten auch Daten der Kostenträger herangezogen werden; diese müssten aber zusammengeführt werden (wie gemäß § 303a ff SBG V vorgesehen), da bei Berücksichtigung nur versicherungsindividueller Daten Verzerrungen zu erwarten wären.

Gemäß der Krankenhausdiagnosestatistik des Statistischen Bundesamtes ist die Krankenhaushäufigkeit (Fälle je 10000 Einwohner) aufgrund von psychischen Krankheiten (ICD-10 Kapitel F) in den letzten Jahren erheblich gestiegen (Abbildung 11–1). Über die Jahre recht konstant entfallen davon 25–30% auf somatische (dem DRG-System unterliegende) Einrichtungen, die zu einem beachtlichen Teil insbesondere Suchterkrankungen versorgen.

Parallel ist die Krankenhausverweildauer der Fälle mit psychiatrischer Hauptdiagnose über die Jahre gesunken (Abbildung 11–2). Die abgebildeten Zeitreihen (aus der sog. tiefgegliederten Diagnosestatistik des Statistischen Bundesamtes) differenzieren nicht zwischen psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen einerseits und somatischen andererseits. Dies würde Sonderauswertungen des Statistischen Bundesamtes verlangen. Öffentlich zugängliche Daten zu teilstationären Fällen fehlen. Eine Interpretation der beiden zeitlichen Trends im Sinne der therapeutischen Angemessenheit soll hier nicht interessieren, zumal sie vage bleiben müsste. Als Erklärung für die steigende Krankenhaushäufigkeit erscheint eine sich ändernde Morbidität vor dem Hintergrund epidemiologischer Studien aber wenig wahrscheinlich. Grund für den Anstieg ist eher eine wachsende Inanspruchnahme, die auch Ausdruck einer willkommenen Entstigmatisierung psychischer Krankheiten und psychiatrischer Einrichtungen sein kann – willkommen auch, weil dies frühere und sachgerechtere Therapie ermöglichen kann. Wegen des Fallbezuges der Daten des Statistischen Bundesamtes kann eine steigende Wiederaufnahmerate nur postuliert

Abbildung 11-1

Vollstationäre Krankenhaushäufigkeit (Fälle je 10 000 Einwohner) mit psychiatrischer Hauptdiagnose (ICD-10 Kapitel F) in Deutschland und nach Bundesländern



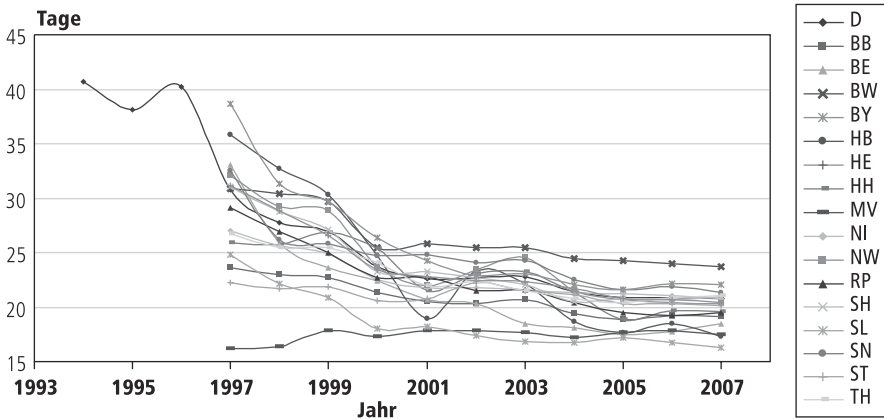
Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

WlD0

Abbildung 11-2

Vollstationäre Krankenhausverweildauer mit psychiatrischer Hauptdiagnose



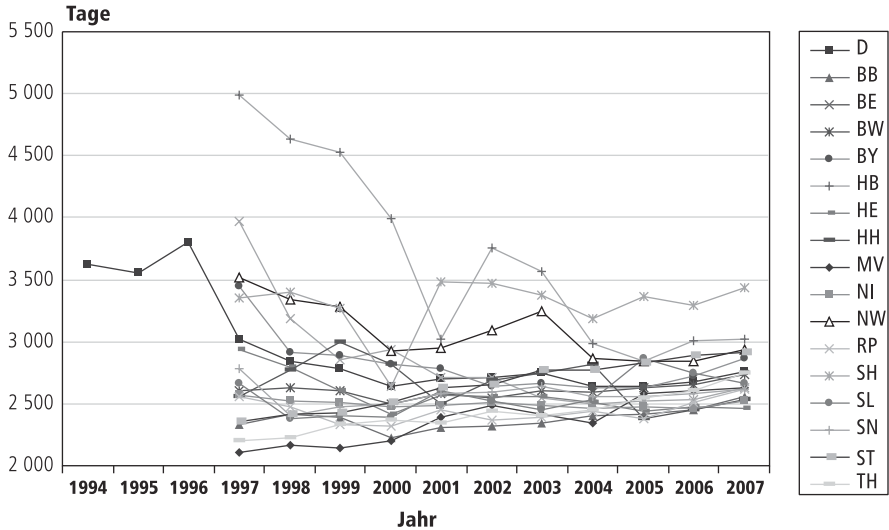
Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

WlD0

Abbildung 11-3

Vollstationäre Krankenhausbelegungstage mit psychiatrischer Hauptdiagnose (ICD-10 Kapitel F) je 10 000 Einwohner nach Bundesländern



Quelle: Statistisches Bundesamt; ob der Peak im Jahr 1996 ein Artefakt darstellt, lässt sich nicht klären

Krankenhaus-Report 2010

Wido

werden. Tatsächlich zu objektivieren wäre sie nur, wenn personenbezogene (selbstverständlich pseudonymisierte) Daten zur Verfügung stünden. Tatsächlich ist aus Daten einzelner Krankenversicherer erkennbar, dass die Wiederaufnahmerate steigt, was aber aus epidemiologischen Gründen nur generalisierbar und dann interpretierbar wäre, wenn die Daten im Sinne einer repräsentativen Stichprobe zusammengeführt würden. Dies ist mit § 303a ff SBG V grundsätzlich möglich, aber nicht umgesetzt.

In der Summe aller Belegungstage wegen psychischer Krankheit ist bis zum Jahr 2000 ein Rückgang zu verzeichnen; seither ist kein systematischer Trend erkennbar. Als Substitut für den nicht möglichen Personenbezug – eigentlich relevant wäre die Summe der Belegungstage je Patienten über das Jahr – wird der mögliche Effekt der Wiederaufnahmerate anhand der Belegungstage je 10 000 Einwohner illustriert (Abbildung 11-3). Zwischen den Bundesländern – und vermutlich zwischen den Einrichtungen – variieren Krankenhaushäufigkeit (Abbildung 11-1), –verweildauer (Abbildung 11-2) und Belegungstage (Abbildung 11-3) erheblich, wobei Unterschiede der Morbidität, die dies erklären könnten, unwahrscheinlich sind. Zu den Gründen dürfte gehören, dass die Krankenhausplanung in den Hoheitsbereich der Bundesländer gehört, worauf auch Unterschiede der regionalen Kapazitäten der vertragsärztlichen und komplementären Versorgung Einfluss haben können, woraus wiederum angebotsinduzierte Nutzung resultieren kann. Auf die grundsätzlich mögliche Analyse der nach den Krankenhausplänen der Länder vorgehaltenen Betten/Plätze wird hier verzichtet und auf den jüngsten Bericht „Psychiatrie

in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven“ (2007) der Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) im Auftrag der Gesundheitsministerkonferenz verwiesen.

Kennzahlen der bisherigen vollstationären Versorgung durch psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

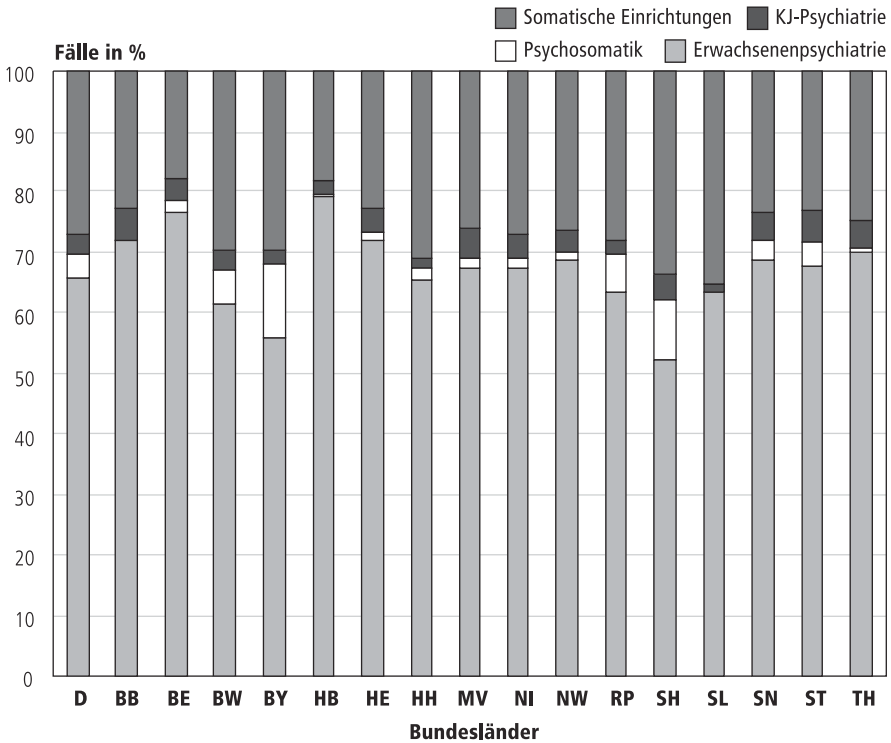
Für die Entwicklung eines Systems leistungsgerechter Entgelte von Relevanz ist die Variabilität (Abbildung 11–1 und 11–2) von Krankenhaushäufigkeit und –verweildauer zwischen den Bundesländern und damit vermutlich (krankenhausindividuelle Daten sind nicht zugänglich) zwischen den einzelnen stationären Einrichtungen. Um zumindest einen punktuellen Eindruck zu gewinnen, wurden exemplarisch für das Jahr 2007 (jüngster verfügbarer Jahrgang) die Bundesländer bezüglich Krankenhaushäufigkeit und –verweildauer ausschließlich der psychiatrischen (für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche) und psychosomatischen Einrichtungen verglichen. Im Jahr 2007 wurden in den Bundesländern zwischen 95 % und 100 % der Fälle von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen dort unter einer psychiatrischen Hauptdiagnose (aus ICD-10-Kapitel F) behandelt. Es ist nicht auszuschließen, dass sich im jeweiligen Rest (Hauptdiagnosen aus allen anderen ICD-Kapiteln) auch Fehlkodierungen verbergen, weshalb diesem Thema nicht nachgegangen werden soll.

Die Versorgungsanteile vollstationärer Fälle der Einrichtungstypen variieren zwischen den Bundesländern erheblich (Abbildung 11–4). Dabei ist zu berücksichtigen, dass die entsprechend den Krankenhausplänen vorgehaltenen – und hier insbesondere die teilstationären – Kapazitäten erheblich variieren und Brandenburg und das Saarland keine spezialisierten Einrichtungen für Psychosomatik ausweisen. Es kann nicht beurteilt werden, inwieweit die Unterschiede angemessen sind, um besonderen regionalen Versorgungsbedarfen zu genügen.

Die für alle Krankenhausfälle mit psychiatrischer Hauptdiagnose unabhängig vom Fachabteilungstyp festgestellte Variabilität der Krankenhaushäufigkeit (Abbildung 11–1) zwischen den Bundesländern ergibt sich auch für Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie (Abbildung 11–5), Psychosomatik (Psychotherapeutische Medizin) (Abbildung 11–6; die Bundesländer Brandenburg und Saarland weisen keine separaten Einrichtungen für Psychosomatik aus) und Kinder- und Jugendpsychiatrie (Abbildung 11–7), wobei der Einfluss unterschiedlicher Altersstrukturen der Bundesländer nicht berücksichtigt wird. Es soll unkommentiert bleiben, welche Rationalitäten sich hinter der Variabilität verbergen; z. B. können die in urbanen Zentren bekannte höhere Morbidität oder Unterschiede der Erreichbarkeit ambulanter und stationärer Versorgungsangebote dazu beitragen, aber auch eine Versorgung über die Landesgrenzen hinweg wie z. B. in Bremen. Da der Personenbezug fehlt, kann nicht abgeschätzt werden, welchen Beitrag zur Variabilität unterschiedliche Wiederaufnahmeraten leisten. Die Versorgung über die Landesgrenzen hinweg dürfte eine Erklärung insbesondere für die Variabilität der Inanspruchnahme psychosomatischer Einrichtungen mit Häufigkeitsgipfeln in Bayern und Schleswig-Holstein darstellen (Abbildung 11–6); daraus ergibt sich die Frage, inwiefern diese Einrichtungen neben dem akutmedizinischen Versorgungsauftrag auch rehabilitativ tätig sind. Die Variabilität der Inanspruchnahme von Einrichtungen der

Abbildung 11–4

Vollstationäre Krankenhausfälle mit psychiatrischer Hauptdiagnose nach Art der versorgenden Einrichtung 2007



Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

WlD0

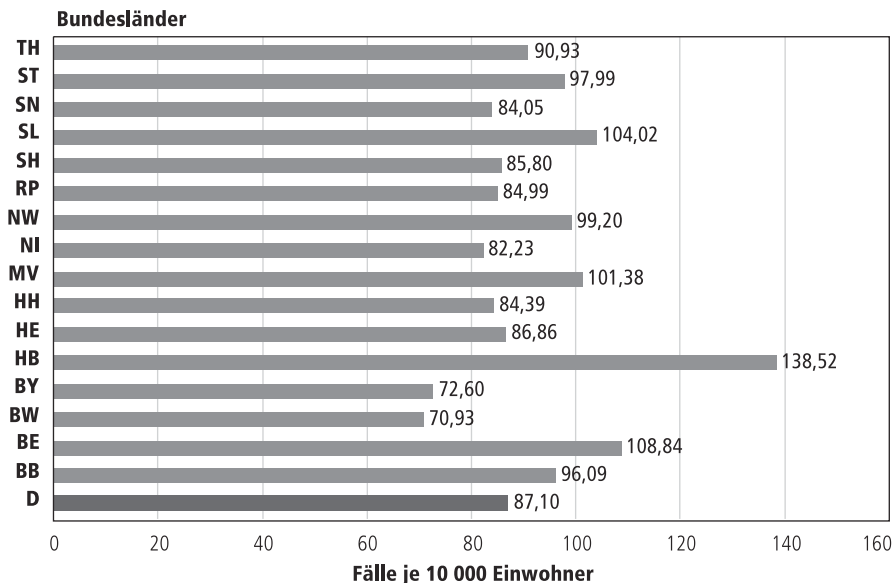
Kinder- und Jugendpsychiatrie (Abbildung 11–7) lässt sich nicht durch die Altersstruktur erklären.

Die für alle Krankenhausfälle mit psychiatrischer Hauptdiagnose unabhängig vom Fachabteilungstyp festgestellte Variabilität der Krankenhausverweildauer (Abbildung 11–2) zwischen den Bundesländern zeigt sich auch für Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie (Abbildung 11–8), der Psychosomatik (Psychotherapeutische Medizin) (Abbildung 11–9) und der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Abbildung 11–10). Wiederum soll und kann nicht untersucht werden, welche Rationalitäten sich dahinter verbergen (z. B. Unterschiede in den komplementären Versorgungsstrukturen), da der Datenmangel keine schlüssigen Interpretationen erlaubt. Die Variabilität der Belegungstage je 10 000 Einwohner zwischen den Bundesländern ähnelt derjenigen der Krankenhaushäufigkeit, weshalb die Daten hier nicht dargestellt werden.

Aus ökonomischer Perspektive interessieren die Belegungstage (Produkt aus Fällen und Verweildauer), wobei zu den Unterschieden zwischen den Bundesländern Unterschiede der Wiederaufnahmeraten beitragen können. Dies ist anhand der

Abbildung 11–5

Vollstationäre Krankenhaushäufigkeit (Fälle je 10 000 Einwohner) mit psychiatrischer Hauptdiagnose in Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie 2007



Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

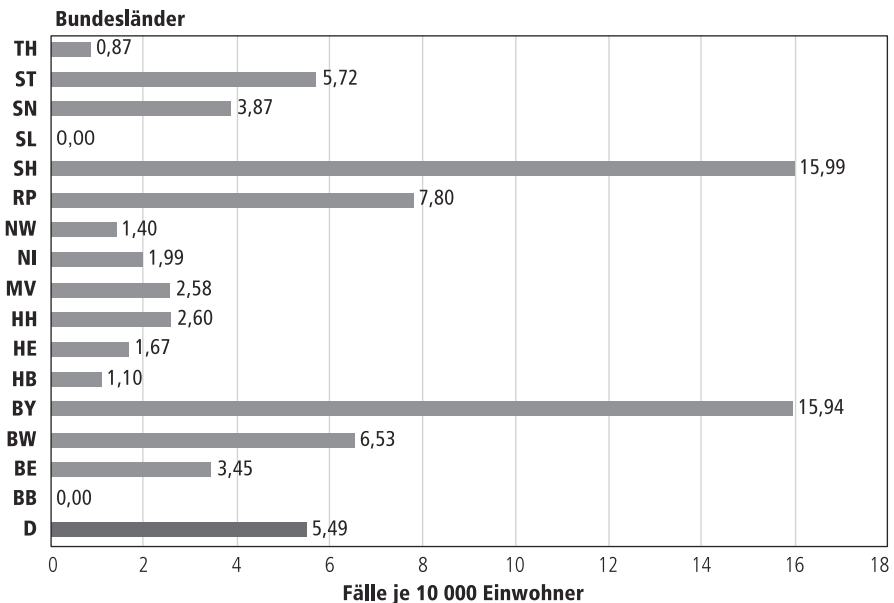
WlDO

öffentlich zugänglichen fallbezogenen Statistik, also ohne Personenbezug, nur spekulativ möglich, indem man die Belegungstage je 10 000 Einwohner betrachtet. Dabei liegt für die Erwachsenenpsychiatrie Bremen mit 2 619 an der Spitze, gefolgt von Nordrhein-Westfalen mit 2 471. Mecklenburg-Vorpommern liegt mit 1 876 am unteren Ende. Für die psychosomatischen Einrichtungen führt Bayern mit 579, gefolgt von Schleswig-Holstein mit 608, am unteren Ende liegt Thüringen mit 42. Für Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie führt Sachsen-Anhalt mit 355, gefolgt von Mecklenburg-Vorpommern mit 312, am unteren Ende liegt das Saarland mit 82. Die krasse Variabilität zumindest bei Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Psychosomatik signalisiert, dass das Kriterium Belegungstage je Einwohnerzahl nur mit großer Vorsicht als Substitut für die Wiederaufnahmerate bei fehlendem Personenbezug interpretiert werden kann.

Bezüglich der versorgten Indikationen gibt es zwischen psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen bei den affektiven Störungen (ICD-10 F3), den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (ICD-10 F4) sowie den Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (ICD-10 F6) erhebliche Überlappungen, während die originär psychosomatischen Störungen (ICD-10 F5) in psychosomatischen Einrichtungen eine quantitativ eher untergeordnete Rolle spielen (Abbil-

Abbildung 11–6

Vollstationäre Krankenhaushäufigkeit (Fälle je 10 000 Einwohner) mit psychiatrischer Hauptdiagnose in Einrichtungen der Psychosomatik und Psychotherapeutischen Medizin 2007



Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

WidO

dung 11–11). Dies hat der Gesetzgeber gewürdigt, indem er für beide Einrichtungstypen grundsätzlich ein einheitliches Entgeltsystem vorsieht.

Die Diagnosespektren in psychiatrischen (Abbildung 11–12), psychosomatischen (Abbildung 11–13) und kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen (Abbildung 11–14) erklären wohl kaum die Unterschiede der Verweildauern zwischen den Bundesländern. Auch die Altersverteilungen in psychiatrischen (Abbildung 11–15) und psychosomatischen (Abbildung 11–16) Einrichtungen können die Verweildauerunterschiede zwischen den Bundesländern allenfalls zu einem kleinen Teil erklären. Für psychiatrische Einrichtungen könnte ein Zusammenhang zwischen Alter und Verweildauer bestehen, der gleichwohl beim Vergleich nur auf Ebene der Bundesländer ($r = 0,26$) nicht signifikant ist. Für psychosomatische Einrichtungen wird ein signifikanter inverser Zusammenhang ($r = -0,56$) beobachtet, der nur als deskriptiv zu verstehen ist und erklärungsbedürftig wäre.

Die Variabilität der Verweildauern steht in Einklang mit dem Befund, dass bei psychischen Krankheiten die Diagnose einen nur sehr beschränkten prädiktiven Wert für den Ressourcenbedarf und damit auch die Verweildauer hat. Dies hat der Gesetzgeber gewürdigt, indem das künftige Entgeltsystem grundsätzlich keine Fallpauschalen vorsehen soll (Abbildung 11–15 und 11–16).

Abbildung 11–7

Vollstationäre Krankenhaushäufigkeit (Fälle je 10000 Einwohner) mit psychiatrischer Hauptdiagnose in Einrichtungen Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie 2007



Quelle: Statistisches Bundesamt

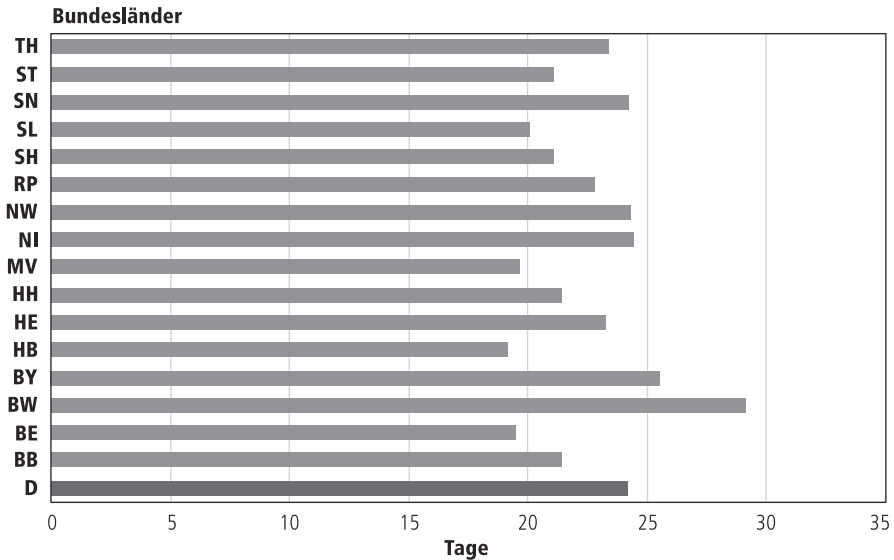
Krankenhaus-Report 2010

WIdO

11.4 Behandlungsbereiche der Psych-PV als Patientenklassifikationssystem

§ 17d KHG schreibt vor, als Patientenklassifikationssystem sei von den mit der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) definierten Behandlungsbereichen auszugehen, soweit Patienten in Einrichtungen behandelt werden, die die Psych-PV bisher anwenden, ansonsten – das gilt wohl für die Mehrzahl der psychosomatischen Einrichtungen – von Alter, Geschlecht, Haupt- und Nebendiagnosen gemäß ICD, Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS). Die Behandlungsbereiche gemäß Psych-PV können als Komplexcode verstanden werden, wie sie in den letzten Jahren zunehmend Eingang in den OPS gefunden haben. Es bietet sich also an, für die vom Gesetz geforderte jährliche elektronische Lieferung der Zuordnung jedes einzelnen Krankenhausfalles zu einem der Psych-PV-Behandlungsbereiche grundsätzlich für jeden Behandlungstag – soweit sich im Verlauf eine Änderung ergibt – durch Zuordnung der 25 Behandlungsbereiche zu Pseudo-OPS-Codes zu ermöglichen. Dann würden also die Behandlungsbereiche im OPS kodiert. Da aber für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen dieselbe Verpflichtung wie für somatische Einrichtungen gilt, u. a. die OPS-Codes auch im Rahmen der Lieferung der Abrechnungsdaten nach § 301 SGB V zu liefern, müssten die Partner der Selbstver-

Abbildung 11–8

Vollstationäre Krankenhausverweildauer mit psychiatrischer Hauptdiagnose in Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie 2007


Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

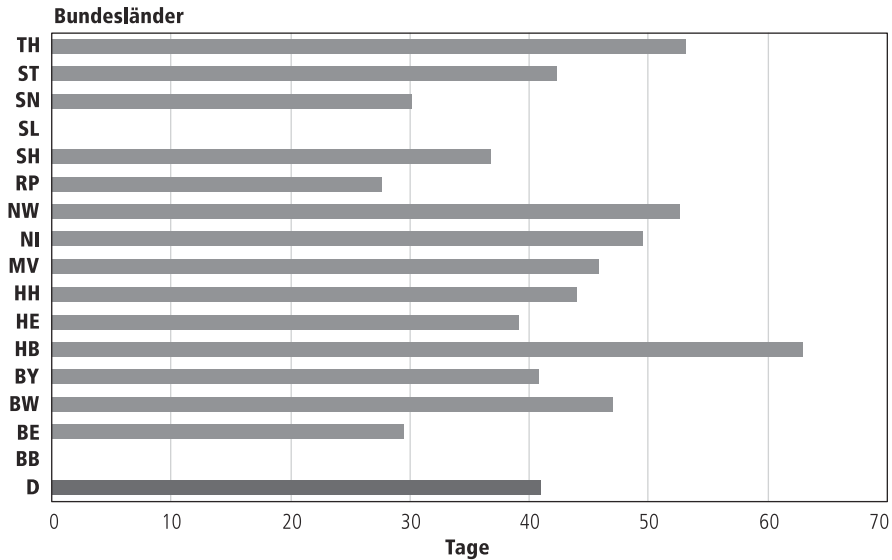
Wido

waltung klarstellen, dass diese – neue – Transparenz in den kommenden Jahren nicht in den Pflegesatzvereinbarungen missbraucht wird. Auch formalrechtlich wäre das ausgeschlossen, da sich die Budgetbemessung ausschließlich aus den vier Stichtagserhebungen eines Jahres ergibt, also nicht aus den Psych-PV-Zuordnungen aller Fälle eines Jahres.

Die Psych-PV und ihre Anlagen beschreiben die Operationalisierungen der Behandlungsbereiche. Abgrenzungskriterien sind grundsätzlich das Alter (z. B. < 19 Jahre: Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie, 19 bis 65 Jahre: Allgemeinpsychiatrie, > 64 Jahre: Gerontopsychiatrie), die Indikation (Abhängigkeitskranke vs. alle anderen), vollstationäre vs. tagesklinische (A6, S6, G6, KJ7) Behandlung, Psychotherapie (A5, S5, G5) vs. keine Psychotherapie in relevantem Umfang sowie dann jeweils die Behandlungsziele, die Behandlungsmittel und bestimmte Merkmale des Patienten. Analog der Komplexcodes des OPS beschreibt die Psych-PV für die Behandlungsbereiche die an der Behandlung mitwirkenden Berufsgruppen einschließlich ihrer dabei entstehenden – durchschnittlichen – Zeitaufwände.

In Anlehnung an die derzeitige Entwicklung in der Schweiz könnten die Behandlungsbereiche der Psych-PV schlicht als definierendes und damit abschließend abgrenzendes Merkmal der „aufwandshomogenen Gruppen“ herangezogen werden, sodass den Behandlungsbereichen auf Basis der grundsätzlich jährlichen Kostenträgerrechnung Bewertungsrelationen (Relativgewichte) zugeordnet würden. Aus den Zeitaufwänden der mitwirkenden Berufsgruppen ließen sich problemlos

Abbildung 11–9

Vollstationäre Krankenhausverweildauer mit psychiatrischer Hauptdiagnose in Einrichtungen der Psychosomatik und Psychotherapeutischen Medizin 2007


Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

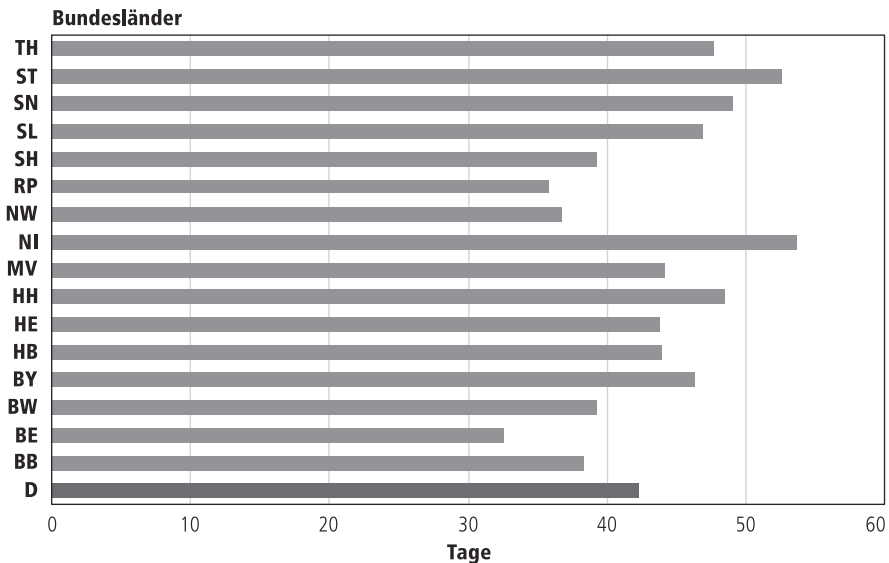
Wido

anhand der Lohnkosten Kosten und daraus die Bewertungsrelationen ableiten. Damit würde sich die Kostenträgerrechnung im Start „erübrigen“. Die dann folgende jährliche Kostenträgerrechnung würde „nur“ (mit kaum vertretbarem bürokratischen Aufwand) prüfen, welche Zeitaufwände jeder Berufsgruppe bei jedem einzelnen Patienten tatsächlich angefallen sind und die Bewertungsrelationen entsprechend anpassen.

Ein solches Verfahren würde voraussetzen, dass die Operationalisierungen der Behandlungsbereiche anhand der von der Psych-PV und ihren Anlagen vorgegebenen Merkmale trennscharf sind. Anderenfalls wären letztlich nicht aufzulösende Auseinandersetzungen zwischen Krankenhaus und Kostenträgern über die Korrektheit der Zuordnung zum einen oder anderen Behandlungsbereich zu erwarten. In der Vergangenheit beschränkten sich derartige Auseinandersetzungen auf die überschaubare Zahl der Patienten an den vier Tagen der Stichtagserhebung eines Jahres. In Zukunft würden die Auseinandersetzungen jedem einzelnen Patienten und grundsätzlich jedem seiner Behandlungstage gelten, wobei die Patientenstruktur dann nicht mehr nur budget-, sondern auch entgeltrelevant ist. Sind die Operationalisierungen der Behandlungsbereiche also hinreichend trennscharf?

Wenn die Operationalisierungen trennscharf wären, dann müssten die Einstufungen an den Stichtagserhebungen über die letzten Jahre – nach Abschluss der Enthospitalisierung und Aufbau komplementärer Versorgungsstrukturen (betreutes Wohnen etc.) – recht stabil sein. Tatsächlich haben aber rehabilitative Behandlung

Abbildung 11–10

Vollstationäre Krankenhausverweildauer mit psychiatrischer Hauptdiagnose in Einrichtungen der Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie 2007


Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

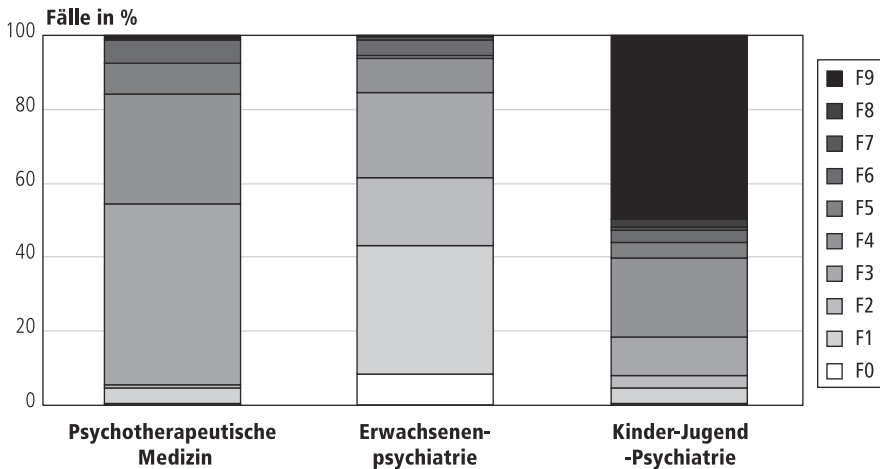
WIdO

(A3, S3, G3) und „Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker“ (A4, S4, G4) zugunsten der Regelbehandlung (A1, S1, G1) und Intensivbehandlung (A2, S2, G2) erheblich an Anteilen verloren (Abbildung 11–17). Es darf vermutet werden, dass dieser Trend auch ökonomischen Motiven zu verdanken ist, wobei aber auch eine steigende Wiederaufnahmerate im Sinne von Kriseninterventionen und Leistungsverlagerungen beigetragen haben mögen. Bei dieser Betrachtung wird bewusst die tagesklinische Behandlung ignoriert, da deren Inanspruchnahme und damit Anteil (Abbildung 11–18) wesentlich davon abhängt, ob und wie viele tagesklinische Behandlungsplätze in den jeweiligen Krankenhausplan aufgenommen und aufgrund der Pflegesatzvereinbarungen finanziert sind. Aus Gründen auf Seiten der Patienten ist die Variabilität zwischen den Bundesländern in Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie (Abbildung 11–18 links) und Kinder- und Jugendpsychiatrie (Abbildung 11–18 rechts) jedenfalls nicht interpretierbar. Da sich die therapeutischen Leistungen im teilstationären Setting nicht grundlegend vom vollstationären unterscheiden, wäre zu prüfen, ob das Strukturmerkmal Setting (Ort der Leistungserbringung) in einem künftigen System nicht im Interesse größerer Flexibilität zugunsten der Patienten ausgegliedert werden kann.

Ein durch eindeutige Grenzen definiertes Alterskriterium könnte eine kategoriale und damit konfliktfreie Abgrenzung erlauben, wenn nicht die Psych-PV z. B. die Zuordnung zur Gerontopsychiatrie mit dem Merkmal „in der Regel über 65 Jahre alt“ operationalisieren würde. Das derzeit von Medicare auf Basis rund zehnjähriger

Abbildung 11–11

Diagnosespektren vollstationärer Krankenhausfälle mit psychiatrischer Hauptdiagnose in Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie (PP), Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin (PM) und Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie (KJP) 2007



Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

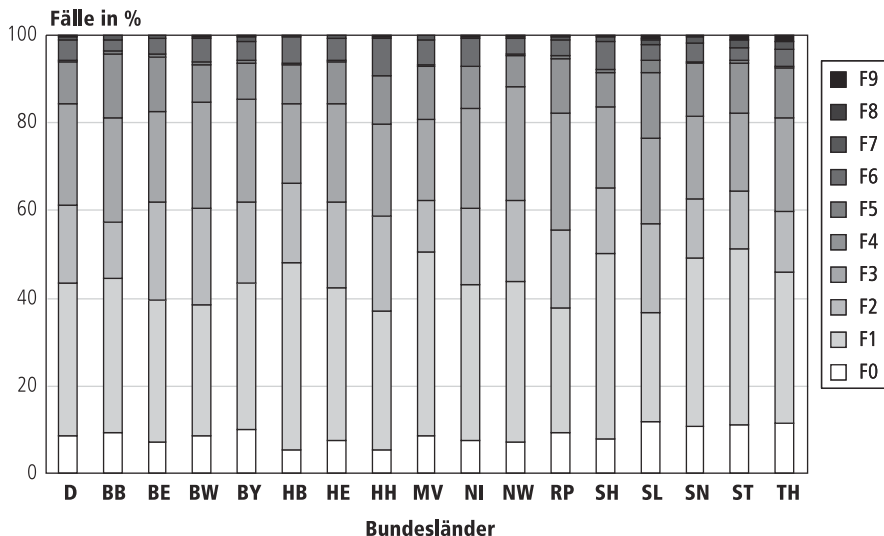
WldO

ger Entwicklungsarbeit in den USA eingeführte „Inpatient Psychiatric Facility Prospective Payment System“ (IPFPPS) legt nahe, dass Behandlungsaufwände mit dem Alter korrelieren, sodass das neue System möglicherweise mehr und andere Altersplits als die Psych-PV vorsehen müsste. Das Indikationskriterium „Abhängigkeitskranke“ ist durch keine Aufwandskalkulationen fundiert, sondern rechtfertigt sich historisch wohl aus der Idee, diese Patienten auf indikativen Spezialstationen besser erreichen zu können. Das Abgrenzungskriterium Behandlungssetting ist zwar trennscharf, beschreibt aber lediglich, in welchem Setting der Patient tatsächlich behandelt wird, macht dies aber nicht abhängig vom spezifischen Bedarf und Bedürfnissen des Patienten. Die Intensivbehandlung (A2, S2, G2) grenzt sich von den anderen Bereichen durch manifeste Selbstgefährdung, Fremdgefährdung und somatische Vitalgefährdung ab. Nur implizit darf man voraussetzen, dass diese Merkmale alternativ und nicht additiv gemeint sind. Bedeutet aber das Merkmal „Krisenbewältigung“ bei den Behandlungszielen sowie die Merkmale „Erst- und Notfallbehandlung“ bei den Behandlungsmitteln eine zeitliche Befristung, und wenn ja, welche? Ist das Kriterium „Psychotherapie“ (A5, S5, G5) damit vereinbar, dass psychiatrische Therapie heute grundsätzlich immer auch Psychotherapie ist? Hier liegt wohl der Grund, warum die Psych-PV dieses Kriterium für die KJP nicht vorsieht. Die längerfristige Tragfähigkeit der Psych-PV-Bereiche als Patientenklassifikationssystem erscheint fraglich.

Die Trennschärfe der Operationalisierungen der Behandlungsbereiche wird nicht nur durch die Veränderung der Zuordnungen über die Zeit (Abbildung 11–17)

Abbildung 11–12

Diagnosespektren vollstationärer Krankenhausfälle mit psychiatrischer Hauptdiagnose in Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie 2007



Quelle: Statistisches Bundesamt

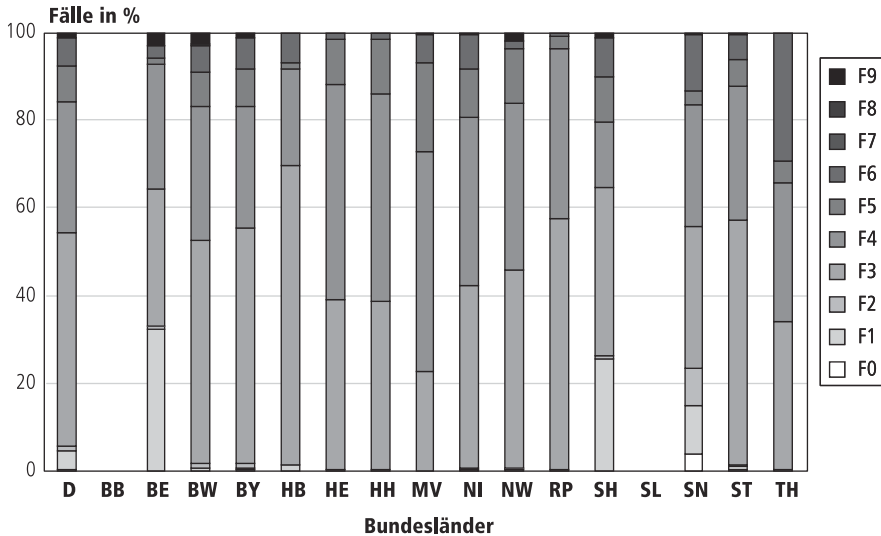
Krankenhaus-Report 2010

Wido

in Frage gestellt, sondern auch durch die Variabilität zwischen den Bundesländern. Dies wird in Abbildung 11–19 exemplarisch für die Intensivbehandlung (A2+S2+G2) in der Erwachsenenpsychiatrie illustriert. Auch diese Variabilität dürfte sich kaum aus Merkmalen auf Seiten der Patienten erklären. Ein Vergleich offenbart nicht den theoretisch denkbaren inversen Zusammenhang zwischen dem Anteil der Intensivbehandlung und der Bettenmessziffer (Betten/Plätze je 10 000 Einwohner), die in Bayern, Baden-Württemberg und Niedersachsen am niedrigsten liegt und in Bremen und Hamburg (hier aber auch Landesgrenzen-überschreitende Versorgung) und Nordrhein-Westfalen am höchsten.

Es fragt sich also, ob die Operationalisierungen der Behandlungsbereiche nicht zumindest geschärft werden müssen, bevor sie gemäß § 17d Absatz 9 KHG i. V. m. § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) für jeden voll- und teilstationären Fall und hier grundsätzlich jeden Belegungstag ab voraussichtlich März 2010 an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) übermittelt werden. Diese Schärfung dürfte aber selbstverständlich keine substantziellen Änderungen (die mit dem Gesetz unvereinbar wären) an den Vorgaben der Psych-PV vornehmen. Des Weiteren fragt sich, ob eine Festlegung auf die Behandlungsbereiche der Psych-PV als letztlich Abrechnungseinheiten die Fortentwicklung in Richtung leistungsgerechter Entgelte unter Berücksichtigung des wissenschaftlichen Fortschritts fördern oder nicht eher hemmen würde. Dazu gehört, dass Verfahrensschritte vorzusehen sind, die erlauben, den Prüfauftrag des Gesetzes (§ 17d Absatz 1 KHG) anzugehen, inwieweit auch die im Krankenhaus ambulant zu erbringenden Leistungen der

Abbildung 11–13

Diagnosespektren vollstationärer Krankenhausfälle mit psychiatrischer Hauptdiagnose in Einrichtungen der Psychosomatik und Psychotherapeutischen Medizin 2007


Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

WldO

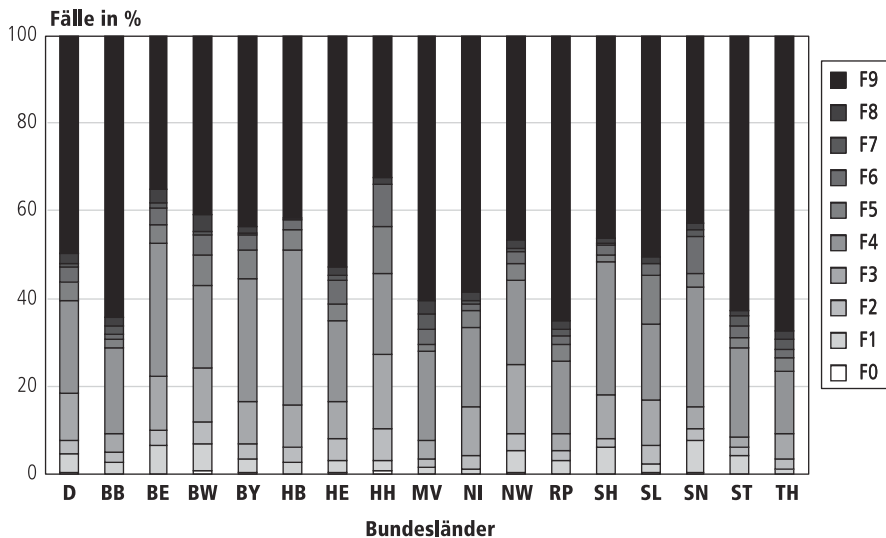
psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einbezogen werden können – also z. B. Hometreatment. Dabei hilft der Bezug zur Psych-PV nicht. Als neue Dokumentationspflicht haben hierfür Institutsambulanzen nach § 295 SGB V Haupt- und Nebendiagnosen gemäß ICD, Operationen und Prozedurenschlüssel (OPS) etc. zu übermitteln.

Eine Alternative wäre, die Schärfung der Operationalisierungen in Form von Kodierrichtlinien (analog zum DRG-System) vorzunehmen. Die Zuständigkeit für – dann spezifisch psychiatrisch-psychosomatische – Kodierrichtlinien läge bei den Partnern der Selbstverwaltung, sodass Fachgesellschaften und Berufsverbände keine unmittelbaren Mitwirkungsrechte hätten.

Gemäß amtlicher Begründung des Gesetzes soll für die Systementwicklung von der Psych-PV ausgegangen werden. Das bedeutet aber auch, dass an den Behandlungsbereichen der Psych-PV nicht dauerhaft festgehalten werden soll. Das kann nur bedeuten, dass letztlich ein neues Patientenklassifikationssystem zu entwickeln ist, das – soweit geboten – in Analogie zum DRG-System jährlich anzupassen sein wird. Internationalen Vorbildern folgend werden Patientenklassifikationssysteme aus Diagnosen (ICD), Operationen und Prozeduren (hier OPS) abgeleitet. Die Besonderheit des neu zu entwickelnden Klassifikations- und darauf aufbauenden Entgeltsystems für psychisch Kranke liegt nur darin, dass statt DRGs Tagespauschalen verwendet werden sollen. Hier ist strikt dem Prinzip der Datenbasierung bei der Systementwicklung zu folgen; dies zu verlassen, würde Beliebigkeit bedeuten.

Abbildung 11–14

Diagnosespektren vollstationärer Krankenhausfälle mit psychiatrischer Hauptdiagnose in Einrichtungen der Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie 2007



Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

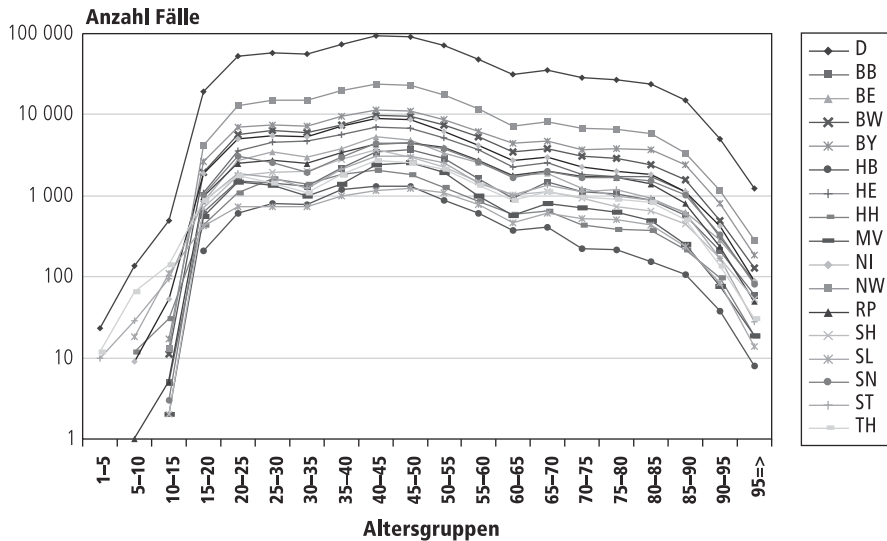
11.5 ICD- und OPS-Basierung der Systementwicklung

Den Psych-PV Kategorien könnten – alternativ zu speziellen Kodierrichtlinien oder geschärfter Beschreibung der Behandlungsbereiche – als Operationalisierung OPS-Codes (Einzel- und/oder Komplexleistungen) hinterlegt werden. Der OPS muss bereits derzeit von psychiatrischen, psychosomatischen und somatischen Einrichtungen unabhängig vom jeweiligen Entgeltsystem zur Beschreibung der Fälle angewendet werden, soweit er geeignete Codes enthält. Der OPS müsste also erweitert werden. Andererseits müsste aber der gültige OPS ohnehin um für die Abbildung von Leistungen bei psychisch Kranken ungeeignete Codes bereinigt werden; das gilt auch für die Anwendung in somatischen Einrichtungen. Auch die amtliche Deutsche Modifikation der ICD-10 müsste für Zwecke der Systementwicklung und -pflege angepasst werden. Hier hätten Fachgesellschaften und Berufsverbände im Vorschlagsverfahren des zuständigen Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), eines der dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) nachgeordneten Institute, unmittelbare Mitwirkungsrechte.

Um datenbasierte Systementwicklung zu ermöglichen, bedarf es geeigneter Deskriptoren, also geeigneter ICD- und OPS-Codes, die die trennscharfe Bildung aufwandshomogener Gruppen erlauben. Folglich sind unausweichlich Anpassungen des OPS (und der ICD-10-GM) vorzunehmen, die ihrerseits jährlich überprüft und

Abbildung 11–15

Anzahl der vollstationären Krankenhausfälle mit psychiatrischer Hauptdiagnose nach Altersgruppen in Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie 2007



Quelle: Statistisches Bundesamt; aus methodischen Gründen nicht bezogen auf die Einwohnerzahl

Krankenhaus-Report 2010

WildO

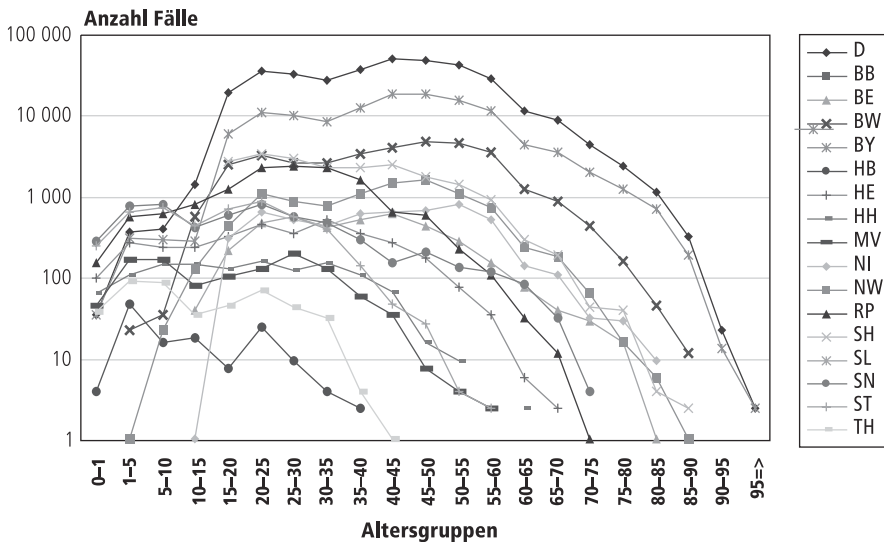
ggf. optimiert werden. Dabei gilt jedenfalls für den OPS im Interesse der Begrenzung bürokratischer Aufwände der Grundsatz, nur Anpassungen und Ergänzungen vorzunehmen, die tatsächlich bessere, trennschärfere Deskriptoren zur Abgrenzung mutmaßlich aufwandshomogener Gruppen liefern. Es kann also nicht darum gehen, möglichst umfassend die Leistungen am einzelnen Patienten abbilden zu wollen (auch wenn solche Informationen möglicherweise der Kostenträgerseite gut gefallen würden), sondern Fälle identifizierbar zu machen, die durch besondere Aufwände herausragen.

Es kann nicht darum gehen, mit Komplexcodes, die detailliert auf die Minute genau den Einsatz von Berufsgruppen vorgeben, vermeintlich für den Patienten unverzichtbare Strukturqualitätsstandards bewahren oder durchsetzen oder die drei Fachgebiete voneinander abgrenzen zu wollen. Das würde einen gigantischen Bürokratismus induzieren, indem dann letztlich täglich alle Einsatzminuten jeder Berufsgruppe zu erfassen wären, damit der vom Kostenträger beauftragte Medizinische Dienst nachrechnen kann.

Leistungen, die i. W. alle Patienten in vergleichbarer Intensität erhalten, brauchen nicht kodiert zu werden. Patienten, die einen vergleichbaren Ressourcenverbrauch beanspruchen, brauchen nicht durch OPS-Codes voneinander abgegrenzt zu werden, auch wenn sie sich in medizinischen Kriterien unterscheiden; hier ist das InEK – wie im DRG-System gelebt – gehalten, auf Basis der ICD-10-GM medizinisch transparente Untergruppen trotz gleicher Bewertung zu bilden. Falls sich bei

Abbildung 11–16

Anzahl der vollstationären Krankenhausfälle mit psychiatrischer Hauptdiagnose nach Altersgruppen in Einrichtungen der Psychosomatik und Psychotherapeutischen Medizin 2007



Quelle: Statistisches Bundesamt, aus methodischen Gründen nicht bezogen auf die Einwohnerzahl

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

dieser jährlichen Kostenkalkulation (s. u.) ergibt, dass sich die Aufwände bei Fällen mit vergleichbaren Diagnosen (Indikationen) zwischen den Einrichtungstypen deutlich unterscheiden, so erlauben (im Datensatz nach § 21 KHEntgG) bereits der Fachabteilungsschlüssel und die Entgeltschlüssel eine dem InEK entsprechende Abgrenzung.

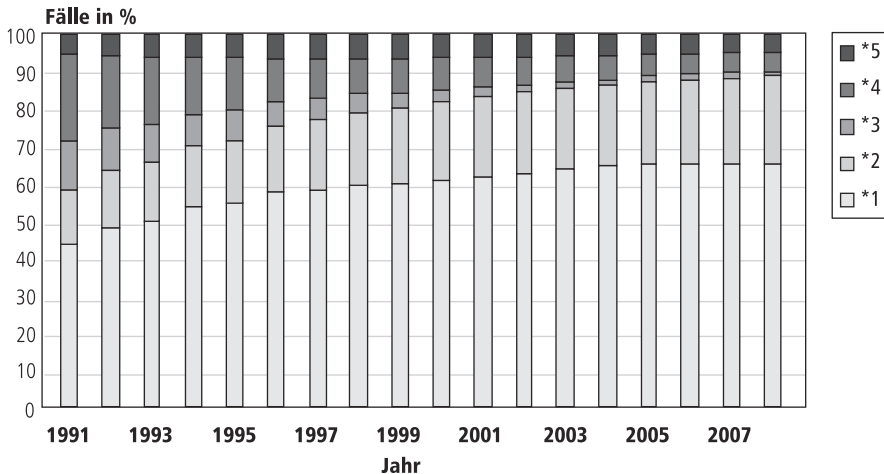
Detailprobleme bei ICD und OPS

Suizidalität bzw. Fremdgefährdung bzw. vitale Gefährdung bedürfen eines erhöhten Einsatzes personeller und anderer Ressourcen. Dies würdigt grundsätzlich bereits die Psych-PV. Vitale Gefährdung – ein Kriterium der Psych-PV – dürfte für das zu entwickelnde Patientenklassifikationssystem keiner spezifischen Kodiermöglichkeit bedürfen, da sie sich aus der Hauptdiagnose (z. B. Delir) und den ohnehin zu kodierenden somatischen Nebendiagnosen ergibt. Dasselbe gilt – neben dem Alter – für die Zuordnung zur Gerontopsychiatrie.

Auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie dürften das Alter und die altersspezifischen Diagnosen für den Start der Systementwicklung weitgehend hinreichende, trennscharfe Deskriptoren darstellen. Ob demgegenüber z. B. Familientherapie, die einen ergänzenden Deskriptor darstellen könnte, mit einem Code aus OPS 9-40 hinreichend abgebildet wird (und dieser Code nicht ohnehin renoviert werden müsste), wäre zu prüfen. Dasselbe würde z. B. vermutlich für die Klinikschule gelten. Vermut-

Abbildung 11–17

Verteilung der vollstationären Krankenhaufälle auf die Behandlungsbereiche bei den jeweils vier Stichtagserhebungen eines Jahres in Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie 1991–2008



* Allgemeinpsychiatrie, Sucht und Gerontopsychiatrie sind zusammengefasst

Quelle: Daten einer Kooperationsgemeinschaft von 248 Einrichtungen (2008; 1991: 81 Einrichtungen)

Krankenhaus-Report 2010

WlD0

lich gesondert wäre ein Code für Eltern-Kind-Behandlung vorzusehen, der auch in der Erwachsenenpsychiatrie im Kontext der Puerperalpsychosen bedeutsam wäre.

Die Möglichkeiten der Kodierung von Suizidalität bzw. Fremdgefährdung wurden in der ICD-10-GM aus vermeintlich datenschutzrechtlichen Notwendigkeiten erheblich eingeschränkt: Verblieben ist allein „X84.9! Vorsätzliche Selbstbeschädigung“, was eine vorausgegangene Selbstschädigung voraussetzt, also die Kodierung allein der Suizidgefahr nicht erlaubt. Fremdgefährdung ist überhaupt nicht kodierbar, weil „Y09.9! Tätlicher Angriff“ nicht dem Täter, sondern dem Opfer gilt. Darüber hinaus untersagt die Deutsche Kodierrichtlinie 1916e ausdrücklich, die Absicht der Selbsttötung (X84.9!) zu kodieren. Möglicherweise geht auch von den Einzelfällen, die aus Gründen der Selbst- und Fremdgefährdung fixiert und weitgehend 1:1 überwacht werden müssen, ein darüber hinausgehender Ressourcenverbrauch aus, sodass hierfür eine Kodiermöglichkeit geschaffen werden müsste. Auch die Tatsache einer Unterbringung nach Betreuungsrecht oder den Unterbringungsgesetzen bzw. Psychisch-Kranken-Gesetze (Psych-KG) der Länder dürfte mit zusätzlich erhöhtem Ressourcenbedarf verbunden sein, ohne dass sich dies derzeit in Kodierungen abbilden lässt. Hier besteht also unmittelbarer Änderungsbedarf.

Intensivierte, also einen durchschnittlichen Ressourcenverbrauch überschreitende Psychotherapie dürfte ein weiterer abgrenzender Deskriptor sein. Es wäre zu prüfen, ob die Codes aus OPS 9-41 angemessen formuliert und quantifiziert sind. Denkbar wäre z. B. eine Ergänzung um einen Code wie „In-Vivo-Expositionstherapie mit Reaktionsmanagement“, da diese mit einer 1:1 Personalbindung womöglich

Abbildung 11–18

Anteil tagesklinischer Krankenhaufälle bei den Stichtagserhebungen in den Bundesländern in Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie im Jahr 2008

Anteil Fälle**Deutschland nach TK-EP***

- 0,223 bis 0,268 (2)
- 0,19 bis 0,223 (4)
- 0,163 bis 0,19 (2)
- 0,14 bis 0,163 (3)
- 0,073 bis 0,14 (5)

Anteil Fälle**Deutschland nach TK-JKP****

- 0,374 bis 0,585 (3)
- 0,271 bis 0,374 (2)
- 0,244 bis 0,271 (4)
- 0,184 bis 0,244 (2)
- 0,097 bis 0,184 (5)

* Allgemeinpsychiatrie, Sucht und Gerontopsychiatrie sind zusammengefasst

** Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Quelle: Daten einer Kooperationsgemeinschaft von 248 Einrichtungen

Krankenhaus-Report 2010

WidO

über mehrere Stunden außerhalb des Krankenhauses verbunden ist und nur bei spezifischen Patienten eingesetzt wird.

Der qualifizierte Entzug Suchtkranker lässt sich schon im gültigen OPS (8-985 Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker [Qualifizierter Entzug]) abbilden. Darüber hinaus fehlen bisher anscheinend im OPS Kodierungsmöglichkeiten für intensivierete, also einen durchschnittlichen Ressourcenverbrauch überschreitende, rehabilitative (sehr wohl im akutpsychiatrischen Setting gebotene) Therapie. So dürfte ein Code für eine Komplexleistung von psychiatrischer Fachpflege, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Musiktherapeuten, Sozialarbeitern (Soziotherapie) u. a. m. ein weiterer abgrenzender Deskriptor (insbesondere bei Schizophrenien) sein. Ein gesonderter Code mit möglicherweise weniger (und auch anderen, z. B. Ärzte) Berufsgruppen könnte der Abgrenzung des Hometreatment dienen.

Insbesondere bei Demenzkranken dürfte der Pflegebedarf (analog der Operationalisierung in der Pflegeversicherung) erheblich variieren, ohne dass sich dies über

Abbildung 11–19

Anteil „intensivbehandelter“ Krankenhausfälle bei den jeweils vier Stichtagserhebungen eines Jahres in Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie nach Bundesländern im Jahr 2008

Anteil Fälle**Deutschland nach TK-EP***

- 0,307 bis 0,368 (2)
- 0,256 bis 0,307 (4)
- 0,232 bis 0,256 (2)
- 0,216 bis 0,232 (3)
- 0,159 bis 0,216 (5)

* Allgemeinpsychiatrie, Sucht und Gerontopsychiatrie sind zusammengefasst

Quelle: Daten einer Kooperationsgemeinschaft von 248 Einrichtungen

Krankenhaus-Report 2010

Wido

die ICD-Diagnose abbilden ließe. Der OPS-Code „8-015 Enterale Ernährungstherapie als medizinische Hauptbehandlung“ dürfte dem Bedarf nicht genügen, zumal Hilfen bei Mobilität und Körperhygiene nicht erfasst würden.

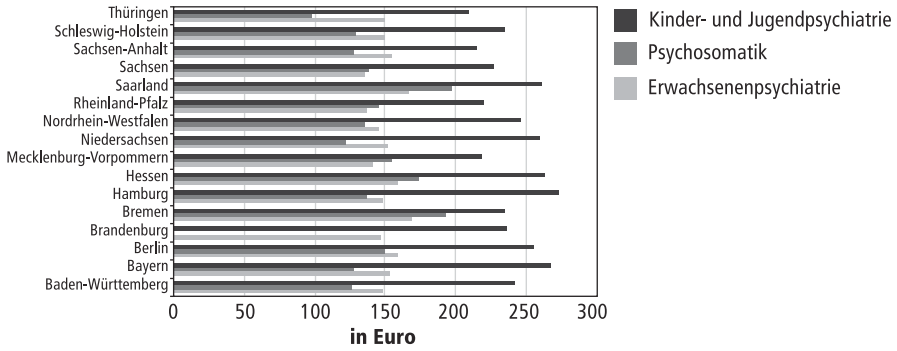
Für zahlreiche weitere Einzelleistungen, die auch in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen anfallen, sieht der gültige OPS bereits Codes vor. Das Spektrum reicht von den verschiedenen Varianten der Elektroenzephalographie über die bildgebenden Verfahren bis hin zur Elektrokonvulsionstherapie (OPS 8-630; wäre auf Angemessenheit nach heutigen Standards zu prüfen).

Die Konkretisierung der hier nur grob skizzierten Überlegungen zur Anpassung von OPS (und ICD-10-GM) sollte erlauben, diskriminierende Leistungen in den Behandlungsbereichen der Psych-PV zu beschreiben, ohne die Behandlungsbereiche festzuschreiben. Damit bliebe das Tor offen, mit dem Start der Systementwicklung die Grenzen der Psych-PV datenbasiert zu überwinden (ohne dabei bis 2013 die Budgetansprüche auf Basis der unverändert gültigen Stichtagserhebungen zu gefährden).

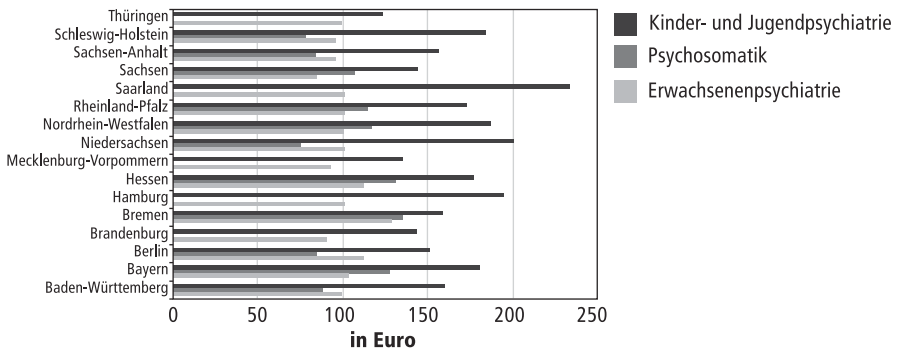
Abbildung 11–20

Mittlere im Jahr 2009 abgerechnete Tagespflegesätze von Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie, Psychosomatik und Psychotherapeutischen Medizin und Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie vollstationär, teilstationär und Basispflegesätze nach Bundesländern

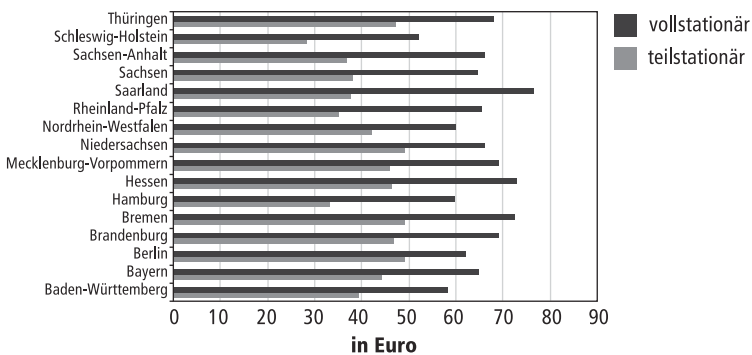
Vollstationäre mittlere Abteilungstagespflegesätze 2009 nach Art der Fachabteilung und Bundesländern



Teilstationäre mittlere Abteilungstagespflegesätze 2009 nach Art der Fachabteilung und Bundesländern



Basispflegesätze nach Bundesländern



Näherungswerte; unterjährige Änderungen durch verspätete Pflegesatzvereinbarungen sind nicht berücksichtigt.

11.6 Kalkulationsverfahren

Das grundsätzlich jährlich durchzuführende Kalkulationsverfahren dient der auf Kostendaten basierenden Abgrenzung aufwandshomogener Patientengruppen und der dazugehörigen Bewertungsrelationen. Das Kalkulationsverfahren wird dem Modell der Einführung des DRG-Systems folgend organisiert sein. Die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen werden vom InEK eingeladen werden, am jährlichen Kalkulationsverfahren mitzuwirken. Grundsätzlich kann jede Einrichtung mitwirken; die damit verbundenen Aufwände werden nach bereits bestehenden Regeln entschädigt (wenn auch wohl nicht kostendeckend). Jede Einrichtung kann von der Mitwirkung darüber hinaus profitieren, denn nur wer mitwirkt, hat Einfluss auf das Ergebnis. Wirkt nur eine Stichprobe von Einrichtungen mit, so ergeben sich Zweifel an der Repräsentativität. Diese werden schon durch die enorme Variabilität von Krankenhaushäufigkeit und Verweildauern wegen psychischer Krankheit zwischen den Bundesländern genährt. Folglich sollte das Ziel sein, dass alle Einrichtungen mitwirken.

Aufgabe der mitwirkenden Einrichtungen ist grundsätzlich eine Kostenträgerrechnung. Die Methodik, mit deren Hilfe versucht wird, sich möglichst effizient der Qualität grundsätzlich einer Kostenträgerrechnung anzunähern, wird in einem „Kalkulationshandbuch“ festgelegt, wobei der Einrichtung gewisse Gestaltungsspielräume bleiben. Ausgehend von dem für die DRG-Kalkulation entwickelten Kalkulationshandbuch (zugänglich bei www.g-drg.de) werden die Selbstverwaltungspartner gemeinsam mit dem InEK Spezifika für die psychiatrischen, psychosomatischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen entwickeln müssen. Mitwirkende stationäre Einrichtungen haben dem InEK neben der Datenlieferung nach § 21 KHEntgG (und ggf. Zuordnung zu den Behandlungsbereichen nach Psych-PV) dieselben Daten auf den einzelnen Fall heruntergebrochen und grundsätzlich verbunden mit den Kostendaten, also den mit diesem Fall verbundenen Aufwänden, zu liefern. Details der Methodik sind derzeit nicht absehbar, Vereinfachungen, die den Erfassungsaufwand reduzieren, sind wünschenswert.

Es darf angenommen werden, dass psychiatrische bzw. psychosomatische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern dank ihrer Vorerfahrungen mit dem DRG-System besser auf eine solche Kostenträgerrechnung vorbereitet sind als die Fachkliniken, weshalb die Fachkliniken Nachholbedarf haben. Dies gilt sowohl für das Know-how als auch für die IT-Ausstattung. Des Weiteren ist damit zu rechnen, dass diese Einrichtungstypen sich auch heute noch bezüglich ihres Versorgungsspektrums unterscheiden.

Die Hersteller von Krankenhausinformationssystemen (KIS) stellen die für die Kostenkalkulation notwendigen Software-Elemente zur Verfügung. Wer am Kalkulationsverfahren mitwirkt, profitiert mittelbar auch bezüglich eines Zuwachses der eigenen Fähigkeiten im Controlling. Mit der Mitwirkung am Kalkulationsverfahren macht man sich also auch fit für die Routineanwendung des künftigen Systems und den damit verbundenen Wettbewerb.

Künftige Bewertungsrelationen und derzeitige Variabilität der Tagespflegesätze

Die aus dem Kalkulationsverfahren abgeleiteten Bewertungsrelationen werden ab dem Jahr 2014 das Erlösvolumen (Summe von Bewertungsrelation * Basistageswert * Belegungstage) der einzelnen Einrichtung mehr oder weniger bestimmen (entsprechende Regelungen des Gesetzgebers stehen aus). Es wird sich erweisen (und auch von der Qualität der Kostenträgerrechnung abhängen), inwieweit die die Aufwände widerspiegelnden Bewertungsrelationen die derzeitige, historische gewachsene Variabilität der mittleren Abteilungspflegesätze und Basispflegesätze (Abbildung 11–20) rechtfertigen werden. Voraussichtlich wird es einer Konvergenzphase bedürfen, um den Einrichtungen eine Anpassung an dann dank ordentlicher Kalkulation hoffentlich leistungsgerechte Tagespauschalen zu erlauben, ohne existenzielle Nöte zu provozieren.

Prüfauftrag zu anderen Abrechnungseinheiten

Ein Prüfauftrag des Gesetzes gilt den Möglichkeiten, Leistungen der drei Fachgebiete in zu definierenden Teilbereichen mit anderen Entgeltformen wie Fallpauschalen oder kombinierten Jahresbudgets bis hin zu Regionalbudgets zu vergüten, wobei ausweislich der amtlichen Begründung ausdrücklich DRGs als grundsätzlich ungeeignet anerkannt werden. Die Umsetzung der Prüfaufträge setzt auch hier eine geeignete Datenbasis (gemäß Daten nach § 21 KHEntgG) voraus, also Datenübermittlung der Einrichtungen an das InEK.

11

11.7 Begleitforschung

§ 17d Absatz 8 KHG schreibt der Selbstverwaltung vor, eine Begleitforschung durchzuführen. Diese soll etwaige Auswirkungen auf die Versorgung, insbesondere auf andere Versorgungsbereiche (z. B. vertragsärztlich, rehabilitativ) evaluieren; leider bleibt das Gesetz in seinen Vorgaben für die Begleitforschung zu vage. Es liegt auf der Hand, dass die Begleitforschung kein Selbstzweck sein kann. Vielmehr hat die Begleitforschung rückkoppelnd die primär kostengetriggerte Systementwicklung zu steuern und dadurch alle Beteiligten – psychisch Kranke, die Einrichtungen, Kostenträger – vor Schaden, also letztlich Defizite der Behandlungsqualität, als Folge von ökonomischen Fehlanreizen zu bewahren. Folglich hat die Begleitforschung zeitgleich mit der Entwicklung des Entgeltsystems zu beginnen; dem wird das Gesetz nicht gerecht, indem erstmals 2014 ein Bericht zur Begleitforschung vorzulegen sein soll. Vielmehr ist im ersten Schritt zu gewährleisten, dass Daten aus den „anderen Versorgungsbereichen“ zur Verfügung stehen und in den zu analysierenden Datenpool tatsächlich einfließen.

Grundsätzlich stehen wesentliche Daten zur Verfügung, wie die in den letzten Jahren von verschiedenen Krankenkassen veröffentlichten exzellenten Gesundheitsberichte (z. B. Gesundheitsreport 2008 der Techniker Krankenkasse mit Daten und Fakten bei Arbeitsunfähigkeiten und Arzneiverordnungen, Schwerpunktthema:

Psychische Störungen; GEK-Report ambulant-ärztliche Versorgung 2007 – Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung, Schwerpunkt: Ambulante Psychotherapie; GEK-Arzneimittel-Report 2007 – Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2005–2006; DAK-Gesundheitsreport 2005 mit dem Schwerpunktthema: „Psychische Erkrankungen, Angststörungen und Depressionen nehmen zu“) beweisen. Weitere Datenquellen, insbesondere bezüglich der komplementären Einrichtungen, müssen erschlossen werden, auch um dem von der AOLG im Auftrag der Gesundheitsministerkonferenz¹ in ihrem jüngsten Bericht „Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven“ (2007) beklagten Datenmangel abzuwehren. Nur so ist Entwicklung und Einführung als „lernendes System“ sicherzustellen. Damit würde auch die Absicht der §§ 303a ff SGB V umgesetzt. Neu zu etablieren sind Qualitätsindikatoren, formal eine Aufgabe des Instituts für Qualität nach § 137a SGB V. Die Kosten dieser Begleitforschung werden mit dem DRG-Systemzuschlag nach § 17b Absatz 5 KHG finanziert. Die Begleitforschung ist mit dem Bundesministerium für Gesundheit abzustimmen; ratsam wäre, die einschlägigen medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften sowie die einschlägigen Berufsverbände der Ärzte und Pflegeberufe an Methodenentwicklung und Durchführung der Begleitforschung zu beteiligen.

11.8 Fazit

§ 17d KHG beauftragt die Parteien der Selbstverwaltung, für teil- und vollstationäre Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen ein grundsätzlich gemeinsames, einheitliches Entgeltsystem von Tagespauschalen zu entwickeln. Auf eine explizite Begründung für diesen Auftrag hat der Gesetzgeber verzichtet. Politischer Auslöser für den Auftrag war, dass die Personalausstattung psychiatrischer Einrichtungen gemäß Psych-PV infolge der Zunahme der Personalkosten bei durch die BpflV begrenzter Entwicklung der Finanzierung zunehmend nicht mehr den Soll-Vorgaben der Psych-PV entspricht. Mit der Änderung der BpflV hat der Gesetzgeber dem Finanzierungsdefizit grundsätzlich abgeholfen. Von dem neuen Entgeltsystem verspricht sich der Gesetzgeber zumindest implizit, dass – in Analogie zum DRG-System – dann leistungsgerechte Entgelte die Personalausstattung, die zum Erreichen der gebotenen Prozess- und Ergebnisqualität notwendig ist, ermöglichen.

Die Variabilität der Tagespflegesätze (Abbildung 11–20) wie auch die Variabilität der Personalausstattung (gemäß Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung 2005 durch die Aktion Psychisch Kranke im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (Psychiatrie-Verlag 2007) und die Variabilität der Zuordnung zu den Behandlungsbereichen der Psych-PV an den Stichtagen (Abbildung 11–17 bis 11–19) lässt bezweifeln, dass die derzeitigen Tagespflegesätze leistungsgerecht sind. Die Variabilität von Krankenhaushäufigkeit (Abbildung 11–5 bis 11–7), Verweildauern (Abbildung 11–8 bis 11–10) und – soweit beurteilbar – Belegungstagen signalisiert, dass medizinische Bedarfe und Bedürfnisse der Patienten nur bedingt die

¹ 76. Sitzung, Beschluss vom 02./03.07.2003

Organisation der Versorgung bestimmen. Es kann nur vermutet werden, dass die Institutionenzentrierung des bisherigen Systems dazu beitragen. Von dem künftigen System ist zu erhoffen, dass es wirksame Anreize für eine Patientenzentrierung der Organisation liefert. Idealtypisch wäre diese in integrierter Versorgung zu erreichen, wie sie §§ 140a ff SGB V – auch i. V. m. § 92b SGB XI – ermöglichen. Entsprechend enthält § 17d KHG einen Prüfauftrag, inwieweit eine derartige Integration in das Regelleistungsentgeltssystem aufgenommen werden kann. Dieser Prüfauftrag setzt Daten voraus, die bisher nicht zugänglich sind, weshalb der Prüfauftrag am Start der Systementwicklung keine Priorität haben kann.

Der Vergleich der Diagnosespektren der Einrichtungstypen (Abbildung 11–4 sowie 11–11 bis 11–14) lässt für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen kaum transparente Kriterien erkennen, nach denen die Patienten im einen oder anderen Einrichtungstyp versorgt werden. Prototypisch für die zu überwindende Institutionszentrierung definieren sich bisher psychosomatische Abteilungen durch die Dominanz der psychotherapeutischen Methode. Die Vorgabe des Gesetzes, ein grundsätzlich gemeinsames, einheitliches Entgeltssystem zu entwickeln, signalisiert demgegenüber die Zentrierung auf patientenseitige Merkmale und Bedarfe. So kann künftig die Zuweisung nach transparenten Kriterien erfolgen.

Nach § 17d KHG hat das neue System den unterschiedlichen Aufwand der Behandlung bestimmter, medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen abzubilden. Idealtypisch würde das entsprechende Kalkulationsverfahren also aufwands- und kostenhomogene Patientengruppen auf Basis einer Kostenträgerrechnung der Einrichtungen identifizieren. Ebenso wenig wie bei der Pflege des DRG-Systems kann von den an der Kalkulation mitwirkenden Krankenhäusern eine echte Kostenträgerrechnung erwartet werden, der Erfassungsaufwand wäre unangemessen hoch. Eine sich einer Kostenträgerrechnung annähernde Methodik ist aber zu erwarten. Um die Gruppen identifizieren zu können, bedarf es trennscharfer Deskriptoren, die Patientengruppen mit unterschiedlichen Aufwänden nach Merkmalen der Patienten voneinander abzugrenzen erlauben. Für den Start gibt das Gesetz hierfür die als Leistungskomplexe zu deutenden Behandlungsbereiche der Psych-PV vor. Die vor 1991 i. W. normativ definierten Behandlungsbereiche bilden aber nur noch partiell die Therapie entsprechend dem aktuellen Stand der Wissenschaft ab, sind wenig trennscharf formuliert und nur partiell von Patientenmerkmalen bestimmt. Deshalb wird anhand einiger beispielhafter Detailprobleme vorgeschlagen, durch Anpassungen von ICD und OPS die Entwicklungsmöglichkeiten des neuen Systems hin zur Patientenzentrierung zu erweitern.

Die Begleitforschung nach § 17d Absatz 8 kann kein Selbstzweck sein, sondern lohnt nur den Aufwand, wenn die Forschungsergebnisse die Richtung der Systementwicklung mitbestimmen. Sie ist deshalb als Teil des „datenbasiert lernenden Systems“ zu konzipieren. Folglich müssen schon beim Start die Daten der Ausgangslage erfasst werden.

Regelungen für die Anwendung des neuen Systems in den Jahren nach 2013 bleiben künftigen Gesetzen vorbehalten. Dazu gehört z. B. das Verfahren der Festlegung des Basistageswertes und seiner regionalen Reichweite und die Schritte der Konvergenz auf einen ggf. bundeseinheitlichen Basistageswert.