

Psych-Pretest offenbart Diskussionsbedarf

Konsequenzen für die Weiterentwicklung des neuen Entgeltsystems

Zwei Vitos Kliniken unter bundesweit 17 Krankenhäusern haben am Pretest des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) für das neue Psychiatrieentgeltsystem teilgenommen. Die gewonnenen Erfahrungen werfen Fragen auf, die auf dem Weg zu einem leistungsgerechten System einer breiteren Diskussion bedürfen. Allen voran: Kann das Kalkulationsverfahren den unterschiedlichen Ressourcenverbrauch der Behandlung bestimmter medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen abbilden? Die derzeit angewandte Methodik ermittelt nicht die wichtigsten Kostentreiber. Als größter Kostenblock bleibt die „Residualgröße“. Die aktuelle Datenlage erlaubt keine belastbaren Analysen, und die kostenrechnerische Erfassung des komplexen stationären psychiatrischen Behandlungsgeschehens hat noch zu große Erkenntnislücken.

Reinhard Belling

Der Gesetzgeber hat mit dem neuen §7d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) eine weitreichende und auch begrüßenswerte Neuregelung zur Vergütung von stationären Leistungen in der Psychiatrie geschaffen. Er erteilt damit den Auftrag, ein durchgängiges leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten zu entwickeln

PSYCH
ENTGELTSYSTEM



Foto: iStock

und einzuführen. Die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) würde als wesentliche Säule des jetzigen Vergütungssystems damit abgelöst. Dies ist insofern nachvollziehbar, als die Psych-PV der einzelnen Klinik eine Strukturqualität finanziert, ohne dabei ausreichende Anreize für eine Prozess-, geschweige denn Ergebnisqualität zu setzen. So sehr die Psych-PV Anfang der 1990er-Jahre einen Qualitätsschub in der stationären psychiatrischen Versorgung ausgelöst hat, ist sie aus Sicht vieler Akteure im Gesundheitswesen nicht mehr zeitgemäß.

Konnte für die Einführung des DRG-Systems in der Somatik auf eine mehr als 20-jährige internationale Erfahrung zurückgegriffen werden, gibt es für die Psychiatrie keine erfolgreichen Vorbilder. Internationale Studien stellen insbesondere dar, was nicht geht: Der Ressourcenverbrauch in der Psychiatrie lässt sich nicht durch die Diagnose vorhersagen. Bei allen Verfahren, die den Fall als Vergütungsgrundlage wählen, kommt es zu erheblichen Fehlanreizen und Fehlsteuerungen.

Dementsprechend ist derzeit der Tag die einzige zur Verfügung stehende Vergütungsbasis. Er ist langfristig nicht allein für die Krankenversicherer unbefriedigend, da er einen Anreiz zur Verweildauerverlängerung setzt. Vielmehr setzt er als Finanzierungsgrundlage auch gesundheitspolitisch keinen positiven Impuls. Denn die Komplexität des psychiatrischen Be-

handlungsgeschehens mit seiner guten Vernetzung zwischen stationären und ambulanten Versorgungsformen wird nicht adäquat abgebildet. Das heißt, es fehlt der finanzielle Anreiz, um nach Qualitätskriterien zu entscheiden, ob ein Patient besser stationär oder teilstationär behandelt werden sollte.

Die Selbstverwaltung hat die Herausforderung angenommen. Der erste Meilenstein war der Pretest im zweiten Quartal 2010. Insgesamt hatte das InEK für die Pretest-Phase 17 Kliniken ausgewählt, darunter die Vitos Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Haina und die kinder- und jugendpsychiatrische Vitos Klinik Lahnhöhe in Marburg. Beide Kliniken haben den Datensatz auch intern ausgewertet und wesentliche Hinweise gewonnen, die eine Erstbewertung des Entwicklungsstands des neuen Vergütungssystems ermöglichen.

Das für die Pretest-Phase gültige Kalkulationshandbuch war ebenso wie das für die Probekalkulation und die Kalkulationsphase entwickelte Verfahren in einigen wesentlichen Positionen an die im DRG-System bewährte Systematik angelehnt. Entsprechend der gesetzlichen Vorgabe müssen die Kosten auf den Kostenträger Behandlungstag umgelegt werden. Die Kernleistung eines Krankenhauses, die medizinisch-therapeutische Behandlung, unterscheidet drei Kostengruppen:

1. Körperliche Diagnostik (EEG, EKG, EMG, Röntgen, Labor): Leistungen, die den einzelnen Patienten direkt zugeordnet werden können. Deren Kosten können dem Kostenträger Behandlungstag einfach und präzise zugerechnet werden.

2. Therapeutische Kernleistungen (Psycho-, Pharmako-, Physio-, Ergo-, Musiktherapie): Auch sie sind als Einzelleistungen identifizierbar, können zugeordnet werden und sind im Kalkulationsverfahren als direkte Kosten kalkulierbar.

3. Stationäre Betreuung (Kurzkontakte, Teambesprechungen, Visiten): Diese Leistungen können nicht oder nur mit unverhältnismäßig hohem Aufwand einem einzelnen Patienten oder einer identifizierbaren Patientengruppe zugeordnet werden. In der Fachdebatte werden sie auch als Residualgröße bezeichnet, da sie nach Abzug der direkt zurechenbaren Kosten die Restgröße bilden, die in der Kosten- und Leistungsrechnung gemäß nachvollziehbarer Kriterien verteilt werden müssen.

Die „Residualgröße“ als größter Kostenblock

Von Beginn an war allen Beteiligten klar, dass die Untersuchung der Residualgröße eine besondere Herausforderung darstellt. Dabei ist allein schon der Begriff ungeeignet. Denn bereits vor Beginn der Pretest-Phase gingen alle Beteiligten davon aus, dass sie etwa 65 bis 70 Prozent der Gesamtkosten ausmacht. Damit ist sie nicht die Restgröße, sondern der größte Kostenblock.

Hier zeigt sich ein wesentlicher Unterschied zur Somatik. In der somatischen Behandlung verbleibt nach Abzug von diagnostischen Leistungen und den kostenintensiven Kostenstellen „Intensiv und OP“ eine echte Restgröße, für deren Verteilung einfache Methoden sachgerecht sind. In der psychiatrischen Behandlung findet jedoch die Regel- und Intensivbehandlung auf der Station statt. Diagnostische oder therapeutische Einzelleistungen haben einen geringeren Anteil. Folglich konzentrieren sich auf der Kostenstelle

Folgende Fragen ergeben sich aus dem Kalkulationsverfahren:

- Kann der unterschiedliche Ressourcenverbrauch der Behandlung bestimmter medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen abgebildet werden?
- Haben die mit den OPS-Ziffern kodierten Leistungen einen relevanten Anteil am gesamten Ressourcenverbrauch?
- Steht dieser in einem Zusammenhang mit dem zu verteilenden Gemeinkostenblock der stationären Betreuung?
- Welche kostentreibenden oder kostentrennenden Faktoren lassen sich in der psychiatrischen Behandlung identifizieren?
- Können sie für die Klassifizierung von Patienten im Rahmen eines Vergütungssystems genutzt werden?

„Station“ in der Psychiatrie Ressourcenverbräuche, die in somatischen Kliniken auf mehrere identifizierbare Kostenstellen verteilt sind.

Bereits in der Pretest-Phase war die Zuordnung dieser Stations-Gemeinkosten besonders schwierig. Das InEK hatte keine Vorgaben für die Zuordnung dieser Kosten gemacht, wohl auch, um den Teilnehmern Freiraum für eigene Ideen zu geben.

Die Vitos Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Haina hat sich für eine verfeinerte Einstufung nach Psych-PV entschieden. Dabei wurde für die Pretest-Phase festgelegt, dass alle nach der Psych-PV-Terminologie benannten A2-, S2- und G2-Patienten nochmals anhand bestimmter Cluster differenziert und ausgezählt werden. Hierdurch sind Untergruppen entstanden, die eine weitere Differenzierung der Patienten ermöglichen.

Die Vorteile eines solchen Verfahrens sind die relativ einfache Handhabung, der vertretbare Aufwand und vor allem die bereits existierenden Kenntnisse der Psychiatrie-Mitarbeiter. Den über diese Clusterbildung entstandenen Untergruppen haben sie (geschätzte) Ressourcenaufwände zugeordnet. Für die Einzelleistungen haben sie im Wesentlichen die Einzel-OPS-Ziffern erfasst und deren Kosten kalkuliert.

Kostentreibende und -trennende Faktoren identifizieren

Diese Differenzierung der Kosten ergab etwa dreimal so hohe Kosten pro Behandlungstag für den aufwendigsten Patienten im Vergleich zum kostengünstigsten. Über alle Patienten hinweg beträgt der Anteil der als Einzelleistungen direkt zuordenbaren Kosten an den Gesamtkosten etwa 14 Prozent. Das ist ein sehr geringer Anteil. In der Kostenrechnung führt dies zu einer entsprechenden Kalkulationsungenauigkeit. Denn der größte Teil muss nun über definierte Verfahren der Gemeinkostenverteilung dem Kostenträger Behandlungstag zugerechnet werden. Für einen Teil der Gemeinkosten gibt es erprobte Verfahren, beispielsweise für die Verteilung der medizinischen und

Kalkulation des Leistungsbereichs „Station“ unklar

In der Version 1.0 des Handbuchs zur Kalkulation psychiatrischer Leistungen gemäß §17d KHG ist zur Identifizierung der Betreuungsintensität im Leistungsbereich „Station“ und damit zur Verteilung der Gemeinkosten kein Modell vorgegeben. Es stehen sieben Modelle zur Auswahl; das InEK kann weitere zulassen. Angesichts des jetzigen Entwicklungsstands ist das auf der einen Seite zu begrüßen. Schließlich ist so ein weiterer Erkenntnisgewinn möglich. Auf der anderen Seite beschreibt genau diese Modellvielfalt, dass die notwendigen Informationen über die aufwandsbestimmenden Faktoren in der stationären psychiatrischen Behandlung noch fehlen. Nach den Regeln der Kostenrechnung müssen sie für eine sachgerechte Verteilung der Gemeinkosten aber vorliegen, weil sonst die Kalkulation des Kostenträgers Behandlungstag keine Aussagekraft erlangt.

Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie gibt das Kalkulationshandbuch Version 1.0 eine eindeutige Empfehlung zur Ermittlung der Betreuungsintensität der Patienten einer Station. Für verschiedene Merkmale wie „Aggressivität“ oder „Lebensführung“ sollen bis zu fünf Punkte vergeben werden und anhand der Gesamtbewertung die Gesamtkosten verteilt werden. Erkenntnisse über einen linearen Zusammenhang zwischen der Gesamtpunktzahl und der tatsächlichen Betreuungsintensität liegen noch nicht vor.

nicht medizinischen Infrastruktur inklusive der Verwaltungsleistungen. Für die Kostenstelle „Station“ ist in der Psychiatrie bisher noch kein Verfahren entwickelt worden. Deshalb haben die Kliniken selbst ein geeignetes Verfahren gewählt. Vitos wird über eine Nachkalkulation noch die Validität seiner Methoden überprüfen, kann aber schon jetzt feststellen: Für eine sachgerechte Kalkulation ist die Identifikation der kostentreibenden oder kostentrennenden Faktoren wesentlich. Hier wäre es für die Kostenrechnung zielführend, wenn es einen Zusammenhang zwischen der Menge der erbrachten Einzelleistungen (und damit den direkt zuordenbaren Kosten) und dem Gesamtressourcenverbrauch eines Patienten gäbe. Anders ausgedrückt, bestimmte medizinisch definierbare Patientengruppen haben eine hohe Behandlungs- und Betreuungsintensität und erhalten dafür mehr Einzelleistungen als Patienten mit einer geringeren Behandlungs- und Betreuungsintensität.

Kalkulation in der Erwachsenenpsychiatrie

Mit den Daten der Klinik Haina haben wir allerdings einen Hinweis für das Gegenteil erhalten. Bei den zehn

aufwendigsten Patienten beträgt der Anteil der direkt zuordenbaren Therapie- und Diagnostikkosten an den Gesamtkosten etwa 9,3 Prozent, bei den zehn Patienten mit dem geringsten Aufwand liegt er dagegen bei knapp 22 Prozent. Selbst absolut liegt der kalkulierte Ressourcenverbrauch für die zehn wenig aufwendigen oberhalb des Verbrauchs der zehn aufwendigen Patienten.

Für viele Psychiatriefachleute ist das keine Überraschung. Haben sie doch bereits vor der Systementwicklung darauf hingewiesen, dass viele schwer kranke Patienten keine standardisierten Therapieeinheiten im Sinne der OPS-Ziffern erhalten. Sie würden der zeitlichen Belastung schlicht nicht standhalten. Es sind also eher die leichter erkrankten Patienten, die solche Therapieeinheiten in Anspruch nehmen. Sollte sich dieser Hinweis in der weiteren Analyse, insbesondere auch in den übrigen Pretest-Häusern, bestätigen, dürfen die OPS-Ziffern im neuen Entgeltsystem keine Vergütungsrelevanz erhalten. Denn die Vergütungsrelevanz solcher auf Einzelleistungen basierenden Basis- und Zusatzcodes birgt immer die Gefahr des Fehlanreizes zu medizinisch nicht streng indizierten Mengenausweitun-

gen. Sollte es zusätzlich noch einen inversen Zusammenhang zwischen Gesamtbehandlungsaufwand und Einzelleistungserbringung geben, ist dieses Vorgehen vollends infrage zu stellen. Gibt es diesen Zusammenhang nicht, aber ein zuverlässiges System der Gemeinkostenverrechnung, kann es durchaus sinnvoll sein, weiterhin die OPS-Einzelleistungserfassung als Vergütungsgrundlage zu wählen.

Mit den Erfahrungen aus dem Pretest kann Vitos noch keine Aussage dazu treffen, welche Einflussgrößen der Gemeinkosten auf der Kostenstelle „Station“ kostentreibend oder kostentrennend sind. Verfolgt man die Debatte zum weiteren Verlauf des Kalkulationsverfahrens, ist zu befürchten, dass dies auch auf die übrigen Beteiligten zutrifft. Damit steht das Psychiatrieentgeltsystem derzeit aber nicht vor der Probekalkulation mit den Daten des Jahres 2010 und der Kalkulation der Entgelte im Jahre 2013 mit den Daten des Jahres 2011, sondern vor einer zweiten Pretest-Phase, in der die Methode weiter geprüft werden muss.

Kalkulation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Vitos Klinik Lahnhöhe in Marburg hat in der Pretest-Phase einen anderen Kalkulationsweg gewählt. Zur näheren Identifikation der Einzelleistungskosten hat sie nicht nur die OPS-Ziffern erfasst, sondern sämtliche ärztlich-therapeutischen Einzelleistungen ab zehn Minuten und in der Pflege sogar ab fünf Minuten. Damit wurde ein weitaus größerer Teil der Leistungen direkt zurechenbar, die sonst im Gemeinkostenbereich aufgegangen wären. Dementsprechend musste sich auch der Anteil der Residualgröße „Station“ verringern und der Kostenanteil der therapeutischen Kernleistungen und der körperlichen Diagnostik erhöhen. Aus der zusätzlichen Leistungserfassung ergibt sich eine Erfassungsintensität, die deutlich über das übliche Maß der Kalkulation von Leistungen hinaus-

geht. Für eine begrenzte Phase von drei Monaten war die zusätzliche Belastung verantwortbar.

Mit der intensiven Dokumentation konnte der Anteil der den Patienten unmittelbar zurechenbaren therapeutischen Kernleistungen und diagnostischen Maßnahmen an den Gesamtkosten auf einen Wert von rund 35 Prozent gesteigert werden. Obwohl dies im Vergleich zu unserer erwachsenenpsychiatrischen Klinik ein signifikant höherer Wert ist, kann unter Kostenrechnungsgesichtspunkten nicht von einem Erfolg gesprochen werden. Denn trotz dieses enormen Aufwands lassen sich nur etwa ein Drittel der Kosten nach gesicherten Kriterien dem Kostenträger Behandlungstag zuordnen. Es bleibt ein Kostenblock, der weit mehr ist als eine Residualgröße. Und dieser Anteil muss nach nicht gesicherten Kriterien zur Identifikation der Betreuungsintensität der verschiedenen Patienten auf die Kostenträger umgelegt werden.

Gefahr der Fehlallokation von Ressourcen

Die Betrachtung der Ergebnisse der Pretest-Phase der beiden Vitos Kliniken liefert Hinweise, die einer weiteren Prüfung und Diskussion bedürfen:

1. Es gibt in der Psychiatrie unter Umständen einen inversen Zusammenhang zwischen direkt zurechenbaren Einzelleistungen und Gesamtressourcenverbrauch eines Patienten. Er ist unter Umständen auf die sehr große Zahl von kurzen Interventionen und der geringen Zahl von gut messbaren therapeutischen Kernleistungen und diagnostischen Maßnahmen zurückzuführen.

2. Auch durch eine Steigerung des Erfassungsaufwands von sehr kurzen Behandlungs- und Betreuungsintervallen lassen sich für die psychiatrische Behandlung nicht ausreichend viele direkt zuordenbare Kosten ermitteln. Es verbleibt ein Gemeinkostenblock, im guten Fall zwei Drittel der Gesamtkosten, der nach definierten Systemen zu verteilen ist.

3. Es sind derzeit keine Systeme für eine leistungsgerechte Zuordnung des Gemeinkostenblocks „Station“ bekannt.

4. Wenn es kein System für eine leistungsgerechte Zuordnung des Gemeinkostenblocks „Station“ gibt, kann mit Kenntnis der Daten des Jahres 2011 in 2012 keine Kalkulation für die ersten Entgelte im Jahr 2013 erfolgen.

Vor dem Messen und Rechnen kommt auch in der Kostenrechnung das Verstehen des Dienstleistungsprozesses. Es muss davon ausgegangen werden, dass wir über die kostentreibenden und kostentrennenden Faktoren in der Behandlung psychisch kranker Menschen noch nicht genügend wissen. Für die Behandlung leichter erkrankter Patienten, die gut in Therapiekonzepte einzubinden sind, trifft das vermutlich weniger zu. Bei dieser Patientengruppe besteht in erster Linie die Gefahr von Fehlanreizen durch Einzelleistungsausweitung. Für die schwerer erkrankten Patienten ist im Moment jedoch kein Ansatz erkennbar, mit dem die leistungsgerechte Vergütung gewährleistet werden könnte. Ebenso fehlt in der bisherigen Systematik ein für die psychiatrische Krankenhausversorgung wesentliches Strukturelement, nämlich die regionale Versorgungsverpflichtung, die es bei Kliniken mit elektiven Leistungen so nicht gibt. Durch diese Versorgungsverpflichtung mit der Vorhaltung einer Notfallversorgung sind Psychiatrie-Mitarbeiter auch in gemeindepsychiatrische Aufgaben eingebunden, die aber auf der Kostenerstattungsseite nicht berücksichtigt werden.

In Kombination mit der Anreizwirkung bei leichter Erkrankten könnte dies zu deutlichen Fehlanreizen in der Gesamtversorgung von psychisch kranken Menschen führen. Das kann nicht im Interesse der Akteure im Gesundheitswesen sein. Fehlanreize führen zu einer Fehlallokation der Ressourcen. Selbst wenn es dabei selbstverständlich auch Gewinner gibt, können sich die negativ betroffenen Kliniken nicht mit dem Hinweis trösten, dass auch das Psychiatriever-

gütungssystem ausdrücklich als ein lernendes System konzipiert ist. So richtig dieser Hinweis bei der Einführung des DRG-Systems in der Somatik war, so schwierig ist er bei der Einführung der pauschalierten Entgelte in der Psychiatrie. Bei den DRG ging es in erster Linie darum, ein bestehendes System auf die Spezifika des deutschen Gesundheitswesens anzupassen und teilweise zu erweitern. Dies ist mit außerordentlichem Erfolg gelungen. Und die kostentreibenden und kostentrennenden Faktoren in der Behandlung somatisch erkrankter Patienten waren bereits bekannt.

Das Ziel der Einführung eines leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten darf nicht aus den Augen verloren werden. Dabei wird es auch immer wieder erforderlich sein, sich im Sinne eines lernenden Systems über Bedenken in Detail hinwegzusetzen. Zum jetzigen

Zeitpunkt muss jedoch befürchtet werden, dass es noch zu große Erkenntnislücken in der kostenrechnerischen Erfassung des komplexen stationären psychiatrischen Behandlungsgeschehens gibt.

Die Suche nach einem Klassifizierungsmodell

Unter Umständen führt diese Wissenslücke zu einer Revitalisierung der Psych-PV, nicht als Vergütungssystem, sondern als Klassifizierungsmodell. Da die Psych-PV die Strukturqualität betont, ist sie jedoch als Vergütungssystem nicht zeitgemäß. Ihre normativen Aspekte haben daher in einem neuen Vergütungssystem keinen Platz. Als Ausgangspunkt für eine gezielte Weiterentwicklung der Klassifizierung der Patienten hat sie jedoch eine gewisse Sicherheit erlangt. Und somit könnte sie durchaus als Grundlage für eine Weiterentwicklung dienen. Ihre grobe Klassifi-

zierung könnte sogar von Vorteil sein. Denn dadurch wären geringere Fehlansätze und Fehlsteuerungen zu befürchten. Der Weg eines solchen Ansatzes wäre: Ausgehend von einem groben System die Verfeinerungen ausleuchten. Nicht aus einer Vielzahl von Daten, die zunächst mit großem Ressourcenaufwand gewonnen werden muss, eine Systematik entwickeln, deren steuernde Wirkung aufgrund fehlender Kenntnisse des Prozesses nicht erkennbar sein kann.

Eine rasche und intensive Erörterung erscheint dringend geboten.

Anschrift des Verfassers:

Reinhard Belling
Geschäftsführer
Vitos GmbH
Ständeplatz 2
34117 Kassel

GesundheitRechtWirtschaft

Die Gesundheitsversorgung von morgen – ein neues Zusammenspiel der Berufe

Kongresszentrum Karlsruhe | 24. – 25. Februar 2011



Der Karlsruher Kongress „GesundheitRechtWirtschaft“ geht den aktuellen Rechtsfragen nach, die das neue Zusammenspiel der an der Gesundheitsversorgung Beteiligten aufwirft. Der Kongress beschränkt sich nicht auf die Zusammenarbeit der medizinischen Leistungserbringer im engeren Sinn – Ärzte, Apotheker, Krankenhäuser – sondern wird ausgehend von diesen Kernberufen über die erweiterten medizinischen Fachberufe bis hin zu den Partnerunternehmen aus Industrie, Handel und Handwerk ein umfassendes Informations- und Diskussionsforum über den rechtlichen Rahmen der fachlichen Zusammenarbeit sein.

9 Fortbildungspunkte
Landesärztekammer Baden-Württemberg

6 Fortbildungspunkte
Registrierung beruflich Pflegender

Werfen Sie mit weiteren Teilnehmern den Blick in die Zukunft des rasant wachsenden Gesundheitsmarkts.

Online anmelden unter: www.grw-ka.de



Schirmherr:

Staatssekretär Stefan Kapferer,
Bundesministerium für Gesundheit

Veranstalter:



IDEEN VERBINDEN.
Karlsruhe –
Messen und Kongresse