

**Antwort
der Bundesregierung**

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Hilde Mattheis, Iris Gleicke, Ute Kumpf,
weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD
– Drucksache 17/1785 –**

**Stand der Umsetzung des neuen Entgeltsystems in der Psychiatrie nach
§ 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes****Vorbemerkung der Fragesteller**

Die am 1. Januar 2009 in Kraft getretenen Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) schreiben in § 17d die „Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen“ vor. Damit sollen, anders als in den Allgemeinkrankenhäusern, nicht die Behandlungsfälle durch Fallpauschalen, sondern Behandlungstage für teil- und vollstationäre Leistungen vergütet werden. Um die Personalkosten realistisch abzubilden und dauerhaft zu finanzieren, soll nach aufwandshomogenen Gruppen differenziert werden und die Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) als Grundlage für die Berechnung dienen.

Eine Begleitforschung soll die Auswirkungen der Umsetzung des § 17d KGH evaluieren.

Die Selbstverwaltungspartner, der GKV-Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV: gesetzliche Krankenversicherung), die private Krankenversicherung (PKV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) wurden beauftragt, die Grundstrukturen des neuen Vergütungssystems sowie die Strukturen des gesamten Verfahrens zur Ermittlung der Bewertungsrelationen zu vereinbaren. Dabei sollen sie durch das Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus (InEK) unterstützt werden. Im November 2009 wurden die Grundstrukturen des neuen Vergütungssystems beschlossen. Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) hat im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) die ersten Operationen- und Prozedurenschlüssel für die Psychiatrie und Psychosomatik (OPS) veröffentlicht.

Anfang 2013 sollen der budgetneutrale Umstieg auf das pauschalierte Vergütungssystem und die Anwendung der Tagespauschale erfolgen.

Am 21. April 2010 wurde im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages der „Bericht der Bundesregierung zum Stand der Umsetzung des neuen Entgeltsystems in der Psychiatrie, insbesondere über eine mögliche unterjährige Revision der Psych-OPS-Schlüssel“ vorgelegt.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) vom 17. März 2009 wurden die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene durch § 17d KHG beauftragt, für die voll- und teilstationären Leistungen von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen „ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten“ zu entwickeln. Das neue Psych-Entgeltsystem soll im Rahmen eines lernenden Systems im Jahr 2013 erstmals unter budgetneutralen Bedingungen zum Einsatz kommen (§ 17d Absatz 4 Satz 3 KHG). Die Einzelheiten für den weiteren Einführungsprozess hat der Gesetzgeber noch nicht ausgestaltet. Entsprechende nähere Festlegungen z. B. zur Dauer der budgetneutralen Einführung und zu einer schrittweisen Angleichung der heute vereinbarten Krankenhausbudgets der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen an ein z. B. landeseinheitliches Preisniveau (Konvergenzphase), sind bis zur erstmaligen Anwendung im Jahr 2013 noch zu treffen.

Die Begründung des mit den Stimmen der Fraktionen der SPD und der CDU/CSU beschlossenen Gesetzentwurfs (Bundestagsdrucksache 16/10807) führt u. a. aus, dass sich die Vorgaben des § 17d KHG eng an die Regelungen zum DRG-Entgeltsystem nach § 17b KHG anlehnken, da sich diese bewährt haben. Als datentechnische Ausgangsbasis für die Entwicklung des neuen Entgeltsystems sieht der Gesetzgeber – ähnlich wie beim DRG-System (DRG – Diagnosis Related Groups) – die Übermittlung von Diagnosen, Prozeduren und anderen patientenbezogenen Kriterien vor. Als zusätzliche Ausgangsbasis sollen für Einrichtungen, die die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) anwenden, die Behandlungsbereiche nach der Psych-PV dienen. Eine über die Behandlungsbereiche hinausgehende Nutzung der Psych-PV hat der Gesetzgeber demgegenüber nicht vorgesehen. Vielmehr wird das zu entwickelnde, auf Ist-Leistungs- und Kostendaten basierende neue Entgeltsystem für Finanzierungszwecke die durch Einbindung von Experten und Verbänden entwickelte Psych-PV ablösen.

Nähere Einzelheiten zur gesetzlichen Ausgangslage, zum Vereinbarungsstand der Selbstverwaltungspartner, zur Abbildung aufwändiger Psych-Leistungen im Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) sowie zum seinerzeitigen Stand der Diskussion um eine unterjährige Revision von OPS-Schlüsseln für psychiatrische und psychosomatische Leistungen wurden mit dem von den Fragestellern erwähnten Bericht, der jedoch bereits mit Datum vom 23. März 2010 vorgelegt wurde, ausgeführt.

1. Wie bewertet die Bundesregierung den jetzigen Stand der Umsetzung des § 17d KHG?

Die Selbstverwaltungspartner haben bislang die ihnen gesetzlich übertragenen Aufgaben fristgemäß erledigt. Die nach § 17d Absatz 4 Satz 1 KHG bis zum Jahresende 2009 zu treffende Grundlagenvereinbarung wurde mit Datum vom 17. November 2009 getroffen. Wesentliche Inhalte der Vereinbarung wurden bereits in dem genannten Bericht vom 23. März 2010 dargelegt. Mit Datum vom 18. Dezember 2009 wurden von den Selbstverwaltungspartnern zudem Eingruppierungsempfehlungen für die Einstufung in die Psych-PV-Behandlungsbereiche vereinbart. Erste Kodierrichtlinien für die Psychiatrie und Psychosomatik wurden am 13. Januar 2010 von den Selbstverwaltungspartnern veröffentlicht, das Inkraftsetzen wurde für den 1. Juli 2010 vereinbart. Ferner führt das mit der Entwicklung und Pflege des neuen Psych-Entgeltsystems beauftragte Institut der Selbstverwaltungspartner, das InEK, derzeit zur Entwicklung der Kalkulationsmethodik einen Prä-Test durch. Auch wurden erste Beratungen zur Entwicklung eines Kalkulationsleitfadens Psychiatrie/Psycho-

somatik aufgenommen, insoweit hierfür ein Abwarten der Ergebnisse des laufenden Prä-Tests nicht erforderlich ist.

2. Ist nach Erkenntnis der Bundesregierung die Umsetzung der PsychPV in Krankenhäusern für Psychiatrie und Psychotherapie, Krankenhäusern für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Krankenhäusern für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin als auch in Abteilungen an Allgemeinkliniken zu mindestens 90 Prozent garantiert?

Falls nicht, an welchen Fachkrankenhäusern und Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern ist die Umsetzung noch nicht erfolgt, und wie beurteilt die Bundesregierung im Falle einer verzögerten Umsetzung die Rolle der Kostenträger, und welche Folgen hätte eine unzureichende Umsetzung im neuen Entgeltsystem?

Zunächst ist anzumerken, dass die Psych-PV eine Anwendung in Einrichtungen der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie nicht ausdrücklich regelt. Die Anwendung ist hier in der Praxis uneinheitlich und basiert z. B. auf regionalen Vorgaben oder Vereinbarungen.

Informationen zum aktuell realisierten Umsetzungsstand der Psych-PV, auch bezogen auf einzelne Krankenhäuser oder Fachabteilungen, liegen der Bundesregierung nicht vor. Die Verhandlungen finden durch die psychiatrischen Einrichtungen und die Krankenkassen vor Ort statt. Eine Meldeverpflichtung – z. B. durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen analog zur Vorgehensweise beim Förderprogramm Pflege (§ 10 Absatz 10 des Krankenhausentgelgesetzes – KHEntgG) – hat der Gesetzgeber in § 6 Absatz 4 der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) seinerzeit nicht festgelegt.

Zwischen Kostenträgern und psychiatrischen Einrichtungen bestehen Auffassungsunterschiede, ob ein Finanzierungsanspruch zur Aufstockung der Personalbesetzung an die Anforderungen der Psych-PV auch dann besteht, wenn trotz niedrigerer tatsächlicher Personalbesetzung für den Stichtag 31. Dezember 2008 eine Vereinbarung über die erfolgte vollständige Umsetzung der Psych-PV getroffen wurde. Vor diesem Hintergrund und den hieraus resultierenden Umsetzungsproblemen des § 6 Absatz 4 BPfIV wird im Rahmen des Gesetzentwurfs zur Änderung krankenversicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften (Bundestagsdrucksache 17/1297) klargestellt, dass Maßstab für die zu führende Nachverhandlung von fehlenden Personalstellen nach der Psych-PV die tatsächlich realisierte Personalbesetzung zum Stichtag ist und nicht eine im Rahmen früherer Budgetvereinbarungen lediglich vereinbarte Stellenzahl.

Eine unzureichende Umsetzung der Psych-PV hätte keine dauerhafte Festschreibung des aktuell realisierten Niveaus zur Folge. Durch die zu kalkulierenden Bewertungsrelationen wird lediglich eine Verteilung eines bestehenden Geldvolumens, nicht aber dessen Höhe bestimmt. Über die jährlichen Kalkulationen ist eine zeitnahe Berücksichtigung von Veränderungen im Verhältnis der Bewertungsrelationen möglich. Ferner ist anzumerken, dass das erste, zudem unter budgetneutralen Bedingungen anzuwendende Psych-Entgeltsystem für das Jahr 2013 erst auf Daten des Jahres 2011 aufbauen wird.

3. Wie bewertet die Bundesregierung die Forderung nach einer Umsetzung der PsychPV zu 100 Prozent?

§ 6 Absatz 4 Satz 3 Nummer 2 BPfIV ermöglicht bei Nachweis entsprechenden Personalbedarfs eine umfassende Nachverhandlung von zum 31. Dezember 2008 fehlenden Personalstellen.

4. Wie hoch ist die Zahl der Einrichtungen, die nach § 6 Absatz 4 der Bundespflegesatzverordnung einen höheren Personalbedarf nachgewiesen haben und dadurch eine höhere Personalbesetzung vereinbaren konnten?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Informationen vor, da die Verhandlungen durch die psychiatrischen Einrichtungen und die Krankenkassen vor Ort geführt werden und der Gesetzgeber eine Meldeverpflichtung zum realisierten Umsetzungsstand der Psych-PV nicht festgelegt hat.

5. Wie bewertet die Bundesregierung die Entscheidung der Partner der Selbstverwaltung, nur die berufsgruppenbezogenen Leistungen für die einzelne Patientin und den einzelnen Patienten zu dokumentieren, die diese täglich in Form von 25 Minuteneinheiten erhalten, und nicht, wie es anders lautende Vorschläge vorsehen, die PsychPV-Vorgaben zu Grunde zu legen und durch die Erhebungen zu Nachtwachen, Bereitschaftsdiensten und Sachkosten zu ergänzen?

Bei der Entwicklung erster OPS-Schlüssel zur Erfassung aufwändiger psychiatrischer und psychosomatischer Leistungen bestand unter den psychiatrischen und psychosomatischen Fachvertretern Einvernehmen, die Dokumentation auf der Differenzierung in verschiedene Leistungsbereiche wie Regelbehandlung, Intensivbehandlung u. a. aufzubauen und zusätzlich die entsprechenden 25 Minuteneinheiten zu erfassen. Trotz eines mit Blick auf die Entwicklung des neuen Psych-Entgeltsystems unumgänglichen zusätzlichen Dokumentationsaufwands spricht für die verwendeten 25 Minuteneinheiten die Zielsetzung einer möglichst sparsamen Dokumentation. Die 25 Minuteneinheiten zur Aufwandsbeschreibung bezeichnen dabei aber bekanntermaßen nur einen Ausschnitt der therapeutischen Leistungen der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen. Hinzuweisen ist jedoch, dass der bereits in der Kalkulation der DRG-Fallpauschalen bewährte Top-Down-Ansatz dazu führt, dass keine Kosten verloren gehen können. Dieser Kalkulationsansatz (so genannter 100-Prozent-Ansatz) stellt sicher, dass die vollständigen Ist-Kosten auf alle Patientinnen und Patienten bzw. Pflegetage verrechnet werden; es bleiben keine Kosten außen vor.

6. Wie bewertet die Bundesregierung zum jetzigen Zeitpunkt die Möglichkeit der Einbeziehung ambulanter Leistungen in das neue Entgeltsystem?

§ 17d Absatz 1 Satz 3 KHG sieht vor, dass die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene im Rahmen des Einführungsprozesses zu prüfen haben, inwieweit auch die im Krankenhaus ambulant erbrachten Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) in das neue Entgeltsystem einbezogen werden können. Zugleich führt die Gesetzesbegründung (Bundestagsdrucksache 16/10807) aus, dass Voraussetzung hierfür jedoch zunächst ist, die notwendigen Datengrundlagen zu schaffen, mit denen die Transparenz über erbrachte Leistungen erhöht sowie Kalkulationen für Entgelte durchgeführt werden können. Auch die Selbstverwaltungspartner sind in ihrer Grundlagenvereinbarung zu der Einschätzung gelangt, dass die Einbeziehung der psychiatrischen Institutsambulanzen erst zu einem späteren Zeitpunkt geprüft werden kann, nachdem eine aussagefähige, bundesweit einheitliche Dokumentation dieser Leistungen vereinbart wurde. Eine Beurteilung der Möglichkeit der Einbeziehung ist erst im Lichte der noch zu klärenden Datengrundlagen möglich. Die Selbstverwaltungspartner haben hierzu eine Arbeitsgruppe einberufen.

7. Wurde der Bundespsychotherapeutenkammer gemäß § 17d Absatz 3 Satz 5 KHG zum jetzigen Zeitpunkt Gelegenheit zur beratenden Teilnahme an den Sitzungen gegeben?

Ja

8. Wird nach Einschätzung der Bundesregierung die notwendige Datengrundlage zur Kalkulation für Entgelte in dem dafür vorgesehenen Zeitraum zur Verfügung stehen?

Nach § 17d Absatz 9 KHG sind von den psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen Struktur- und Leistungsdaten sowie ggf. die Eingruppierungen in die Psych-PV-Behandlungsbereiche an die DRG-Datenstelle nach § 21 KHEntgG zu übermitteln.

Derzeit führt das InEK mit 17 psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen einen Prä-Test zur Vorbereitung der Kalkulation von entsprechenden Leistungen durch. Die Datenerhebungsphase läuft noch bis zum 30. Juni 2010. Die Ergebnisse des Prä-Tests fließen in die abschließenden Arbeiten zur Erstellung eines Kalkulationshandbuchs für die Kalkulation der psychiatrischen und psychosomatischen Leistungen ein. In der Grundsatzvereinbarung der Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene wurde konsentiert, im Jahr 2011 eine Probekalkulation auf der Datengrundlage des Jahres 2010 – mindestens aber der Daten des zweiten Halbjahres 2010 – durchzuführen. Gegenwärtig gibt es keine Hinweise, dass die vorgesehene Probekalkulation nicht durchgeführt werden kann. Nach Auskunft des InEK liegt eine außerordentlich hohe Anzahl von Interessenbekundungen von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen für eine aktive Teilnahme an der Probekalkulation vor.

Insgesamt geht die Bundesregierung somit derzeit davon aus, dass die notwendigen Datengrundlagen zur Kalkulation von voll- und teilstationären Entgelten für das neue Psych-Entgeltsystem zeitgerecht verfügbar sind.

9. Wie bewertet die Bundesregierung den bürokratischen Aufwand der Krankenhäuser für die Dokumentation der OPS (1-90 und 9-60 bis 9-69), und gibt es Erfahrungen darüber, welchen Aufwand die Codierung erzeugen wird und welche Anteile damit direkt von der Krankenversorgung abgezogen werden?

Im Vergleich zur bisherigen Dokumentation psychiatrischer und psychosomatischer Leistungen entsteht ein Mehraufwand. Allerdings kann ohne die Dokumentation von erbrachten aufwändigen Leistungen und bestimmten Patientenkriterien die Entwicklung eines leistungsorientierten Entgeltsystems nicht gelingen. Dabei hängt der tatsächliche Kodieraufwand in der einzelnen Klinik oder Fachabteilung von diversen Aspekten ab, u. a. wie die Leistungserfassung organisiert wird, wie die Zuständigkeiten für die Dokumentation geregelt werden, ob manuell oder mit EDV-Unterstützung kodiert wird.

Insbesondere vor dem Hintergrund der von den Selbstverwaltungspartnern auf der Bundesebene vereinbarten Sanktionsfreiheit bei Nichtübermittlung der neuen OPS-Kodes konnten noch keine hinreichenden Erfahrungen zur Fragestellung des Dokumentationsaufwands der genannten OPS-Kodes gesammelt werden.

Nach Auskunft des InEK zeigen die 17 am Prä-Test teilnehmenden Einrichtungen ein heterogenes Bild hinsichtlich des gefühlten Dokumentationsaufwandes. Dieser gefühlte Aufwand reicht in Abhängigkeit der eingesetzten Software zur Dokumentationsunterstützung von „überschaubar“, „erträglich“ bis hin zu

„recht aufwändig“. Eine Messung des tatsächlichen Dokumentationsaufwands wurde bislang in keiner der vorgenannten Einrichtungen durchgeführt.

10. Welches Ergebnis hat die Prüfung des durch die Selbstverwaltungspartner vorgelegten Revisionsvorschlags durch die Bundesregierung ergeben?

Der geforderten unterjährigen Revision konnte nicht gefolgt werden. Maßgeblich hierfür waren verschiedene Gründe. Der Dokumentationsaufwand der Krankenhäuser wäre weitgehend nur vordergründig vermindert worden, insbesondere durch eine stärkere Aggregation der Therapieeinheiten, die aber in der Basisdokumentation unverändert zu dokumentieren sind. Dies hätte jedoch die Informationsgrundlage für das neue Entgeltsystem verschlechtert. Zudem erfüllte der Revisionsvorschlag die gestellten Anforderungen (gemeinsam und überleitbar) nicht hinreichend. Auch votierten einzelne medizinische Fachgesellschaften in Kenntnis des Revisionsvorschlags gegen eine unterjährige Revision.

Neben diesen grundsätzlichen Bedenken gab es auch noch technische Hindernissegründe. Die von den Software-Herstellern signalisierte Frist, wonach eine revidierte Fassung für eine Umsetzung zum 1. Juli 2010 bereits bis Ende März 2010 hätte vorliegen müssen, wäre nicht gewährleistbar gewesen. Auch hätte das normale, jährliche Revisionsverfahren beim DIMDI bei einer unterjährigen OPS-Revision durch die zusätzliche Ressourcenbindung gelitten.

11. Wenn, wie in der Sitzung des Ausschusses für Gesundheit am 21. April 2010 mündlich vorgetragen wurde, eine unterjährige Revision des OPS-Schlüssels sinnvoll ist, wie steht die Bundesregierung dann zu der von der DKG erhobenen Forderung, den verpflichtenden Start zur Kodierung erst nach Durchlauf der ordentlichen Revision und damit ab dem 1. Januar 2011 erfolgen zu lassen?

Aus Sicht der Bundesregierung würde die von der DKG geforderte Verschiebung ein falsches Signal setzen und zudem die Einhaltung der gesetzlichen Terminlage nicht fördern. Für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen ist es wichtig, das Jahr 2010 zu nutzen, um die Leistungserfassung und die erforderliche EDV-technische Unterstützung aufzubauen und zu optimieren.

Der GKV-Spitzenverband unterstreicht, dass die Entwicklung eines neuen Psych-Entgeltsystems eine möglichst umfassende, bundesweite Datenbasis erfordert. Deswegen sollten unbedingt die Daten und Erkenntnisse aus den Jahren 2010 und 2011 in die Beratungen und Entscheidungen des Jahres 2012, dem Jahr vor der budgetneutralen Einführung des neuen Entgeltsystems 2013, einfließen. Eine frühzeitige und flächendeckende Leistungskodierung sei im Interesse aller Beteiligten.

Anzumerken ist vor diesem Hintergrund, dass Maßgabe für die grundsätzliche Bereitschaft zu einer unterjährigen Revision der OPS-Schlüssel für psychiatrische und psychosomatische Leistungen war, dass alternative Schlüssel umfassend auf die seit dem 1. Januar 2010 geltenden Psych-OPS-Schlüssel überleitbar sein müssen. Auch bei möglichen Änderungen der OPS-Schlüssel durch eine unterjährige Revision war dadurch für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen wie auch die Software-Unternehmen klar, dass es keine Gründe für einen Aufschub erforderlicher Maßnahmen zur Gewährleistung eines adäquaten und effizienten Dokumentationsprozesses gibt.

12. Wie bewertet die Bundesregierung die von DKG und GKV vorgelegten, unterschiedlichen Varianten für die Erfassung der Anzahl der Therapieeinheiten?

Die unterschiedlichen Varianten sind kennzeichnend für die Situation, dass hinsichtlich der Leistungserfassung psychiatrischer und psychosomatischer Leistungen unterschiedliche Auffassungen bestehen. Auch für den OPS 2010 lagen dem DIMDI verschiedene Vorschläge zur Erfassung aufwändiger psychiatrischer und psychosomatischer Leistungen vor, auf deren Basis ein Kompromiss gesucht werden musste. Auf die Antwort zu Frage 10 wird verwiesen.

13. Wie ist die Verfügung des BMG an das DIMDI, wonach sämtliche Krankenhäuser angewiesen sind, ab dem 1. Januar 2010 die Dokumentation der OPS (1-90 und 9-60 bis 9-69) durchzuführen, mit dem Grundsatz der Entbürokratisierung zu vereinbaren, zumal ein endgültiger OPS-Katalog derzeit nicht vorliegt und damit ein nicht zu unterschätzender Aufwand an Generierung von Codes erfolgt, die ggf. durch Umstellung nur bedingt konvertibel sind und für deren Generierung keine Software zur Verfügung steht?

Die Frage geht von falschen Voraussetzungen aus. Wie dargelegt, konnte der geforderten Revision aus den in der Antwort zu Frage 10 genannten Gründen nicht gefolgt werden. Die im OPS 2010 enthaltenen Schlüssel gelten unzweifelhaft seit dem 1. Januar 2010. Hierüber bestand bereits Anfang Dezember 2009 Einvernehmen zwischen dem BMG, der DKG und dem GKV-Spitzenverband.

Für die Entwicklung eines leistungsorientierten Entgeltsystems ist es wesentlich, aufwandsunterschiedliche Leistungen dokumentieren zu können, um im Rahmen der Kalkulation eine sachgerechte Abbildung von Aufwandsunterschieden zu ermöglichen.

Zur Bewältigung des Dokumentationsaufwands trägt bei, dass die Kliniken bereits heute auf ein Angebot an elektronisch unterstützter Kodierung zurückgreifen können. Zum 1. Juli 2010 ist nochmals mit einer deutlich verbesserten Situation zu rechnen. Hinsichtlich des bürokratischen Aufwands wird im Übrigen auf die Antwort zu Frage 9 verwiesen.

14. Wie viele Krankenhäuser haben sich dieser Dokumentationspflicht entzogen und nutzen die Aussetzung der Verfügung des BMG, wonach Krankenhäuser, die nicht dokumentieren, bis zum 30. Juni 2010 keine Sanktionen zu befürchten haben?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Informationen vor.

15. Wie begründet die Bundesregierung, dass die im KHG festgeschriebene Begleitstudie, die schnell Schwachstellen des Systems ermitteln soll, bisher nicht stattfindet bzw. wie definiert die Bundesregierung die Aussage in ihrem schriftlichen Bericht vom 23. März 2010, dass das InEK beauftragt sei, „die Ausschreibung zeitnah vorzubereiten“?

Die Begleitforschung zu den Auswirkungen des zu entwickelnden neuen Psych-Entgeltsystems ist durch die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene durchzuführen, sie haben dazu Forschungsaufträge auszuschreiben. Nach § 17d Absatz 8 Satz 4 KHG sind erste Ergebnisse der Begleitforschung im Jahr 2014 zu veröffentlichen.

Die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene haben sich am 9. März 2010 auf das nähere Vorgehen für die Begleitforschung geeinigt. Danach wollen die Selbstverwaltungspartner im laufenden Jahr die Vorbereitungen für die Ausschreibung abstimmen. Die Inhalte der Begleitforschung sollen z. B. im Rahmen einer Machbarkeitsstudie vorab konkretisiert werden. Mit einer Ausschreibung ist nach derzeitiger Planung der Selbstverwaltungspartner Anfang nächsten Jahres zu rechnen.

16. Wie gewährleistet die Bundesregierung, dass die Selbstverwaltungspartner und das BMG sich bei der Umsetzung von § 17d KHG an den speziellen Bedürfnissen psychisch kranker Menschen orientieren und auch das Umfeld der Patientinnen und Patienten berücksichtigen (Krankenbehandlung im Umfang einer stationären Leistung aber ohne Bett-/Hotelfaktor im Umfeld der Patientinnen und Patienten zur Erhaltung der Ressourcen und Transmission von Therapieergebnissen in den Alltag bzw. Verhinderung von stationären Aufnahmen)?

Der Rahmen für die Entwicklung des neuen Psych-Entgeltsystems wird durch § 17d KHG gesetzt, der auf die leistungsorientierte und pauschalierte Vergütung von voll- und teilstationären Leistungen sowie auf die Prüfung der Einbeziehung von im Krankenhaus erbrachten ambulanten Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen begrenzt ist.

Jenseits der vollstationären Versorgung stellen teilstationäre Leistungen einen wichtigen Bestandteil in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung dar. Sie sind daher von Beginn an bei der Entwicklung des pauschalierenden Entgeltsystems zu berücksichtigen. Die Selbstverwaltungspartner haben dies in ihrer Grundlagenvereinbarung entsprechend festgelegt.

Die bestehende Versorgungssituation wird durch die datengestützte Vorgehensweise bei der Entwicklung des neuen Entgeltsystems berücksichtigt. Den in der Fragestellung genannten Anforderungen kann insofern im Rahmen der verfügbaren Daten und einbringbarer Verbesserungsvorschläge in einem zukünftigen Vorschlagsverfahren beim InEK entsprochen werden. Auch zur Durchführung des Prüfauftrags zur Einbeziehung der im Krankenhaus erbrachten ambulanten Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen sind belastbare Daten erforderliche Voraussetzung.

17. Wie beurteilt die Bundesregierung die Tatsache, dass bei der Umsetzung von § 17d KHG die betroffenen Einrichtungen, Berufsorganisationen und Gewerkschaften bisher nicht eingebunden wurden?

Betroffene Einrichtungen sind über die DKG repräsentiert. Von einer Einbindung weiterer betroffener Akteure ist im Rahmen eines einzuführenden Vorschlagsverfahrens auszugehen. Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass § 17d Absatz 3 Satz 4 und 5 KHG die explizite Einbindung von Gewerkschaften nicht vorsieht.

18. Wie möchte die Bundesregierung eine Umsetzung der PsychPV zu 100 Prozent – wie gesetzlich vorgeschrieben – gewährleisten, damit auch inzwischen hinzugekommene Leistungsbedarfe durch Verweildauerkürzungen, neue Patientengruppen, regionale Vernetzung sowie zusätzliche Leistungen in besonderen Situationen (z. B. Krisenintervention) berücksichtigt werden?

Durch § 6 Absatz 4 der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV); auf die Antwort zu Frage 3 wird verwiesen. In der Fragestellung skizzierte Veränderungen

unterstreichen die Notwendigkeit der datengestützten Entwicklung eines leistungsorientierten Psych-Entgeltsystems.

19. Plant die Bundesregierung, auch die ambulanten Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen in das neue Vergütungssystem aufzunehmen?

Die Ergebnisse aus der Erledigung des Prüfauftrags sind hierfür abzuwarten. Auf die Antwort zu Frage 6 wird verwiesen.

20. Wie sollen nach Ansicht der Bundesregierung die zu erwartenden steigenden Kosten für die Dokumentation und Kodierung gedeckt werden, die den betroffenen Einrichtungen ggf. durch die Anschaffung elektronischer Systeme oder Mitarbeiterschulungen entstehen?

Soweit es sich um die Anschaffung elektronischer Systeme handelt, sind die Kosten aus von den Ländern bereit zu stellenden Investitionsmitteln zu decken. Schulungskosten sind demgegenüber aus den Betriebsmitteln zu decken. Beide Fragen sind insofern so zu beantworten, wie seinerzeit im Rahmen der Einführung und Entwicklung des DRG-Systems.

21. Wie beurteilt die Bundesregierung die Tatsache, dass die Grundlagen der PsychPV auf den Behandlungserfordernissen von 1991 beruhen, die Behandlungsmöglichkeiten in Psychiatrie und Psychotherapie sich in den letzten 20 Jahren jedoch enorm weiterentwickelt haben?

Wie wird die PsychPV innerhalb des neuen Entgeltsystems weiterentwickelt?

Die heutige, nicht hinreichend datengestützte Psych-PV unterstreicht das Erfordernis eines neuen, leistungsorientierten Psych-Entgeltsystems. Eine Weiterentwicklung der Psych-PV innerhalb des neuen Entgeltsystems ist nicht vorgesehen, auch weil sie im Spannungsverhältnis zu dem empirisch basierten neuen pauschalierten Entgeltsystem stünde. Vielmehr wird die Psych-PV in ihrer Funktion als Finanzierungsinstrument durch das neue, leistungsorientierte Entgeltsystem ersetzt. Ausgangsgrundlage für das Entgeltsystem ist nicht die Psych-PV, sondern als Teil einer ersten Ausgangsklassifikation lediglich die Behandlungsbereiche der Psych-PV.

22. Wie plant die Bundesregierung der Gefahr vorzubeugen, dass die Erfordernisse von Patientinnen und Patienten mit chronischen psychischen Erkrankungen schwerer in den OPS abgebildet werden können als die der Patientinnen und Patienten mit leichten Erkrankungen und so bei der Versorgung schlechtergestellt werden?

Sind die OPS ein gangbarer Weg, Leistungen in der psychiatrischen Versorgung sachgerecht abzubilden, zumal gerade Patientinnen und Patienten mit schweren Erkrankungen oft keine 25-minütigen Intervalle benötigen, sondern viele Kurzinterventionen?

Durch das jährliche Vorschlagsverfahren zur Weiterentwicklung der medizinischen Klassifikationen ist grundsätzlich sichergestellt, dass u. a. von den einschlägigen medizinischen Fachgesellschaften beim DIMDI hierzu Vorschläge eingebracht werden können. Das DIMDI verweist zudem darauf, dass die Therapie von Patientinnen und Patienten mit schweren Erkrankungen über den OPS-Kode „Intensivbehandlung“ abgebildet wird. Die im Rahmen des diesjäh-

riegen Revisionsverfahrens zum OPS eingebrachten Vorschläge der medizinischen Fachgesellschaften und Verbände berücksichtigen besonders eine Weiterentwicklung der OPS-Kodes in diesem Bereich.

23. Kann die Bundesregierung sicherstellen, dass die OPS die Grundlage dafür schaffen, dass die Vielfalt der angewendeten therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen abgebildet werden und nicht nur ein geringer Teil der therapeutischen und pflegerischen Behandlungsmöglichkeiten?

Für die Entwicklung von Entgeltsystemen sind mit Hilfe des OPS Aufwandsunterschiede bei einzelnen Leistungen abzubilden. Anspruch ist es also nicht, jede einzelne therapeutische und pflegerische Leistung zu erfassen. Dies ist für die Kalkulation der Entgelte nicht erforderlich, auch wäre der dadurch verursachte Dokumentationsaufwand ungerechtfertigt hoch. Auf die Antwort zu Frage 5 wird verwiesen. Hinzuweisen ist zudem darauf, dass als Datengrundlage für die Entwicklung des neuen Psych-Entgeltsystems auch noch weitere Patientenkriterien einfließen, u. a. aus der Diagnosenklassifikation ICD-10-GM.

24. Wie wird gewährleistet, dass ambulant-stationäre Versorgungsnetze, die es im Bereich der psychiatrischen Versorgung bereits in größerer Zahl gibt, auch im Rahmen des neuen Entgeltsystems finanziert werden?

Von dem neuen Entgeltsystem nach § 17d KHG werden zunächst lediglich die voll- und teilstationären Leistungen umfasst. Sofern der Prüfauftrag nach § 17d Absatz 1 Satz 3 KHG erfolgreich erfüllt werden kann, auch die im Krankenhaus erbrachten ambulanten Leistungen von psychiatrischen Institutsambulanzen. Nicht umfasste Leistungen werden weiterhin durch die bisherigen Entgelte finanziert. Entsprechendes gilt für sektorübergreifende Versorgungskonzepte im Rahmen integrierter Versorgungsangebote nach § 140a ff. SGB V oder von Modellvorhaben nach § 24 BPfIV.

