



Derzeitiger Stand der Regelung zum Neuen Entgeltsystem in der Psychiatrie

Kurt Häupl
Geschäftsführer MedBO

Medizinische Einrichtungen des Bezirks Oberpfalz GmbH (MedBO) und Sonderkrankenhäuser des Bezirks Oberpfalz



Medizinische Einrichtungen des Bezirks Oberpfalz GmbH (MedBO) und Sonderkrankenhäuser des Bezirks Oberpfalz

- ▶ 2 Universitätskliniken (Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie)
- ▶ Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik mit 5 Tageskliniken (1 in Planung)
- ▶ Klinik für Neurologische Rehabilitation (Behandlungsphasen B bis F)
- ▶ Klinik für Forensische Psychiatrie
- ▶ Klinik für junge Drogenabhängige
- ▶ Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (Wöllershof)
- ▶ Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (Cham, tlw. in Planung)
- ▶ Klinik für Lungen- und Bronchialheilkunde für uneinsichtig TBC-Kranke (Parsberg)



Medizinische Einrichtungen des Bezirks Oberpfalz GmbH (MedBO) und Sonderkrankenhäuser des Bezirks Oberpfalz

- ▶ 5 Tageskliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie (davon 1 in Planung)
- ▶ 5 Tageskliniken für Psychiatrie (davon 2 in Planung)
- ▶ 4 Institutsambulanzen für Kinder- und Jugendpsychiatrie
- ▶ 3 Institutsambulanzen für Psychiatrie
- ▶ 1 Neuroradiologisches Institut (in Koop. mit der Universität Regensburg)
- ▶ 4 Pflegeheime
- ▶ Krankenpflegeschule mit 150 Ausbildungsplätzen
- ▶ Institut für Bildung und Personalentwicklung



Medizinische Einrichtungen des Bezirks Oberpfalz GmbH (MedBO) und Sonderkrankenhäuser des Bezirks Oberpfalz

- ▶ Versorgungsgebiet: Reg.-Bezirk Oberpfalz (1,05 Mio EW)
- ▶ Gesellschafter und Träger: Bezirk Oberpfalz
- ▶ 6 Standorte
- ▶ 2400 Beschäftigte
- ▶ Erfolgsplan 2011: 176.395 T€
(Einnahmen)
- ▶ Vermögensplan: 32.469 T€



Agenda

- ▶ Leistungserfassung im stationären Bereich
- ▶ Leistungserfassung in der Psy. Institutsambulanz (PIA)
- ▶ Benchmarkprojekt IMC Iges



▶ § 17 d KHG

Für die Vergütung der allgemeinen
Krankenhausleistungen von
Fachkrankenhäusern..... ist ein
durchgängiges
leistungsorientiertes
pauschalierendes
Vergütungssystemeinzuführen



Vorbereitung der MedBO

- ▶ Die Primärdokumentation im vorhandenen KIS soll um die Möglichkeit der minutiösen **Zeiterfassung** erweitert werden, um automatisiert eine Addition der bezogenen Einzelleistungen (Therapien) je Berufsgruppe/ Patient und Tag zu erhalten
- ▶ Im Rahmen eines aufgesetzten BI-Projektes wird eine **Kostenträgerrechnung** entwickelt, die den Kostenträger „Behandlungstag“ adäquat abbilden kann
- ▶ Stichprobenweise wurde das Leistungsgeschehen auf verschiedenen Stationen im Bezirksklinikum Regensburg untersucht, um daraus ggf. Erkenntnisse hinsichtlich Art und Anzahl der Leistungen (Kosten), Differenzierungsmerkmale unterschiedlicher Stationstypen und die Tätigkeiten versch. Berufsgruppen zu gewinnen



Leistungserfassung im stationären Bereich



- ▶ Fragestellungen:
- ▶ Ist durch eine differenziertere Leistungserfassung als derzeit vorgesehen (Einzelleistungen < 25 Minuten) eine sachgerechtere Zuordnung der Einzelleistungen (Kosten) auf die Patienten in welchem Maß möglich wird (Stichwort: Leistungsbezug)
- ▶ Unterscheiden sich offene und geschlossene Stationen in ihrem Leistungsgeschehen
- ▶ Wie stellen sich die Leistungen einzelner Berufsgruppen dar
- ▶ Unterscheiden sich unterschiedliche Behandlungsbereiche (Allgemeinpsychiatrie, Sucht, Gerontopsychiatrie) im Leistungsgeschehen



Dauer und Umfang der Leistungserhebung

- ▶ Dauer der Leistungsdokumentation:
 - 5 Tage (alle Berufsgruppen ohne Pflege)
 - 7 Tage Pflege
 - 2 Nachtdienste Pflege
- ▶ Untersuchte Stationen:
 - 2 offene Stationen (Allgemeinpsychiatrie und Gerontopsychiatrie)
 - 1 Spezialstation mit chronisch Schizophrenen
 - 2 geschlossene Stationen (Allgemeinpsychiatrie und Sucht)
 - 1 Tagklinik
- ▶ Anzahl einbezogener Patienten im Durchschnitt: 164
- ▶ Anonymisierte Erhebung je Berufsgruppe
 - **Achtung:** Beteiligung der Mitarbeitervertretung !



Art der erfassten Leistungen

- ▶ **Kurzkontakte:** Alle Patientenkontakte < 2 Minuten
- ▶ **Einzelleistungen:** Alle erbrachten Einzelleistungen > 5 Minuten
- ▶ **Kollektivleistungen:** Alle für die Gesamtheit des Patientenkollektivs erbrachten Leistungen
- ▶ **stationsbezogene Leistungen:** Alle unabhängig von Art und Anzahl der Patienten erbrachten Leistungen auf Station



Teilnehmende Berufsgruppen

- ▶ 15 Ärzte
- ▶ 41 Pflegekräfte
- ▶ 7 Psychologen
- ▶ 3 Sozialpädagogen
- ▶ 1 Physiotherapeut
- ▶ 9 Ergotherapeuten
- ▶ 4 Sonstige (Krankenpflegeschüler, FSJ)

Beteiligungsquote: 100%



Ergebnis LE Ärzte

Ärzte	offene Stationen	geschlossene Stationen	Spezialstation mit chronisch Schizophrenen	Tagklinik
Kurzkontakte	4%	6%	3%	1%
Einzelleistungen	23%	23%	41%	44%
Kollektivleistungen	14%	5%	13%	0%
stationsbez. Leistungen	59%	66%	43%	55%

in % der dokumentierten Arbeitszeit



Ergebnis LE Pflegedienst

<i>Pflege</i>	offene Stationen	geschlossene Stationen	Spezialstation mit chronisch Schizophrenen	Tagklinik
Kurzkontakte	11%	16%	15%	3%
Einzelleistungen	33%	25%	19%	52%
Kollektivleistungen	16%	19%	24%	6%
stationsbez. Leistungen	41%	40%	43%	39%

in % der dokumentierten Arbeitszeit



Ergebnis LE Pflege im Nachtdienst

<i>Pflege - Nachtdienst</i>	offene Stationen	geschlossene Stationen	Spezialstation mit chronisch Schizophrenen	Tagklinik
Kurzkontakte	15%	14%	0%	0%
Einzelleistungen	15%	22%	0%	0%
Kollektivleistungen	35%	25%	0%	0%
stationsbez. Leistungen	35%	39%	0%	0%

in % der dokumentierten Arbeitszeit



Ergebnis LE Psychologen

<i>Psychologen</i>	offene Stationen	geschlossene Stationen	Spezialstation mit chronisch Schizophrenen	Tagklinik
Kurzkontakte	6%	2%	1%	3%
Einzelleistungen	40%	42%	33%	54%
Kollektivleistungen	3%	0%	24%	2%
stationsbez. Leistungen	52%	56%	42%	41%

in % der dokumentierten Arbeitszeit



Ergebnis LE Sozialpädagogen

Sozialpädagogen	offene Stationen	geschlossene Stationen	Spezialstation mit chronisch Schizophrenen	Tagklinik
Kurzkontakte	5%	8%	0%	3%
Einzelleistungen	21%	26%	0%	59%
Kollektivleistungen	0%	0%	0%	0%
stationsbez. Leistungen	73%	66%	0%	38%

in % der dokumentierten Arbeitszeit



Ergebnis LE Physiotherapie

<i>Physiotherapeut</i>	offene Stationen	geschlossene Stationen	Spezialstation mit chronisch Schizophrenen	Tagklinik
Kurzkontakte	2%	0%	0%	0%
Einzelleistungen	54%	0%	0%	0%
Kollektivleistungen	1%	0%	0%	0%
stationsbez. Leistungen	44%	0%	0%	0%

in % der dokumentierten Arbeitszeit



Ergebnis LE Ergotherapie

<i>Ergotherapeuten</i>	offene Stationen	geschlossene Stationen	Spezialstation mit chronisch Schizophrenen	Tagklinik
Kurzkontakte	5%	4%	1%	2%
Einzelleistungen	57%	50%	72%	57%
Kollektivleistungen	1%	3%	3%	2%
stationsbez. Leistungen	37%	43%	25%	40%

in % der dokumentierten Arbeitszeit



Ergebnis LE Sonstige

<i>Sonstige</i>	offene Stationen	geschlossene Stationen	Spezialstation mit chronisch Schizophrenen	Tagklinik
Kurzkontakte	13%	0%	0%	0%
Einzelleistungen	32%	0%	0%	0%
Kollektivleistungen	20%	0%	0%	0%
stationsbez. Leistungen	35%	0%	0%	0%

in % der dokumentierten Arbeitszeit



Zusammenfassung nach Stationen und Berufsgruppen – offene Station –

<i>offene Stationen</i>	Ärzte	Pflege	Pflege Nachtdienst	Psychologen	Sozial- pädagogen	Physio- therapeuten	Ergo- therapeuten	Sonstige
Kurzkontakte	4%	11%	15%	6%	5%	2%	5%	13%
Einzelleistungen	23%	33%	15%	40%	21%	54%	57%	32%
Kollektivleistungen	14%	16%	35%	3%	0%	1%	1%	20%
stationsbez. Leistungen	59%	41%	35%	52%	73%	44%	37%	35%

in % der dokumentierten Arbeitszeit



Zusammenfassung nach Stationen und Berufsgruppen – geschlossene Station –

<i>geschlossene Stationen</i>	Ärzte	Pflege	Pflege Nachtdienst	Psychologen	Sozial- pädagogen	Physio- therapeuten	Ergo- therapeuten	Sonstige
Kurzkontakte	6%	16%	14%	2%	8%	0%	4%	0%
Einzelleistungen	23%	25%	22%	42%	26%	0%	50%	0%
Kollektivleistungen	5%	19%	25%	0%	0%	0%	3%	0%
stationsbez. Leistungen	66%	40%	39%	56%	66%	0%	43%	0%

in % der dokumentierten Arbeitszeit



Zusammenfassung nach Stationen und Berufsgruppen – Spezialstation Schizophrenie –

Spezialstation mit chronisch Schizophrenen	Ärzte	Pflege	Pflege Nachtdienst	Psychologen	Sozial- pädagogen	Physio- therapeuten	Ergo- therapeuten	Sonstige
Kurzkontakte	3%	15%	0%	1%	0%	0%	1%	0%
Einzelleistungen	41%	19%	0%	33%	0%	0%	72%	0%
Kollektivleistungen	13%	24%	0%	24%	0%	0%	3%	0%
stationsbez. Leistungen	43%	43%	0%	42%	0%	0%	25%	0%

in % der dokumentierten Arbeitszeit



Zusammenfassung nach Stationen und Berufsgruppen – Tagklinik –

Tagklinik	Ärzte	Pflege	Pflege Nachtdienst	Psychologen	Sozial- pädagogen	Physio- therapeuten	Ergo- therapeuten	Sonstige
Kurzkontakte	1%	3%	0%	3%	3%	0%	2%	0%
Einzelleistungen	44%	52%	0%	54%	59%	0%	57%	0%
Kollektivleistungen	0%	6%	0%	2%	0%	0%	2%	0%
stationsbez. Leistungen	55%	39%	0%	41%	38%	0%	40%	0%

in % der dokumentierten Arbeitszeit



Zusammenfassung nach Berufsgruppen gesamt

Berufsgruppe/ Leistung	Ärzte	Pflege	Pflege Nachtdienst	Psychologen	Sozial- pädagogen	Physio- therapeuten	Ergo- therapeuten	Sonstige
Kurzkontakte	4%	12%	15%	4%	5%	2%	3%	13%
Einzelleistungen	29%	31%	16%	45%	40%	54%	59%	32%
Kollektivleistungen	9%	17%	34%	5%	0%	1%	2%	20%
stationsbez. Leistungen	58%	40%	35%	46%	55%	44%	36%	35%

in % der dokumentierten Arbeitszeit



Fazit

- ▶ bei detaillierterer Leistungserfassung können je nach Berufsgruppe **35 bis 50%** Einzel(therapie)leistungen unmittelbar dem Patienten zugeordnet werden
- ▶ bei der Einzelleistungserfassung können **Kurzkontakte** von bis zu 2 Minuten eine Größenordnung von **bis zu 15%** erreichen, v.a. in der Pflege
- ▶ die Summe aus Kurzkontakten und dokumentierter (Therapie)Einzelleistungen weist quer durch die **Stationen** nur eine geringe Schwankungsbreite auf
- ▶ die nicht direkt dem Patienten zuordenbaren Leistungen des therapeutischen Personals sind über alle Stationen ähnlich hoch und liegen je nach Berufsgruppe zwischen **40 und 60 %** (Kollektiv- und stationsbez. Leistungen) = Stationsgemeinkosten



Fazit

- ▶ **offene** und **geschlossene Stationen** unterscheiden sich im Wesentlichen nur durch die Anzahl der Kurzkontakte
- ▶ die Anzahl der Einzelleistungen in der **Tagklinik** sind **signifikant höher** als im vollstationären Bereich, die Kurzkontakte dagegen von untergeordneter Bedeutung
- ▶ im Rahmen der durchgeführten Einzelleistungserfassung werden auch heute OPS-relevante Leistungen (Therapiedauer ab 25 Minuten) je Berufsgruppe in unterschiedlichem Maß dargestellt
- ▶ die autonome Einzelleistungserfassung ist **manuell** mit einem vertretbaren Aufwand **nicht durchführbar**, sondern nur in Verbindung mit einer notwendigen it-gestützten Primärdokumentation



Fazit

- ▶ die nicht unmittelbar den Patienten zuordenbaren Leistungen/Kosten je Station **könnten** unseres Erachtens **tagesbezogen** auf alle Patienten **linear** verteilt werden (Stichwort: Basispflegesatz je Station!)
- ▶ inwieweit Patientenmerkmale (Psych-PV-Zuordnung, Diagnose, Schweregrad der Erkrankung, Begleitumstände für die stationäre Aufnahme) zu einer unterschiedlichen Inanspruchnahme von Leistungen führen, wurde **nicht** untersucht.



Leistungserfassung in der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA)



Leistungskatalog der PIA in Bayern (Auszug)

- ▶ Die Bayerischen PIA`s nach § 118 SGB V werden nach einem vereinbarten Einzelleistungsvergütungssystem abgerechnet: z.B.

- ▶ **Ärzte/Psychologen**

bis 10/20/40/60/90/120/180 Minuten Leistungen der psy. Grundversorgung, Krisenintervention einschl. amb. Notfallbehandlung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung, Psychodiagnostik

bis 60/90/120 Minuten in der Kleingruppe (bis 5 Patienten) oder Großgruppe (von 6 bis 12 Patienten)

bis 10/20/40/60/90/120/180 Fahrzeit

- ▶ **Pflegepersonal**

bis 10/20/40/60/90/120/180/240 Minuten Einzelleistungen

usw.

Ebensolche Einheiten existieren für Sozialpädagogen, Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten



- ▶ Durch die Spezifikation des Leistungs- und Abrechnungskataloges ist es möglich, die von der PIA erbrachten Leistungen
 - nach Zeiteinheiten
 - nach Berufsgruppen
 - nach der Anzahl der Ambulanztermine
 - je Patient (und damit nach Diagnose und Schweregrad der Erkrankung)zu erfassen.

(siehe Auswertung Ziereis/Fleischmann zur PIA Wöllershof)



Item

– Schweregrad der Erkrankung–

„Das Vergütungssystem hat den unterschiedlichen Aufwand der Behandlung bestimmter, medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen abzubilden (§ 17 d Abs. 1 S.4 KHG).“

▶ gängige Hypothese:

- Patienten benötigen umso mehr Behandlungsaufwand (Und sind damit teurer) , je kränker sie sind (so auch die Inhalte der Psych-PV A2/S2/G2)

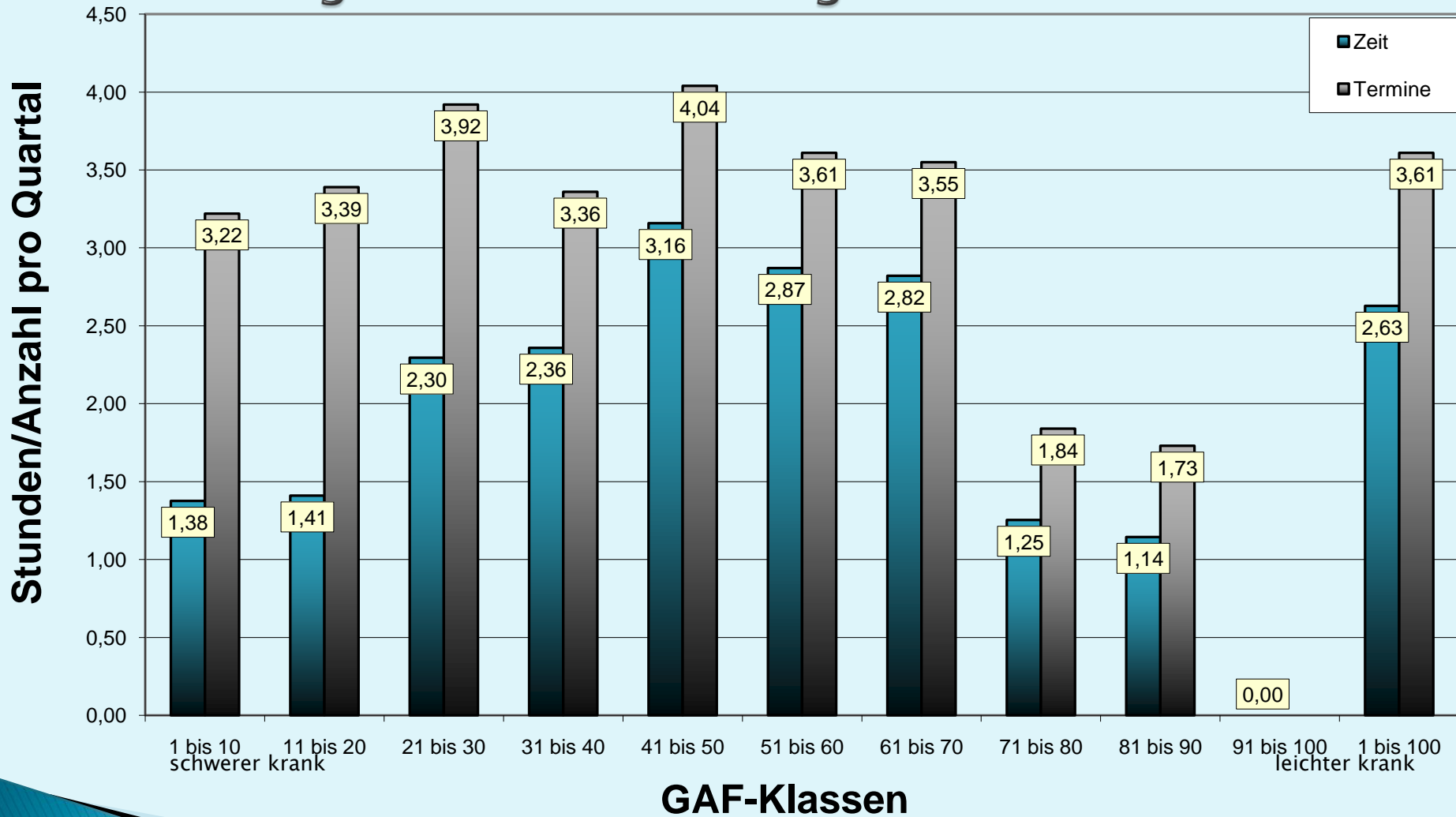
- ▶ Diese Fragestellung wurde bei 1.639 ambulanten Patienten in der Psychiatrischen Institutsambulanz des Bezirkskrankenhauses Wöllershof untersucht über einen Zeitraum von zwei Jahren untersucht. Der Schweregrad der Erkrankung wurde anhand der GAF-Skala (Global Assessment of Functioning) festgelegt.

(Fleischmann/Ziereis aaO)



Item

– Schweregrad der Erkrankung –



Ergebnis:

- die reine Terminhäufigkeit ist dabei bei schwer kranken und mittelschwer kranken Patienten gleich
 - eher mittelschwer kranke Patienten erhalten aber die umfangreichste Behandlung (und verursachen damit die höchsten Kosten)
- ▶ Damit ergäbe sich auch ein Widerspruch zum in der Psych-PV hinterlegten Leistungsgeschehen !!



Item

– Schweregrad der Erkrankung–

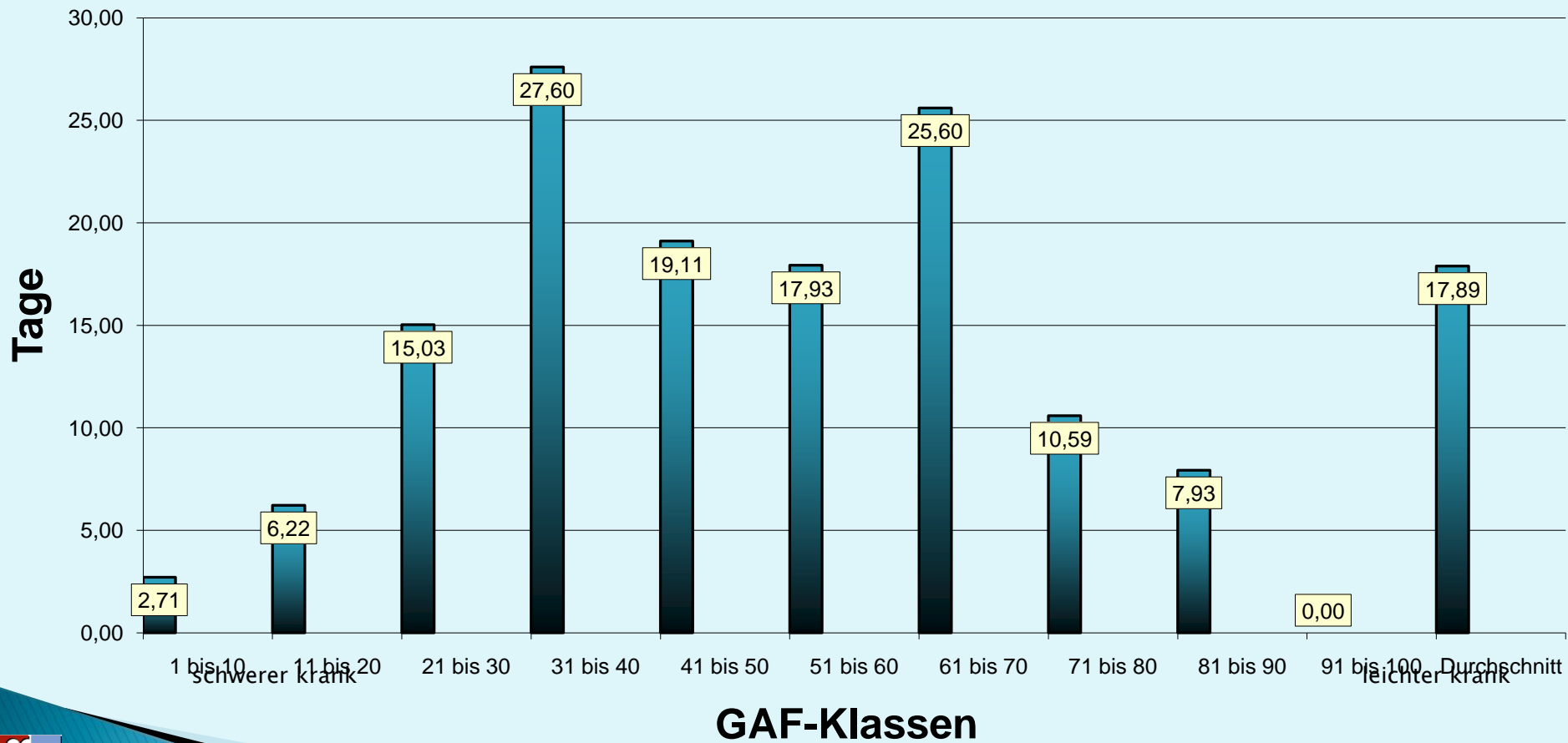
- ▶ Soweit das vorgenannte Kollektiv der ambulanten Patienten auch stationäre Aufenthalte hatte, wurden diese im Hinblick auf Schweregrad der Erkrankung und Verweildauer untersucht.



Item

- Schweregrad der Erkrankung -

Stationäre Behandlungstage (N=1.639; 2 Jahre)



Ergebnis:

Auch hier erhalten eher die mittelschwer kranken PIA-Patienten die umfangreichste (längste Verweildauer) stationäre Behandlung

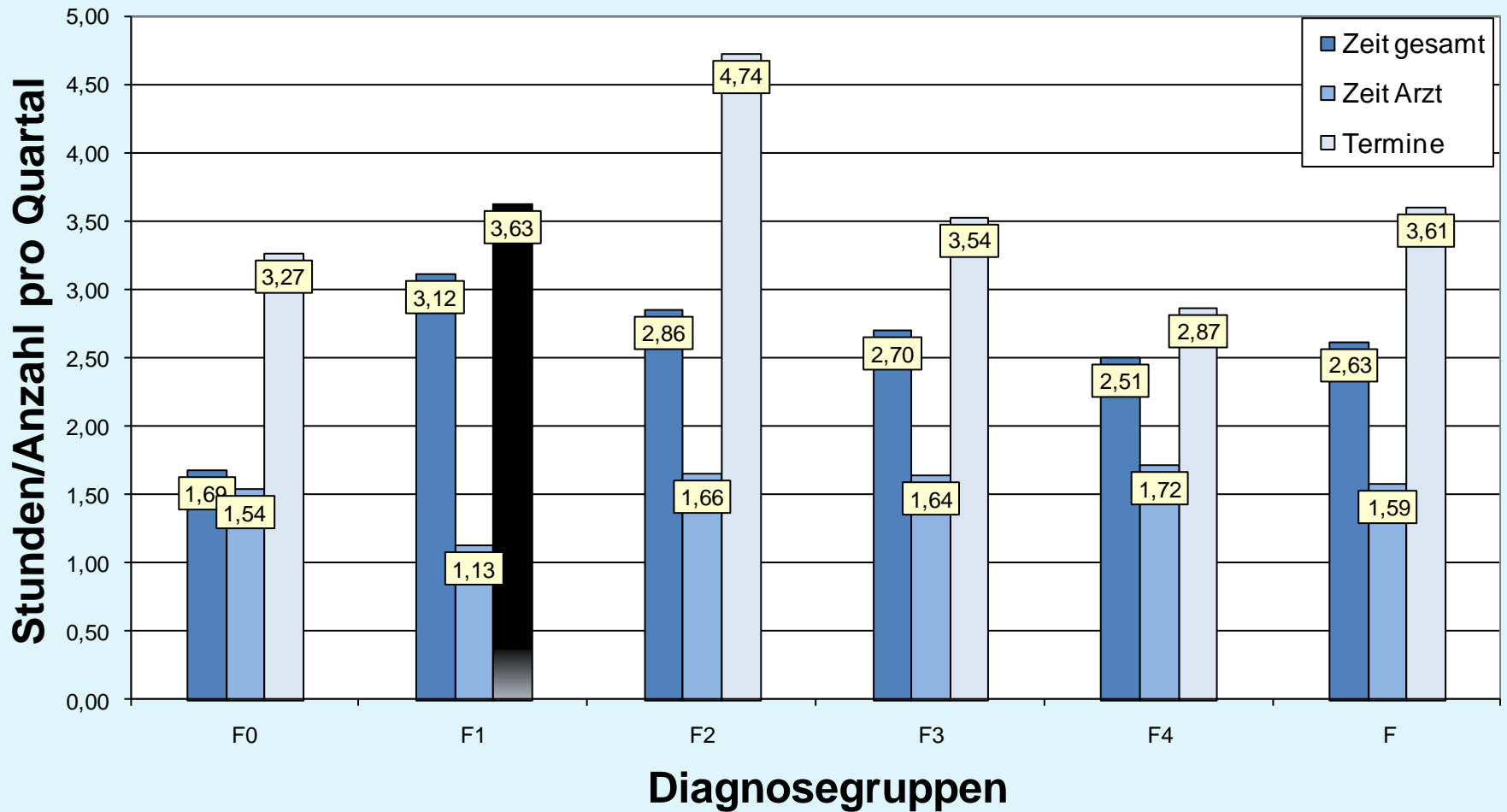
Dieses Phänomen ist im stationären wie im ambulanten Bereich trotz unterschiedlicher Rahmenbedingungen (Finanzierungssysteme/Behandler etc.) gleichermaßen nachzuweisen

Vermutung: dem Inanspruchnahmeverhalten der Patienten muss möglicherweise eine wesentliche Bedeutung zugemessen werden



Item

- Diagnosegruppen -



Ergebnis:

- das Patientengut einer Klinik oder PIA stellt ein „Konglomerat“ aus verschiedenen Diagnosegruppen dar.
- nur innerhalb einer einheitlichen Diagnosegruppe können aber medizinisch vernünftige Aussagen zum Zusammenhang zwischen Schweregrad und Behandlungsaufwand gemacht werden.
- unterschiedliche Relation zwischen Behandlungsaufwand und Terminhäufigkeit (z.B. im Vergleich F1 und F2).
- unterschiedliche Relation zwischen ärztlicher und sonstiger Behandlungszeit (z.B. im Vergleich F0 und F1)



Item

– Klassifizierungssysteme –

- ▶ Ausführungen des InEK – Dr. Heimig – zu PSY-Entgeltsystem im Krankenhaus 2012
- ▶ Untersuchte Systeme:
 - Diagnoseklassenbasiert (ICD 10, DSMIV)
 - Klassen der Psych-PV
 - IFP PPS (US-amerikanisches Vergütungssystem)

Ergebnisse zusammengefasst:

- disjunkte Klassen
- teilweise geringe Homogenität der Klassen
- Relevante Anzahl von Fällen ohne psychiatrische Diagnose
- Trennung Regel- vs. Intensivbehandlung mit nur geringem Kostenunterschied (Psych-PV)



Fazit

- ▶ Für Inanspruchnahme von Leistungen durch Patienten sind eine Mehrzahl unterschiedlicher Patientenvariablen wie
 - Diagnose,
 - *Inanspruchnahmeverhalten (?!) der Patienten,*
 - Schweregrad der Erkrankung
 - Behandlungskonzepte (Leitlinien)
relevant



Benchmarkprojekt IMC IGES

- ▶ *Zentrale Ergebnisse eines bundesweiten Benchmarkprojektes zur eigenen Leistungsevaluierung*
- ▶ Durchführung durch IMC IGES für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen vorrangig der bayerischen Bezirke
- ▶ Datenjahr 2010 bzw. Q1 2011
- ▶ in 2010 wurden Daten von mehr als 30 Krankenhäusern mit mehr als 100.000 Fällen erhoben
- ▶ alle Besonderheiten wurden abgebildet (KJP, Psychosomatik, Tagesklinik, Gerontopsychiatrie, etc.)
- ▶ Mix aus allen Krankenhausarten (psych. Fachkrankenhaus, allgemein Krankenhaus mit psych. Abteilung, Uniklinik)

Ziel des Benchmarkprojektes ist das Aufzeigen von Handlungsbedarf und Verbesserungspotenzial aus dem Vergleich mit anderen Einrichtungen



Zentrale Ergebnisse eines bundesweiten Benchmarkprojektes zur eigenen Leistungsevaluierung

Qualitative Ergebnisse

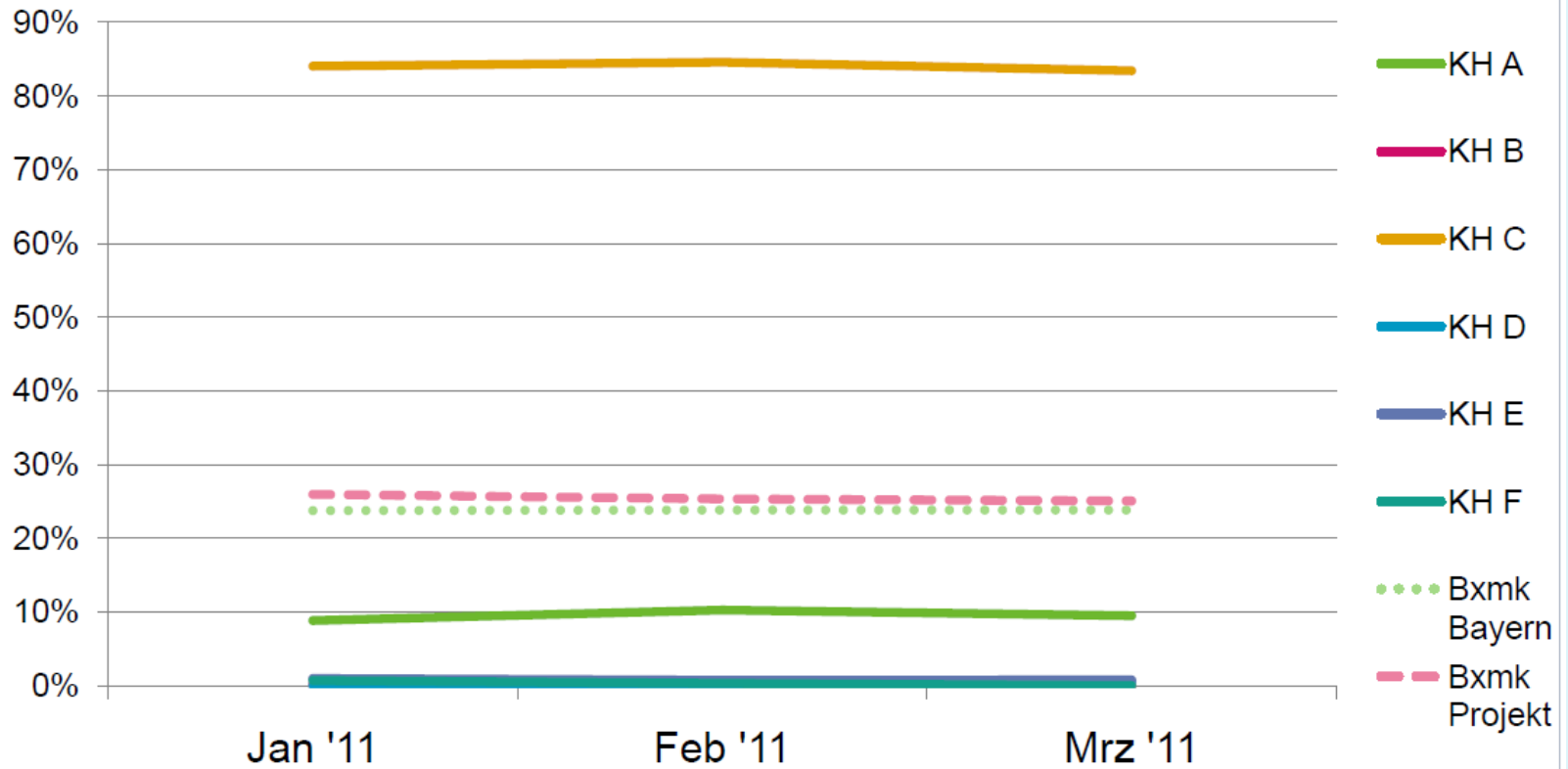
- ▶ OPS-Dokumentation weit überwiegend erst ab 07/2010
- ▶ gute Doku-Quote oft erst ab 10/2010
- ▶ starke Verweildauerschwankungen in den einzelnen Diagnosegruppen von bis zu 65%
- ▶ für dokumentierten Personaleinsatz gute Vergleichswerte (9-98er-Codes)
- ▶ signifikante Unterschiede bei den Therapieeinheiten (TE)



Ergebnisse der Bezirkskliniken Bayern Q1/2011



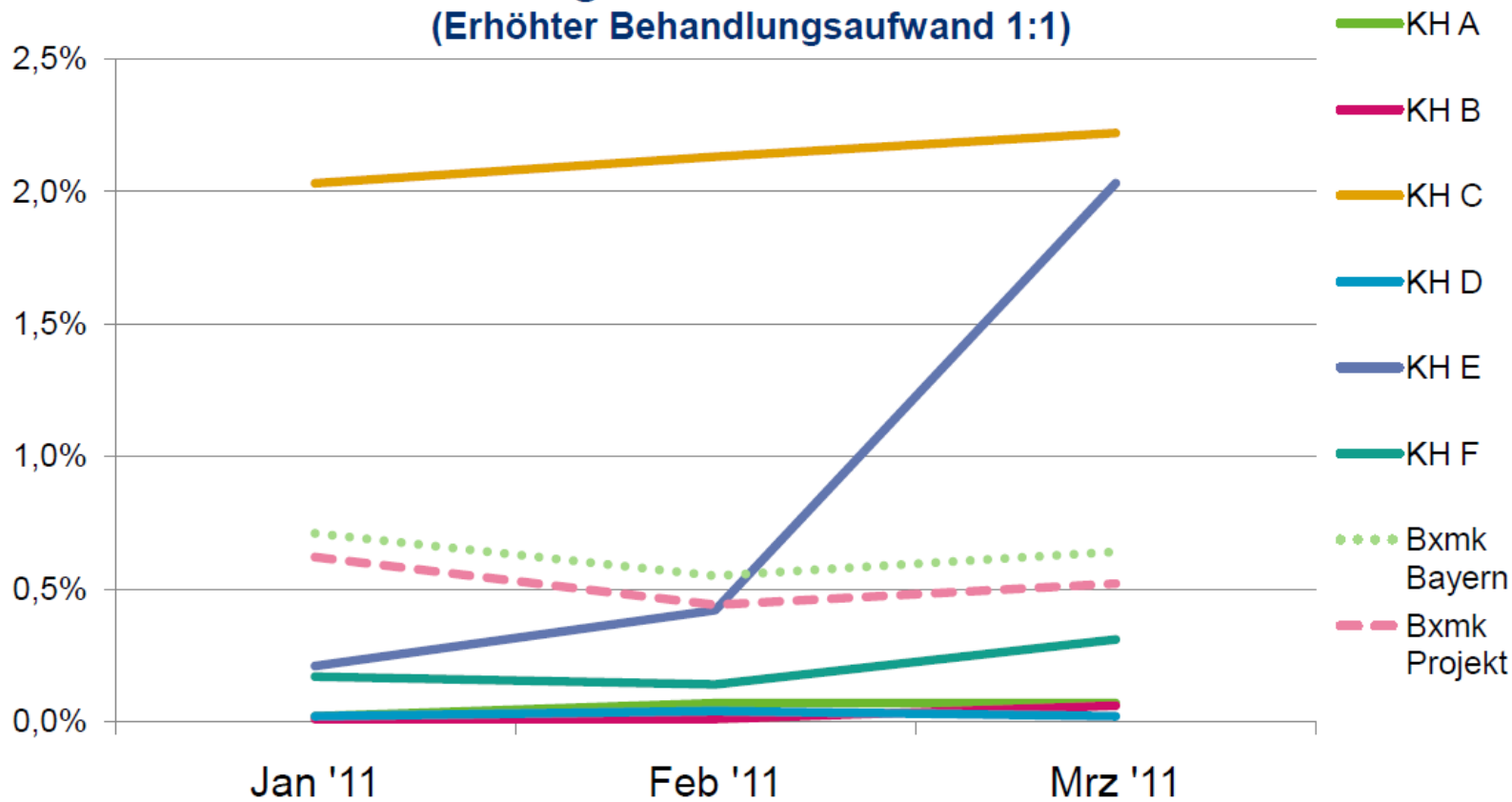
Anteil Fälle mit OPS 1-903.- oder 1-904.- (psych-spezifische Diagnostik)



Ergebnisse der Bezirkskliniken Bayern Q1/2011



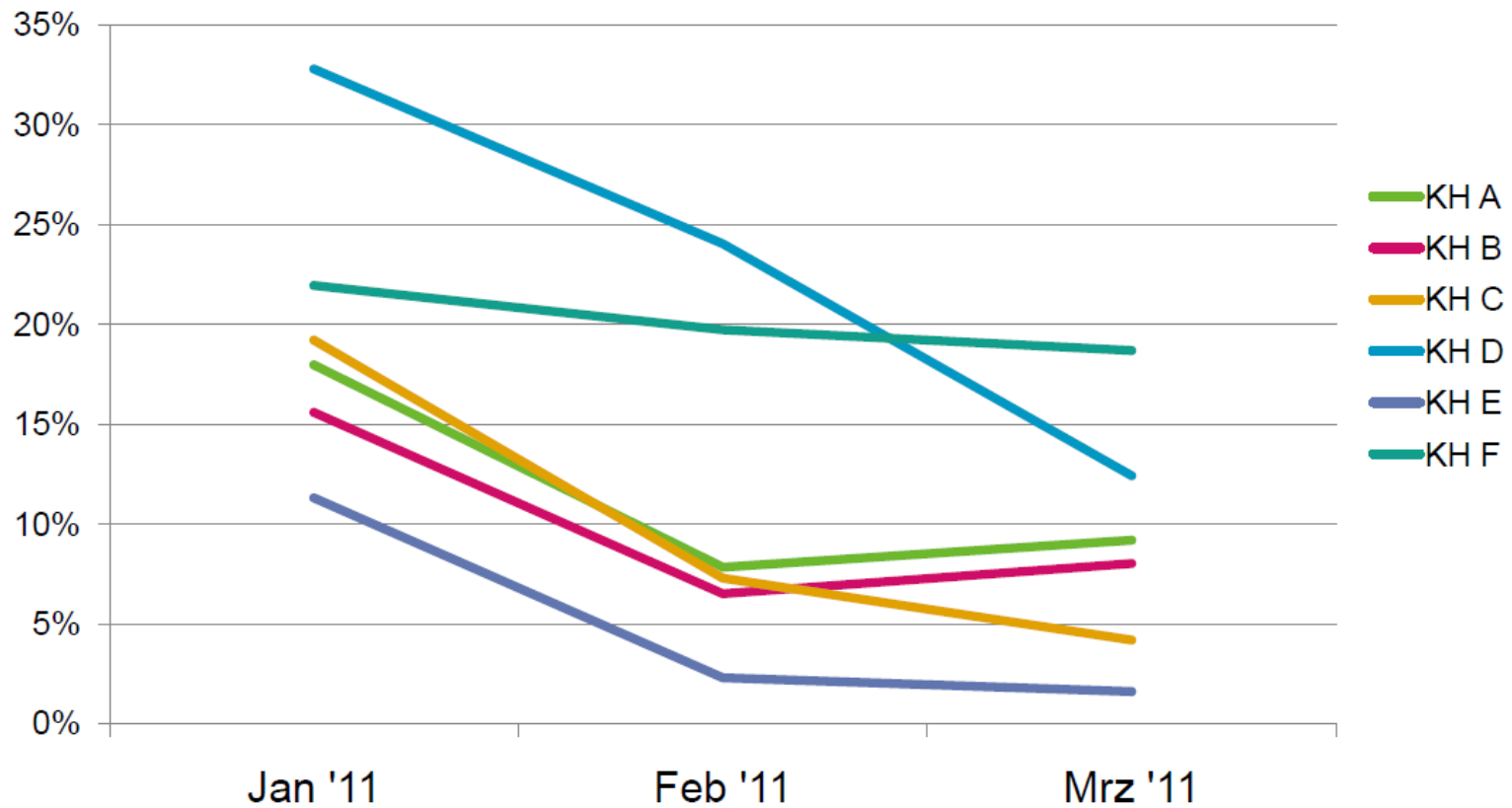
Anteil Tage mit OPS-Code 9-640.- (Erhöhter Behandlungsaufwand 1:1)



Ergebnisse der Bezirkskliniken Bayern Q1/2011

IMC iGES

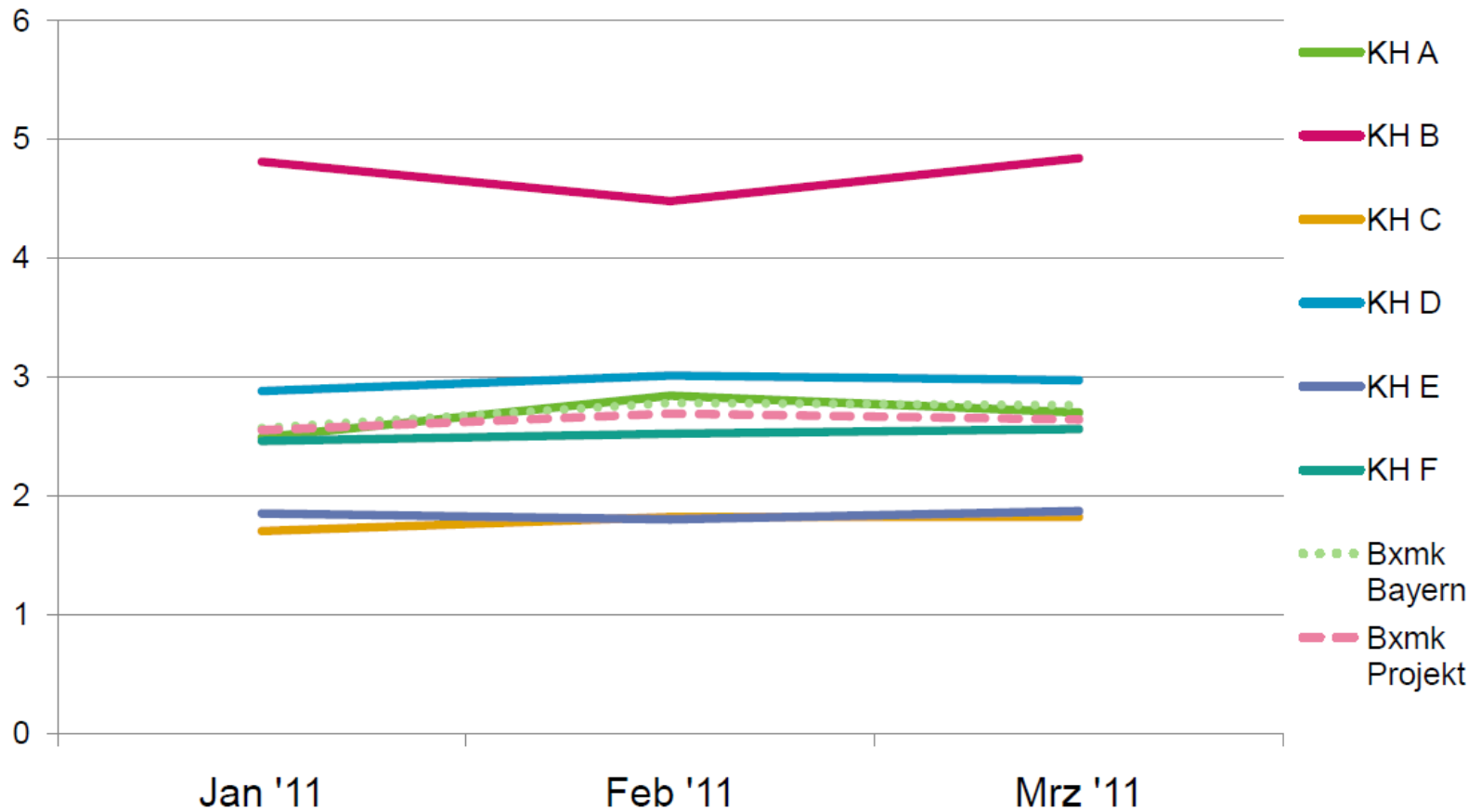
Anteil Fälle ohne OPS-Komplexcode bei Entlassung mit ÜL



Ergebnisse der Bezirkskliniken Bayern Q1/2011

IMC iGES

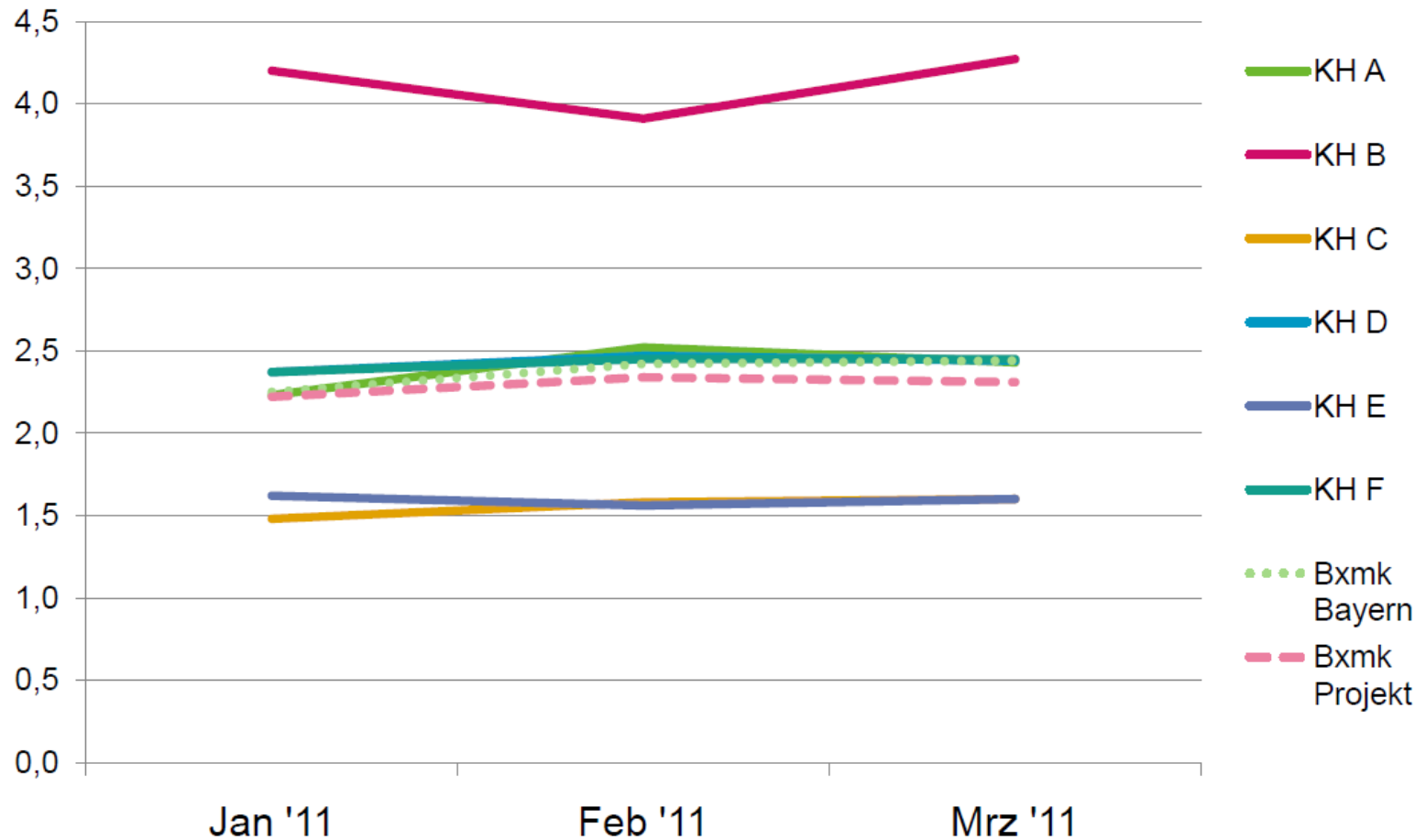
Anzahl durchschn. Nebendiagnosen je Fall



Ergebnisse der Bezirkskliniken Bayern Q1/2011

IMC IGES

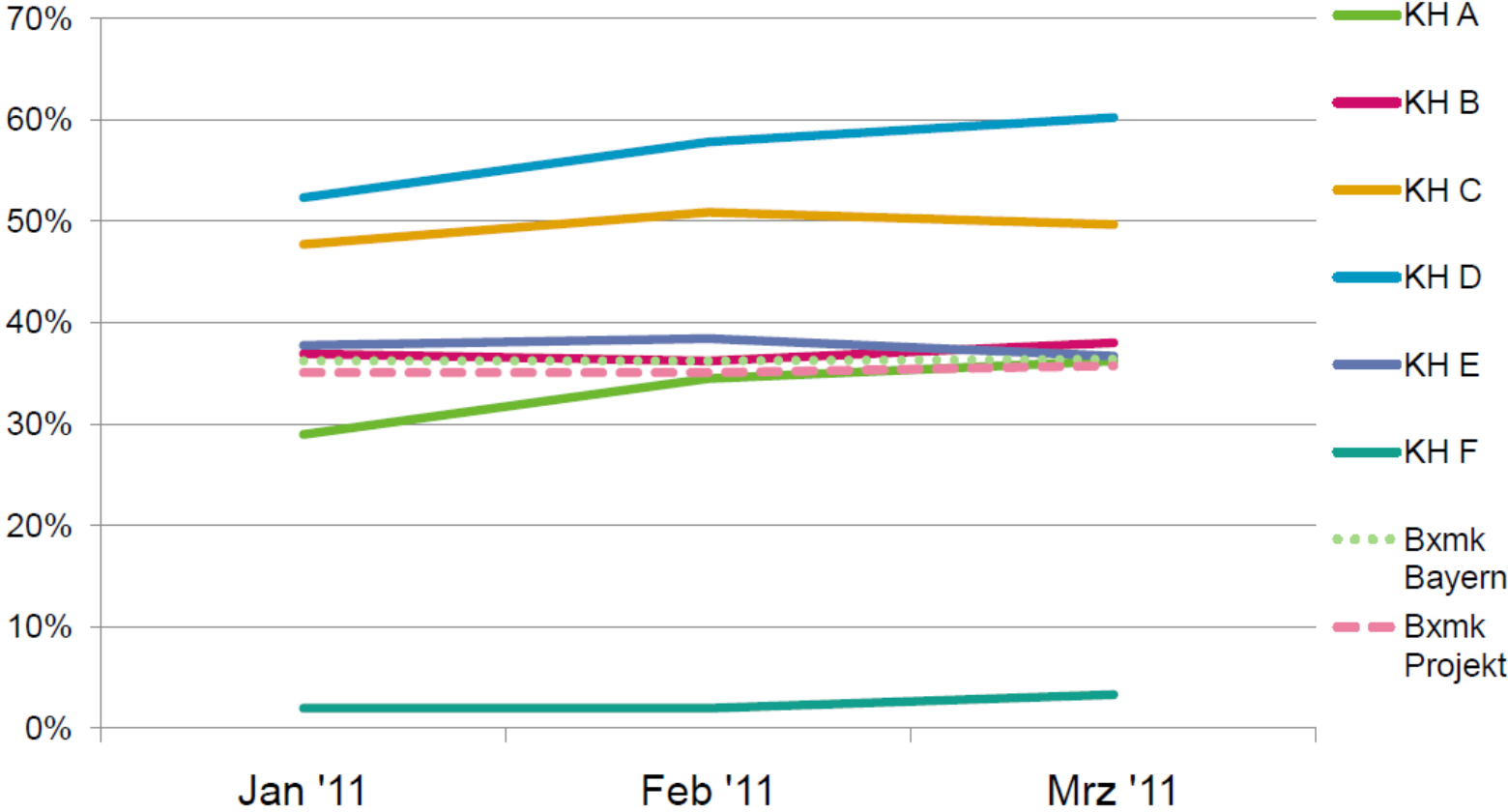
Anzahl durchschn. spez. Nebendiagnosen je Fall



Ergebnisse der Bezirkskliniken Bayern Q1/2011



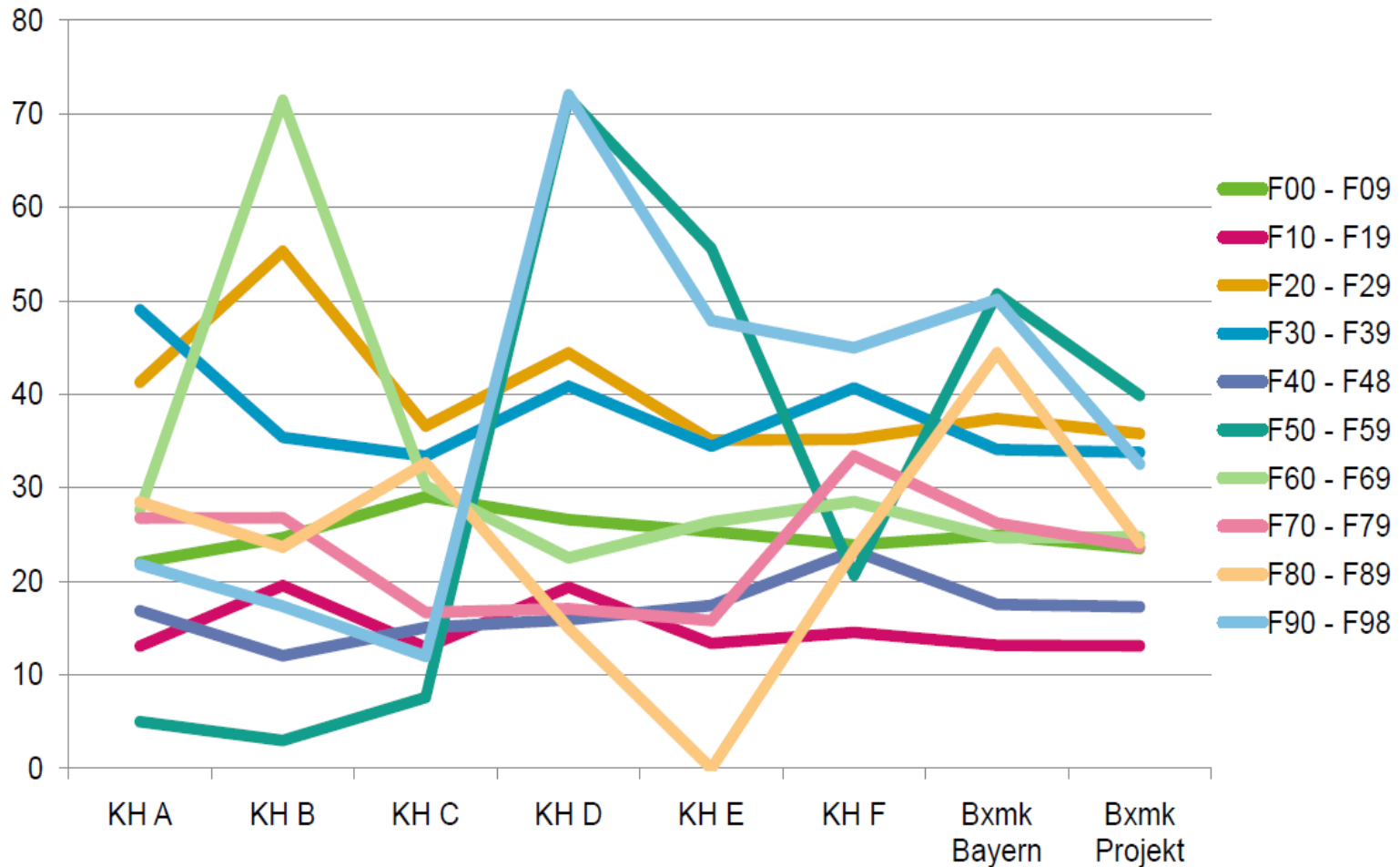
Anteil Fälle ohne ND aus F00 - F99



Ergebnisse der Bezirkskliniken Bayern Q1/2011



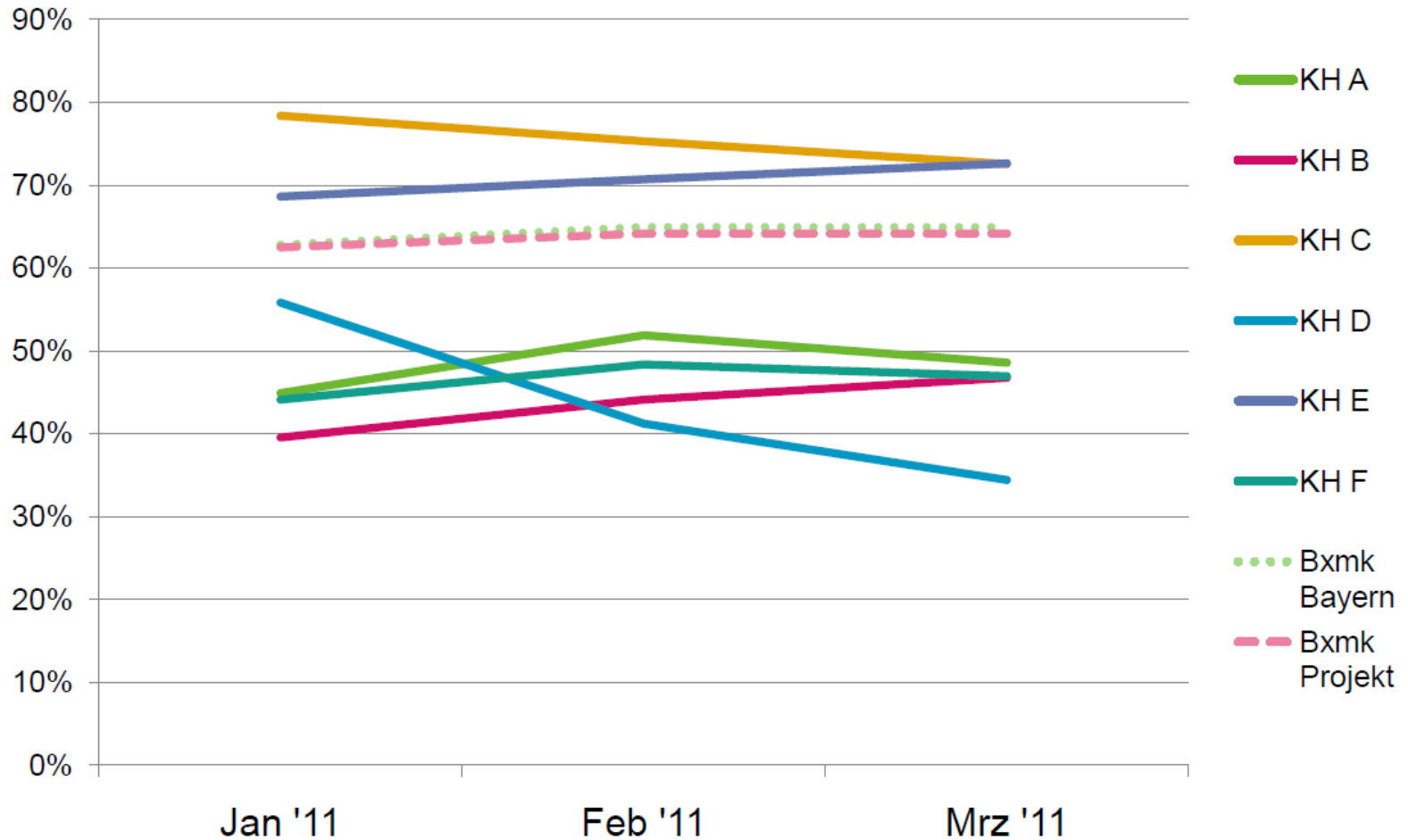
VWD nach Diagnosegruppen im Bereich F (über alle Abteilungen)



Ergebnisse der Bezirkskliniken Bayern Q1/2011

IMC IGES

Anteil Fälle mit mind. 0,25 TE Arzt/Psychologe (ohne 9.67-Codes)



Erkenntnis: viel Finsternis und nur wenig Licht

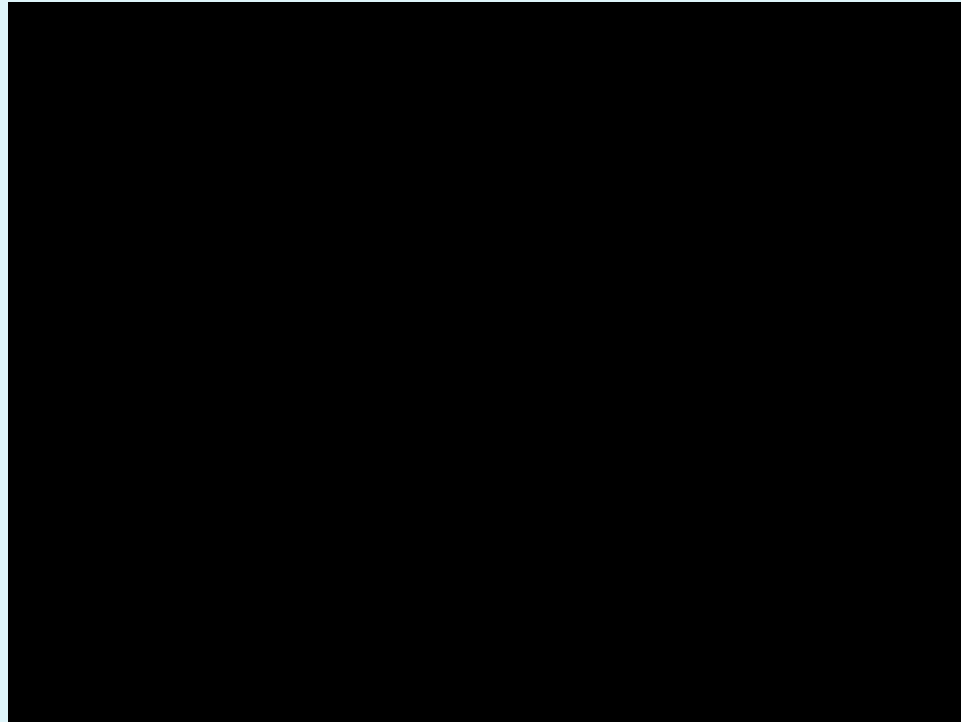


Eckpunktepapier des BMG vom 31.08.2011 (Vorschläge)

- ▶ Als Folge der derzeit noch ungewissen Einsatz- und Wirkungsmöglichkeiten hat das BMG m.E. folgerichtig vorgeschlagen:
 - das System zwar zum 1.1.2013 einzuführen
 - die budgetneutrale Phase auf 4 Jahre (2013–2016) mit Optionsmöglichkeit zur Abrechnung nach neuer Systematik
 - eine dann fünfjährige Konvergenzphase (2017–2021) anzuschließen und
 - eine eigenständigen Rechtsgrundlage für das Psych-Entgeltsystem zu schaffen



Bleibt zu hoffen, dass das neue Entgeltsystems ab 2013 nicht zu ähnlichen Ergebnissen führt



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !











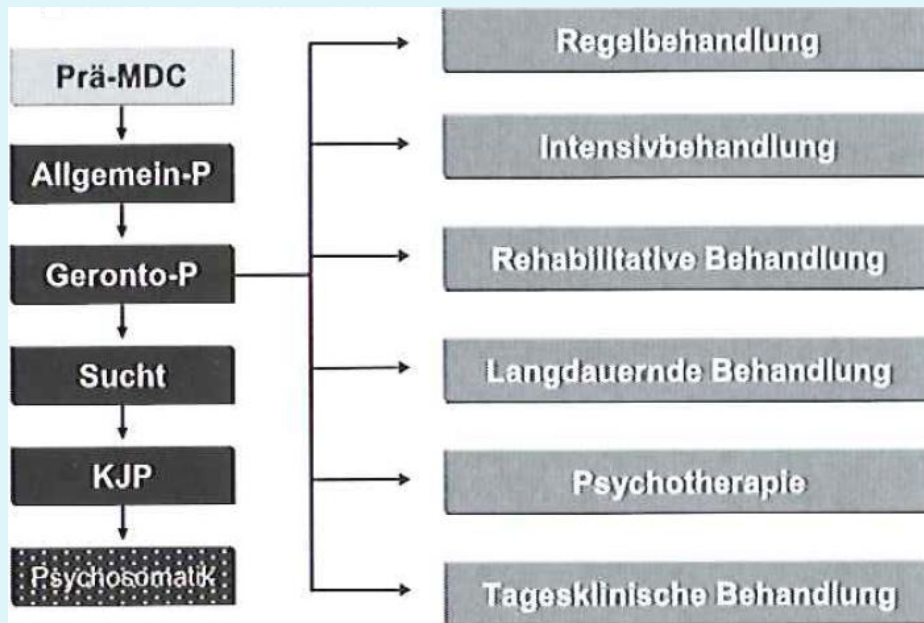
Neues Entgeltsystem in der Psychiatrie

- ▶ Welchen Einfluss hat das neue Entgeltsystem auf das psychiatrische Versorgungssystem?
- ▶ Die Frage ist zutreffend, kommt aber ca. 2 bis 3 Jahre zu früh. Denn erst nach Einführung im Jahre 2013 wird man seriös Auswirkungen auf das Versorgungssystem feststellen können.
- ▶ „Auch Fragestellungen zur Steuerungswirkung des neuen Entgeltsystems stehen dringender Prüfung an“ (BDK v. 23.12.2010)
- ▶ „Was kommen wird ist ungewiss“ (DKG–Dr. Schlottmann Okt. 2010)
- ▶ „Den Deutschen ist es nicht gegeben, einfache Lösungen zu finden“ (GKV– Dr. Haas Okt. 2010)



PSY-Entgeltsystem im Krankenhaus 2012: Ausführungen des InEK – Dr. Heimig

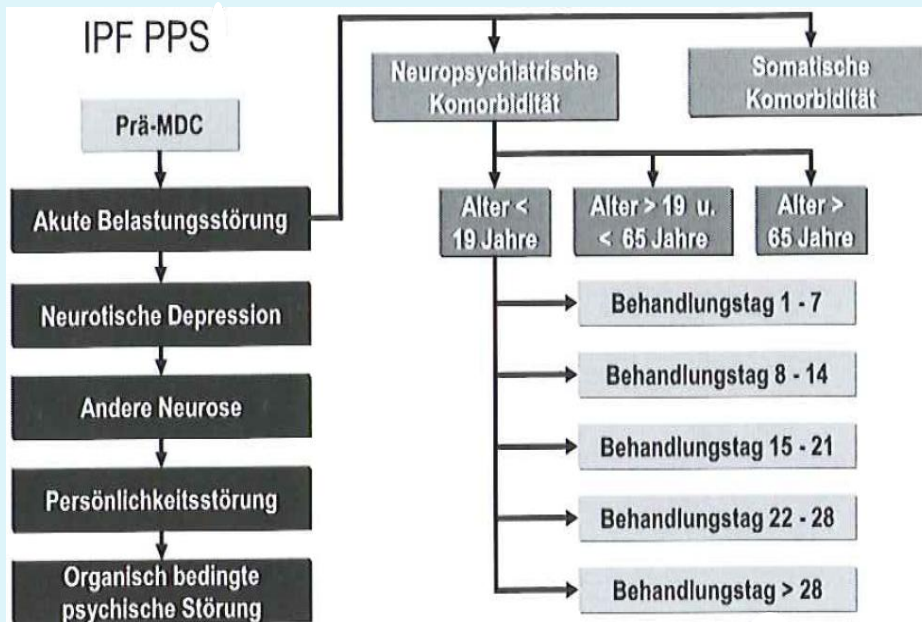
Psych-PV-Klassenaufbau (ca. 40 Klassen)



- ▶ disjunkte Klassen, keine Sortierung
- ▶ teilweise geringe Homogenität der Klassen
- ▶ Trennung Regel- vs. Intensivbehandlung mit nur geringem Kostenunterschied
- ▶ etwa 50% der Tage in einer Klasse

PSY-Entgeltsystem im Krankenhaus 2012: Ausführungen des InEK – Dr. Heimig

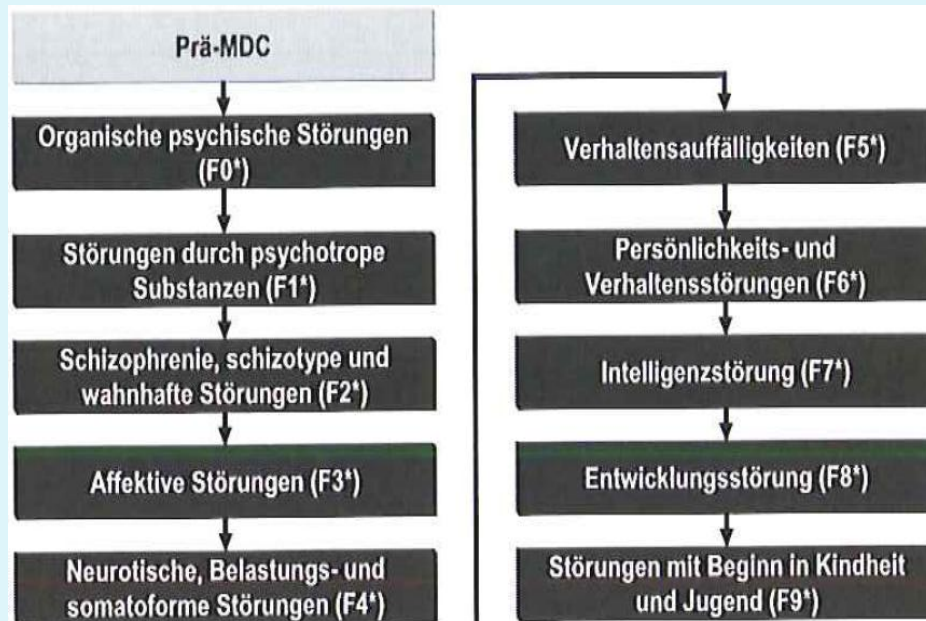
IPF PPS (Inpatient Psychiatric Facility Prospective Payment System (Fallpauschalensystem in den USA) mit 11 Hauptdiagnosegruppen; ca. 280 Klassen)



- ▶ disjunkte Klassen, keine Sortierung
- ▶ teilweise geringe Homogenität der Klassen
- ▶ relevante Anzahl von Fällen ohne psychiatrische Diagnose
- ▶ ABER: signifikanteste Verbesserung der Homogenität durch wochenbasierte Behandlungstagggruppen
- ▶ ABER: kein Hinweis auf Relevanz der Komorbiditätsgruppen

PSY-Entgeltsystem im Krankenhaus 2012: Ausführungen des InEK – Dr. Heimig

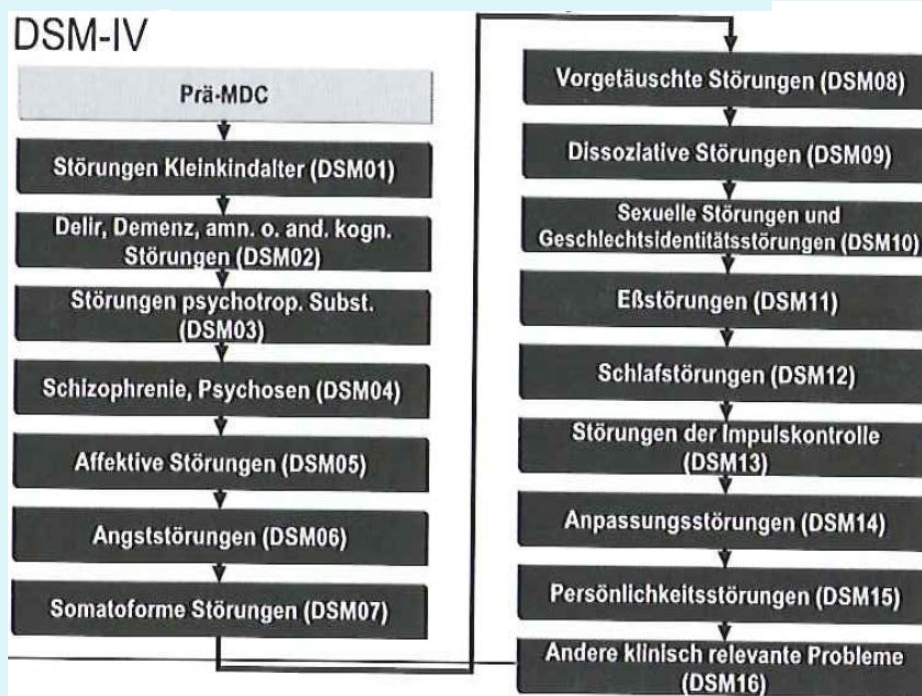
Diagnosenklassenbasiert (ICD-10 Gruppen F0 bis F9; ca. 20 Klassen)



- ▶ disjunkte Klassen, keine Sortierung
- ▶ teilweise geringe Homogenität der Klassen
- ▶ relevante Anzahl von Fällen ohne psychiatrische Diagnose

PSY-Entgeltsystem im Krankenhaus 2012: Ausführungen des InEK – Dr. Heimig

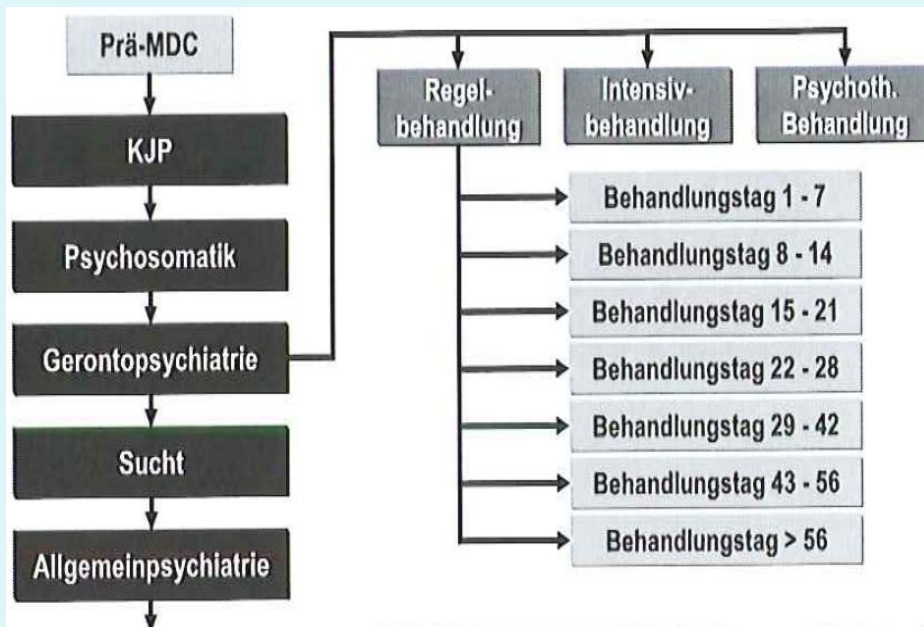
DSM-IV Klassifizierung (Diagnostisches und Statistisches Manual
Psychischer Störungen mit 16 Gruppen; ca. 25 Klassen)



- ▶ disjunkte Klassen, keine Sortierung
- ▶ teilweise geringe Homogenität der Klassen
- ▶ relevante Anzahl von Fällen ohne psychiatrische Diagnose

PSY-Entgeltsystem im Krankenhaus 2012: Ausführungen des InEK – Dr. Heimig

Synopse-Aufbau (ca. 20-140 Klassen)



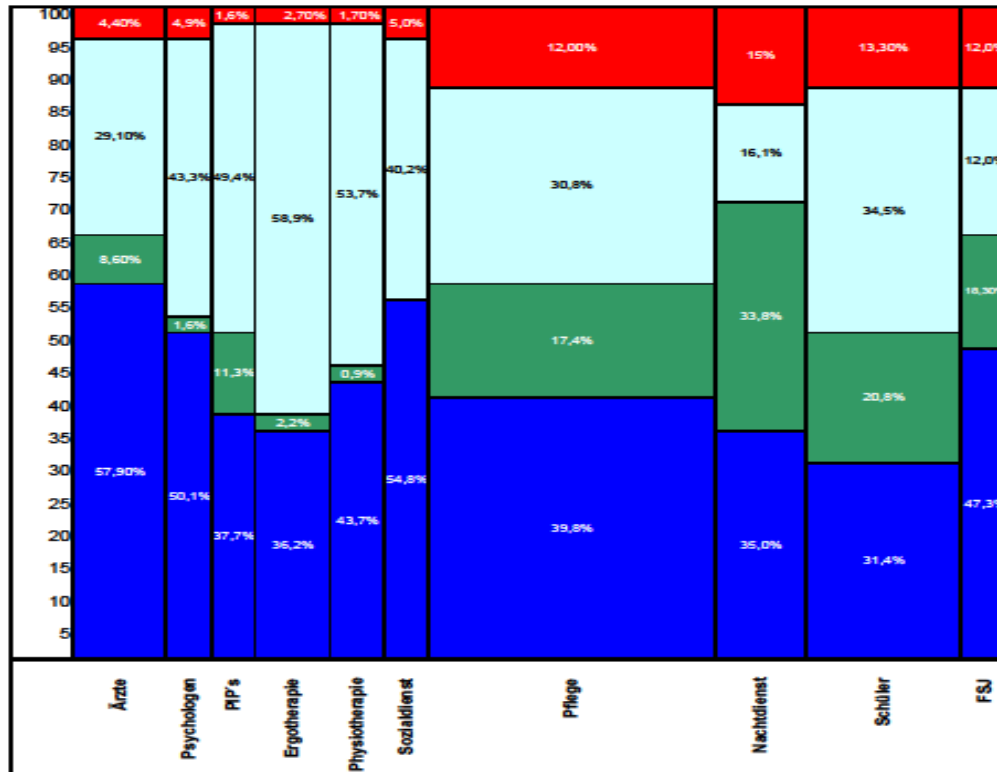
- ▶ Trennung nach Aufenthaltswoche und Art der Behandlung ergibt ein deutlich verbessertes Basissystem
- ▶ weitere Diagnosenplits, z.B. anhand schwerer affektiver Störungen oder Psychosen weisen uneinheitliche Kostenunterschiede auf
- ▶ Identifikation weiterer möglicher Kostentrenner

Ergebnis der Kalkulation der Pretesthäuser

- ▶ Kosten für Diagnostik und Therapie können durch Leistungserfassung ermittelt werden in Höhe von bis zu 30 % der Gesamtkosten der Station
- ▶ Die sog. „Residualkosten“ (ca. 70 % der Gesamtstationskosten) sollen mittels Gewichtungsmo­dell verteilt werden



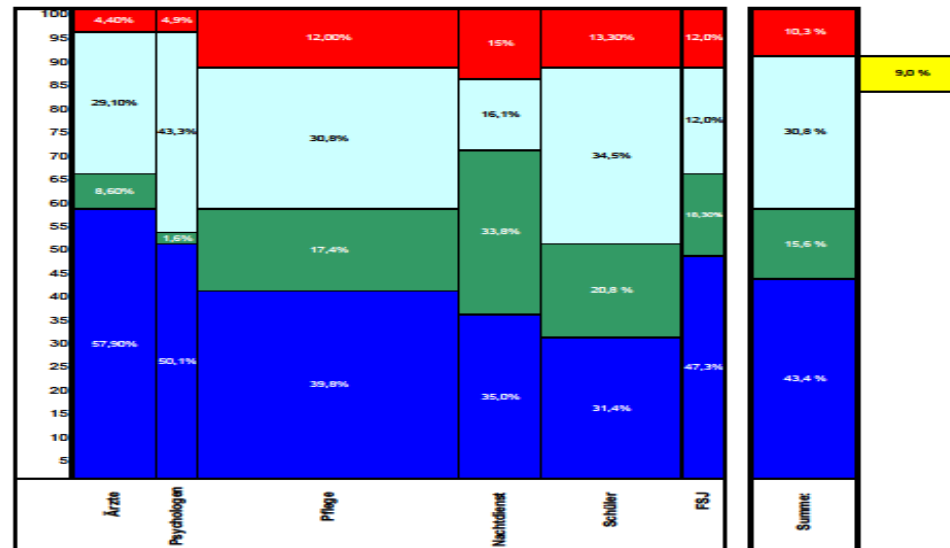
Prozentuale Verteilung der Tätigkeiten je Mitarbeiter und Woche:



Erfassung und Auswertung von Einzelleistungen

3. Leistungserbringung durch die Berufsgruppen – Zusammenfassung

Prozentuale Verteilung der Tätigkeiten je Mitarbeiter und Woche:
Ausschließlich auf Stationskostenstellen:



Erfassung und Auswertung von Einzelleistungen

3. Anteil der OPS-relevanten Tätigkeiten an Therapie-Kontakten

Anteil der OPS relevanten Tätigkeiten an Therapie-Kontakten:

