

45. Berliner Krankenhauseminar 18.05.2011

Einführung eines neuen Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik

Dr. I. Hauth
Ärztliche Direktorin
Geschäftsführerin



1. Ist-Situation der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie
2. Regelung des § 17 KHG
3. Aktueller Stand der Entwicklung des neuen Entgeltsystems

3

1. Ist-Situation des Fachgebietes Psychiatrie und Psychotherapie
 - **Das Fachgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie hat in den letzten Jahren wissenschaftliche Erkenntnisse hervorgebracht wie kaum ein anderes Fachgebiet**
 - 1. **Grundlagenforschung:** Molekularbiologie, Systembiologie, Molekulargenetik, Neuroimaging
 - 2. Entwicklung neuer wirksamer und nebenwirkungsarmer **Medikamente:** Antipsychotika, Antidepressiva
 - 3. Integration von psychodynamischer Psychotherapie u. kognitiv-behavioraler Therapie
 - 4. Entwicklung **störungsspezifischer Psychotherapiemethoden** und deren Integration in die Behandlung aller psychischen Störungen

4

Ist-Situation der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie

- Die Umsetzung der Fortschritte in Diagnostik und Therapie in den klinischen Alltag wurde maßgeblich ermöglicht durch die Folgen der Psychiatriereform
- **Psychiatrieenquete 1975**
- **Empfehlungen der Expertenkommission** der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen-psychosomatischen Bereich **1988**

- **Psychiatriepersonalverordnung (PsychPV) 1991**

5

Psychiatriepersonalverordnung (PsychPV)

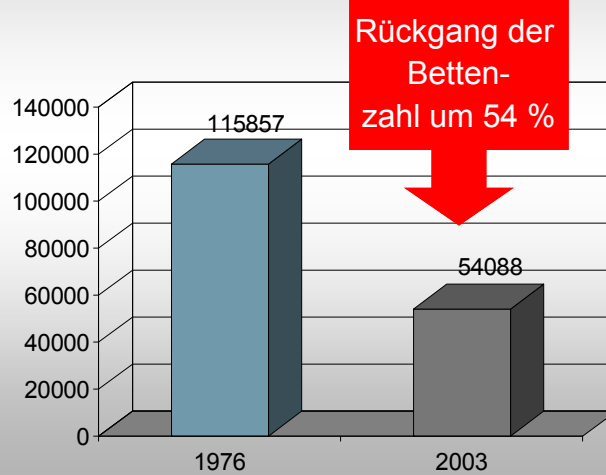
- Einführung der PsychPV 1991 bis 1995
- ➡ **Erhöhung der Personalstellen um 25 %**
- Definition von Gruppen gleichen Hilfebedarfs, Behandlungszielen, Behandlungsleistungen, Qualitätsanforderungen

„Bei der Krankenbehandlung ist den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen...“

(§ 27 Abs. SGB V, § 10 SGB IX)

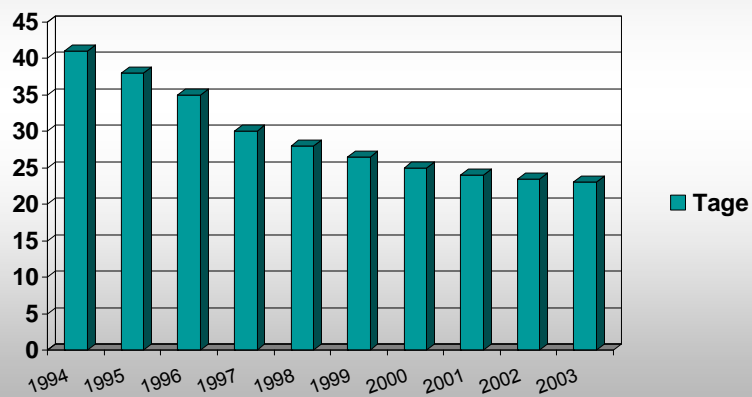
6

Rückgang der Bettenzahlen in Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie 1975 - 2003




7

Allein in den letzten 10 Jahren annähernd Halbierung der Verweildauern



8

- Aufbau von **Tageskliniken** (> 10.000 Plätze)
 - Aufbau von **Institutsambulanzen**

 - Aufbau komplementärer und ambulanter Dienste
 - gemeindepsychiatrische Verbände
-  nicht gelöstes Problem der Fraktionierung der Leistungserbringer- u. Kostenträger

9

Ist-Zustand der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie

- Durch Deckelung des Gesamtbudgets im Rahmen der Bundespflegesatzverordnung (seit 1996) entstand **Schere zwischen Kosten und Erlösen**

- Umfrage der Aktion Psychisch Kranke „2005“:
 - Im Durchschnitt 90 % des Personals laut PsychPV umgesetzt
 - mehr als 25 % der Kliniken lagen in der Umsetzung unter 85 %

- Inhaltliche Leistungsverdichtung durch gesetzliche Anforderungen (Dokumentation, Weiterbildung, Qualitätsmanagement)

10

- 2004 Gespräche der Aktion psychisch Kranke, DGPPN, BDK, ACKPA mit dem BMG – Verbesserung der Personalausstattung
- 2005/2006 Umfrage der APK zur Umsetzung der PsychPV: 25 % der Kliniken weniger als 85 % Personal nach PsychPV
- Absprache mit dem BMG
 1. Gesetzliche Änderung der Bundespflegesatzverordnung § 6 Abs. 4 zur Nachverhandlung des fehlenden Personals
 2. Fachgesellschaften und Verbände versprochen bei der Entwicklung des neuen Entgeltsystems mitzuarbeiten

2. Regelung des § 17 d KHG

§ 17 d KHG

Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie / Psychosomatik

- Vergütung allgemeiner Krankenhausleistungen an Fachkrankenhäusern und selbständigen gebietsärztlich geleiteten Abteilungen an somatischen Krankenhäusern
- Durchgängiges, leistungsorientiertes, pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten
- Prüfen, ob für bestimmte Leistungsbereiche andere Abrechnungseinheiten sinnvoll
- Prüfen, ob ambulante Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanz einzubeziehen (PIA nach § 118 b SGB V)
- Praktikabler Differenzierungsgrad
- Bundeseinheitliche Definition der Entgelte und Relativgewichte
- Ergänzende Vergütungskomponenten analog § 17 b KHG
- Entgelte für vollstationäre und teilstationäre Leistungen

13

Abschluss der
Verhandlungen am
17.11.2009

§ 17 d KHG

Vereinbarung der Grundstrukturen des Vergütungssystems

- Neues eigenes Vergütungssystem auf der Grundlage tagesbezogener Entgelte. Ausgangsbasis für Entwicklung bilden Psych-PV-Behandlungsbereiche. Prüfauftrag für andere Abrechnungseinheiten für bestimmte Leistungsbereiche sowie zusätzliche Vergütungselemente
- Grundprinzip „lernendes System“ unter Berücksichtigung angemessener Qualitätsanforderungen. Sachgerechtes, transparentes und nachvollziehbares Vergütungssystem
- Forderung nach ausreichender Übergangsphase (Konvergenz) nach budgetneutraler Einführung an das BMG
- Ausreichende Finanzierung der Personalstellen in der Psychiatrie in Verbindung mit der Einführung des neuen Entgeltsystems
- Jährliche regelgebundene Anpassung an medizinische Entwicklungen, Veränderungen Versorgungsstrukturen und Kostenentwicklungen

14

§ 17 d KHG

Vereinbarung der Grundstrukturen des Vergütungssystems

- Beauftragung InEK mit Pretest in 2010, Entwicklung Kalkulationsmethodik und -handbuch, sowie Kalkulation und Entwicklung Vergütungssystem)
- Systementwicklung auf der Basis empirischer Daten, der Ist-Kosten der Krankenhäuser und der Versorgungsrealität in Deutschland
- Aufwandsentschädigung für kalkulierende Krankenhäuser
- Unmittelbare Berücksichtigung teilstationärer Leistungen
- Spätere Berücksichtigung ambulanter Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA)
- Frühzeitiger Beginn der Begleitforschung

15

Institutionen zur Entwicklung des Psych-Entgeltsystems



Bundesministerium für Gesundheit:

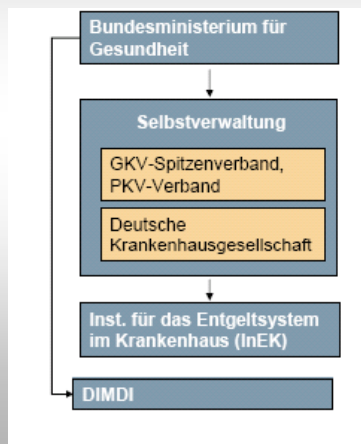
- Teilnahmerecht an Sitzungen der Selbstverwaltung
- Recht auf Ersatzvornahmen
- Ermächtigung für Rechtsverordnung, Vorschriften über KH-Unterlagen für Budgetverhandlungen zu erlassen
- Arbeits- und Referententwürfe von Gesetzen

DIMDI:

- Nachgeordnete Behörde des BMG
- u. a. zuständig für amtliche Klassifikationssysteme: ICD-10-GM und OPS

16

Institution zur Entwicklung des Psych-Entgeltsystem



Selbstverwaltung:

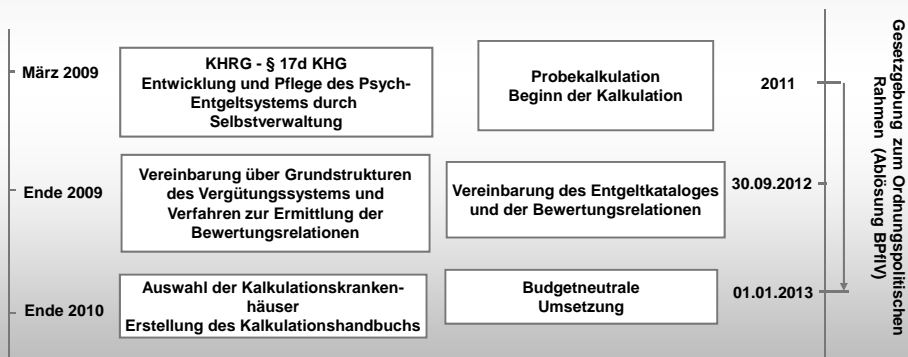
- Grundstrukturen
- Rahmenbedingungen
- Verfahren
- Beteiligung der Bundesärztekammer und des Deutschen Pflegerates, sofern medizinische bzw. Pflegefragen der Entgelte betroffen bzw. Bundespsychotherapeutenkammer bei psychotherapeutische oder psychosomatische Fragen

InEK

- InEK ist zu beauftragen
- Pflege und Anpassung der Klassifikationen
- Kalkulation der Bewertungsrelationen
- Zu- und Abschläge, Zusatzentgelte

17

- **Zeitplan zur Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (- § 17d KHG)**



18

Bisherige Aktivitäten der DGPPN

- ➔ April 2009: Auftrag an die Fachgesellschaften, Leistungsbeschreibung in der Logik der OPS vorzunehmen
- ➔ 3 Wochen später Einreichen der ersten OPS durch die Psychosomatik an InEK, DIMDI und BMG (Vorgabe von 25minütigen Therapieeinheiten)

19

Überlegung der DGPPN-AG

- keine Abbildung von Einzelleistungen (z. B. OPS für Verhaltenstherapie, OPS für Gruppentherapie, OPS für Tanztherapie)
 - bei chronisch Kranken in der Somatik z. B. Komplex-Code Geriatrie – Entwicklung von Komplex-Code´s
 - Zugriff auf die bekannten Kategorien PsychPV: Regelbehandlung, Intensivbehandlung, Psychotherapie
 - zusätzliche Beschreibung intensiven Personalaufwands bei Kriseninterventionen der Intensivbetreuung (1:1)
 - einige normative Elemente z. B. Facharztstandard, Qualitätssicherung aufzunehmen

20

Operations- und Prozedurenschlüssel (OPS)
Amtliche Fassung
Version 2009, Stand 20.10.2008

Systematisches Verzeichnis

Übersicht

Kapitel	Gliederung	Titel
1	1-10 ... 1-99	DIAGNOSTISCHE MASSNAHMEN
3	3-05 ... 3-99	BILDGEBENDE DIAGNOSTIK
5	5-01 ... 5-99	OPERATIONEN
6	6-00 ... 6-00	MEDIKAMENTE
8	8-01 ... 8-99	NICHTOPERATIVE THERAPEUTISCHE MASSNAHMEN
9	9-26 ... 9-99	ERGÄNZENDE MASSNAHMEN

Kapitel 1:
DIAGNOSTISCHE MASSNAHMEN
1-10 ... 1-99

21

OPS-Version 2010

Geltungsbereich § 17 d KHG

Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen bei Erwachsenen (9-60...9-64)

9-60 Regelbehandlung

9-61 Intensivbehandlung

9-62 Psychotherapeutische Komplexbehandlung

9-63 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung

9-64 Zusatzinformationen

9-640 Erhöhter Behandlungsbedarf

9-641 Kriseninterventionelle Behandlung

9-642 Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung

22

Frequent asked question

1. Warum sollen OPS mit 25minütigen Therapieeinheiten kodiert werden, sie bilden den Alltag in der Psychiatrie nicht ab?

→ OPS sollen die besonders teuren Leistungen abbilden, Leistungen die alle Patienten auf der Station bekommen, gehen in die Residualgröße der Kalkulation ein. In der Neurologie z. B. bilden die OPS maximal 30 % der Leistungen ab.

2. Somatische Komorbiditäten fordern hohen Aufwand in Diagnostik und Therapie, wird diese abgebildet?

→ In die Kalkulation gehen die somatischen Diagnosen und OPS aus dem Katalogbereich Somatik (§17 b) ein. Wichtig bei somatischen Diagnosen und OPS zu kodieren.

23

3. Soll der medizinische Fortschritt z. B. Stimulationsverfahren gebildet werden?

→ Jedes Jahr können neue OPS den medizinischen Fortschritt abbilden, im DIMDI eingereicht werden.

4. Wird die Pflichtversorgung, die der Aufwand nach sich zieht (Vorhalteleistungen, 24stündliche Aufnahmebereitschaft, gesetzlich untergebrachte Patienten) berücksichtigt?

→ Pflichtversorgung ist als Institutionsmerkmal in den Daten des § 21 abgebildet. Diskussion bei der DKG nach Kriterien, um ggfls. Abschlüsse oder Zuschläge zu begründen.

24

5. Wie werden Patienten mit schweren somatischen Erkrankungen (Polytraumata) berücksichtigt?

→ Vermehrter diagnostischer und therapeutischer Aufwand inklusive teurer Medikation erfolgt durch Abbildung der somatischen Diagnosen und der OPS aus dem §17 b-Bereich.

6. Bildet sich der höhere Aufwand für spezielle Patientengruppen z.B. geistig Behinderte ab?

→ Diagnose geistige Behinderung geht in die Kalkulation ein. Inwieweit die eine zusätzliche OPS sinnvoll sind, muss noch entschieden werden.

25

3. Aktueller Stand der Entwicklung des neuen Entgeltsystems

26

Aufgaben Krankenhäuser

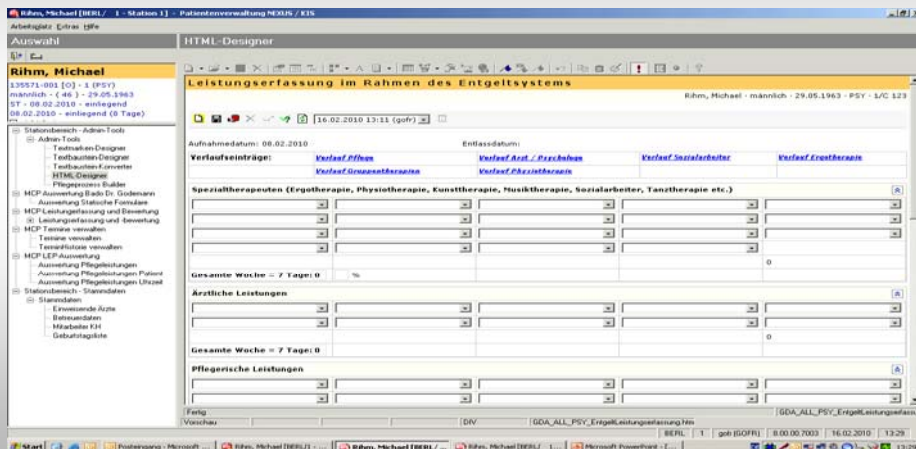
- Patientenbezogene Psych-PV Einstufung (nur KH die Psych-PV bisher anwenden; voll- und teilstationäre Fälle, bei Aufnahme und Wechsel)
 - für § 21 KHEntg 2011 an InEK
 - für § 301 SGB V als Pseudo-OPS 2010 an Krankenkasse
- Berücksichtigung Psych-PV und Empfehlungen zur Psych-PV-Einstufung
- Vollständige Diagnosenverschlüsselung entsprechend ICD-10-GM
- Dokumentation neuer „Psych-OPS“ und „somatischer OPS“
- Berücksichtigung Deutsche Kodierrichtlinie (DKR-Psych)
- Aufbau interner Dokumentation-/Leistungserfassung (ICD, OPS, planbare Leistungen (TE), IT- Entwicklung)
- Datenlieferung nach § 21 KHEntg an InEK
- ggfls. Vorbereitung zur Teilnahme als Kalkulationshaus



Umfassende Schulungsmaßnahmen

27

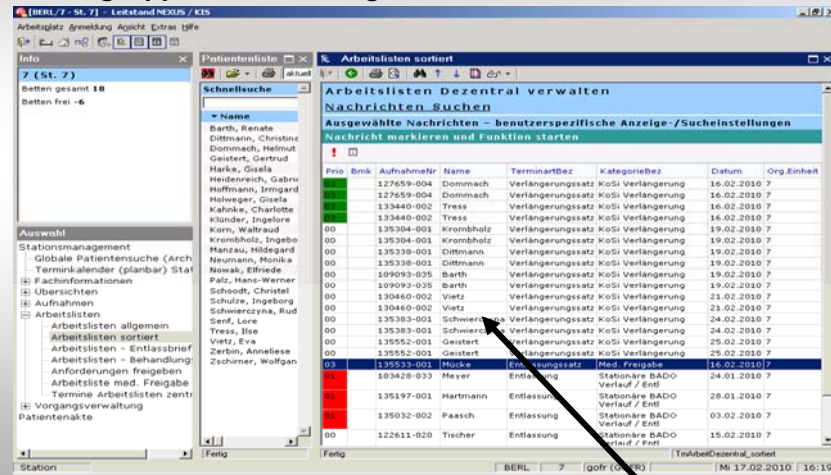
Ansteuerung über Menübaum oder Strg 1



The screenshot shows a software window titled 'Rihm, Michael [BERL/ 1 - Station 1] - Patientenverwaltung NEXIS / KIS'. The main window is 'HTML-Designer' displaying a form for 'Leistungserfassung im Rahmen des Entgeltsystems'. The patient information is: Rihm, Michael, 29.05.1963, male, admitted 08.02.2010. The form includes a table for 'Verlaufseinträge' with columns for different types of care (e.g., Psychotherapie, Sozialarbeiter, Ergotherapie). Below this is a table for 'Spezialtherapeuten' and 'Ärztliche Leistungen', both showing a total of 0 for the week of 08.02.2010. The interface also shows a menu tree on the left and a taskbar at the bottom with various open applications.

28

Mehrstufige Eingabe: Assistenzarzt und andere Berufsgruppen – „OPS-Eingabe“ - Oberarzt



Prio	Bmk	AufnahmNr	Name	TerminartBez	KategorieBez	Datum	Org.Einheit
		127659-004	Domnmach	Verlängerungssatz	KoSi Verlängerung	16.02.2010 7	
		133440-002	Tress	Verlängerungssatz	KoSi Verlängerung	16.02.2010 7	
		133440-002	Tress	Verlängerungssatz	KoSi Verlängerung	16.02.2010 7	
00		135304-001	Krombholz	Verlängerungssatz	KoSi Verlängerung	19.02.2010 7	
00		135304-001	Krombholz	Verlängerungssatz	KoSi Verlängerung	19.02.2010 7	
00		135339-001	Dittmann	Verlängerungssatz	KoSi Verlängerung	19.02.2010 7	
00		135339-001	Dittmann	Verlängerungssatz	KoSi Verlängerung	19.02.2010 7	
00		109093-035	Barth	Verlängerungssatz	KoSi Verlängerung	19.02.2010 7	
00		109093-035	Barth	Verlängerungssatz	KoSi Verlängerung	19.02.2010 7	
00		130460-002	Vietz	Verlängerungssatz	KoSi Verlängerung	21.02.2010 7	
00		130460-002	Vietz	Verlängerungssatz	KoSi Verlängerung	21.02.2010 7	
00		135383-001	Schwier	Verlängerungssatz	KoSi Verlängerung	24.02.2010 7	
00		135383-001	Schwier	Verlängerungssatz	KoSi Verlängerung	24.02.2010 7	
00		135552-001	Geistert	Verlängerungssatz	KoSi Verlängerung	25.02.2010 7	
00		135552-001	Geistert	Verlängerungssatz	KoSi Verlängerung	25.02.2010 7	
03		135533-001	Mücke	Verlängerungssatz	Med Freigabe	16.02.2010 7	
03		103428-033	Meyer	Entlassung	Stationäre BADO Verlauf / Entl	24.01.2010 7	
03		135197-001	Hartmann	Entlassung	Stationäre BADO Verlauf / Entl	28.01.2010 7	
03		135032-002	Paasch	Entlassung	Stationäre BADO Verlauf / Entl	03.02.2010 7	
00		122611-020	Tischer	Entlassung	Stationäre BADO Verlauf / Entl	15.02.2010 7	

29

Herausforderung für psychiatrische und psychosomatische Kliniken bei der Umsetzung des neuen Entgeltsystems

- ▶ lückenlose Erfassung aller erbrachter Leistungen (▶ OPS-Kodes)
- ▶ vollständige Erfassung aller Diagnosen
- ▶ Kodierauffälligkeiten detektieren und abstellen
- ▶ eigene Leistungsdaten gut kennen
- ▶ flexible Strategien bei veränderten Finanzierungsbedingungen vorbereiten

30



Mitgliedschaft



Zweckverband freigemeinnütziger
Krankenhäuser
Münsterland und Ostwestfalen



Langjährige
Kooperation im Bereich
Benchmarking
(Somatik)

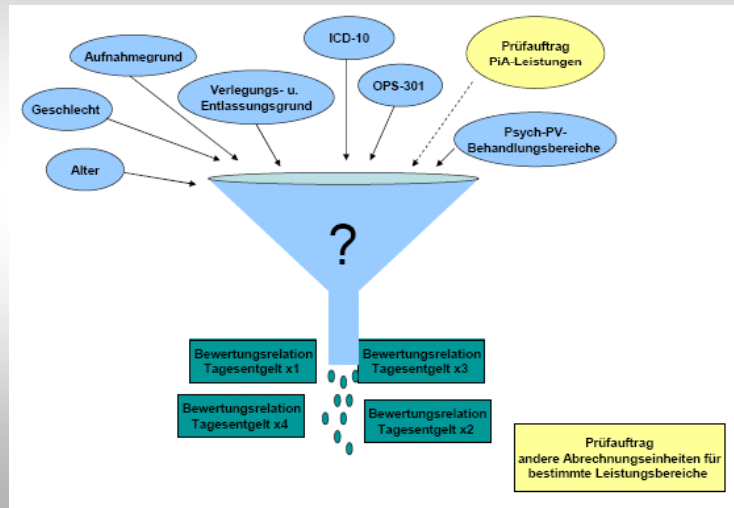
Weitere Zweckverbände NRW

31

Kalkulationsprozess (InEK)

- Ausgabe des Kalkulationshandbuchs für PSY-Einrichtungen November 2010
- z. Zt. Ca. 60 Krankenhäuser – Probekalkulation
- erste Ergebnisse Juli 2011
- 2012 die erste Kalkulation unter Einbeziehung der Daten der Kalkulationshäuser als Stichprobe und der Daten aller Krankenhäuser
- Sept. 2012 erste Tagespauschalen?

32



33

Kalkulationsmodell PSY Grundsätze

Einige bereits für das DRG-Kalkulationsmodell geltenden Grundsätze werden übernommen:

- Ableitung der Kostendaten aus dem testierten Jahresabschluss
- Ausgliederung nicht kalkulationsrelevanter Kostenanteile
- Gewährleistung des unmittelbaren und vollständigen Zusammenhangs von Kosten- und Leistungsdaten (100 %-Ansatz)
- Modulare Kostengliederung

34

Kalkulationsmodell PSY Entwicklungsschwerpunkte

Kostenträger

Behandlungstag

Leistungsdaten

Vollständigkeit der Leistungserfassung
Differenziertheit der Leistungs-
informationen

Kostendifferenzierung

Kostenstellengliederung
Kostenartengliederung
Matrixstruktur

35

Differenziertes Kalkulationsmodell

Differenzierte und vollständige interne Leistungserfassung

Stationäre
Betreuung

Therapeutische
Kernleistung

Körperliche
Diagnostik

Aufwandsgerechte
Kostendarstellung

Korrekte
Kodierung

OPS

36

Leistungsbereiche

Gesamt-Behandlungsumfang		
Stationäre Betreuung	Therapeutische Kernleistung	Körperliche Diagnostik
Leistungsdokumentation ?	Leistungskataloge z. T. individuell z. T. standardisiert	Leistungskataloge Standard-Tarifwerke
Leistungsbereich Station	Leistungsbereich Therapie	Leistungsbereich Diagnostik
Kurzkontakte	Psychotherapie	EEG, EKG, EMG
Teambesprechung	Ergotherapie	Röntgen
Visiten ...	Physiotherapie ...	Labor ...

Personal,
Sachmittel,
Infrastruktur

37

Leistungsbereich Therapie

Differenzierung

Therapie	Therapeutische Kernleistungen
Psychotherapie	z. B. Gesprächstherapie, Psycho- edukation, Psychologische Tests
Physikalische Therapie	z. B. Physiotherapie, Massage, Bäder, Hippotherapie
Ergotherapie	z. B. Beschäftigungs-, Bewegungs-, Kunsttherapie, Werkstatt, Gärtnerei
Andere Therapie	z. B. Sprachtherapie, Magnetstimu- lanztherapie, Elektrokrampftherapie

39

Leistungsbereich Station

- Gewichtete Verweilzeit
- Vorgaben im Kalkulationsmodell:
 - für die Gewichtung heranzuziehende Kriterien
 - Differenzierungsgrad
- Grundlage: Erfassung der gewichtungsrelevanten Kriterien
- Festlegung der Gewichtungsfaktoren durch die Einrichtungen!?

39

Modell 1: Tagesvariable Gewichtung der Betreuungsintensität

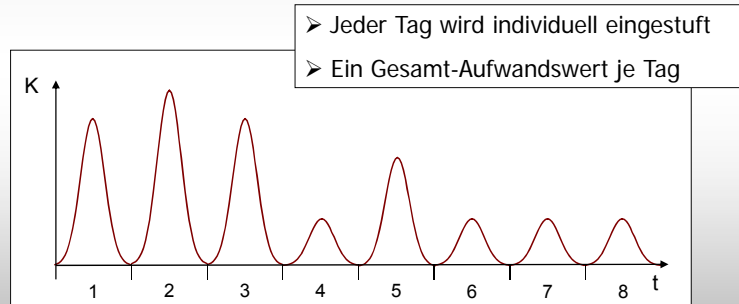
- Beispiel zur Ausdifferenzierung des Merkmals „Orientierung“
- Qualitäten: örtlich, zeitlich, situativ, zur Person

Zeitweise fehlende Orientierung in einer oder zwei Qualitäten	1P
Zeitweise fehlende Orientierung in mehr als zwei Qualitäten oder vollständig fehlende Orientierung in einer Qualität	2P
Vollständig fehlende Orientierung in einer Qualität zusammen mit zeitweise fehlender Orientierung in weiteren Qualitäten	3P
Vollständig fehlende Orientierung in zwei Qualitäten	4P
Vollständig fehlende Orientierung in mehr als zwei Qualitäten, z. B. Patient weiß nicht, in welcher Stadt er sich befindet, warum er sich im Krankenhaus befindet und welcher Wochentag ist	5P

40

Behandlungskosten der Station je Tag

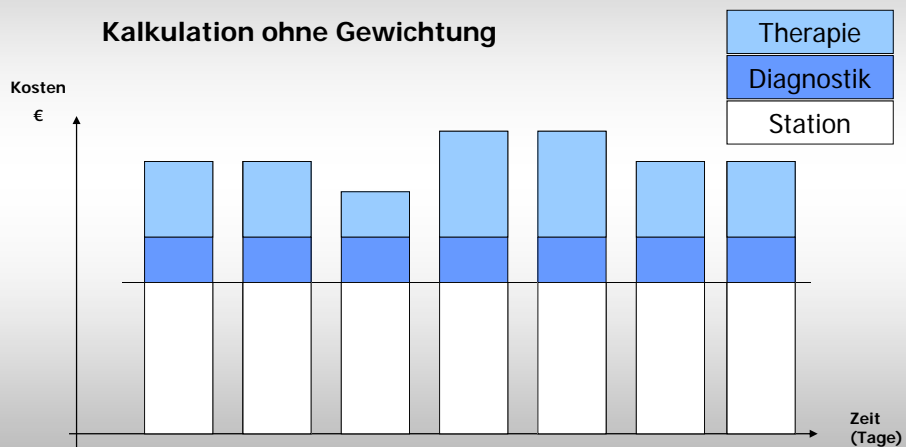
Tagesvariable Gewichtung nach Modell 1



41

Leistungsbereich Station

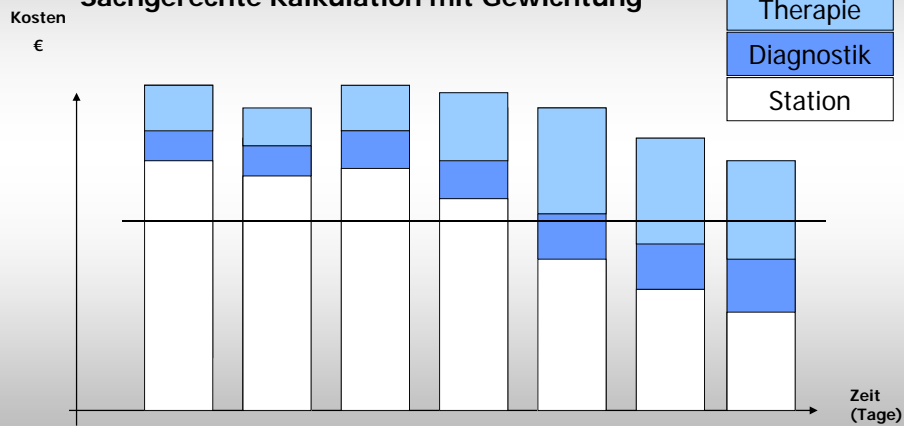
Kalkulation ohne Gewichtung



42

Leistungsbereich

Sachgerechte Kalkulation mit Gewichtung



43

Differenziertes Kalkulationsmodell


Grundzüge


- Matrixstruktur mit der Unterscheidung von Kostenarten (Spalten) und Kostenstellen (Zeilen)
- PSY-spezifische Elemente werden durch Elemente der DRG-Kostenmatrix ergänzt
- PSY-spezifische Differenzierung von Berufsgruppen und Leistungsbereichen
- Differenzierte Erfassung von Art/Ort, Erbringer und Zeitpunkt der Leistung erforderlich

44

Ergebnisdarstellung als Kostenmatrix Gesamtstruktur PSY

KStGr	KArtGr	1	2	3a	3b	3c	3	4a	4b	5	6a	6b	7	8
Leistungsbereiche	Ärztlicher Dienst	Pflege-/Erziehungsdienst	Psychologen	Spezialtherapeuten	Sozialarbeiter/Sozial-/Heilpädagogen	FD/MTD	Medikamente Gemeinkosten*	Medikamente Einzelkosten*	Implantate*	Med. Sachbedarf Gemeinkosten*	Med. Sachbedarf Einzelkosten	Medizinische Infrastruktur	Nicht medizinische Infrastruktur	
21	Station - Regelbehandlung													
22	Station - Intensivbehandlung													
23	Psychotherapie													
24	Physikalische Therapie													
25	Ergotherapie													
26	Andere Therapie													
3	Dialyseabteilung*													
4	OP-Bereich*													
5	Anästhesie*													
7	Kardiologie*													
8	Endoskopie*													
9	Radiologie*													
10	Labor*													
11	Übrige diag./ther. Bereiche													

 = spezifische Kostenmodule für PSY-Einrichtungen

 = bestehende Kostenmodule für DRG-Krankenhäuser

45

Leistungsbereiche Übersicht Leistungsdaten

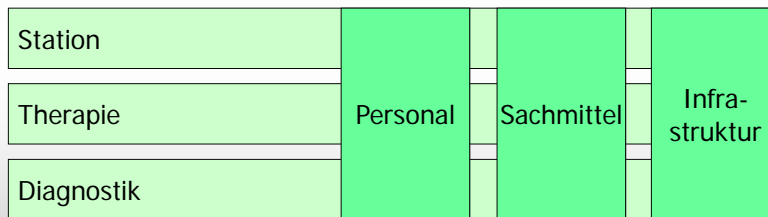
KStGr	KArtGr	1	2	3a	3b	3c	3
Leistungsbereiche	Ärztlicher Dienst	Pflege-/Erziehungsdienst	Psychologen	Spezialtherapeuten	Sozialarbeiter/Sozial-/Heilpädagogen	FD/MTD	
21	Station - Regelbehandlung	Gew. V-Zeit	Gew. V-Zeit	Gew. V-Zeit	Gew. V-Zeit	Gew. V-Zeit	Gew. V-Zeit
22	Station - Intensivbehandlung	Gew. V-Zeit	Gew. V-Zeit	Gew. V-Zeit	Gew. V-Zeit	Gew. V-Zeit	Gew. V-Zeit
23	Psychotherapie	Lstg.-Zeit	Lstg.-Zeit	Lstg.-Zeit	Lstg.-Zeit	Lstg.-Zeit	Lstg.-Zeit
24	Physikalische Therapie	Lstg.-Zeit	Lstg.-Zeit	Lstg.-Zeit	Lstg.-Zeit	Lstg.-Zeit	Lstg.-Zeit
25	Ergotherapie	Lstg.-Zeit	Lstg.-Zeit	Lstg.-Zeit	Lstg.-Zeit	Lstg.-Zeit	Lstg.-Zeit
26	Andere Therapie	Lstg.-Zeit	Lstg.-Zeit	Lstg.-Zeit	Lstg.-Zeit	Lstg.-Zeit	Lstg.-Zeit

46

Betrachtungsebenen der Kalkulation

Leistungen, Kosten, Zeit

Zeitverlauf: Fallabschnitte



Zeitverlauf: Behandlungstage

47

Offene Fragen Entgeltsystem

1. Welche Klassifikationsmerkmale (Psych-PV, ICD, OPS, Alter, Aufnahmezustand, etc.) tragen wie zur Definition der Tagespauschalen bei und erklären wie viel % Kostenunterschiede zwischen den Patienten und Behandlungstagen?
2. Wie viel % der kalkulierten (abgeleiteten) täglichen Kosten werden tatsächlich tagesspezifisch und patientenbezogen verursacht?
3. Wie viel % der kalkulierten täglichen Kosten werden pauschal über unterschiedliche Verteilungsschlüssel abgeleitet? Welche Schlüssel werden eingesetzt (z. B. VWD)?
4. Umgang mit ergänzenden Vergütungskomponenten (z. B. ZE für teure Arzneimittel; Fall-/ oder Tagesbezug)?
5. Wie viele definierbare Tagespauschalen kann das InEK für 2013 identifizieren und kalkulieren?

48

Ordnungspolitischer Rahmen zur Ausgestaltung des neuen Entgeltsystems 2. Halbj. 2011

- Länge der budgetneutralen Phase, der Konvergenzphase
- Fest-, Richtpreise
- Welches Vergütungsmodell ist adäquat?

- § 17d KHG: Einführung eines **durchgängigen leistungsorientierten und pauschalierten Vergütungssystems** auf der Grundlage von **tagesbezogenem Entgelt**

➤ Fachlich belegt und vom Gesetzgeber festgelegt:

49

Keine Fallpauschalen!

Grundsätzliche Standpunkte der Fachgesellschaften zum neuen Entgeltsystem

- Die Einbeziehung der **psychiatrisch/psychotherapeutischen sowie der psychosomatischen Krankenbehandlung in das DRG-Finanzierungssystem hat der Gesetzgeber im 2000 aus gutem Grunde abgelehnt:**

„ Kann durch eine Vergütung mit Fallpauschalen eine sachgerechte Versorgung der Patienten nicht gewährleistet werden.“ (GKV-Gesundheitsreform 2000)

50

- es sind keine Patientenmerkmale (z. B. Diagnose, Alter, Geschlecht, soziale Situation) dazu bekannt, die einen hinreichenden prädiktorischen Wert für den Bedarf an personellen Ressourcen und Zeit (Verweildauer) und damit für die Kosten hätten
- Bedarf an Ressourcen und Zeit variiert zwischen psychisch Kranken weitgehend unvorhersehbar

➔ Wenn pauschaliert entgolten würde, dann würden aus dem ökonomischen Anreiz extrem kurze unzureichende Verweildauern resultieren mit massiver Steigerung der Wiederaufnahme und schlechten Behandlungsergebnissen.

51

Internationale Erfahrungen mit DRG-Fallpauschalen

- Studien aus den USA (*Horn et al 1989; Ashcraft et al 1989*) und Australien (*Buckingham et al 1998*):
aufgeklärte Varianz maximal 20 %

➔ Einstellung des fallpauschalierten Entgeltsystem für psychische Erkrankungen in den USA

52

Diskussion

	Pro	Kontra
Einbeziehung der PIA	Flexibilisierung der Behandlung, PIA Behandlung muss integriert, Reduktion der Konkurrenz mit Vertragsärzten	Bisher eigenständige Behandlungsform, PIA-Pauschalen werden verhandelt
Abbildung der Pflichtversorgung	Regionale Pflichtversorgung = höhere Aufwände, Vorhaltekosten	Ca. 90 % der Kliniken Pflichtversorgung, sind Abschläge wie in der Somatik sinnvoll
Regionalbudget	Über mehrere Jahre vorgegebenes Budget, Reduktion des MDK Prüfaufwandes, Flexibilisierung der Behandlung durch Klinik	Festlegung auf Region, überregionale Angebote entfallen, problematisch in Großstädten, Patientenhopping
Personenzentriertes Budget (Pauschale pro Quartal oder Jahr)	Flexibilisierung Behandlung Regie der Klinik, Verlagerung von stationär nach teilstationär und ambulant	zutreffend für chronische Patienten, die mehrfach im Jahr stationär behandelt werden (10 %?), nicht sinnvoll für einmalige stationäre Aufenthalte
Hometreatment	In Bezug des Umfeldes des Patienten Behandlung mit dem multiprofessionellen Team zu Hause kann Vorteil für chronische Patienten sein	Für welche Diagnosen, Verläufe trifft die zu ? 10%?
Abrechnungseinheiten Tagespauschalen	Keine Verweildauerbegrenzung wie bei Fallpauschalen	Größerer Verwaltungsaufwand, Beispiel über 6 Wochen täglich andere Tagespauschalen abzurechnen, MDK-Prüfungen
Abrechnungseinheiten wöchentlich	Verwaltungstechnisch günstiger	Vorlage zu Fallpauschalen
Fallpauschalen	Näherung an die Somatik	Internat. Alle Versuche gescheitert,

53

Gesundheitspolitische Ziele Ziele der Krankenkassen?

54

2. Ziele einer Pauschalvergütung

2.1 Ziele :

- leistungsbezogene Mittelzuweisung (Vergütung)
- Umverteilung innerhalb der psychiatrischen Kliniken
- Umverteilung innerhalb der stationären Versorgung
- Umverteilung zwischen stationärer u. ambulanter Versorgung

2.2 **Keine** Ziele sind:

- Mehr Mittel für die Psychiatrie (Fonds und Morbi-RSA!)
- Qualitätssicherung

55

IGG Institut für Gesundheitsökonomik

Schritte zu einer Pauschalvergütung

1. Kodierung (Diagnosen u. Prozeduren)
2. Gruppierung: Homogenität u. Heterogenität!
3. Findung von Kostengewichten der Gruppen
4. Preisfindung durch Verhandlungen
5. Definition von Ausnahmen

56

3.4 Erwartete Wirkungen von Fallpauschalen bzw. Tagespauschalen

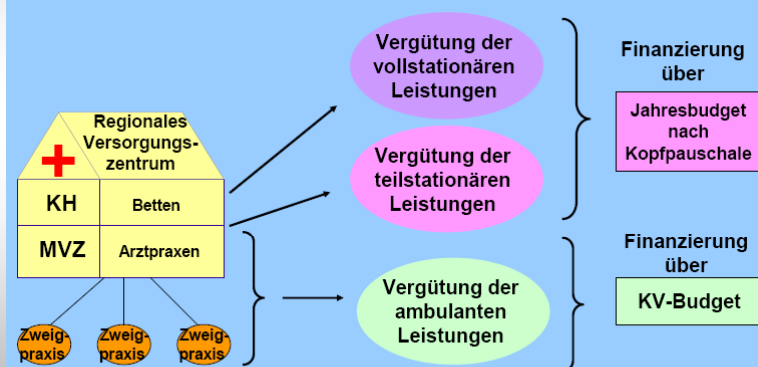
Instrument	Wirkungen auf				
	Leistungs- menge	Fallkosten	Fall-Mix	Behandlungs- qualität	Ausgaben der Versicherung
Pauschale Vergütung pro Patienten- gruppe	Fallzahl steigt	sinken, vor allem weil Verweildauer sinkt	wenige und kostengünstige Fallgruppen	steigt, wenn fallbezogene Qualitätssiche- rung und Bechmarking erfolgt	steigen mäßig, gute Kontrolle
Tages- pauschale	Tageszahl steigt	Tageskost. sinken Falkost. steigen	kosten- günstig	?	steigen, wenig Kontrolle

Ziel des Leistungserbringer: Erlös-Kostendifferenz maximieren
Ziel des Systems: Kosten-Effektivität steigern

IFG Institut für Gesundheitsökonomik

57

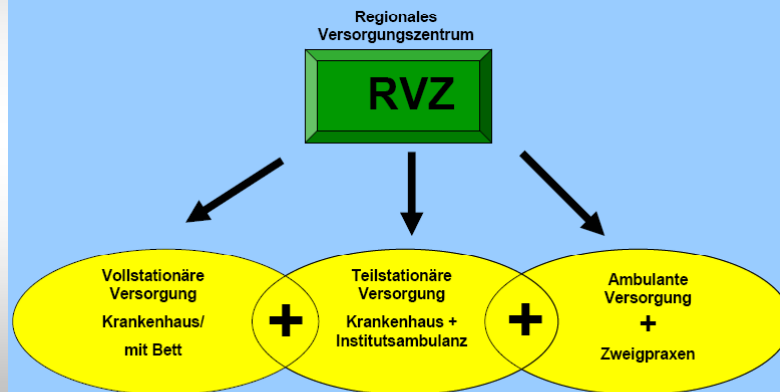
Die Finanzierung / Vergütung: Überblick



IFG Institut für Gesundheitsökonomik

58

Das regionale Versorgungszentrum – ein neuer Ansatz



59

IFG Institut für Gesundheitsökonomik

Effekte von regionalen Versorgungsbudgets

- Ambulante / teilstationäre Behandlung steigt
- Behandlungskosten werden stabilisiert
- Ambulant / stationäre Kooperation wird angeregt

60

IFG Institut für Gesundheitsökonomik

5. Resümee:

- Pauschalierte Vergütung schafft nicht mehr Mittel, sondern verteilt die Mittel leistungsbezogener
- Qualitätssicherung wird notwendiger
- **Gesundheitsfonds** bleibt die globale Budgetvorgabe

Begleitforschung

- frühzeitig einsetzend
- fundiert anhand von Qualitätsindikatoren, möglichst Routedaten
- Änderung von Versorgungsstrukturen
- Veränderung der Qualität der Versorgung
- Auswirkungen auf andere Versorgungsbereiche
- Art und Umfang von Leistungsverlagerung
- Bevorzugung von Patienten mit guter Kostenanalyse bei Benachteiligung von schwerer kranken Patienten

- Zuständig für die Begleitforschung und deren Finanzierung sind die Selbstverwaltungsorgane (GKV, PKV und DKG)
- im Juni erfolgt die Vergabe Machbarkeitsstudie
- im Frühsommer wird die Begleitforschung europaweit ausgeschrieben
- Erste Ergebnisse 2014

Risiken und Nebenwirkungen des neuen Entgeltssystems

- höherer Dokumentations- und Kodieraufwand
 - mehr Bürokratie
 - noch weniger Zeit für Patienten
- Gefahr, dass OPS den tatsächlichen Aufwand der Behandlung nicht abbilden und die Vergütung nicht sachgerecht wird
- Anreize, aufwändige Diagnostiken und Therapien durchzuführen und abzurechnen, ungeachtet dessen, ob der Pat. die Leistungen benötigt
- Benachteiligung der schwerer kranken Patienten, deren Aufwendung für Diagnostik und Therapie nicht in Therapieeinheiten darzustellen ist
- schon vor Einführung des neuen Entgeltssystems wird sich die Versorgungsrealität verändern

Mögliche Chancen des neuen Entgeltsystems

- Kalkulation auf der Grundlage der Ist- Kosten, mögliche Anpassung der Entgelte bei Veränderung der Leistungen
- Kein statisches System wie die PsychPV
- Innovative Untersuchungen und Behandlungsmethoden können jährlich eingebracht werden
- Gleiches Entgelt für gleiche Leistungen, Transparenz
- Prüfaufträge zum Erproben und Abwägen der Wirkungen und Risiken anderer Vergütungsformen, z. B. Regionalbudget, personenzentriertes Budget

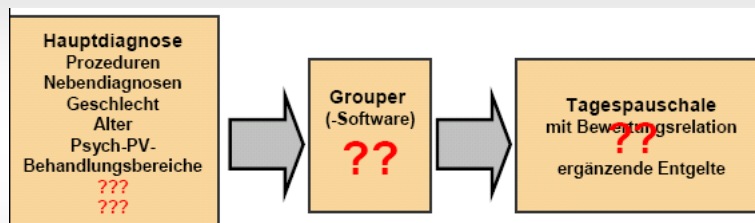
65



Danke für Ihre Aufmerksamkeit und Geduld !

66

Ausgestaltung des Psych-Entgeltsystems?



$$\begin{array}{l}
 \text{Entlassungstag} \\
 \sum_{n=0}^i (\text{Bewertungsrelation pro Tag}_i \times \text{Basistageswert}_i) \\
 \text{Aufnahmetag} \\
 + \text{ergänzende Entgelte} = \text{Vergütung pro Fall}
 \end{array}$$

„Psych-OPS“-Entwürfe

- Aufforderung des BMG an die Fachgesellschaften bereits zum 11.09.2009 Entwürfe offiziell einzureichen
- Wenig konkrete Zielvorgaben bei unbekanntem Vergütungssystem
- 5 Entwürfe: FG Psychiatrie und Psychotherapie, FG Psychosomatik, FG Kinder- und Jugendpsychiatrie, Bundespsychotherapeutenkammer, MDK
- Spannweite zwischen Einzelleistungsdokumentation und Komplexcodes
- 30. Oktober Veröffentlichung der OPS durch DIMDI, ohne Einwände der Psychiatrie (DGPPN, ACKPA, BDK, APKL, KiJu) berücksichtigt zu haben

69

Leistungsbereich Station

Sachgerechte Kalkulation

- **Betreuungsintensität:** Unterschiedlicher Behandlungsaufwand durch den unterschiedlich hohen zeitlichen Umfang der Betreuung durch die Berufsgruppen
- Variiert von Patient zu Patient und teilweise von Tag zu Tag
- Abbildung dieser Variation in den Tageskosten von entscheidender Bedeutung für die Güte der Kalkulation

70

Dokumentations der Leistungen

- Diagnosen (ICD-10-GM)
 - Psychiatrische/Psychosomatische
 - Somatische
- Prozeduren/Leistungen (OPS)
 - „Echte“ Psych-OPS
 - Alle anderen Prozeduren
 - Pseudo“ OPS (Psych-PV)

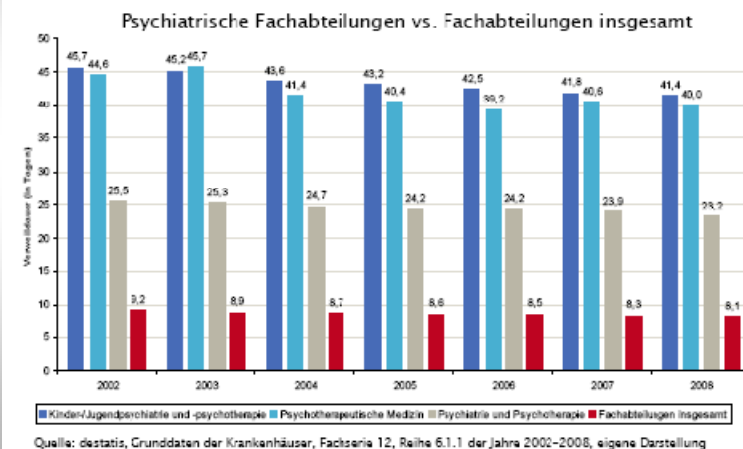
Berücksichtigung
DKR-Psych,
Regularien
ICD/OpS

Berücksichtigung Psych-
PV (Anlage 1 + 2),
Eingruppierungs-
empfehlungen

➔ Relevant für psychiatrisch/psychosomatische und somatische Diagnosen/Prozeduren

71

Verweildauerentwicklung (1)



Erfassung der Leistungen

- Notwendige Entscheidung: Die Leistungswoche muss pro Station/Einheit definiert werden, Synchronisierung (z. B. Dienstag – Montag) vs. Gleiche Taktung im gesamten Krankenhaus
- Leistungserfassung durch einen „Laufzettel“ der Patienten vs. dezentrales Erfassen durch die Therapeuten vs. Mischmodelle (Psychotherapiestation vs. Akutstation)
- Erfassung auf Papier vs. Computergestützte Lösung

73

Sammlung von Daten

- Stationsverantwortlichen (Festlegung der Berufsgruppe) vs. Medizinischen Kodierassistenten?
Festlegen der Zeit, bis zu der Daten eingegeben werden dürfen

Auswertung der Daten

- Wer übernimmt die Aufarbeitung (Addition) der Daten?
Sonderfälle beachten: Halbe Wochen, Wechsel zwischen Stationen, Wechsel zwischen Komplexkodes

74

Umwandlung der Daten (Therapieeinheiten) in Kodes – Einschätzung der Schwere der Erkrankung

- Verantwortlichen festlegen
- Controlling notwendig
- direkte Eingabe vs. Zwischenlösung auf Papier

Abschließende Kodierung

- Kodierverantwortlichen festlegen
- Zeitpunkt der Kodierung festlegen
- Controlling
- Übermittlung der Daten bei Entlassung

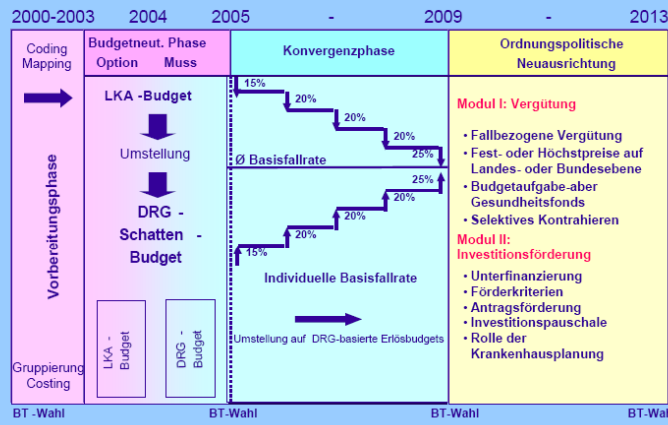
75

Empfehlung für die Klinik

- Dokumentation der Leistungen, Kodierung der PsychOPS
- möglichst zeitnah im Krankenhausinformationssystem/in der elektronischen Patientenakte zu implementieren, um Zeit für Bürokratie zu minimieren.
- Nebeneffekt: Personalbindungszeiten zwecks interner Transparenz und Prozessoptimierung erfassen
- Empfehlung an grundsätzlich jede Klinik am jährlichen Kalkulationsverfahren mitzuwirken, soweit die technischen (KIS), betriebswirtschaftlichen und personellen Voraussetzungen erfüllt werden können.

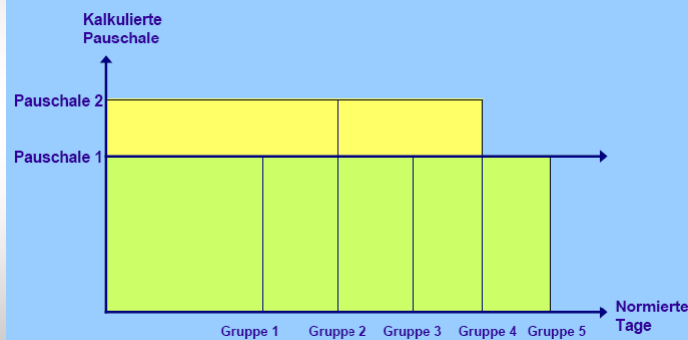
76

1. Ende der Konvergenzphase



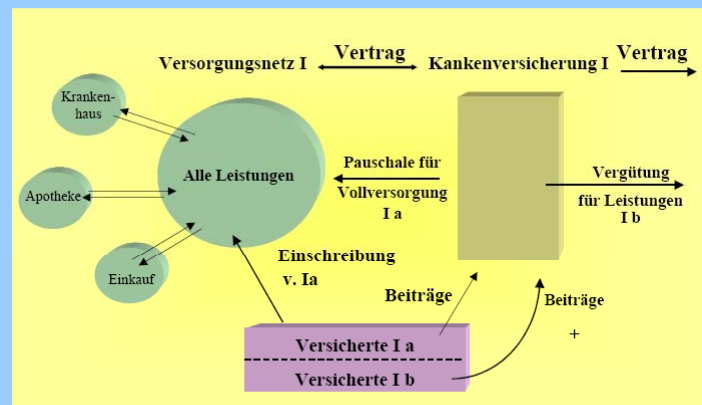
77

Tagespauschale als (Einstiegs)Lösung ?



78

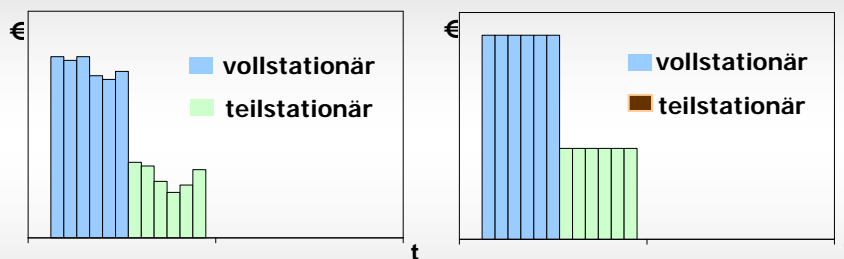
Vision der Krankenkassen: Versichertenpauschalen



IfG Institut für Gesundheitsökonomik

79

Tagespauschale als Einstiegslösung oder doch Fallgroupierung?



- Jeder Tag einzeln „durch den Grouper“, also jeder Tag eine andere Pauschale?
- Krankheitsepisode (z. B. vollstationärer Fall) durch den Grouper und daraus einheitlicher Tagessatz abgeleitet?
- ... oder sogar einheitliche Groupierung für voll- und teilstationär?

80

Kostenträger

Konsequenzen aus § 17d Abs. 1 KHG

- **§ 17d Abs. 1 KHG: Tagesbezogene Entgelte**
- Einführung der Zeitachse als „Dritte Dimension“ in der Kalkulationssystematik (neben Leistungen und Kosten)
- **Der individuelle Behandlungstag soll als Kostenträger dienen** (auch bei Episodenbetrachtung) !
- Sowohl die erbrachten Einzelleistungen als auch die damit verbundenen Kosten sind dem einzelnen Behandlungstag zuzuordnen !
- Gleichzeitig ist der Fallbezug jedes Behandlungstages sicherzustellen

81

4. Was erwarten die Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie vom neuen Entgeltsystem

82

I. Was erwarten wir vom neuen Entgeltsystem?

1. Realisierung der Änderung der Bundespflegesatzverordnung §6 Abs. IV – Grundlage zur Nachverhandlung des fehlenden Personals (Stichtag 31.03.2008)
2. Dem klinischen Alltag gerecht werdende Abbildung und Vergütung der Leistungen
3. Medizinischer Fortschritt in Diagnostik, Psychotherapie, somatischen Therapieverfahren muss abbildbar und finanzierbar sein
4. Komorbidität somatischer Erkrankungen sind zu berücksichtigen
5. Psychotherapie wird nach Leistungsaufwand abgebildet
6. Möglichst geringer Dokumentations-, Kodier- und Aufwand
7. Sektorenübergreifende Versorgung u. innovative Behandlungsansätze sollen gefördert werden
8. Fundierte Begleitforschung