

Fallpauschalengesetz Einführung von DRG im Akutkrankenhaus - Psychosoziale Betreuung

Erhebungsstudie Anthroposophische Kunsttherapie 2003 im Akutkrankenhaus

Studienleitung und -durchführung:

Cornelia Notholt, Anthroposophische Kunsttherapeutin (BVAKT)

Auftraggeber:

Berufsverband für Anthroposophische Kunsttherapie e.V. (BVAKT)

Das Gesundheitsreformgesetz 2000 sieht im Artikel 4 vor, am 1. Januar 2003 die erst 1995 mit der Bundespflegesatzverordnung eingeführte Mischfinanzierung deutscher Krankenhäuser (Fallpauschalen, Sonderentgelte, Abteilungs- und Basispflegesätze) durch ein völlig neues System zu ersetzt. Die neue Krankenhausvergütung wird sich an den DRG's (Diagnosis Related Groups) orientieren, so haben es die Spitzenverbände der Krankenkassen entsprechend dem gesetzlichen Auftrag einvernehmlich mit der deutschen Krankenhausgesellschaft entschieden.

Bis zum 31.12. 2001 sollten Bewertungsrelationen, sogenannte Pauschalen, festgelegt werden, welche die Höhe der Vergütung bestimmen. Ab Januar 2003 sollte das neue System budgetneutral zum Einsatz kommen.

Während die heute abzurechnenden Fallpauschalen ausschließlich über die Hauptdiagnose des Patienten (ICD 10) und den Hauptoperationsschlüssel (OPS - 301) zugeordnet werden, sollen den neuen, leistungsorientierten Pauschalen wesentlich differenziertere Kriterien zugrunde liegen (Haupt- und Nebendiagnosen, Haupt- und Nebenleistungen, Alter und Geschlecht des Patienten, Komplikationen und Begleiterkrankungen und weitere Parameter).

Es ist noch nicht absehbar, wie das Spannungsverhältnis zwischen medizinischer und betriebswirtschaftlicher Notwendigkeit einer Leistung aufgelöst wird. Der sogenannte Ressourcenverbrauch (alle erbrachten Leistungen am Patienten) ist noch nicht abschließend definiert, weil die Kodierung der DRG's noch nicht vollständig ist. Auch die Frage, ob in Zukunft nur noch störungsspezifische oder auch gesundheitsfördernde Maßnahmen bezahlt werden, steht noch offen.

Der Zeitdruck und die Unsicherheit insbesondere in den Bereichen der psychosozialen Versorgung sind groß. Zunächst werden die Psychiatrien und die Rehabilitationskliniken noch nicht mit eingeschlossen.

Vor diesem Hintergrund lud der BVAKT im Juli 2001 alle ihm bekannten Verbände und Vereinigungen für Künstlerische Therapeuten zu einem Gespräch nach Göttingen ein. Hieraus bildete sich die AG DRG FKT (Arbeitsgemeinschaft Diagnosis Related Groups der Fachverbände für Künstlerische Therapie). Parallel dazu begründete sich der „Runde Tisch psychosozialer Fachgesellschaften im Akutkrankenhaus“, dem sich u.a. der BVAKT anschloss, um die Tätigkeit der Anthroposophischen Kunsttherapeuten im Bereich der psychosozialen Betreuung in Akutkrankenhäusern zu vertreten.

Da im neuen System der Finanzierung (Fallpauschalen) die psychosoziale Versorgung der Patienten im Akutkrankenhaus mit den beteiligten Berufsgruppen existenziell gefährdet ist, da zudem weder die finanziellen Aufwendungen psychosozialer Versorgung noch eine wie auch immer geartete Ergebnisqualität bisher sichtbar gemacht werden konnte und der Effektivitätsnachweis psychosozialer Leistungen in der Akutmedizin über Untersuchungen zur psychischen Befindlichkeit und zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität großenteils erst noch geführt werden muss, sollte der Ist-Zustand zunächst konserviert werden und sollten die beantragten Codes als „platzhaltende Rautenziffern“ für eine valide Untersuchungsgrundlage für die Dokumentation des finanziellen Aufwandes erprobt werden.

ICD 10 und OPS- 301 bieten nur beschränkte Möglichkeiten, psychosoziale Versorgung und damit auch Anthroposophische Kunsttherapie abzubilden. Daher wurde vom Runden Tisch psychosozialer Fachgesellschaften im Akutkrankenhaus Erweiterungsvorschläge beim Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) eingereicht.

Ziel ist es, ein adäquates und bewährtes System der Leistungserfassung zu erarbeiten. Die vom Runden Tisch der Psychosozialen Fachgesellschaften in der Akutmedizin vorgeschlagenen Erweiterungen des bestehenden OPS sollten in der Praxis geprüft und – sofern es der besseren Handhabbarkeit und Abbildbarkeit dient – weiter entwickelt werden, etwa in Richtung zeitaufwandsgestufte Komplexziffern.

Im Jahr 2002 wurde eine Resolution erarbeitet und dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) vorgelegt, nahezu 120 Institutionen mit insgesamt mehr als 1 Million Mitglieder unterschrieben diese Resolution.

Am 6. März 2002 hat das Kuratorium für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG) beim Bundesministerium für Gesundheit „Gesichtspunkte für zukünftige Revisionen des OPS-301 verabschiedet und veröffentlicht. Hieraus Punkt 2:

Gesichtspunkte für die Annahme von Prozeduren des OPS 301

- a) Im Vorschlag wird begründet, warum die Kodierung der Prozedur fachlich unverzichtbar ist. Außerdem wird dargestellt, inwieweit die Prozedur fachlich etabliert und wissenschaftlich evaluiert ist. Sofern sinnvoll und verfügbar werden Angaben zum Evidenzgrad zitiert Studien und darüber gemacht, ob die Prozedur bereits in anderen internationalen Prozedurenklassifikationen durch einen spezifischen Kode abgebildet wird (Gesichtspunkt der Relevanz)
- b) Im Vorschlag wird mitgeteilt (ggf. geschätzt), an wie vielen Patienten und in wie vielen Fachabteilungen (Kliniken) die Prozedur seit wann durchgeführt wird (Gesichtspunkt der Häufigkeit)
- c) Im Vorschlag wird angegeben (ggf. geschätzt), wie hoch die Kosten der Prozedur im Verhältnis zu den Kosten des gesamten Falls sind (ggf. Aufwand nachvollziehbar erläutern) (Gesichtspunkt der Kosten),
- d) Im Vorschlag wird dargelegt, inwieweit sich verschiedene Prozeduren in einer betroffenen Schlüsselnummer bezüglich der Kosten unterscheiden. Eine Differenzierung der Schlüsselnummer erfolgt, wenn sich die Kosten der Schlüsselnummern erheblich unterscheiden (Gesichtspunkt der Unterscheidbarkeit).
- e) Eine Prozedur im OPS-301 ist in der Regel eine diagnostische oder therapeutische Vorgehensweise, die in sich abgeschlossen ist und für sich allein durchgeführt werden kann (Gesichtspunkt der Eigenständigkeit).

Im Dezember 2002 erarbeitete der Runde Tisch der Psychosozialen Fachgesellschaften in der Akutmedizin [Begründungen für Erweiterungsvorschläge des OPS-301](#) nach Gesichtspunkten zur Aufnahme von Prozeduren in das OPS-301 und fügte für die jeweils einzelnen [Schlüsselnummern](#) nach „e) Gesichtspunkt der Eigenständigkeit“ Begründungen an.

Im Januar 2003 wurden vom DIMDI unter anderen folgende OPS-Vorschläge bestätigt und deren Berücksichtigung bei dem "erweiterten nichtamtlichen OPS-301" angekündigt :

9-401 Psychosoziale Therapie

9-401.0 Sozialrechtliche Beratung

*Hinw.: Dauer mindestens 90 Minuten pro Woche
Information und Beratung zu Möglichkeiten sozialrechtlicher Unterstützungen, einschließlich organisatorischer Maßnahmen*

9-401.1 Familien-, Paar- und Erziehungsberatung

*Hinw.: Dauer mindestens 90 Minuten pro Woche
Zielorientierte Beratung zu definierten Problemstellungen seitens der Familie oder einzelner Familienmitglieder
Exkl.: Schwerpunktmäßig gezielte therapeutische Maßnahmen zur Veränderung von Erleben und Verhalten (9-402 bis 9-405)*

9-401.2 Nachsorgeorganisation

*Hinw.: Dauer mindestens 8 Stunden
Beratung und organisatorische Maßnahmen hinsichtlich ambulanter und stationärer Nachsorge*

9-401.3 Supportive Therapie

*Hinw.: Dauer mindestens 120 Minuten pro Woche
Interventionen zu psychischen Verarbeitung somatischer Erkrankungen, ihrer Begleit- bzw. Folgeerscheinungen sowie resultierender interaktioneller Probleme*

9-401.4 Künstlerische Therapie

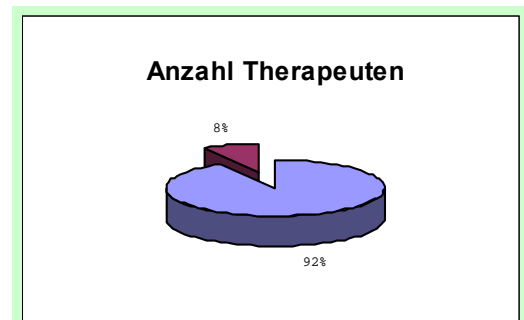
*Hinw.: Dauer mindestens 90 Minuten pro Woche
Therapeutische Maßnahmen, die Wahrnehmungs- und Gestaltungsprozesse umfassen sowie therapeutische Anwendung künstlerische Medien*

Nachfolgend wurden Verbände für Erbringer psychosozialer Leistungen - und damit auch die Verbände der AG DRG FKT - aufgefordert, die bei der Sitzung am 6. März 2002 des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen beim Bundesministerium für Gesundheit verabschiedeten „Gesichtspunkte für die Aufnahme von Prozeduren des OPS 301“ zu bearbeiten und entsprechende Nachweise zu erbringen.

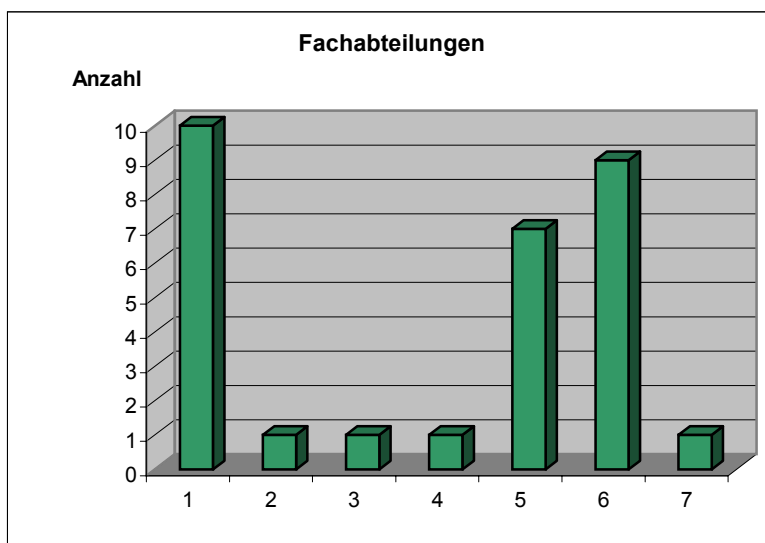
Um die in „Gesichtspunkte für die Annahme von Prozeduren des OPS 301“ unter b) genannten Daten (Gesichtspunkt der Häufigkeit) zu ermitteln, entwickelte und erprobte die PSAPOH (Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft in der Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie) einen Psychosozialen Protokollbogen, der ab August 2003 den anderen Mitgliedern der BAG PVA (Bundesarbeitsgemeinschaft für psychosoziale Versorgung im Akutkrankenhaus, früher: RT PVA) zur Datenerhebung zur Verfügung gestellt wurde.

Dieser Psychosoziale Protokollbogen wurde für die Datenerfassung der AKT (Anthroposophische Kunsttherapie) überarbeitet und der Leitfaden zur Anwendung des Bogens entsprechend überarbeitet.

Zeitgleich wurden in 7 Akutkrankenhäusern 72 AKT (Anthroposophische Kunsttherapeuten) angeschrieben und informiert. 66 Therapeuten erklärten sich bereit, an der Erhebungsstudie teilzunehmen.



Diese 66 Therapeuten sind tätig in 7 Kliniken in insgesamt 30 Fachabteilungen:



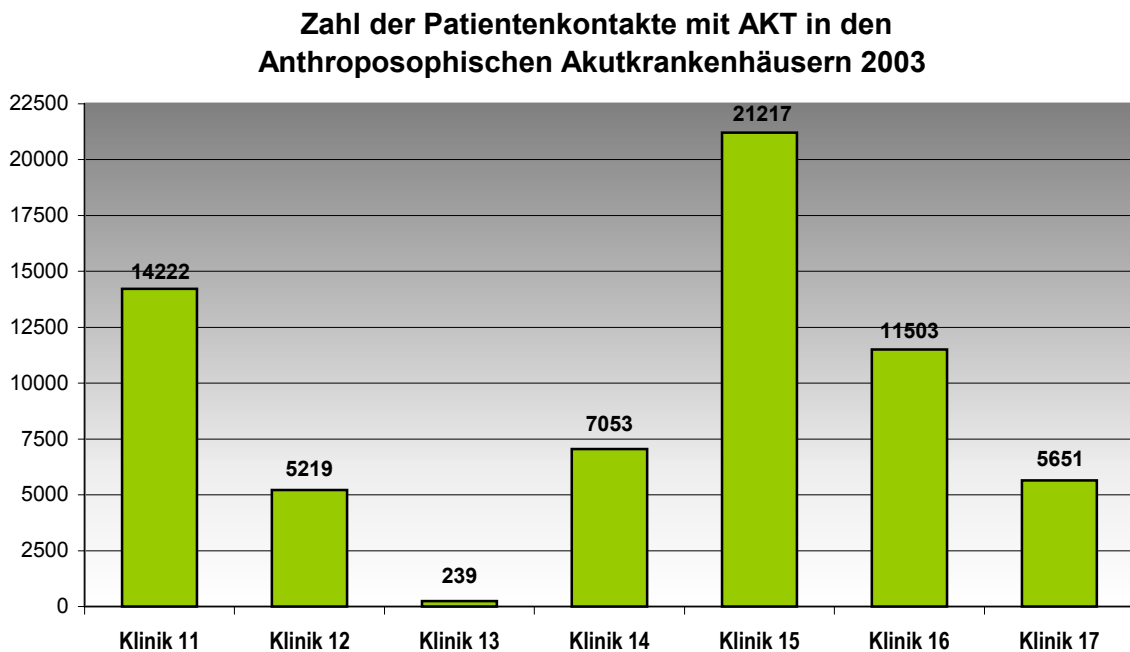
- Pädiatrie
- Neonatologie
- Kinder- und Jugendlichenpsychosomatik
- Geburtshilfe
- Gynäkologie
- Allg. Innere Medizin
- Chirurgie
- Intensivmedizin
- Psychosomatik
- Gastroenterologie
- Kardiologie
- Diabetologie
- Pneumologie
- Palliativ
- Geriatrie
- Neurologie
- Onkologie

Erhebungsstudie AKT im Akutkrankenhaus 2003

Im September 2003 wurden die [Protokollbögen](#) mit dem entsprechenden [Leitfaden](#) verschickt, es wurden für die datenerhebenden Therapeuten telefonische Beratungszeiten eingerichtet.

Die Erhebung begann am 1. Oktober und endete am 30. November 2003. Die so ermittelten Daten wurden auf das Jahr 2003 hochgerechnet, dabei wurden 235 Jahresarbeitstage zu Grunde gelegt.

Die Zahl der Patientenkontakte in den 7 teilnehmenden Akutkrankenhäusern verteilt sich wie folgt:

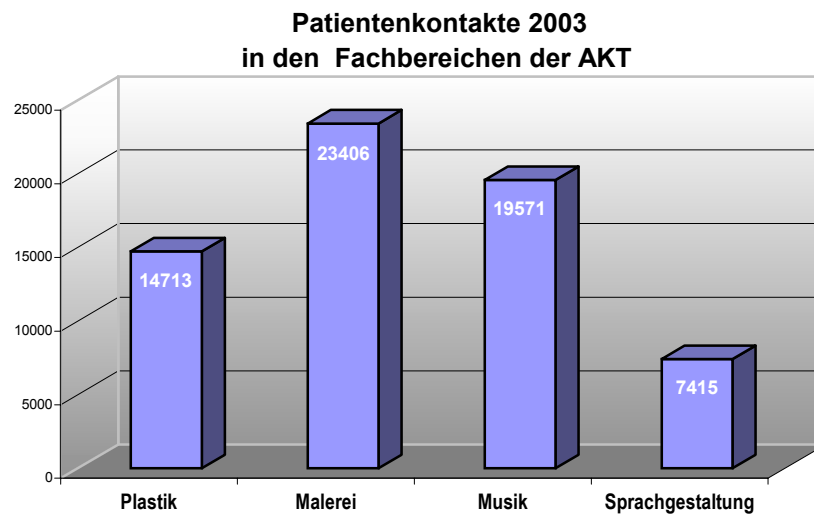


Von den Daten erhebenden Therapeuten wurden vier OPS-Ziffern angegeben:

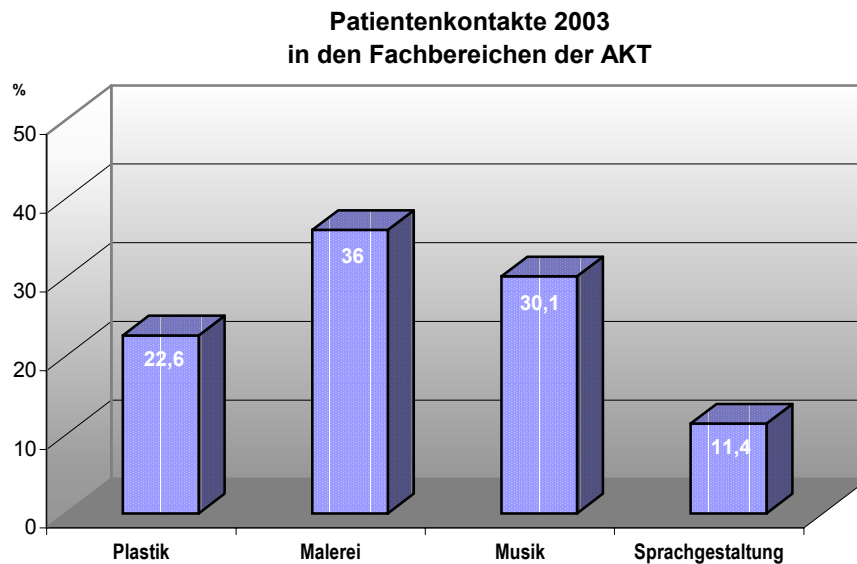
9-401.4	Künstlerische Therapie	54.527	95,60%
9-401.3	Supportive Therapie	9.378	3,99%
9-401.2	Nachsorgeorganisation	826	0,21%
9-999.1	Andere ergänzende Maßnahmen	374	0,12%

Insgesamt fanden im Jahr 2003 durch die Daten erhebenden Therapeuten 65.105 Patientenkontakte in den vier Fachbereichen der AKT statt

Darstellende Aufgliederung der AKT in den Fachbereichen



Und in Prozent:



Zeitberechnungen

Die Kontaktdauer pro Patient und Therapeut war bei einer durchschnittlichen Liegedauer von 8,5 Tagen 7 Stunden und 23 Minuten. Daraus ergibt sich eine Kontaktdauer pro Woche mit 5 Therapietagen von 4 Stunden und 34 Minuten und pro Patient / Kontakt 37 Minuten.

Patientenkontakte:

Zeit / Minuten / a	Zeit / Stunden / a	Anzahl Therapeuten
3.521.499	58.691,65	66

Zeitaufwand	
Zeit pro Patient (8,5 Tage)	7 Std. 23 Min.
Zeit pro Patient / Woche (5 Tage)	4 Std. 34 Min.
Zeit pro Patient / Kontakt	37 Min.

Gesichtspunkt der Kosten

Unter c) Gesichtspunkte der Kosten soll lt. „Gesichtspunkte für die Annahme von Prozeduren des OPS 301“ ermittelt werden, wie hoch die Kosten der Prozedur im Verhältnis zu den Kosten des gesamten Falls sind. Hier ist es außerordentlich schwierig, exakte Angaben zu ermitteln. In einer Kalkulationsstichprobe durch Herrn Zimmermann (Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke und Mitglied in der BAG PVA) wurde deutlich, dass – wo psychosoziale Leistungen in die Kalkulation eingeflossen sind, sie meist nicht fallbezogen differenziert sind, sondern per Umlageverfahren allen Fällen (z. B. einer Kostenstelle) zugeordnet werden. Damit kann der Aufwand für die einzelnen Fälle hinsichtlich der psychosozialen Leistungen weder von der BAG PVA noch von Krankenträgern differenziert erfasst werden. Schwierig sind diese Angaben auch, da die psychosozialen Prozeduren bei verschiedenen akutmedizinischen Fällen in sehr unterschiedlichen Anteilen zur Geltung kommen.

Ermittelt wurden daher zunächst die Bruttoarbeitnehmerkosten (Sachkostenauschale 20%) für die Therapeutenstellen in den entsprechenden Krankenhäusern, diese wurden umgerechnet auf Anzahl und Dauer der Patientenkontakte im Erfassungszeitraum, um so einen Kostenwert pro Patientenkontakt in der psychosozialen Versorgung zu erhalten.

Die Bezahlung der Therapeuten variiert je nach Klinik, meist haben die Kliniken interne Gehaltsregelungen. Der Durchschnittswert entspricht BAT IVa, Tarifgebiet West, Berechnungsgrundlage sind 235 Arbeitstage. Die Bruttoarbeitnehmerkosten wurden ermittelt durch Befragung von Therapeuten / Nachfragen in Verwaltungen.

Gesamtkosten (incl. Sachkostenpauschale 20%)

je Therapeut/Monat	4.149,92 €
je Patientenkontakt 60 Minuten	56,- €
je Patientenkontakt 37 Minuten	37,- €
je Patient / Woche (5 Tage)	256,- €
je Patient / gesamt (8,5 Tage)	418,- €

Gesichtspunkt der Eigenständigkeit

In Punkt e) der „Gesichtspunkte für die Annahme von Prozeduren des OPS 301“ heißt es:

Eine Prozedur im OPS-301 ist in der Regel eine diagnostische oder therapeutische Vorgehensweise, die in sich abgeschlossen ist und für sich allein durchgeführt werden kann (Gesichtspunkt der Eigenständigkeit).

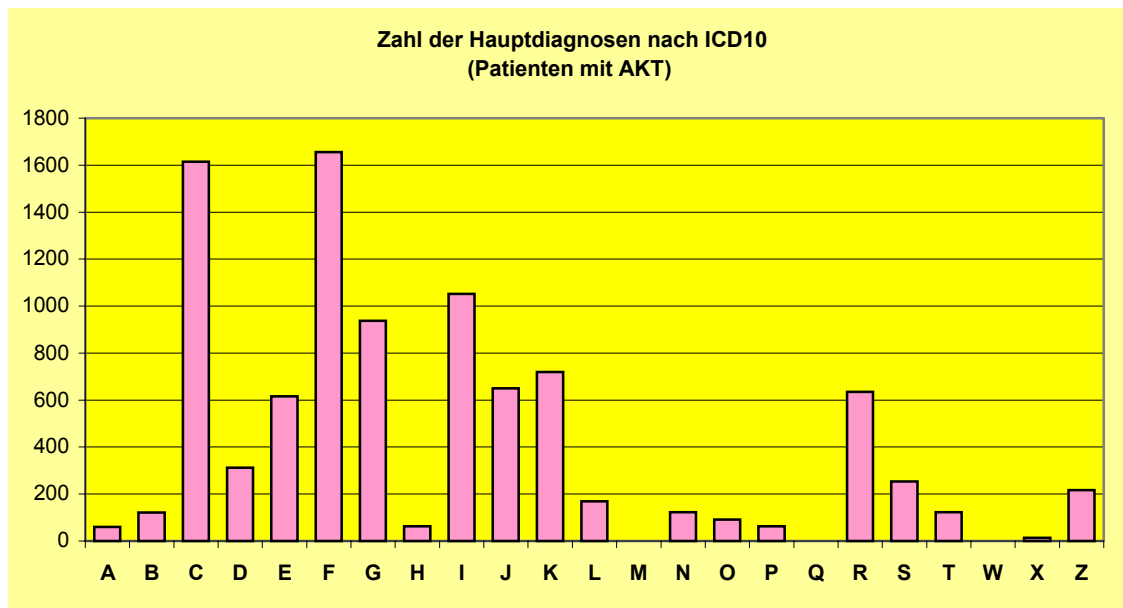
Die Anthroposophische Kunsttherapie ist ein Heilmittel der Anthroposophischen Medizin und wird auf Verordnung des Arztes durchgeführt. Sie ist eigenständig in Diagnostik (Kunsttherapeutische Diagnostik) und Therapiedurchführung. Differenzierte Beschreibungen sind enthalten in der/dem

- Leitlinie zur Behandlung mit Anthroposophischer Kunsttherapie
- Leitlinie zur Verordnung von Anthroposophischer Kunsttherapie
- Berufsbild Anthroposophischer Kunsttherapeut/Anthroposophische Kunsttherapeutin.

Weiterführende Auswertungen der Erhebungsstudie

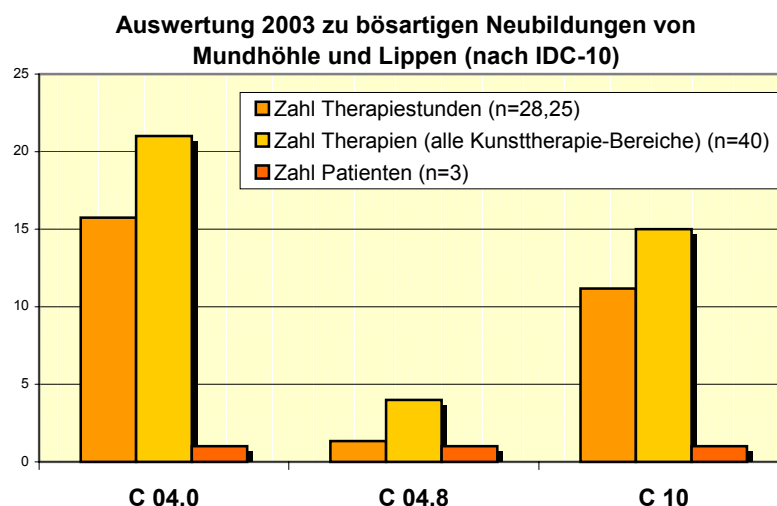
Die Haupt-, Neben- und Psychosozialdiagnosen wurden im Protokollbogen ebenfalls erhoben. Während die psychosozialen Diagnosen oft nicht angegeben, bzw. den Nebendiagnosen zugeordnet wurden, sind Haupt- und Nebendiagnosen zuverlässig dokumentiert worden, so dass daraus aktualisierte Indikationslisten für Anthroposophische Kunsttherapie entstanden. Bereits bestehende und durch Literatur belegte Indikationslisten werden in der überarbeiteten „Leitlinie zur Verordnung von Anthroposophischer Kunsttherapie“ veröffentlicht werden.

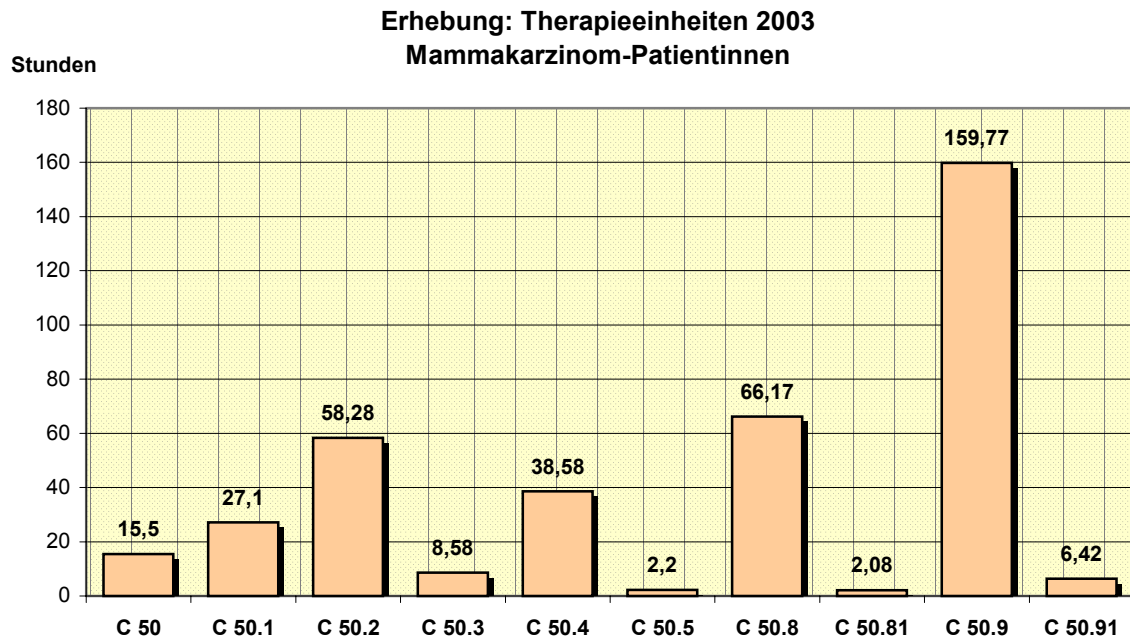
Nachfolgend einige Darstellungen zu den Haupt- und Nebendiagnosen.



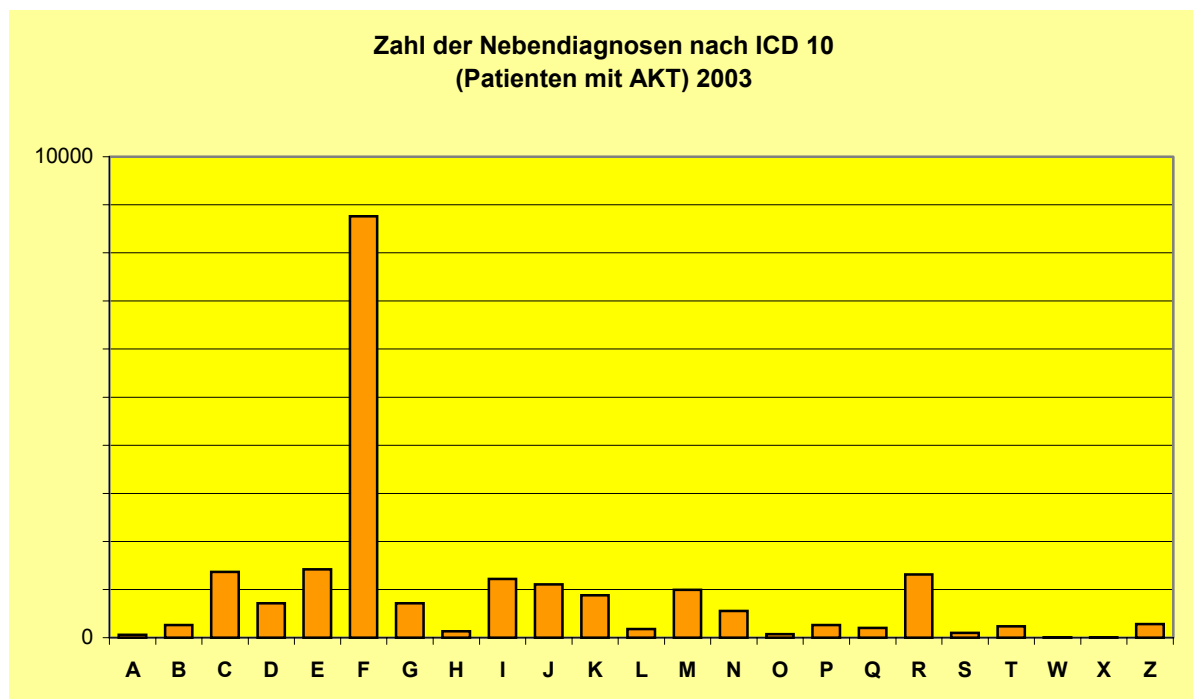
Die Zahl der F-Diagnosen ist verursacht durch den hohen Anteil an F 50.-Diagnosen (Essstörungen).

Jede einzelne ICD-10 Gruppe von A - Z - Diagnosen ist in sich darstellbar. Hier zwei Beispiele aus der Gruppe der [C-Diagnosen](#):





Die Auswertung nach weiteren Hauptdiagnosegruppen ist geplant. Ebensoch differenzierte und anschauliche Auswertungen sind für die Nebendiagnosen vorgesehen.



Im Jahr 2005 plant der BVAKT eine entsprechende Erhebungsstudie für die Bereiche Psychiatrie, Geriatrie und Rehabilitation.