

## Newsletter: Entwicklung des PSY-Entgeltsystems

Sehr geehrte Kolleginnen,  
 sehr geehrte Kollegen,

im Vorfeld der Frühjahrstagung der Bundesdirektorenkonferenz in Ingolstadt möchte ich ihnen auf diesem Wege schon einige aktuelle Informationen zukommen lassen, so dass wir auf der Frühjahrstagung bei dem sowieso immer sehr knappen Zeitplan ausreichend Zeit haben zu diskutieren.

- 1. Die AG Entgelt der BDK (Pollmächer, Koller, Speier, Längle, Gouzoulis-Mayfrank, Hohl-Radke, Klimke) haben ein Update des Standpunktes der BDK entworfen, der Grundlage für die Diskussionen mit den anderen Verbänden, den Selbstverwaltungsorganen und der Politik ist (siehe Anhang).**
- 2. Anfang Januar hat das BMG 16 Verbände angeschrieben und Stellungnahmen zur Ausgestaltung der rechtlichen Rahmenbedingungen zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen angefordert (Brief Dr. Dalhoff). Die BDK, aber auch die DGPPN, waren nicht angefragt. Daraufhin habe ich einen Brief an Dr. Dalhoff gesendet und unsere Irritation geschildert, der dahingehend beantwortet wurde, dass wir selbstverständlich auch gerne Stellung beziehen können.**

Da es sich bei den Fragestellungen um vorwiegend abrechnungstechnische/betriebswirtschaftliche handelte, haben wir den Kontakt mit dem Verband der Krankenhausdirektoren, Fachgruppe psychiatrische Krankenhäuser, gesucht und entschieden, eine gemeinsame Stellungnahme auch mit der Bundesfachvereinigung leitender Krankenpflegekräfte in der Psychiatrie zu erstellen (AKP – Arbeitskreis der Krankenhausleitung psychiatrischer Kliniken) (siehe Anhang).

Weiterhin finden sie im Anhang die Stellungnahmen der BAG, der Träger psychiatrischer Krankenhäuser, der Aktion psychisch Kranke, der DGPPN zusammen mit der Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und

**Vorstand: 04.04.2011**

**Vorsitzende**

Dr. med. Iris Hauth, Ärztliche Direktorin  
 Geschäftsführerin St. Joseph-Krankenhaus Berlin-Weißensee, Zentrum für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Gesellschaft der Alexianerbrüder mbH  
 Gartenstr. 1  
 13088 Berlin  
 Tel.: 030-92790-234  
 Fax.: 030-92790-702  
 e-mail: [i.hauth@alexius.de](mailto:i.hauth@alexius.de)

Prof. Dr. Hartmut Berger  
 Ärztlicher Direktor  
 Vitos Philipphospital  
 Klinik für Psychiatrie u. Psychotherapie  
 Postfach 1362  
 64550 Riedstadt  
 Tel.: 06158-183-200  
 Fax: 06158-183-243  
 e-mail: [hartmut.berger@vitos-riedstadt.de](mailto:hartmut.berger@vitos-riedstadt.de)

Dr. med. Heribert Fleischmann  
 Ärztlicher Direktor  
 Bezirkskrankenhaus Wöllershof  
 Postfach 1180  
 92656 Neustadt/WN  
 Tel.: 09602-787-410  
 Fax: 09602-787-422  
 e-mail: [heribert.fleischmann@medbo.de](mailto:heribert.fleischmann@medbo.de)

Dr. med. Manfred Koller,  
 Ärztlicher Direktor  
 Asklepios Fachklinikum für  
 für Psychiatrie u. Psychotherapie  
 Rosdorfer Weg 70  
 37081 Göttingen  
 Tel.: 0551-4021001  
 Fax 0551-4022092  
 e-mail: [m.koller@asklepios.com](mailto:m.koller@asklepios.com)

Prof. Dr. Thomas Pollmächer  
 Direktor und Chefarzt  
 Zentrum für psychische Gesundheit  
 KLINIKUM INGOLSTADT GmbH  
 Krumenauerstraße 25  
 85049 Ingolstadt  
 Tel.: 0841-8 80-22 01  
 Fax: 0841-8 80-22 09  
 e-mail: [thomas.pollmaecher@klinikum-ingolstadt.de](mailto:thomas.pollmaecher@klinikum-ingolstadt.de)

Dr. med. Rolf Speier  
 Ärztlicher Direktor  
 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Haina  
 Landgraf-Philipp-Platz 1  
 35114 Haina  
 Tel.: 0049-6456-91300  
 Fax.: 0049-6456-91238  
 e-mail: [Rolf.Speier@Psych-Haina.de](mailto:Rolf.Speier@Psych-Haina.de)

Schatzmeister  
 PD Dr. Bernward Vieten  
 Ärztlicher Direktor  
 LWL-Klinik Paderborn  
 Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie  
 Agathastraße 1  
 33098 Paderborn  
 Tel.: 05251-295-101  
 Fax.: 05251-295-100  
 e-mail: [bernward.vieten@wkp-lwl.org](mailto:bernward.vieten@wkp-lwl.org)

Bankverbindung:  
 Bundesdirektorenkonferenz (BDK) e.V.  
 PD Dr. Bernward Vieten

HypoVereinsbank  
 BLZ 100 208 90  
 Konto-Nr.: 355 370 968

Steuer-Nr. 208107/30588

Stand: 26.08.2010  
[www.bdk-deutschland.de](http://www.bdk-deutschland.de)

Gerontopsychotherapie, der DKG, von Verdi (Berliner Manifest) und vom AOK-Bundesverband und einigen Kassen des Vdek.

Als Grundlage unserer Diskussion bei der Frühjahrstagung habe ich die wesentlichen Aussagen wie folgt zusammengefasst:

## **DKG**

Vorgaben der PsychPV sollten bis zur budgetneutralen Einführung umgesetzt sein

- Umsetzung zum 01.01.2013 in die budgetneutrale Phase wird kritisch gesehen, da viele Fragen noch nicht beantwortet
- Ergebnisse der zurzeit durchgeführten Probekalkulation werden voraussichtlich nicht geeignet sein, um Grundsatzentscheidungen mit langfristiger Wirkung zu begründen.
- Ob und inwieweit Zusammenhänge zwischen den Tageskosten der Behandlung und den verfügbaren Patienten- und Leistungsmerkmalen bestehen fraglich
- Es müssen geeignete Merkmale gefunden werden, erst im zweiten Schritt die Anwendungspraxis, Abrechnungsregeln, Anreiz und Steuerauswirkungen der Pauschalen prüfen
- Mindestens 1 Optionsjahr und ein weiteres budgetneutrales Jahr
- Konvergenzphase in 5 Schritten/5 Jahren
- Umstieg von den bisher krankenhausesindividuell vereinbarten Budgets auf ein einheitliches Preissystem – Festpreise, Höchst- oder Richtpreise nicht zu verantworten
- Im Mittelpunkt der Budgetverhandlungen müssen die Leistungen stehen, leistungsbezogene Pauschalen, auch krankenhausesindividuelle Vergütungselemente für strukturelle Besonderheiten, Mehr- und Mindererlöse
- Grundsatz der Beitragsstabilität: Nicht einnahmeorientierte Ausgabenpolitik der Krankenkassen in Form von Grundlohnsummenbindung, sondern Orientierungswert für die tatsächliche Kostenentwicklung in den Krankenhäusern, da sich die Personalkostenentwicklung aufgrund der hohen Personalintensität stark auswirkt; tarifbedingte Personalkostenentwicklungen müssen vom System refinanziert werden.
- Zusätzliche Leistungen aufgrund eines zunehmenden Behandlungsbedarfs nicht zu Lasten der Krankenhäuser.
- Qualitätssichernde Maßnahmen: bürokratiearme und sektorübergreifende Sets von Qualitätsindikatoren auf der Basis von Routinedaten; sachgerechte Aufwand-/Nutzen-Relation prüfen.
- Abrechnungsprüfung: Reduktion von vermeidbarem Aufwand, Aufwandsentschädigung an die Krankenhäuser bei unbegründeten Prüfungen.
- PIA: wichtiges, gesetzlich verankertes Element der psychiatrischen Versorgung, umfassende integrative Funktion in der regionalen Versorgung.
- Prüfauftrag nach § 17d: Modellhafte Erprobung einer einheitlichen Dokumentation für die PIA, vergleichende wissenschaftliche Beurteilung von aktuell differenz realisierten regionalen Versorgungskonzepten.
- PIA: Grenzen für den Umfang der möglichen Dokumentation setzen, keine OPS.
- Nach § 17d gesetzlich definierte Prüfung, inwieweit ambulante Leistungen in das neue Vergütungssystem integriert werden können, erst zu dem Zeitpunkt sinnvoll, wenn die Grundstrukturen und Anreizsysteme des neuen Entgeltsystems hinreichend bekannt sind.
- Sachgerechte Bewertung möglicher alternativer Finanzierungsformen sollte auf der Basis einer unabhängigen wissenschaftlichen Evaluation der erfolgen.

## **BAG**

- Eindeutige patientenbezogene Leistungsmerkmale sind noch nicht ausreichend definiert.
- Die Klassifikation der Patienten in medizinisch unterscheidbare Gruppen ist noch nicht gelungen, weder Diagnosen noch OPS-Kodes haben sich bisher als Kostentrenner erwiesen.
- OPS-Kodes mit Therapieeinheiten bilden die Behandlungsleistungen akutenpsychiatrischer Kliniken nicht ausreichend ab.

- Noch kein überzeugendes System für die leistungsgerechte Zuordnung der sogenannten Residualkosten, unterschiedliche Gewichtungsmodelle.
- Pflichtversorgung und die damit verbundenen Vorhaltekosten müssen als Strukturelement ins Entgeltsystem aufgenommen werden.
- Vollständige Umsetzung der PsychPV in allen Kliniken als Voraussetzung für die Einführung des neuen Entgeltsystems.
- Valide Datenqualität gewährleisten, „Gründlichkeit vor Schnelligkeit“, Einführungszeitpunkt verschieben.
- Optionsjahr u. längere budgetneutrale Phase
- Während budgetneutraler Phase müssen Mehrleistungen durch Fallzahlsteigerungen sowie Sondertatbestände wie Kapazitätserweiterungen berücksichtigt werden.
- Budgetneutrale Phase ist zu nutzen, um Vergütungselemente wie Zusatzentgelte und Möglichkeiten der flexiblen Dosierung der Krankenhausbehandlung in vollstationäre, teilstationäre und ambulante Episoden umzusetzen.
- Vereinbarung von landeseinheitlichen Landestageswerten.
- Festpreissystem wegen des hohen Anteils tagesvariabler Kosten, Höchst- und Richtpreise nicht geeignet.
- Veränderungen in den Budgetverhandlungen: künftig Leistungsmengen (Fallzahl, Casemixindex) und im gewissen Rahmen krankenhausspezifische Vergütungselemente, Vereinbarung von Zusatzentgelten, Zuschläge für nicht bewertete Leistungen, z. B. für schwerst- und sinnesbehinderte psychisch Kranke
- Beitragsstabilität: bei Fallzahlsteigerungen darf das Morbiditätsrisiko nicht auf die Kliniken verlagert werden.
- Anreize sollten geschaffen werden, so häufig wie möglich, Patienten im Rahmen der Krankenhausbehandlung teilstationär oder gar ambulant behandeln zu können.
- Unvermeidbare Fallzahlsteigerungen müssen ohne Abschlag bei den Landestageswerten vereinbart werden.
- Die bisherige Veränderungsrate sollte durch einen Kostenorientierungswert abgelöst werden.
- Qualitätssichernde Maßnahmen: möglichst sektorübergreifend und auf Routinedaten basierend unter Einbezug der Fachgesellschaften.
- Wenn Kliniken die Behandlungsqualität anhand aussagekräftiger Indikatoren nachweisen, kein überbordender Misstrauensaufwand in Form von Einzelfallprüfungen.
- Erhöhter Aufwand für regionale Pflichtversorgung, Notfallversorgung, Vernetzung mit außerklinischen Einrichtungen muss finanziert werden.
- Weiterhin Modellprojekte, einschließlich alternativer Vergütungsformen, sollten möglich sein und gefördert werden.
- Zusätzlicher Aufwand für Leistungserfassung, Dokumentation sollte angemessen ausgeglichen werden.
- PIA: Es handelt sich um eine ermächtigte Einrichtung zur Teilnahme an der speziellen vertragsärztlichen Versorgung. Daher wäre es systemfremd, PIA's in ein Vergütungssystem für Krankenhausleistungen einzubeziehen, zumal 60% der PIA-Patienten während eines Jahres ausschließlich ambulant behandelt werden.
- BAG spricht sich gegen die Einbeziehung der PIA's in das pauschalierende Vergütungssystem aus.
- § 17d: Prüfung, inwieweit flexible Behandlung unter Berücksichtigung sektorübergreifender integrierter Versorgungsansätze mit einer möglichst kurzen vollstationären Behandlungsphase ermöglicht werden sollen: es geht darum, die Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V innerhalb der Behandlungsepisode individuell nach medizinischen Indikationen ambulant, teilstationär oder vollstationär dosieren zu können. Der Ausbau dieser „stationersetzenden Leistungen“ erfordert aber eine kostendeckende eigene Finanzierung engmaschiger ambulanter Kontakte, deren Intensität und Aufwand den vollstationären Kosten nahe kommt. Daher Änderung des § 39 SGB V, um Voraussetzungen für dieses Leistungsangebot zu schaffen und die Vergütung so zu kalkulieren, dass von ihr ein Anreiz für ein flexibles Behandlungssetting im Einzelfall ausgeht.

- Umsetzung des KHRG durch Selbstverwaltungspartner zu einseitig orientiert an der Einführung des DRG-Systems, falsche Entgeltanreize
- BMG sollte Initiative zur Erststeuerung des Entwicklungsprozesses an sich ziehen
- Psychische Erkrankungen nehmen zu. Nachfrage wird überwiegend mit mehr vollstationären Behandlungskonzepten befriedigt, wenn nicht Voraussetzung für effizientere Krankenhausbehandlung verbessert wird und betriebswirtschaftliche Anreize zu sparsamerem Ressourcenverbrauch lohnt.
- Krankenhausbehandlung personen- und lebensfeldbezogen, sektorübergreifend.
- Abrechnungseinheiten, die individuell flexibilisierte Behandlungsverläufe ohne Bürokratieaufwand unterstützen.
- Sektorübergreifende Krankenhausbehandlungspfade, Kooperation mit Dienstleistern in der Region.
- Umsetzung der 100%-igen PsychPV noch nicht erreicht und geprüft (MDK-Prüfung).
- Aufteilung der gegebenenfalls erwirtschafteten Überschüsse durch kostengünstigere Behandlung (Kriterium Kosten/Person/Jahr) auf Krankenkassen und Krankenhäuser
- Mit den vorhandenen Mitteln mehr Personen mit guter Qualität nachhaltig behandeln unter Berücksichtigung der regionalen Versorgungsverpflichtung
- Zielorientiertes Gesamtkonzept, innovativere Perspektive muss Bezugspunkt sein
- Klare langfristige Rahmenbedingungen, damit Kliniken und Krankenkassen sich konstruktiv auf den Entwicklungsprozess einlassen
- Der Zeitpunkt der Einführung muss berücksichtigen, dass die aus innovativen Projekten (Regionalbudget) resultierenden Erfahrungen vor Einführung des Systems eingearbeitet sein können.
- Budgetneutrale Phase: 3 Jahre.
- 5 Jahre Konvergenzphase zu landeseinheitlichen Preisen
- Ein reines Preissystem wird abgelehnt, da Anreiz zur Mengenausweitung und zum Preisverfall, rationale Budgetbemessung aus verändertem Versorgungsbedarf, Morbiditätsrisiko, welches Kliniken und Selbstverwaltungspartner gleichermaßen tragen sollten.
- Budgetverhandlungen: für alle Sektoren (ambulant, teilstationär, stationär) Gesamtmenge der erbrachten Leistungen und damit das Budget bleibt konstant. Zusammensetzung der Bevölkerung, Versorgungsstruktur, Morbidität muss berücksichtigt werden.
- Beitragsstabilität unter dem Gesichtspunkt der regionalen Morbidität und Bevölkerungsentwicklung, Ausnahmetatbestände der Bundespflegesatzverordnung auf Fallzahlsteigerung, Tarifberichtigungen sind ins neue Entgeltsystem zu übernehmen.
- Fallzahlsteigerung nur so lange zu berücksichtigen, bis die stufenlose Komplexfinanzierung eine Kostendeckung pro Person pro Jahr ergibt, so dass der Budgetanstieg abgeschwächt wird.
- PIA: leistet längerfristige ambulante Behandlung, stationsersetzende Maßnahmen, Krisenbehandlung, Erstdiagnostik und Behandlung.
- Stationär Behandlung ersetzende Leistungen: statt sofortiger teil-/stationärer Aufnahme ambulante Zwischenphasen.
- Das System sollte eine graduierte, dem individuellen Bedarf angepasste Behandlung ermöglichen durch mehr Zwischenstufen, z. B. ½ bis x-Stunden pro Tag an 1-7 Tagen pro Woche.
- Finanzierung der PIA als Teil des stationären Budgets oder weiter nach § 120 SGB V, fortentwickeltes Bayrisches Modell.
- Riesiger Erfassungsaufwand bei OPS, die nur planbare standardisierte Behandlungsleistungen berücksichtigen.
- Möglicher Fehlanreiz durch geplante standardisierte Behandlungselemente, Ausweitung von Einzelleistungen zu Lasten komplexer Hilfen für Schwerkranke
- OPS-Konzepte sollten schneller in zeitlich begrenzten Pilotphasen getestet werden, bevor sie in den offiziellen DIMDI-Zyklus eingebracht werden.
- Gefahr des Upgradens der OPS und der vermehrten Prüfung durch die Kassen zum Downgraden
- 25-Minuten-Einheiten haben nur Relevanz für psychosomatische Kliniken.

- Bisher nicht berücksichtigt: Krankenhausbehandlung auch im Lebensumfeld. Die therapeutisch und wirtschaftlich fragwürdige vorrangige Bindung der psychiatrischen Krankenhausbehandlung an das Krankenhausbett wird so noch gestärkt,
- Zur Kostensteuerung ist als ökonomisches Referenzkriterium zukünftig die Steuerung des Kostenaufwandes pro Kosten pro Person pro Jahr zu vereinbaren, bei Realisierung des Personenbezuges anstelle des Fallbezugs über den teil-/stationären Krankenhausaufenthalt hinausgehende Betrachtungsweise, wirkliche Innovation im Sinne einer effizienteren Krankenhausbehandlung.
- Andere Abrechnungseinheiten: Kostenaufwand pro Kosten pro Person pro Jahr oder im Sinne des Regionalbudgets.
- Kostenbegrenzung durch Elimination der Anreize zur vermeidbaren stationären Behandlung. Die seit 2004 zunehmende Tendenz der Krankenhäuser, neue, zumeist vollstationäre Angebote für Patienten zu schaffen, die ambulant und teilstationär behandelt werden könnten und dies durch Überbelegung von Betten durchzusetzen, muss gesetzlich gestoppt oder wenigstens zum Teil zurückgeführt werden.

### **AKP (BDK, BfIK, VKD)**

- Verlangsamung des Prozesses, da Datenlage 2011 und 2012 nicht ausreichend
- Vollständige Umsetzung der PsychPV
- Verbesserung der derzeitigen Instrumente, Kalkulationsmodelle, besonders zur Kalkulation und Gewichtung der sogenannten Residualgröße.
- Zurückhaltung in der Weiterentwicklung der OPS
- Keine Fallpauschalen, da nicht, wie in der Somatik, fallfixe Kosten entstehen, sondern durch Therapieaufwendung tagesbezogene.
- Verweildauerreduzierung führt nicht zur Kostenreduzierung pro Tag, wie in der Somatik.
- Die budgetneutrale Phase sollte mindestens 2 Jahre betragen.
- Damit die BAT-Schere sich nicht wieder öffnet, sollte der Ausnahmetatbestand § 6 Abs. 4 in der budgetneutralen Phase bestehen bleiben.
- Ausfinanzierung der PsychPV sicher stellen.
- Erhebliche Zusatzkosten durch Dokumentation – Systemzuschlag, sonst Einführung nicht budgetneutral
- Dauer der Konvergenzphase 5 Jahre
- Festpreissystem: nur so kann die Behandlungsqualität, die maßgeblich vom variablen Personaleinsatz abhängt, sichergestellt werden, Kalkulierbarkeit.
- Grundlohnsummenbildung muss durch Orientierungswert abgelöst werden, da in der Psychiatrie ein höherer Personalkostenanteil, gesonderter Orientierungswert.
- Für die Teilnahme an Pflichtversorgung sollten Zuschläge vereinbart werden, um die Vorhalteleistungen finanzieren zu können.
- PIA: Einbindung der PIA im zweiten Schritt nach Erfassung einheitlicher Leistungsdaten.

### **DGPPN**

- Es wird an der Versorgungsstruktur mit ambulanten, teilstationären und stationären Elementen festgehalten. Dies beinhaltet eine settingsübergreifende Versorgung durch das Krankenhaus und integrierte Versorgungsangebote.
- Menschen mit psychischen Erkrankungen haben sehr unterschiedliche Therapie- und Betreuungsbedarfe – ein neues Entgeltsystem muss die Breite des komplexen Behandlungsbedarfs aller Menschen mit psychischen Erkrankungen (Sucht, Geronto, Persönlichkeitsstörungen, usw.) abbilden.
- Teilhabe am medizinischen Fortschritt ( z.B. Psychotherapie) muss gesichert sein.
- Bedarfsausweitungen wegen demographischen Wandels und vermehrter Beanspruchung der Leistungen darf nicht zu Qualitätssenkungen führen.
- Finanzieller Ausgangspunkt für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems muss die vollständig ausfinanzierte PsychPV sein.
- Der Kodier- und Dokumentationsaufwand muss maßvoll bleiben, um die Therapiezeiten der Patienten nicht zu verkürzen – Verbesserung der OPS und Gewichtungsscores in den Kalkulationshäusern.

- Das Finanzierungssystem sollte auf Patientenmerkmale und erbrachte Leistungen aufbauen – diagnosebezogene Fallpauschalen sind abzulehnen.
- Tagesbezogene Entgelte stellen die präferierte Budgetform dar.
- Prüfauftrag PIA: zunächst Umsetzung einer empirisch fundierten bundeseinheitlichen Dokumentation der Leistungen.
- Modellprojekte sind wissenschaftlich im Rahmen kontrollierter Studien zu untersuchen und deren Nutzen und Risiken, Qualität für die Versorgung und Wirtschaftlichkeit zu prüfen. Erst nach Prüfung mit positivem Ergebnis kann über Umfang des Einbezugs in das neue Entgeltsystem entschieden werden.
- Die Entgeltbedingungen in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken dürfen sich nicht unterscheiden.
- Begleitforschung muss frühzeitig implementiert werden.
- Entwicklung von sektorübergreifenden Qualitätsindikatoren, weitgehend aus Routinedaten.
- Verbesserung des Kalkulationsprozesses, besonders in Bezug auf die Residualgröße, Weiterentwicklung evidenzbasierter Scores mit wenig Dokumentationsaufwand.
- Zu ehrgeiziger Zeitplan.
- Einrichtung einer Expertenkommission zur Beratung des BMG.

### **AOK Bundesverband/Vdek/Eckpunkte zur sektorübergreifenden Versorgung (AOK Bundesverband, Vdek, APK, ACKPA)**

- 2008 = 28,7 Milliarden Euro Krankheitskosten für psychische Erkrankungen.
- Prüfaufträge für sektorübergreifenden Ansatz bisher nicht berücksichtigt.
- Bisherige Umsetzung des § 17 d behält die Fehlanreize für die Ausweitung stationärer Betten bei und verhindert die Entwicklung stationärer ambulanter Leistungen.
- Gesetzliche Maßnahmen erforderlich, über die Änderung des § 17 d hinaus, Änderung SGB V (Vertragsarztbereich)
- Anreizwirkung des derzeitigen Vergütungssystems ist maximale Belegung.
- Psychiatrische Versorgung in Italien als Vorbild.
- Flexibilisierung ambulanter und stationärer Behandlungsmöglichkeiten auf Basis regionaler Pflichtversorgung.
- Implementierung von sektorübergreifenden Versorgungs- und Vergütungsregeln, z. B. durch die Schaffung von nicht krankenhausspezifischen Versorgungs- und/oder Patientenbudgets (Neuausrichtung des § 17 d KHG und Erweiterung des SGB V, Vertragsarztbereich).
- Langfristige Lösung sämtliche Leistungsbereiche einzubeziehen = KV-Budgeteinbeziehung + Konsequenz der Budgetbereinigung.
- OPS sind ungeeignet, um Ressourcenaufwand abzubilden (industriennahe Messwerte müssen geschaffen werden, um adäquate Kalkulation zu erreichen).
- OPS bergen die Gefahr der Leistungsausweitung aus finanzwirksamen Gründen.
- Erst nachdem der Strukturwandel abgeschlossen ist, sollte Konvergenz starten. Bis dahin müssen Kostentrenner bekannt sein und entsprechende Leistungsbeschreibungen.
- Von vornherein erforderlich, dass Leistungsbereiche beschrieben werden, auch in der PIA, inklusive Darstellung des Schweregrads.
- Die Versorgungsbereiche müssen anhand von Relativgewichten vergleichbar gemacht werden.
- Instrument einer rational flexiblen Budgetbemessung ist die Schaffung eines sektorübergreifenden Versorgungsbudgets inklusive Vertragsarztbereich.
- Finanzierung zusätzlicher Leistungen auf der Grundlage von Morbiditätsbezug. Die derzeitige Abbildung der Fallzahl ist nicht ausreichend.
- Entwicklung sektorübergreifender Qualitätsindikatoren auch ergebnisbezogen.

Das Bemühen aus einigen der vielen Stellungnahmen eine Synopsis zu erstellen zeigt zusammenfassend die Kritik an den jetzigen Instrumenten (OPS, Kalkulationsmethode, Gewichtung der Residualgröße, usw.).

DKG, BAG, DGPPN, AKP fordern eine Verbesserung der Instrumente „Genauigkeit geht vor Schnelligkeit“, ggf. eine Verlangsamung des Prozesses und der Umsetzung.

Zu den speziellen Fragen, Dauer und Ausgestaltung, budgetneutrale Phase, Konvergenzphase sind sich alle Stellungnahmen einig, dass diese längerfristig gestaltet werden muss und bis zum Abschluss der Konvergenzphase das Jahr 2020/21 erreicht wird.

DKG, BAG, AKP votieren für Festpreise sowie für die Ablösung Grundlohnsummenrate durch einen Orientierungswert, der sich an den entstandenen Kosten unter Berücksichtigung der hohen Personalkosten in der Psychiatrie ausbilden sollte.

BAG, DKG, DGPPN relativieren die Beitragsstabilität unter Berücksichtigung von demographischen Faktoren, Morbiditätsveränderungen und Kosten, die medizinischer Fortschritt (Psychotherapie) verursachen.

Einzig zu den qualitätssichernden Maßnahmen, die Qualitätsindikatoren sektorübergreifend möglichst aus den Routinedaten beinhalten sollte, sind sich alle einig.

Die auffälligsten Differenzen bestehen zu den Themen Einbezug der Institutsambulanz und Einbezug sektorübergreifender Versorgung.

Die BAG lehnt den Einbezug der Institutsambulanz ab, die DKG und die DGPPN erst nach pilotgeprüfter, sachgerechter Leistungsdokumentation, APK, sowie die Gruppe AOK Vdek, APK und ACKPA streben sofortige Einbeziehung an.

Die gravierenden Differenzen bestehen in Bezug auf die Ausgestaltung der Prüfaufträge zur Einbeziehung sektorübergreifender Versorgung, die im Brief des BMG nicht erfragt wurden.

DKG, AKP äußern sich nicht dazu. BAG spricht in der budgetneutralen Phase von einer Klärung der Möglichkeit der flexiblen Dosierung der Krankenhausbehandlung in vollstationär, teilstationär und ambulant, bezieht diese Flexibilisierung auf eine Behandlungsepisode, in der das Krankenhaus variieren kann zwischen ambulant, teilstationär und vollstationär. Dazu müsste der § 39 SGB V verändert werden und die kostendeckende Finanzierung engmaschiger, ambulanter Kontakte dem Aufwand der vollstationären Kosten nahekommte. Ein solches flexibles Behandlungssetting pro Behandlungsepisode sei im Einzelfall sinnvoll.

Die APK strebt eine sofortige Einbeziehung der personen- /lebensfeldbezogenen, integrierten, sektorübergreifenden Behandlung an, wobei sektorübergreifend ebenfalls auf das Krankenhaus mit seinen stationären, teilstationären und ambulanten Behandlungsmöglichkeiten bezogen ist.

Neue Abrechnungseinheiten werden über die Realisierung eines Personenbezugs anstelle eines Fallbezugs angestrebt, der über den teil-/stationären Krankenhausaufenthalt, wie ambulante Krankenhausbehandlung, einbezieht. Die Kostensteuerung ist als ökonomisches Referenzkriterium zukünftig die Steuerung des Kostenaufwands pro Kosten/pro Person/pro Jahr. Dadurch wird Kostenbegrenzung durch Elimination der Anreize zur vermeidbaren stationären Behandlung angestrebt.

Diese Grundaussagen der APK werden vom AOK Bundesverband und einigen Kassen im Vdek aufgenommen, wobei der AOK Bundesverband *sektorübergreifend* nicht innerhalb des Krankenhauses sieht, sondern wie es gesetzlich auch definiert ist, unter Einbezug des Vertragsarztsystems. In der Stellungnahme von AOK Bundesverband, Vdek in Zusammenarbeit mit APK und ACKPA wird als Ziel die Implementierung von sektorübergreifenden Versorgungs- und Vergütungsregelungen, z. B. durch die Schaffung von nichtkrankenhausspezifischen Versorgungs- und/oder Patientenbudgets, angestrebt. Ziel der Initiative sind weniger Betten und stationäre wie teilstationäre Belegungstage und ein ambulantes Versorgungsbudget, das sich aus dem stationären Budget eingesparten, dem Budget der PIA und dem aus dem Vertragsarztbereich (KV) herausgelösten Budget für die Behandlung von psychisch Kranken zusammensetzt und dann

sektorübergreifend zwischen Krankenhaus und ambulanten Behandlern im Rahmen von Versorgungs- oder Patientenbudgets aufgeteilt wird.

Da die Fragen zur Gestaltung des ordnungspolitischen Rahmens in den nächsten 2 Monaten einer Klärung bedürfen, möchte ich vorschlagen, dass wir auf der Frühjahrstagung auf den üblichen Bericht des Vorstandes verzichten (Geronto, Sucht und Institutsambulanz – die Themen werden bei dem Bericht der Arbeitsgruppen besprochen), sondern uns am späten Nachmittag Donnerstag, ggf. auch Freitagvormittag zeitlichen Raum lassen, die Inhalte der verschiedenen Stellungnahmen, besonders ihre verschiedenen Ansätze zu diskutieren, um zu einem Meinungsbild als weitere Grundlage unseres Handelns zu kommen.

### 3. Operative, systemimmanente Aktivitäten

#### Weiterentwicklung der OPS

Grundsätzlich haben wir auf größere Veränderungen zur Weiterentwicklung der OPS verzichtet, da zum jetzigen Zeitpunkt ihre Sinnhaftigkeit, ihre Funktion als Kostenträger, nicht belegt sind. Wir haben lediglich einige kleine Veränderungen und Ausmerzungen von Unplausibilitäten beim DIMDI zum 28.02. eingereicht.

- Streichung der Therapieeinheiten im Regel- und Intensivkode  
Begründung: Vor allem im Intensivkode, aber auch im Regelkode bilden die Therapieeinheiten nur einen geringen Aufwand der therapeutischen Leistungen ab.
- Veränderung der Merkmalskriterien im Intensivkode 9 – 6.1  
  
Ersetzen von „Patienten die gesetzlich untergebracht sind“ durch „Anwendung von besonderen Sicherungsmaßnahmen“, sowie Ergänzung folgenden Satzes „die für die jeweiligen Patienten zutreffenden Merkmale (mit Ausnahme des Merkmals „Anwendung von besonderen Sicherungsmaßnahmen“) sind zu addieren. Ändert sich die Anzahl der zutreffenden Merkmale, führt dies zu einer Veränderung des Codes, ist entsprechend der Höchstzahl der für den jeweiligen Patient zutreffenden Merkmale zu kodieren. Besteht ausschließlich das Merkmal „Anwendung von besonderen Sicherungsmaßnahmen“ ist der Kode 9 – 614 anzugeben  
Begründung: Um Anreize zu vermeiden, möglichst viele Patienten gesetzlich unterzubringen, hielten wir den Terminus „Besondere Sicherungsmaßnahmen“, der auch in Einzelbetreuung oder ähnlichen Maßnahmen bestehen kann, für angemessen.
- Veränderung der Cut Offs bei den Merkmalskriterien  
9 – 614 kann mit einem Merkmal kodiert werden  
9 – 615 mit 2 – 3 Merkmalen  
9 – 616 mit 4 und mehr Merkmalen  
Begründung: Bei der vorherigen Aufteilung waren die meisten Patienten im 9 – 614, so dass keine kostentrennende Funktion vorhanden war.
- Zulassung der Synchronisierung  
Begründung: Von vielen Kliniken wurde kritisiert, dass die wöchentliche Kodierung Dienstag bis Dienstag, Mittwoch bis Mittwoch, viel Aufwand erzeugt, so dass eine echte Wochenkodierung vorgeschlagen wurde.
- Einbezug der Zeiten für Auswertung von Testergebnissen in den Kode 1 – 903 Diagnostik  
Begründung: Die Auswertung von Testergebnissen ist oft zeitungfänglicher als die einzelnen Tests
- Aufnahme von Angehörigengesprächen, Psychoedukation, Gespräch mit Richtern und Behördenvertretern in die angewandten Verfahren  
Begründung: Mit hohem Zeitaufwand verbunden, wenn auch nicht direkt im Kontakt mit dem Patienten
- Abschaffung Psychotherapiekode 9 – 62 und 9 – 63, der Großgruppen über 12

Begründung: Bei Pilotmessungen stellte sich heraus, dass über 200 Eintragungen von Großgruppen eine viertel Stelle von Spezialtherapeuten ausmacht. Grundsatz: Eigentlich sollten OPS nur besonders aufwändige Leistungen beschreiben, was alle kriegen, braucht man nicht zu dokumentieren, Aufwand und Nutzen nicht sinnvoll.

- Öffnung der beiden Psychotherapiekodes für Psychosomatik und Psychiatrie  
Begründung: Gleiche Leistungen, (Psychotherapie sollte durch beide Fachgebiete erbracht werden, Aufhebung des „closed shop“)
- Klärung des Zusatzcodes Erhöhter Betreuungsaufwand 9 – 64, in der Regel 1:1-Betreuung, zusammenhängend. Bei Einzelbetreuung durch mehr als eine Person sind die jeweiligen Zeiten für jede betreuende Person anzurechnen und zu addieren.  
Begründung: Viele Nachfragen, weil vorher missverständlich.

Die Haltung, keine weiteren Veränderungen vorzunehmen, hat uns auch dazu bewogen, eine vom DIMDI angefragte ICD 10 GM -Erweiterung auf die 5. Stelle abzulehnen. Hintergrund ist folgendes: Im uns bekannten WHO ICD 10-Katalog sind 5 Stellen zu kodieren, z.B. bei der Suchtbehandlung, Demenz, Schizophrenie. Dabei handelt es sich um Schweregrade, Komplikationen, Verlaufsbeschreibungen.

Das DIMDI und das InEK wollten die zusätzliche Kodierung, weil sie ggf. kostentrennend sein kann. Im ICD 10 GM gibt es die Möglichkeit der 5. Stelle nicht. Die Diskussion, eine Erweiterung des ICD 10 GM anzustreben, war kontrovers, doch mehrheitlich zum jetzigen Zeitpunkt keiner Veränderung zuzustimmen.

Die gleiche Entscheidung haben wir auch bei einer möglichen Weiterentwicklung der insuffizienten Kodierungsrichtlinien getroffen.

Ich bedanke mich ganz herzlich für Ihre Geduld, das alles gelesen zu haben und freue mich auf ein Wiedersehen bei der Frühjahrstagung und auf eine angeregte Diskussion.

Mit herzlichen Grüßen aus Berlin

Ihre  
I. Hauth