

# Neues Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen ab 2013 – Handlungsbedarf bereits heute

Knapp sechs Jahre, nachdem die Entgelte für die Behandlung somatischer Erkrankungen in stationären Einrichtungen auf das sogenannte DRG-System (Diagnosis Related Groups) umgestellt wurden, soll auch die Vergütung psychiatrischer, psychosomatischer und psychotherapeutischer Leistungen sowohl im Erwachsenen- als auch für den Kinder- und Jugendbereich reformiert werden. Durch das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) vom 17. März 2009 wurde mit dem § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) die Entwicklung und Einführung eines durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems auf Grundlage tagesbezogener Entgelte vorgegeben. Durch diese fundamentale Reform werden die derzeit 541 psychiatrischen und 151 psychosomatischen Einrichtungen in Deutschland vor große und zum Teil vollkommen neue Aufgaben gestellt.

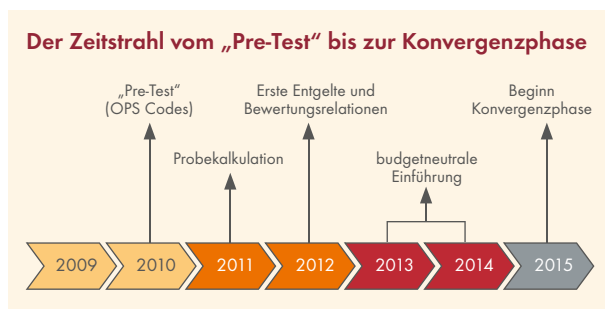
PSYCHIATRIE UND PSYCHOSOMATIK · KRANKENHAUSFINANZIERUNGSREFORMGESETZ · PAUSCHALIERENDES ENTGELTSYSTEM · OPERATIONS- UND PROZEDURENSCHLÜSSEL 2010 · CODIERUNG · IT-SYSTEME · LEISTUNGSTRANSPARENZ

## Paradigmenwechsel in der Psychiatriefinanzierung

In Analogie zur DRG-Einführung haben die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene (Deutsche Krankenhausgesellschaft, GKV-Spitzenverband, Verband der privaten Krankenversicherung) durch das Bundesgesundheitsministerium (BMG) den Auftrag erhalten, ein neues Entgeltsystem auf Basis der Arbeiten des DRG-Institutes (InEK) zu entwickeln. Mit der Vereinbarung vom 30. November 2009 ist eine Grundstruktur dafür gelegt worden.

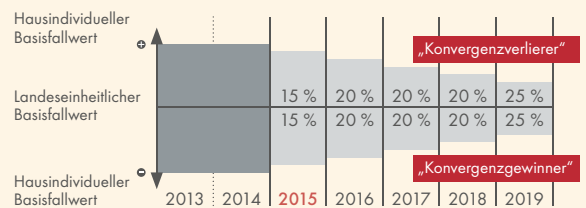
Die vom Gesetzgeber geforderten Pauschalen werden sich an einheitlich festgelegten, tagesbezogenen Entgelten orientieren. Das bedeutet, dass die Erlöse eines Krankenhauses von dessen Kosten entkoppelt werden und sich stattdessen an den am Patienten erbrachten Leistungen und Diagnosen orientieren. Wie bei den somatischen Krankenhäusern wird damit die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der psychiatrischen Häuser transparent und vergleichbar.

rechtswidrig, aber noch sanktionsfrei. Es ist sehr wahrscheinlich, dass es im Jahr 2015, nach der budgetneutralen Einführungszeit 2013/14, eine Konvergenzphase – vergleichbar mit der DRG-Einführung – geben wird. Hierdurch kann es zu gravierenden Finanzierungsveränderungen für einzelne Häuser kommen. Durch eine solche temporäre, jährliche Annäherung der krankhausindividuellen Budgets an einen landes- oder bundeseinheitlichen Basisfallwert können Häuser, die bereits frühzeitig das neue System adaptiert haben, als Gewinner aus der Konvergenzphase hervorgehen.



Für eine erste Probekalkulation im Jahr 2011 ist für dieses Jahr eine erweiterte Dokumentation der Behandlungen anhand der erweiterten Operations- und Prozedurenschlüssel (OPS) 2010 verpflichtend. Die Diagnose- und Prozedurdaten werden in diesem „Pre-Test“ gemäß § 21 KHG an die Datenstellen der Selbstverwaltungspartner übermittelt. Für das 1. Halbjahr 2010 ist eine fehlerhafte oder fehlende Übermittlung zwar

## Die zu erwartende Konvergenzphase – angelehnt an die Erfahrungen aus der DRG-Einführung



## Deutsche Kodierrichtlinie Psychiatrie/Psychosomatik 2010 – Qualitäts- und Effizienzverlust durch die Fragmentierung des Leistungsgeschehens?

Im Januar 2010 wurde die Deutsche Kodierrichtlinie Psychiatrie/Psychosomatik 2010 veröffentlicht. Mit dieser Kodierrichtlinie geht auch die Anwendung der bereits erwähnten OPS-Codes einher. Vorläufig sind eine Codierung für die Diagnose, die Behandlungsart sowie ergänzende Maßnahmen vorgesehen. Diese Behandlungsgruppen wurden auf Basis der derzeit noch gültigen Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) erstellt.

Derzeit sind noch überschneidende OPS-Codes aus dem somatischen Bereich, wie beispielsweise „psychosomatische und psychotherapeutische Diagnostik“ (1-900), dürfen für die

**Übersicht über die derzeit geltenden OPS-Codes in der Psychiatrie**

	Kinder bis zum 14. LJ	Jugendliche vom 15-21. LJ	Erwachsene
Diagnostik	1-904.x		1-903.x
Therapie			
Regelbehandlung	9-65x	9-66x	9-60x
Intensivbehandlung	9-670.x (Kleingruppen) 9-671.x (Einzelbetreuung)		9-61x
psychotherapeutische Komplexbehandlung			9-62x
psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung			9-63x
Behandlung im besonderen Setting	9-68x		
Krisenintervention	9-690		9-64x
Behandlungsarten	9-983.x		9-980.x 9-981.x 9-982.x

psychiatrischen Einrichtungen ausdrücklich nicht genutzt werden. Alle sonstigen somatischen Diagnostiken und Therapien, welche eventuell im Rahmen der Behandlung ebenfalls erbracht werden, sind gesondert zu kodieren. Als lernendes System sind jährliche Revisionsverfahren zur bedarfsgerechten Anpassung vorgesehen. Eine Schwäche des OPS besteht daher darin, dass Psychotherapeutische Institutsambulanzen (PIA) bisher nicht berücksichtigt wurden. Sie sind ein wesentlicher Baustein bei der Versorgung psychisch kranker Patienten. Die Vergütung der PIA liegt bisher in den Händen der Länder und lässt sich daher nicht ohne Weiteres in die Berechnungen für den neuen OPS einbeziehen. Der potenzielle Qualitäts- und Effizienzverlust durch diese Fragmentierung des Leistungsgeschehens – infolge abgegrenzter Maßnahmezuständigkeiten einer Vielzahl von Leistungsträgern und Leistungserbringern – muss überwunden werden.

**Strukturelle und organisatorische Anforderungen steigen – IT-Systeme und das richtige Kodierverhalten sind maßgebend**

Durch das neue pauschalierende Entgeltsystem eröffnen sich viele Aufgaben für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen in Deutschland. Die im bisherigen System stark pauschalierenden Entgeltmechanismen von Budgets und Pflegesätzen stehen im Widerspruch zum differenzierten Leistungsgeschehen in der Psychiatrie. Dies hat dazu geführt, dass eine standardisierte und EDV-gestützte Patienten- und Leistungsdokumentation eher unterentwickelt ist und eine verursachungsgerechte Kosten- und Leistungsrechnung nicht oder nur in Ansätzen aufgebaut wurde. Unter den Bedingungen eines leistungsorientierten Vergütungssystems reicht dies jedoch nicht mehr aus. Vor diesem Hintergrund sollten sich die Einrichtungen frühzeitig auf diese Anforderungen und auf eine künftig erforderliche Analyse ihrer Kosten- und Leistungsstrukturen sowie gegebenenfalls eine leistungsorientierte Veränderung ihrer Budgets vorbereiten. Insbesondere am Anfang wird es wichtig sein – und das empfiehlt auch das InEK – realistisch zu

kodieren. Im Vorteil sind die Kliniken, die schon über eine etablierte und IT-gestützte Dokumentation verfügen, mit welcher die erbrachten Leistungen zeitnah durch die unterschiedlichen Berufsgruppen dokumentiert werden. Eine standardisierte und IT-gestützte Kodierung von Diagnosen und Prozeduren sowie die Dokumentation der diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Leistungen sind kritische Erfolgsfaktoren für eine sachgerechte ökonomische und qualitative Bewertung der Behandlungsprozesse. Notwendige unterstützende Kompetenzen und Strukturen (z. B. Medizincontrolling) in relativ kurzer Zeit aufzubauen und die Unternehmenskultur in diesem Sinne zu verändern, ist eine Herausforderung für jede psychiatrische Einrichtung. Neben der Schaffung einer ausreichenden Infrastruktur sind besonders die personellen Fragen zu klären. Bereits jetzt fehlen den deutschen Krankenhäusern Controller. Für die reibungslose Dokumentation und Codierung müssen diese Aufgaben klar festgelegt sein. Die zuständigen Codierfachkräfte sollten aus den eigenen Reihen stammen. Dabei bleibt es den Einrichtungen überlassen, ob Ärzte die Codierung vornehmen oder ob sie durch speziell dafür zuständige Fachkräfte erfolgt. Die Zeit bis 2013 sollte entsprechend für Schulungen und Seminare im Umgang mit den neuen Instrumenten genutzt werden.

**FAZIT**

Die durch das neue Entgeltsystem entstehende Leistungstransparenz, die viele psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen bis dato nicht kannten, ermöglicht zukünftig Kosten- und Leistungsvergleiche zwischen den Kliniken. Das Management solcher Einrichtungen steht bereits heute vor der großen Herausforderung, den bevorstehenden Systemwechsel zu meistern. Durch frühzeitige Maßnahmen, nachhaltige Kostenstrukturierung und effiziente Personalplanung wird es möglich sein, wirtschaftlich gesunde Strukturen aufzubauen und gleichzeitig die Versorgungsqualität weiterzuentwickeln. Eine ausgewogene Mischung aus profitablen und defizitären Behandlungsfällen muss dabei zwingend erreicht werden, um die Existenz der Einrichtung absichern zu können. Inwieweit diese Reform den Markt verändern wird, beispielsweise durch zunehmende Spezialisierungen wie in der somatischen Patientenversorgung, wird sich zukünftig herausstellen.

**Jan Grabow**

Wirtschaftsprüfer/Steuerberater  
CURACON GmbH  
Geschäftsführer  
Tel. 02 11/68 87 59-0  
jan.grabow@curacon.de

**Thomas Harazim**

Adveris Unternehmensberatung GmbH  
Berater  
Tel. 02 51/8 71 76-0  
thomas.harazim@adveris.de