

# G-DRG-Systementwicklung aus der Sicht des GKV-Spitzenverbandes

Deutscher Krankenhaustag  
Düsseldorf, 16.11.2011

GKV-Spitzenverband  
Dr. Wulf-Dietrich Leber

## Gang der Handlung

- 1 DRG-Version 2012
- 2 GKV-Versorgungsstrukturgesetz
- 3 Neuordnung der spezialärztlichen Versorgung
- 4 Psych-Entgelte
- 5 Fazit

## DRG 2012



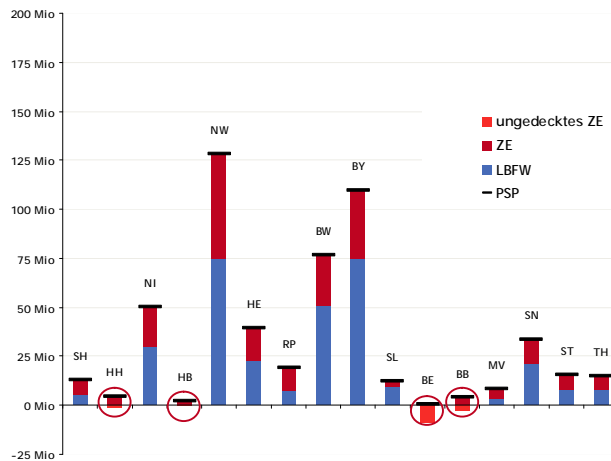
- è Vorschlag des InEK liegt vor
- è solide Weiterentwicklung ohne revolutionäre Neuerung
- è keine finale Einigung der Selbstverwaltungspartner, da Mittelübergang des Pflegesonderprogramms via Zusatzentgelt im Gesetz nicht antizipiert war

## Problematik Landesbasisfallwert (LBFW) und Zusatzentgelte (ZE)



- è Einrechnung des Fördervolumens in die Landesbasisfallwerte und gleichzeitig Abrechnung von Zusatzentgelten führt zu einer Doppelfinanzierung hochaufwendiger Pflege.
- è Zusatzproblem: In einigen Ländern wird das Fördervolumen geringer als das Zusatzentgeltvolumen sein.
- è Lösung: Bei Einrechnung des Fördervolumens in die LBFW (§ 10 Abs. 12 KHEntgG) ist ein **Abzug der über ZE finanzierten Beträge notwendig**. Hierfür fehlt eine Klarstellung (gesetzlich oder als verbindliche Spitzenverbandsvereinbarung).

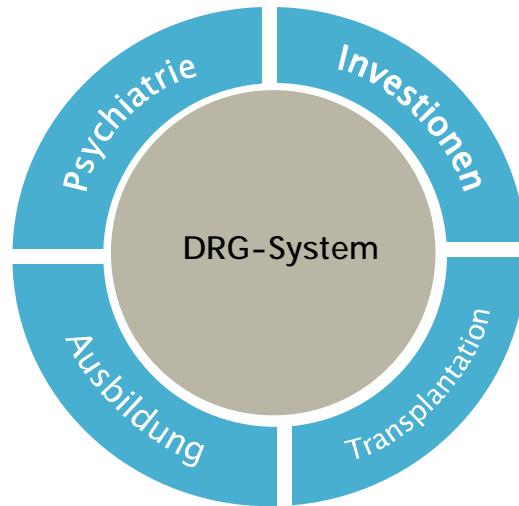
## Modellrechnung (1 % PKMS-Fälle) mit Abzug ZE



## Ergebnis: Katalog per Ersatzvornahme

- è DKG war nicht zu einer Empfehlungsvereinbarung zur Berücksichtigung der Zusatzentgelte für hochaufwendige Pflege bei der Vereinbarung der Basisfallwerte für das Jahr 2012 gemäß § 9 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG bereit.
- è Moderation des BMG und des Staatssekretärs blieb ohne Erfolg.  
GKV war bereit, den Vorschlag des BMG zu vereinbaren.
- è Der Pflege wäre kein Geld entzogen worden, es wären nur keine weiteren, ungerechtfertigten Mittel ausgeschüttet worden.
- è Eigentlicher Erfolg der Debatte trotz Teilscheiterns:  
Alle sind über die Problematik im Bilde.

# Arrondierung des DRG-Systems



# Matrix Ausbildungsberufe



	Ausbildungsstättentyp A und B										Mehrkosten Ausbildungsvergütung			
	Ersttherapeut, Ersttherapeutin	Dialysistent, Dialysistentin	Hebamme, Entbindungspfleger	Krankengymnast, Krankengymnastin, Physiotherapeut, Physiotherapeutin	Gesundheits- und Krankenpflege	Gesundheits- und Kinderkrankenschweflerin, Krankenschweflerin, Krankenschwefler	Krankenschweflerin, Krankenschwefler	MTA-Labor	MTA-Radiologie	Logopäde, Logopädin	Ernährungs- und Diätassistentin	MTA für Funktionsdiagnostik	Hebamme, Entbindungspfleger	Gesundheits- und Krankenpflege
Baden-Württemberg														
Bayern														
Berlin														
Brandenburg														
Bremen														
Hamburg														
Hessen														
Mecklenburg-Vorpommern														
Niedersachsen														
Nordrhein-Westfalen														
Rheinland-Pfalz														
Saarland														
Sachsen														
Sachsen-Anhalt														
Schleswig-Holstein														
Thüringen														
Deutschland gesamt														

# Kalkulationswerte 2012 nur für zwei Berufsgruppen



	Kalkulationsergebnisse Ausbildungstättentyp A und B										Mehrkosten Ausbildungsvergütung				
	Ergotherapeut, Ergotherapeutin	Dilatassistent, Dilatassistentin	Hebammen, Entbindungspfleger	Krankengymnast, Krankengymnastin, Physiotherapeut, Physiotherapeutin	Gesundheits- und Krankenpflege	Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	Krankenträger, Krankenträgerin, Krankenträgerin	MTA-Labor	MTA-Radiologie	Logopäde, Logopädin	Orthoptist, Orthoptistin	MTA für Funktionsdiagnostik	Hebammen, Entbindungspfleger	Gesundheits- und Krankenpflege	Gesundheits- und Kinderkrankenpflege
Baden-Württemberg				u	u							u	u	u	
Bayern				u	u							u	u	u	
Berlin				u	u							u	u	u	
Brandenburg															
Bremen															
Hamburg															
Hessen															
Mecklenburg-Vorpommern															
Niedersachsen				u	u							u	u	u	
Nordrhein-Westfalen				u	u							u	u	u	
Rheinland-Pfalz															
Saarland															
Sachsen															
Sachsen-Anhalt															
Schleswig-Holstein															
Thüringen															
Deutschland gesamt				u	u							u	u	u	

- è Stichprobe nach oben verzerrt
- è Kalkulationsergebnisse nicht vereinbarungsfähig

# Keine Einigung Ausweg Relativgewichte!



	Ausbildungstättentyp A und B										Mehrkosten Ausbildungsvergütung				
	Ergotherapeut, Ergotherapeutin	Dilatassistent, Dilatassistentin	Hebammen, Entbindungspfleger	Krankengymnast, Krankengymnastin, Physiotherapeut, Physiotherapeutin	Gesundheits- und Krankenpflege	Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	Krankenträger, Krankenträgerin, Krankenträgerin	MTA-Labor	MTA-Radiologie	Logopäde, Logopädin	Orthoptist, Orthoptistin	MTA für Funktionsdiagnostik	Hebammen, Entbindungspfleger	Gesundheits- und Krankenpflege	Gesundheits- und Kinderkrankenpflege
Baden-Württemberg															
Bayern															
Berlin															
Brandenburg															
Bremen															
Hamburg															
Hessen															
Mecklenburg-Vorpommern															
Niedersachsen															
Nordrhein-Westfalen															
Rheinland-Pfalz															
Saarland															
Sachsen															
Sachsen-Anhalt															
Schleswig-Holstein															
Thüringen															
Deutschland gesamt															

## Aufwandserstattung Spenderkrankenhäuser



- è Die DSO erstattet den Spenderkrankenhäuser die entstandenen Aufwendungen.
- è Für das Budgetjahr 2012 wurden die Pauschalen durch das InEK neu kalkuliert (Vorsicht, noch keine Einigung!).

	Fallzahl 2011	Pauschale 2011	Kalkulations- ergebnis	Vorschlag 2012	Differenz in Euro	in %
Einorganentnahme	166	2.226 €	2.907 €	2.907 €	681 €	30,6%
Mehrorganentnahme	1.110	3.587 €	3.679 €	3.879 €	92 €	2,6%
Abbruch auf ITS wg Ablehnung	601	213 €	259 €	259 €	46 €	21,6%
Abbruch auf ITS nach Zustimmung	48	1.351 €	795 €	795 €	- 556 €	-41,2%
Abbruch im OP	20	2.226 €	2.907 €	2.907 €	681 €	30,6%
Diagnostik (über Mehrorganentnahme)	1.110		200 €			

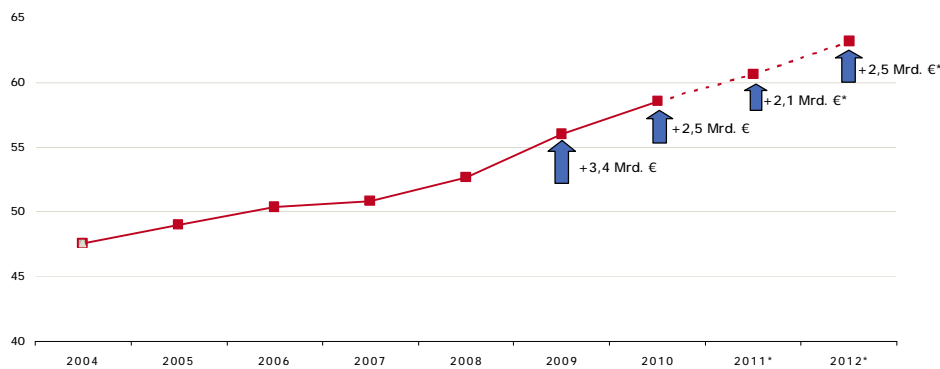
è insgesamt 9,8 % Steigerung

GKV-Spitzenverband  
Dr. Wulf-Dietrich Leber

16.11.2011

11

## GKV-Ausgabenentwicklung im Bereich Krankenhäuser (Mrd. Euro)



Quelle: Amtliche Statistik KJ1, \*Schätzungen des GKV-SV für die Jahre 2011 und 2012

GKV-Spitzenverband  
Dr. Wulf-Dietrich Leber

16.11.2011

12

# Mengendynamik mehr als Morbiditätsentwicklung aus der Alterung



Kennzahl	Δ (04-08) p. a.		Δ (06-08) p. a.	
	IST	Stand.	IST	Stand.
CM	-	-	+ 3,3 %	+ 1,0 %
Fallzahl	+ 1,2 %	+ 0,7 %	+ 2,1 %	+ 0,7 %
Belegungstage	- 1,0 %	+ 1,1 %	- 0,3 %	+ 0,5 %

è Zuwachs des CM 2006 bis 2008 im Durchschnitt: 3,3 %

è Beweis: Erwarteter CM-Zuwachs durch Alterung: 1,0 %

è z. B. Wirbelkörperfusion (2006 bis 2008):

- + ca. 5 % Krankenhäuser (Gegenteil von Spezialisierung)

- + 25.000 CM-Punkte p. a. (ca. 70 Mio. Euro p. a.)

Quelle: [http://www.g-drg.de/cms/index.php/Begleitforschung\\_gem\\_17b\\_Abs\\_8\\_KHG](http://www.g-drg.de/cms/index.php/Begleitforschung_gem_17b_Abs_8_KHG)

# Gewinne in den Kliniken



**Klinikonzern Vivantes bleibt auf der Erfolgspur**  
2,6 Millionen Euro Gewinn für kommunalen Träger  
BERLIN (hom). Zum sechsten Mal in Folge hat Deutschlands größter kommunaler Klinikonzern, die Vivantes GmbH in Berlin, eine positive Bilanz vorgelegt. Ein langfristiges Konzept für die Finanzierung des landeseigenen Unternehmens steht aber weiterhin aus.

**Asklepios steigert Umsatz und Gewinn auf Rekordhoch**

Klinikbetreiber hat 40 Millionen Euro in Hamburg investiert

HAMBURG. Der Erfolg von Asklepios kann sich sehen lassen. Der Krankenhausbetreiber hat 2009 in Deutschland beim Umsatz und Gewinn neue Rekorde erzielt. Die Klinikgruppe, die mit einem Marktanteil von 16,1 Prozent im deutschen Krankenhausmarkt...



**Uniklinikum Heidelberg erzielt 2010 Gewinn**  
HEIDELBERG (maw). Das Universitätsklinikum Heidelberg hat das Geschäftsjahr 2010 nach eigenen Angaben mit einem Gewinn in Höhe von 6,6 Millionen Euro abgeschlossen.

Die Zahl der vollstationären Patienten sei 2010 im Vergleich zu 2009 um rund 6000 auf etwa 41.000 angewachsen. Die Klinik führt dies auf die Integration der Orthopädischen Klinik im Uniklinikum zurück.



**Rhön-Klinikum auf Erfolgskurs**

Der fränkische Klinikbetreiber hält nach einem Umsatz- und Gewinnplus im abgelaufenen Geschäftsjahr an seinen Zielen für 2009 fest. Rhön-Klinikum verbuchte einen Umsatzanstieg von gut fünf Prozent.

Sana Kliniken AG → Home → Medizin & Gesundheit → Wir über uns → Arztliste → Jobs

Pressecenter → Pressecorrespondent → 04.02.2010, München

München, Sana Kliniken AG legt erneut zweistellig zu

Trendrückgang

→ Rekordjahr: Umsatz wächst im vierten Jahr in Folge

→ Abkündigungen von Sana mit weiteren Kapital aus

→ Für Privatleistungen aufgestellt

→ Konzentration auf tätig Mitarbeiter am Erfolg

→ Vernetzung als Zukunftsspektive

Befolgt durch eine erfolgreiche Akquisitionstätigkeit sowie ein organisches Wachstum von mehr als 7 Prozentpunkte die Sana Kliniken AG im Geschäftsjahr 2009 mit einem Umsatzwachstum um 18 Prozent auf 1,25 Milliarden Euro. Insgesamt wurden 1.150.000 Patienten behandelt, was gegenüber dem Vorjahr einem Plus von 16 Prozent ausweist. Der Klinikonzern beschäftigte 2009 über 19.000 Mitarbeiter. Das sind 16 Prozent mehr als 2008.

## Gang der Handlung



- 1 DRG-Version 2012
- 2 GKV-Versorgungsstrukturgesetz
- 3 Neuordnung der spezialärztlichen Versorgung
- 4 Psych-Entgelte
- 5 Fazit

## Eckpunkte des Versorgungsgesetzes

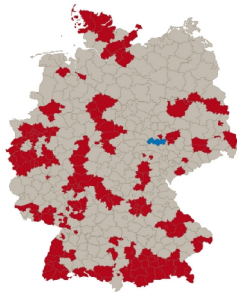


1. Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung
2. Aus- und Fortbildung von Ärzten
3. Verbesserung der erlebten Versorgungsrealität
4. Medizinische Versorgungszentren
5. Ambulante spezialärztliche Versorgung
6. Honorarreform
7. Vertragszahnärztliche Versorgung
8. Innovative Behandlungsmethoden
9. G-BA-Strukturen
10. Ärztliche Selbstverwaltung
11. Richtgrößen und Wirtschaftlichkeitsprüfung
12. Leistungsrecht bei lebensbedrohlichen Erkrankungen
13. Wettbewerb
14. Verbot der Zuweisung gegen Entgelt

## Achtung: Es gibt ein Überversorgungsproblem



Hausärzte



Darstellung: GKV Spitzenverband

Augenärzte



Darstellung: GKV Spitzenverband

Chirurgen



Darstellung: GKV Spitzenverband

### Versorgungsgrad

0 bis unter 75 Prozent  
75 bis unter 100 Prozent  
über 100 Prozent

### Versorgungsgrad

0 bis unter 50 Prozent  
50 bis unter 100 Prozent  
über 100 Prozent

GKV-Spitzenverband  
Dr. Wulf-Dietrich Leber

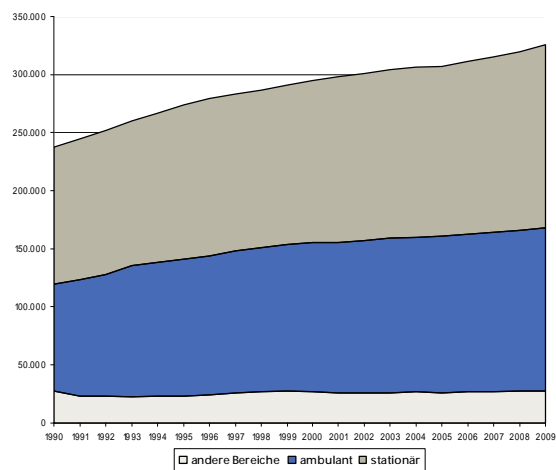
16.11.2011

17

## Ärztemangel durch Ärzteschwemme?



Ärzte-  
schwemme



Ärzte-  
mangel

Quelle: Statistik der Bundesärztekammer, Entwicklung der Arztzahlen nach ärztlichen Tätigkeitsbereichen

GKV-Spitzenverband  
Dr. Wulf-Dietrich Leber

16.11.2011

18

## Über- und Unterversorgung sind zwei Seiten einer Medaille



### Abbau von Überversorgung

- è Punktwertdifferenzierung
- è Aufkauf von Arztpraxen
- è befristete Zulassung

### Maßnahmenbündel für unterversorgte Gebiete

- è Punktwertdifferenzierung
- è flexibler Umgang mit Zweigpraxen
- è Einrichtung von regionalen Gesundheitszentren
- è Delegation ärztlicher Tätigkeiten

## Gang der Handlung



- 1 DRG-Version 2012
- 2 GKV-Versorgungsstrukturgesetz
- 3 Neuordnung der spezialärztlichen Versorgung
- 4 Psych-Entgelte
- 5 Fazit

## Ambulant-stationärer Grenzbereich

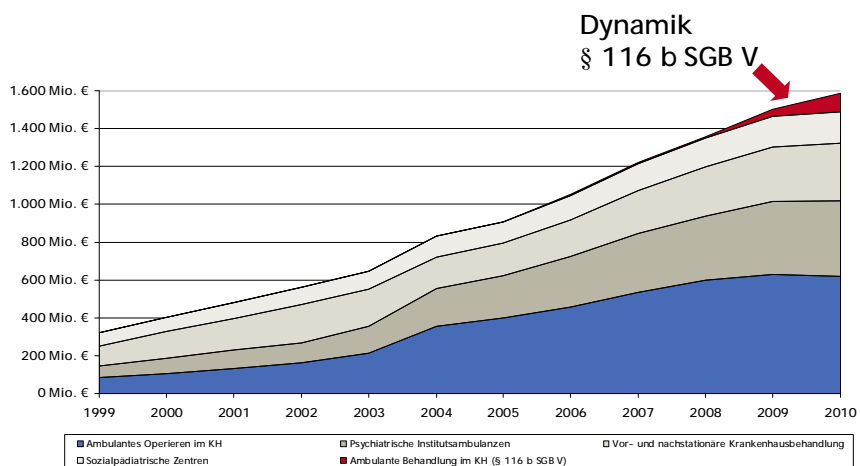


GKV-Spitzenverband  
Dr. Wulf-Dietrich Leber

16.11.2011

21

## GKV-Ausgaben für ambulante Leistungen im Krankenhaus



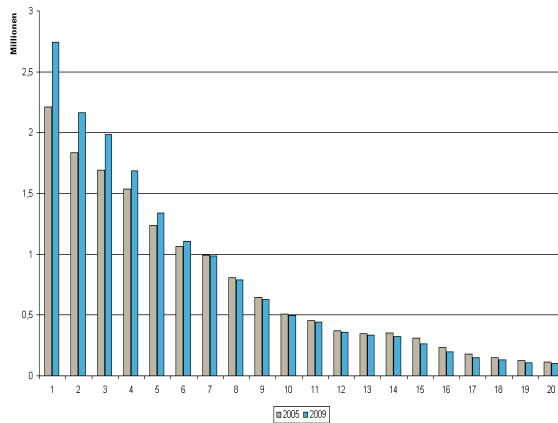
Quelle: KJ1, eigene Darstellung

GKV-Spitzenverband  
Dr. Wulf-Dietrich Leber

16.11.2011

22

## Heute ein Tag – morgen ambulant



è Stationäre Verweildauer 2009

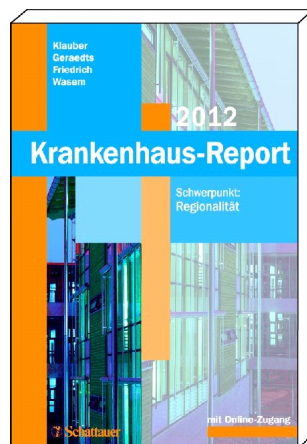
è Fallzahl 2009: 17,2 Mio. Fälle

è Ca. 2,5 Mio. Fälle besitzen nur 1 Tag Verweildauer!

è Stundenfälle: ca. 320.000

Quelle: Daten nach § 21 KHEntgG, eigene Berechnungen

## Literaturhinweis



Uwe Klein-Hitpaß  
Wulf-Dietrich Leber

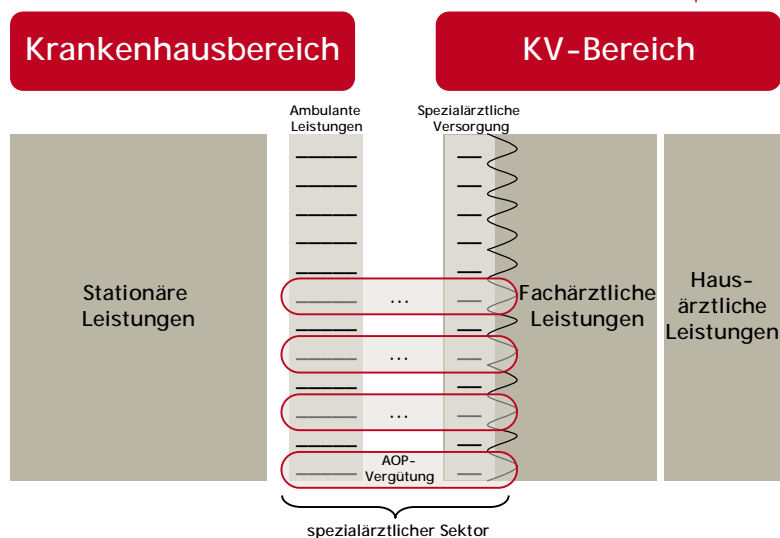
„Spezialärztliche Versorgung –  
Plädoyer für eine Neuordnung“

November 2011

## Dreiteilung der ambulanten Versorgung



## Leistungsbereich definieren!

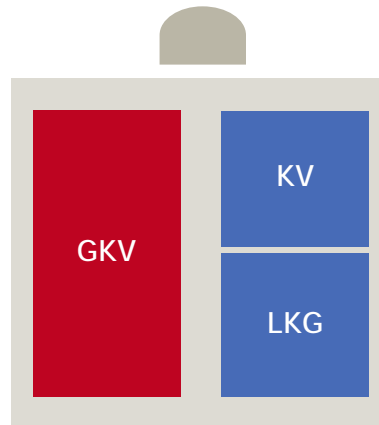


## G-BA-Parität (Verhandlung auf Landes- und Bundesebene)



unparteiischer  
Vorsitzender  
(stimmberechtigt)

stimmberechtigte  
Mitglieder



Beteiligte  
(nicht stimmberechtigt)

Patienten    Länder    Ärzte-  
kammern    ...

GKV-Spitzenverband  
Dr. Wulf-Dietrich Leber

16.11.2011

27

## Reformschritte



### è kurzfristig umsetzbar:

- gemeinsame Verhandlung zum ambulanten Operieren
- Tagesstationär ins DRG-System
- Doku-Systeme (+ Kontenabgrenzung) Uni-Ambulanz, PIA, ...

### è mittelfristig umsetzbar:

- Ausschreibung selektiver Leistungen
- vollständige Substitution von „teilstationär“
- Gebührenordnung Uni-Ambulanz

### è eher langfristig umsetzbar:

- NUB-Regelung für Hochschulambulanzen

GKV-Spitzenverband  
Dr. Wulf-Dietrich Leber

16.11.2011

28

## Neufassung des § 116 b (GKV-VStG-Entwurf)



- è „§ 116 b Ambulante spezialärztliche Versorgung“
- è Zulassungsanspruch („Wer kann, der darf.“)  
Reaktion auf „Länderversagen bei Zulassung“
- è gleicher Rechtsrahmen für Krankenhausambulanzen und Vertragsärzte
- è Überarbeitung der G-BA-Konkretisierungen in 2012
- è Einbeziehung von „spezialärztlichen“ § 115 b-Leistungen
- è Verbotsvorbehalt bei Innovationen

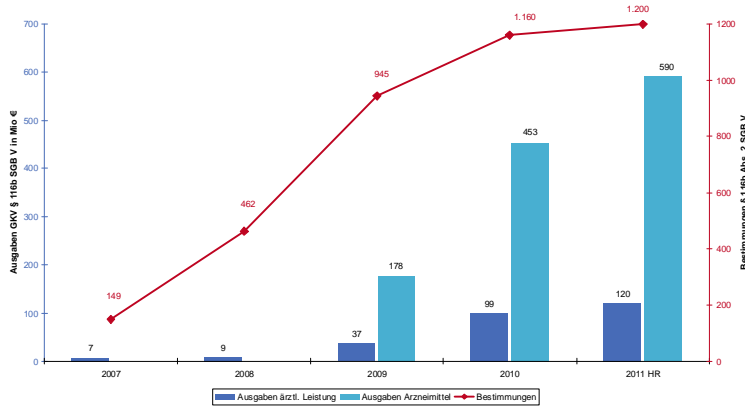
## GKV-Position: Innovationen in Zentren konzentrieren



- è Innovationen gehören zur sicheren und schnellen Evaluation in die Hände von Experten.
- è Versorgung nur in Innovationszentren, bis ausreichend Kenntnisse über Nutzen und Schaden und die notwendige Qualitätssicherung vorliegen.

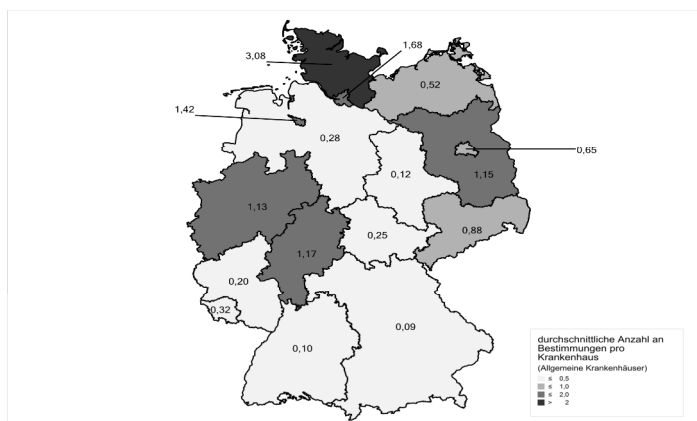


# 116 b-Bestimmungen und -Ausgaben



Quelle: Bestimmungen Umfrage des GKV-Spitzenverbandes, 07/2011; Ausgaben ärztl. Leistung 2007 bis 2010 KJ 1, 2011 HR auf Basis KV 45 1. Quartal; Ausgaben Arzneimittel gemäß Abrechnungsdaten nach § 300 SGB V, HR 2011 auf Basis 2. Quartal

# Regionale Verteilung der durchschnittlichen Anzahl an Bestimmungen pro Krankenhaus



Quelle: Umfrage des GKV-Spitzenverbandes (2011), eigene Darstellung

## Bedarfsabhängig Zulassen!



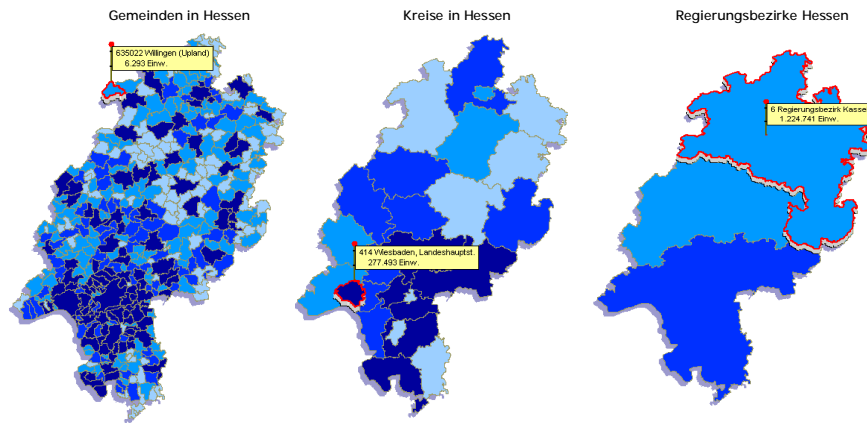
- è Ordnungspolitisch falscher Zulassungsanspruch: „Wer kann, der darf.“
- è Der Verzicht auf Bedarfsermittlung ist für seltene Krankheiten akzeptabel, für Krankheiten mit besonderem Verlauf nicht.
- è Falsch wäre es, den § 116 b als Nukleus für die künftige spezialärztliche Versorgung insgesamt zu sehen.
- è Keine doppelte Überversorgung: Die GKV will nicht, dass kranke Menschen im ländlichen Raum ohne ärztliche Versorgung dahinsiechen, während in den Ballungsräumen die Gesunden operiert werden.

## Option 1: Spezialärztliche Bedarfsplanung



- è Bedarfsabhängige Zulassung für gekennzeichnete Leistungen
- è Zulassung für ein „Leistungsquantum“
- è Einzelregelung in G-BA-Bedarfsplanungsrichtlinie
- è Befristung der Zulassung (5 bis 10 Jahre)

## Räumliche Planungsstruktur



Quelle: Statistisches Landesamt Hessen: Interaktive Regionalkarten Hessen

GKV-Spitzenverband  
Dr. Wulf-Dietrich Leber

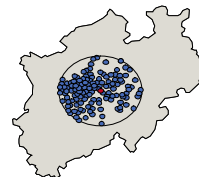
16.11.2011

35

## Option 2: Direktverträge



- è Direktverträge der Kassen mit Ausschreibung für gekennzeichnete Leistungen
- è Ausschreibungsleistung: standardisierte Massenleistungen mit Tendenz zur Überversorgung
- è Achtung: Direktverträge sind eine Option. Kollektivvertrag existiert weiter.
- è Mehrkostenregelung für Versicherte
- è transparentes Meldeverfahren



GKV-Spitzenverband  
Dr. Wulf-Dietrich Leber

16.11.2011

36

## Positionen der GKV zur § 116 b-Neufassung



- è § 116 b ist kein Nukleus für die spezialärztlichen Leistungen insgesamt. Keine § 115 b-Einbeziehung.
- è Nur Leistungen mit nachgewiesenem Nutzen flächendeckend einführen! Prinzip: EBM + Studien
- è Zulassungsausschuss auf Landesebene (KV, LKG, KK) mit G-BA-Parität etablieren. Zulassung auf Zeit.
- è differenzierte Bedarfsplanung (gem. Vorgaben des G-BA) und Mengensteuerung für gekennzeichnete Leistungen des spezialärztlichen Leistungskataloges
- è jährliche Verhandlung der Vergütungshöhe auf Landesebene (KV, LKG, KK) analog stationärem Sektor

## Gang der Handlung

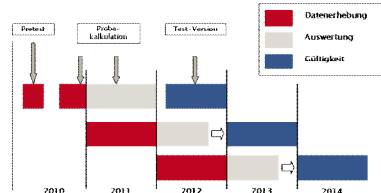


- 1 DRG-Version 2012
- 2 GKV-Versorgungsstrukturgesetz
- 3 Neuordnung der spezialärztlichen Versorgung
- 4 Psych-Entgelte
- 5 Fazit

## Zeitplan Psych-Entgeltsystem



- è Zeitplan (Stand 05.2011)
- þ 2009 Vereinbarung der Grundstrukturen
- þ 2010 Psych-PV-Doku, OPS Erweiterung
- 2011 Datenerhebung, Begleitforschung
- 2012 Kalkulation, Katalogvereinbarung
- 2013 Budgetneutrale Einführung

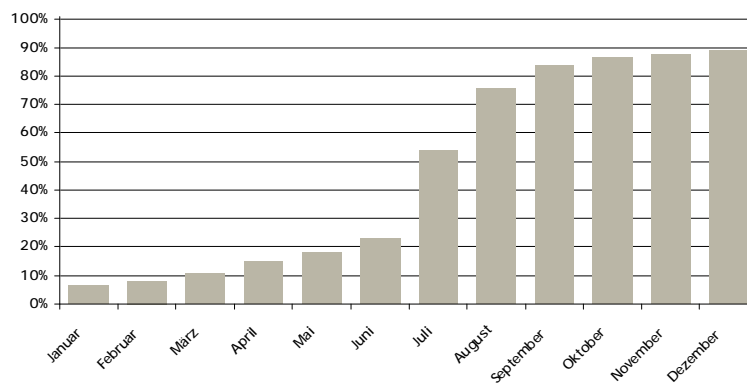


- è gesondertes Gesetzgebungsverfahren für
- Einzelheiten der Einführung
- rechtliche Rahmenbedingungen ab 2013

## Kodierung Psych-OPS in 2010



Prozentualer Anteil Fälle mit mind. 1 OPS aus 9-6\*  
Datenjahr 2010 - Stand 15.06.2011



Quelle: InEK Vortrag zur Weiterentwicklung Entgeltsystem 2012, DRG Forum am 28.06.2011

# Vergütungsvarianten der Tagespauschale

## Tages-, Wochen- oder Fallgroupierung



Beispiel: Patient verbleibt 17 Tage



Tagespauschale:  
täglich wechselnd

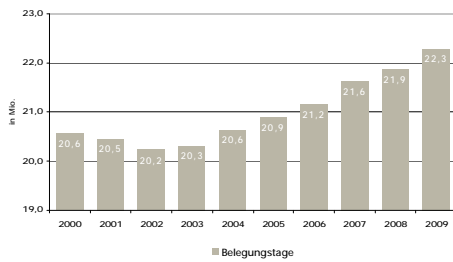
Tagespauschale:  
pro Fall (Gesamtdurchschnitt)

Tagespauschale:  
pro Fall (Wochendurchschnitt)

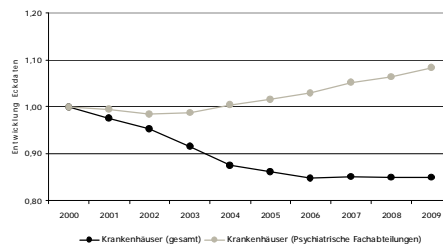
# Belegungstage



Krankenhäuser (Psychiatrische Fachabteilungen)



Belegungstage



Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserien 12 Grunddaten der Krankenhäuser abgefragt über gbe-bund.de

## Anmerkungen zur Anreizwirkung alternativer Abrechnungspauschalen



- è Nicht alle psychiatrischen Krankheiten sind gleich. Wahrscheinlich wird es ein Nebeneinander von Tages-, Fall- und möglicherweise auch Zeitpauschalen geben.
- è Wer Jahrespauschalen will, muss den Kreis der „unheilbar psychisch Kranken“ definieren.
- è Regionalbudgets sind für bestimmte Regionen denkbar, aber auch sie müssen „leistungsgerecht“ sein. Abgerechnet würde mit den gleichen bundesweit gültigen Pauschalensystem.
- è Erster Schritt für „sektorübergreifende“ Modelle ist immer die Transparenz der ambulanten Leistungen – und ihr Zusammenhang mit den stationären Fällen.

## PIA-Vergütung nach Bundesländern



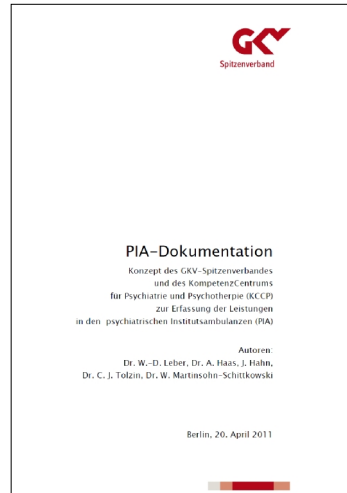
	Anzahl der PIA	Fachkliniken und Fachabt.	Vergütung	Vergütungshöhe landesweit oder Einzelverträge?
Baden-Württemberg	43	55	Quartalspauschale (Einmalkontakt/Mehrfachbeh.)	Einzelverträge
Bayern	39	46	Leistungskatalog	Landesweit
Berlin	18	18	Quartalspauschalen	Einzelverträge
Brandenburg	21	18	Quartalspauschalen	Landesweit
Bremen	6	7	Quartalspauschale (einmalige Behandlung, Notfall)	Einzelverträge
Hamburg	13	12	Quartalspauschalen	Einzelverträge
Hessen	47	36	Quartalspauschalen	Einzel je Organisation
Mecklenburg-Vorpom.	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 (gesondert Notfallbehandlung)	Einzelverträge
Sachsen	28	25	Leistungskatalog analog Bayern	Landesweit
Sachsen-Anhalt	8	19	Quartalspauschalen (Leistungskatalog analog Bayern)	Einzelverträge + Landesweit
Schleswig-Holstein	27	22	Quartalspauschale(+ EBM, + Tagespauschale)	Einzelverträge
Thüringen	11	14	Leistungskatalog analog Bayern und Quartalspauschalen	Einzelverträge + Landesweit
Gesamt	418	434		

Quelle: Gesundheitsministerkonferenz 2007, Vergütung: eigene Erhebung des GKV-Spitzenverbandes 2010

# PIA-Dokumentation



unter  
[www.gkv-spitzenverband.de/  
 KH\\_Psychiatrie\\_  
 PIA\\_Dokumentation.gkvnet](http://www.gkv-spitzenverband.de/KH_Psychiatrie_PIA_Dokumentation.gkvnet)



GKV-Spitzenverband  
 Dr. Wulf-Dietrich Leber

16.11.2011

45


„Bayern classic“

Leistungsart	Minuten	Arzte	Psychologen	Pflege	Sozialpädagogen	Beschäftigungstherapeuten	
Dokumentation		101	201				
Einzeltherapie	10	110	210	310	410		
	20	111	211	311	411	511	
	40	112	212	312	412	512	
	60	113	213	313	413	513	
	90	114	214	314	414	514	
	120	115	215	315	415	515	
	180	116	216	316	416	516	
Kleingruppe	60	143	243	343	443	543	
	90	144	244	344	444	544	
	120	145	245	345	445	545	
	180			346	446	546	
	240			317	417		
Großgruppe	60	153	253	353	453	553	
	90	154	254	354	454	554	
	120	155	255	355	455	555	
	180			356	456	556	
	240					557	
Fahrzeit	10	160	260	360	460	560	
	20	161	261	361	461	561	
	40	162	262	362	462	562	
	60	163	263	363	463	563	
	90	164	264	364	464	564	
	120	165	265	365	465	565	
Labor-Standard	180	166	266	366	466	566	
				170			
				171			
				172			
				173			
				180			
				190			
				600			
				609			
				770			
Personal appar. Diagnostik	10			771			
	20			772			
	40			773			

rot markiert:  
 häufig abgerechnete Leistungen  
 in drei ausgewerteten PIA aus  
 Bayern 2010

46

Setting	Leistungsart	Ärzte (1)	Psychologen (2)	Pflege (3)	Sozialpädagogen (4)	Beschäftigungs-therapeuten (5)
Dokumentation	Dokumentation AmBADO <sup>1</sup>	100	200			
Fallbesprechung	interdisziplinär <sup>2</sup>			600		
Labor/Diagnostik	Labor <sup>3</sup>			700		
Einzeltherapie (0 und (1))	(1) nicht näher bezeichnet	101.1 - .3	201.1 - .3	301.1 - .3	401.1 - .3	501.1 - .3
	(2) Psychotherapie definiert <sup>4</sup>	102.1 - .3	202.1 - .3			
	(3) Psychotherapie <sup>5</sup>	103.1 - .3	203.1 - .3			
	(4) alltagspezifisches Kompetenztraining			304.1 - .3	404.1 - .3	504.1 - .3
	(5) Soziotherapie				405.1 - .3	
	(6) übende Verfahren <sup>6</sup>	106.1 - .3	206.1 - .3	306.1 - .3	406.1 - .3	506.1 - .3
	(7) spezifisches Therapieverfahren <sup>7</sup>					507.1 - .3
	(8) Pflege-Diagnostik <sup>8</sup>			309.1 - .3		
	(9) spezifische Testverfahren	110.1 - .3	210.1 - .3			
	(10) vertiefte Exploration	111.1 - .3	211.1 - .3	311.1 - .3	411.1 - .3	511.1 - .3
	(11) sozialpsychiatrische Grundversorgung <sup>9</sup>	112.1 - .3	212.1 - .3	312.1 - .3	412.1 - .3	512.1 - .3
	(12) Besprechung mit Bezugspersonen <sup>10</sup>	113.1 - .3	213.1 - .3	313.1 - .3	413.1 - .3	513.1 - .3
	(13) Krisenintervention	114.1 - .3	214.1 - .3	314.1 - .3	414.1 - .3	514.1 - .3
	(14) medikamentöse Einstellung / Umstellung	115.1 - .3				
	(15) medikamentöse Begleitung + Beratung			316.1 - .3		
	(16) administrative Tätigkeiten <sup>11</sup>	117.1 - .3	217.1 - .3	317.1 - .3	417.1 - .3	517.1 - .3
	Kleingruppe (2 (bis zu 5 Patienten))	(1) nicht näher bezeichnet	121.1 - .3	221.1 - .3	321.1 - .3	421.1 - .3
(2) Psychotherapie definiert <sup>4</sup>		122.1 - .3	222.1 - .3			
(3) Psychotherapie <sup>5</sup>		123.1 - .3	223.1 - .3			
(4) alltagspezifisches Kompetenztraining				324.1 - .3	424.1 - .3	524.1 - .3
(5) Soziotherapie					425.1 - .3	
(6) übende Verfahren <sup>6</sup>		126.1 - .3	226.1 - .3	326.1 - .3	426.1 - .3	
(7) spezifisches Therapieverfahren <sup>7</sup>						527.1 - .3
(8) co-therapeutische Tätigkeiten		128.1 - .3	228.1 - .3	328.1 - .3	428.1 - .3	528.1 - .3
Großgruppe (3 (mehr als 5 Patienten, höchstens 12 Patienten))	(1) nicht näher bezeichnet	131.1 - .3	231.1 - .3	331.1 - .3	431.1 - .3	531.1 - .3
	(2) Psychotherapie definiert <sup>4</sup>	132.1 - .3	232.1 - .3			
	(3) Psychotherapie <sup>5</sup>	133.1 - .3	233.1 - .3			
	(4) alltagspezifisches Kompetenztraining			334.1 - .3	434.1 - .3	534.1 - .3
	(5) Soziotherapie				435.1 - .3	
	(6) übende Verfahren <sup>6</sup>	136.1 - .3	236.1 - .3	336.1 - .3	436.1 - .3	
	(7) spezifisches Therapieverfahren <sup>7</sup>					537.1 - .3
	(8) co-therapeutische Tätigkeiten	138.1 - .3	238.1 - .3	338.1 - .3	438.1 - .3	538.1 - .3
Fahrzeit (40)		140.1 - .3	240.1 - .3	340.1 - .3	440.1 - .3	540.1 - .3



**GKV Spitzenverband**


<sup>1</sup> einmal jährlich pro Patient  
<sup>2</sup> pro Patient max. 2 x/Jahr  
<sup>3</sup> Routine-Labor, Spiegelbestimmungen u.ä.  
<sup>4</sup> tiefenpsychologische Psychotherapie oder analytische Psychotherapie oder Verhaltenstherapie  
<sup>5</sup> andere Verfahren und Methoden  
<sup>6</sup> z.B. Autogenes Training  
<sup>7</sup> z.B. Ergotherapie oder Arbeitstherapie  
<sup>8</sup> inkl. Fremdbeurteilungstests  
<sup>9</sup> z.B. Verlaufsgespräch, Case-Management  
<sup>10</sup> z.B. Telefonat mit Betreuer  
<sup>11</sup> direkt mit / direkt für Patienten, z.B. Behördenkontakt

1. Ziffer: Berufsgruppe  
2. Ziffer: Setting  
3. Ziffer: Leistungsart  
4. Ziffer: Minuten:  
0-20 Minuten = 1  
20-60 Minuten = 2  
über 60 Minuten = 3

**„Bayern medical“**


47

## „Bayern light“



**GKV Spitzenverband**

Leistungsart	Minuten	Ärzte	Psychologen	Pflege	Sozialpädagogen	Beschäftigungs-therapeuten
Dokumentation		101b	201b			
Einzeltherapie	bis 20 Minuten	111b	211b	311b	411b	511b
	bis 60 Minuten	113b	213b	313b	413b	513b
	über 60 Minuten	116b	216b	317b	417b	516b
Gruppentherapie		144b	245b	346b	446b	546b
Fahrzeit	bis 20 Minuten	161b	261b	361b	461b	561b
	über 20 Minuten	166b	266b	366b	466b	566b
Diagnostik				170b		
Fallbestprechung				600b		



GKV-Spitzenverband  
Dr. Wulf-Dietrich Leber

16.11.2011

48

## BMG-Referentenentwurf (Psych-Entgeltgesetz – PsychEntgG)



- è 07.11.2011 Veröffentlichung  
05.12.2011 Referentenanhörung
- è Grundkonzept: BPIfV als KHEntgG-Plagiat
- è angeblicher Startpunkt: 01.01.2013

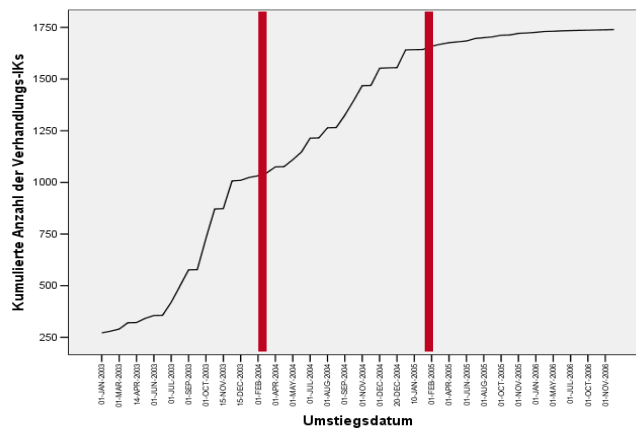
## Zeitplan im PsychEntgG-Entwurf



- 2013 Optionsjahr 1
- 2014 Optionsjahr 2
- 2015 budgetneutral obligatorisch 1
- 2016 budgetneutral obligatorisch 2
- 2017 Konvergenz 1 (10 %)
- 2018 Konvergenz 2 (15 %)
- 2019 Konvergenz 3 (15 %)
- 2020 Konvergenz 4 (20 %)
- 2021 Konvergenz 5 (20 %)
- 2022 Vergütung nach Landesbasisentgeltwerten

BMG-Botschaft an die Psychiatrie: Ruhet sanft!

## DRG-Umstieg – Ein Rückblick 2003 bis 2006



## Erste Kommentierung

- è Der Umstieg erfolgt nie zum 01.01. – das war schon bei der DRG-Einführung gelogen.
- è Der reale Umstieg wird fast bis zum Ende der vierjährigen budgetneutralen Phase dauern.
- è Die Optionsjahre schaffen ein nicht-lernendes System. Nur die flächendeckende Anwendung schafft flächendeckendes Lernen.
- è Über die Länge der Konvergenzphase sollte man reden, wenn der Konvergenzbedarf ersichtlich ist.

## Nichts vom DRG-Umstieg gelernt !



- è Der Rightcoding wirkt (außer bei Mehrerlösausgleichen) nach wie vor erlössteigernd.
- è Es wird wieder mal eine Divergenzlücke geben. (Landesentgeltwert entspricht nicht dem Durchschnitt der Hauswerte).
- è Konvergenzschritte sollten am Anfang stärker als am Ende sein. Kappungsregelungen braucht man nicht.

## Möglicherweise Positives



- è Der Entwurf ist offen für fast alle Entgeltvarianten.
- è Die Qualitätssicherung wird sektorenübergreifend – was sie ja eigentlich schon sein soll – und sie wird transparent.
- è Modellvorhaben sind explizit vorgesehen, allerdings im Verhältnis von SGB V (§ 64 b) und BpflV (§ 16) nicht sofort durchschaubar. Besser als die „wissenschaftliche“ Evaluation wäre eine Registerstelle und die strukturierte Datenweiterleitung an das InEK.
- è Intellektuelles Highlight des Entwurfs ist die Bürokratiekostenabschätzung.

## Gang der Handlung



- 1 DRG-Version 2012
- 2 GKV-Versorgungsstrukturgesetz
- 3 Neuordnung der spezialärztlichen Versorgung
- 4 Psych-Entgelte
- 5 Fazit

## Fazit



- è 2011 war wieder eine Sternstunde der gemeinsamen Selbstverwaltung. Das InEK leistet mit dem DRG-Katalog tolle Arbeit, ein fairer Mittelübergang des Pflegesonderprogramms konnte nicht vereinbart werden. Das BMG war nicht hilfreich.
- è Das GKV-VStG wird keine gleichmäßigere Versorgung schaffen, da es das Überversorgungsproblem nicht angeht.
- è Die spezialärztliche Versorgung wird ihrem Anspruch nicht gerecht. Es bleibt die Hoffnung auf einen neuen, erfolgversprechenderen Anlauf über § 115 b SGB V.
- è Der Entwurf des Psych-Entgeltgesetzes ist völlig ambitionslos.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.