

OPS/DRGs: Bedeutung für die Finanzierung der Psycho-Onkologie

Andrea Schumacher

Dieser Text ist die schriftliche Fassung meines Vortrags auf der 7. wissenschaftlichen Tagung der PSO (5.-7.12. 2008, München): 20 Jahre Psychoonkologie in der Deutschen Krebsgesellschaft. Aufgrund mehrfacher Anfragen haben wir uns entschlossen, den Text auf die dapo-website zu stellen.

Die Frage nach der Bedeutung von OPS und DRGs für die Finanzierung der Psycho-Onkologie lässt sich im Grunde recht einfach beantworten: Das DRG-System hat keine Bedeutung für die Finanzierung psychoonkologischer Arbeit im Akutkrankenhaus. Warum das so ist, warum es gar nicht anders sein kann, das soll im Folgenden dargelegt werden. Wir Psychoonkologen sollten das System kennen, in dem wir arbeiten.

Das DRG-System

In Deutschland wurde im Jahr 2003 die bisherige Form der Pflegesätze für Krankenhausleistungen abgelöst durch eine diagnosengebundene Fallpauschalenregelung (diagnosis related groups, kurz: DRGs). Kliniken bekommen also für jede Behandlung einer Erkrankung einen bestimmten Satz, unabhängig von der Verweildauer des Patienten in der Klinik. DRGs gelten für den stationären und teilstationären Bereich der Krankenversorgung, ausgenommen sind Psychiatrie und Psychosomatik.

OPS/DRGs & Finanzierung der Psychoonkologie

Diagnosis Related Groups (DRG)

Gruppenbildung:

- **primär nach ökonomischen Kriterien**
- **sekundär nach medizinischen Kriterien**

Zuordnung durch:

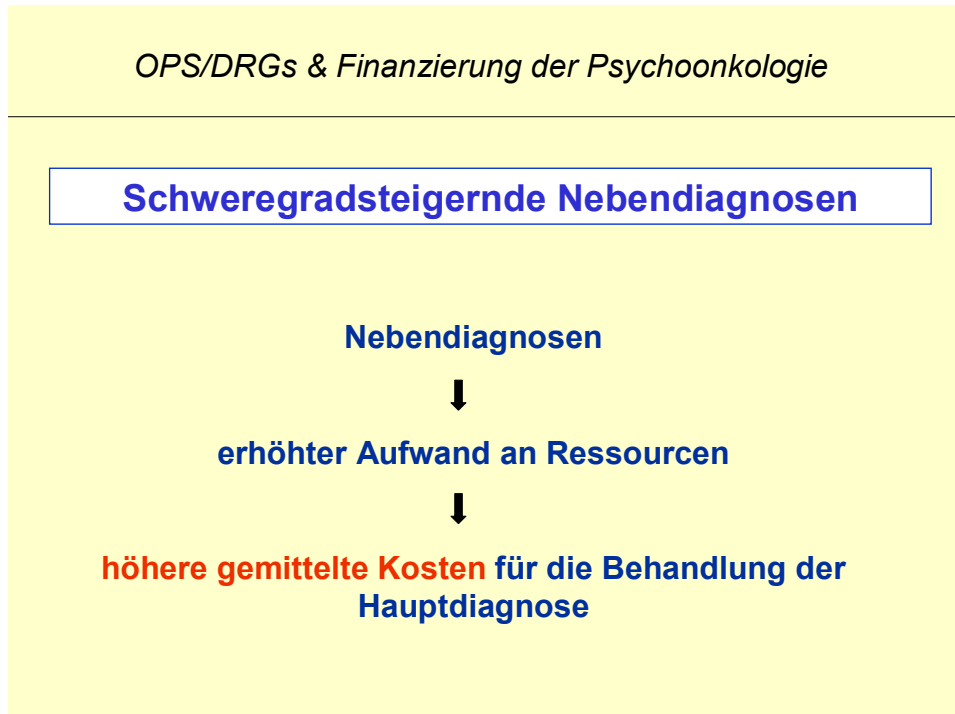
- **Diagnosen (ICD-10)**
- **Prozeduren (OPS)**

Das DRG-System ist eindeutig ökonomisch orientiert. Mit diesem Abrechnungsmodus wird der wirtschaftliche Ressourcenverbrauch in medizinisch-ökonomischen Fallgruppen zusammengefasst. Die primäre Bildung einer Fallgruppe im DRG-System erfolgt nach ökonomischen Kriterien. Es werden solche Fälle in einer Gruppe zusammengefasst, die im Mittel die gleichen Ressourcen verbrauchen. Die gesamten dabei erbrachten Leistungen werden gemittelt. Die Summe der Entgelte für eine Fallgruppe muss die Summe der Behandlungskosten decken.

Erst sekundär erfolgt eine Unterscheidung nach medizinischen Kriterien: Die Eingruppierung in eine DRG geschieht durch Diagnosen und Prozeduren, sowie durch weitere Faktoren wie die patientenbezogene klinische Komplexitätsstufe (PKKS), das Patientenalter und zusätzliche komplizierende Diagnosen und Prozeduren. Die Dokumentation erfolgt mit dem ICD-10 - Katalog und dem Katalog der durchgeführten Behandlungsprozeduren oder Leistungen (OPS).

Steigerung des Schweregrads

Wenn eine Nebendiagnose einen erhöhten Aufwand an Ressourcen in der Therapie verursacht, also die Kosten für die Behandlung der Hauptdiagnose steigert, gilt sie als „schweregradsteigernd“.



Unklarheit herrscht oft über eine mögliche Schweregradsteigerung der Kostengewichte infolge psychosozialer Nebendiagnosen. Nur sehr wenige, meist psychiatrische Zusatzdiagnosen, wirken sich schweregradsteigernd bei der Einordnung in die Fallgruppe aus, im Jahr 2008

waren dies z.B. die psychiatrischen Diagnosen Schizophrenie (F20.1–F20.9), psychotische Störungen (F23.0–F23.9), manische Episoden (F30.0-F30.2, F30.8, F30.9) sowie bipolare Störungen (F31.0-F31.9).

Diese Störungsbilder sind bei onkologischen Patienten eher nicht die Regel. Prävalenzdaten zufolge zeigen im onkologischen Akutbereich ca. 30-35% der Patienten behandlungsbedürftige psychische Beeinträchtigungen, nämlich Depressive Episoden (F 32), Angststörungen (F 40, F 41) und Anpassungsstörungen (F 43). Diese im psychoonkologischen Bereich hauptsächlich Verwendung findenden ICD-10-Ziffern sind in der Regel nicht schweregradsteigernd.

Depressive Symptome treten zwar häufig auf, aber nur die Diagnosen F 32.2 und F 32.3 (Schwere depressive Episode ohne bzw. mit psychotischen Symptomen) sowie F 33.2, 33.3, 33.8 (Rezidivierende depressive Episoden) gelten derzeit als schweregradsteigernd. Wichtig dabei ist, dass diese aufgeführten Codes sich auf die ICD-10 Version 2008 beziehen. Jedes Jahr wird neu festgelegt, welche Nebendiagnosen schweregradsteigernd sind - so soll vermieden werden, dass auf einmal alle Patienten eine solche Nebendiagnose quasi automatisch bekommen, um die Behandlung ökonomisch attraktiver zu machen.

Einem onkologischen Patienten der Akutklinik eine solche schweregradsteigernde Nebendiagnose zuzuweisen, nur um die cost-weight zu erhöhen, wäre Betrug und eine unzulässige, mehr als fahrlässige Stigmatisierung. Andererseits sollte man aber Patienten nicht in falsch verstandenem Sinne schonen wollen: Auf eine Tumorerkrankung mit einer Depression zu reagieren, ist keine Schande und eine Depression darf dann auch – so sie gegeben ist – als eine solche diagnostiziert und dokumentiert werden.

Sicherstellung psychosozialer Betreuung

Um angesichts der veränderten Finanzierungsstruktur im Krankenhauswesen eine psychosoziale Versorgung schwer- und chronisch erkrankter Patienten sicherzustellen, schlossen sich im Jahr 2001 verschiedene Fachverbände zu einem „Runden Tisch“ zusammen. Dies mündete in die Gründung der Bundesarbeitsgemeinschaft Psychosoziale Versorgung im Akutkrankenhaus (BAG-PVA). Nach Gesprächen mit Vertretern der Selbstverwaltungsorgane stellte dieses Gremium beim DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) einen Antrag zur Erweiterung des OPS-Katalogs hinsichtlich verschiedener Prozeduren zur psychosozialen und psychotherapeutischen Diagnostik und Intervention.

Im Jahr 2001 war die Dokumentation psychoonkologischer Arbeit allenfalls im optionalen Erweiterungskatalog möglich, heute gibt es differenziertere Möglichkeiten, die geleistete Arbeit darzustellen. Die BAG bemüht sich kontinuierlich (und zwar durchaus erfolgreich) um eine Verfeinerung der Dokumentationsmöglichkeiten psychosozialer Leistungen im

Akutkrankenhaus. Bspw. wurde die von der BAG beim DIMDI gemachte Eingabe bezüglich der Mindestzeiten bei der Kodierung psychosozialer Betreuung in den OPS übernommen. War früher „Psychosupportive Therapie“ erst ab einem Zeitaufwand von mind. 4 h im OPS dokumentierbar, so ist diese Zeitvorgabe jetzt aufgebrochen in die Kategorien „50-120 min“, „120-240 min“, und „mehr als 240 min“. Für die Arbeit im Akutkrankenhaus ist dies ein ganz wichtiger Schritt, denn gerade aufgrund der Bedingungen in diesem Setting sind viele der psychosozialen Interventionen eher kurz - und sollen trotzdem als Versorgungstätigkeit ihren Niederschlag in der Dokumentation finden.

Der von der BAG erarbeitete Kodierleitfaden „Psychosoziale Leistungen im Akutkrankenhaus dokumentieren und kodieren“ wird regelmäßig überarbeitet und auf die websites der beteiligten Verbände gestellt. (<http://www.dapo-ev.de/drgs.html>)

Die Dokumentation der psychoonkologischen Interventionen ist heute also möglich. Ob aber der Katalog wirklich die Realität der psychoonkologischen Betreuung widerspiegeln kann, sei einmal dahingestellt. Der Aufwand der Betreuungsarbeit kann nur in Annäherung abgebildet werden. Die einmal pro stationärem Aufenthalt mögliche Dokumentation eines Codes erlaubt nur ein sehr grobes Raster der Erfassung.

Relevanz der DRGs für die Finanzierung der Psychoonkologie

In der onkologischen Akutbehandlung stehen hohen Sachkosten relativ moderate Personalkosten gegenüber. Die erbrachten psychoonkologischen Leistungen werden über alle Patienten gemittelt und erhöhen somit nicht wesentlich die Kosten für die Behandlung einer Fallgruppe. Das bedeutet, die Notwendigkeit der psychoonkologischen Versorgung bestimmter Patienten führt nicht zur Bildung einer neuen Fallgruppe. Die durch die psychoonkologische Betreuung verursachten Kosten sind schlichtweg nicht hoch genug als dass dies möglich oder nötig wäre. Damit wird klar, dass das DRG-System nicht geeignet ist (letztlich nicht geeignet sein kann!), die psychoonkologische Betreuung im Akutkrankenhaus zu finanzieren. Innerhalb des DRG-Systems fällt die Psychoonkologie finanziell kaum ins Gewicht.

(Dies bedeutet nun keineswegs, dass Psychoonkologie im Akutkrankenhaus irrelevant wäre. Wir Psychoonkologen sollten uns hier vor der „Narzissmus-Falle“ hüten. Es wäre gänzlich unangebracht, auf den vermeintlich geringen Stellenwert der Psychoonkologie innerhalb des DRG-Systems mit Kränkung zu reagieren – die DRGs sind nicht das richtige System, um den Wert der psychoonkologischen Arbeit zu erfassen.)

OPS/DRGs & Finanzierung der Psychoonkologie

Onkologische Akutbehandlung

Hohe Sachkosten / moderate Personalkosten



Erbrachte psychoonkologische Leistungen werden über alle Patienten gemittelt



Notwendigkeit psychoonkologischer Versorgung führt nicht zur Bildung neuer Fallgruppen

In der BAG wurde lange überlegt, ein Projekt zur Kalkulation der Kosten psychosozialer Leistungen im Akutkrankenhaus auf den Weg zu bringen. Es wurde versucht, die Verwaltungsgremien vieler Kliniken von der Notwendigkeit eines solchen Unternehmens zu überzeugen. Auf Seiten der Kliniken gab es allerdings wenig Interesse an diesem Projekt. Zunehmend wurde in der BAG dann aber kontrovers diskutiert, ob ein solches Projekt zur Kostenkalkulation wirklich unseren Zwecken dienlich wäre: eine reine Feststellung der durch psychosoziale Versorgung entstehenden Kosten könnte u. U. kontraproduktiv sein – wenn nicht gleichzeitig auch Indikation und Effektivität erfasst würden.

Die Frage nach dem Erfolg, nach der Effektivität psychoonkologischer Versorgung betrifft die Evaluation, den Nachweis des klinischen Nutzens. Was sind nun geeignete Indikatoren, das Ergebnis unserer Arbeit zu messen?

Die Konfundierung somatischer und psychologischer Parameter erschwert die Durchführung methodisch sauberer Studien, insbesondere beim Versuch, einen Effekt psychologischer Interventionen auf somatische Parameter wie Krankheitsverlauf und Langzeitüberleben führen zu wollen. Die Erfassung sozioökonomischer Faktoren und des ökonomischen Ressourcenverbrauchs (Fehltage, Inanspruchnahme von Ärzten, Therapeuten, Wiedereingliederung ins Berufsleben) wäre sicher interessant, ist aber aufgrund der hohen Komplexität der ineinander greifenden Strukturen schwer zu operationalisieren.

Es gibt mittlerweile eine Reihe guter Studien mit dem Nachweis eines Effektes auf die Lebensqualität oder auch die emotionale Anpassung. Die positive Beeinflussung dieser Variablen führt aber nicht zwangsläufig zur Einsparung von Behandlungskosten. „Öl im Klinik-

Getriebe“ zu sein, diese nahezu typische Psychoonkologen-Funktion, ist leider schwer messbar.

Wie nützlich die Psychoonkologie innerhalb des DRG-Systems ist, lässt sich vom Standpunkt des Systems aus nur schwer beantworten. Wenn auch die Dokumentation der typischen psychoonkologischen Nebendiagnosen keine Auswirkung auf die cost-weight hat, sollte dennoch nicht darauf verzichtet werden. Muss ggf. die längere Verweildauer eines Patienten auf Station gerechtfertigt werden, so kann die dokumentierte psychoonkologische Behandlung hier hilfreich sein.

Industrialisierung des Gesundheitswesens?

Die Veränderungen im Gesundheitswesen haben zu verkürzten Liegezeiten und neuen Versorgungsströmen geführt. Viele onkologische Therapien werden zunehmend ambulant oder teilstationär durchgeführt. Die im SGB-V-2000 erstmals formulierten Anforderungen an Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit medizinischer Maßnahmen gelten auch für die Psychoonkologie. Die Entwicklung und Implementierung psychoonkologischer Versorgungskonzepte muss den gesetzlichen Vorgaben genügen und dabei auch der jeweiligen klinischen Realität vor Ort entsprechen (Schumacher 2006).

OPS/DRGs & Finanzierung der Psychoonkologie

Gesetzliche Rahmenbedingungen medizinischer Versorgung (SGB-V-2000)

- **dem wissenschaftlichen Erkenntnisstand entsprechend**
- **medizinisch notwendig**
- **wirtschaftlich**
- **bedarfsgerecht**
- **zweckmäßig**
- **das Notwendige nicht überschreitend**

Bei allen notwendigen und zu begrüßenden Neuerungen darf nicht übersehen werden, dass diese Quasi-Industrialisierung des Gesundheitswesens auch Gefahren birgt. Ein Widerspruch

zwischen dem heilberuflichen Ethos und dem kommerziellen Erfolg tritt zunehmend deutlicher zu Tage.

Heute ist in Gesetzestexten und Verträgen häufig von „Versorgung“ die Rede, nicht mehr unbedingt von „Behandlung“ oder „Therapie“. Wie sich diese Versorgung ausgestaltet, bleibt jedoch oft unklar - ob Psychotherapie, qualifizierte Beratung oder teilnehmende Mitmenschlichkeit gemeint sind, ist nicht immer genau festgelegt. Damit bleibt aber auch offen, von welcher Berufsgruppe die Patienten „versorgt“ werden sollen.

Wir Psychoonkologen müssen uns hier vielleicht selbstkritisch prüfen: Psychoonkologische Betreuung im Akutkrankenhaus erfolgt nach wie vor zumeist in einem individualisierten, angepassten Setting. Das ist unter den gegebenen Rahmenbedingungen oftmals der einzig praktikable Weg. Die Frage der Indikation bleibt jedoch oft unzureichend geklärt. Wie eine Studie von Singer et al. (2007) recht deutlich zeigt, sind die Patienten, die von uns unterstützt werden wollen, nicht unbedingt diejenigen, die es wirklich dringend brauchen. Damit laufen wir womöglich Gefahr, uns selbst ad absurdum zu führen.

Gute Arbeit braucht gute Rahmenbedingungen: Bei der psychoonkologischen Betreuung in der Akutbehandlung sind nach wie vor strukturelle Defizite zu beklagen: Schlechte Personalschlüssel, unzureichende Qualifikation und eine mangelnde (horizontale wie vertikale) Vernetzung der Angebote.

OPS/DRGs & Finanzierung der Psychoonkologie

Psychosoziale Betreuung in der onkologischen Akutbehandlung

Versorgungsqualität ?

Strukturelle Defizite:

- **Personalschlüssel in Kliniken**
- **Qualifikationsmängel**

Vernetzung der Angebote?

Die psychologische Betreuung in der Onkologie sollte als integraler Teil der Struktur einer Klinik definiert werden. Psychoonkologische Leistungen gehören zu den Basisleistungen eines Krankenhauses und sind relevant für die Qualität der medizinischen Behandlung.

Die Sicherstellung einer qualitätsgerechten und wirksamen psychoonkologischen Versorgung ist nach wie vor ein Desiderat. Wenn die psychoonkologische Betreuung Bestandteil onkologischer Behandlungspfade sein soll, dann sind angemessene Ressourcen und ggf. die Vertretung in den administrativen Strukturen wichtig (Mehnert et al. 2003).

Ausblick

Psychoonkologie spielt natürlich nicht nur in der Akutmedizin eine Rolle. In DMPs, in den Organzentren, in den zunehmend entstehenden Modellprojekten integrierter Versorgung ist psychoonkologisches Arbeiten erfreulicherweise verankert. Dort gelten andere Spielregeln der Finanzierung – was wiederum zu einem erheblichen Konkurrenzdruck unter den Berufsgruppen führen kann, denn Kostenträger haben in der Regel Interesse an kostengünstigen (sprich: billigen) Lösungen. Im Interesse der Patienten darf die Konzeptentwicklung zur psychoonkologischen Versorgung nicht nur unter ökonomischen Aspekten vorangetrieben werden. Angesichts der Entwicklungen in der Gesundheitspolitik sehen wir uns mit einem immer deutlicher werdenden Wettbewerb um die vorhandenen Ressourcen konfrontiert. Die in der Psychosozialen Onkologie tätigen Berufsgruppen sollten sich in diesem Verteilungskampf nicht spalten lassen, sondern gemeinsam nach möglichen Lösungen suchen.

Mehnert A, Petersen C, Koch U. Empfehlungen zur psychoonkologischen Versorgung im Akutkrankenhaus. Zeitschrift Med Psychologie 12, 2, 72-84, 2003

Schumacher A. Die Situation der Psycho-Onkologie in Deutschland unter aktuellen gesundheitsökonomischen Aspekten. In: Herschbach, P., Heußner, P., Sellschopp, A. (Eds.): Psycho-Onkologie. Perspektiven heute. Lengerich: Pabst Science, 217- 226, 2006

Singer S, Bringmann H, Hauss J, Kortmann R-D, Köhler U, Krauß O, Schwarz R. Häufigkeit psychischer Begleiterkrankungen und der Wunsch nach psychosozialer Unterstützung bei Tumorpatienten im Akutkrankenhaus. Dtsch med Wochenschr 2007; 132: 2071-2076