

Derzeitiger Stand der Entwicklung des neuen Psychiatrieentgeltsystems

Lengerich, 13.10.2011

Dr. Antje Haas



Spitzenverband

Agenda

- 1 17d-Auftrag und Stand im Zeitplan
- 2 Tages-, Fall- und Zeitpauschalen
- 3 Psychiatrische Institutsambulanzen
- 4 Ordnungspolitischer Rahmen
- 5 Nächste Schritte

KHRG–Auftrag (17 d KHG)

Für die Fachgebiete

- Psychiatrie und Psychotherapie,
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie,
- psychosomatische Medizin und Psychotherapie

soll ein

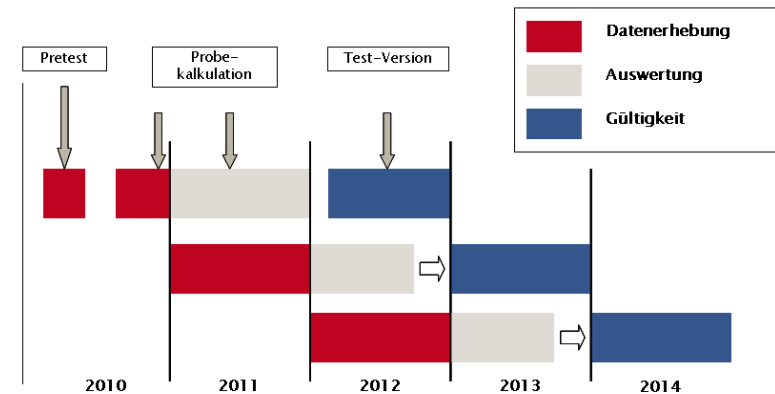
durchgängiges,
leistungsorientiertes und
pauschalierendes Vergütungssystem

der allgemeinen Krankenhausleistungen auf der Grundlage von **tagesbezogenen Entgelten** eingeführt werden.

Zeitplan

→ Zeitplan (Stand 10-2011)

- ✓ 2009 Vereinbarung der Grundstrukturen
- ✓ 2010 Psych-PV-Doku, OPS Erweiterung
- ✓ 2011 Datenerhebung, Begleitforschung
- 2012 Kalkulation, Katalogvereinbarung
- 2013 Budgetneutrale Einführung



→ gesondertes Gesetzgebungsverfahren für

- Einzelheiten der Einführung
- Rechtliche Rahmenbedingungen ab 2013



Spitzenverband

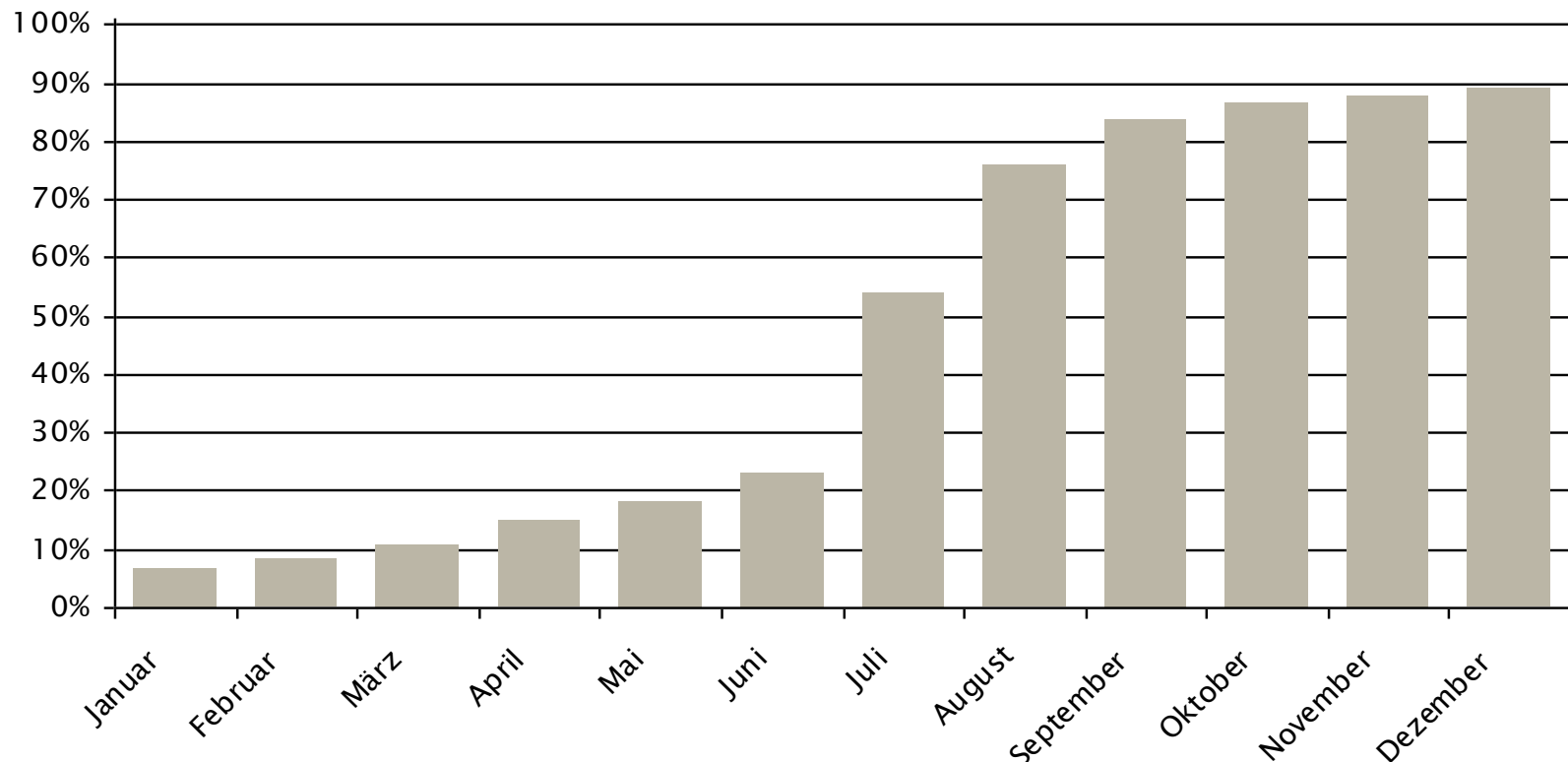
Kodierquantität Diagnosen (Anteil in % aller Fälle)

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

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

Kodierung Psych-OPS in 2010

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

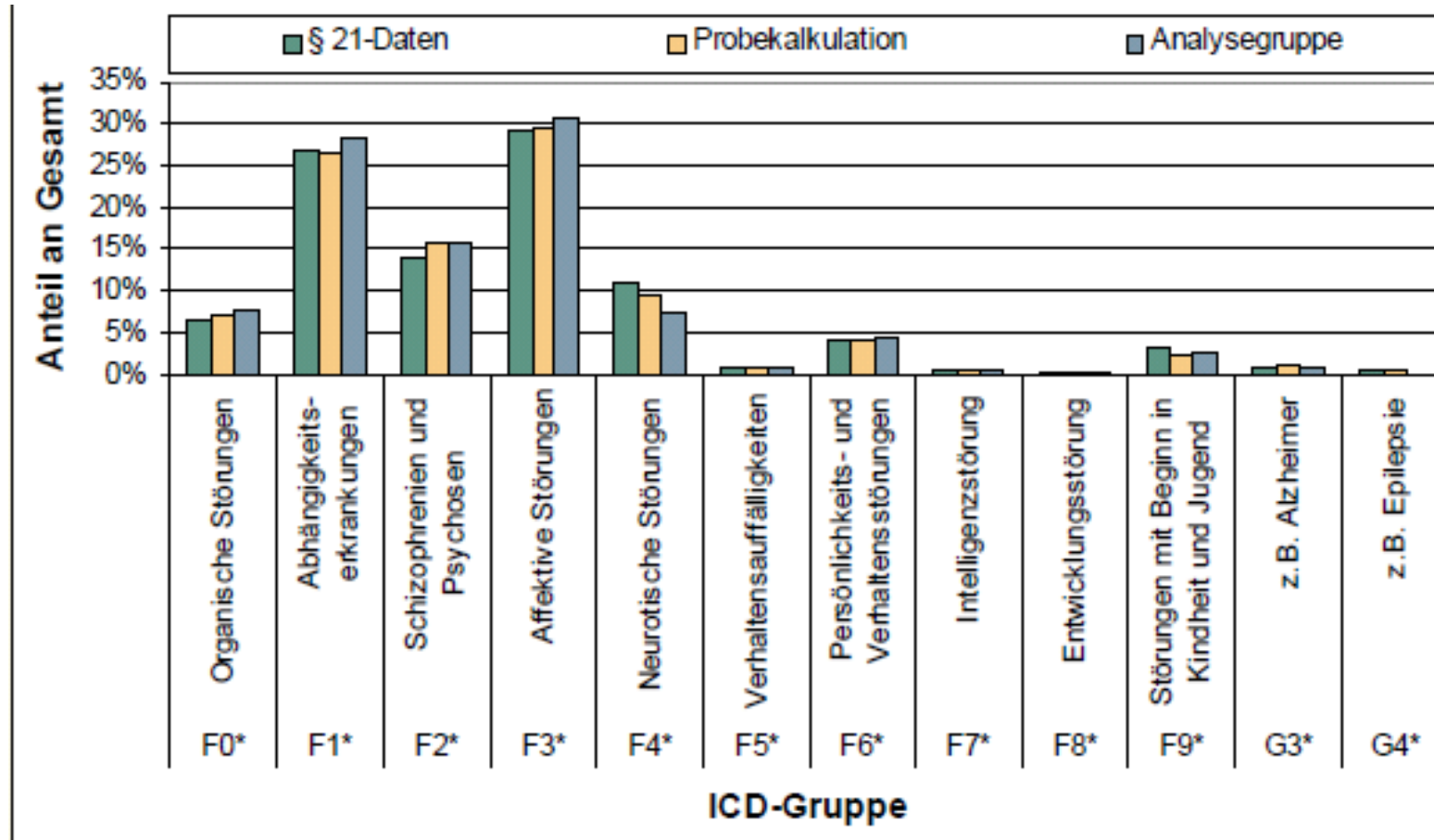


Quelle: InEK Vortrag zur Weiterentwicklung Entgeltsystem 2012, DRG Forum am 28.06.2011

InEK – Probekalkulation

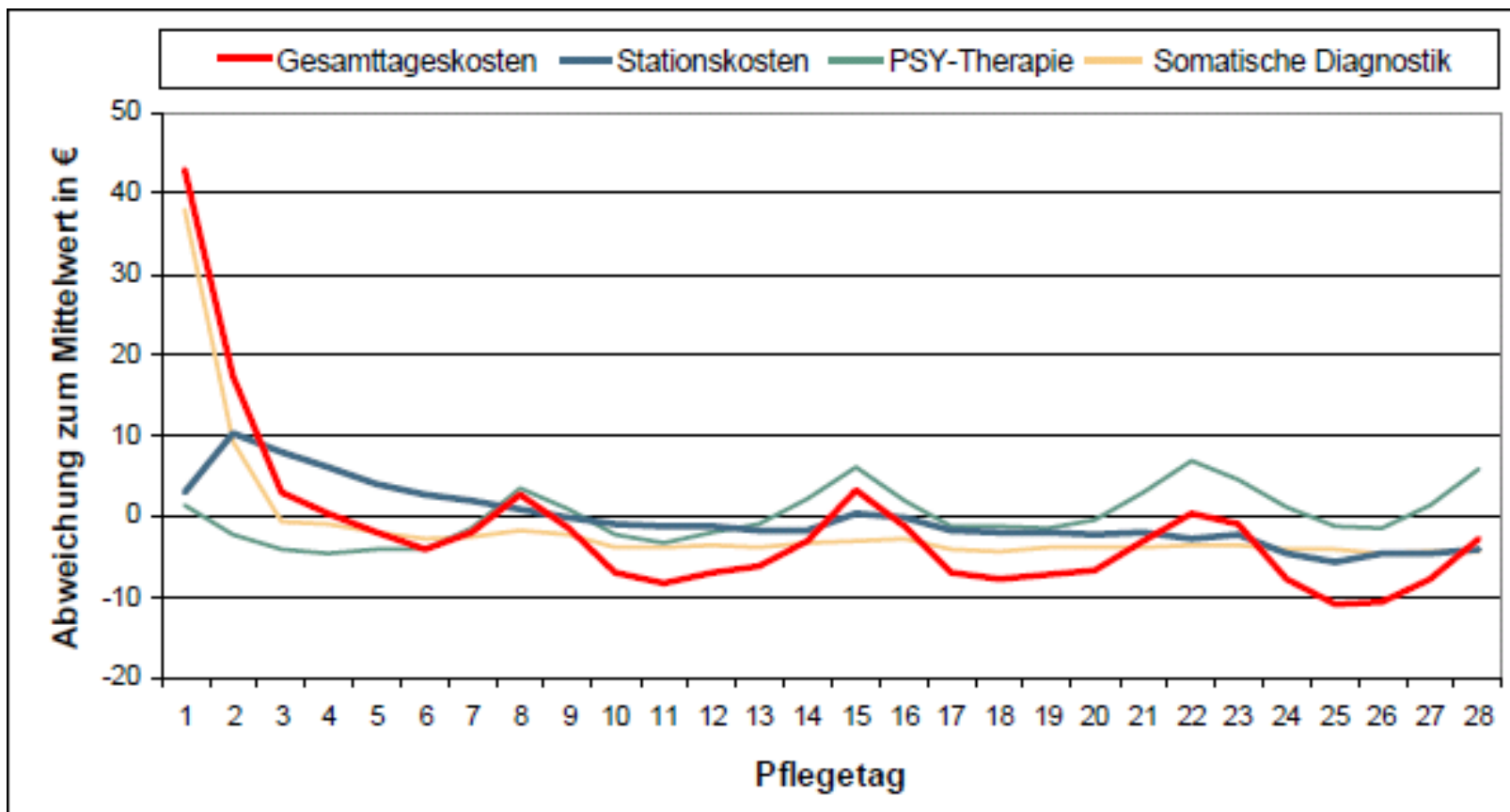
- ursprünglich 46 Häuser mit 3,5 Mio. Tagen
- Analysegruppe: 10 Häuser mit 0,61 Mio. Tagen (nach Plausibilisierung)
- Datenqualität nicht gut, aber unterjährige Verbesserung erkennbar
- DKG–Schlussfolgerung: verschieben
- GKV–SV–Schlussfolgerung: erstes Jahr schnell hinter sich bringen, weil Datenqualität immer mangelhaft (ähnlich: BMG und InEK)

Verteilung der Hauptdiagnosen

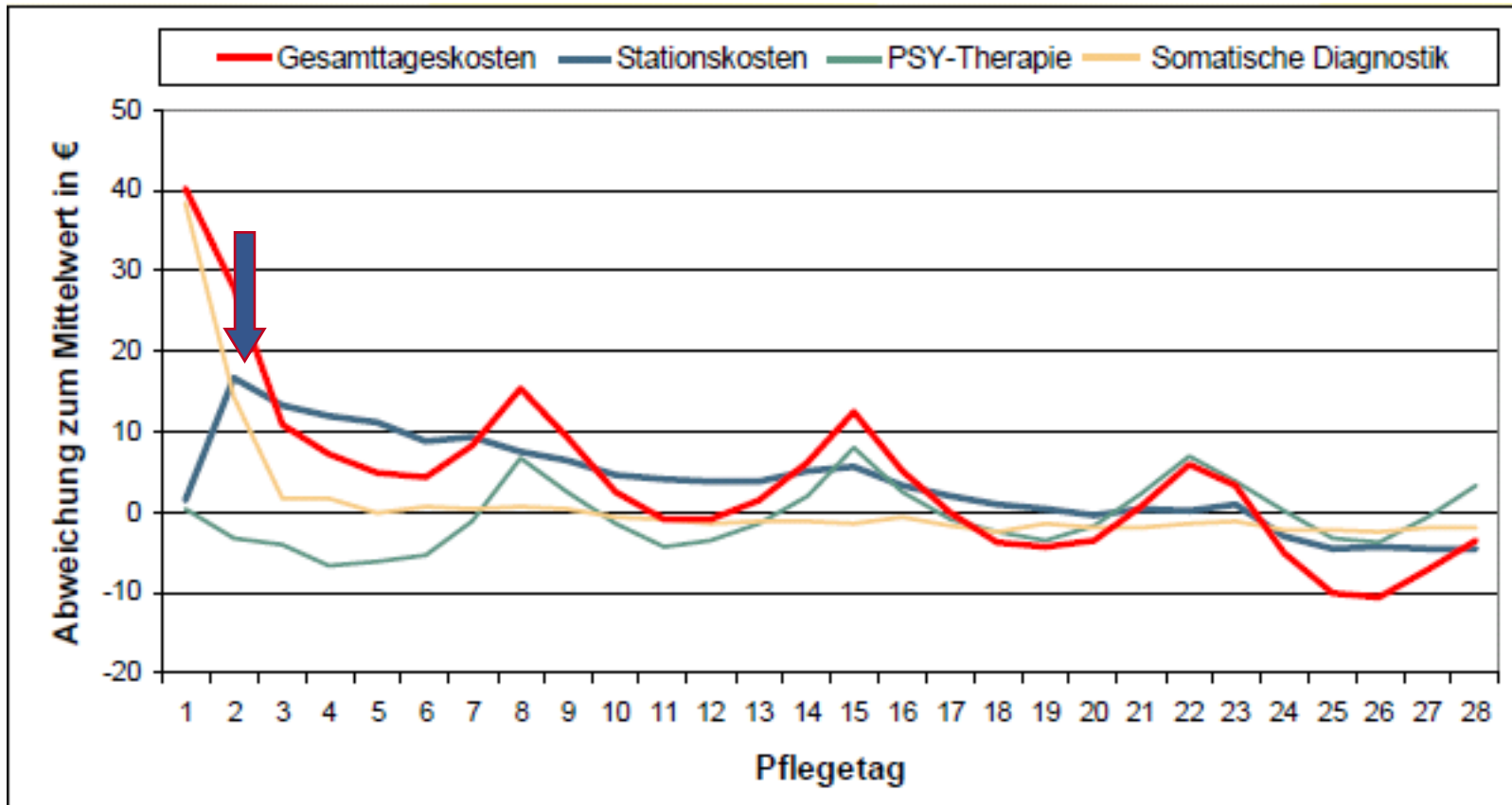


Kostenunterschiede je Pflege-tag

-Analysegruppe -



Kostenunterschiede je Pflegetag Langlieger ab 4 Wo. in Analysegruppe



Datum bei „Wochen-OPS“

→ Pretest-Ergebnis: Kuddelmuddel

→ Regelung in Kodierrichtlinien 2011 (PB005b):

Bei Wochenkodes „ist als Bezugsdatum für die jeweils zu kodierende Leistungsperiode der erste Tag der vom Kode bestimmten Periode anzugeben“.

Analyse Psych-PV – Einteilung

Name	Alter	HK Kosten
Regelbehandlung Allgemeinpsychiatrie	42,7	73,4%
Intensivbehandlung Allgemeinpsychiatrie	41,5	74,4%
Psychotherapie Allgemeinpsychiatrie	35,6	71,9%
Regelbehandlung Gerontopsychiatrie	75,1	75,8%
Intensivbehandlung Gerontopsychiatrie	77,0	78,1%
Psychotherapie Gerontopsychiatrie	57,3	70,7%
Kinderpsychiatrische Regel- und Intensivbehandlung	10,8	77,3%
Jugendpsychiatrische Regelbehandlung	15,4	73,9%
Jugendpsychiatrische Intensivbehandlung	15,2	77,4%
Regelbehandlung Abhängigkeitskranke	45,8	76,5%
Intensivbehandlung Abhängigkeitskranke	39,5	77,3%
Psychotherapie Abhängigkeitskranke	43,2	80,0%

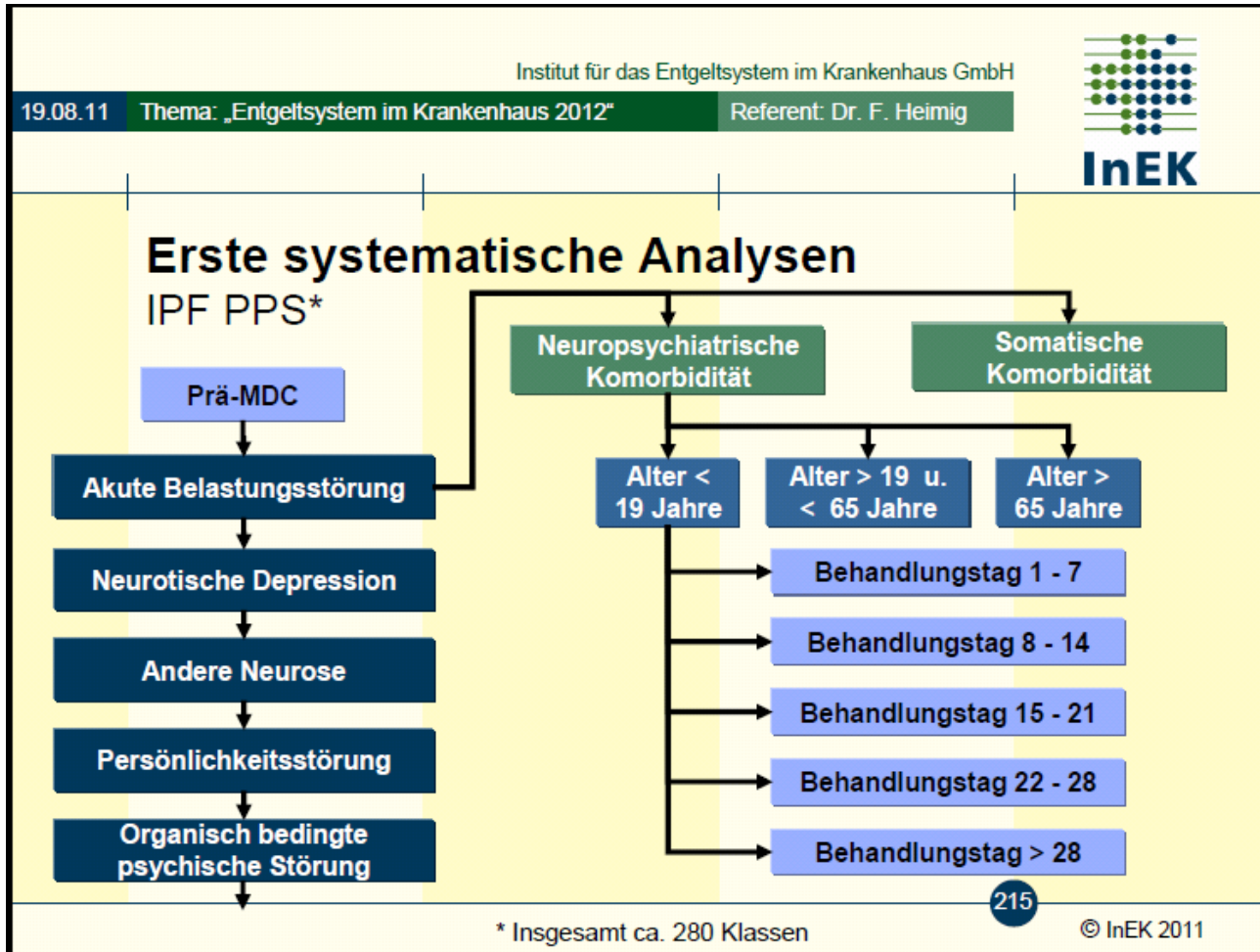
Heimig, InEK, 19.08.2011

- ➔ geringe Homogenität der Klassen
- ➔ Regel- vs. Intensivbehandlung: kaum Kostenunterschied
- ➔ 50 % der Tage in einer Klasse
- ➔ Fazit: nur eingeschränkt als Kostentrenner geeignet

Diagnosebezogene Analysen

- ICD-10-GM 2010 : 10 Gruppen nach ZweistellerHDg,
- aber auch DSM-IV mit 16 Gruppen und IPF PPS (11 Gr.) betrachtet
- teilweise geringe Homogenität der Klassen
- relevante Anzahl von Fällen ohne eindeutige Diagnose
- IPF-PPS-Komorbiditätsgruppen ohne Relevanz, aber Wochen
- Diagnosen sind fallbezogen = als Parameter für Tageskosten nur bedingt hilfreich (pseudoaufenthaltsstabil!)
- nur eingeschränkt als Kostentrenner geeignet

IPF – PPS als Kostentrenner



Erste Ansätze einer Gruppierung als Synopse I

Basis-Klassen mit Kostenhierarchie:

- Prä-MDC (z.B. 1:1 Betreuung, EKT) – KJP – Psychosomatik
Gerontopsychiatrie – Sucht – Allgemeinpsychiatrie

weitere Trennung nach:

- Aufenthaltswoche
- Art der Behandlung (Regel, Intensiv, psychotherapeutische
Komplexbehandlung, psychosomatisch-psth...)
- Weitere Diagnosesplits (z.B. Schweregrade)
- Weitere mögliche Kostentrenner (Therapieeinheiten,
Komorbiditäten...)

Erste Ansätze einer Gruppierung als Synopse II

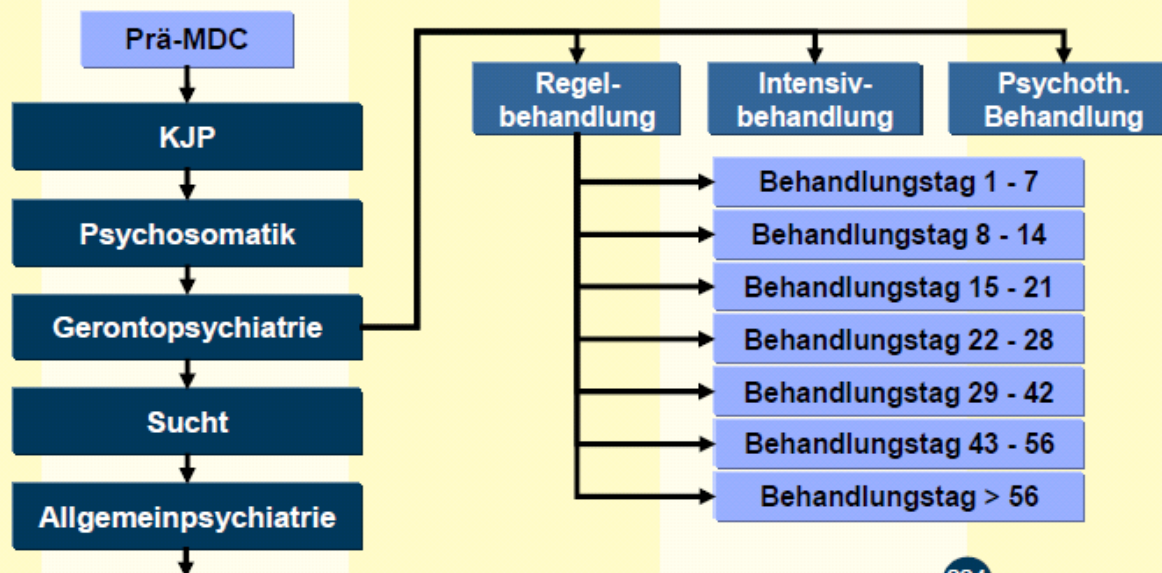
Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH

19.08.11 Thema: „Entgeltsystem im Krankenhaus 2012“ Referent: Dr. F. Heimig



Erste systematische Analysen

Synopse - Aufbau*



* Insgesamt ca. 140 Klassen bzw. nur 20 Klassen

224

© InEK 2011



Spitzenverband

weiteres Vorgehen

- InEK sucht weiter nach guten **Kostentrennern** (Diagnosen, Schweregrade, Komorbiditäten, somatische HD, Eltern-Kind-setting-Betreuung...), entwickelt eine **cc-Matrix** und konstruiert einen ersten **Grouper**
- **Selbstverwaltungspartner** verhandeln über weitere Vorgaben zur Entwicklung
- **BMG** textet Referentenentwurf zum Ordnungsrahmen

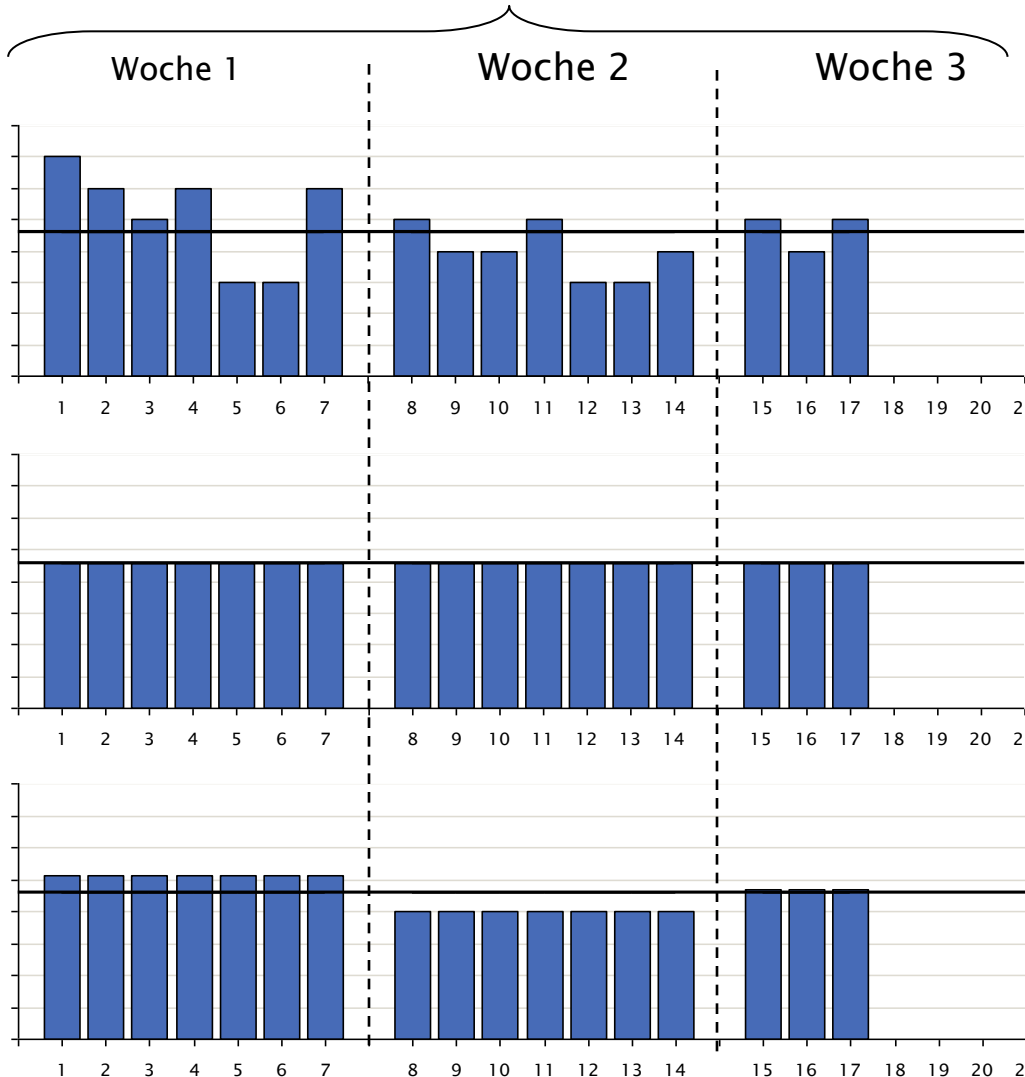
Vergütungsvarianten der Tagespauschale

Tages-, Wochen- oder Fallgroupierung



Spitzenverband

Beispiel: Patient verbleibt 17 Tage



Tagespauschale:
täglich wechselnd

Tagespauschale:
pro Fall (Gesamtdurchschnitt)

Tagespauschale:
pro Fall (Wochendurchschnitt)

Bewertung des Psych-OPS durch die GKV

- immerhin ein Anfang, aber medizinisch nicht gerade
gehaltvoll
- Wochenbezug richtungsweisend für die Groupierung
- zu starke Inputorientierung und zu viel „Türschild-OPS“
- zu hoher Kodieraufwand in Richtung Leistungs-
Vollerfassung
- Abschaffung nichtkostentrennender OPS durch das DIMDI



Spitzenverband

Trenner „Unterbringung“?

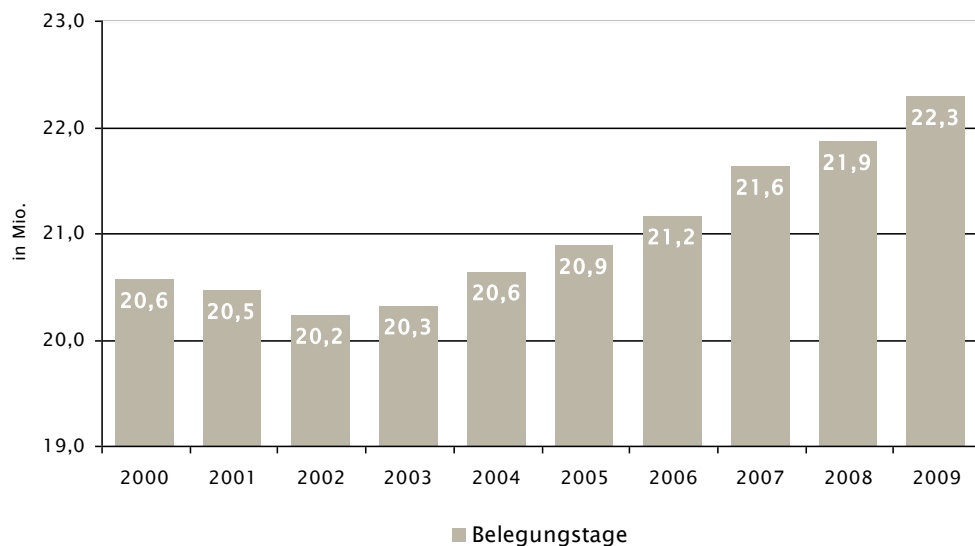
- wahrscheinlich verursachen Patienten mit gesetzlicher Unterbringung („Zwangseinweisung“) erhöhte Kosten
- als Kostentrenner nur verwendbar, wenn via 301 übermittelt
- Zeitspanne notwendig (also Aufnahmegrund, ... nicht verwendbar)
- Lösung: Pseudo-Fachabteilung
- keine Umsetzung für 2011, dafür insuffiziente Aufnahme von „Gesprächen mit Richtern“ im OPS 2011

Agenda

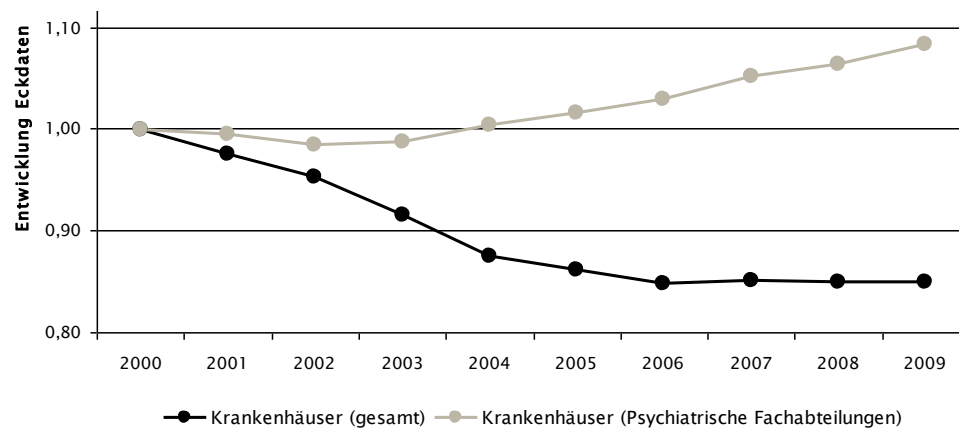
- 1 17d-Auftrag und Stand im Zeitplan
- 2 Tages-, Fall- und Zeitpauschalen
- 3 Psychiatrische Institutsambulanzen
- 4 Ordnungspolitischer Rahmen
- 5 Nächste Schritte

Belegungstage

Krankenhäuser (Psychiatrische Fachabteilungen)

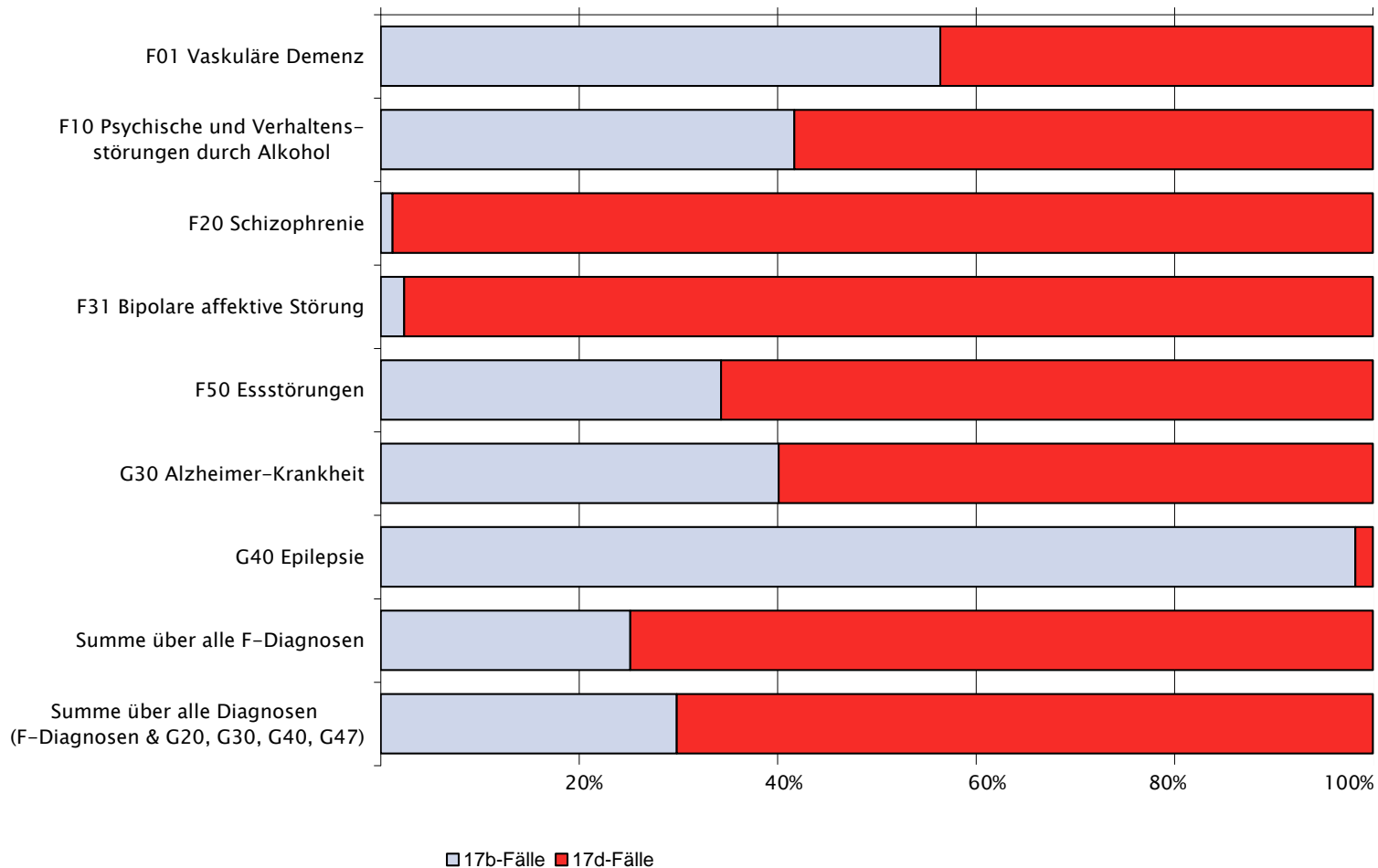


Belegungstage



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

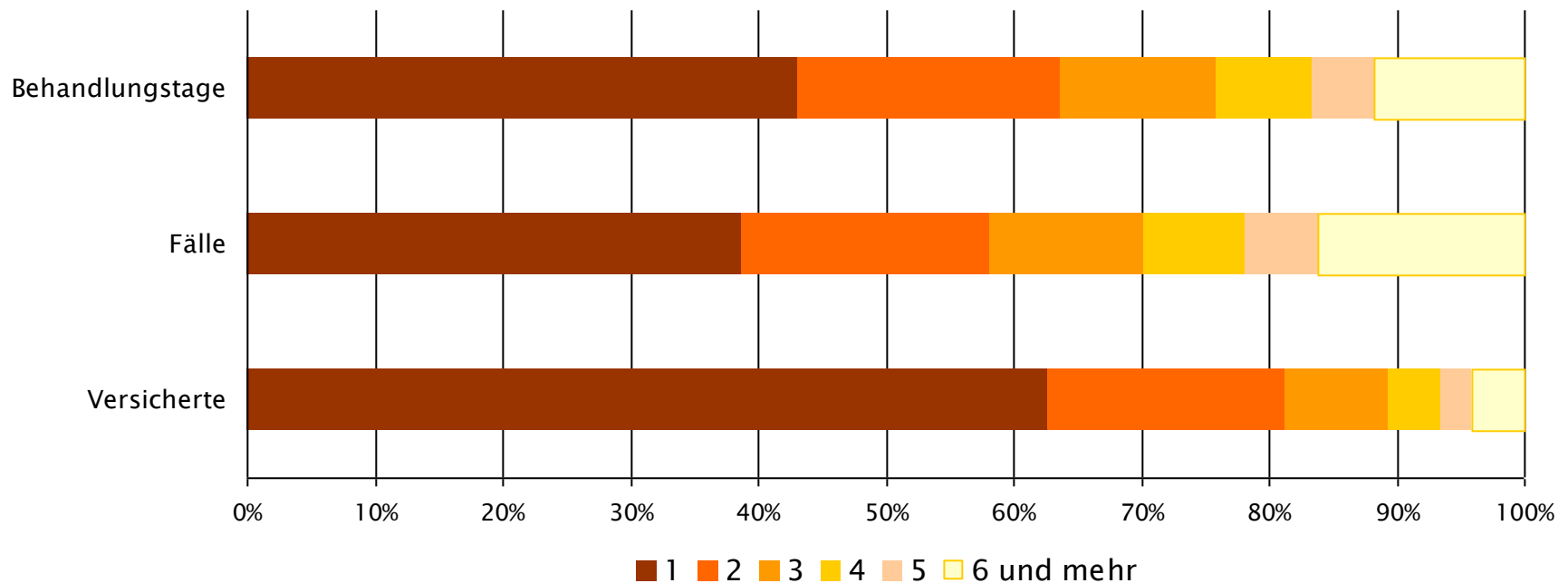
Arbeitsteilung: Behandlungsfälle in 17 d und 17 b



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

Mehrfachaufenthalte F10 Psychische und Verhaltens- störungen durch Alkohol

Häufigkeit weiterer vollstationärer psychiatrischer Aufenthalte
bei Patienten mit Hauptdiagnose F10



Quelle: Auswertung GKV-Spitzenverband von Abrechnungsdaten für 2008 (ca. 80% aller GKV-Versicherten)
vollstat. Fälle mit Hauptdiagnose F10 im Entgeltbereich nach § 17d KHG (96.346 Versicherte, 156.165 Fälle, 1.672.687 Behandlungstage)
Hinweis: Weitere Psychiatriefälle sind bei der Klassifizierung der Versicherten berücksichtigt, nicht jedoch in der Anzahl der Fälle und Behandlungstage.

Verschiedene Perspektiven am Beispiel F10

Kasse und Versicherte

- 63 % der Versicherten, die stationär in der Psychiatrie behandelt werden, haben nur einen stationären Aufenthalt pro Jahr.
- Schlussfolgerung: Zeitpauschale nicht sinnvoll

Stationsarzt und Patienten

- 62 % der Behandlungsfälle mit F10, die der Stationsarzt auf seiner Station erlebt, sind mehrmals stationär pro Jahr.
- Schlussfolgerung: Zeitpauschalen sinnvoll

Gesonderte Vertragsformen („Regionalbudgets“, ...)

- ➔ Modellprojekte mit Regionalbudgets zeigen ambulantes Potential und alternative Behandlungskonzepte auf

- ➔ Aber zwingend Regelungen für
 - Herauslösung aus der Landesentgeltsumme
 - Aufrechterhaltung der Kodierung
 - Einhaltung bundeseinheitlicher qualitätssichernder Maßnahmen

Wirkung eines regionalen Psychriatriebudgets im Kreis Steinburg

Patienten pro Behandlungsart in %	2002 (vor Einführung RB)	2007 (5. Jahr nach Einführung RB)	Differenz
ambulant	14,1 %	22,8 %	+ 8,7 %
ambulant + stationär	9,5 %	7,8 %	- 1,7 %
ambulant + teilstationär	1,6 %	2,8 %	+ 1,2 %
ambulant + teilstationär + stationär	2,7 %	5,2 %	+ 2,5 %
stationär	69,8 %	53,9 %	- 15,9 %
teilstationär	0,8 %	1,8 %	+ 1,0 %
teilstationär + stationär	1,5 %	5,7 %	+ 4,2 %

RB = regionales Budget

Quelle: Daten des Klinikums Itzehoe, Deister 2011

Bewertung „Regionalbudgets“

Pro

- Anreiz für Einrichtungen, mehr ambulant zu behandeln
- Substitutionsgewinne zu verteilen
- Budgets besser beherrschbar als Leistungsvergütung



Spitzenverband

Bewertung „Regionalbudgets“

Contra

- mangelnde Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgung
- keine klare Abgrenzung der Versorgungsregionen
- Regionalbudgets sind letztlich Einrichtungsbudgets
- Verbleib der Substitutionsgewinne allein beim Anbieter
- Leistungsgerechte Budgetanpassung führt doch wieder in Richtung Leistungsvergütung

Anmerkungen zur Anreizwirkung alternativer Abrechnungspauschalen

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

Agenda

- 1 17d-Auftrag und Stand im Zeitplan
- 2 Tages-, Fall- und Zeitpauschalen
- 3 Psychiatrische Institutsambulanzen
- 4 Ordnungspolitischer Rahmen
- 5 Nächste Schritte

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



PIA–Dokumentation

Konzept des GKV–Spitzenverbandes
und des KompetenzCentrums
für Psychiatrie und Psychotherapie (KCCP)
zur Erfassung der Leistungen
in den psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA)

Autoren:
Dr. W.–D. Leber, Dr. A. Haas, J. Hahn,
Dr. C. J. Tolzin, Dr. W. Martinsohn–Schittkowski

Berlin, 20. April 2011



unter
[www.gkv-spitzenverband.de/
KH_Psychiatrie_
PIA_Dokumentation.gkvnet](http://www.gkv-spitzenverband.de/KH_Psychiatrie_PIA_Dokumentation.gkvnet)

„Bayern classic“



Spitzenverband

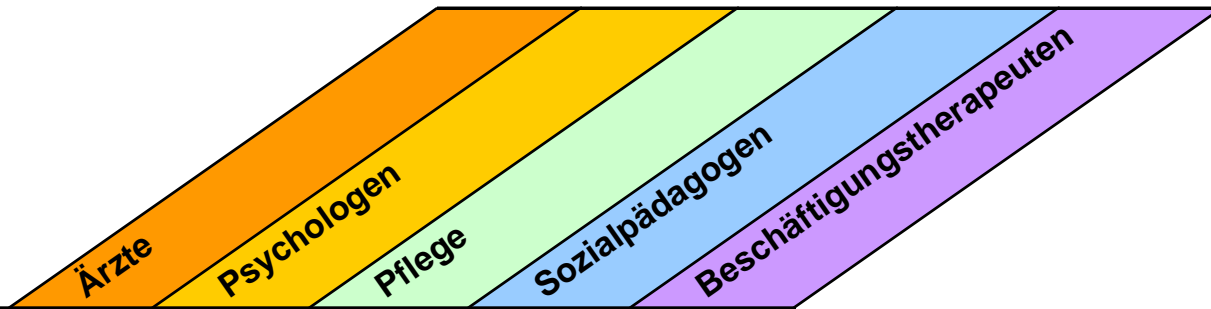
Leistungsart	Minuten	Berufungskategorie				
		Ärzte	Psychologen	Pflege	Sozialpädagogen	Beschäftigungstherapeuten
Dokumentation		101	201			
Einzeltherapie	10	110	210	310	410	
	20	111	211	311	411	511
	40	112	212	312	412	512
	60	113	213	313	413	513
	90	114	214	314	414	514
	120	115	215	315	415	515
	180	116	216	316	416	516
	240			317	417	
Kleingruppe	60	143	243	343	443	543
	90	144	244	344	444	544
	120	145	245	345	445	545
	180			346	446	546
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
	300					558
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
	180	166	266	366	466	566
	Labor -Standard				170	
Spiegelbestimmung				171		
Stäbchentest				172		
quant. Bestimmung				173		
CT				180		
NMR				190		
Fallbespr.	10			600		
	20			609		
Personal appar. Diagnostik	10			770		
	20			771		
	40			772		
	60			773		

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

„Bayern light“

- stark vereinfachte Dokumentation als Minimalvariante
- keine doppelte Dokumentation für Länder, die jetzt schon nach Bayerischem Modell dokumentieren
- Nachteil: keine medizinischen Inhalte
- Wichtig: Patientenpseudonym identisch mit stationärem Sektor
- Umsetzung via OPS oder OPS-Ergänzung im 301-Verfahren (Voraussetzung: Datumsfeld im AMBO-Datensatz)

„Bayern light“



Leistungsart	Minuten	Ärzte	Psychologen	Pflege	Sozialpädagogen	Beschäftigungstherapeuten
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		

„Bayern medical“



- medizinisch-therapeutisch inhaltvoll
- zukunftsgerichtet
- Erfahrungen und Expertise von PIA- MitarbeiterInnen und KCPP eingeflossen: was machen PIAs heute und was sollen sie in Zukunft machen?
- Entwicklungsperspektiven integriert: Home-Treatment, Krisenintervention, Soziotherapie, Case-Management



Spitzenverband

Setting	Leistungsart	Berufungsgruppen				
		Ärzte (1)	Psychologen (2)	Pflege (3)	Sozialpädagogen (4)	Beschäftigungstherapeuten (5)
Dokumentation	Dokumentation AmbBADO ¹	100	200			
Fallbesprechung	interdisziplinär ²			600		
Labor/Diagnostik	Labor ³			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 ⁴	102.1 - .3	202.1 - .3			
	(3) Psychotherapie ⁵	103.1 - .3	203.1 - .3			
	(4) alltagsspezifisches Kompetenztraining			304.1 - .3	404.1 - .3	504.1 - .3
	(5) Soziotherapie				405.1 - .3	
	(6) übende Verfahren ⁶	106.1 - .3	206.1 - .3	306.1 - .3	406.1 - .3	506.1 - .3
	(7) spezifisches Therapieverfahren ⁷					507.1 - .3
	(9) Pflege-Diagnostik ⁸			309.1 - .3		
	(10) spezifische Testverfahren	110.1 - .3	210.1 - .3			
	(11) vertiefte Exploration	111.1 - .3	211.1 - .3	311.1 - .3	411.1 - .3	511.1 - .3
	(12) sozialpsychiatrische Grundversorgung ⁹	112.1 - .3	212.1 - .3	312.1 - .3	412.1 - .3	512.1 - .3
	(13) Besprechung mit Bezugspersonen ¹⁰	113.1 - .3	213.1 - .3	313.1 - .3	413.1 - .3	513.1 - .3
	(14) Krisenintervention	114.1 - .3	214.1 - .3	314.1 - .3	414.1 - .3	514.1 - .3
	(15) medikamentöse Einstellung / Umstellung	115.1 - .3				
	(16) medikamentöse Begleitung + Beratung			316.1 - .3		
	(17) administrative Tätigkeiten ¹¹	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 ⁴		122.1 - .3	222.1 - .3			
(3) Psychotherapie ⁵		123.1 - .3	223.1 - .3			
(4) alltagsspezifisches Kompetenztraining				324.1 - .3	424.1 - .3	524.1 - .3
(5) Soziotherapie					425.1 - .3	
(6) übende Verfahren ⁶		126.1 - .3	226.1 - .3	326.1 - .3	426.1 - .3	
(7) spezifisches Therapieverfahren ⁷						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 ⁴	132.1 - .3	232.1 - .3			
	(3) Psychotherapie ⁵	133.1 - .3	233.1 - .3			
	(4) alltagsspezifisches Kompetenztraining			334.1 - .3	434.1 - .3	534.1 - .5
	(5) Soziotherapie				435.1 - .3	
	(6) übende Verfahren ⁶	136.1 - .3	236.1 - .3	336.1 - .3	436.1 - .3	
	(7) spezifisches Therapieverfahren ⁷					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

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





Spitzenverband

PIA-Doku – Verhandlungen 2011

→ DKG – Position:

- Grundgesamtheit: nur Bundesländer, die jetzt schon nach Bayerischem Modell arbeiten
- Bayerischer Katalog erweitert um Leistungskomplexe

→ GKV-SV – Position:

- Grundgesamtheit: bundesweit einheitlich
- Bayerischer Katalog als Grundlage: classic-medical-light
- Minimum: Kontaktfrequenzen, PID stat.-teil-PIA
- DTA: OPS-Äquivalente mit Datumsfeld

Agenda

- 1 17d-Auftrag und Stand im Zeitplan
- 2 Tages-, Fall- und Zeitpauschalen
- 3 Psychiatrische Institutsambulanzen
- 4 Ordnungspolitischer Rahmen
- 5 Nächste Schritte

Ordnungspolitischer Rahmen Perspektive 2010

- Gesonderte Gesetzgebung
- Preisgröße: „Basistageswert“
- Konvergenz möglicherweise kürzer
- Sofort Bundesbasistageswert ?
- Andere Vergütungsformen ebenfalls abbildbar

Ordnungspolitik



Grundsätze zur Ausgestaltung des ordnungs-
politischen Rahmens zur Einführung eines
pauschalierenden Entgeltsystems für psychia-
trische und psychosomatische Einrichtungen
nach § 17 d Krankenhausfinanzierungsgesetz
(KHG)

GKV-Spitzenverband
und Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

Berlin und Köln, den 29.03.2011

unter
[www.gkv-spitzenverband.de/
KH_Psychiatrie_
Ordnungsrahmen.gkvnet](http://www.gkv-spitzenverband.de/KH_Psychiatrie_Ordnungsrahmen.gkvnet)

Grundsätze des GKV-SV zum Ordnungspolitischen Rahmen (I)



1. **zügiger Umstieg** auf die leistungsbezogene Vergütung
(**längere budgetneutrale** Entwicklungsphase notwendig)
2. Vielfalt von Vergütungsformen (Tages-, Fall-, Zeitpauschalen)
auf Basis eines einheitlichen **Relativgewichtssystems**
3. **PIA**: bundesweit nach Leistung differenzierte Vergütung,
(ab 2012 **bundeseinheitliche** Dokumentation)
4. **einheitliches** Krankenhausvergütungssystem
(Ergänzung des KHEntgG um Psych-Regelungen)
5. langfristig einheitlicher **Landesentgeltwert**
für Psychiatrie und Somatik

Grundsätze des GKV–SV zum Ordnungspolitischen Rahmen (II)

6. Alternative Vergütungsformen (**Regionalbudgets**) bei Ausgliederung aus dem Landesentgeltvolumen ermöglichen
7. **Keine selektivvertraglichen** Modelle in der psychiatrischen Versorgung
8. **Kostenneutrale Konvergenz** sicherstellen (Fehler bei DRG–Einführung vermeiden)
9. Sektorenübergreifende **Qualitätssicherung** und stärker medizinisch geprägte Prozedurenklassifikation
10. Wahrung der **Beitragssatzstabilität** über den Landesentgeltwert unter Berücksichtigung von Zusatzbeiträgen

BMG: Vorschläge für Eckpunkte zum Ordnungsrahmen I

Stand 31.08.2011



- 1. Beginn der Einführung der Psych-Entgelte nach 17d KHG zum 1. Januar 2013**
 - budgetneutrale Einführung des Psych-Entgeltsystems beginnt zum 1. Januar 2013.
 - vierjährige budgetneutrale Phase und anschließend fünfjährige Konvergenzphase
 - 2013 und 2014 zwei optionale Jahre, in denen die Abrechnung nach dem neuen Entgeltsystem auf freiwilliger Grundlage erfolgt.
 - Die rechtlichen Rahmenbedingungen für das Psych-Entgeltsystem werden in einer eigenständigen Rechtsgrundlage geregelt.

BMG:

Vorschläge für Eckpunkte zum Ordnungsrahmen II

Stand 31.08.2011



QS im G-BA:

- Entwicklung von Qualitätsindikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.
- Verfahren der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung spätestens mit Beginn der Konvergenzphase für die Krankenhäuser verbindlich anzuwenden.
- Ergebnisse sind transparent nach Außen (z. B. in Qualitätsberichten der Krankenhäuser) darzustellen.

BMG:

Vorschläge für Eckpunkte zum Ordnungsrahmen III

Stand 31.08.2011



2. Budgetneutrale Phase ab 2013

- Für die Kostenträger ist die Annahme der Abrechnungen nach den neuen Psych-Entgelten verpflichtend.
- In den Jahren 2015 und 2016 Abrechnung nach dem neuen Entgeltsystem für alle psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen verpflichtend.
- In der budgetneutralen Phase werden die Budgets der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen noch nach den bisherigen Regeln vereinbart.
- Verluste oder Gewinne vermieden (Einführung unter geschützten Bedingungen).
- Die Nachverhandlung von Personalstellen nach der Psych-PV für Optionseinrichtungen auch noch während der Optionsjahre möglich.

BMG:

Vorschläge für Eckpunkte zum Ordnungsrahmen IV

Stand 31.08.2011



2. Budgetneutrale Phase ab 2013

- Auf Grundlage der Krankenhausbudgets werden unter Anwendung der bundeseinheitlichen Entgeltkataloge krankenhausindividuelle Preise (Basisentgeltwerte) ermittelt und abgerechnet.
- Mehr- und Mindererlösausgleiche werden weiterhin durchgeführt. Mindererlösausgleichsquote für Optionseinrichtungen in 2013 und 2014 von derzeit 20 auf 75 Prozent erhöht. Ab 2015 wieder abgesenkt. Kodierbedingte Mehrerlöse werden vollständig ausgeglichen.
- Zusatzentgelte, krankenhausindividuelle Entgelte, Zu- und Abschläge werden abrechenbar (analog KHEntgG).
- Die Aufstellungen für die Budgetverhandlungen werden auf das leistungsorientierte Entgeltsystem ausgerichtet (u. a. neue Aufstellung zu Art und Anzahl der Leistungen). Erstmals gesetzliche Vorgabe – später SV-Aufgabe Bundesebene.

BMG:

Vorschläge für Eckpunkte zum Ordnungsrahmen V

Stand 31.08.2011



3. Zum Festpreissystem in fünf Konvergenzjahren (2017–2021)

- 2017 erstmalig LBEW zu vereinbaren.
- Die Krankenhausbudgets werden stufenweise angeglichen, indem die Differenz zwischen dem Budget und dem Psych-Erlösvolumen (einrichtungsbezogene Art und Anzahl der Leistungen x Landesbasisentgeltwert) abgebaut wird.
- Kodierbedingte Mehrerlöse werden vollständig ausgeglichen.
- Konvergenzbedingte Budgetverminderungen durch eine Kappungsgrenze begrenzt (1 %, jährlich um 0,5 % steigend). Die Summe der Kappungsbeträge mindert den LBEW.
- Für NUB können bei fehlender sachgerechter Abbildung krankenhausesindividuelle Vergütungsvereinbarungen geschlossen werden.

BMG:

Vorschläge für Eckpunkte zum Ordnungsrahmen VI

Stand 31.08.2011



3. Zum Festpreissystem in fünf Konvergenzjahren (2017–2021)

- Konzept der besonderen Einrichtungen nach Abschluss der budgetneutralen Phase von der Anwendung des Psych-Entgeltsystems zeitlich befristet ausgenommen.
- Bei der Vereinbarung des LBEW sind Fallzahlentwicklungen und Kostenentwicklungen zu berücksichtigen. Die Obergrenze für den Zuwachs des Landesbasisentgeltwertes bildet der aus dem Orientierungswert abzuleitende Veränderungswert.

BMG:

Vorschläge für Eckpunkte zum Ordnungsrahmen VII

Stand 31.08.2011



4. Stärkung sektorenübergreifender Ansätze

- Modellvorhaben oder integrierte Versorgung weiterhin möglich. Im Rahmen des weiteren Gesetzgebungsverfahrens die Vorgaben für Modellvorhaben weiter zu entwickeln. Die geltenden Dokumentationsvorgaben verbindlich.
- Leistungen der PIAs möglichst kurzfristig über eine bundeseinheitliche Leistungsdokumentation zu erfassen.
- Auch psychosomatische Einrichtungen (Krankenhäuser und Fachabteilungen) die Möglichkeit der PIA eröffnet.
- Zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Fallsteuerung vereinbaren die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene für Krankheitsbilder mit aufwändigen Versorgungsverläufen Empfehlungen für Interventionszeitpunkte noch während der laufenden Behandlung.
- Abstimmung zwischen Krankenhaus und Krankenkasse zur sektorenübergreifenden Leistungscoordination. MDK-Vermeidung.

Agenda

- 1 17d-Auftrag und Stand im Zeitplan
- 2 Tages-, Fall- und Zeitpauschalen
- 3 Psychiatrische Institutsambulanzen
- 4 Ordnungspolitischer Rahmen
- 5 Nächste Schritte



Spitzenverband

BMG und Parlament

- Weiterentwicklung der Vorschläge für Eckpunkte zur Ausgestaltung der rechtlichen Rahmenbedingungen für ein pauschalierendes Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen
- Regelungen zur PIA-Dokumentation als Ersatzvornahme (evtl. im Versorgungsstrukturgesetz – VStG)
- OPS und ICD weiterentwickeln (DIMDI)



Spitzenverband

DKG und GKV–SV (+PKV)

- ➔ Begleitforschung
 - 2011: Machbarkeitsstudie
 - 2012: Begleitforschung vergeben

- ➔ PIA–Dokumentation und Datenübermittlung vereinbaren

- ➔ Grundstruktur der Psych–Entgelte und Abrechnungsregeln in Auswertung der Probekalkulationsergebnisse vereinbaren

InEK (und Kalkulationshäuser)

- Fahndung nach Kostentrennern
- Weiterentwicklung Kalkulationshandbuch
- Probe-Grupper
- Herbst 2012: System und Grupper für 2013



Spitzenverband

G-BA (Qualitätssicherung)

- Bislang keine externe QS im Psych-Bereich
- Sinnvoll: sektorübergreifende QS
(Vorsicht! Funktioniert noch nicht)
- G-BA-Vorarbeiten: Modellprojekt Depression
(starke Konzentration auf Pharmakotherapie)
- Diverse Vorarbeiten
AOK-BV: QS-Indikatoren für Schizophrenie
GKV-SV: QS-Indikatoren-Übersicht (Quinth)

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

www.GKV-Spitzenverband.de