

Krankenhaus-Report 2011

„Qualität durch Wettbewerb“

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

Schattauer (Stuttgart) 2011

Auszug Seite 209-238



15	Konturen künftiger Psych-Entgelte	209
	<i>Antje Haas und Wulf-Dietrich Leber</i>	
15.1	Gesetzlicher Auftrag 17 d: „DRG reloaded“	210
15.2	Psychiatrie-Vergütung 2008 – Ein Überblick	212
15.3	Selbstverwaltungsauftrag an das InEK.....	220
15.4	OPS-Debatten – Der Streit um die richtige Abbildung.....	223
15.5	Das PIA-Problem	227
15.6	Empirie zur Frage „Tages-, Fall- oder Jahrespauschalen?“	231
15.7	Die nächsten Schritte: Kalkulation, Kodierung und Kodifizierung	234

15 Konturen künftiger Psych-Entgelte

Antje Haas und Wulf-Dietrich Leber¹

Abstract

Die Vergütung psychiatrischer Leistungen soll gemäß § 17 d Krankenhausfinanzierungsgesetz neu geregelt werden. Vorbild für den Entwicklungsprozess ist die DRG-Einführung, auch wenn Tages- statt Fallpauschalen vergütet werden sollen. Ein Überblick der gegenwärtigen einrichtungsbezogenen Pflegesätze zeigt zu zwei Dritteln Pflegesätze zwischen 170 und 240 Euro. Die Entwicklungsarbeiten der Selbstverwaltung für die künftigen Psych-Entgelte manifestieren sich in der Beauftragung des DRG-Institutes InEK sowie in der Erarbeitung von Kodierrichtlinien. Erhebliche Kontroversen hat die Erweiterung des Prozedurenschlüssels OPS durch das DIMDI zwecks Erfassung des Leistungsgeschehens evoziert. Noch nicht gelöst ist die Erfassung des Leistungsgeschehens im Bereich der Psychiatrischen Institutsambulanzen, die sich vergütungstechnisch ausgesprochen heterogen zeigen. Welche Vergütungsformen neben den Tagespauschalen später zur Anwendung kommen, kann erst auf Basis fallübergreifender Daten entschieden werden. Analytisch ertragreich sind derzeit vor allem die patientenbezogenen Kassendaten. Die nächsten Entwicklungsschritte (Kodierung und Kalkulation) werden die Transparenz über das Leistungsgeschehen wesentlich erhöhen. Außerdem steht die Debatte zum ordnungspolitischen Rahmen der Vergütung an.

According to § 17 d Hospital Act, the regulations concerning the remuneration of psychiatric services are to be revised. The development process will be modelled on the DRG introduction in Germany, with the exception that there will be daily rates instead of DRGs. At present, the rates of two-thirds of psychiatric hospitals are between 170 and 240 €. The self-governing bodies appointed the DRG-Institute InEK to develop the future rates for psychiatric care and are currently developing coding guidelines. The extension of the procedure key OPS by the DIMDI in order to collect data on services rendered has evoked considerable controversy. The problem of how to compile data on the services of Psychiatric outpatient care with their markedly heterogeneous remuneration is yet to be solved. Which forms of remuneration will be used in addition to daily rates can only be decided on the basis of integrated data. At present, the most analytically fruitful data are routine data of health care funds. The next steps (coding and calculation) will considerably increase the transparency of services rendered. Furthermore, the debate on the regulatory framework of the payment system is on the agenda.

15

¹ Die Autoren danken Franz Krause und Frank Reiner mann für umfangreiche Datenauswertungen. Wertvolle Anregungen kamen zudem von Barbara Feder und Dr. Christoph Tolzin.

15.1 Gesetzlicher Auftrag 17 d: „DRG reloaded“

Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG)² ist über den neuen § 17 d Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)³ ein umfassender Entwicklungsauftrag für die Einführung eines leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems für die Vergütung von stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten erteilt worden. Dieser Auftrag ergeht an die Selbstverwaltung und ihr DRG-Institut (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK)). Als Ausgangspunkt sind die Behandlungsbereiche der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV)⁴ zu nutzen.

Die vom InEK entwickelten neuen Entgelte sind 2013 budgetneutral einzuführen. Das System muss deshalb im Jahr 2012 auf der Basis von 2011 kalkuliert werden. Damit dies funktioniert, bedarf es bereits 2010 einer erweiterten Leistungsdocumentation in allen Einrichtungen und einer detaillierten Kostenerfassung in Häusern, die an der Kalkulation teilnehmen.

Bislang ist der Zeitplan eingehalten worden: Die Selbstverwaltungspartner haben sich auf Grundstrukturen verständigt, der amtliche Leistungskatalog des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) wurde um psychiatrische Leistungen erweitert und das InEK hat einen Pretest mit rund 15 Häusern zur Entwicklung des Kalkulationshandbuchs durchgeführt.

Die zu entwickelnden fallgruppenspezifischen Tagespauschalen für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen sollen sowohl von Fachkrankenhäusern als auch von selbstständigen, gebietsärztlich geleiteten Abteilungen von Krankenhäusern für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie für die Psychosomatische Medizin und Psychotherapie gelten. Im Folgenden wird vereinfachend von Psychiatrie gesprochen. Die Bewertungsrelationen sind wie beim DRG-Fallpauschalensystem als bundeseinheitliche Relativgewichte auszugestalten.

Neben dem allgemeinen Entwicklungsauftrag enthält das Gesetz zwei Prüfaufträge. Diese beziehen sich zum einen auf alternative Abrechnungseinheiten zu Tagespauschalen für bestimmte Leistungsbereiche und zum anderen auf die Einbeziehung von Leistungen Psychiatrischer Institutsambulanzen (PIA). Tagesklinische Leistungen sind nicht Teil des Prüfungsauftrags, sondern von vornherein einzubeziehen.

Mit der Möglichkeit von Zusatzentgelten, der Vereinbarung von Relativgewichten vor Ort, wenn bundeseinheitlich keine Bewertung möglich ist, und der Vereinbarung Besonderer Einrichtungen, die befristet aus der Pauschalierung herausgenommen werden, sind im § 17 d KHG eine Reihe von DRG-analogen Regelungen

2 Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG) vom 17.03.2009, BGBl. Teil I, S. 534.

3 Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG) vom 29.06.1972, neugefasst am 10.04.1991, zuletzt geändert am 17.03.2009, BGBl. Teil I, S. 534.

4 Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie (Psychiatrie-Personalverordnung – Psych-PV) vom 18.12.1990, geändert am 26.09.1994, BGBl. Teil I, S. 2750.

getroffen worden. Darüber hinaus sind Zu- und Abschläge sowie Sicherstellungszuschläge vorgesehen und es wird die Möglichkeit zur gesonderten Vereinbarung Neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) eröffnet.

Insgesamt ist der § 17 d ein Plagiat des § 17 b, also eine zweite Auflage der DRG-Einführung, die offensichtlich als erfolgreiches Reformmodell angesehen wird. Der einzige wesentliche Unterschied besteht darin, dass im § 17 b vorrangig Fallpauschalen zu entwickeln waren, während nunmehr im § 17 d Tagespauschalen eingeführt werden sollen. Auch im legislativen Prozedere ist der § 17 d eine Art „DRG reloaded“: Es wird zunächst nur das vergütungstechnische Instrumentarium auf den Weg gebracht, während der eigentliche ordnungspolitische Rahmen der künftigen Vergütung einem späteren Gesetzgebungsprozess vorbehalten bleibt. Bei der DRG-Einführung 1999 im Rahmen des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000⁵ war zunächst auch nur eine kaum zehn Zeilen umfassende „Projektskizze“ verabschiedet worden. Die vergütungsrechtlich relevanten Regelungen erfolgten dann im Jahr 2002 im Fallpauschalengesetz⁶, insbesondere im neu geschaffenen Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG)⁷. Sofern auch der weitere Zeitplan der Vergütungsreform im Psychiatriebereich dem DRG-Muster folgt, wäre spätestens im Jahr 2012 die Gesetzgebung zur Vergütung zu erwarten.

Im Folgenden soll zunächst ein kurzer Überblick über die derzeitige Vergütung psychiatrischer Einrichtungen gegeben werden (Abschnitt 15.2). Die Entwicklungsarbeiten der Selbstverwaltung manifestieren sich schwerpunktmäßig in der Beauftragung des InEK sowie in der Erarbeitung von Kodierrichtlinien (Abschnitt 15.3). Erhebliche Kontroversen hat der erste grundlegende Entwicklungsschritt, die Erweiterung des Prozedurenschlüssels (OPS) durch das DIMDI zwecks Erfassung des Leistungsgeschehens, ausgelöst (Abschnitt 15.4). Noch nicht gelöst ist die Erfassung des Leistungsgeschehens im Bereich der PIAs, die sich vergütungstechnisch als ausgesprochen heterogen zeigen (Abschnitt 15.5). Welche Vergütungsformen in der Psychiatrie später zur Anwendung kommen, hängt vom breiten Krankheitsspektrum ab, dessen empirische Aufbereitung erst am Anfang steht (Abschnitt 15.6). Die nächsten Entwicklungsschritte (Kodierung und Kalkulation) werden die Transparenz über das Leistungsgeschehen wesentlich erhöhen (Abschnitt 15.7). Möglicherweise gelingt auch ein Ordnungsrahmen, der die Effizienz und die Qualität erhöht.

5 Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 – GKVRefG 2000) vom 22.12.1999, BGBl. Teil I, S. 2626, zuletzt geändert durch Art. 3 G v. 15.02.2002, BGBl. Teil I, S. 684.

6 Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz – FPG) vom 23.04.2002, BGBl. Teil I, S. 1412.

7 Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG) vom 23.04.2002, zuletzt geändert am 17.07.2009, BGBl. Teil I, S. 1990.

15.2 Psychiatrie-Vergütung 2008 – Ein Überblick

Die Vergütung psychiatrischer Einrichtungen erfolgt im Wesentlichen durch Tagespauschalen (sogenannte Pflegesätze), die unabhängig von Diagnose und Therapie, dafür aber einrichtungsspezifisch sind. Aus den Angaben des Statistischen Bundesamtes 2008 geht hervor, dass Deutschlands Gesundheitswesen über 316 Fachkrankenhäuser und 387 gebietsärztlich geleitete Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie verfügt (Tabelle 15–1).

Die Leistungen dieser Einrichtungen wurden im Jahr 2008 mit psychiatrischen Pflegesätzen für vollstationäre Behandlungen zwischen 90 und 400 Euro vergütet (Abbildung 15–1). Formal ergeben sich die vollstationären Pflegesätze als Summe aus einem Basispflegesatz und einem Abteilungspflegesatz. Diese Unterteilung, mit

Tabelle 15–1

Psychiatrische Kliniken und Abteilungen (Anzahl und Fallzahl 2008)

Psychiatrie (inkl. Teilbereiche Psychotherapie, Psychosomatik, Kinder- und Jugendpsychiatrie)	Fachklinik		Fachabteilung	
	Anzahl	Fallzahl pro Jahr	Anzahl	Fallzahl pro Jahr
Baden-Württemberg	57	57 255	50	35 960
Bayern	62	87 615	39	39 654
Berlin**	6	7 955	16	32 329
Brandenburg**	7	9 884	16	17 852
Bremen**	1	k.A.	5	k.A.
Hamburg*A	0	0	14	19 921
Hessen**	24	33 411	35	26 045
Mecklenburg-Vorpommern**	1	k.A.	15	1 615
Niedersachsen	29	52 895	26	22 198
Nordrhein-Westfalen*A	67	136 853	64	66 818
Rheinland-Pfalz**	13	22 241	21	20 081
Saarland*A	0	0	9	10 931
Sachsen*P	10	16 364	29	26 718
Sachsen-Anhalt**	15	14 073	17	13 401
Schleswig-Holstein*A	19	20 257	17	20 038
Thüringen**	5	8 340	14	13 467
Deutschland gesamt (inkl. Krankenhäuser und Abteilungen ohne Einzelangabe zu Fallzahlen)	316	476 127	387	397 216

k.A. – keine Angaben

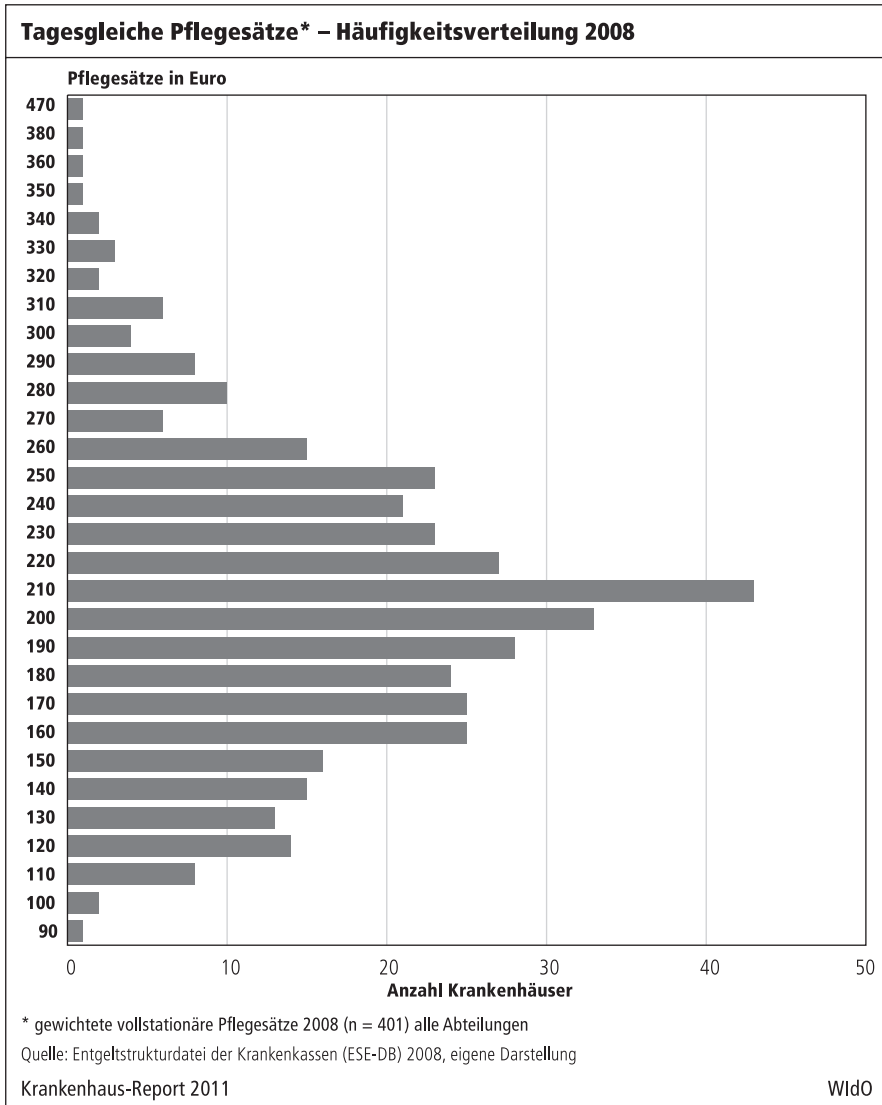
** Angabe Fallzahl abzüglich Fallzahl von FA, wenn Anzahl FA < 3 sowohl bei Psych-KH als auch bei Allgemein-KH

*A Angabe Fallzahl abzüglich Fallzahl von FA, wenn Anzahl FA Psych an Allgemein-KH < 3

*P Angabe Fallzahl abzüglich Fallzahl von FA, wenn Anzahl FA an Psych-KH < 3

Quelle: Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser 2008, eigene Darstellung

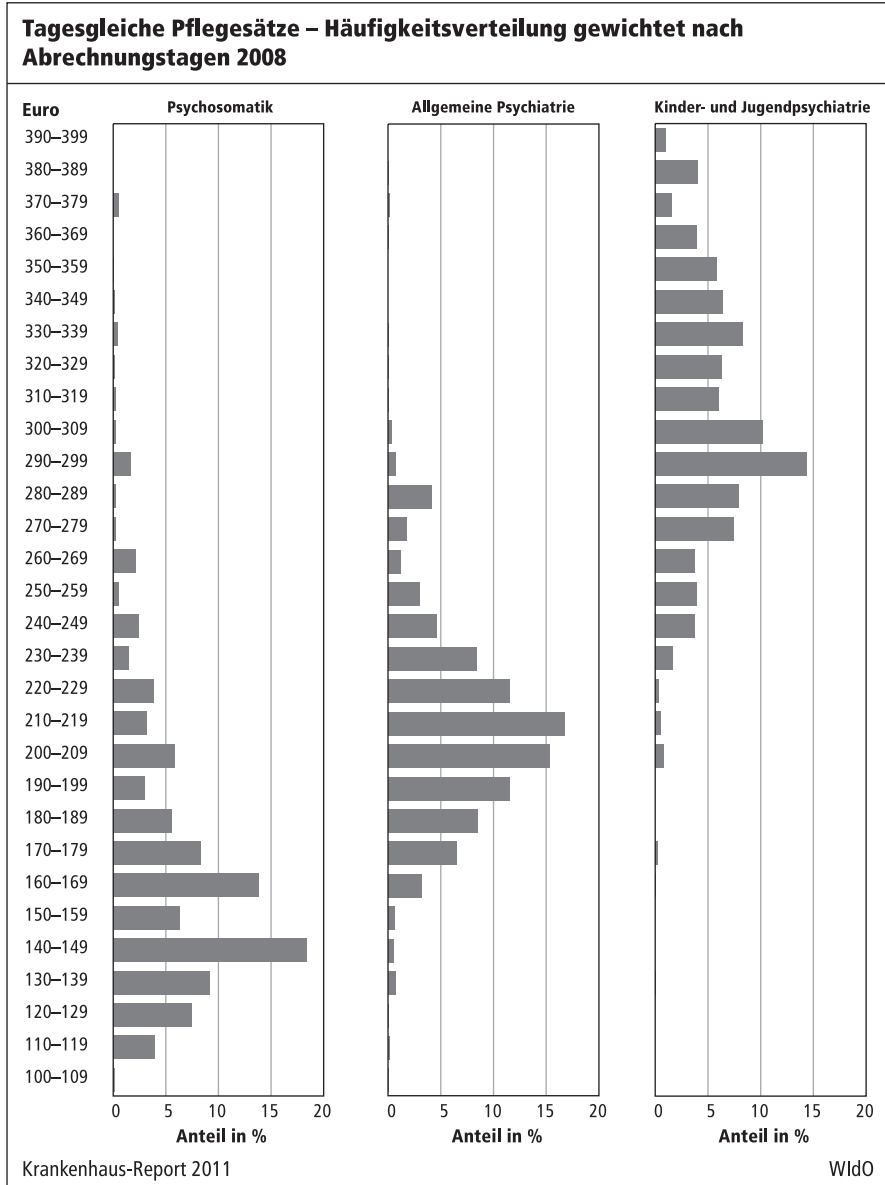
Abbildung 15–1



der in Prä-DRG-Zeiten eine stärker leistungsgerechte Budgetfindung erreicht werden sollte, ist heute weitgehend funktionslos und analytisch wenig ergiebig. Teilstationäre Pflegesätze bewegen sich zwischen 134 und 187 Euro.

Die quantitative Bedeutsamkeit der unterschiedlichen Vergütungsklassen ergibt sich erst durch die Gewichtung der Pflegesätze mit der Häufigkeit ihrer Abrechnung. Dazu steht keine amtliche Statistik zur Verfügung. Den Autoren standen aber die Abrechnungsdaten dreier Kassenarten zur Verfügung (im Folgenden „301-Datenbestand“), die die Fälle von insgesamt 85 % der GKV-Versicherten repräsentie-

Abbildung 15–2

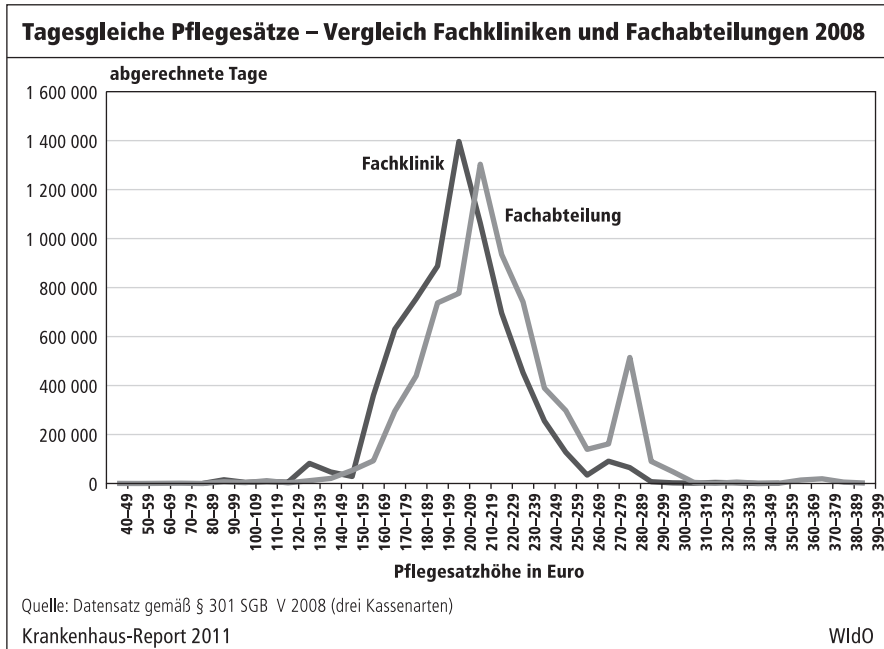


15

ren.⁸ Diesem Datenbestand lässt sich entnehmen, dass rund 68% der 2008 abgerechneten Pflegesätze zwischen 170 und 240 Euro lagen (Abbildung 15–1).

8 Aus dem Gesamtbestand der Krankenhausfälle wurden die Fälle des Jahres 2008 mit einer Diagnose aus dem Kapitel F (Psychische und Verhaltensstörungen) des ICD-10-GM-Katalogs selektiert. Dies sind 4,1 Mio. Behandlungsfälle (davon 1,5 Mio. mit einer F-Hauptdiagnose) von insgesamt 2,9 Mio. stationär behandelten Patienten. Es handelt sich sowohl um Fälle im DRG-Bereich als auch um Fälle in psychiatrischen Einrichtungen.

Abbildung 15–3



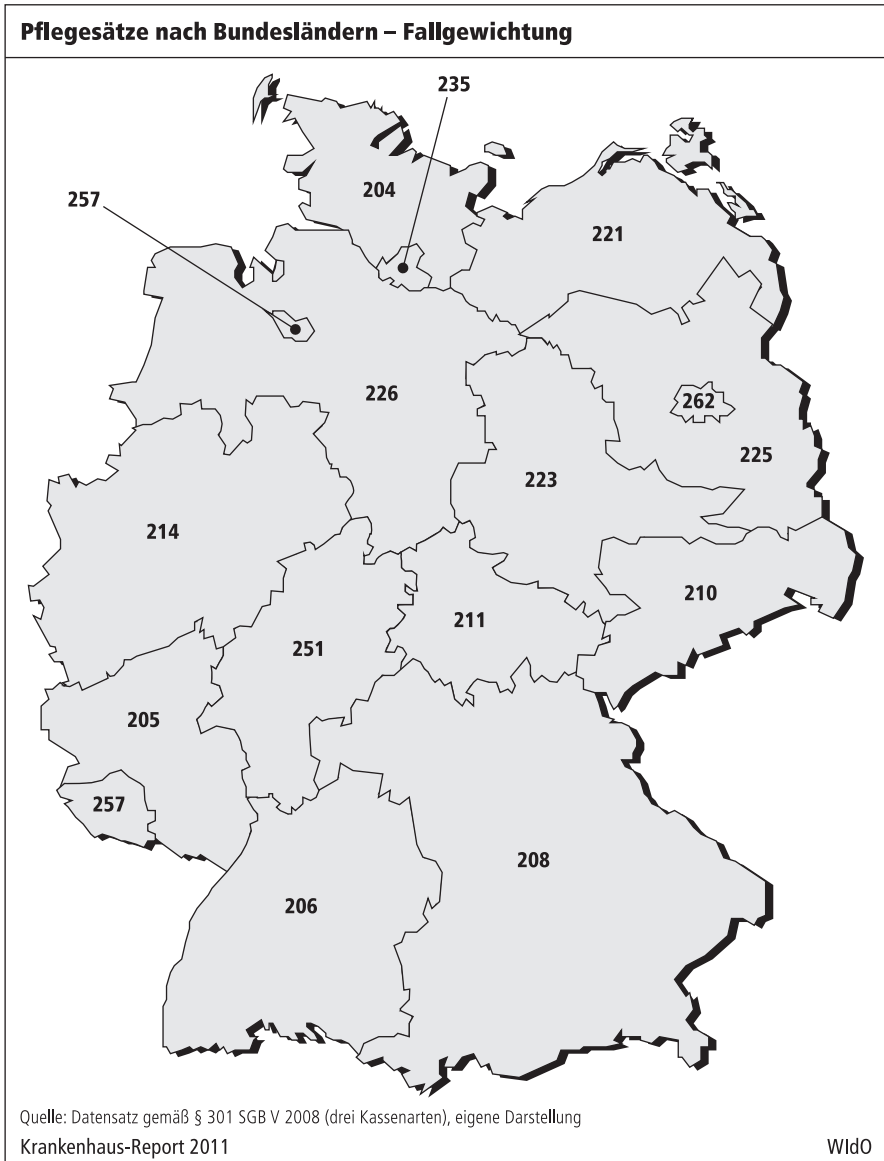
Das Vergütungsniveau in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist unter Betrachtung der Häufigkeitsverteilung durchschnittlich deutlich höher als das in der allgemeinen Psychiatrie. Niedriger ist hingegen das Niveau in der Psychosomatik (Abbildung 15–2).

Beim Vergleich der Vergütungen von Fachkrankenhäusern gegenüber Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern ist die Verteilung der Pflugesatzhöhe um ca. 10 Euro pro Pflugesatz zugunsten der Fachkliniken verschoben (Abbildung 15–3). Eine der spannenden Verteilungsfragen des neuen Vergütungssystems ist es, ob sich diese Differenz im gleichen Umfang als höherer Casemix im neuen Vergütungssystem widerspiegelt.

Ließe die zukünftige Entwicklung des neuen Psychiatrie-Entgeltsystems auf einheitliche Vergütungshöhen je Bundesland hinaus und wollte man deren Höhe aus der aktuellen Vergütungssituation heraus abschätzen, könnte man sich an den derzeitigen Durchschnittswerten der Bundesländer orientieren (Abbildung 15–4).

Die Spannweite der durchschnittlichen Pflugesätze der Bundesländer beträgt rund 25 % des Bundesdurchschnitts (Abbildung 15–4). Es handelt sich hierbei allerdings nur um einen Pflugesatzvergleich. So können die durchschnittlichen Kosten psychiatrischer Fälle aufgrund der unterschiedlichen Verweildauern erheblich voneinander abweichen. Die Werte sollten auch nicht fälschlich als Prognose künftiger Basistageswerte (vgl. Abschnitt 15.7) interpretiert werden. Einrichtungsbezogene Pflugesätze reflektieren – nicht zuletzt aufgrund der im Folgenden zu diskutierenden Psych-PV – auch den Schweregrad (DRG: Casemix). Bevor ein neues Psychiatrie-Entgeltsystem kalkuliert worden ist, lässt sich schlecht abschätzen, ob die

Abbildung 15–4



Unterschiede zwischen den Ländern (und auch zwischen den Kliniken) eher die Differenzen im Kostenniveau als jene im „Casemix“ widerspiegeln.

Leistungsgerechte Pflegesätze durch Psych-PV?

Stärker noch als im bereits personalintensiven allgemeinen Krankenhaussektor sind die Kostenstrukturen in der Psychiatrie vom Personaleinsatz bestimmt. So gab es zahlreiche Versuche, durch Empfehlungen, Regelungen, Maßstäbe, Ist-Erhebungen oder Richtwerte eine Grundlage für eine angemessene Personalausstattung zu

Tabelle 15–2

Psych-PV-Einstufung im OPS 2010

	Allgemeine Psychiatrie		Abhängigkeitskranke		Gerontopsychiatrie	
Regelbehandlung	9-980.0	A1	9-981.0	S1	9-982.0	G1
Intensivbehandlung	9-980.1	A2	9-981.1	S2	9-982.1	G2
Rehabilitation	9-980.2	A3	9-981.2	S3	9-982.2	G3
Langdauernde Behandlung	9-980.3	A4	9-981.3	S4	9-982.3	G4
Psychotherapie	9-980.4	A5	9-981.4	S5	9-982.4	G5
Tagesklinische Behandlung	9-980.5	A6	9-981.5	S6	9-982.5	G6

Quelle: DIMDI; Krüger 2010

Krankenhaus-Report 2011

WidO

schaffen.⁹ Prägend für die psychiatrischen Einrichtungen war schließlich die „Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie (Psych-PV)“ vom 18.12.1990 (mit Änderung vom 26.09.1994). Sie regelt die Personalausstattung der verschiedenen, in den stationären und teilstationären Behandlungsprozess einbezogenen Berufsgruppen für Erwachsene, Kinder und Jugendliche. Für sechs verschiedene Behandlungsbereiche werden Zeitwerte (Minuten je Patient und Woche) zugrunde gelegt, die dann in Personalstellen umgerechnet werden. Diese Zeitwerte sind mittels eines detailliert beschriebenen Katalogs von Regelaufgaben der einzelnen Berufsgruppen ermittelt worden.

Die Psych-PV hat zwar vorrangig planwirtschaftliche Elemente, aber es finden sich durchaus moderne Ansätze. Ähnlich wie beim DRG-System werden alle Patienten in aufwandshomogene Gruppen eingeteilt. Dieser Eingruppierungsprozess ist allerdings nicht streng algorithmisch auf der Basis von Diagnosen und Prozeduren, sondern eine subjektive Sortierung – eine Art Groupervorläufer aus einer prädigitalen Entwicklungsstufe. Problematisch ist auch, dass die Psych-PV kein lernendes System ist. Weder die Minutenwerte noch die Gruppierung wurden aktualisiert, sodass ihre Anwendung im künftigen System auf einen medizinischen Stand von vor fast 30 Jahren rekurrieren würde. Bspw. ist heute die Psychotherapie als Methode psychiatrischer Behandlung in den verschiedenen Gruppen repräsentiert und wäre dementsprechend anders zu gewichten. Darüber hinaus ist die Krankenhausverweildauer in den letzten Jahren deutlich gesunken und die Gruppen A4, S4 und G4 der lang dauernden Behandlung nicht mehr mit denen der 90er Jahre vergleichbar.

Gleichwohl bleibt die Informationsfunktion der Psych-PV: Seit 01.01.2010 übermitteln alle Einrichtungen für jeden voll- und teilstationären Behandlungsfall die tagesbezogene Einstufung des Patienten in einen der 25 Psych-PV-Behandlungsbereiche jeweils zu Beginn der Behandlung und bei jedem Wechsel des Behandlungsbereichs. Die Übermittlung der Daten erfolgt als OPS-Kode mittels Datensatz nach § 301 SGB V (Tabelle 15–2).¹⁰

⁹ vgl. die Auflistung bei Kunze H, Kaltenbach L. Psychiatrie-Personalverordnung – Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis, Stuttgart 2005; 19.

¹⁰ Es handelt sich bei diesen OPS-Ziffern nicht im eigentlichen Sinne um Prozeduren. Wie auch beim Barthel-Index wird der OPS lediglich als Transfermechanismus genutzt.

Die Idee der Psych-PV war, ein leistungsgerechtes Budget für psychiatrische Einrichtungen zu bestimmen. Ein solches Instrument gab es im somatischen Bereich nicht. Wenn die Psych-PV überall in ähnlicher Weise umgesetzt worden ist, dann ist der Konvergenzbedarf im psychiatrischen Bereich möglicherweise sehr viel geringer als im somatischen Bereich. Hinzu kommt, dass sich – anders als bei Fallpauschalen – die durchaus erhebliche Verweildauervarianz nicht in den Pflegesätzen niederschlägt. Empirische Ergebnisse dazu wird es erst nach Anwendung erster Testgrouperläufe im Jahr 2012 geben.

Verweildauerrückgang

Die stationären Fallkosten ergeben sich bei tagesbezogener Vergütung aus Pflegesätzen und Verweildauer. Wie bei allen übrigen Krankenhausbereichen zeigt sich in der Psychiatrie seit einigen Jahrzehnten ein kontinuierlicher Rückgang der Verweildauern. Dieser Trend setzt sich auch im letzten Jahrzehnt für alle Psychiatrie-Fächer fort (Abbildung 15–5). Die Vermutung, dass es zu einer in der Psychiatrie und Psychosomatik gegenüber der Somatik überproportional starken Absenkung der Verweildauer gekommen ist, lässt sich nicht bestätigen. Die Indexdarstellung zeigt einen überraschend identischen langsamen Abfall der Verweildauerkurven.

Auffallend ist jedoch ein gigantischer Unterschied der Verweildauern zwischen der Psychosomatik und der allgemeinen Psychiatrie (Abbildung 15–6). Es ist zu vermuten, dass die zukünftige Transparenz der Diagnose- und Leistungsdaten der verschiedenen Psychiatrie-Versorgungsbereiche Unterschiede, aber auch Ähnlichkeiten in den versorgten Patientenspektren zutage bringt. Interessant wird die Diskussion darüber sein, inwieweit Verweildauerunterschiede gerechtfertigt sind, welche anerkannten Therapiestandards und Leitlinien verfolgt werden und welches Behandlungsergebnis (bei sektorübergreifender Perspektive) erreicht werden kann.

Abbildung 15–5

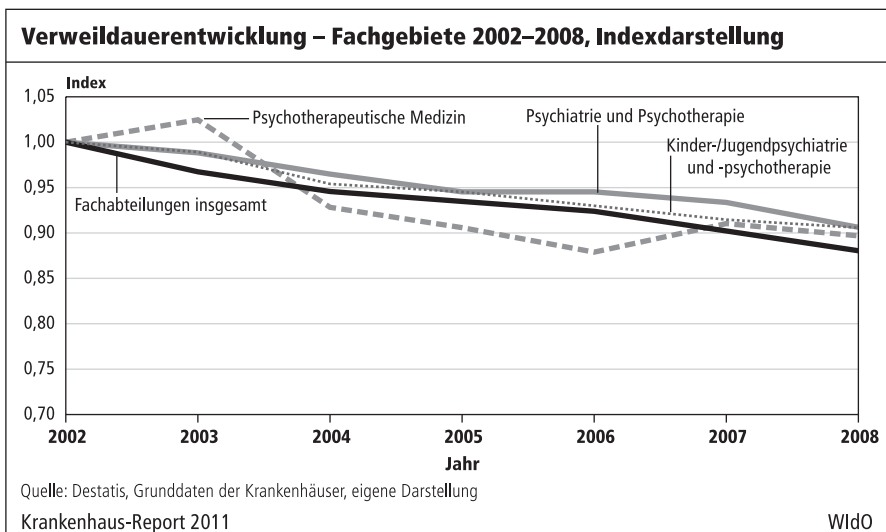
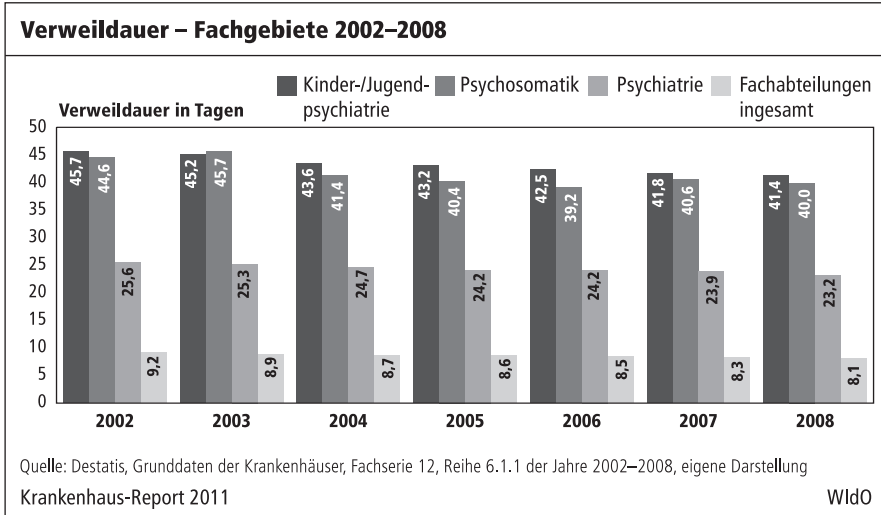


Abbildung 15–6



Diese Debatte kann nur dann sinnvoll und ergebnisorientiert geführt werden, wenn die Leistungsabbildung Vergleichbarkeit schafft. Dazu gehört die Vermeidung von Leistungsdarstellung und Abrechnung „nach Türschild“ trotz vergleichbaren Inhalts.¹¹ Eine unabdingbare Voraussetzung dafür ist, dass die sektorspezifische und sektorenübergreifende Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) alle vergleichbaren Therapiebereiche gleichermaßen erfasst.

Ob es in der Folge der Etablierung von Transparenz und Vergleichbarkeit zu fundamentalen Änderungen der Verweildauerunterschiede kommen wird, hängt u. a. auch davon ab, ob das Ergebnis des Selbstverwaltungsauftrages eine Ergänzung bzw. teilweise Abkehr von Tagespauschalen sein wird.

¹¹ Solche zu vermeidenden Leistungsdarstellungen „nach Türschild“ stellen aus Sicht der Autoren bspw. die OPS 9-63 „Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen“ gegenüber der Ziffer 9-62 „Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen“ im OPS-Katalog des Jahres 2010 dar.

15.3 Selbstverwaltungsauftrag an das InEK

Der GKV-Spitzenverband, der Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) haben sich noch 2009 fristgerecht auf Grundstrukturen zur Entwicklung neuer Entgelte für Psychiatrie und Psychosomatik geeinigt¹². Im Wesentlichen wird in dieser Vereinbarung das InEK entsprechend der gesetzlichen Vorgabe beauftragt und der Fahrplan für den weiteren Entwicklungsprozess vorgezeichnet. Gemäß Vereinbarung soll zunächst ein eigenständiges Kalkulationshandbuch vom InEK erarbeitet werden (Vereinbarung § 5 Abs. 4). Eine erste Version wird bis Ende des 3. Quartals 2010 erstellt, damit potenzielle Kalkulationskrankenhäuser prüfen können, ob sie die erforderlichen Voraussetzungen für eine Teilnahme an der Kalkulation im ersten Datenjahr 2011 erfüllen können.

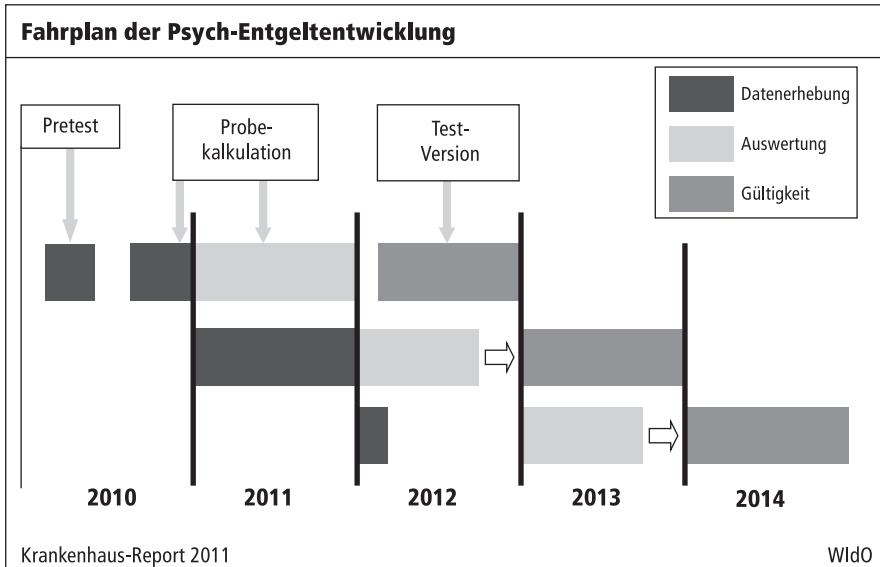
Wie auch im DRG-Bereich ist die Teilnahme an der Kalkulation freiwillig und mit einer Aufwandsentschädigung alimentiert. Krankenhäuser, die sowohl im § 17 b- wie auch im § 17 d-Bereich tätig sind, sollten in beiden Bereichen an der Kalkulation teilnehmen. Das schützt vor wundersamen Zurechnungen von Gemeinkosten. Damit jedoch quasi reine Psychiatrie-Häuser nicht wegen weniger neurologischer DRG-Betten zur Teilnahme an der § 17 b-Kalkulation gedrängt werden, ist ausnahmsweise auch eine isolierte Psychiatrie-Kalkulation möglich, „wenn auf den Regelungsbereich des § 17 d der deutlich überwiegende Anteil der Betten entfällt“ (Vereinbarung § 5 Abs. 7).

Aufbauend auf den Pretest soll dann im ersten Halbjahr 2011 eine Probekalkulation durchgeführt werden (Abbildung 15–7). Datenbasis ist das Jahr 2010 und wahrscheinlich im Wesentlichen das zweite Halbjahr 2010. Die Erarbeitung einer Testversion des neuen Entgeltsystems für § 17 d-Leistungen, die 2012 auf der Basis einer Probekalkulation im Jahr 2011 vorliegen wird, macht ein datengestütztes Anpassungsjahr vor der budgetneutralen Einführung des Entgeltsystems im Jahr 2013 möglich. Diese ist notwendig, weil – anders als bei der DRG-Einführung – keine internationalen Grouperversionen zu Benchmarkversuchen zur Verfügung stehen.

Die Testversion soll allen Beteiligten die Möglichkeit geben, die gesamte Systementwicklung einmal „durchzuspielen“ – von der Kalkulation bis hin zum Groupereinsatz. Ob eine solche Testversion des Groupers auf der Basis des zweiten Halbjahres 2010 brauchbar ist, wird erst im dritten Quartal 2011 entschieden werden können. Die Selbstverwaltungspartner streben an, Krankenhäusern, Krankenkassen und Grouperherstellern basierend auf der Probekalkulation eine erste Testversion eines Entgeltkataloges für die Anwendungserprobung und für Schulungen zur Verfügung zu stellen (Vereinbarung § 5 Abs. 7). Die Kalkulationsdaten des Jahres 2012 sind dann bereits die Basis für das System 2014. Dies ist das erste

12 Vereinbarung über die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17 d KHG (Psych-Entgeltsystem) vom 30.11.2009, abrufbar im Internet unter http://www.gkv-spitzenverband.de/KH_Psychiatrie.gkvnet; vgl. im Folgenden auch die Darstellung in Haas A, Leber WD. Neue Psych-Entgelte am Start. Die Einigung auf Grundstrukturen aus Sicht der Krankenkassen. f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus 2010, 1: 43 ff.

Abbildung 15–7



Jahr, in dem das neue Vergütungssystem möglicherweise ökonomische Konsequenzen für die Budgets der psychiatrischen Krankenhäuser hat. Es ist zugleich das erste Jahr, in dem deutlich wird, dass auch das Psych-Entgeltsystem ein lernendes System ist.

Grundlage des neuen Vergütungssystems sollen tagesbezogene Entgelte sein, die den unterschiedlichen Aufwand der Behandlung abbilden und einen praktischen Differenzierungsgrad aufweisen. In Analogie zum DRG-System hat das InEK eine jährliche Anpassung der Entgeltkataloge auf der Grundlage empirischer Daten festgeschrieben. Die Abbildung teilstationärer Leistungen soll im ersten Entwicklungsschritt berücksichtigt werden (Vereinbarung § 7). Außerdem ist es erklärtes Ziel beider Seiten, dass die Begleitforschung – anders als bei der DRG-Einführung – rechtzeitig einsetzen soll (Vereinbarung § 9). Die wichtigste, zugleich aber auch umstrittenste Änderung war die erweiterte Dokumentationspflicht in den psychiatrischen Einrichtungen, die zum einen neue Prozeduren betraf (vgl. Abschnitt 15.4), zum anderen aber auch – wie in § 295 Abs. 1b SGB V vorgesehen – die Übermittlung von Psych-PV-Einstufungen für quasi jeden Abrechnungstag enthält. Da von Krankenhausseite ein Abgleich dieser fallbezogenen Psych-PV-Einstufungen mit den Stichtagserhebungen befürchtet wurde, enthält die Vereinbarung eine Art Verwendungsbeschränkung, derzufolge die übermittelten Psych-PV-Daten ausschließlich der Entwicklung des künftigen tagespauschalierenden Entgeltsystems dienen sollen. Es dürfen weder Einzelfallprüfungen nach § 275 SGB V noch Stichprobenprüfungen nach § 17 c KHG auf der Basis der via OPS übermittelten täglichen Psych-PV-Eingruppierungen durchgeführt werden. Um Interferenzen zwischen Entgeltentwicklung und Budgetverhandlung auszuschließen, wurde vereinbart, dass für die Verhandlungen der individuellen Krankenhausbudgets nach der Bundespflegesatzverordnung

(BPfIV)¹³ ausschließlich die Stichtagserhebungen nach dem bisher üblichen Verfahren maßgeblich sind (Vereinbarung § 3 Abs. 3).

Der Zusammenhang zwischen Entgeltentwicklung einerseits und Stellenbesetzung gemäß Psych-PV andererseits konnte in der Vereinbarung nur sehr allgemein formuliert werden, weil die jeweiligen Rechtspositionen der vor Ort streitenden Parteien berücksichtigt wurden. Daher wurden in der Präambel Formulierungen aus Gesetz und Begründung zitiert, die die jeweiligen Rechtspositionen nicht zur Disposition stellen.

Die Einheitlichkeit der Diagnosedokumentation soll durch Kodierrichtlinien gewährleistet werden (Vereinbarung § 4). Die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR)¹⁴ für den Geltungsbereich § 17 b KHG entstanden zunächst als Übertragung der australischen Kodierrichtlinien. Sie werden jährlich auf Spitzenverbandsebene aktualisiert. Die bisherigen Kodierregeln für psychiatrische Erkrankungen waren für die Entwicklung eines neuen leistungsorientierten Entgeltsystems zu kurz gefasst (vgl. das kaum zwei Seiten lange Kapitel 5 „Psychische und Verhaltensstörungen“ der speziellen Kodierrichtlinien 2009).

Für 2010 haben die Spitzenverbandspartner für die Psychiatrie zunächst separate Kodierrichtlinien (DKR-Psych)¹⁵ und eine ergänzende gemeinsame Empfehlung für die Psych-PV-Eingruppierung¹⁶ vereinbart. Bei der Erarbeitung wurde darauf geachtet, Widersprüche zwischen den Kodierregeln im somatischen und psychiatrischen Bereich und Widersprüche zur ursprünglichen Psych-PV zu vermeiden. Es sei darauf hingewiesen, dass es zum 01.01.2011 auch noch separate Kodierrichtlinien für den ambulanten Bereich¹⁷ geben wird, was dem Arzt in der interdisziplinären Notfallaufnahme die Anwendung dreier Kodierregelwerke auferlegt. Auch für den Risikostrukturausgleich, der patientenbezogen auf diese Diagnosen aufbaut, sind drei konkurrierende Kodierrichtlinien auf Dauer keine gute Grundlage.

13 Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespfllegesatzverordnung – BPfIV) vom 26.09.1994, zuletzt geändert am 17.03.2009, BGBl. Teil I, S. 534.

14 Deutsche Kodierrichtlinien (DKR) – Allgemeine und Spezielle Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren, abrufbar im Internet unter http://www.g-drg.de/cms/index.php/inek_site_de/G-DRG-System_2010/Kodierrichtlinien.

15 Deutsche Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psychosomatik 2010 (DKR-Psych 2010) vom 13.01.2010, abrufbar im Internet unter http://www.g-drg.de/cms/index.php/inek_site_de/Psychiatrie_Psychosomatik/Kodierrichtlinien/DKR-Psych_2010.

16 Gemeinsame Empfehlung zur Eingruppierung in die Behandlungsgruppen der Psychiatriepersonalverordnung (Psych-PV) für die Entwicklung eines pauschalierenden Entgeltsystems gemäß § 17 d KHG vom 18.12.2009, abrufbar im Internet unter http://www.gkv-spitzenverband.de/KH_Psychiatrie.gkvnet

17 Ambulante Kodierrichtlinien – Kodierrichtlinien nach § 295 Absatz 3 Satz 2 SGB V (Richtlinien zur Kodierung ambulanter Behandlungsdiagnosen mit Schlüsselnummern der ICD-10-GM, Version 2010), abrufbar im Internet unter <http://www.gkv-spitzenverband.de/Kodierrichtlinie.gkv-net>.

Die DKR-Psych beziehen sich auf die Anwendung der ICD-10-GM Version 2010¹⁸ und den OPS Version 2010¹⁹ und gliedern sich in folgende Teile:

- Allgemeine Kodierrichtlinien
- Allgemeine Kodierrichtlinien für Krankheiten
- Allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren

Es werden Begriffe wie Haupt- und Nebendiagnose definiert und Hinweise zur Verschlüsselung von Prozeduren gegeben. Bedauerlicherweise ist es nicht für alle Kodierrichtlinien gelungen, geeignete Beispiele für die Psychiatrie zu vereinbaren. In diesen Fällen wurden die Beispiele für die Somatik zwar für 2010 zunächst belassen, sollen aber schnellstmöglich adaptiert werden. Für den Fall, dass zwischen den Hinweistexten im ICD-10-GM bzw. im OPS-Katalog Widersprüche zu den Psychiatrie-Kodierrichtlinien bestehen, haben die Kodierrichtlinien Vorrang. Dies stellt ein analoges Prinzip zu den DKR dar.

Die DKR-Psych sollten gemäß GKV-Vorschlag bereits für das erste Aktualisierungsjahr 2011 mit den DKR für 2011 zusammengeführt werden und zukünftig ein eigenes Kapitel der DKR darstellen. Darüber aber ist noch keine Einigung erzielt worden.

Zentraler Konfliktpunkt war im Verhandlungsprozess der Jahre 2009 und 2010 der erweiterte OPS-Katalog des DIMDI für 2010.

15.4 OPS-Debatten – Der Streit um die richtige Abbildung

Das neue Entgeltsystem soll eine leistungsgerechte Vergütung etablieren. Eine solche kann nur mit der Dokumentation von Leistungen funktionieren. Einigkeit bestand darüber, dass das bestehende Dokumentationsverzeichnis (OPS) erweitert werden musste, um psychiatrische Leistungen adäquat abbilden zu können. Einigkeit bestand auch darüber, dass dies in mehreren Schritten geschehen soll: eine erste Erweiterung für das Jahr 2010 und eine gründlicher ausdiskutierte in den Folgejahren. Trotzdem eskalierte die Dokumentationspflicht von der Krankenhausseite zu einem Fundamentalkonflikt.

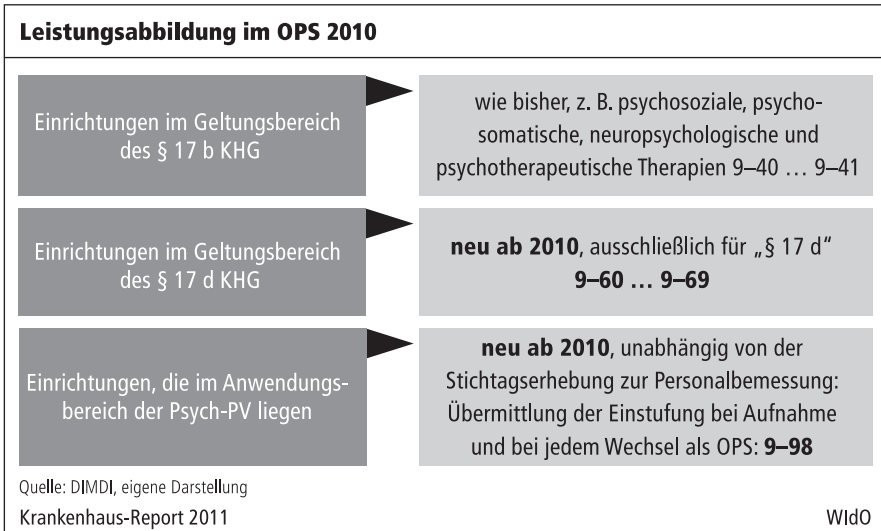
Die OPS-Erweiterung für 2010 wurde seit dem Frühjahr 2009 in diversen Gesprächskreisen unter Beteiligung von InEK, DKG, GKV, PKV und mehreren Fachgesellschaften diskutiert. Schlussendlich hat das DIMDI bzw. das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) über den neuen OPS-Katalog 2010 entschieden. Klassifikationsfragen wie ICD und OPS sind keine Selbstverwaltungsentscheidungen.

Der OPS 2010 sieht einen eigenen § 17 d-Bereich vor, der deutlich vom DRG-Bereich abgegrenzt ist (Abbildung 15–8). Für Erwachsene ist das der Nummernbe-

18 Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM Version 2010), abrufbar im Internet unter <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2010/index.htm>.

19 Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS Version 2010), abrufbar im Internet unter <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/prozeduren/ops301/opshtml2010/index.htm>.

Abbildung 15–8



reich 9-60 bis 9-64, für Jugendliche 9-65 bis 9-69. Außerdem existiert ein Nummernbereich zur Übermittlung der Psych-PV-Eingruppierung (9-98).

Die OPS-Bereiche für Erwachsene und Jugendliche enthalten – vereinfacht dargestellt – auf Ebene der Viersteller jeweils eine Unterteilung in Regelbehandlung, Intensivbehandlung, Psychotherapeutische Komplexbehandlung und Psychosomatische Komplexbehandlung. Neben den umfangreichen Strukturanforderungen folgt eine Aufspaltung des Personaleinsatzes nach den Berufsgruppen Arzt, Psychologe, Spezialtherapeut und Pflege.

Da sowohl die Krankenkasse als auch die GKV den OPS-Katalog 2010, wenn auch aus unterschiedlichen Gründen, als revisionsbedürftig ansahen, kam es zu einer gemeinsamen Initiative gegenüber dem BMG, den OPS-Katalog erstmals einer unterjährigen Revision zu unterziehen. Die Änderungsvorschläge bezogen sich auf die Zusammenfassung von Berufsgruppen, die Aggregation von Dosisstufen und die Trennung der Therapieeinheitenzählung von den Komplexcodes. Insgesamt sollte die Dokumentation vereinfacht werden. Der Vorschlag wurde durch das BMG abgelehnt – möglicherweise um einen Präzedenzfall für unterjährige Revisionen zu vermeiden.

Die Kritik der GKV an der Leistungsabbildung im aktuellen OPS-Katalog bezieht sich vorrangig auf seine Inputorientierung. Darüber hinaus aber auch auf die Problematik, dass der Code zwar sehr exakt erscheint, aber eigentlich wenig aussagt. Er sagt nicht, was eigentlich gemacht wird. Er sagt nur, wie viel Personal aus welcher Lohngruppe gebunden war. Hätte man den OPS im somatischen Bereich nach gleichem Muster gestaltet, wäre zwar erkennbar, ob zwei oder drei Operateure am OP-Tisch gestanden haben, aber es ginge aus dem OPS-Code nicht hervor, ob sie eine Hüftendoprothese implantiert oder laparoskopisch eine Gallenblase entfernt hätten.

Die Inputorientierung des OPS hat starke Wirkungen auf das spätere Anreizsystem, wie sich am OP-Beispiel illustrieren lässt: Beschreibt der OPS eine bestimmte Operation und wird dies im Entgeltsystem abgebildet, dann bleibt ein Anreiz, die

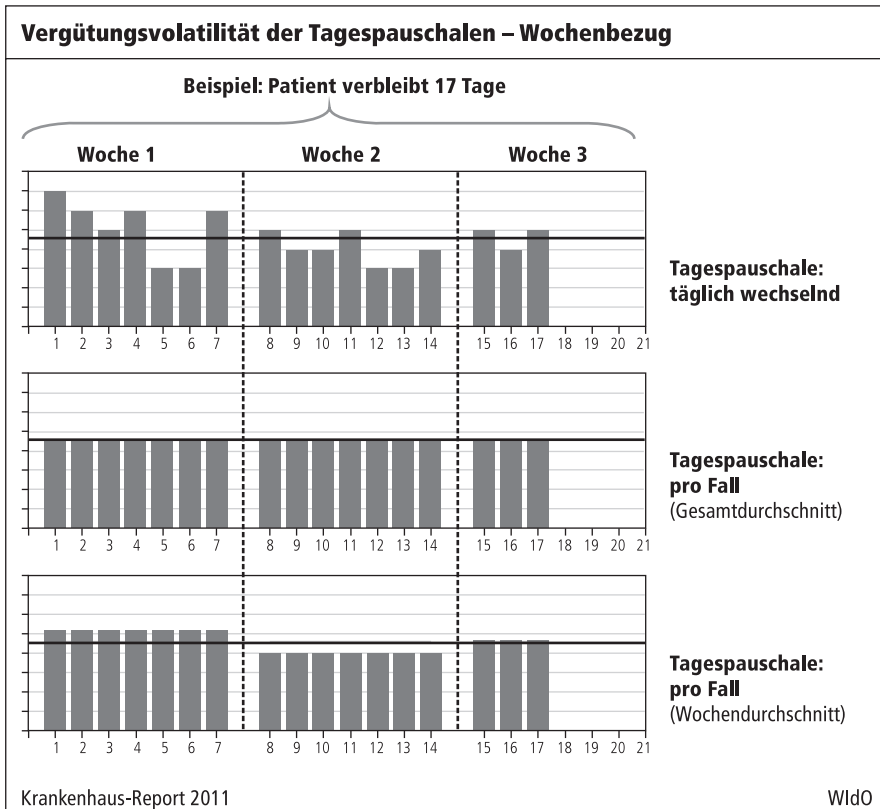
Zahl der Operateure zu reduzieren. Baut das Entgeltsystem vorrangig auf dem Personaleinsatz auf, dann wird letztlich der Personaleinsatz maximiert. Die derzeitigen Codes produzieren ein System, bei dem derjenige gewinnt, der die meisten Kosten verursacht. Kurzum: Der OPS in seiner jetzigen Form bedeutet Selbstkostendeckung im neuen Gewand.

Die GKV hat mehrere Vorschläge zu einer ergebnisorientierten Leistungsabbildung gemacht. Hier werden bspw. Wechsel von Schweregraden bei einer Depressionsbehandlung (gemessen nach Hamilton-Depressionsskala) oder Veränderungen des Body-Mass-Index bei Anorexie abgebildet. Es ist absehbar, dass die kontinuierliche Weiterentwicklung des Vergütungssystems auch eine kontinuierliche Debatte über die Abbildung von Arbeitseinsatz und Arbeitsergebnis generieren wird.

Wochenbezug im OPS

Im OPS muss auch ein Problem gelöst werden, das es bei DRG-Fallpauschalen so nicht gibt: der Zeitbezug einer Leistung. Bei Fallpauschalen spielt der Zeitpunkt einer Leistung eine untergeordnete Rolle. Bei tagesbezogener Vergütung ist es hingegen relevant, an welchem Tag die Leistung erbracht worden ist. Das führt zu der zentralen Frage, was eigentlich gegroupt wird: Tage, Wochen oder Fälle (Abbildung 15–9)? Der Gesetzgeber schreibt in § 17 d KHG lediglich ein tagespauschalierendes System vor.

Abbildung 15–9



Offen ist dabei, ob bei wechselndem Behandlungsaufwand jeden Tag eine andere Tagespauschale abzurechnen ist. Eine solche Regelung, bei der quasi jeder Tag einzeln gegroupt würde, würde das Konfliktpotenzial zwischen Krankenhäusern und Kassen maximieren. Alternativ könnte – wie bei den DRG-Fallpauschalen – der Behandlungsaufwand des gesamten Falls gegroupt werden, dann aber im Ergebnis eine Einsortierung in einen durchgängigen Tagessatz erfolgen (Was keine Fallpauschalierung ist!). Das hat allerdings den Nachteil, dass während langer Aufenthalte kurze Phasen intensiver Betreuung entweder für den ganzen Fall eine hohe Einstufung mit sich bringen würden oder aber unberücksichtigt bleiben müssten. Als vermittelnde Lösung im Spannungsfeld von „stabil oder volatil“ bietet sich eine wöchentliche Anpassung an. Es gelten also wie gesetzlich vorgegeben Tagespauschalen, aber sie werden wöchentlich neu bestimmt. Die Konstruktion im neuen OPS weist in diese Richtung: Therapieeinheiten werden je Woche ausgewiesen. Das erfordert einige Anpassungen in den Krankenhausinformationssystemen, schafft aber auf Dauer ein praktikables Abrechnungssystem mit klar vorgegebener Struktur für Zwischenrechnungen bei längeren Aufenthalten. Der Wochenbezug bei der Leistungsdarstellung im OPS-Katalog sollte aus Sicht der GKV beibehalten werden.

Auch empirische Analysen des erwähnten 301-Datenbestands (Abbildung 15–10) legen einen Wochenrhythmus der Leistungsabbildung nahe. Die Verweildauer-Verteilung zeigt einen girlandenförmigen Verlauf im Wochenrhythmus. Offenbar plant (und genehmigt?) man in der Psychiatrie im Wochenrhythmus die Art und Dauer der Therapie.

Vergleicht man exemplarisch die Verweildauermuster der Fälle mit Hauptdiagnose F32 „Depressive Episode“ im § 17 d- und § 17 b-Bereich, so ist erkennbar,

Abbildung 15–10

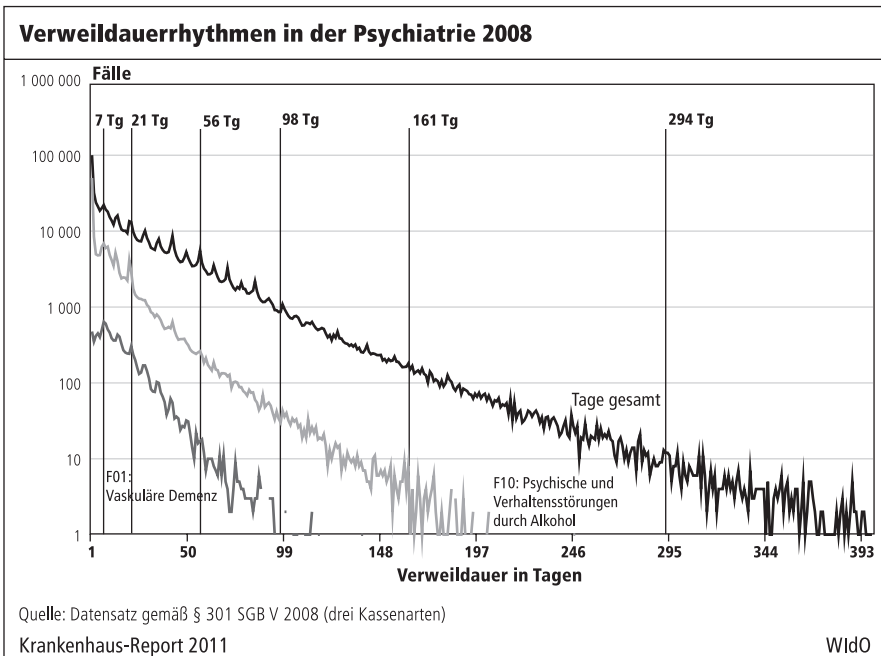
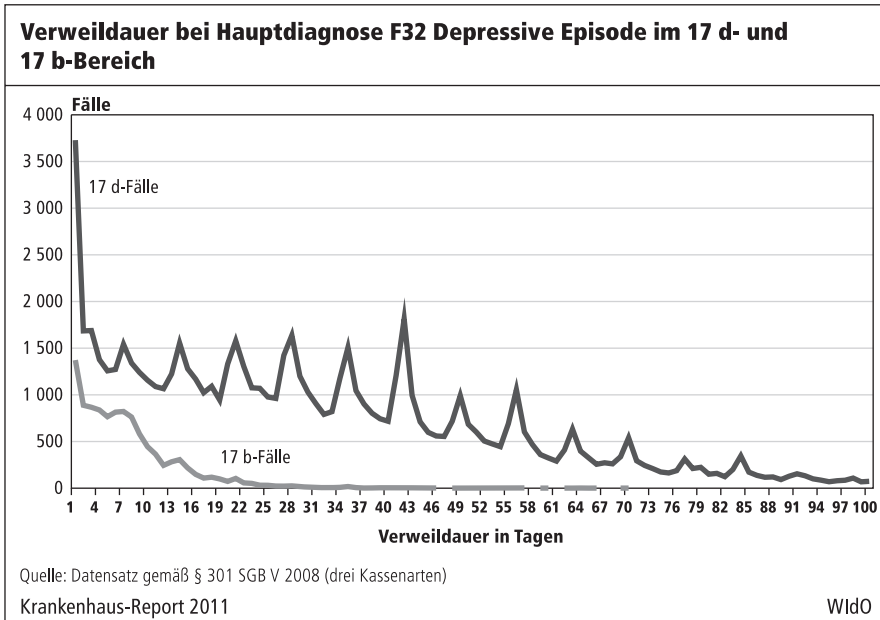


Abbildung 15–11



dass die Fallzahl in der Psychiatrie um ein Vielfaches höher ist, jedoch die Verweildauer wesentlich länger (Abbildung 15–11). Vornehmlich dürften die Unterschiede auf divergierende Patientencharakteristika zurückzuführen sein. Die Dominanz der Wochenrhythmen zeigt aber auch die Anreizwirkung tagesbezogener Vergütung in Verbindung mit einer komplementären Kontroll- und Genehmigungspraxis von Kassen und Medizinischem Dienst der Krankenversicherung (MDK).

15.5 Das PIA-Problem

Einer der beiden Prüfaufträge des Gesetzgebers zur Entwicklung des durchgängigen, leistungsgerechten und tagespauschalierten Entgeltsystems für die Psychiatrie betrifft die Einbeziehung der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA). Während das Dokumentationsproblem im stationären Bereich sukzessive einer – wenn auch konfliktären – Lösung zugeführt wird, kann im Bereich der ambulanten Versorgung durch PIAs davon noch keine Rede sein.

Amtliche Statistiken zur Zahl der Einrichtungen und deren Versorgungsleistung stehen nicht zur Verfügung. Einer Übersicht der Gesundheitsministerkonferenz aus dem Jahr 2007²⁰ ist zu entnehmen, dass insgesamt 418 PIAs an 434 Fachkliniken und

²⁰ vgl. Tabellenanhang zum Bericht „Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven“ der AG Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden an die Gesundheitsministerkonferenz 2007, abrufbar im Internet unter http://www.gmkonline.de/_beschluesse/Protokoll_80-GMK_Top1002_Anlage2_Psychiatrie-Tabellenanhang.pdf

Tabelle 15–3

PIA-Vergütungsregelungen nach Bundesländern

	Anzahl der PIA	Anzahl der Fachkliniken und Fachabteilungen	Vergütung	Vergütungshöhe landesweit geregelt oder Einzelverträge?
Baden-Württemberg	43	55	Quartalspauschale, jedoch unterschieden Einmalkontakt oder Mehrfachbehandlung	Einzelverträge
Bayern	39	46	Leistungskatalog	landesweit
Berlin	18	18	Quartalspauschalen	Einzelverträge
Brandenburg	21	18	Quartalspauschalen	landesweit
Bremen	6	7	Quartalspauschale, einmalige Behandlung Notfallpauschale	Einzelverträge
Hamburg	13	12	Quartalspauschalen	Einzelverträge
Hessen	47	36	Quartalspauschalen	Einzel je Organisation
Mecklenburg-Vorpommern	9	9	Leistungskatalog analog Bayern	landesweit
Niedersachsen	32	29	gestaffelte Quartalspauschalen	landesweit
Nordrhein-Westfalen	83	92	Quartalspauschalen	Einzelverträge
Rheinland-Pfalz	26	25	Quartalspauschale	Einzelverträge
Saarland	7	7	Quartalspauschale, jedoch gesonderte Vergütung für „alleinige psychiatrische Notfallbehandlung“	Einzelverträge
Sachsen	28	25	Leistungskatalog analog Bayern	landesweit
Sachsen-Anhalt	8	19	Quartalspauschalen, Leistungskatalog analog Bayern	Einzelverträge + landesweit
Schleswig-Holstein	27	22	Quartalspauschale i. V. m. Vergütung gem. EBM; Quartalspauschale; Tagespauschale	Einzelverträge
Thüringen	11	14	Leistungskatalog analog Bayern und Quartalspauschalen	Einzelverträge + landesweit
Gesamt	418	434		

Quelle: Gesundheitsministerkonferenz 2007

Krankenhaus-Report 2011

WIdO

Abteilungen ambulante psychiatrische Versorgung erbringen (Tabelle 15–3). Damit verfügen nahezu alle Fachkliniken bzw. Fachabteilungen über eine Institutsambulanz.²¹

Bezüglich der Einbeziehung der PIAs in das neue Vergütungssystem sind die Selbstverwaltungspartner übereingekommen, dass dies erst zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen soll. Derzeit fehlt noch die notwendige Transparenz über die Leistungen, die einbezogen werden könnten. Die Datenübermittlung erfolgt noch

21 Die Übersicht unterscheidet nicht PIAs nach § 118 Abs. 1 oder 2 (PIA an Fachkliniken bzw. an psychiatrischen Abteilungen eines Allgemeinkrankenhauses). Dies ist wegen unterschiedlicher Zugangsregelungen von Belang (vgl. PIA-Vereinbarung).

weitgehend auf Papier und ist stark vom jeweiligen länderspezifischen Vergütungssystem abhängig. In einigen Ländern wird die Behandlung im Rahmen einer Einzelleistungsvergütung erfasst, andernorts im Rahmen von Pauschalvergütungen lediglich die Zahl der Patienten bzw. die Zahl der Kontakte.²² Vergleichsweise aussagekräftig ist das bayerische System, das bestimmte Leistungskomplexe differenziert (Tabelle 15–3, rechte Spalten).

Vor einer Integration in das neue Psychiatrie-Entgeltsystem ist eine bundesweit einheitliche Leistungsabbildung und -übermittlung erforderlich. Offen dabei ist allerdings, ob es sich um Teile des bestehenden und inzwischen weiterentwickelten OPS-Katalogs oder um der PIA vorbehaltene OPS-Kapitel handeln wird. Auch wenn es derzeit keine einheitliche Gesetzesgrundlage für eine bundesweite Leistungsdokumentation gibt, haben die Vertragspartner in der Grundstrukturenvereinbarung zum Psychiatrie-Entgeltsystem den Willen zum Ausdruck gebracht, eine bundesweit einheitliche Dokumentation der PIAs im ersten Halbjahr 2010 zu vereinbaren (Vereinbarung § 8 Abs. 1)²³. Gelingen ist dies nicht.

PIA-Vereinbarung erneuert

Die mangelnde bundespolitische Vertragskompetenz ist nicht das einzige Hindernis bei der Einbeziehung der PIAs in das neue Vergütungssystem. Hinderlich ist auch der abweichende Fallbegriff in der ambulanten Versorgung (Quartalschein) und die Unwägbarkeiten eines weiteren Vertragspartners mit starken Eigeninteressen: die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Nach § 118 Abs. 2 SGB V vereinbaren DKG, KBV und GKV-Spitzenverband gemeinsam den Patientenkreis der PIAs.

Die diesbezügliche Vereinbarung vom 14.02.2001 war von der KBV am 23.06.2008 gekündigt worden. Die dreiseitigen Verhandlungen haben inzwischen zu einer Neuvereinbarung geführt, die zum 01.07.2010 in Kraft getreten ist. Es sei darauf hingewiesen, dass es sich bei den Vereinbarungen nach § 118 ausschließlich um eine Vereinbarung zu den PIAs an Allgemeinkrankenhäusern mit selbstständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung handelt. Das Gesetz sieht keine Vereinbarung für PIAs von psychiatrischen Fachkliniken vor.

Wegen der Bedeutung für eine mögliche Einbeziehung der PIAs sei kurz der Inhalt der neuen Vereinbarung dargestellt. Bereits in der Formulierung von Präambel und Zielen findet seinen Ausdruck, dass die PIA entsprechend dem gesetzlichen Auftrag einen spezifischen Versorgungsauftrag für psychisch Kranke zu erfüllen hat, der nicht alle Patienten mit psychischen Störungen umfasst.

Der Hauptkonflikt der Verhandlungen bestand darin, Patientengruppen, die in der PIA behandelt werden sollen, entsprechend den Kriterien des Gesetzestextes

22 Die unterschiedliche Vergütungsregelungen sind ein Grund dafür, dass der Anteil der PIAs an der ambulanten Versorgung insgesamt schwer bestimmbar ist. In der Szene kursieren Zahlen um 10%, die aber nicht belegt sind.

23 Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Abs. 2 SGB V vom 30.04.2010, abrufbar im Internet unter http://www.gkv-spitzenverband.de/KH_Ambulante_Leistungen_PIA.gkvnet.

Abbildung 15–12

Acht Wege in die Psychiatrische Institutsambulanz – Erwachsene			
	Art	Schwere	Dauer
1	PIA-Diagnose	+ Notfall	
2	PIA-Diagnose	+ Schwer (4 aus 11)	
3	PIA-Diagnose		+ 6 Monate
4	PIA-Diagnose		+ Rezidiv
5	Rest-F-Diagnose	+ Notfall	+ 6 Monate
6	Rest-F-Diagnose	+ Notfall	+ Rezidiv
7	Rest-F-Diagnose	+ Schwer (4 aus 11)	+ 6 Monate
8	Rest-F-Diagnose	+ Schwer (4 aus 11)	+ Rezidiv

Schwer = mindestens vier aus folgenden elf Kriterien:

- Verkürzung stationärer Aufenthalt
- psychiatrische Multimorbidität
- GAF unter 50
- therapieresistent
- wiederholt stationär
- CGI über 4
- Fremd-/Selbstgefährdung
- Adhärenzmangel
- somatische Komorbidität
- Inanspruchnahmedefizit prästationär
- Inanspruchnahmedefizit poststationär

Quelle: Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Abs. 2 SGB V, eigene Darstellung
Krankenhaus-Report 2011

WldO

(Art, Schwere oder Dauer der Erkrankung) zu definieren. Dies konnte für erwachsene Patienten mit einer ICD-Listung als Auswahl aus dem Kapitel V (Psychiatrische Diagnosen) des ICD-GM-Katalogs in Kombination mit bestimmten Einschlusskriterien zu Schwere **oder** Dauer der Erkrankung umgesetzt werden. Die Liste und die Kriterien beschreiben grundsätzlich eher schwer psychiatrisch Erkrankte. Für die als weniger schwer einzuschätzenden psychiatrischen Diagnosen wurden Einschlusskriterien zu Schwere **und** (!) Dauer der Erkrankung als Zugangsbedingung zur PIA definiert. Das stark an Boolesche Algebra erinnernde Verhandlungsergebnis ist schwer lesbar, dafür aber einfach zu programmieren (Abbildung 15–12).

Weniger schwere psychiatrische Störungen, die die Kriterien nicht erfüllen, sind im vertragsärztlichen Bereich zu behandeln. Für Kinder und Jugendliche gilt zwar keine Auswahl aus dem Kapitel V der ICD-GM-Klassifikation wie bei den Erwachsenen, jedoch sind auch für diese Patientengruppe Kriterien zur Krankheitsschwere und Dauer unter Einbezug des multiaxialen Klassifikationsschemas für psychiatrische Störungen im Kindes- und Jugendalter in der Anlage etabliert worden. Bei Übernahme der Behandlung sind die Voraussetzungen im Sinne der positiv definierten Patientengruppe zu prüfen und zu dokumentieren.

Die Zugangsregeln unterscheiden zwischen Behandlung in der PIA („in der Regel“ mit Überweisung) und aufsuchender Behandlung (Überweisung erforderlich). Initiativ-akquirierende Tätigkeit der PIA in Alten- oder Pflegeheimen sowie Einrichtungen der Kinder- und der Jugendhilfe werden dadurch ausgeschlossen. Die Überweisung kann sowohl durch die psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Abteilung als auch durch niedergelassene Vertragsärzte erfolgen.

Die komplizierte Vertrags- und Interessenlage macht deutlich, dass die Einbeziehung der PIAs nicht en passant erfolgen kann. Sie dürfte nur mit klaren gesetzlichen Grundlagen für eine einheitliche Dokumentation, eine einheitliche Vergütungssystematik und durch eine deutliche Abkopplung von der kassenärztlichen Versorgung gelingen.

15.6 Empirie zur Frage „Tages-, Fall- oder Jahrespauschalen?“

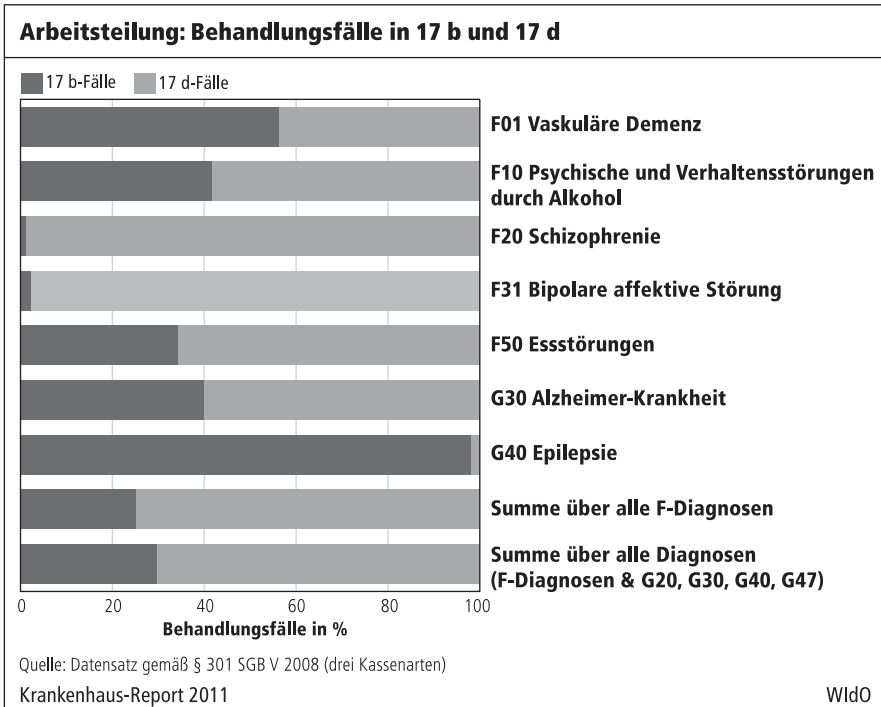
Der Auftrag § 17 d ist ohne großen reformerischen Ehrgeiz: einrichtungsbezogene Tagessätze werden durch krankheits- bzw. therapiebezogene Tagessätze ersetzt. Damit bleiben – anders als bei der DRG-Einführung – alle Nachteile tagesbezogener Vergütung bestehen. Einrichtungen, die Patienten mit vergleichbarer Morbidität in kürzerer Zeit mit der gleichen Behandlungsleistung versorgen, werden systematisch benachteiligt.

Es gibt den gesetzlichen Prüfauftrag für andere Abrechnungseinheiten, aber dieser birgt erhebliches Konfliktpotenzial. In der psychiatrischen Reformszene wird zwar allenthalben das hehre Ziel eines schnellen Übergangs in die ambulante Versorgung betont, zum adäquaten Anreizmechanismus – der Fallpauschale – jedoch besteht ein ausgeprägt phobisches Verhältnis. Das mag auch daran liegen, dass eine datengestützte krankheitsbezogene Analyse des Versorgungsgeschehens erst in den Anfängen steckt. Aufgrund der Unterkodierung von Diagnosen und Leistungen ist die psychiatrische Versorgung noch nicht „datenbankfähig“ und einer Analyse schwer zugänglich.

Die Analyse des 301-Datenbestandes zeigt zunächst einmal, dass die Versorgung psychiatrischer Morbidität nicht ausschließlich in psychiatrischen Einrichtungen erfolgt. Ein erheblicher Anteil der psychiatrischen Fälle wird schon heute im § 17 b-Bereich – also mit Fallpauschalen – versorgt. Bezüglich vieler Hauptdiagnosen gibt es keine klare Arbeitsteilung zwischen dem § 17 d- und dem § 17 b-Versorgungsbereich (Abbildung 15–13). Beispielweise werden mehr als die Hälfte der Behandlungsfälle mit F01 „Vaskuläre Demenz“ in der Somatik versorgt. Ca. 40% der jeweiligen Behandlungsfälle mit Alzheimer-Krankheit (G30), Psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) und mit Essstörungen (F50) werden ebenfalls im § 17 b-Bereich behandelt. Dagegen sind Fälle mit den Hauptdiagnosen Schizophrenie (F20) und Bipolare affektive Störungen (F31) zu über 95% die Domäne der § 17 d-Abteilungen und -Kliniken.

Bei der Analyse von kombinierter Versorgung von Patienten in § 17 b- und § 17 d-Häusern anlässlich mehrerer stationärer Behandlungsepisoden im Jahr 2008 zeigte sich, dass der Anteil derer, die den Versorgungsbereich mehrfach wechseln, gering ist.

Abbildung 15–13



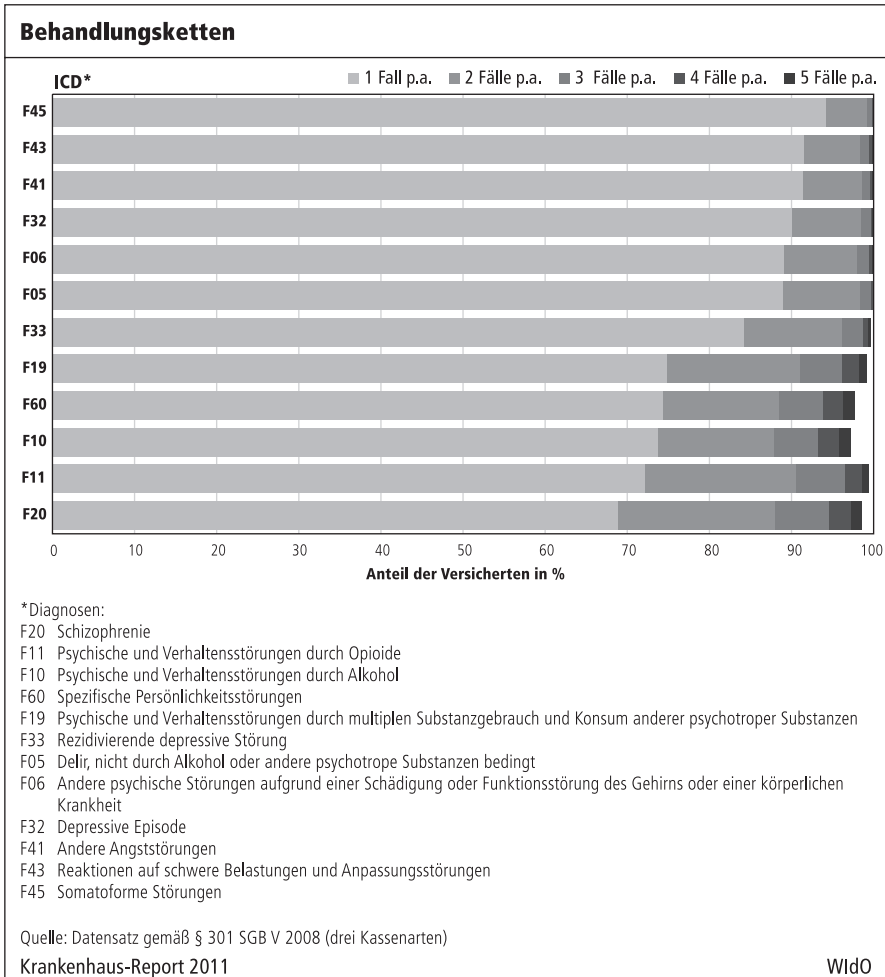
Der Krankenhauswechsel unabhängig vom Versorgungsbereich nach § 17 d und § 17 b ist bei bestimmten Diagnosen durchaus häufig (substanzabhängige psychische und Verhaltensstörungen). Mit Abstand folgen Persönlichkeitsstörungen und somatoforme Störungen.

Wiedereinweisung

Der 301-Datenbestand erlaubt auch Analysen von Wiedereinweisungen, so z. B. die wiederholte Aufnahme mit jeweils gleicher Hauptdiagnose. Unter den TOP-12-Diagnosen fallen einige Diagnosen mit einem besonders hohen Anteil von Patienten mit vollstationären Behandlungsketten auf (Abbildung 15–14). Patienten mit einer Schizophrenie (F20), mit den substanzabhängigen psychischen und Verhaltensstörungen (F11, F10 und F19) und Persönlichkeitsstörungen (F60) weisen zu rund einem Viertel bis zu einem Drittel mehrfache vollstationäre Behandlungsepisoden auf. Demgegenüber kann zusammengefasst werden, dass bei Patienten mit Depressionen (F33, F32), nichtalkoholisch bedingten Deliren und hirnorganischen Störungen (F05, F06), Angststörungen (F41), Belastungs- und Anpassungsstörungen (F43) sowie somatoformen Störungen (F45) weit überwiegend nur ein vollstationärer Aufenthalt zu beobachten ist.

Die Betrachtung der Behandlungsketten, also die Analyse von Patienten mit mehreren Krankenhauseinweisungen, ist von hoher Relevanz für die Beurteilung von Vergütungsmodellen mit Jahrespauschalen für psychisch Kranke. Solche Mo-

Abbildung 15–14



delle erfreuen sich großer Beliebtheit in der psychiatrischen Reformdiskussion.²⁴ In der Regel soll ein schneller und friktionsloser Übergang des Patienten in die ambulante Behandlung (und zurück?) durch eine sektorübergreifende Vergütung stattfinden. Es soll hier nicht auf die Schwierigkeiten eingegangen werden, die sich daraus ergeben, dass die Modelle eine feste Krankenhauszuständigkeit für den Patienten verlangen. Es sei aber darauf hingewiesen, dass die Patientenklientel, für die ein solches Modell halbwegs sinnvoll diskutiert werden kann, alles andere als der Nor-

24 vgl. beispielhaft die Darstellung zum Modell der Techniker Krankenkasse in Lehmann G, Lohstroh E, Ernst R. Die finanziellen Anreize müssen sich ändern. Entgeltsystem Psychiatrie: Argumente für ein sektorenübergreifendes Vergütungsmodell. f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus 2010, 4: 394 ff.

malfall in der Versorgung psychisch Kranker ist. Die Analyse zeigt, dass es sich eher um eine Minderheit handelt.

Angesichts der andauernden Debatte über Regional- und Jahresbudgets sei auf zwei weitere Schwierigkeiten hingewiesen. Zum einen verlangt die fortdauernde Vergütung die Abgrenzung einer Patientengruppe von „unheilbar psychisch Kranken“. Da nicht bei jeder möglicherweise situativ bedingten psychischen Krankheit eine Jahrespauschale fällig werden kann, bedarf es einer intensiven Diskussion über diese Gruppe – mit allen Gefahren der Stigmatisierung. Zum anderen wächst ein immer größerer Überschneidungsbereich von § 17 d und § 17 b im Bereich der geriatrischen Versorgung heran. Angesichts des sich aufdrängenden Integrationsbedarfs zwischen Geriatrie und Gerontopsychiatrie ist es legitim, über fall- oder episodenzugehörige Vergütung, also über eine Harmonisierung von tagesbezogener Psychiatrie und fallbezogener Somatik nachzudenken. Die erweiterte Analysefähigkeit auf der Basis vollständig kodierter Psychiatriefälle könnte eine der ersten positiven Wirkungen des neuen Vergütungssystems sein.

15.7 Die nächsten Schritte: Kalkulation, Kodierung und Kodifizierung

Bei den nächsten Entwicklungsschritten sind unterschiedliche Akteure gefordert: Die Kalkulation der Tageskosten erfolgt unter der Leitung des InEK in einer Reihe von Kalkulationshäusern. Die Kodierung des Leistungsgeschehens hingegen ist von allen psychiatrischen Einrichtungen zu leisten. Die damit eng zusammenhängenden Festlegungen zur Qualitätssicherung sind im G-BA zu treffen. Schließlich ist der Gesetzgeber gefordert, rechtzeitig vor der budgetneutralen Umstellung den ordnungspolitischen Rahmen des künftigen Finanzierungssystems zu kodifizieren.

Die Kalkulation ist auf dem Weg. Der Pretest zur Kalkulation ist bereits erfolgreich abgeschlossen und es besteht wenig Anlass zur Sorge, dass nicht auch die weiteren Kalkulationsetappen gelingen werden. Schließlich ist die Kalkulation von Relativgewichten in Deutschland ein kunstvoll ausgearbeitetes Expertenterrain. Es gibt ein paar neue Abgrenzungsprobleme (forensische Psychiatrie), es gibt eine etwas größere Bedeutung von Personalkosten im Verhältnis zu technischen Kosten (und damit ein größeres Erfassungsproblem) und es gibt die schon erwähnte Problematik, dass die Kosten nicht nur fall-, sondern auch tagesbezogen erfasst werden müssen. Aber grundsätzlich neue Probleme gibt es nicht.

Unterkodierung

Während die Kalkulation ein Feld für wenige versierte Häuser darstellt, ist die vollständige und zuverlässige Diagnosen- und Prozedurenkalkulation eine Herausforderung für alle Einrichtungen. Da die Kodierung letztlich die zahlungsbegründende Unterlage ist, muss im Übrigen auch das Finanz- und Controllingssystem der Krankenkassen umgestellt werden. Natürlich wird schon jetzt der ICD-10 in der Psychiatrie kodiert, aber die Dokumentation von Haupt- und Nebendiagnosen spielt noch nicht die gleiche Rolle wie im DRG-Bereich.

Tabelle 15-4

Kodierquantität Diagnosen (Anteil in % aller Fälle)

Psychiatrie	nur Hauptdiagnose	Nebendiagnosen				
		1	2	3	4	< 4
Fachkliniken						
Allgemein	40	26	15	8	5	6
Kinder/Jugend	49	31	13	5	2	1
Psychosomatik	34	15	14	11	8	18
Fachabteilungen						
Allgemein	35	25	16	9	6	9
Kinder/Jugend	45	30	15	6	3	2
Psychosomatik	23	24	19	13	8	14
Gesamt						
Psychiatrie	37	25	15	9	5	8
Zum Vergleich (DRG-Bereich)						
Unfallchirurgie	13	19	15	13	10	31
Innere Medizin	7	9	11	11	11	51

Quelle: Daten gemäß § 301 SGB V 2008 (drei Kassenarten)

Krankenhaus-Report 2011

WIdO

Ähnlich wie im DRG-Bereich zeigt sich vor der Vergütungsreform eine breite Unterkodierung, die sich im 301-Datenbestand vor allem an der geringen Zahl erfasster Nebendiagnosen ablesen lässt: In psychiatrischen Einrichtungen wird derzeit noch in 37 % der Fälle lediglich die Hauptdiagnose übermittelt wird (Tabelle 15-4). Zum Vergleich zwei DRG-geprägte Abteilungen: in der Unfallchirurgie beträgt dieser Anteil nur noch 13 %, in der Inneren Medizin sind es 9 %.

Noch bedeutsamer als die Diagnosenerfassung könnte im künftigen Vergütungssystem möglicherweise die Prozedurerfassung sein. Diese hängt wiederum stark von der Entwicklung des OPS ab (vgl. Abschnitt 15.4). Im alten OPS waren vor allem diagnostische Leistungen abbildbar.²⁵ Die Ergebnisse einer Auswertung der Leistungserfassung aus Kassendaten nach OPS 2008 entsprechen durchaus den Erwartungen: In den Fachabteilungen (also Abteilungen an „DRG-Häusern“) wurden gegenüber den Fachkliniken bereits 2008 deutlich mehr Leistungsziffern dokumentiert (77 % statt 96 % ohne OPS). Diese Feststellung trifft sowohl auf die Allgemeinpsychiatrie, die Kinder- und Jugendpsychiatrie als auch die Psychosomatik zu. Die Psychosomatik weist innerhalb der Psychiatrie-Fächer jeweils die höchste OPS-Dokumentationsquote auf (Tabelle 15-5).

25 Der OPS-Katalog enthielt in 2008 lediglich wenige Ziffern für die Psychiatrie, wie z.B. 1-90 für die psychosomatische, psychotherapeutische, (neuro-)psychologische, psychosoziale und testpsychologische Untersuchung und 9-40 bis 9-41 für die psychosoziale, psychosomatische, neuropsychologische und psychotherapeutische Therapie.

Tabelle 15-5

Kodierquantität Prozeduren (Anteil in % aller Fälle)

Psychiatrie	kein OPS-Kode	OPS-Kodes				
		1	2	3	4	< 4
Fachkliniken						
Allgemein	96	2	1	0	0	0
Kinder/Jugend	98	1	0	0	0	1
Psychosomatik	70	30	0	0	0	0
Fachabteilungen						
Allgemein	77	14	5	2	1	1
Kinder/Jugend	75	16	5	2	1	2
Psychosomatik	47	36	8	4	2	3
Gesamt	0	0	0	0	0	0
Psychiatrie	84	10	3	1	1	1
Zum Vergleich (DRG-Bereich)						
Unfallchirurgie	13	29	21	13	8	16
Innere Medizin	33	22	15	10	7	13

Quelle: Datensatz gemäß § 301 SGB V 2008 (drei Kassenarten)

Krankenhaus-Report 2011

WIdO

Qualitätssicherung

Die Vollständigkeit der Diagnosen- und Prozedurenerfassung ist neben der wichtigen Funktion im künftigen Vergütungssystem auch von zentraler Bedeutung für die Qualitätssicherung. Zunächst fällt auf: Es gibt keine externe Qualitätssicherung in der psychiatrischen Versorgung. Keines der bestehenden Qualitätssicherungs-Verfahren erfasst die Psychiatrie.²⁶ Auch Qualitätssicherungsaktivitäten in der ambulanten Versorgung sind aktuell entweder Gegenstand lokaler integrierter Versorgungsverträge oder Gegenstand wissenschaftlicher Arbeiten. Von besonderer Bedeutung dürfte in der Psychiatrie die sektorenübergreifende Qualitätssicherung sein. Hierfür sind im G-BA jüngst die Weichen gestellt worden.²⁷ Ob der budgetneutrale Übergang der Versorgung direkt durch Maßnahmen der externen Qualitätssicherung flankiert werden kann, ist allerdings wegen der vielen konkurrierenden Anträge zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung fraglich. Zur Diskussion im Bereich der Psychiatrie steht u. a. das Thema „Depression“.

26 Das Fehlen qualitätssichernder Maßnahmen in der Psychiatrie ist eine direkte Folge des Mangels an fallpauschalierender Vergütung. Der Ruf der Fallpauschalen ist in Deutschland so schlecht, dass der Einführung der Fallpauschalen immer direkt ein Qualitätssicherungsverfahren folgt. Fehlt die Fallpauschale, fehlt auch die Qualitätssicherung.

27 Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Erstfassung): Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i.V.m. § 137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung vom 19.04.2010; vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger; im Internet abrufbar unter <http://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/1119/>

Kodifizierung des ordnungspolitischen Rahmens

Der § 17 d regelt – wie bereits dargestellt – nur die Schritte zur Entwicklung des neuen Vergütungssystems. Der ordnungspolitische Rahmen der Vergütung bleibt einem gesonderten Gesetzgebungsverfahren vorbehalten. Wenn es das Ziel des Gesetzgebers ist, eine leistungsgerechte Vergütung zu schaffen, dürfte das Prinzip „Gleicher Preis für gleiche Leistung“ stilbildend für den neuen Ordnungsrahmen werden. Sofern der Tag die dominierende Vergütungseinheit bleibt und im Übrigen Relativgewichte für verschiedene Krankheits- und Behandlungskonstellationen ermittelt werden, dürfte künftig ein „Basistageswert“ – in Analogie zum Basisfallwert im fallpauschalierenden DRG-System – die entscheidende Preisgröße im Vergütungssystem sein.

Der Basistageswert determiniert das Vergütungsniveau. Die Vergütung einer Einrichtung für einen bestimmten Tag ergibt sich aus der Multiplikation dieses Wertes mit der Summe der Bewertungsrelationen dieses Tages, also mit einer den Schweregrad des Patientenspektrums abbildenden Größe.

Auch das neue Vergütungssystem wird man nicht übergangslos einführen. Es bietet sich an, im Jahr 2013 mit einrichtungsspezifischen Basistageswerten zu beginnen, die dann zu einem einheitlichen Wert konvergieren. Es ist zu vermuten, dass die Tagesbasisfallwerte der Einrichtungen sehr viel enger beieinander liegen, als dies bei den krankenhauspezifischen Basisfallwerten bei der DRG-Einführung der Fall war.²⁸ Das erlaubt eine Verkürzung der Konvergenzzeit, also jener Zeit, in der sich die einrichtungsspezifischen Werte auf einen einheitlichen Wert zu bewegen. Sechs Jahre (2005 bis 2010 nach den budgetneutralen Jahren 2003 und 2004) benötigte das DRG-System. Möglicherweise reichen drei Jahre für die Angleichung der Tagessätze im psychiatrischen Bereich.

Zu diskutieren ist auch, ob man ein zweites Mal den Weg einer Angleichung auf Landesebene mit anschließender Bundeskonvergenz geht oder aber einer direkten Konvergenz auf einen Bundesbasistageswert den Vorzug geben soll. Die etwas gequälte doppelte Konvergenz, die sich derzeit mit schwer nachvollziehbaren Konvergenzkorridoren dahinschleppt, könnte durch eine klare legislative Ansage vermieden werden. Es gibt zwar auch Argumente für eine Festlegung des Vergütungsniveaus auf Landesebene. Die zunehmende „Mischkalkulation“ innerhalb länderübergreifender Kassen spricht allerdings für ein bundesweit einheitliches Vergütungsniveau.

Etwas schwieriger dürfte die Einbeziehung anderer Vergütungseinheiten sein. Aber genau so, wie es gelungen ist, innerhalb der fallbezogenen DRG-Vergütung zusätzlich tagesbezogene Vergütungselemente zu ergänzen (z. B. bei Grenzverweildauerüberschreitung oder im teilstationären Bereich), so dürfte es auch gelingen, ergänzende fall- oder auch sektorübergreifende Vergütungskomponenten in das Gesetzeswerk einzufügen.

Sofern das Ziel einer Einbeziehung von PIAs ernsthaft verfolgt werden soll, besteht gesetzgeberischer Nachbesserungsbedarf. Es bedarf einer klaren gesetz-

28 vgl. Leclerque G, Friedrich J. Die Krankenhausbudgets 2006 bis 2008 unter dem Einfluss der Konvergenz. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J: Krankenhaus-Report 2010. Stuttgart: Schattauer 2010, 305–18.

lichen Grundlage für eine bundeseinheitliche Dokumentation und Vergütungssystematik. Diese kann durchaus regionale Komponenten enthalten (z. B. regionale Punktwerte), muss aber im Kern einer einheitlichen Struktur, insbesondere auch einem einheitlichen Fallbegriff folgen. Erst das würde die Voraussetzung schaffen, um patientenbezogenen Analysen in Vorbereitung eines sektorübergreifenden Vergütungssystems zu schaffen.

Der Verweis auf die patientenbezogenen Auswertungen zeigt ein Manko der derzeitigen Datenverfügbarkeit insgesamt. Die 21er-Daten des InEK erlauben zwar inzwischen eine fallübergreifende Analyse des Patienten im gleichen Krankenhaus. Eine Analyse des Patienten über Krankenhausaufenthalte in verschiedenen Krankenhäusern (z. B. eine normale Verlegung) ist jedoch nicht möglich. Dazu wäre ein übergreifendes Pseudonymisierungsverfahren notwendig. Solange dies nicht existiert, bleiben die Patientendaten der Kassen die wesentliche Grundlage für die Weiterentwicklung von sektorübergreifenden Ansätzen. Deren Auswertung steht erst am Anfang.