

Niederschrift
über die 8. Sitzung des Gesundheitsausschusses mit den
Krankenhausausschüssen 1 - 4
Informationsveranstaltung
"Neues Entgeltsystem in der Psychiatrie - Wo geht die Reise hin?"
am 29.01.2016 in Köln-Deutz, Horion-Haus

Anwesend vom Gesundheitsausschuss und den Krankenhausausschüssen 1 - 4:

CDU

Blondin, Marc
Bündgens, Willi
Diekmann, Klaus
Dr. Elster, Ralph
Giebels, Harald
Herbrecht, Wilhelm
Hohl, Peter
Isenmann, Walburga
Kisters Dietmar
Loepp, Helga
Meies, Fritz
Mucha, Constanze
Nabbefeld, Michael
Naumann, Jochen
Rohde, Klaus
Dr. Schoser, Martin
Simon, Bernhard
Solf, Michael-Ezzo
Stieber, Andreas-Paul

Vorsitzender des Krankenhausausschusses 4

Vorsitzender des Krankenhausausschusses 2

SPD

Arndt, Denis
Berg, Frithjof
Berten, Monika
Böll, Thomas
Ciesla-Baier, Dietmar
Eichner, Harald
Franz, Michael
Heinisch, Iris
Kaske, Axel
Lüngen, Ilse
Nottebohm, Doris
Recki, Gerda
Schmidt-Zadel, Regina
Schmitz, Hans

Vorsitzende des Krankenhausausschusses 3

Vorsitzende des Krankenhausausschusses 1

Schulz, Margret
Soloch, Barbara
Walter, Karl-Heinz

Vorsitzende des Gesundheitsausschusses

Bündnis 90/DIE GRÜNEN

Barion, Katrin
Beck, Corinna
Beu, Rolf Gerd, MdL
Blanke, Andreas
Fliß, Rolf
Gormanns, Karl Friedrich
Kresse, Martin
Platz, Dorothea-Luise
Schäfer, Ilona
Scholz, Tobias
Tuschen, Johannes-Jürgen
Zsack-Mollmann, Martina

FDP

Haupt, Stephan
Paßmann, Bernd
Pohl, Mark Stephen
Runkler Hans-Otto

Die Linke.

Glagla M.A., Daniela
Hamm, Gudrun
Inderbieten, Georg
Jacob, Tobias

Freie Wähler/Piraten

Alsdorf, Georg
Gundelach, Gerd
Lennartz, Rudi E.

Verwaltung:

Wenzel-Jankowski, LVR-Dezernentin "Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen"
Heister, LVR-Fachbereichsleiter "Personelle und organisatorische Steuerung"
Stephan-Gellrich, LVR-Fachbereich "Planung, Qualität und Innovationsmanagement"
Thewes, LVR-Fachbereichsleiter "Wirtschaftliche Steuerung"
Hionsek, LVR-Fachbereich "Wirtschaftliche Steuerung" (Protokoll)
Groeters, LVR-Fachbereich "Personelle und organisatorische Steuerung" (Protokoll)

Vorstände der LVR-Kliniken

Personalvertretungen

Referentinnen und Referenten:

van Aalst, Günter, Leiter der Techniker Krankenkasse in NRW
van Brederode, Michael, Vorstandsvorsitzender LVR-Klinik Düren
Prof. Dr. Deister, Arno, Chefarzt Klinikum Itzehoe
Univ.-Prof. Dr. Gaebel, Wolfgang, Ärztlicher Direktor LVR-Klinikum Düsseldorf
Mohrmann, Matthias, Mitglied des Vorstandes AOK Rheinland/Hamburg
Roths, Urban, Deutsche Krankenhausgesellschaft Berlin
Schaffert, Reinhard, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus Siegburg
Schulz, Margret, Vorsitzende des Gesundheitsausschusses
Thewes, Stefan, Fachbereichsleiter LVR-Fachbereich Wirtschaftliche Steuerung
Wenzel-Jankowski, Martina, Dezernentin LVR-Dezernat Klinikverbund und Verbund
Heilpädagogischer Hilfen

Tagesordnung

Öffentliche Sitzung

Beratungsgrundlage

1. Das Programm der Informationsveranstaltung entnehmen Sie bitte dem beigefügten Flyer.

Beginn der Sitzung: 09:30 Uhr
Ende öffentlicher Teil: 14:00 Uhr
Ende der Sitzung: 14:00 Uhr

Öffentliche Sitzung

Punkt 1

Das Programm der Informationsveranstaltung entnehmen Sie bitte dem beigefügten Flyer.

Die Informationsveranstaltung "Neues Entgeltsystem in der Psychiatrie - Wo geht die Reise hin?" ist am 29.01.2016 durchgeführt worden. Die Vorträge der Referentinnen und Referenten sind als **Dokumentation** der Informationsveranstaltung zusammengefasst und der Niederschrift als Anlage beigefügt bzw. werden gesondert versandt..

Aachen, 19.03.2016

Die Vorsitzende

Schulz

Köln, 12.02.2016

Die Direktorin des Landschaftsverbandes
Rheinland
In Vertretung

Wenzel-Jankowski

Anreise

Mit öffentlichen Verkehrsmitteln

DB: Bahnhof Köln Messe/Deutz
Bus: Linie 150
Haltestelle „Bahnhof Deutz / Messe“
Straßenbahn: Linie 1, 7 und 9
Haltestelle Deutzer Freiheit

Mit dem PKW

Über den Autobahnring Köln bis AK Köln-Gremberg zur östlichen Zubringerstraße (L124) und Opladener Straße nach Köln-Deutz
Über den Autobahnring Köln bis AK Köln-Ost, über die Stadtautobahn B55a bis zur Anschlussstelle Pfälzischer Ring/Messe, über Pfälzischer Ring und Deutz-Mülheimer-Straße nach Köln-Deutz
Über die A 57 bis zur Inneren Kanalstraße, über die Zoobrücke zur Anschlussstelle Pfälzischer Ring/Messe, über Pfälzischer Ring und Deutz-Mülheimer-Straße nach Köln-Deutz

Horion-Haus, Hermann-Pünder-Str. 1, Köln-Deutz



Referentinnen und Referenten

Günter van Aalst
Leiter der Techniker Krankenkasse in NRW

Prof. Dr. Arno Deister
Chefarzt, Klinikum Itzehoe

Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Gaebel
LVR-Klinikum Düsseldorf

Matthias Mohrmann
Mitglied des Vorstandes AOK Rheinland/Hamburg

Urban Roths
Deutsche Krankenhausgesellschaft, Berlin

Reinhard Schaffert
Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, Siegburg

Margret Schulz
Vorsitzende des LVR-Gesundheitsausschusses

Stefan Thewes
Fachbereichsleiter
LVR-Fachbereich Wirtschaftliche Steuerung

Michael van Brederode
Vorstandsvorsitzender
LVR-Klinik Düren

Martina Wenzel-Jankowski
LVR-Dezernentin
LVR-Dezernat Klinikverbund und Verbund
Heilpädagogischer Hilfen



Foto: Matthias Jung

Einladung

Das Pauschale Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) gem. § 17d KHG bewegt die Beteiligten der psychiatrischen Versorgung sehr. Mit der PEPP-Entgeltverordnung 2016 liegt bereits der vierte Entgeltkatalog vor. Nach der aktuellen Gesetzeslage ist das System ab 2017 verbindlich von allen psychiatrischen Kliniken einzuführen. Rd. 24% aller psychiatrischen Kliniken und Fachabteilungen haben das neue Entgeltsystem bereits eingeführt. Damit liegen nicht nur Vermutungen über die Wirkungen des Systems vor, sondern bereits praktische Erfahrungen in der Anwendung einer pauschalierenden Abrechnung. In dieser Fachtagung sollen deswegen die Auswirkungen des neuen Systems auf die psychiatrische Versorgung vorgestellt und diskutiert werden.

Im zweiten Teil liegt der Schwerpunkt auf der Frage: „Welche Alternativen gibt es zum PEPP-System?“ Das Bundesministerium für Gesundheit hat hierzu Mitte 2015 einen strukturierten Dialog für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems angestoßen. In diesem Zusammenhang haben 17 psychiatrische Fach- und Berufsverbände mit dem „Budgetbasierten Entgeltsystem“ ein einheitliches Alternativmodell vorgelegt. Auf dieser Basis soll der strukturierte Dialog fortgeführt werden. Auch im Rahmen von Modellvorhaben nach § 64b SGB V wurden Ansätze für die Weiterentwicklung von psychiatrischen Versorgungssystemen entwickelt, die wiederum Impulse für die Weiterentwicklung eines sektorübergreifenden Entgeltsystems geben können.

Wir sind sehr gespannt auf die gemeinsame Diskussion zum Neuen Entgeltsystem in der Psychiatrie und Psychosomatik sowohl aus Klinik- als auch aus Kostenträgersicht. Über eine rege Teilnahme von vielen verschiedenen Beteiligten an der psychiatrischen Versorgung im Rheinland freuen wir uns deshalb sehr!

Prof. Dr. Jürgen Wilhelm
Vorsitzender der
Landschaftsversammlung
Rheinland

Ulrike Lubek
Direktorin des
Landschaftsverbandes
Rheinland

Tagungsprogramm

09:00 Begrüßungskaffee

09:30 Einführung
Margret Schulz

09:40 PEPP - Stand der Systementwicklung

Der PEPP-Entgeltkatalog 2016
Reinhard Schaffert

PEPP – Gesetzlicher Auftrag und Umsetzung
Urban Roths

PEPP – Entgeltsystem – Mehr Wunsch als Wirklichkeit?
Michael van Brederode

11:30 Pause

12:00 Alternativmodelle / Modellvorhaben

PEPP-System und Alternativen
- **Aus Sicht der AOK Rheinland/Hamburg**
Matthias Mohrmann
- **Aus Sicht der Techniker Krankenkasse**
Günter van Aalst

Das budgetorientierte Entgeltsystem als Alternative zu PEPP!?
Prof. Dr. Arno Deister (angefragt)

Bedarfsorientierte Behandlung psychischer Erkrankungen – ein modulorientiertes Entgeltsystem in der Umsetzung
Univ.-Prof. Dr. Gaebel / Stefan Thewes

Fazit / Verabschiedung
Martina Wenzel-Jankowski

14:00 Ende der Veranstaltung

Organisation

Veranstalter

Landschaftsverband Rheinland (LVR) 50663 Köln
www.lvr.de

Tagungsort

Landschaftsverband Rheinland
Horion-Haus / Raum Rhein
Hermann-Pünder-Str. 1
50679 Köln-Deutz

Allgemeine Informationen

Es wird keine Tagungsgebühr erhoben.
In der Pause stehen Getränke und ein Mittagsimbiss kostenfrei bereit.
Die Zahl der Teilnehmenden ist aus Brandschutzgründen begrenzt.
Der Veranstaltungsort ist für rollstuhlfahrende Menschen zugänglich
Unterstützungsbedarfe können bei der Anmeldung angegeben werden.

Anmeldung bis zum 22. Januar 2016

unter Angabe von Name, Vorname, Institution und Postanschrift
per Mail an
birgit.busch@lvr.de oder
per Fax an 0221/809-3951

Information und Rückfragen

Dorothee Hionsek, Tel. 0221/809-3952
E-Mail: dorothee.hionsek@lvr.de

Stefan Thewes, Tel. 0221/809-6631
E-Mail: stefan.thewes@lvr.de

Tagungsdokumentation PEPP 2016

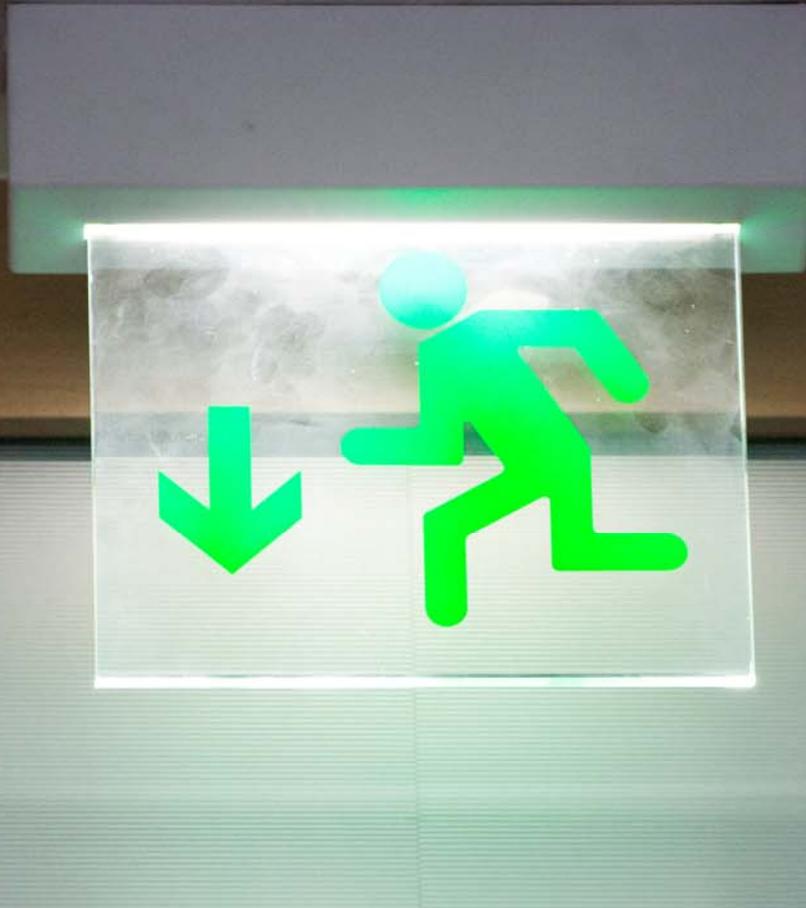


Foto: Matthias Jung

Neues Entgeltsystem in der Psychiatrie und Psychosomatik

Wo geht die Reise hin?

Fachtagung am 29. Januar 2016 in Köln



Impressum:

Herausgeber: Landschaftsverband Rheinland, Kennedy-Ufer 2, 50679 Köln
Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen
Fachbereich Wirtschaftliche Steuerung

Redaktion/
Organisation: Birgit Busch, Dorothee Hionsek, Stefan Thewes

Druck: Druckerei Landschaftsverband Rheinland

Köln, im März 2016

Inhalt

Vorwort

Martina Wenzel-Jankowski

Begrüßung und Einführung in die Tagung

Margret Schulz

Teil I: PEPP – Stand der Systementwicklung

- 1. Der PEPP-Entgeltkatalog 2016**
Reinhard Schaffert
- 2. PEPP – Entgeltsystem - Mehr Wunsch als Wirklichkeit?**
Michael van Brederode
- 3. PEPP - Gesetzlicher Auftrag und Umsetzung**
Urban Roth

Teil II: Alternativmodelle / Modellvorhaben

- 4. PEPP-System und alternative Ansätze:**

Aus Sicht der AOK Rheinland/Hamburg
Matthias Mohrmann

Aus Sicht der Techniker Krankenkasse
Günter van Aalst
- 5. Das budgetorientierte Entgeltsystem als Alternative zu PEPP!?**
Prof. Arno Deister
- 6. Bedarfsorientierte Behandlung psychischer Erkrankungen - ein modulatorientiertes Entgeltsystem in der Umsetzung**
Prof. Wolfgang Gaebel / Stefan Thewes

Referentenliste

Anhang: Anschreiben zum Eckpunktepapier
Eckpunkte zur Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems
Presseartikel zur LVR-Fachtagung

Vorwort

Im Jahr 2012 wurde der erste PEPP-Entgeltkatalog für das Jahr 2013 vorgelegt. Seit Mitte 2014 rechnen die ersten LVR-Kliniken ihre Leistungen mit dem PEPP-System ab. Damit muss jetzt nicht mehr über die Auswirkungen spekuliert werden. Jetzt ist es möglich das PEPP-System als neues Entgeltsystem kritisch zu prüfen, Risiken festzustellen sowie verpasste Chancen konkret zu benennen. Entsprechend groß war auch das Interesse der rd. 280 Besucher der Fachtagung in den Räumen des Landschaftsverbands Rheinland in Köln an den konkreten Erfahrungen und den möglichen Alternativen.

Die Referenten der LVR-Fachtagung konnten eindrucksvoll darstellen, dass die häufig geäußerte Kritik am PEPP-System berechtigt ist. Mittlerweile ist das ursprüngliche Ziel eines pauschalierenden Entgeltsystems – insbesondere die Überwindung der Sektorengrenzen – weit aus der Ferne gerückt. Stattdessen ist der Alltag im PEPP-System geprägt von einer Zunahme der Dokumentation und Kodierung, mehr administrativem Aufwand bei der Abrechnung und einer erheblichen Zunahme des Misstrauens der Kostenträger, was durch einen enormen Anstieg der MDK-Anfragen deutlich wird. Deswegen muss hinterfragt werden: „Welchen positiven Effekt hat das PEPP-System – insbesondere auf die Versorgung der Patienten?“

Doch es gibt auch Alternativen. Einen umfassenden Alternativvorschlag stellt das von 19 psychiatrischen Fach- und Berufsverbänden unterschriebene Konzept eines budgetorientierten Entgeltsystems dar, dem ausgehend von der Fachtagung, ein weiterer Verband beigetreten ist. Die Verbesserung der sektorübergreifenden und bedarfsorientierten Versorgung der Patienten stellen die Modellvorhaben in den Mittelpunkt. Die Versorgung richtet sich dabei nach dem Bedarf der Patientinnen und Patienten und erfolgt Setting-unabhängig. Kliniken und Kostenträger haben gleichermaßen ein großes Interesse, für die Umsetzung des Grundsatzes „Ambulant vor Stationär“ einen geeigneten Rahmen zu finden.

Mittlerweile hat auch das Bundesministerium für Gesundheit auf die massive Kritik am PEPP-System reagiert und am 18. Februar 2016 ein Eckpunktepapier zur Veränderung des Entgeltsystems vorgelegt. Dieses sieht vor, dass ab 2017 ein geändertes neues Entgeltsystem von allen Kliniken anzuwenden ist. Zu den beschlossenen Änderungen gehört u.a., dass das neue Entgeltsystem als Budget- und nicht als Preissystem umgesetzt wird, die Konvergenzphase auf einen landeseinheitlichen Basisentgeltwert entfällt und verbindliche Mindestvorgaben für die personelle Ausstattung geben soll. Weiterhin soll das Home Treatment zur Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung ermöglicht werden.

Eine wichtige Erkenntnis ist, dass es sich lohnt Kritik zu äußern, die verbunden ist mit konkreten Vorschlägen zur Veränderung. Unsere Hoffnung ist, dass sich durch die Veränderungen am Entgeltsystem die Versorgung der Patientinnen und Patienten und das Arbeitsumfeld der Beschäftigten in den psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken verbessern. Deswegen wird der LVR-Klinikverbund die Konkretisierung der Eckpunkte in den gesetzlichen Grundlagen und einer veränderten Entgeltsystematik weiter kritisch begleiten.

Martina Wenzel-Jankowski
LVR-Dezernentin

Margret Schulz

Begrüßung und Einführung

Guten Morgen meine sehr geehrte Damen und Herren,

heute ist wieder einmal der letzte Freitag in einem Monat. Dieser Freitag hat für die Psychiatrie in den letzten Jahren eine besondere Bedeutung bekommen. Jeder letzte Freitag im Monat war ein fixes Datum für die PEPP-Kritiker. Denn an diesem Tag versammelten sich über zwei Jahre regelmäßig Menschen aus den unterschiedlichsten Berufsgruppen und den unterschiedlichsten Hintergründen vor dem Bundesministerium für Gesundheit in Berlin, um gegen das PEPP-System zu demonstrieren. Am 27. November 2015 wurde diese Protestbekundung mit einer finalen Veranstaltung mit 1.500 Menschen abgeschlossen. Einen Tag vorher versammelten sich die 7.000 Teilnehmer des DGPPN-Kongresses zu einer Kundgebung mit dem Titel: „Stoppt PEPP“. Was mich daran beeindruckt, sind nicht so sehr die Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, sondern die Beharrlichkeit, mit der sich die Kritik an dem PEPP-System hält. Für mich zeigt das, dass es nicht darum geht, etwas Neues nicht haben zu wollen, um in den alten Strukturen weiter arbeiten zu können. Die Kritiker, die sich in welcher Form auch immer mit psychisch kranken Menschen beschäftigen, haben die echte Sorge, dass von dem PEPP-System Fehlanreize ausgehen, die das bestehende System der psychiatrischen Versorgung nachhaltig schädigen könnten. Die wahren Verlierer sind nämlich nicht die psychiatrischen Kliniken oder die Beschäftigten, sondern die psychisch kranken Menschen.

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

aus diesem Grund ist es gut, dass wir uns als Gesundheitsausschuss der Landschaftsversammlung des Landschaftsverbandes Rheinland Zeit nehmen, um uns intensiv mit dem PEPP-System zu beschäftigen. Insofern freue ich mich, dass es dem LVR gelungen ist, in dieser Fachtagung die an der psychiatrischen Versorgung Beteiligten im Rheinland zusammenzubringen. Ich begrüße Sie alle ganz herzlich, insbesondere die Mitglieder des Gesundheitsausschusses, der Krankenhausausschüsse, die Vertreterinnen und Vertreter der Kostenträger, Vertreter

von Berufs- und Fachverbänden, Vorstände und Beschäftigte der LVR-Kliniken und der Verbundzentrale sowie anderer psychiatrischer Kliniken im Rheinland.

Bei unserer letzten Fachtagung zu diesem Thema im Mai 2013 haben wir uns bereits intensiv damit auseinandergesetzt, was das neue PEPP-Entgeltsystem eigentlich ist und welche Wirkungen es auf die psychiatrische Versorgung nehmen kann. Heute sind wir entscheidende Schritte weiter.

Erstens ist der PEPP-Entgeltkatalog im Vergleich zum ersten Katalog des Jahres 2013 weiterentwickelt worden. Auch daran waren die Kritiker des PEPP-Systems, in diesem Fall die psychiatrischen Fachverbände, nicht unbeteiligt. Mit dem Katalog 2015 sind die starren Vergütungsstufen zu Gunsten einer fortlaufenden degressiven Vergütung auf Tagesbasis abgeschafft worden. Über ergänzende Tagesentgelte sind intensive Behandlungsepisoden zusätzlich kodier- und abrechenbar. Es stellt sich die Frage, ob diese Maßnahmen ausreichen. Nicht geändert hat sich nämlich das Problem, dass die Vergütung Diagnoseorientiert vorgenommen wird.

Zweitens liegen bereits praktische Erfahrungen über die Anwendung des PEPP-Systems vor. Deswegen reden wir nicht nur theoretisch über „mögliche“ Auswirkungen des Systems, sondern durch die Anwendung des Systems können wir im Echtbetrieb nachvollziehen, welche Wirkungen und Anreize von dem System ausgehen. Der LVR-Klinikverbund hat in allen seiner neun psychiatrischen Fachkliniken das neue pauschale Entgeltsystem eingeführt. Die LVR-Klinik Düren, die als erste Klinik auf das neue System umgestiegen ist, rechnet seine Leistungen seit Juli 2014 über PEPPs mit den Krankenkassen ab. In den rd. 18 Monaten wurden sehr konkrete praktische Erfahrungen mit dem System gesammelt. Die Rückmeldungen vor Ort haben uns allerdings sehr überrascht. Dass die Schwächen und Risiken des Systems so schnell und deutlich erkennbar wurden, wurde dann doch nicht so erwartet.

Drittens hat die Bundesregierung auf die massive Kritik der Berufs- und Fachverbände gehört. In der Folge der Anhörung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages im Mai 2014 wurde der gesamte Zeitplan der Einführung des neuen Entgeltsystems um zwei Jahre verschoben. Auch daran war der LVR-Klinikverbund nicht ganz unbeteiligt. In einer umfassenden Stellungnahme hat

der LVR empfohlen, den Zeitplan zu verschieben. Es war eine gute Entscheidung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages, diese Verschiebung auf den Weg zu bringen. Ansonsten wäre dieser Januar 2016 der erste Monat gewesen, in dem alle psychiatrischen Fälle über PEPP abgerechnet würden.

Viertens haben die psychiatrischen Kliniken die gesetzliche Alternative genutzt, im Rahmen von Modellvorhaben alternative Versorgungskonzepte mit den Krankenkassen zu vereinbaren. Bundesweit gibt es rund 20 Modellvorhaben. Dabei ist allerdings kritisch zu sehen, dass die überwiegende Anzahl der Modelle für die stationäre Vergütung das PEPP-System zu Grunde legt. So positiv die sektorübergreifende Versorgung und Verbesserung der ambulanten Vergütung anzuerkennen sind, die Entwicklung von alternativen Vergütungsformen wurde damit behindert. Wir sind froh, dass sich der LVR-Klinikverbund unter Führung des LVR-Institutes für Versorgungsforschung auf den Weg gemacht hat, ein echtes alternatives und innovatives Versorgungs- und Vergütungssystem zu entwickeln. Wir sind auch der AOK Rheinland/Hamburg überaus dankbar, dass sie bereit sind, mit dem LVR-Klinikum Düsseldorf diesen Weg mitzugehen.

Mit allen vier Bereichen wollen wir uns in der heutigen Fachtagung beschäftigen: PEPP-System, praktische Erfahrung, ordnungspolitischer Rahmen und alternative Versorgungs- und Vergütungskonzepte. Zu diesem Thema begrüße ich nochmals ganz besonders die Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen und freue mich auf den gemeinsamen konstruktiven Austausch. Gerade die AOK Rheinland/Hamburg und die Techniker Krankenkasse sind für uns wichtige Partner, wenn es um die Weiterentwicklung von psychiatrischen Versorgungssystemen geht. Wir würden uns sehr freuen, wenn sich auch die anderen Krankenkassen aktiv daran beteiligen würden und lade sie dazu herzlich ein.

Der Landschaftsverband Rheinland hat den Prozess der Einführung des neuen Entgeltsystems und insbesondere des PEPP-System von Anfang an kritisch begleitet. Dabei sind für uns zwei Kritikpunkte entscheidend für unsere kritische Haltung:

Erstens ist das neue Entgeltsystem nicht bedarfsorientiert. Der Betreuungsbedarf einer psychiatrischen Erkrankung lässt sich nicht an der Diagnose allein festmachen. Der Betreuungsbedarf ergibt sich aus den individuellen Bedürfnissen des

psychisch kranken Menschen und den Problemen, die er mit bringt in unsere Kliniken und Ambulanzen. Der Behandlungsverlauf kann trotz identischer Diagnose in Abhängigkeit von dem individuellen Krankheitsbild sehr unterschiedlich ausfallen. Der Behandlungsverlauf einer psychiatrischen Erkrankung ist nicht so planbar, wie bspw. ein entzündeter Blinddarm. Das Gesetz sieht jedoch eine leistungsorientierte Vergütung vor. Davon ist das System weit entfernt. Die Dokumentation der Leistung einer psychiatrischen Behandlung ist dabei überaus schwierig, denn persönliche Zuwendung und Empathie kann man nicht kodieren. Übersetzt in das PEPP System heißt das, menschliche Nähe ist kein Kostentrenner.

Zweitens halten wir als LVR eine verbindliche Personalbedarfsrichtlinie für unbedingt erforderlich. Der Erfolg der Psychiatrie-Enquete ist eng mit der Psychiatrie-Personalverordnung verknüpft. Die Abschaffung der Psych-PV - ohne verbindlich zu sagen, welche Regelung folgen soll - halten wir für einen der entscheidenden Fehler bei der Einführung des neuen Entgeltsystems. Dieser Fehler ist dringend zu korrigieren.

Wir haben sehr aufmerksam zur Kenntnis genommen, dass sich der Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe persönlich mit der Thematik beschäftigt und einen strukturierten Dialog angestoßen hat. Dass auch die Fach- und Berufsverbände dieses Angebot Ernst nehmen, sehen wir daran, dass sie mit dem budgetorientierten Entgeltsystem einen alternativen Entwurf für ein Vergütungssystem vorgelegt haben. Aber jetzt müssen den Ankündigungen aus Berlin auch Taten folgen.

Ich möchte weiterhin betonen: Es geht dem LVR bei aller Kritik an dem PEPP-System nicht nur um die finanzielle Sicherung der LVR-Kliniken, sondern dem LVR ging und geht es auch zukünftig vor allem um die Sicherstellung und qualitative Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung im Rheinland. Das heißt, es geht um schwer erkrankte, teils chronisch kranke Menschen, die in unseren Einrichtungen Hilfe suchen. Ihnen zu helfen darf nicht abhängig sein von einer pauschalen Vergütung. Allein der individuelle Hilfebedarf muss für uns der Maßstab sein für eine angemessene Behandlung unter der Nebenbedingung der Wirtschaftlichkeit.

Freuen Sie sich jetzt mit mir auf interessante Beiträge unserer Referenten, die uns sicherlich zu einer vertiefenden Diskussion anregen werden.

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Teil I: PEPP – Stand der Systementwicklung

- 1. Der PEPP-Entgeltkatalog 2016**
Reinhard Schaffert
- 2. PEPP – Entgeltsystem - Mehr Wunsch als Wirklichkeit?**
Michael van Brederode
- 3. PEPP - Gesetzlicher Auftrag und Umsetzung**
Urban Roths

Der PEPP-Entgeltkatalog 2016

LVR Fachtagung

Neues pauschales Entgeltsystem in der Psychiatrie (PEPP)
Wo geht die Reise hin?

1

© InEK 2015

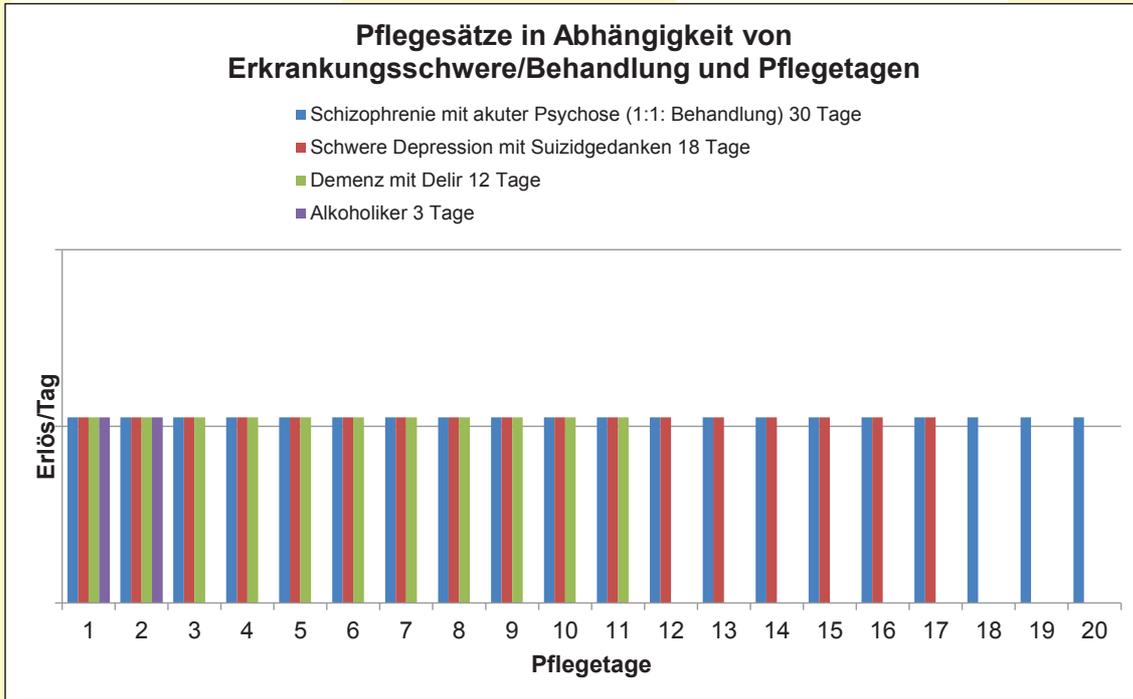
Agenda

- **Grundlagen des PEPP-Systems**
- Kalkulationsgrundlage und Methodik
- Systematische Analysen
- Budgetplanungsrelevante Veränderungen
- Fazit

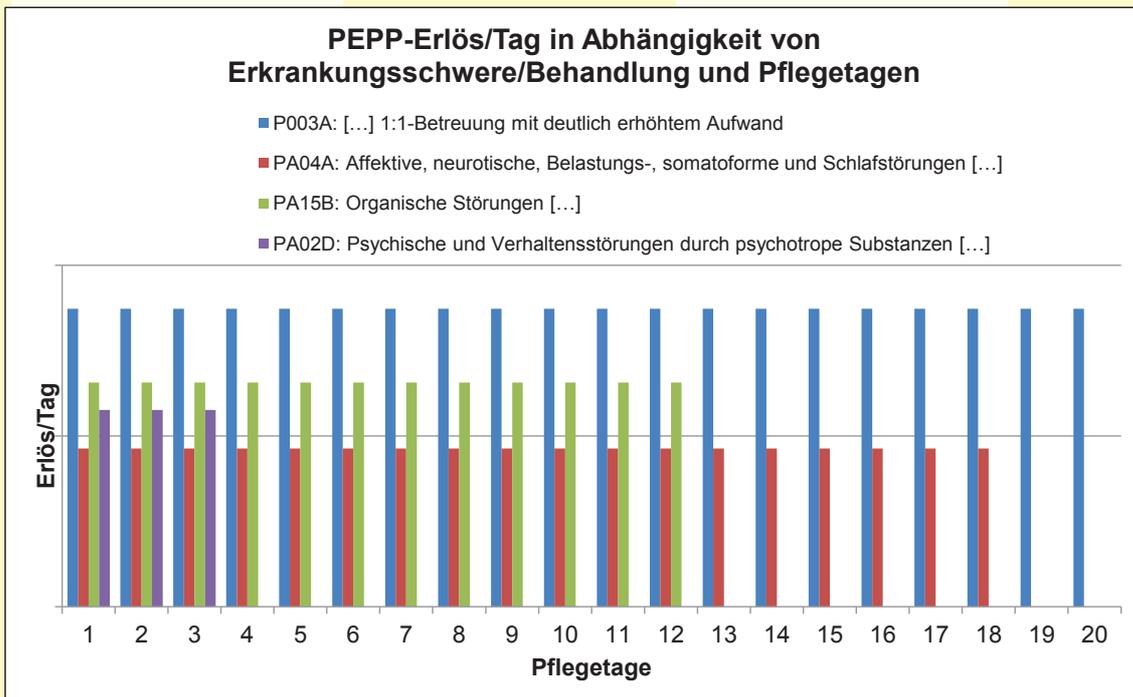
2

© InEK 2015

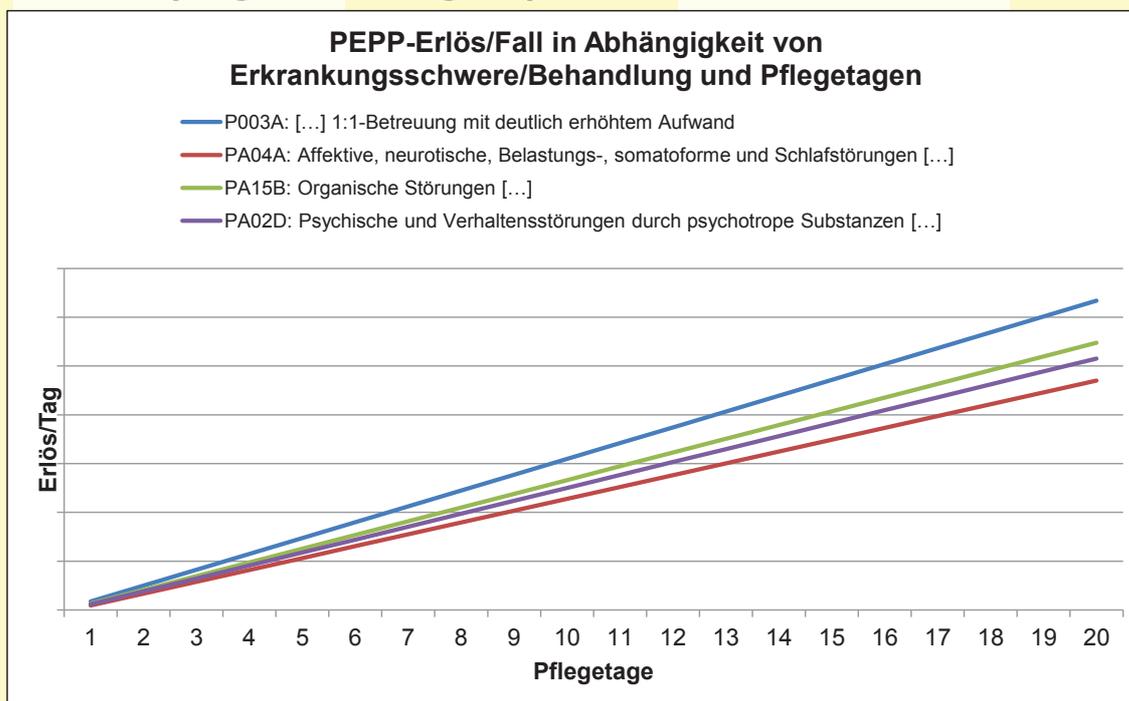
Psychiatrie: Bisher Pflegesätze (tagesbezogen)



PEPP (tagesbezogen)



PEPP (tagesbezogen)



5

© InEK 2015

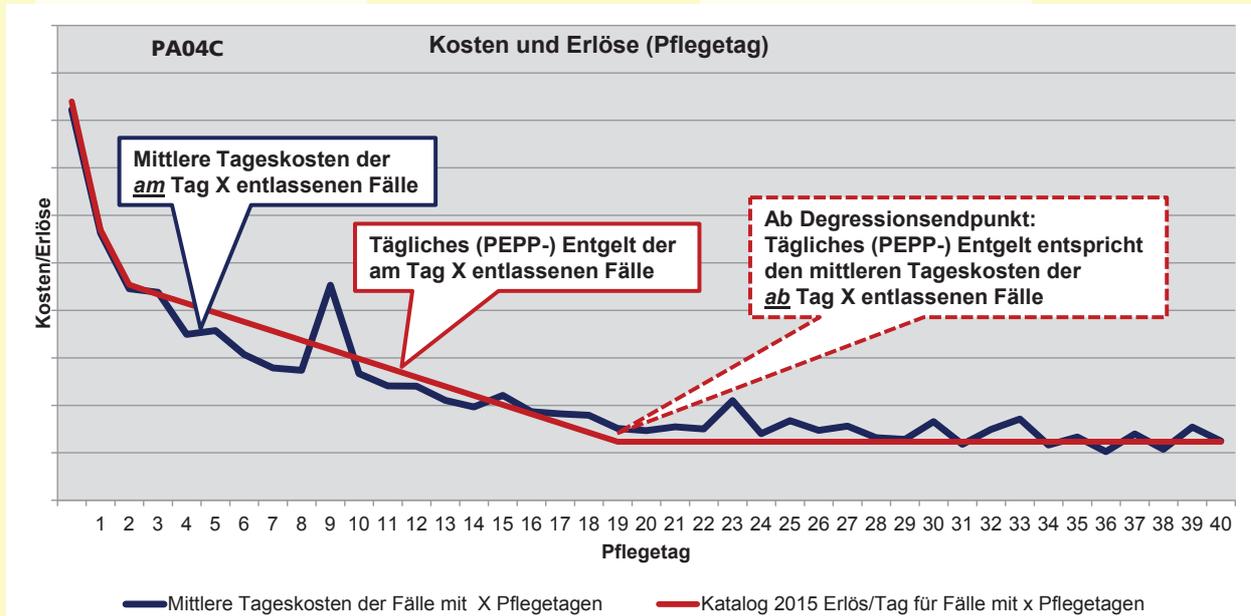
Berechnung der Bewertungsrelationen

- Ermittlung der Bewertungsrelationen aus den durchschnittlichen Tageskosten der am jeweiligen Behandlungstag entlassenen Fälle
- Anwendung von Glättungsverfahren zur Vermeidung von erratischen Sprüngen
- Einheitliche Bewertungsrelation einer PEPP ab dem Tag, ab dem die Tageskosten nur noch geringfügig variieren

6

© InEK 2015

Berechnung der Bewertungsrelationen



Vergütungsklassen

PEPP	Bezeichnung	Anzahl Berechnungstage	Bewertungsrelation je Tag
1	2	3	4
PA04A	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, Alter > 89 Jahre oder mit komplizierender Diagnose und Alter > 64 Jahre, oder mit komplizierender Konstellation oder mit hoher Therapieintensität	1	1,3163
		2	1,1650
		3	1,1602
		4	1,1521
		5	1,1440
		6	1,1359
		7	1,1278
		8	1,1197
		9	1,1116
		10	1,1034
		11	1,0953
Ein Fall mit Entlassung <u>am</u> Pflegetag		12	erhält 1,0872
		13	1,0791
		14	1,0710
		15	1,0629
Ein Fall mit Entlassung <u>ab</u> Pflegetag		16	erhält 1,0548

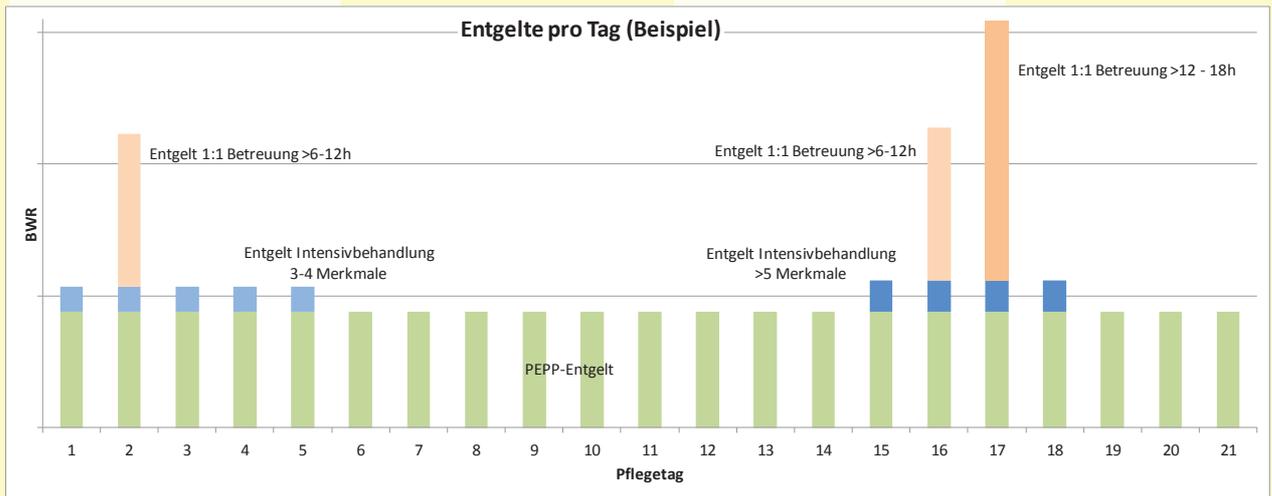
Bewertungsrelationen **für jeden Tag**

Bewertungsrelationen **für jeden Tag**



PEPP: Ergänzende Tagesentgelte (ET)

Tag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
OPS	9-619					9-607							9-607		9-61b			9-607			
Zusatz-OPS	9-640.06																9-640.06		9-640.07		



PEPP: Ergänzende Tagesentgelte (ET)

Anlage 5

ausgeblendet

PEPP-Entgeltkatalog
Katalog ergänzender Tagesentgelte

ET	Bezeichnung	ET _D	OPS Version 2016		Bewertungsrelation je	
			OPS-Kode	OPS-Text		
1	2	3	4	5	6	
ET01	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen		9-640.0	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: 1:1-Betreuung		
			ET01.04	9-640.06	6 bis unter 12 Stunden pro Tag	1,2163
			ET01.05	9-640.07	12 bis unter 18 Stunden pro Tag	1,9891
			ET01.06	9-640.08	18 und mehr Stunden pro Tag	2,8473
ET02 ¹⁾	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit mindestens 3 Merkmalen	ET02.01	9-619	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 3 Merkmalen	0,1871	
			9-61a	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 4 Merkmalen	0,1871	
			ET02.02	9-61b	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 5 und mehr Merkmalen	0,2439
ET04	Intensive Beaufsichtigung mit Überwachung in einer Kleinstgruppe bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen		9-693.0	Intensive Beaufsichtigung mit Überwachung in einer Kleinstgruppe bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen		
			ET04.01	9-693.03	Mehr als 8 bis zu 12 Stunden pro Tag	0,4522
			ET04.02	9-693.04	Mehr als 12 bis zu 18 Stunden pro Tag	0,9256
			ET04.03	9-693.05	Mehr als 18 Stunden pro Tag	1,1688
ET05	Einzelbetreuung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen		9-693.1	Einzelbetreuung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen		
			ET05.01	9-693.13	Mehr als 8 bis zu 12 Stunden pro Tag	1,3628
			ET05.02	9-693.14	Mehr als 12 bis zu 18 Stunden pro Tag	1,9840
			ET05.03	9-693.15	Mehr als 18 Stunden pro Tag	3,0013

Fußnoten:
¹⁾ Abrechenbar ist jeder Tag mit Gültigkeit eines OPS-Kodes gem. Spalte 6, an dem der Patient stationär behandelt wird. Vollständige Tage der Abwesenheit während der Gültigkeitsdauer eines OPS-Kodes gem. Spalte 6 sind nicht abrechenbar.

PEPP-Struktur

Beispiel

ausgeblendet

PA 04 A Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, Alter > 84 Jahre oder mit komplizierender Diagnose und Alter > 64 Jahre, oder mit komplizierender Konstellation oder mit hoher Therapieintensität

Strukturkriterien

- **Teilstationär:**
 - TK Kinder- und Jugendpsychiatrie
 - TP Psychosomatik
 - TA Allgemeine Psychiatrie (Erwachsene)
- **Vollstationär:**
 - P0 "PRÄ" (hoch aufwändige Behandlung)
 - PK Kinder- und Jugendpsychiatrie
 - PP Psychosomatik
 - PA Allgemeine Psychiatrie (Erwachsene)

Basis PEPP (Erkrankungsbereich)

- 01 Intelligenzstörungen...
- 02 Sucht
- 03 Psychotische Störungen...
- 04 Affektive Störungen...
- ...
- 15 Gerontopsychiatrie...
- ...
- 98 Ohne psychiatrische Hauptdiagnose
- 99 Ohne psychiatrische Diagnose

Aufwand (Ø Tageskosten)

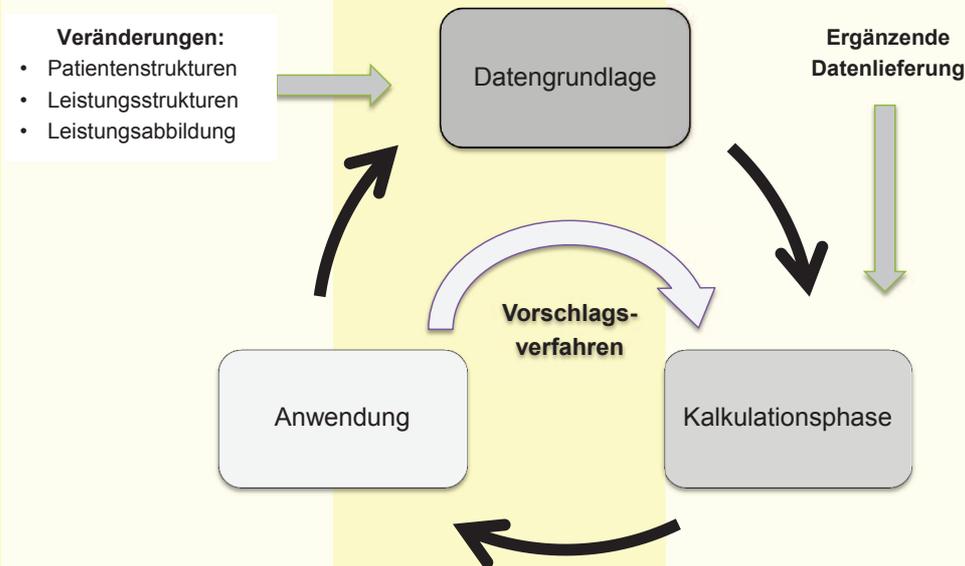
- A hoch
- B |
- C |
- D geringer
- oder
- Z keine Differenzierung

Verfahren der Weiterentwicklung

ausgeblendet

- Überprüfung der bestehenden Systematik auf Änderungen der kostenrelevanten Eigenschaften verwendeter Kriterien
- Überprüfung der rechenbaren Vorschläge des Vorschlagsverfahrens; typischerweise mit Variationen
- Überprüfung von im Datenjahr neu eingeführten ICD-/OPS-Kodes hinsichtlich der Eignung als kostentrennendes Kriterium
- Analysen anhand ergänzender Datenbereitstellung für
 - noch nicht (ausreichend genau) im OPS abgebildete Leistungen,
 - genauere Untersuchung der leistungsbezogenen Kosten hinsichtlich Eignung als ergänzende Tagesentgelte oder Zusatzentgelte

Grundlagen des PEPP-Systems Lernendes System



13

© InEK 2015

Agenda

- Grundlagen des PEPP-Systems
- **Kalkulationsgrundlage und Methodik**
- Systematische Analysen
- Budgetplanungsrelevante Veränderungen
- Fazit

14

© InEK 2015



Kalkulation Psychiatrie/Psychosomatik

Datenaufbereitung

ausgeblendet

Unverändert!

Datenaufbereitung

- Bereinigung um Überlieger mit unvollständig kalkulierten Kosten
- Keine Berücksichtigung der Kosten für vor- oder nachstationäre Tage
- Überprüfung und ggf. Korrektur der Verweildauer anhand der übermittelten Tage mit Kosten
- Bereinigung der Kosten für Zusatzentgelt-relevante Leistungen
- Bereinigung der Kosten für die Leistungen der ergänzenden Tagesentgelte



Kalkulation Psychiatrie/Psychosomatik

Vergleich Kalkulationsdaten mit § 21-Daten

Präfix	Strukturkategorie	Anteil an Gesamt (2014)	Veränderung 2014 zu 2013 in %	Anteil Kalk.daten an §21-Daten (2014)
PO	Prä-Strukturkategorie	1,1%	2,3%	36,8%
PA	Strukturkategorie Psychiatrie, vollstationär	74,2%	8,9%	23,1%
PK	Strukturkategorie Kinder- und Jugendpsychiatrie, vollstationär	6,2%	2,8%	26,6%
PP	Strukturkategorie Psychosomatik, vollstationär	5,7%	17,3%	19,3%
TA	Strukturkategorie Psychiatrie, teilstationär	10,1%	-1,5%	18,8%
TK	Strukturkategorie Kinder- und Jugendpsychiatrie, teilstationär	1,8%	5,4%	23,8%
TP	Strukturkategorie Psychosomatik, teilstationär	0,7%	-1,2%	12,1%
PF	Fehler-PEPP und sonstige PEPP	0,1%	2625,0%	5,8%
Gesamt		100%	7,7%	22,4%

Bezugsgröße

- Die Bezugsgröße ist so gewählt, dass für voll- und teilstationäre Fälle in bewerteten PEPP oder Fehler-PEPP gilt*:
 - Summe Bewertungsrelationen aus PEPP-Gruppierung
 - + Summe Bewertungsrelationen aus Ergänzenden Tagesentgelten
 - ≙ Summe Pflegetage (der Fälle in bewerteten PEPP)
- Die Bezugsgröße für 2016 bei dieser Methodik beträgt **234,62 €**
- Anmerkung: Bezugsgröße ≠ Basisentgeltwert

* unter Berücksichtigung einer Bewertungsrelationen-Schätzung einer Fehler-PEPP-Überarbeitung

Ergänzende Tagesentgelte (ET) Kalkulationsmethode

ausgeblendet
Unverändert!

Kalkulation analog der im Vorjahr vorgestellten Methode:
Ermittlung des durch Leistung begründeten Kostendeltas

1. Festlegung der Module, in denen untersuchte Leistung kostenmäßig abgebildet wird
2. Berechnung der mittleren Kosten der Module je Tag mit gültigem Code für untersuchte Leistung aus:

Summe der relevanten
Module aller Tage mit
gültigem Code für
Leistung



Anzahl aller Tage
mit gültigem
Code für Leistung

Ergänzende Tagesentgelte (ET) Kalkulationsmethode

ausgeblendet
Unverändert!

Kalkulation analog der im Vorjahr vorgestellten Methode (Forts.):

3. Berechnung des durch Leistung begründeten Kostendeltas aus:

Mittlere Kosten der
Module je Tag **mit**
gültigem Code für
Leistung

—

Mittlere Kosten der
Module je Tag **ohne**
gültigen Code für
Leistung

Ergänzende Tagesentgelte (ET) Analysen – Übersicht

ausgeblendet

- **Intensivbehandlung bei Erwachsenen ab 3 Merkmalen (OPS 9-615* und OPS 9-616*)**
- **1:1-Betreuung bei Erwachsenen mehr als 6 Stunden (OPS 9-640.01 bis 9-640.03)**
- **Einzelbetreuung und Betreuung in der Kleinstgruppe bei Kindern und Jugendlichen (OPS 9-67*)**
- **Betreuung in der Kleinstgruppe bei Erwachsenen (OPS 9-640.1*)**
- **Kriseninterventionelle Behandlung bei Erwachsenen (OPS 9-641*) sowie bei Kindern und Jugendlichen (OPS 9-690*)**

* alle Endsteller, OPS 2015

Ergänzende Tagesentgelte (ET) Ergebnis – Erwachsene

	OPS 2016*	Anzahl Tage mit Gültigkeit	durch Leistung begründetes Kostendelta	
			aktuelles Ergebnis	Vorjahr
Erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen: 1:1-Betreuung				
1:1-Betreuung: 6 bis unter 12 Stunden pro Tag	9-640.06	8.589	285,37 €	267,47 €
1:1-Betreuung: 12 bis unter 18 Stunden pro Tag	9-640.07	3.823	466,69 €	455,07 €
1:1-Betreuung: 18 und mehr Stunden pro Tag	9-640.08	6.781	668,04 €	696,01 €
Intensivbehandlung bei erwachsenen Patienten mit mind. 3 Merkmalen				
Intensivbehandlung mit 3-4 Merkmalen	9-619 / 9-61a	348.412	43,90 €	43,72 €
Intensivbehandlung ab 5 Merkmalen	9-61b	22.400	57,22 €	54,23 €

* Vorabversion

21

© InEK 2015

Ergänzende Tagesentgelte (ET) Ergebnis – Kinder und Jugendliche

	OPS 2016*	Anzahl Tage mit Gültigkeit	durch Leistung begründetes Kostendelta	
			aktuelles Ergebnis	Vorjahr
Intensive Beaufsichtigung mit Überwachung in einer Kleinstgruppe				
Mehr als 8 bis zu 12 Stunden pro Tag	9-693.03	583	106,10 €	-
Mehr als 12 bis zu 18 Stunden pro Tag	9-693.04	1.466	217,17 €	204,22 €
Mehr als 18 Stunden pro Tag	9-693.05	105	274,22 €	218,88 €
Einzelbetreuung				
Mehr als 8 bis zu 12 Stunden pro Tag	9-693.13	1.054	319,73 €	288,89 €
Mehr als 12 bis zu 18 Stunden pro Tag	9-693.14	1.103	465,49 €	453,26 €
Mehr als 18 Stunden pro Tag	9-693.15	672	704,16 €	718,71 €

Neu

* Vorabversion

22

© InEK 2015

Ergänzende Tagesentgelte (ET)

Weitere Analysen

ausgeblendet

- Analyisierte Leistungen
 - Betreuung in Kleinstgruppe bei Erwachsenen (OPS 9-640.1*)
 - Kriseninterventionelle Behandlung Erwachsene (OPS 9-641*)
 - Kriseninterventionelle Behandlung Kinder- und Jugendliche (OPS 9-690*)
- Zu geringe Anzahl plausibler Datensätze und Dominanz einzelner Krankenhäuser
- ➔ Keine Kalkulation ergänzender Tagesentgelte für diese Leistungen möglich

* alle Endsteller, OPS 2015

23

© InEK 2015

Agenda

- Grundlagen des PEPP-Systems
- Kalkulationsgrundlage und Methodik
- **Systematische Analysen**
- Budgetplanungsrelevante Veränderungen
- Fazit

24

© InEK 2015

Agenda

- **Systematische Analysen**
 - Diagnosen
 - Prozeduren
 - Sucht
 - Alter
 - Kinder- und Jugendpsychiatrie
 - Fehler-PEPP (ausgeblendet)
 - Zusatzentgelte
 - Weitere Analysen von Vorschlägen

25

© InEK 2015

Diagnosen Analysen

ausgeblendet

- Überprüfung aller bisher gruppierungsrelevanten Diagnosen
- Analysen aller in den Daten vorkommenden Diagnosen auf mögliche Kostenunterschiede

26

© InEK 2015

Diagnosen Ergebnis für 2016

- Aufwertung von Fällen in höherwertige PEPP:

Diagnose	Typ *	Ursprungs-	Ziel-PEPP
Anorexia nervosa (F50.0)	ND	PA14B	PA14A
Organische Persönlichkeitsstörung (F07.0)	HD	PA14B	PA14A
Organisch affektive und emotional-labile Störung (F06.3, F06.6)	HD+ND	PA04B/C	PA04A
Psychotische Störungen bei HD Sucht	ND	PA02D	PA02C
Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (F31.5, F32.3, F33.3)	HD	PP04B	PP04A
Affektive Störungen mit psychotischen Symptomen	HD	PK04B	PK04A
Dissoziative Störungen (F06.5, F44.0-5)	HD	PK04B	PK04A
Kachexie (R64)	ND	PA02D	PA02C

* ND = Nebendiagnose, HD = Hauptdiagnose

27

© InEK 2015

Agenda

- **Systematische Analysen**
 - Diagnosen
 - **Prozeduren**
 - Sucht
 - Alter
 - Kinder- und Jugendpsychiatrie
 - Fehler-PEPP (ausgeblendet)
 - Zusatzentgelte
 - Weitere Analysen von Vorschlägen

28

© InEK 2015

Therapieeinheiten (OPS 9-60 bis 9-63)

Ergebnis für 2016

- Therapieintensität (ab 6 bzw. ab 8 TE pro Woche) weiterhin zur Kostentrennung geeignet
- Für 2016 weitreichende Änderungen im OPS (Trennung von Behandlungsart und Therapieeinheiten, durchgehend wochenweise Zählung der TE)
- Überleitung der PEPP-Eingruppierung auf die neue OPS-Systematik für Grouper 2016 erforderlich
- ➔ Keine weitere Änderung der TE-Eingruppierung in diesem Jahr

Kriseninterventionelle Behandlung (OPS 9-641)

Ausgangslage – Erwachsene

ausgeblendet

- Erstmals gruppierungsrelevant in PEPP 2015, für alle Berufsgruppen, Umsetzung gemeinsam mit 1:1-Betreuung
 - In P003A, P003B:
Kodes ab > 6h/Tag (9-641.*4)
 - In P003C, PA01A, PA04A, PA15A:
Kodes ab > 3h/Tag (9-641.*2-4)
- Notwendige Gesamtstundenzahl zur Höhergruppierung
 - In Prä-PEPP P003: > 100h und im Mittel > 1h/Tag
 - In Strukturkategorie PSY: > 40h

Kriseninterventionelle Behandlung (OPS 9-641) Analysen – Erwachsene

ausgeblendet

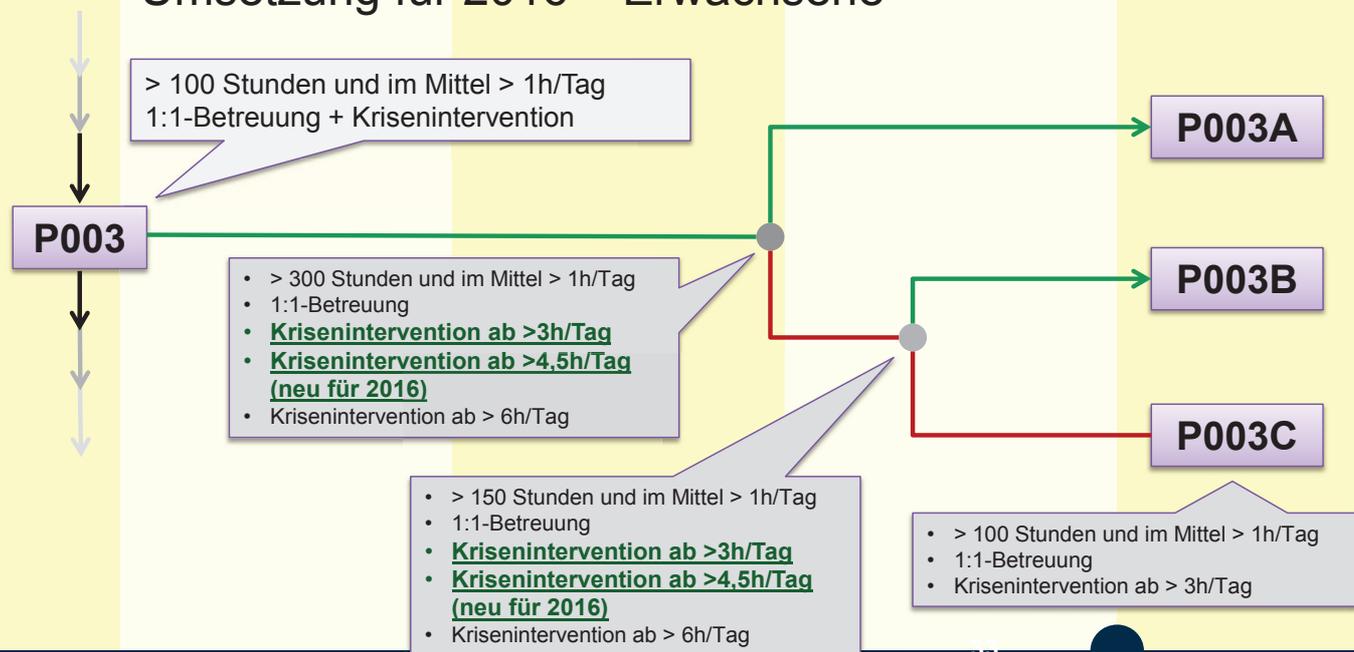
- Überprüfung, ob sich auch die niederschweligen Codes der kriseninterventionellen Behandlung (ab > 3h/Tag, 9-641.*2-3) in den Prä-PEPP P003A und P003B berücksichtigen lassen

Kriseninterventionelle Behandlung (OPS 9-641) Ergebnis für 2016 – Erwachsene

ausgeblendet

- Künftig alle Codes für die Krisenintervention (ab > 3h/Tag, 9-641.*2-4) einheitlich berücksichtigt in der
 - Prä-PEPP P003A-C
 - Strukturkategorie PSY, z.B. PA15A

Kriseninterventionelle Behandlung (OPS 9-641) Umsetzung für 2016 – Erwachsene



© InEK 2015

Kleinstgruppe (OPS 9-640.1) Ausgangslage/Analysen – Erwachsene

ausgeblendet

- Erhöhter Betreuungsaufwand in der Kleinstgruppe bei Erwachsenen – analog zur KJP – als ET abbildbar?
- In Kalkulationsstichprobe von nur vier Kliniken durchgängig verwendet
- Schwankungen der leistungsbezogenen Kosten (über das zu erwartende Intervall hinaus)
- Analyse der Daten ergab Hinweise auf unterschiedliche Auslegung der Leistungsbeschreibung je nach Klinik

Kleinstgruppe (OPS 9-640.1) Analysen – Erwachsene

ausgeblendet

Rücksprache bei Kliniken mit den höchsten Leistungszahlen

- Unterschiedliche Indikationen z.B.
 - Demenz
 - Mangelnde Flüssigkeits-/Nahrungsaufnahme
- Unterschiedliche Verfahren z.B.
 - Sitzwache/Kamera/Sichtkontakt
 - Eigener Überwachungsraum/Flur vor Stationszimmer
- Zitat als Rückmeldung auf Nachfrage:
„Kleinstgruppe Schöpfung des InEK und kein fachliches Konzept“

35

© InEK 2015

Kleinstgruppe (OPS 9-640.1) Ergebnis für 2016 – Erwachsene

ausgeblendet

- Unterschiedliche Auslegung der Leistungsbeschreibung je nach Klinik
- Erneute Prüfung im kommenden Jahr

36

© InEK 2015



Mutter/Vater/Kind-Setting (OPS 9-643)

Ergebnis für 2016 – Erwachsene

ausgeblendet

- Bei Anteil Mutter/Vater/Kind-Setting an > 50% der Pflage tage höhergruppierend, z.B. in PA03A, PA15A
- Für 2016 mit verändertem Berechnungsalgorithmus
- Dadurch bessere Berücksichtigung von fallzusammengeführten Fällen mit mehreren Leistungsperioden im Mutter/Vater/Kind-Setting



Weitere OPS

Ergebnis für 2016

ausgeblendet

- Gruppierungsrelevanz folgender Leistungsbezeichner für 2016 unverändert bestätigt:

Kode	Inhalt
9-640.0*	1:1-Betreuung Erwachsene
9-642	Integrierte klinisch-psychosom.-psychotherap. Komplexbeh.
9-67*	1:1-Betreuung/Kleinstgruppe Kinder und Jugendliche

Pflegebedürftigkeit (OPS 9-984)

Ausgangslage

- Leistungsbezeichner in Version 2014 in OPS aufgenommen zur Abbildung erhöhter Pflegebedürftigkeit in PEPP:

Stufe I: Erhebliche Pflegebedürftigkeit (OPS 9-984.0)

Stufe II: Schwere Pflegebedürftigkeit (OPS 9-984.1)

Stufe III: Schwerste Pflegebedürftigkeit (OPS 9-984.2)

Stufe III (H): Schwerste Pflegebedürftigkeit (OPS 9-984.3)
(H = Härtefall)

Pflegebedürftigkeit (OPS 9-984)

Analysen

- In § 21-Daten im Datenjahr 2014 bei Erstanwendung des neu eingeführten Codes vermutlich noch unvollständig erfasst
- Eher Patientenmerkmal („Patient ist pflegebedürftig“) als Leistungsbezeichnung („Patient erhält aufwendige Pflege an bestimmten Tagen“)
- Fälle (ab Pflegestufe II) mit regelhaft höheren durchschnittlichen Tageskosten in der Erwachsenenpsychiatrie
- Leistungsdefinition des OPS an Pflegestufe gebunden → „hartes Kriterium“

WELTNEUHEIT!
Erster bereits bei Kodierung
MDK-geprüfter Code!!!

Pflegebedürftigkeit (OPS 9-984)

Ergebnis für 2016

- Aufwertung der Fälle mit Pflegestufen II – III (H) in
 - PEPP PA15B (Gerontopsychiatrie)
 - PEPP PA04A (Affektive Störungen)
- Für die Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie bei geringer Fallzahl in 2016 (noch) keine Abbildung möglich

41

© InEK 2015

Psychosoziale Notlage (OPS 9-646)

Ausgangslage – Erwachsene

ausgeblendet

- Neu in OPS-Version 2014
- Kode beschreibt Mehraufwand bei psychosozialer Notlage für die Klärung/Regelung (ohne zeitliche Angabe) von bis zu vier der in den Mindestmerkmalen beschriebenen Problembereiche:
 - Finanzielle Notlage
 - Drohende oder eingetretene Erwerbslosigkeit
 - Drohende oder eingetretene Obdachlosigkeit
 - Regelung der Weiterversorgung abhängig betreuter Angehöriger (z.B. Kinder)

42

© InEK 2015

Psychosoziale Notlage (OPS 9-646) Analysen – Erwachsene

ausgeblendet

- Überprüfung auf Vorhandensein von Kostenunterschieden bei Fällen mit und ohne Kode
- Untersuchung von Fällen mit mindestens 1, 2, 3 oder 4 Merkmalen in den Strukturkategorien Psychiatrie und Psychosomatik

43

© InEK 2015

Psychosoziale Notlage (OPS 9-646) Ergebnisse für 2016 – Erwachsene

ausgeblendet

- Inhaltliche Überschneidungen mit *Indizierter komplexer Entlassungsaufwand bei Erwachsenen* (OPS 9-645)
- Ab einer Mindestanzahl von drei Merkmalen zeigen sich Hinweise auf Mehrkosten
- Bei allerdings sehr geringer Fallzahl und Dominanz weniger Häuser noch keine Umsetzung für PEPP 2016
- Erneute Prüfung im nächsten Jahr

44

© InEK 2015

Komplexer Entlassaufwand (OPS 9-646)

Ergebnisse für 2016 – Erwachsene

ausgeblendet

- Im Gegensatz zu OPS 9-646 (psychosoziale Notlage) Beschreibung eines definierten Zeitaufwands (ab 5h/Fall)
- Änderung der Zeitklassen für OPS 2015 (ab 1h/Tag)
- Nur sehr geringe Fallzahl mit Dominanz weniger Häuser
- Noch keine Abbildung in PEPP 2016 möglich
- Erneute Prüfung im nächsten Jahr

Agenda

3.5 Systematische Analysen

3.5.1 Diagnosen

3.5.2 Prozeduren

3.5.3 Sucht

3.5.4 Alter (ausgeblendet)

3.5.5 Kinder- und Jugendpsychiatrie

3.5.6 Fehler-PEPP (ausgeblendet)

3.5.7 Zusatzentgelte (ausgeblendet)

3.5.8 Weitere Analysen von Vorschlägen

Sucht – Psychotrope Substanzen

Ausgangslage – Erwachsene

ausgeblendet

- Multipler Substanzkonsum
 - Bei mindestens zwei Substanzen – Tabak ausgenommen – und allen klinischen Zustandsbildern in der PA02C berücksichtigt
- Hochaufwendige Suchtformen
 - Über suchttypische somatische Nebendiagnosen in Kombination mit Substanzmissbrauch durch Opiate (F11.2-8) in der PEPP PA02A umgesetzt
 - Mit Merkmal Amphetaminkonsum bzw. Konsum sonstiger Stimulantien in PA04B umgesetzt

47

© InEK 2015

Sucht – Psychotrope Substanzen

Analysen – Erwachsene

ausgeblendet

- Untersuchung von Fällen mit Diagnose nur einer Substanzgruppe und klinisch aufwendigem Zustandsbild:
 - F1*.3 Entzugssyndrom
 - F1*.4 Entzugssyndrom mit Delir
 - F1*.5 Psychotische Störung

48

© InEK 2015

Sucht – Psychotrope Substanzen

Ergebnis für 2016 – Erwachsene

ausgeblendet

- Fälle mit „Entzugssyndrom mit Delir“ besonders kostenauffällig
- Umgesetzt in der Sucht-PEPP PA02C für alle Substanzgruppen (ausgenommen: Tabak)

Sucht – Qualifizierter Entzug

Ausgangslage – Erwachsene

ausgeblendet

- Seit PEPP Version 2014 Qualifizierter Entzug (QE) in PA02C abgebildet
- Fälle mit mindestens 7 Tagen QE bei einem Anteil von > 50% an den Pflgetagen

Sucht – Qualifizierter Entzug

Analysen – Erwachsene

ausgeblendet

- Überprüfung von Fällen mit Qualifizierter Entzugsbehandlung unterschiedlicher Dauer:
 - Mindestens 7 Tage
 - Mindestens 15 Tage
 - Mindestens 22 Tage

51

© InEK 2015

Sucht – Qualifizierter Entzug

Ergebnis für 2016 – Erwachsene

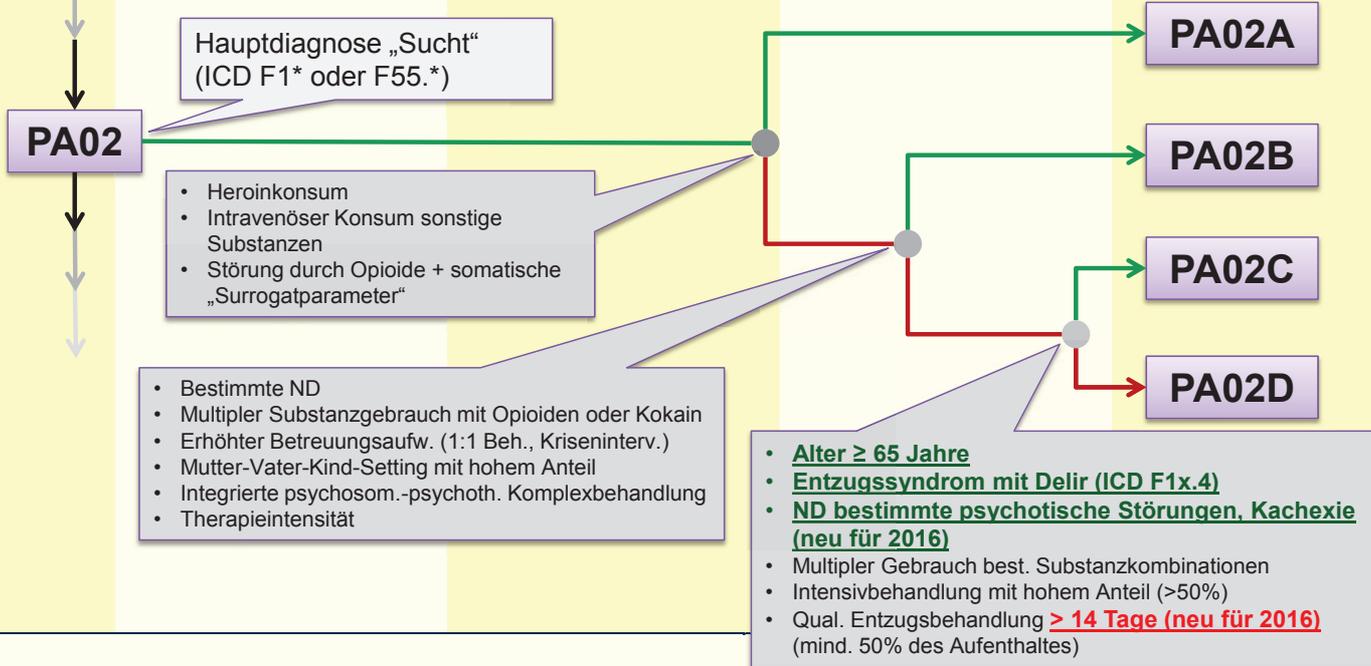
ausgeblendet

- Anpassung der Kriterien für die Qualifizierte Entzugsbehandlung durch Anhebung der Minstdauer von mehr als 6 auf mehr als 14 Tage (Annäherung an die typische Behandlungsdauer)
- Berücksichtigung von Fällen mit mehreren Behandlungsepisoden durch Berechnungsmethodik (z.B. bei Fallzusammenfassung)

52

© InEK 2015

Sucht – Ergebnis Umsetzung für 2016



Agenda

- **Systematische Analysen**
 - Diagnosen
 - Prozeduren
 - Sucht
 - **Alter**
 - Kinder- und Jugendpsychiatrie
 - Fehler-PEPP (ausgeblendet)
 - Zusatzentgelte
 - Weitere Analysen von Vorschlägen

Alter als Kostentrenner

Ausgangslage

ausgeblendet

- Alter bisher in verschiedenen PEPP relevant z.B.
 - Alter \geq 90 Jahre in der PA04A,
 - Alter \geq 65 Jahre in der PA04B / PP04A
 - Alter $<$ 8 Jahre in der PK14A

Alter als Kostentrenner

Analysen

ausgeblendet

- Untersuchen aller PEPP auf besonders kostenauffällige Altersgruppen

Alter als Kostentrenner

Ergebnis für 2016

- Erstmals Alterssplit in Sucht-PEPP:
Fälle mit Alter \geq 65 Jahre – bisher in PA02D abgebildet –
mit höheren Tageskosten
→ Abbildung in PA02C
- Senkung der höhergruppierenden Schwelle von
„Alter \geq 90 Jahre“ auf „Alter \geq 85 Jahre“ in der PA04A

Agenda

- **Systematische Analysen**
 - Diagnosen
 - Prozeduren
 - Sucht
 - Alter
 - **Kinder- und Jugendpsychiatrie**
 - Fehler-PEPP (ausgeblendet)
 - Zusatzentgelte
 - Weitere Analysen von Vorschlägen

Intelligenzminderung Ausgangslage – Kinder und Jugendliche

ausgeblendet

- Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren auf aufwendige Fälle mit Nebendiagnose „Leichte oder mittelgradige Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert“ (ICD F70.1, F71.1)
- Schwere und schwerste Form der Intelligenzminderung in mehreren PEPP bereits in Version 2015 relevant (z.B. PK14A, PA03A)

59

© InEK 2015

Intelligenzminderung Ergebnis für 2016 – Kinder und Jugendliche

- Fälle mit leichter und mittelgradiger Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert,
 - in den PEPP PK04 und PK14 mit besonders hohen Kosten verbunden,
 - für 2016 Aufwertung der Fälle in die jeweilige A-PEPP.
- Bei Erwachsenen mit uneinheitlichen Kosten keine Aufwertung möglich

60

© InEK 2015

Kriseninterventionelle Behandlung Ausgangslage – Kinder und Jugendliche

ausgeblendet

- Bisher nur für Erwachsene gruppierungsrelevant
- Im Vorjahr bei geringer Fallzahl und uneinheitlicher Kostenzusammensetzung für Kinder und Jugendliche nicht umsetzbar
- Seit OPS-Version 2014 Kodestruktur mit differenzierterer Stundenaufteilung (OPS 9-690*)

61

© InEK 2015

Kriseninterventionelle Behandlung Analysen – Kinder und Jugendliche

ausgeblendet

- Überprüfung der Codes für unterschiedliche Berufsgruppen:
 - Ärzte/Psychologen (9-690.0*)
 - Spezialtherapeuten/Pflegefachpersonen (9-690.1*)
- und der einzelnen Stundenklassen:
 - > 1 bis 1,5 Std., > 1,5 bis 3 Std., > 3 bis 4,5 Std.,
 - > 4,5 bis 6 Std., > 6 Std. pro Tag

62

© InEK 2015

Kriseninterventionelle Behandlung

Ergebnis für 2016 – Kinder und Jugendliche (I)

ausgeblendet

- Codes mit mehr als 3 Stunden pro Tag sind ein geeigneter Kostentrenner
- Aufgrund hoher inhaltlicher Überschneidung der Codes Krisenintervention, Einzelbetreuung und intensive Beaufsichtigung in der Kleinstgruppe (OPS-Version 2015) erfolgte eine gemeinsame Umsetzung
- Krisenintervention überall dort abgebildet, wo Einzelbetreuung höhergruppierend wirkt (Prä-PEPP P002, PEPP PK04A oder PK14A)

Kriseninterventionelle Behandlung

Ergebnis für 2016 – Kinder und Jugendliche (II)

- Gemeinsame Berechnung des Aufwands für Einzelbetreuung und kriseninterventionelle Behandlung:

Kode	Bedingung	PEPP
1:1-Betreuung (ab 2h) OPS 9-671.1-5*	> 70 Stunden und im Mittel > 1h/Tag	P002Z
<u>oder</u>		
<u>Krisenintervention ab 3h</u> <u>OPS 9-690.02 bis .04 (Arzt/Psychologe)</u> <u>OPS 9-690.12 bis .14 (Spezialth./Pflege)</u> <u>(OPS-Version 2015)</u>	> 40 Stunden	PK04A PK14A
<u>oder</u>		
Kleinstgruppe (ab 6h) OPS 9-670.3-4* (ausgenommen in P002Z)		

Fazit zu den Prozeduren

Gruppierungsrelevanz im Überblick

OPS (2015)	Inhalt	2015	2016
9-641*	Kriseninterventionelle Behandlung Erwachsene	++	+++
9-67*	1:1-Betreuung/Kleinstgruppe Kinder und Jugendliche	+++	+++ 1)
9-690*	Kriseninterventionelle Behandlung Kinder und Jugendliche	∅	+++
9-984*	Pflegebedürftigkeit	∅	++

1) Zusätzlich neues ergänzendes Tagesentgelt für die Leistung Kleinstgruppe Kinder und Jugendliche ab > 8 Stunden pro Tag

Agenda

- **Systematische Analysen**
 - Diagnosen
 - Prozeduren
 - Sucht
 - Alter
 - Kinder- und Jugendpsychiatrie
 - **Fehler-PEPP (ausgeblendet)**
 - Zusatzentgelte
 - Weitere Analysen von Vorschlägen

ausgeblendet

Umgang mit Fehlkodierung

Ausgangslage

ausgeblendet

- In vorherigen PEPP-Versionen wurden Fälle mit fehlerhaft kodierten Leistungsbezeichnern in sogenannte Fehler-PEPP (PF01 – PF04Z) eingruppiert
- Prüfung auf Fehlkodierung von vorwiegend ET-relevanten Codes (z.B. mehrmalige Verschlüsselung pro Tag)
- Prüfung von Fällen, bei denen der geprüfte Kode-Typ bereits höhergruppierend wirkt
- Bisherige Fehler-PEPP z.T. mit Überschneidungen beim Prüfungsinhalt (z.B. PF01 und PF04Z → 1:1-Betreuung bei Erwachsenen)

67

© InEK 2015

Umgang mit Fehlkodierung

Analysen

ausgeblendet

- Bei der Kalkulation und insbesondere bei Prüfung weiterer Codes auf Eignung als ET → hohe Fehlerrate bei (noch) nicht ET-relevanten Codes z.B. Krisenintervention
- Fehlkodierung erschwert somit Weiterentwicklung von ET und Klassifikation
- Daher Notwendigkeit der Überprüfung auf Fehlkodierung insbesondere bei Tageskodes auch ohne ET-Relevanz

68

© InEK 2015

Umgang mit Fehlkodierung

Ergebnis für 2016 – Übersicht (I)

ausgeblendet

- Überprüfung bisher nicht ET-relevanter Codes (z.B. Kleinstgruppe Erwachsene oder Krisenintervention in der KJP)
- Überprüfung aller Fälle auf Fehlkodierung unabhängig davon, ob die in der jeweiligen Fehler-PEPP überprüften Leistungsbezeichner zu Höhergruppierung führen
- Klarere Struktur und Beseitigung von Überschneidungen zwischen den Fehler-PEPP

69

© InEK 2015

Umgang mit Fehlkodierung

Ergebnis für 2016 – Übersicht (II)

ausgeblendet

- Fehlkodierung von
 - Erhöhtem Betreuungsaufwand oder Krisenintervention bei Erwachsenen → PF01Z
 - Psychosomatisch-psychotherapeutischer Komplexbehandlung bei Erwachsenen → PF02Z
 - Intensivbehandlung oder Krisenintervention bei Kindern und Jugendlichen → PF03Z
 - Therapieeinheiten-Kodes → PF04Z

70

© InEK 2015

Agenda

- **Systematische Analysen**
 - **Diagnosen**
 - Prozeduren
 - Sucht
 - Alter
 - Kinder- und Jugendpsychiatrie
 - Fehler-PEPP (ausgeblendet)
 - **Zusatzentgelte**
 - Weitere Analysen von Vorschlägen

71

© InEK 2015

Zusatzentgelte

Ausgangslage

Abbildung von psychiatriespezifischen, unbewerteten Zusatzentgelten in PEPP-Katalog 2015

- Strahlentherapie für alle Leistungen mit OPS 8-52*
- Elektrokrampftherapie für alle Leistungen mit OPS 8-630*
- Gabe von Paliperidon, intramuskulär für alle Fälle mit OPS 6-006.a*

ausgeblendet
Unverändert!

72

© InEK 2015

Zusatzentgelte

Datenaufbereitung ZE-Leistungen

ausgeblendet
Unverändert!

Kostenbereinigung bei Leistungen, die hochteuren Einzelleistungen entsprechen

- Bestimmte Medikamente, wo erkennbar ZE-Leistung erbracht
- Vollständige Kostenbereinigung bei
 - Blut
 - Dialysen
 - Strahlentherapie
 - Elektrokrampftherapie (EKT)

Zusatzentgelte

Elektrokrampftherapie

ausgeblendet

Ausgangslage 2015:

- Unbewertetes Zusatzentgelt für
 - OPS 8-630.2 Grundleistung
 - OPS 8-630.3 Therapiesitzung

Zusatzentgelte

Elektrokrampftherapie

ausgeblendet

Datengrundlage

- Kostendaten
 - Kostenstellengruppe 5: Anästhesie
 - Kostenstellengruppe 26: Sonstige Therapie
- Ergänzende Daten
 - Leistungsbezogene Kosten bzw. Zeiten (Vorbereitung, Narkosezeit, Nachbereitung/Überwachung)
 - Anzahl Personal (Ärzte Anästhesie, Ärzte Psychiatrie, Funktionsdienst/Sonstiges)

75

© InEK 2015

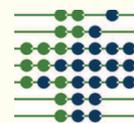
Zusatzentgelte

Elektrokrampftherapie

- Unterschiede Kostendaten Kalkulation ↔ Ergänzende Daten (ED)
- Unterschiede zwischen Kliniken in den Kostendaten (Kalkulation bzw. ED)
- Unterschiedliche Angaben zu Zeiten und Personaleinsatz
- Abweichung der Kostendaten von bereits vereinbarten Entgelten
- ➔ Weiterhin keine Bewertung möglich

76

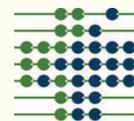
© InEK 2015



Zusatzentgelte

Depot-Antipsychotika

- Ausgangslage 2015:
Unbewertetes Zusatzentgelt für Paliperidon
- Vorschlagsverfahren 2016:
Vorschläge von Kliniken zu weiteren medikamentenbezog. ZE
 - Risperidon (bereits Vorschlagsverfahren 2015)
 - Aripiprazol
 - Olanzapin
- Vorschläge einzelner Kliniken oder Klinikträger, keine Vorschläge von Fachverbänden



Zusatzentgelte

Depot-Antipsychotika

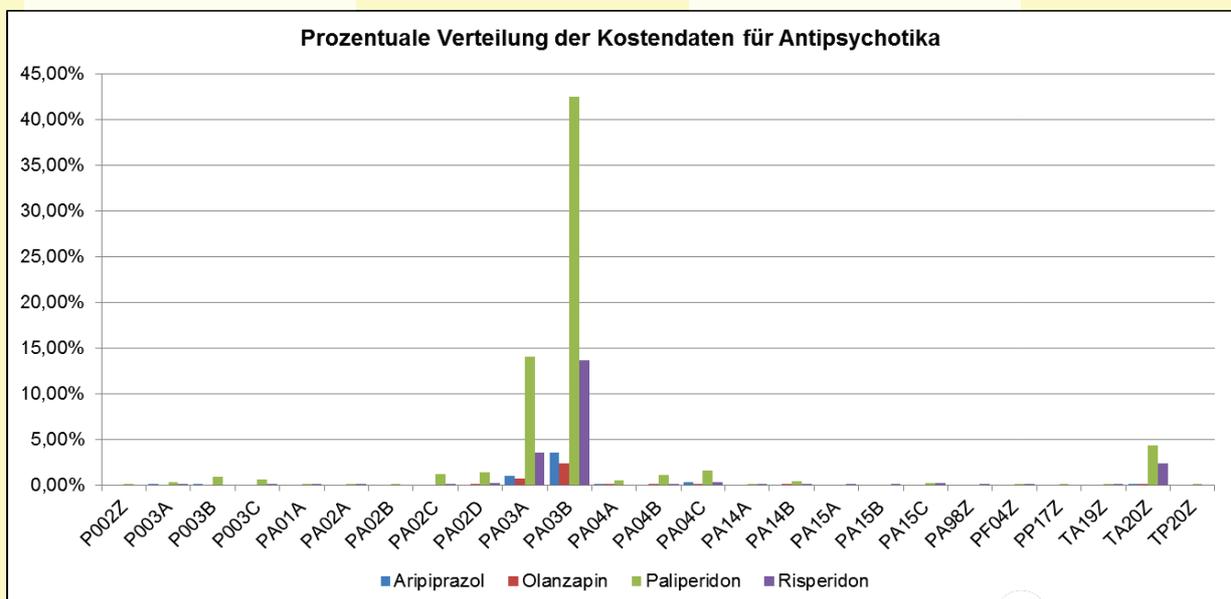
Datengrundlage

- Kostendaten in Kostenartengruppe 4b (KA 4b), seit Datenjahr 2014 bezogen auf Tag und Dosis der Applikation
- OPS für Paliperidon
- Ergänzende Datenlieferung für alle auf KA 4b gebuchten Medikamente
 - Datum
 - Medikament (Handelsname, Wirkstoff, ATC-Kode)
 - Applikationsform, Dosis
 - Kosten

Zusatzentgelte Depot-Antipsychotika

- Vollständige Daten der in KA 4b gebuchten Medikamente ergeben umfassende Übersicht und Analysemöglichkeiten aller in der Psychiatrie verabreichten kostenrelevanten Medikamente
- Analysen zeigen, dass trotz relativ strukturierter „theoretischer“ Therapieschemata die Dosis und die Applikationsintervalle haus- und patientenindividuell sehr unterschiedlich sind
- Daten ergeben teilweise deutliche Unterschiede in den Dosiskosten
- Für Olanzapin und Aripiprazol geringe Fallzahlen

Zusatzentgelte Depot-Antipsychotika



Zusatzentgelte

Depot-Antipsychotika

- Nach wie vor keine einheitliche Datenlage
- Infrage kommende Wirkstoffe mit ähnlicher Indikation, jedoch sehr unterschiedlicher Häufigkeit und Therapieschemata
- Fälle mit entsprechender Medikation überwiegend in Basis-PEPP PA03
- Anreizproblematik in der Selbstverwaltung diskutieren
- ➔ Weiterhin keine neuen psychiatriebezogenen Zusatzentgelte für Medikamente

81

© InEK 2015

Agenda

- **Systematische Analysen**
 - Diagnosen
 - Prozeduren
 - Sucht
 - Alter
 - Kinder- und Jugendpsychiatrie
 - Fehler-PEPP (ausgeblendet)
 - Zusatzentgelte
 - **Weitere Analysen von Vorschlägen**



82

© InEK 2015

Weitere Analysen von Vorschlägen

Regionale Pflichtversorgung

- In Diskussionen um die Systementwicklung wird „Regionale Pflichtversorgung“ immer wieder als besonderer Kostenfaktor angeführt
- Vorschlag von Fachgesellschaft zur Einrichtung einer eigenen Kostenstellengruppe für „Regionale Pflichtversorgung“, um entsprechende Kosten besser abzubilden (an Selbstverwaltung weitergeleitet)

Weitere Analysen von Vorschlägen

Regionale Pflichtversorgung

- In den Bundesländern unterschiedliche Regelungen hinsichtlich des Begriffs „Pflichtversorgung“
- Spezifische Kosten für „regionale Pflichtversorgung“?
 - Ambulanz/Aufnahme(-station)
 - Bereitschaftsdienst/Personalvorhaltung
 - Besondere Ausstattung?
- ➔ In überwiegender Zahl der PSY- und KJP-Kliniken vorhanden, ggf. im Umfang unterschiedlich?

Weitere Analysen von Vorschlägen Regionale Pflichtversorgung

Anteil Fälle aus Einrichtungen mit Angabe „regionale Pflichtversorgung“ über Strukturkategorien (Daten aus Jahr 2013)

Strukturkategorie	PRE	PSY	PKJ	PSO
Kalkulationsdaten ¹⁾	99,4%	97,7%	96,7%	41,3%
§21-Daten ²⁾	82,4%	79,6%	74,5%	28,8%

¹⁾ Plausible Daten (DJ 2013) ohne Begleitpersonen, ohne rein vor-/nachstationäre Fälle, ohne teilstationäre Fälle

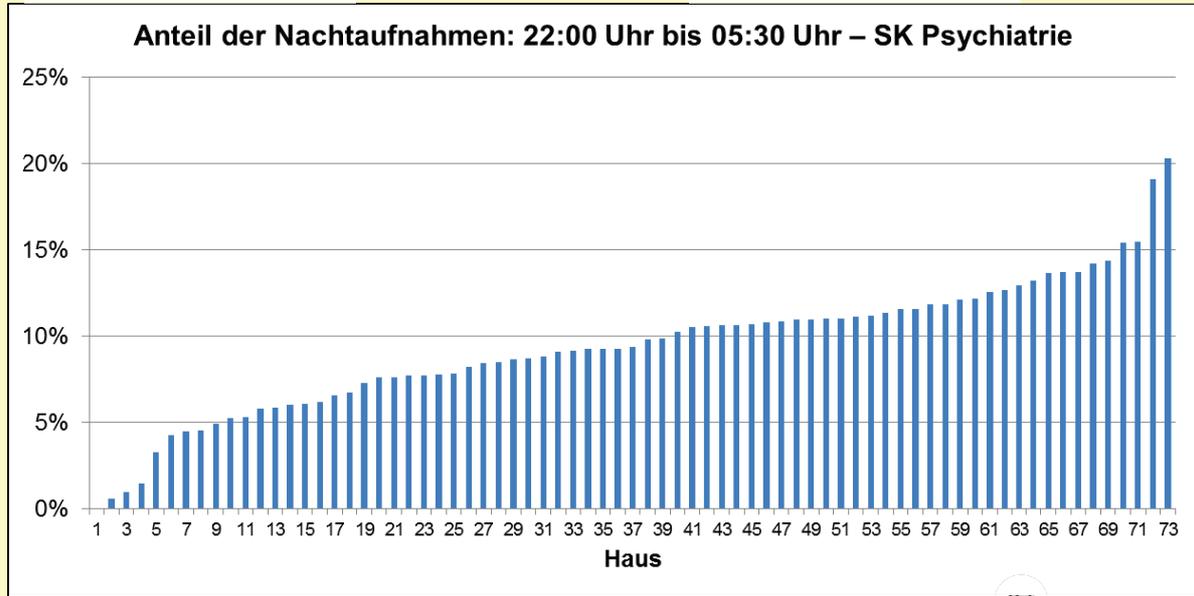
²⁾ Alle Daten (DJ 2013) ohne Begleitpersonen, ohne rein vor-/nachstationäre Fälle, ohne teilstationäre Fälle

Weitere Analysen von Vorschlägen Regionale Pflichtversorgung

Mögliche Kriterien der Fälle aus der „regionalen Pflichtversorgung“?

- Wohnortnahe Versorgung
 - Trifft nicht nur auf Fälle der Pflichtversorgung zu
- Aufnahmezeiten
 - Nacht-/Wochenendaufnahmen als Indikator für Notfall
- Gesetzliche Unterbringung
 - Kein OPS, aber ergänzende Datenbereitstellung

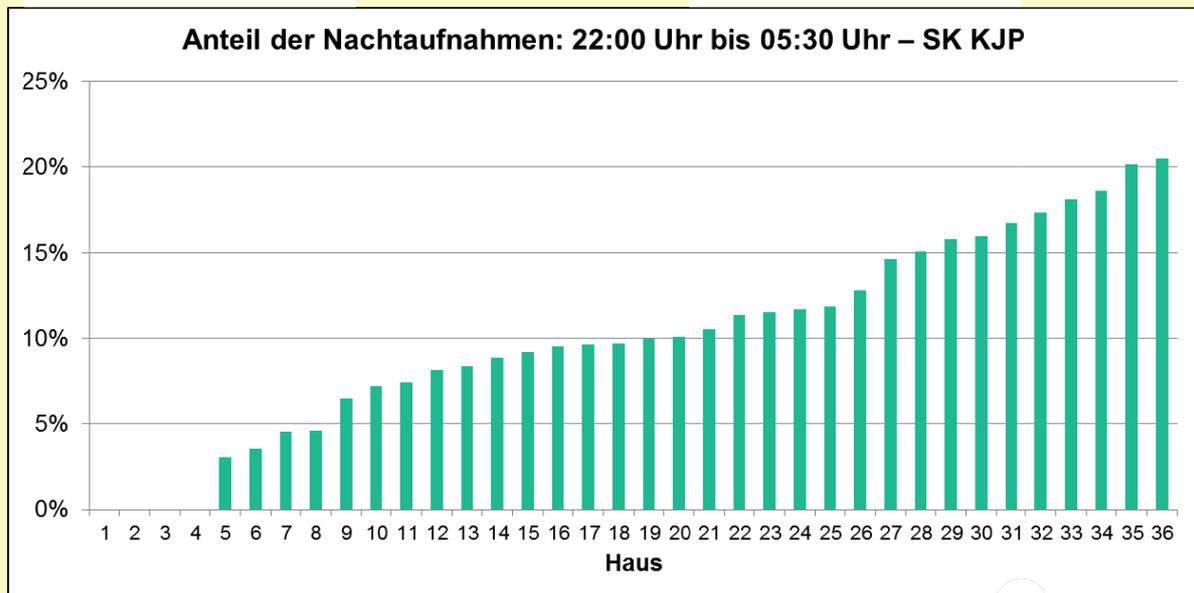
Weitere Analysen von Vorschlägen Regionale Pflichtversorgung



01

© InEK 2015

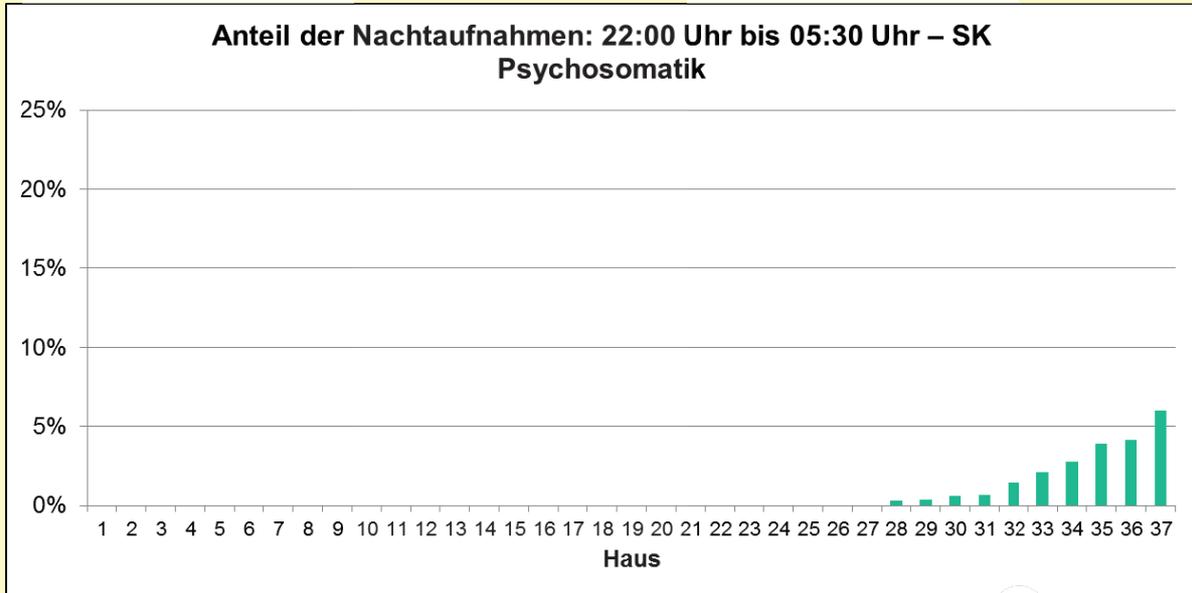
Weitere Analysen von Vorschlägen Regionale Pflichtversorgung



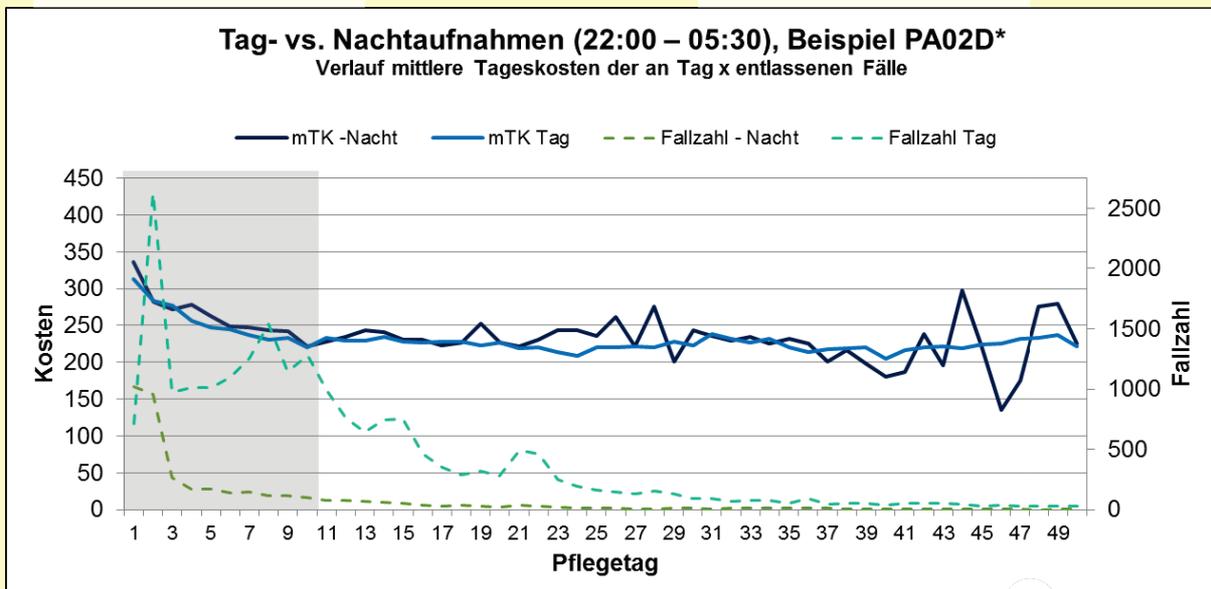
00

© InEK 2015

Weitere Analysen von Vorschlägen Regionale Pflichtversorgung

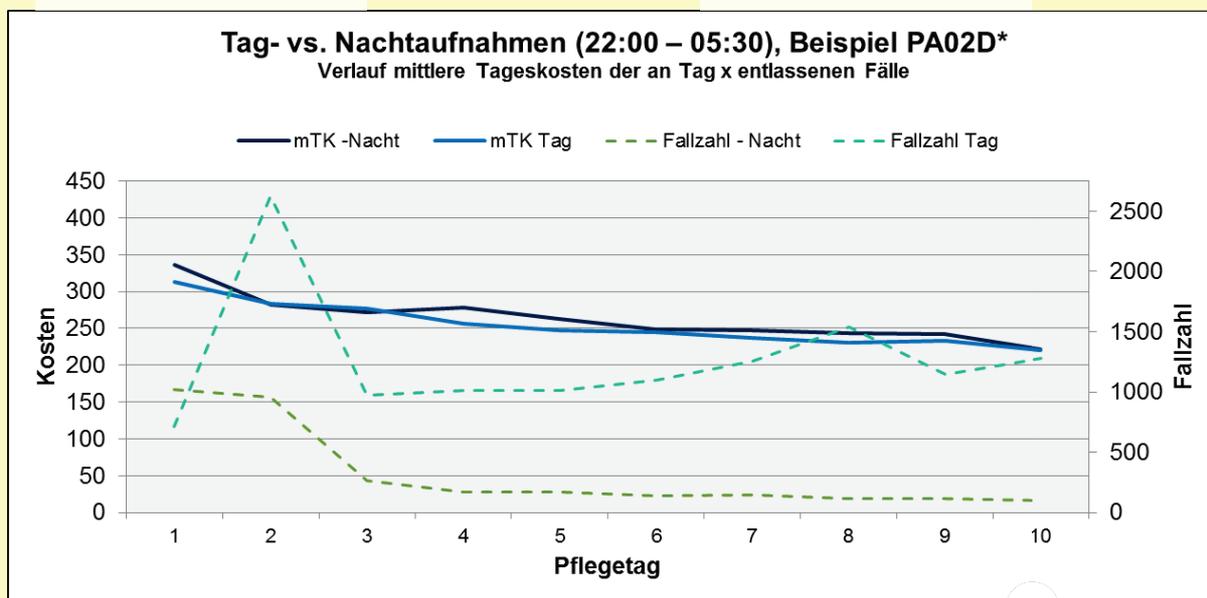


Weitere Analysen von Vorschlägen Regionale Pflichtversorgung



* PA02D: Bewertete PEPP mit höchstem Anteil Nachtaufnahmen bei hoher absoluter Fallzahl

Weitere Analysen von Vorschlägen Regionale Pflichtversorgung



* PA02D: Bewertete PEPP mit höchstem Anteil Nachtaufnahmen bei hoher absoluter Fallzahl

91

© InEK 2015

Weitere Analysen von Vorschlägen Regionale Pflichtversorgung

- Definition der „regionalen Pflichtversorgung“ uneinheitlich
- Abgrenzung spezifischer Kosten(stellen) für „regionale Pflichtversorgung“ komplex, weitergeleitet an zuständige Arbeitsgruppe der Selbstverwaltung
- Nahezu alle Kliniken mit Fällen der Strukturkategorie Psychiatrie und KJP haben einen relevanten Anteil von nächtlichen (Not-)Aufnahmen
- In der Strukturkategorie „Psychosomatik“ nur wenige Fälle in wenigen Kliniken mit nächtlichen Aufnahmen
- Fälle mit gesetzlicher Unterbringung ausschließlich in Strukturkategorie Psychiatrie und KJP

92

© InEK 2015

Weitere Analysen von Vorschlägen

Regionale Pflichtversorgung

- Einige Aspekte der Fälle aus der regionalen Pflichtversorgung (z.B. 1:1 Betreuung) erscheinen bereits durch entsprechende Leistungsmerkmale im PEPP-System vergütet
- Innerhalb der einzelnen PEPP keine signifikanten Unterschiede der Kosten von Tag- vs. Nachtaufnahmen
- Die gegebene Stichprobe ermöglicht keine Untersuchung von Kostenunterschieden zwischen Häusern mit und ohne Pflichtversorgung (innerhalb der gleichen Strukturkategorie)

Weitere Analysen von Vorschlägen

Gesetzliche Unterbringung

- Länderspezifische Gesetzeslage
- Ergänzende Datenbereitstellung zu Art und Dauer der Unterbringung
 - Fälle und Angabe der Anzahl der Tage mit gesetzlicher Unterbringung
 - 7.562 Datensätze „vorläufige Unterbringung“
 - 12.910 Datensätze „gerichtliche Unterbringung“
 - Im Ergebnis wie in den Vorjahren keine Kostenunterschiede innerhalb der jeweiligen PEPP

Weitere Analysen von Vorschlägen Fallzusammenführung

- Kalkulationsdaten auf Basis der konsentierten Vereinbarung zusammengeführt
- Diverse Vorschläge zur Thematik „Fallzusammenführung“
 - Vereinbarungsgegenstand der Selbstverwaltung
 - Entscheidung durch Selbstverwaltung erforderlich

Agenda

- Grundlagen des PEPP-Systems
- Kalkulationsgrundlage und Methodik
- Systematische Analysen
- **Budgetplanungsrelevante Veränderungen**
- Fazit

Budgetplanungsrelevante Veränderungen Psychiatrie und Psychosomatik (§17d KHG)

OPS

- Streichung OPS 1-903/1-904 aufwändige Diagnostik
 - Trennung Therapieart – Therapieeinheiten
 - Veränderung der Zählweise der Therapieeinheiten
- Veränderungen der Kodierung der Anzahl Intensivmerkmale

PEPP-Katalog

- Bewertung TP20Z
- Fehler PEPP

Budgetplanungsrelevante Veränderungen OPS Therapieeinheiten

Bis 2015:

- Verknüpfung der Therapieeinheiten an die Therapieart (Intensiv-/Regelbehandlung)
- Durch Wechsel der Therapieart ggf. Verkürzung des Wochenrhythmus und dadurch weniger TE

Ab 2016:

- Therapieeinheiten unabhängig von Therapieart
- Zählung Therapieeinheiten ab Aufnahmetag strikt alle 7 Tage
- Trennung von Einzel- und Gruppentherapie



Budgetplanungsrelevante Veränderungen OPS Therapieeinheiten

- Dadurch mögliche **Erhöhung** der Anzahl Therapieeinheiten/Woche Bedingungen im Grouperalgorithmus:
 - Anteil Therapieeinheiten ab 6 TE bezogen auf Pflagetage >50%
 - Funktion Psychotherapie ab 8 TE mit hohem Anteil

Mögliche **Aufwertung** in PEPP:

PA02B, PA03A, PA04A, PA14A, PA15A, PP04A und PP10A



Budgetplanungsrelevante Veränderungen OPS Therapieeinheiten

Auswirkungen der Zählung der Therapieeinheiten auf die Eingruppierung in bestimmten Konstellationen

	Tag																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
TE Arzt	1,5	2	0,5	1	1	2	0	1,2	0,75	2	1	1	0	0,2	2	1	1
Therapieart	Intensiv			Regel				Intensiv					Regel				

Aufsummierung der TE nur für den Zeitraum der jeweiligen Therapieart

Σ TE Arzt	4			4				4,95					5,2				
OPS bis 2015	9-614.11			9-605.2				9-614.12					9-605.2				

Kriterium Kriterium "Anteil der Gültigkeit von Codes mit mehr als 6 TE Arzt/Psychologe ≥ 50% der Pflagetage" **nicht** erfüllt
PEPP (beispielhaft) PA04C

Aufsummierung der TE (getrennt nach Einzel-/Gruppentherapie) ab Aufnahme alle 7 Tage

Σ TE Arzt	8						6,15						4				
OPS 2016	9-649.16 + 9-649.20						9-649.14 + 9-649.21						9-649.13				
	9-618		9-607		9-618		9-617		9-607								

Kriterium Kriterium "Anteil der Gültigkeit von Codes mit mehr als 6 TE Arzt/Psychologe ≥ 50% der Pflagetage" erfüllt
PEPP (beispielhaft) PA04A



Budgetplanungsrelevante Veränderungen OPS Intensivbehandlung

- Veränderungen der Kodierung der Anzahl Intensivmerkmale
- Neu: „*Ein Kode aus diesem Bereich ist [...] **bei jeder Änderung der Anzahl der Patientenmerkmale** anzugeben.*“
- ➔ Dadurch mögliche **Verringerung** der Tage mit 3 (bzw. 5) oder mehr Intensivmerkmalen
 - Mögliche **Verringerung** der ergänzenden Tagesentgelte ET02.01 und ET02.02
 - Bei korrekter Leistungsplanung Kompensation durch höheren Krankenhaus-Basisentgeltwert (Budgetneutrale Phase)

101

© InEK 2015

Budgetplanungsrelevante Veränderungen OPS Intensivbehandlung

Änderung der Kodierung der Intensivmerkmale ab 2016 und Auswirkungen auf die Ermittlung der ergänzenden Tagesentgelte

Merkmale (z.B.)	Tag														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	...
Sicherungsmaßnahmen	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
Suizidalität	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
Fremdgefährdung	X	X	X	X	X	X									
Antriebsstörung	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Entzug mit Vitalgefährdung	X	X	X	X											
Anzahl	5	5	5	5	4	4	3	3	3	1	1	1	0	0	...

OPS bis 2015

9-616.*							9-615.*					9-60*			
ET02.02	ET02.01	ET02.01	ET02.01	ET02.01	ET02.01	ET02.01									

OPS 2016

9-61b				9-61a			9-619			9-617			9-60*		
ET02.02	ET02.02	ET02.02	ET02.02	ET02.01	ET02.01	ET02.01	ET02.01	ET02.01	ET02.01						

102

© InEK 2015

Budgetplanungsrelevante Veränderungen

PEPP: Bewertung TP20Z

ausgeblendet

- Bewertung einer (bisher unbewerteten) PEPP:
 - Zunahme der Summe der Bewertungsrelationen (BR)
 - Zunahme der Berechnungstage in der Grundgesamtheit (§21-Daten)
- TP20Z: Bewertungsrelation < 1 (= 0,7359)
 - Zunahme Tage $>$ Zunahme BR
 - Regel: $\Sigma \text{Tage} = \Sigma \text{BR}$ ($\emptyset \text{ BR/Tag} = 1$)
 - Lösung: Absenkung der Bezugsgröße
 - ➔ relative BR-Aufwertung aller PEPP

103

© InEK 2015

Agenda

- Grundlagen des PEPP-Systems
- Kalkulationsgrundlage und Methodik
- Systematische Analysen
- Budgetplanungsrelevante Veränderungen
- **Fazit**

104

© InEK 2015

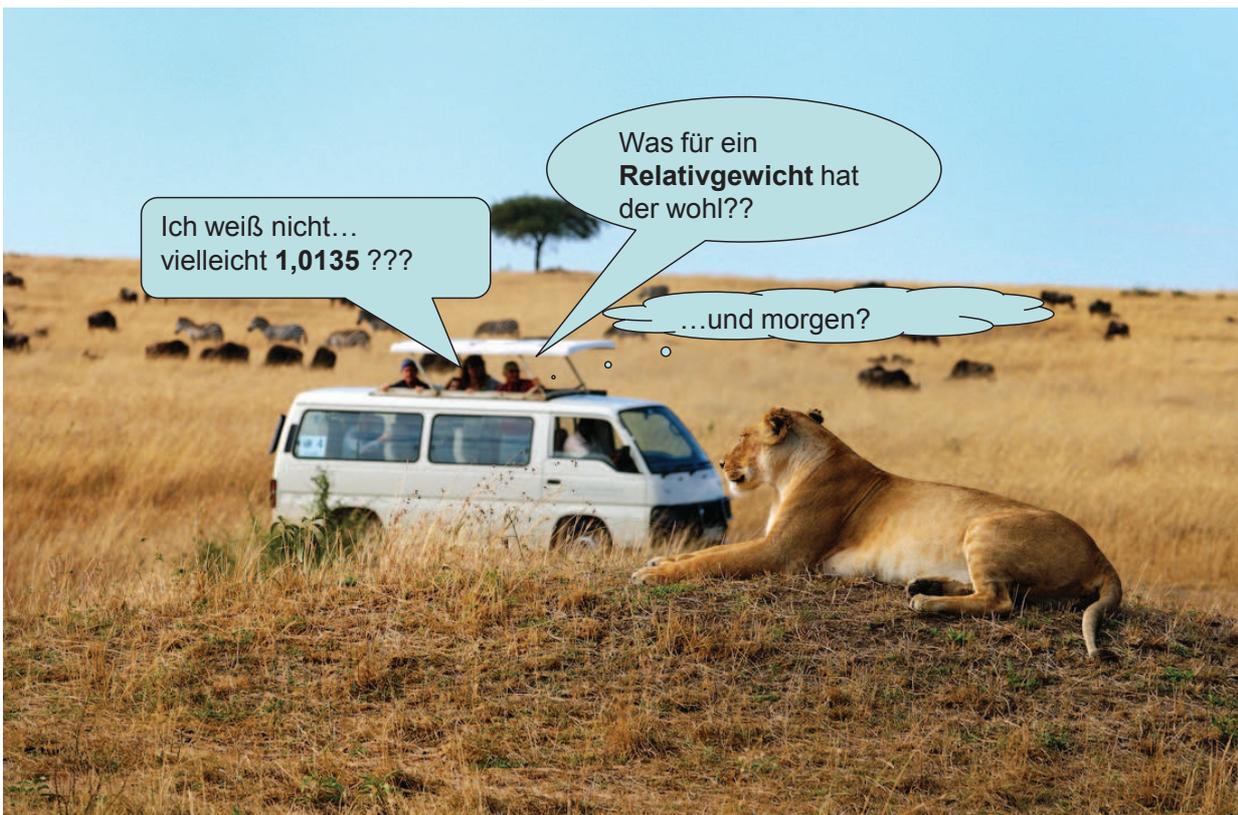
Fazit Systemumbau

- Etablierung eines neuen Ergänzenden Tagesentgeltes (ET) in der KJP für die Betreuung in der Kleinstgruppe ab 8 bis 12 Std
- Berücksichtigung von in 2014 neu eingeführten OPS
 - Pflegebedürftigkeit Stufe II bis Stufe III(H)
- Anpassungen im Suchtbereich Erwachsene (PEPP PA02):
 - Aufwertung von Fällen mit „Entzugssyndrom mit Delir“
 - Anpassung bei der Qualifizierten Entzugsbehandlung (Dauer der Behandlung)
- In der Kinder- und Jugendpsychiatrie Aufwertung von Fällen mit bestimmter leichter und mittelgradiger Intelligenzminderung in den PEPP PK04 und PK14

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

PEPP - Mehr Wunsch als Wirklichkeit

Michael van Brederode
LVR-Klinik Düren

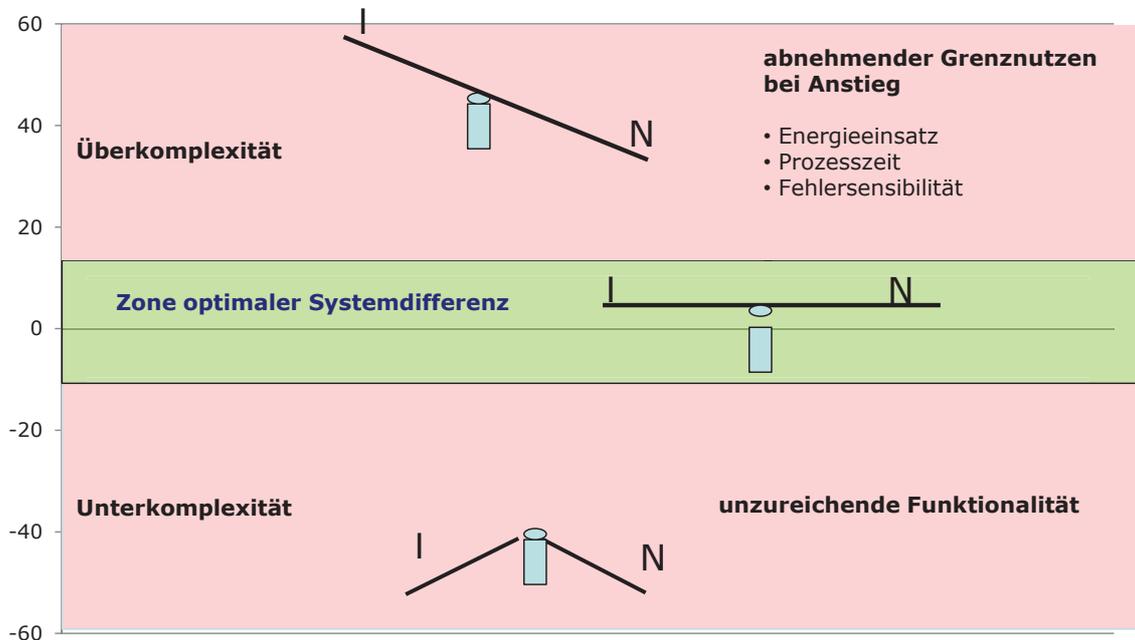




PEPP ist...

- überkomplex
- weitere Komplexitätsanhäufung wahrscheinlich

Funktionalität von Systemen in Abhängigkeit vom Grad ihrer Komplexität



Der Auftrag

>> § 17 d KHG - Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz) v. 2007

- (...) ist ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem
- auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten
- inwieweit auch die im Krankenhaus ambulant zu erbringenden Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen (...) einbezogen werden können.
- hat den unterschiedlichen Aufwand der Behandlung bestimmter, medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen abzubilden;
- **sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sein.**
- Die Bewertungsrelationen sind als Relativgewichte zu definieren.
- ... bundeseinheitlich festzulegen.
- Die Bewertungsrelationen werden auf der Grundlage der Kosten einer (...) Auswahl von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen kalkuliert.

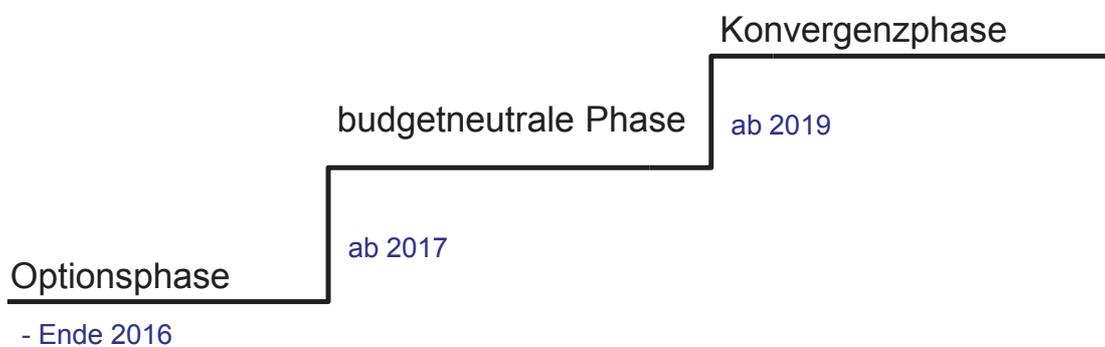
Unter den geeigneten Methoden zur Umsetzung ist diejenige auszuwählen, die das geringstmögliche Maß an administrativen Aufwand und Produktivitätsverlusten in Behandlung und Pflege verspricht.

Folgen der Überkomplexität des PEPP

- erhöhte Fehlersensibilität
- potentiell kontroverse Entscheidungsräume
- Anwenderunsicherheiten
- hoher Prüfaufwand (intern und extern)
- administrativ aufwändig
- zieht Ressourcen aus dem Behandlungsgeschehen ab
- Expertendomäne
- schwer einschätzbare Rückwirkungen auf Behandlungsprozesse
- komplexe Anforderungen an IT

Optierung in Kürze

Einführungsstufen des PEPP (bisherige Planung)



$$\frac{(\text{vereinbartes}) \text{ Erlösbudget}}{(\text{vereinbarte}) \text{ Berechnungstage}}$$

= tagesgleicher Pflegesatz

$$\frac{(\text{vereinbartes}) \text{ Erlösbudget}}{(\text{vereinbarte}) \sum \text{Relativgewichte}}$$

= Krankenhausindividueller
Basisentgeltwert

= (Tages-) Zahlbetrag pro
Relativgewicht 1



Relativgewicht pro Fall/Tag variant

Relativgewicht pro Fall ist abhängig von...

- Diagnosegruppe
- Altersklassen (>< 65 Jahre)
- Komplexität der Behandlungsanforderungen (erhöht/nicht erhöht)
- Behandlungsdauer
- tagesbezogene Intensivleistungen
- Sondertatbestände (Eltern-Kind-Behandlung etc.)

Optionsanreize



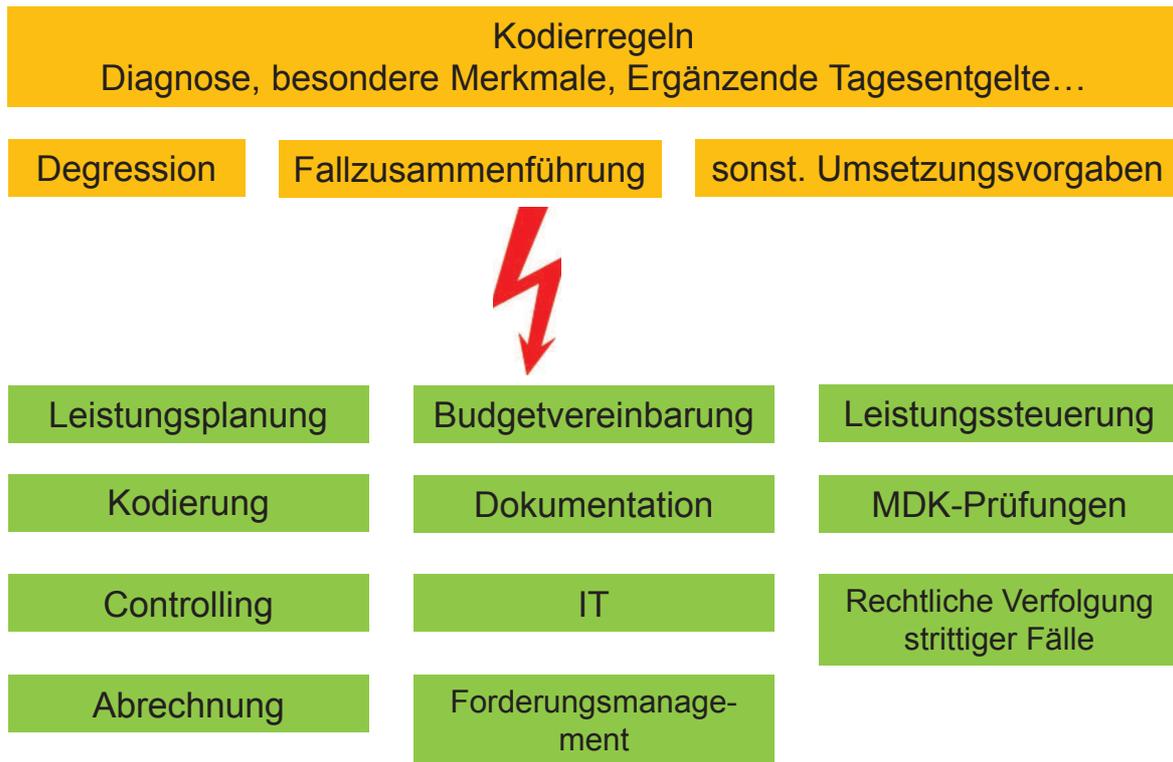
Doppelte Veränderungsrate
verbesserter Mehrerlösausgleich



verbesserter Mindererlösausgleich

Umfang des PEP-Katalogs

ZP ¹⁾	Bezeichnung	OPS Version 2015	
		OPS-Kode ³⁾	OPS-Text ⁴⁾
ZP2015-01 ³⁾	Elektrokrampftherapie [EKT]	8-630*	Elektrokrampftherapie [EKT]
ZP2015-02 ³⁾	Strahlentherapie	8-630*	Strahlentherapie
ZP2015-03 ³⁾	Gabe von Sargramostim, parenteral	6-001.4*	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Sargramostim, parenteral
ZP2015-04 ³⁾	Gabe von Granulozytenkonzentraten	8-802.6*	Transfusion von Leukozyten: Granulozyten
ZP2015-05 ³⁾	Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, parenteral	8-812.3	Transfusion von Plasma und anderen Bestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasma- und anderen Bestandteilen und Lymphozyten-Immunglobulin vom Humanen, parenteral
ZP2015-06 ³⁾	Gabe von Bosentan, oral	6-002.f*	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Bosentan, oral
ZP2015-07 ³⁾	Gabe von Jod-131-MIBG (Metajodobenzylguanidin), parenteral	8-802.6*	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Metajodobenzylguanidin (MIBG), parenteral
ZP2015-08 ³⁾	Gabe von Alpha-1-Proteinaseinhibitor human, parenteral	8-812.4	Transfusion von Plasma und anderen Bestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasma- und anderen Bestandteilen und Alpha-1-Proteinaseinhibitor human, parenteral
ZP2015-09 ³⁾	Gabe von Interferon-alfa-2a (nicht pegylierte Form), parenteral	8-812.4	Transfusion von Plasma und anderen Bestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasma- und anderen Bestandteilen und Interferon-alfa-2a, parenteral
ZP2015-10 ³⁾	Gabe von Interferon-alfa-2b (nicht pegylierte Form), parenteral	8-812.4	Transfusion von Plasma und anderen Bestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasma- und anderen Bestandteilen und Interferon-alfa-2b, parenteral
ZP2015-11 ³⁾	Gabe von ... parenteral	8-812.4	Applikation von Medikamenten, Liste 1: ..., parenteral
ZP2015-12 ³⁾	Radioimmuntherapie mit 90Y-Ibritumomab-Tiuxetan, parenteral	8-530.a0	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Immuntherapie mit 90Y-Ibritumomab-Tiuxetan, parenteral
ZP2015-13 ³⁾	Radioimmuntherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga	8-530.a0	Therapie mit offenen Radionukliden: Radioimmuntherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga



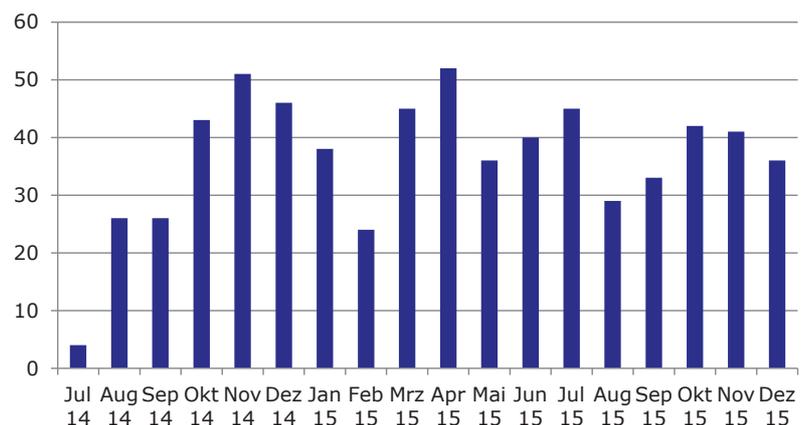
MDK-Prüfungswelle

MDK-Anfragen

1.1. – 31.12.2015:
461 Anfragen
Ø 38 p. M.



MDK-Anfragen pro Monat



Vor Optierung ≤ 3 p. M.

Gründe für MDK-Prüfungen

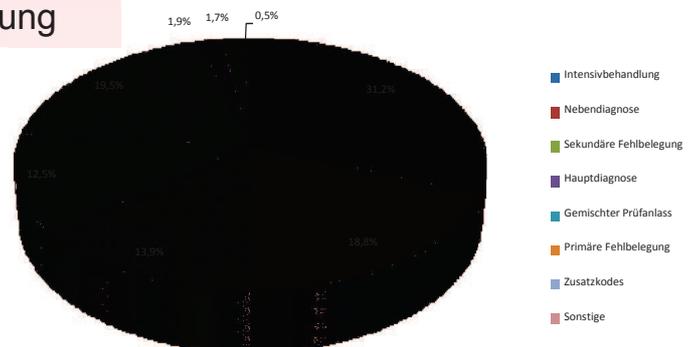
BPfVO alt

- Primäre oder sekundäre Fehlbelegung

PEPP

- Erst- und Nebendiagnosediagnose
- Intensivbehandlung - Ergänzende Tagesentgelte
- Primäre oder sekundäre Fehlbelegung

Prüfanlässe Stand 31.10.2015



Michael van Brederode, Düren

17

Geschätzter Zeitaufwand pro MDK-Prüfung

Klinik/Träger

- Ärzte
- Medizincontrolling
- Pflegekostenbüro
- Jurist

ca. 5 Std./Fall
?

Gesamtaufwand bei 461 Prüfungen
Gesamtkosten bei 50€/Std.

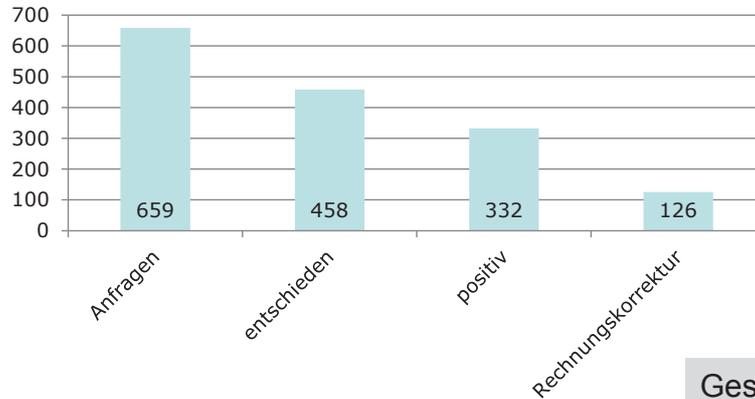
2305 Std. /Jahr
115.250 €/Jahr

KK/MDK

????

MDK-Prüfungswelle

Stand der Bearbeitung der MDK-Anfragen



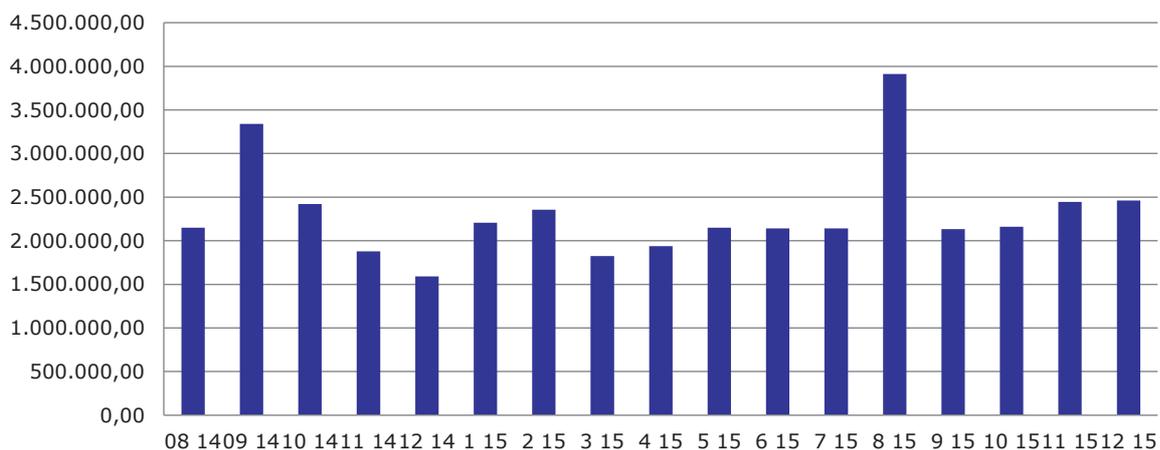
Gesamtsumme Rechnungskürzungen

rd. 100.000 €

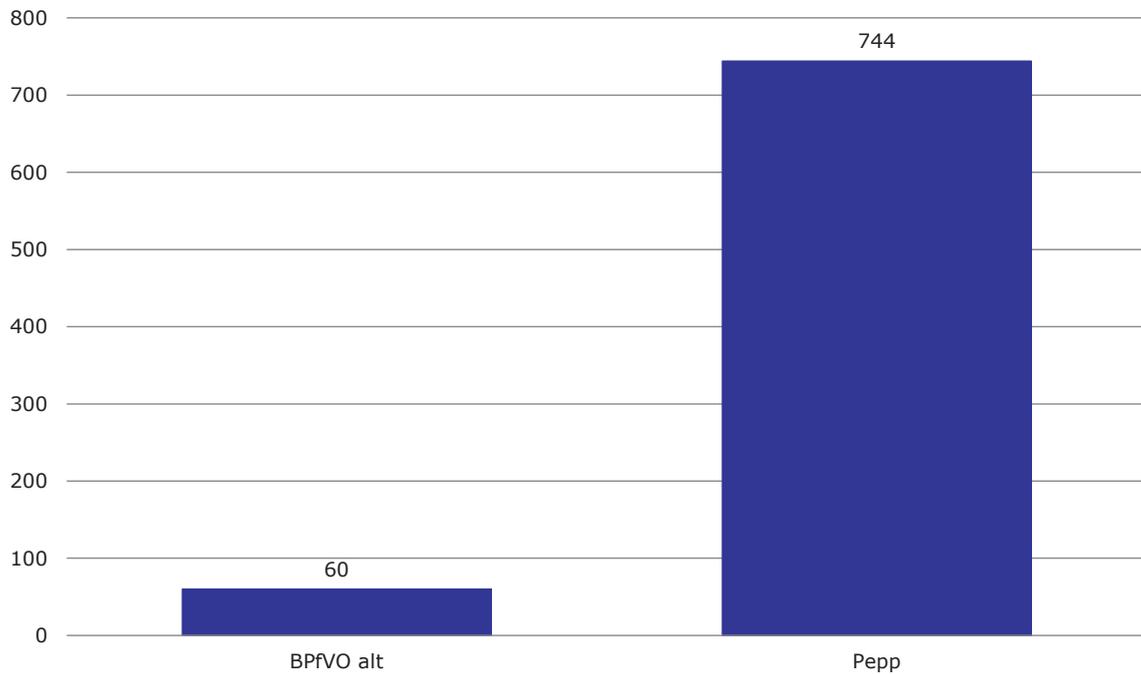
Kosten-Ertragsbilanz
ca. 2:1



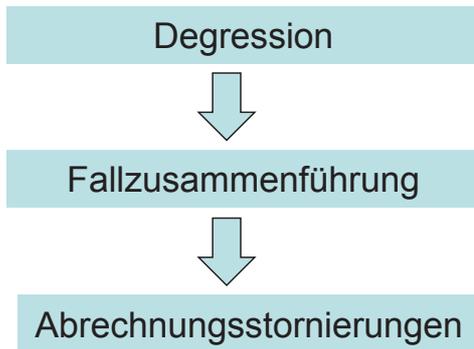
Unverrechnete PEPP-Leistungen 2014 - 2015



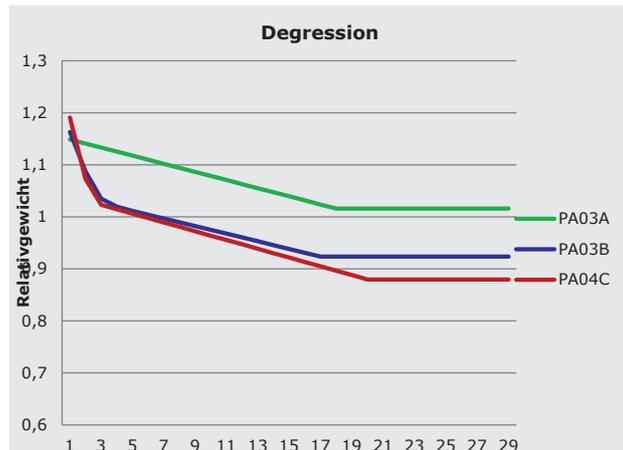
Abrechnungsaufwand Pflegekostenbüro – geschätzter Zeitaufwand in Stunden



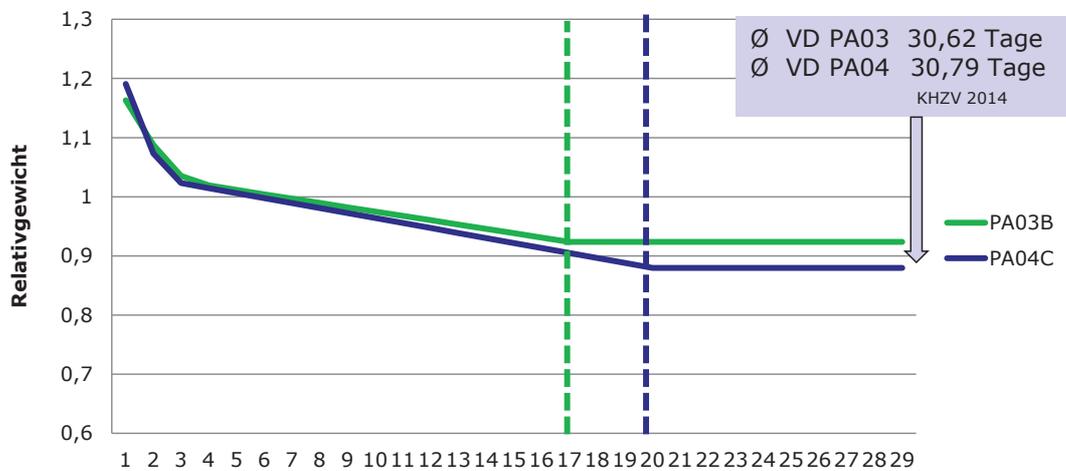
Komplexitätsursache Depression



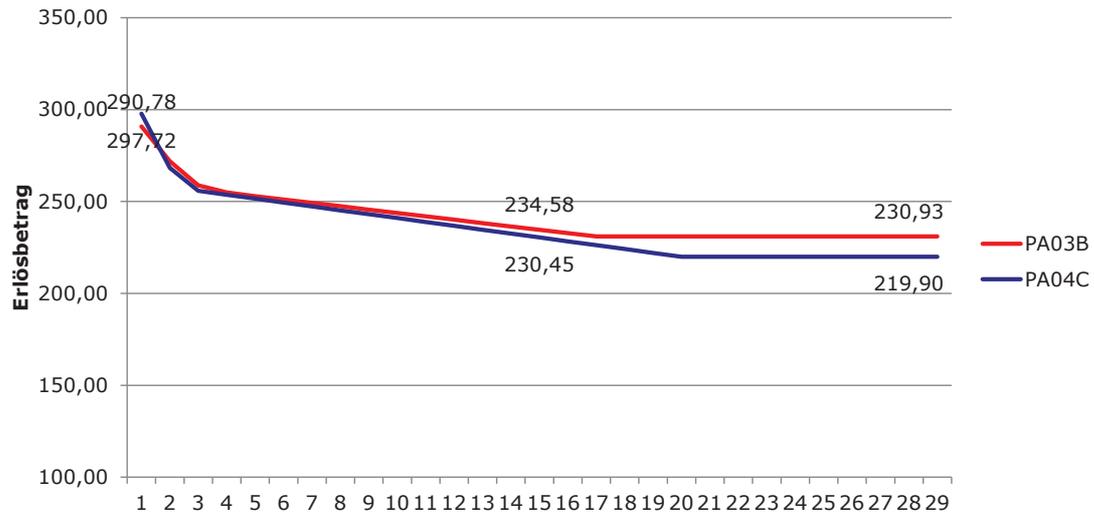
Ziel und Nutzen?



Degression Relativgewichte PA03B und PA04 C



Erlösdegression PA03B und PA04C

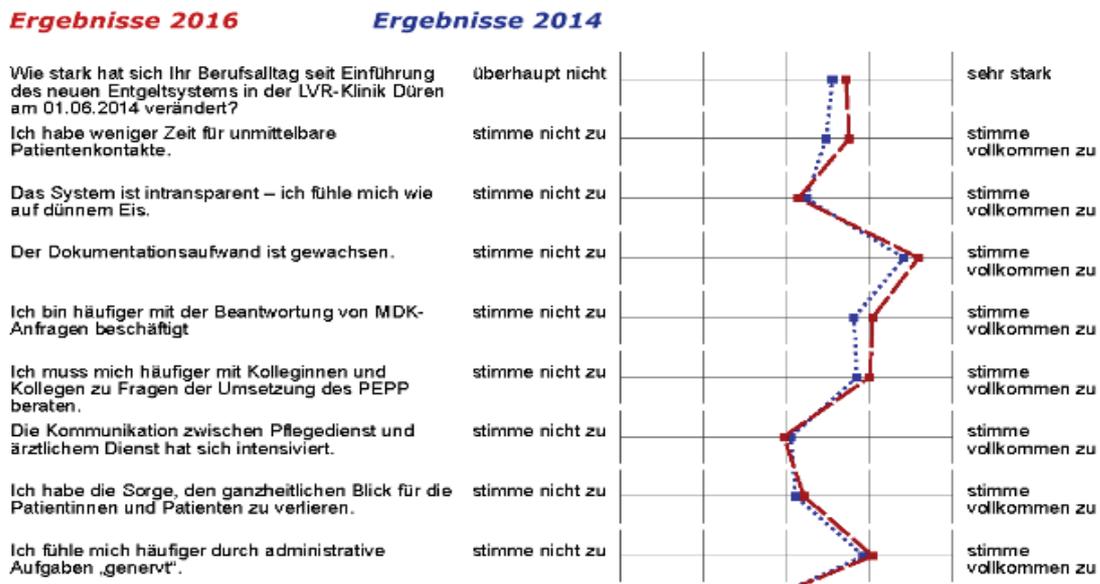


Tages-Erlösdifferenz bei Entlassung am 14. und nach 20. Tag

PA03	5,50 €
PA04	12,65 €

Folgen für die Mitarbeitenden

Rückwirkungen auf die Mitarbeitermotivation



Resümee: Und der Wunsch?

- Evaluation und Weiterentwicklung des PEPP unter der Zielsetzung Reduzierung von Komplexität
- Unterstützung sektorenübergreifender Versorgungsansätze unter Einbeziehung von ambulanter Komplexbehandlung
- Fokussierung von bedarfsorientierten Modulen statt Kostengrößen
- Kostengerechtigkeit - bei Verzicht auf überzogene Exaktheitsanforderungen auf der Fallebene
- Transparenz mit relevanten und aussagefähigen Indikatoren
- Verlässliche Erlösentwicklung ohne Verlagerung von Morbiditätsrisiken auf die Leistungserbringer
- Sicherung einer bedarfsgerechten Personalausstattung unter Berücksichtigung der veränderten Inanspruchnahme und des psychiatrischen Fortschritts



Was besseres als PEPP 2016 fänden wir allemal!!!



PEPP – Gesetzlicher Auftrag und Umsetzung

**LVR-Fachtagung
am 29. Januar 2016 in Köln-Deutz**

Urban Roths
Stellvertreter des Geschäftsführers im Dezernat II,
Krankenhausfinanzierung und Planung
DEUTSCHE KRANKENHAUSGESELLSCHAFT
Bundesverband der Krankenhausträger
in der Bundesrepublik Deutschland
Wegelystrasse 3, 10623 Berlin
Telefon 030/39801-1201, Telefax 030/39801-3210, U.Roths@dkgev.de



Entwicklung der gesetzlichen Rahmenbedingungen



KHRG 03/2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz vom 17.03.2009)

- Einführung des Systems ab dem Jahr 2013 (§ 17d KHG), verbunden mit einer kurzfristigen Verbesserung der Finanzierung der Personalstellen (6 Abs. 4 BPfIV)

PsychEntgG 07/2012 (Psych-Entgeltgesetz vom 21. Juli 2012)

- Einführungsphasen und Angleichung an Landespreise

GKV-FQWG 07/2014

(GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz vom 21.07.2014)

- Verlängerung der optionalen Einführungsphase um 2 Jahre, doppelte Obergrenze für Optionskrankenhäuser in 2015 und 2016

Problematisch:

- „Leistungskappung“ (Verschlechterung für Mehrleistungen)
- Wegfall der Tarifraten (BAT-Ausgleich)
- Doppelte Degression mit Kollektivhaftung
- Wegfall der Psych-PV bei gleichzeitig fehlender Refinanzierung der Personalanforderungen durch den G-BA

2010 bis 2012 Entwicklung der Methoden und Verfahren zur Kalkulation

- Entwicklung eines weltweit neuen Systems („Neuland“)
- Fallbezug und Diagnosen als Klassifikationsansatz
- Grundlagenvereinbarungen der SV vom 17.11.2009 und 16.03.2012

Erster PEPP-Katalog für 2013 (11/2012)

- Hauptkritikpunkte: Leistungsabbildung und degressive Vergütungssätze
- Ersatzvornahme durch das BMG (Rechtsverordnung)

Zweiter PEPP-Katalog für 2014 (11/2013)

- Zustimmung der DKG nur in Verbindung mit Prüfauftrag an das InEK und einer Verlängerung der Optionsphase um 2 Jahre

Umsetzung des Prüfauftrages durch das InEK (Anfang 2014)

Neuausrichtung der Katalogentwicklung ab 2015

Ergänzungsvereinbarung der SV zur Weiterentwicklung des Systems (04/2014)

- Abschaffung der Vergütungsstufen (jetzt Vergütungsklassen).
- Einführung von Ergänzenden Tagesentgelten (ET)
- Einbeziehung des Entlassungstages als Abrechnungstag.
- Ermittlung der tagesbezogenen Bewertungsrelationen als durchschnittliche Kosten der Fälle mit Entlassung am gleichen Pflage tag.

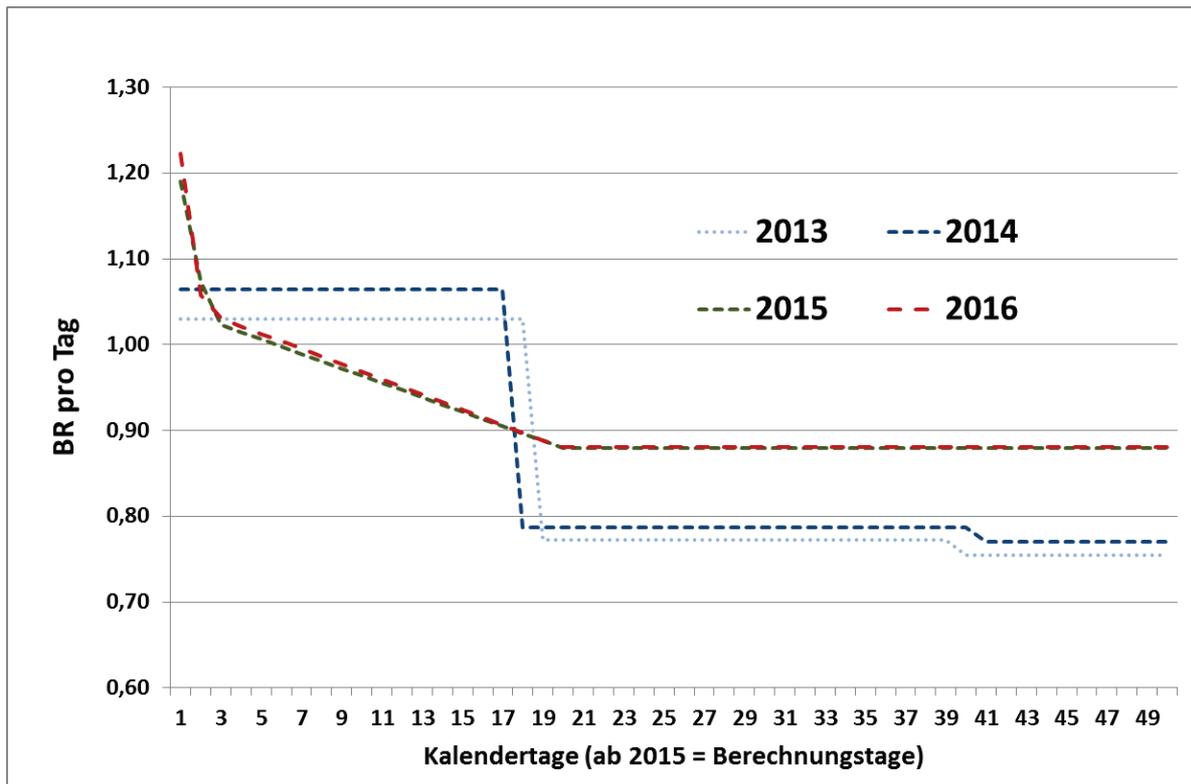
Dritter PEPP-Katalog für 2015 (09/2014)

- Erstmalige Umsetzung der von der Selbstverwaltung vereinbarten methodischen Änderungen.

Aktueller PEPP-Katalog 2016 (09/2015)

- Zahlreiche Feinanpassungen mit Überarbeitung der Vergütungsklassen und Bewertungsrelationen (Konsolidierung der neuen Systematik).
- In Hinblick auf die Rahmenbedingungen für das Jahr 2016 hat die DKG dem Katalog zugestimmt.

Bewertungsrelationen der PEPP PA04C



Anwendungserfahrungen in den Krankenhäusern

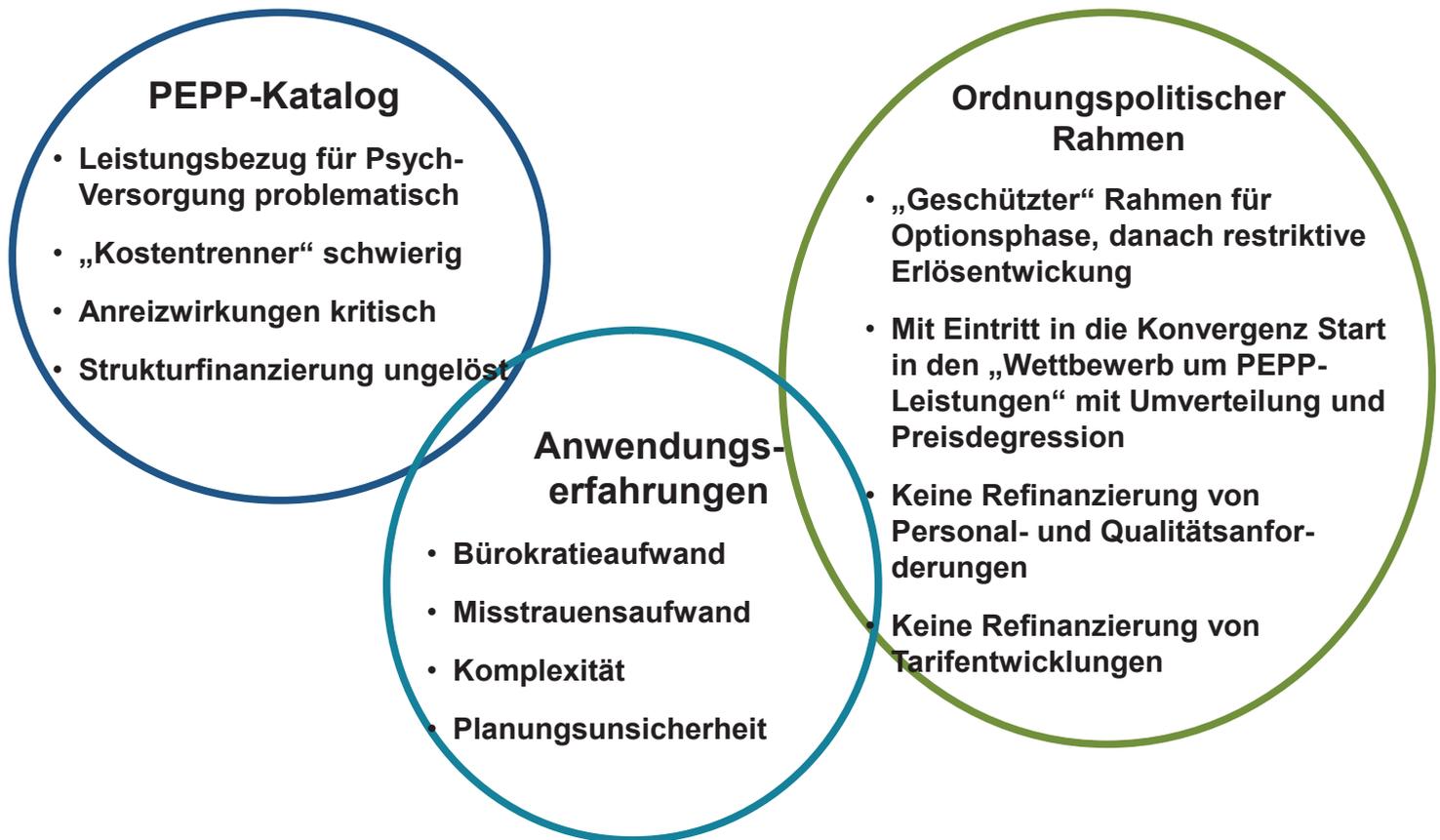
Bereitschaft zum optionalen (freiwilligen) Umstieg

(Anzahl konkreter Optionserklärungen, Grundgesamtheit der Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen insgesamt 573, Anzahl über die Jahre kumuliert)

- **2013: 45 = 8%**
- **2014: 79 = 14%**
- **2015: 186 = 29%**

Anwendungserfahrungen der Optionskrankenhäuser

- Sehr hoher Dokumentationsaufwand (Bindung des therapeutischen Personals).
- Hoher organisatorischer und investiver Aufwand (EDV, Personal).
- Komplexe Leistungsplanung und Leistungsvereinbarung.
- Sprunghafter Anstieg der MdK-Prüfungen (von rd. 1% auf über 10% der Fälle!) verursacht extremen „Misstrauensaufwand“ für die Krankenhäuser.



Eröffnung des politischen Dialogs durch das BMG 2015

November 2013: Koalitionsvertrag CDU/CSU und SPD

- *„Ein neues Vergütungssystem ... darf schwerst psychisch Erkrankte nicht benachteiligen, muss die sektorenübergreifende Behandlung fördern und die Verweildauer verkürzen, ohne Drehtüreffekte zu erzeugen. Dazu sind systematische Veränderungen des Vergütungssystems vorzunehmen. An dem grundsätzlichen Ziel, mehr Transparenz und Leistungsorientierung und eine bessere Verzahnung ambulanter und stationärer Leistungen in diesen Bereich zu bringen, halten wir fest.“*

April 2014: GKV-FQWG

- Die Koalitionsfraktionen einigen sich auf die Verlängerung der Optionsphase um zwei Jahre. Die gewonnene Zeit soll für eine grundsätzliche Prüfung der PEPP-Systems genutzt werden.

Juli 2014: Ankündigung des Dialoges durch das BMG

- zur „grundsätzlichen Prüfung des Entgeltsystems“ und Aufforderung, den „konkretisierten Handlungsbedarf zur Weiterentwicklung des PEPP-Systems, zu möglichen PEPP-Alternativen und zur Weiterentwicklung der Versorgung zu benennen“.

Mai 2015: Eröffnung des Strukturierten Dialoges durch das BMG.

Preissystem

- Landeseinheitliche Preise für bundeseinheitlich definierte Leistungen (PEPP-Pauschalen)
- Das „Budget“ wird (fast) ausschließlich von den vereinbarten und erbrachten PEPP-Pauschalen bestimmt.

Budgetsystem

- Das Budget wird durch das Patienten- und Leistungsspektrum (Personalbedarf) und die vereinbarten Leistungsstrukturen und Leistungsmengen des gesamten Krankenhauses bestimmt.
- Aus Budget und Leistungsmengen werden krankenhaushausindividuelle „Preise“ hergeleitet.

Welcher Finanzierungsansatz und welches Leistungsverständnis ist für die Psych-Versorgung besser geeignet ?

Ist ein Preissystem für die Psych-Versorgung geeignet?

Sind die Behandlungen soweit „standardisiert“, dass eine Pauschalierung (auch in Hinblick auf die Wirksamkeit der Anreize) sinnvoll ist?

- Die Behandlungsleistungen sind nur schwer zu beschreiben. Auch ist eine Pauschalierung schwierig, da Behandlungskonzepte in Abhängigkeit der individuellen Patientensituation sehr unterschiedlich sind und auch im Laufe einer Behandlung angepasst werden müssen.

Ist Leistungswettbewerb überhaupt für die Psych-Versorgung geeignet?

- Wie ist Leistungswettbewerb in Einklang mit einer Regionalisierung der Versorgung und dem Verständnis der Pflichtversorgung zu bringen? Kann die Qualität der Psych-Versorgung durch Leistungswettbewerb verbessert werden?

Wie soll die Versorgungsqualität sichergestellt werden?

- Die Versorgungsqualität wird bisher über die Budgetwirksamkeit der Psych-PV gefördert. In einem Preissystem sind die individuellen Personalkosten eines KH irrelevant. Die Personalvorgaben des G-BA sind ausschließlich als Instrument der Qualitätssicherung (ohne Budgetwirkung) zu verstehen.

Entwicklung von Regelungen und Instrumenten für eine **bedarfsgerechte und leistungsorientierte Budgetfindung** nach den folgenden Eckpunkten:

- Maßgeblich für das Krankenhausbudget sollen der **Versorgungsbedarf** der Patienten, die **Aufgaben** (insbesondere Pflichtversorgung) und das **Patienten- und Leistungsspektrum des gesamten Krankenhauses** sein.
- Zur Bestimmung des Versorgungsbedarfs ist insbesondere der Personalbedarf zu berücksichtigen. Hierzu ist eine zeitgemäße **Nachfolgeregelung für die Psych-PV** zu entwickeln, die alle Bereiche der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung abbildet.
- Ein **vereinfachter PEPP-Katalog** kann im Sinne von **Abschlagszahlungen** auf das krankenhausesindividuelle Budget als Abrechnungssystem eingesetzt werden. Der **Bürokratie- und Misstrauensaufwand** kann damit auf ein sinnvolles Maß **begrenzt** werden.
- Auch **sinnvolle Transparenz** kann über einen vereinfachten PEPP-Katalog geschaffen werden (medizinisch und versorgungspolitisch sinnvolle Gruppen statt bestmöglicher „Kostentrennung“).

Konzept der Fachverbände vom 09.09.2015

Ziele und Kernelemente

- Budgetbasiertes Entgeltsystems, dass insbesondere an **bedarfs- und qualitätsorientierten, strukturellen Elementen** ausgerichtet ist. Die Finanzierung soll verstärkt auf die Versorgungs- und Leistungsstrukturen und die regionalen bzw. krankenhausesindividuellen **Aufgaben** ausgerichtet werden.
- Grundlegendes Prinzip des Vorschlages ist die Trennung von Budgetfindung auf der Basis von evidenzbasierten merkmalsbezogenen und leistungsbezogenen Modulen (**Patienten- und Qualitätsorientierter Personalbedarf - PQP**) und der Abrechnung in Form von Abschlagszahlungen auf das vereinbarte Budget.
- Das Konzept sieht vor, dass auf Grundlage bundeseinheitlich definierter, struktureller Kriterien (erforderliche personelle Ausstattung, milieuthérapeutische Erfordernisse, besondere krankenhausesindividuelle Strukturkriterien für Basiskosten, besondere Aufgaben und Pflichtversorgung) krankenhausesindividuelle Budgets auf der lokalen Ebene zu vereinbaren sind.

Mit diesen Kernelementen steht das Verbändekonzept im Einklang mit den Positionen der DKG.

Spezifisch für den Psych-Bereich (BPfIV)

- Tarifraten zur hälftigen Finanzierung von Tarifsteigerungen (Erhöhungsraten von 40%).
- Extrabudgetäre Vergütung von Krankenhausleistungen für Asylbewerber (auf Verlangen des Krankenhauses, auch rückwirkend für 2015)
- Verzicht auf die Ausweitung der Rückzahlungsverpflichtungen von Psych-PV Mitteln vor dem Hintergrund der grundsätzlichen Prüfung des PEPP-Systems.

Im Zuge der Regelungen für den DRG-Bereich (KHEntgG und SGB V)

- Qualitätsabhängige Zu- und Abschläge
- Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten durch G-BA-RL
- Repräsentative Kalkulation mit Verpflichtung von KH zur Teilnahme
- Strukturfonds zum Abbau von Überkapazitäten, Konzentration und Umwandlung
- ...

Exkurs: Schwerpunkte des KHSG für den DRG-Bereich

Abschaffung der doppelten Degression

- Fixkostendegressionsabschlag über drei Jahre statt Mehrleistungsabschlag
- Streichung der absenkenden Wirkungen auf die LBFW („Kollektivhaftung“)

Förderung der Personalausstattung

- Pflegestellen-Förderprogramm 2016-2018 (660 bzw. 330 Mio. p.a.)
- Überführung des Versorgungszuschlages in einen Pflegezuschlag (500 Mio. p.a.)
- Expertenrunde zur Abbildung der Pflege im DRG-System
- Tarifraten zur hälftigen Finanzierung von Tarifsteigerungen (33%).

Finanzierung von Qualität und Struktur

- Qualitätsabhängige Zu- und Abschläge mit Leistungsausschluss
- Stärkung der Zuschlagsfinanzierung (Notfallversorgung, Zentren, Sicherstellung)

Preissystem

(aktuelles „PEPP-System“)

- Ziel: **Leistungsgerechte** KH-Budgets
- Leistung = Fall- und tagesbezogene Behandlungsleistungen
- Entgelte = bundeseinheitliche Pauschalen
- Konvergenz zu „Festpreisen“ auf der Landesebene (Landesentgeltwerte)
- **Die „PEPP-Leistungen“ bestimmen das KH-Budget (Leistungswettbewerb)**
- Hohe Anforderungen an Leistungsdokumentation (bürokratischer Aufwand) und Rechnungsprüfung (Misstrauensaufwand)
- Qualitätssicherung: G-BA-Vorgaben zur Personalausstattung ohne Budgetwirkung
- Anreizwirkung durch hohe Vergütungsdifferenzen und Leistungswettbewerb

Budgetsystem

(alternatives Psych-Entgeltsystem)

- Ziel: **Bedarfs- und leistungsorientierte** Weiterentwicklung der KH-individuellen Budgets
- Leistung = Behandlungsangebot und Patienten- und Leistungsspektrum des gesamten KH
- **Das Behandlungsangebot und die vereinbarten Leistungen des gesamten KH bestimmen das KH-Budget**
- Finanzierung der Strukturqualität, v.a. durch modernisierte Psych-PV (oder PQP)
- Entgelte = bundeseinheitlich, als Abschläge auf das Budget (KH-individuelle „Preise“):
 - bürokratiearm
 - sinnvolle Transparenz
 - anreizarm
- Anreiz zur Umsetzung bedarfsgerechter Versorgungsstrukturen und Planungssicherheit für das KH

Fortsetzung des politischen Dialoges 2016

Vielzahl von Pressemeldungen und Artikel gegen PEPP als Preissystem

-

Beschluss der SPD-Bundestagsfraktion vom 8. Januar 2016

- *„PEPP muss endgültig weg: Für eine bedarfsgerechte Versorgung psychisch kranker Menschen!“*

Antwort der Bundesregierung vom 13. Januar 2016

(auf eine kleine Anfrage von Bündnis90/Die Grünen)

- *Verweis auf den Koalitionsvertrag: Grundsätzlich zur Prüfung bereit, an dem Ziel von Leistungsgerechtigkeit und Transparenz wird festgehalten.*
- *Aufgrund des laufenden Dialogs und der innerhalb der Bundesregierung nicht abgeschlossenen Meinungsbildung wird ... verwiesen.*

Fortsetzung des politischen Dialoges im BMG am 18. Februar 2016

Richtungswechsel der Finanzierungsreform ? !!!

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



Teil II: Alternativmodelle / Modellvorhaben

- 4. PEPP-System und alternative Ansätze:
Aus Sicht der AOK Rheinland/Hamburg**
Matthias Mohrmann

Aus Sicht der Techniker Krankenkasse
Günter van Aalst

- 5. Das budgetorientierte Entgeltsystem als Alternative zu PEPP!?**
Prof. Arno Deister

- 6. Bedarfsorientierte Behandlung psychischer Erkrankungen -
ein modulatorientiertes Entgeltsystem in der Umsetzung**
Prof. Wolfgang Gaebel / Stefan Thewes

Neues Entgeltsystem in der Psychiatrie

PEPP-System und alternative Ansätze

Matthias Mohrmann

Mitglied des Vorstands

AOK Rheinland/Hamburg

AGENDA

1. PEPP – Umsetzung – Die Sicht der AOK
2. PEPP-Alternativen
3. Alternative Modelle
4. Fazit

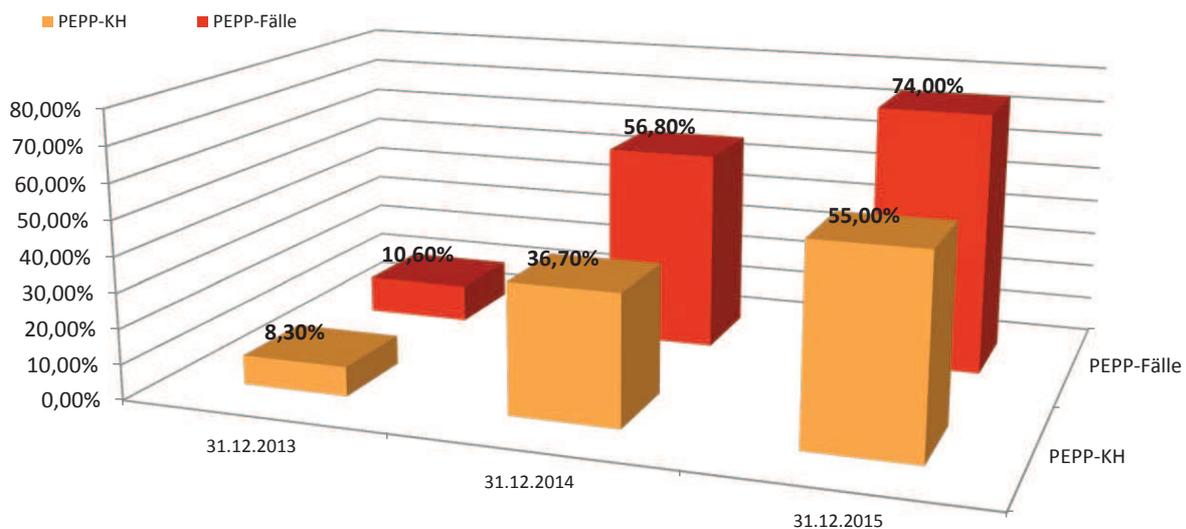
Frankfurter Allgemeine Zeitung Frankfurt

08.01.2016 Seite 18 Auflage: 320.864

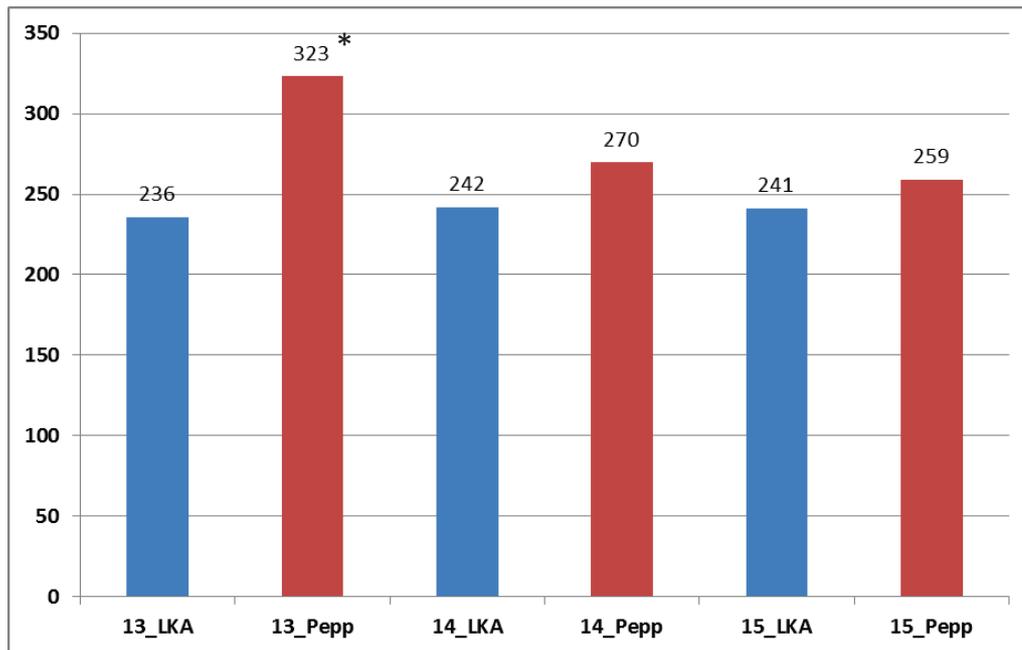
SPD verabschiedet sich von Fallpauschalen in der Psychiatrie

„Ökonomie statt Interessen der Patienten im Mittelpunkt“

PEPP – Anteil der Umsteiger im Rheinland (Krankenhäuser und Fachabteilungen)



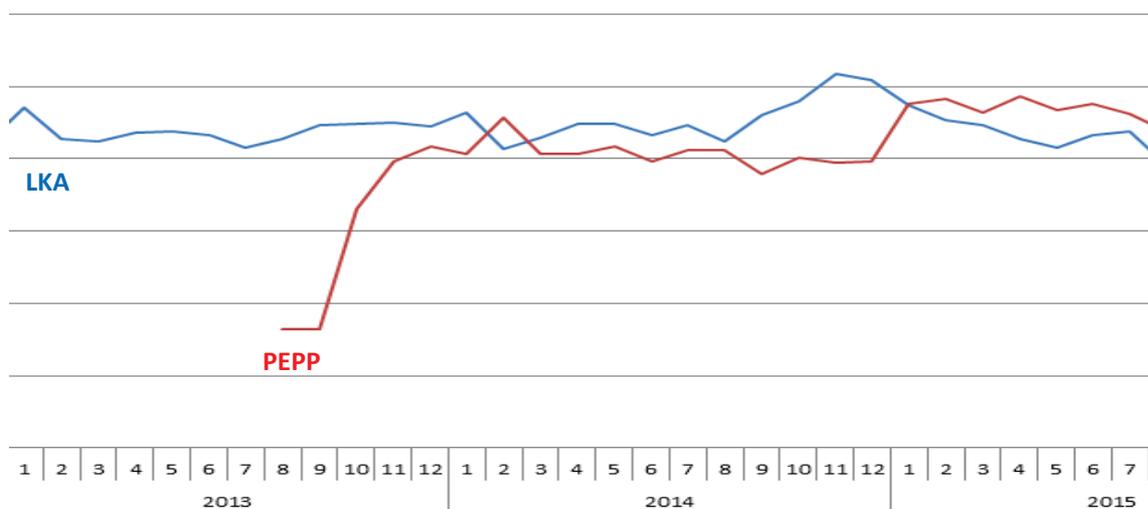
Ausgaben je Tag (LKA vs. PEPP)



* = geringe Fallzahl

Verweildauererlauf je Geltungsbereich

Die PEPP-Verweildauer zeigt noch keinen abschließenden Trend



PEPP-Umsetzung, ein Zwischenfazit

- Aktiver Start der Psych-Krankenhäuser/Fachabteilungen im Rheinland
- Die Verweildauerdegression innerhalb der PEPPs führt nicht „automatisch“ zu kurzen Verweildauern
- Schweregradeinteilung und „Ergänzenden Tagesentgelte“ bieten Raum für Interpretationen bei der Einstufung/Abrechnung
- Erwartungsgemäß konnte eine Verbesserung der Versorgung durch PEPP nicht festgestellt werden
 - Ambulant nach wie vor lange Wartezeiten und hoher Behandlungsbedarf
 - Keine verbesserte Abstimmung mit niedergelassenen Ärzten
 - Keine Änderung im Verordnungsverhalten bzgl. entsprechender Arzneien
 - Keine Einbindung ambulanter psychiatrischer Pflegedienste
 - Keine Verbesserung des Entlassmanagements

2. PEPP-Alternativen

Die Fachgesellschaften und Verbände der Plattform Entgelt

Konzept eines Budgetbasierten Entgeltsystems für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Der Alternativvorschlag der Fachgesellschaften und Verbände vermittelt den Eindruck, dass es nur ums Geld geht...



Kritik im Einzelnen

- Abbildung der IST-Kosten:
 - verhindert Transparenz und Vergleichbarkeit der Leistungen
- Abschaffung der Einzelfallprüfung:
 - Fehlanreize und Erläsoptimierung sind nicht ausgeschlossen
- Kontrahierungszwang bei Modellen:
 - Freiwilligkeit entfällt zu Gunsten der KH-Vorstellungen
- Entgeltkatalog ohne Degression:
 - Degression scheint nach Inhalt der Behandlung notwendig
- Qualität:
 - Ohne Qualitätsnachweis kein Beweis für Systemverbesserung
- Entgeltsystem:
 - Es fehlen Anreize, die Versorgung zunehmend ambulant zu gestalten

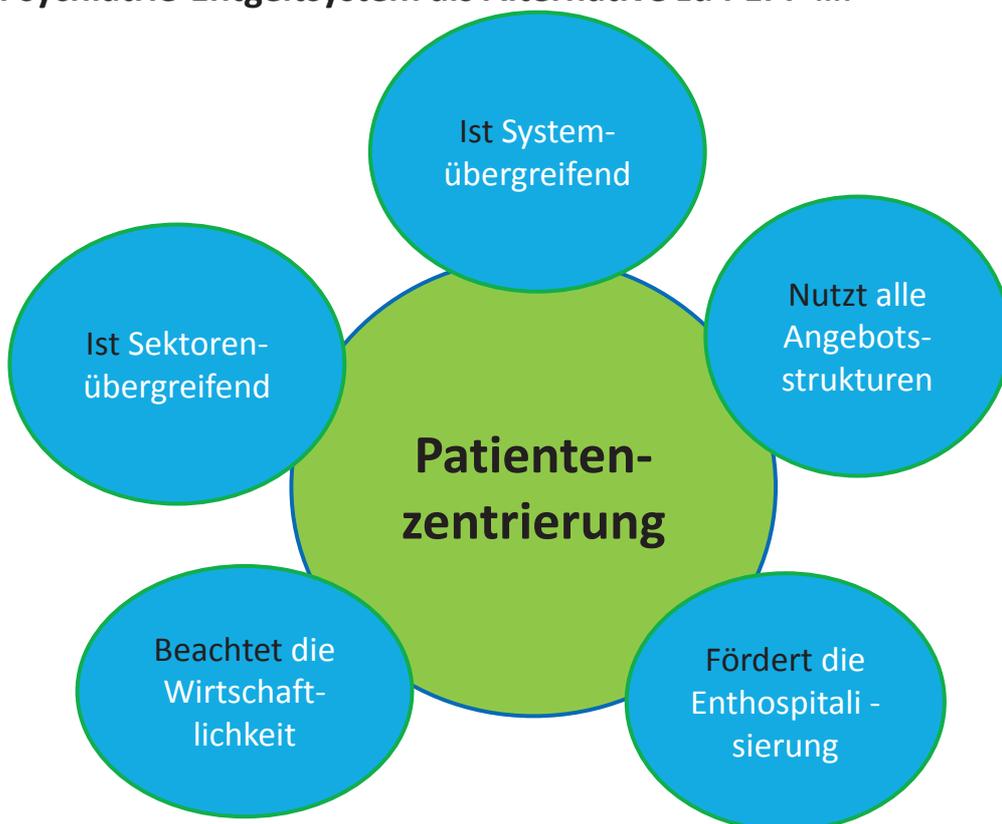
Alternative zu PEPP – wie muss sie aussehen?

1. Entgelte müssen die Krankenhäuser wirtschaftlich sichern und überwiegend vergleichbar machen (können)
2. Keine Wiedereinführung des Selbstkostendeckungsprinzips
3. Notwendige, zusätzliche Strukturen müssen wirtschaftlich finanziert werden können
4. Spezialisierungen (Essstörungen, Schizophrenie, ...) müssen von (G-BA-) Strukturanforderungen abhängig gemacht werden
5. Dokumentation muss einfach und zweckentsprechend, am Bedarf orientiert sein, darf aber nicht erlösoptimierend wirken
6. Versorgungsangebote müssen entsprechend dem Bedarf vorgehalten werden:



1. Ambulant (PIA/Hometreatment oder/und amb. Psych. Pflegedienst)
2. Teilstationär (regional und bedarfsorientiert)
3. Vollstationär (wenn notwendig, dann mit Überleitungsverpflichtung in teilstationäre und ambulante Weiterbehandlung)

Ein Psychiatrie-Entgeltsystem als Alternative zu PEPP



Alternativ = nur die Wahl zwischen zwei Möglichkeiten?



Resignation ist Mangel an Alternative

Notwendig ist.....:

- Frühestmögliche Versorgung - bedarfsorientiert und im häuslichen Umfeld
- Angebot fester Strukturen (z.B. Arbeitstherapie auf niedrigem Niveau)
- Einbindung neuer Versorgungspartner (ExInler, Spezialisierung Heilerziehungspfleger und andere Berufe)
- Systemübergreifende Versorgung (u.a. gemeindepsychiatrischen Dienst einbinden)
- Krisenpension/-zimmer
- Differenziertere PIA-Angebote
- Stationäre Versorgung als „Ausnahme“
- Anschlussrehabilitation durch Renten- und Krankenversicherung
-

Neben der Regelversorgung sind Alternativen möglich und werden umgesetzt:

1. Modelle nach § 64b SGB V
 - bundesweit überwiegend Modelle nur mit Krankenhäusern/PIA
 - Düsseldorf: Modulares Versorgungsmodell (CMHC)
 - Köln: APPV-Modell (nur mit amb. psych. Pflegediensten)
2. Integrierte Versorgung
 - i.d.R. mit Managementgesellschaften oder einzelnen Anbietern
3. Haus- und Fachärztliche Versorgung
 - i.d.R. durch Anpassung der Vergütungsinhalte und –höhe
 - Sozialpsychiatrievereinbarung
4. Versorgung durch Pharmaindustrie
 - Angebote zur Optimierung der Pharmakotherapie (NDS)

Alternativen unter Beteiligung der AOK

Modelle nach § 64b SGB V

CMHC - Modulares Versorgungsmodell in Düsseldorf (LVR) (Clinical Mental Health Center)

- maximal 15 Entgelte (Module)
- festes Gesamtbudget
- Patientenbezug (kein Fallbezug)
- Sektoren- und Systemübergreifend (KH, Ärzte, Pflege, Kommune)
- Lotsenfunktion
- Prüfungen intern vereinbart
- Erfolgsmessung (Honos, Lebensqualität, ...)
- Laufzeit 8 Jahre

- Umsetzung: ab 1.7.2016

Alternativen unter Beteiligung der AOK

Modelle nach § 64b SGB V

APPV-Modell in Köln (nur mit amb. psych. Pflegediensten) **(Ambulante psychiatrische pflegerische Versorgung)**

- drei Entgelte
 - Soziotherapie / Psychiatrische häusliche Krankenpflege als Basis
 - Anpassung der Vergütung
 - 24/7-Versorgung an 365 Tagen/Jahr (=Rufbereitschaft und Hausbesuche)
 - Lotsenfunktion
 - Keine MDK-Prüfung / keine Genehmigung
 - Erfolgsmessung (Honos)
 - Zielvereinbarung
 - Laufzeit 8 Jahre
- Umsetzung: seit 1.9.2015

Bei der Umsetzung von Modellen ist zu beachten:

- Steuerung Unabhängigkeit ist notwendig
- Kapazitäten Bedarfsorientierung
- Finanzierung Umsteuerung vorhandener Mittel aller Beteiligten
 Gewinne werden nur für den Patienten erzielt
 Ziel definieren
- Patienten Vorteil muss beim Patienten ankommen

Ein Hindernis
überwindet man
mit Übung



- **Es gibt Alternativen zu PEPP**
- **Abstimmung und Teilnahme aller Sektoren und Systeme**
- **Patientenorientierung darf nicht zur Erlösoptimierung führen**
- **Krankenhäuser bieten eine Alternative – aber nicht die Einzige**





„Modell zur individuellen Psychiatrie“

Innovativ, flexibel und so lange es die Patienten brauchen

Günter van Aalst, Leiter TK-Landesvertretung NRW



Köln, 29. Januar 2016

Agenda

1

Die Modellintention

2

Die Versorgungsidee

Das Modul stationsungebundener Leistungen

Flexible Finanzierung

3

Ein Beitrag für mehr Qualität in der Psychiatrie

1 Die Modellintention

- › **Ausgangslage:** zunehmende Psychriefälle, knappe KH-Ressourcen, Vergütungen sind sektoral getrennt, differenzierte Leistungserbringung (vollstationär, teilstationär, ambulant) wird nicht adäquat finanziert, PEPP-Systematik löst dieses Problem auch nicht
- › **Ziel:** Verbesserung der psychiatrischen Versorgung durch optimierte und vernetzte Behandlung, differenzierte Handlungsspielräume für Krankenhäuser
- › **Idee:** Möglichkeit schaffen, die Patienten individuell zu behandeln. D.h. stationär, teilstationär, **ambulant im KH und im häuslichen Umfeld**. Finanzierung für das KH so flexibel gestalten, dass sie dies zulässt und für das KH akzeptabel bleibt



2 Die Versorgungsidee

- › Im Focus:
Patienten, die grundsätzlich einer stationären Behandlung bedürfen
- › Intention:
individuell auf den Patienten zugeschnittene Versorgung

Die Entscheidung über die Art der Versorgung trifft das Krankenhaus zusammen mit dem Patienten situativ.

- › Neu vereinbart: „stationsungebundene Leistungen“

Neben der rein stationären Behandlung können Patienten teilstationär, ambulant auf den Stationen des Krankenhauses und per „Hometreatment“ im häuslichen Umfeld behandelt werden.



2 Das Modul stationsungebundener Leistungen

- ✓ hohe Sektorendurchlässigkeit innerhalb des Krankenhauses
- ✓ Stationsungebundene Leistungen ermöglichen die Nutzung der stationären Ressourcen des Krankenhauses auch ambulant am KH oder im häuslichen Umfeld
- ✓ zielorientierte Diagnostik und Behandlung durch ein multiprofessionelles Team
- ✓ täglich individuell auf den aktuellen Bedarf des Patienten zugeschnittene Behandlungsmodule
- ✓ stationärer Aufenthalt beschränkt sich auf das Notwendige, die Dauer und der Umfang der Behandlung orientiert sich am tatsächlichen Behandlungsbedarf
- ✓ konsequente, patientenorientierte Behandlung führt zur Minimierung des „Drehtüreffekts“



2 Flexible Finanzierung

› Basis PEPP-System

alt

30 Tage vollstationäre Versorgung; Vergütung nach PEPP



› rein stationäre Leistungen entsprechend PEPP-Vergütung

› Neu vereinbart: „stationsungebundene Leistungen“

neu

15 Tage stationäre Versorgung; Vergütung nach PEPP



und x Tage SUL - Leistungen; Vergütung über diff. Leistungspakete (Pauschalen)



- › jeder nicht stationäre Tag wird differenziert vergütet

- › dafür werden unterschiedliche Leistungsmodule vereinbart

› „Sicherheitsnetz“ Budget in der Erprobungsphase



3 „Stationsungebundene Leistungen“ ein Beitrag für mehr Qualität in der Psychiatrie

Was bieten wir?

- › Stationsungebundene Leistungen stellen einen Beitrag für eine individuelle und qualitätsorientierte Behandlung dar.
- › Patienten können in ihrem vertrauten Lebensumfeld erreicht und behandelt werden.
- › Psychosoziale Therapien werden - im Interesse der Patienten - effektiver (z.B. Psychotherapie im Wohnzimmer).
- › Behandlerkontinuität und damit kein Behandlerbruch.

 **Aktuelle Qualitätsdiskussion auch leben !**

7 | „Individuelle Psychiatrie“, Günter van Aalst, Leiter TK-Landesvertretung NRW



Günter van Aalst

Techniker Krankenkasse
Leiter TK-Landesvertretung NRW
Guentervanaalst@tk.de

**Falls Sie noch
Fragen haben...**

...stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.



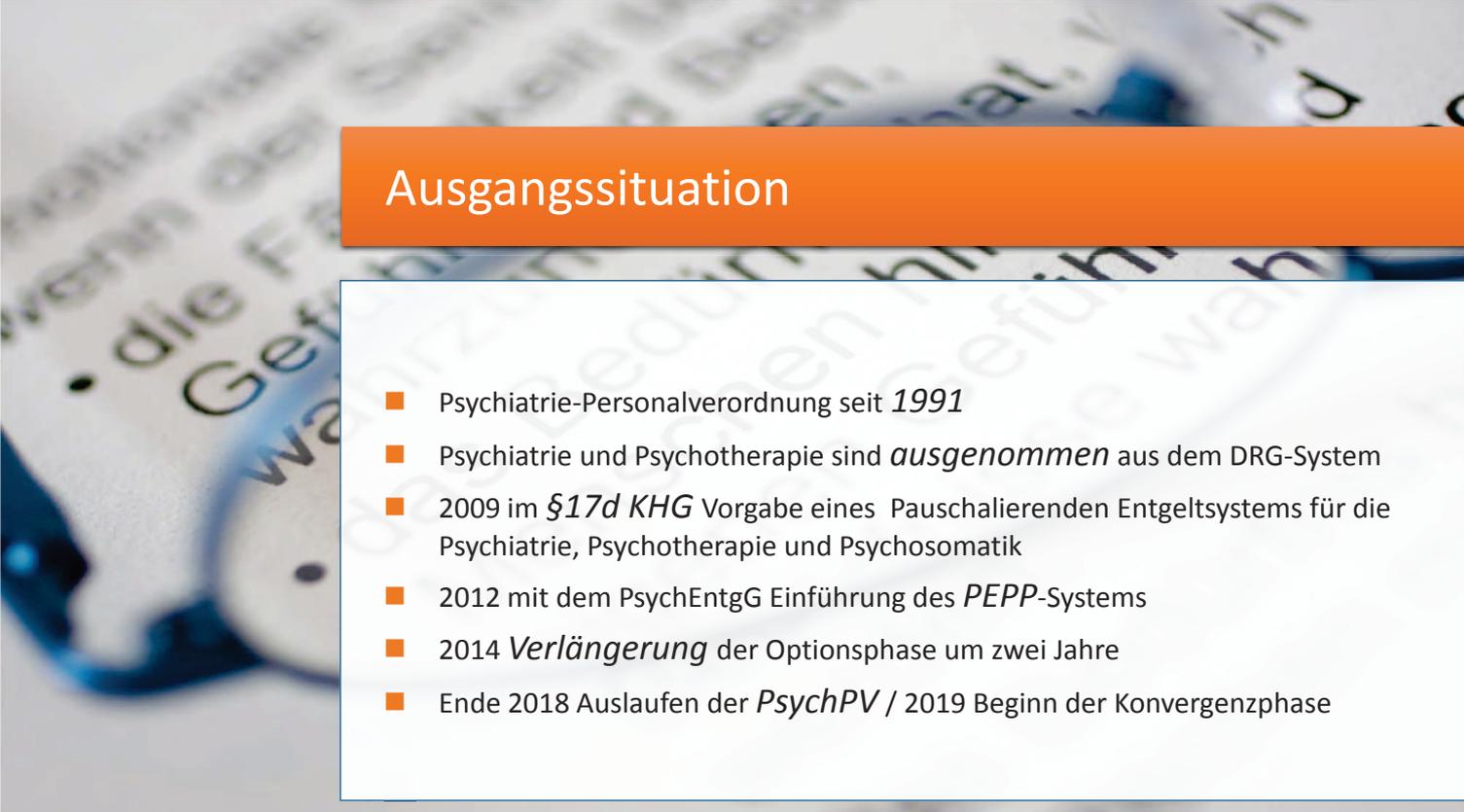


DAS BUDGETORIENTIERTE ENTGELTSYSTEM ALS ALTERNATIVE ZU PEPP!?

Prof. Dr. Arno Deister

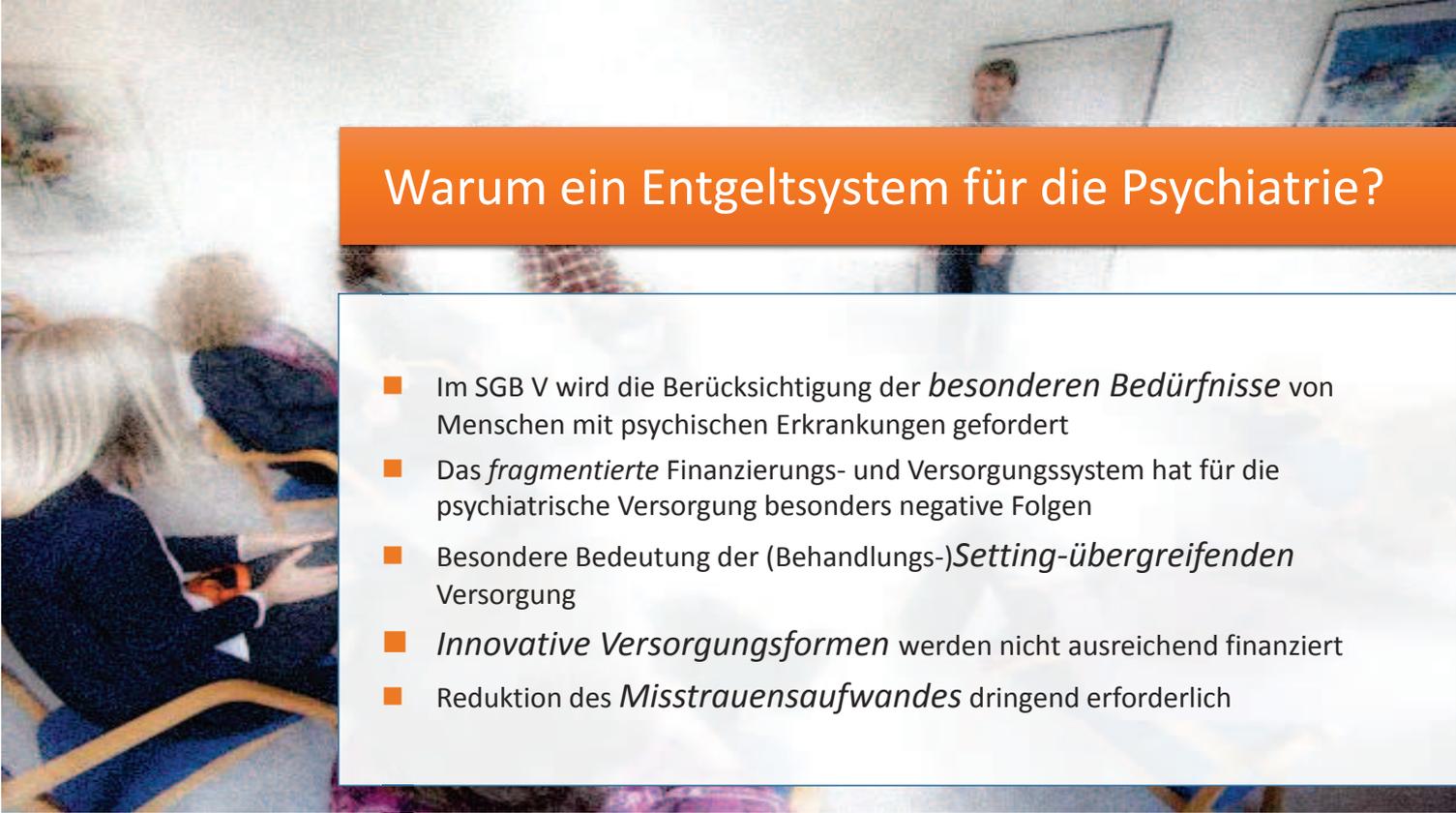
Zentrum für Psychosoziale Medizin – Klinikum Itzehoe

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Berlin



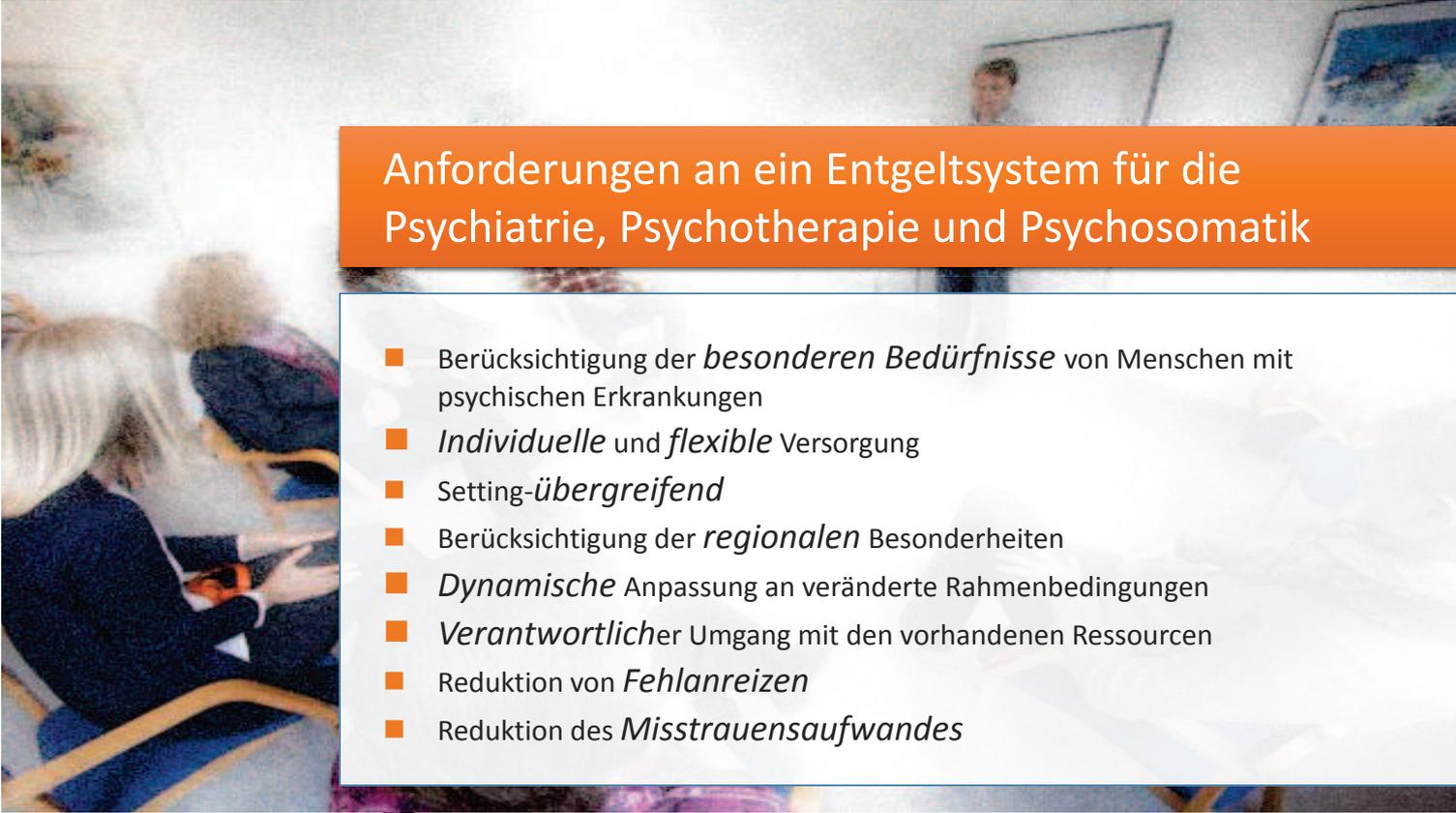
Ausgangssituation

- Psychiatrie-Personalverordnung seit 1991
- Psychiatrie und Psychotherapie sind *ausgenommen* aus dem DRG-System
- 2009 im §17d KHG Vorgabe eines Pauschalierenden Entgeltsystems für die Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
- 2012 mit dem PsychEntgG Einführung des PEPP-Systems
- 2014 *Verlängerung* der Optionsphase um zwei Jahre
- Ende 2018 Auslaufen der *PsychPV* / 2019 Beginn der Konvergenzphase



Warum ein Entgeltsystem für die Psychiatrie?

- Im SGB V wird die Berücksichtigung der *besonderen Bedürfnisse* von Menschen mit psychischen Erkrankungen gefordert
- Das *fragmentierte* Finanzierungs- und Versorgungssystem hat für die psychiatrische Versorgung besonders negative Folgen
- Besondere Bedeutung der (Behandlungs-) *Setting-übergreifenden* Versorgung
- *Innovative Versorgungsformen* werden nicht ausreichend finanziert
- Reduktion des *Misstrauensaufwandes* dringend erforderlich



Anforderungen an ein Entgeltsystem für die Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

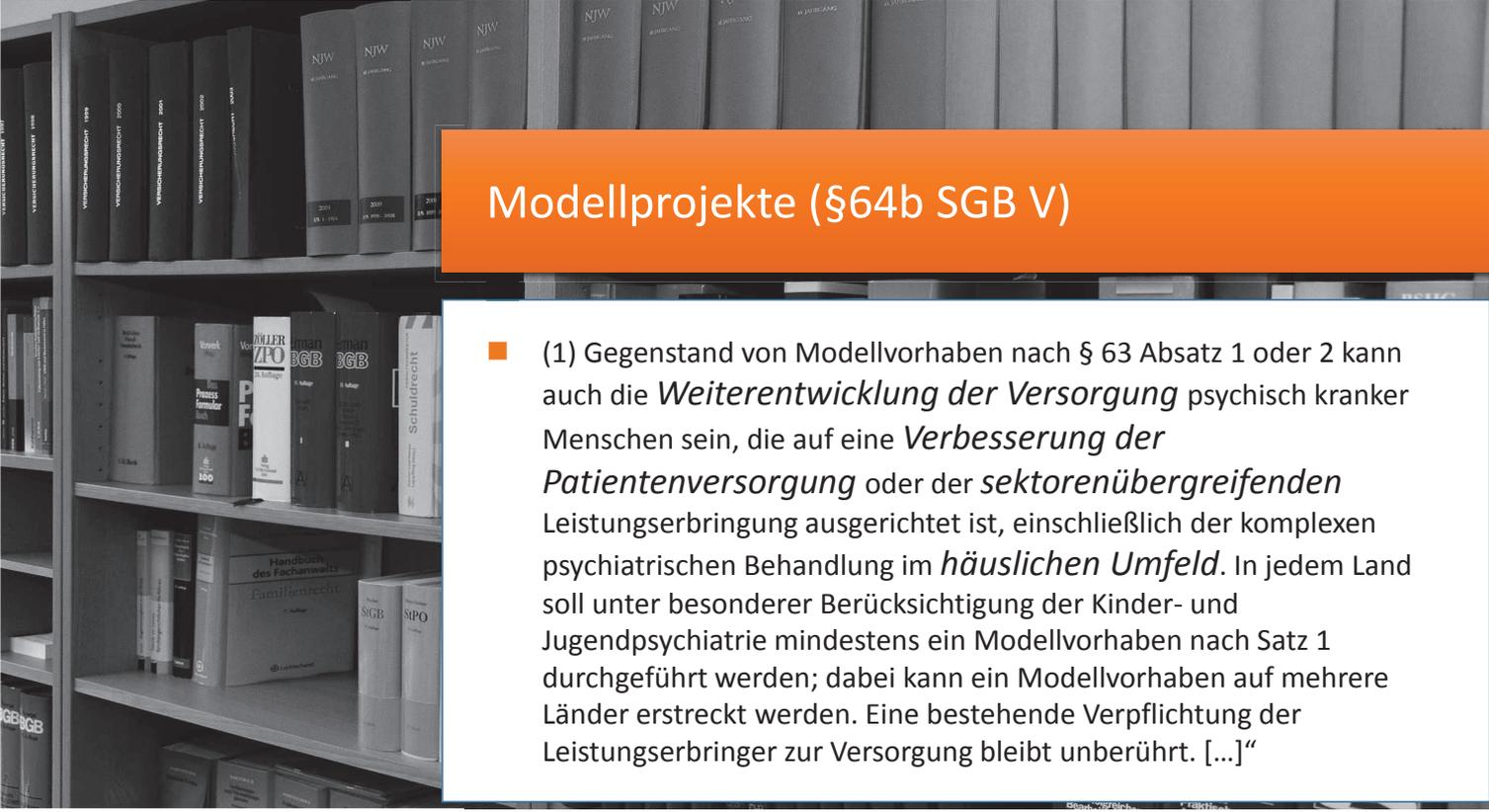
- Berücksichtigung der *besonderen Bedürfnisse* von Menschen mit psychischen Erkrankungen
- *Individuelle* und *flexible* Versorgung
- *Setting-übergreifend*
- Berücksichtigung der *regionalen* Besonderheiten
- *Dynamische* Anpassung an veränderte Rahmenbedingungen
- *Verantwortlicher* Umgang mit den vorhandenen Ressourcen
- Reduktion von *Fehlanreizen*
- Reduktion des *Misstrauensaufwandes*

Die Kritik am PEPP-System

- *Einzelleistungen* bilden die Gesamtleistung nicht ab
- Falsche *Anreizsystematik* durch Einzelleistungen
- Kalkulation aus dem *bestehenden* System
- *Mehrfache* Degression
- Nicht sektor-übergreifend, keine Unterstützung von *innovativen Versorgungsformen*
- Fall- und *Diagnosen*bezug

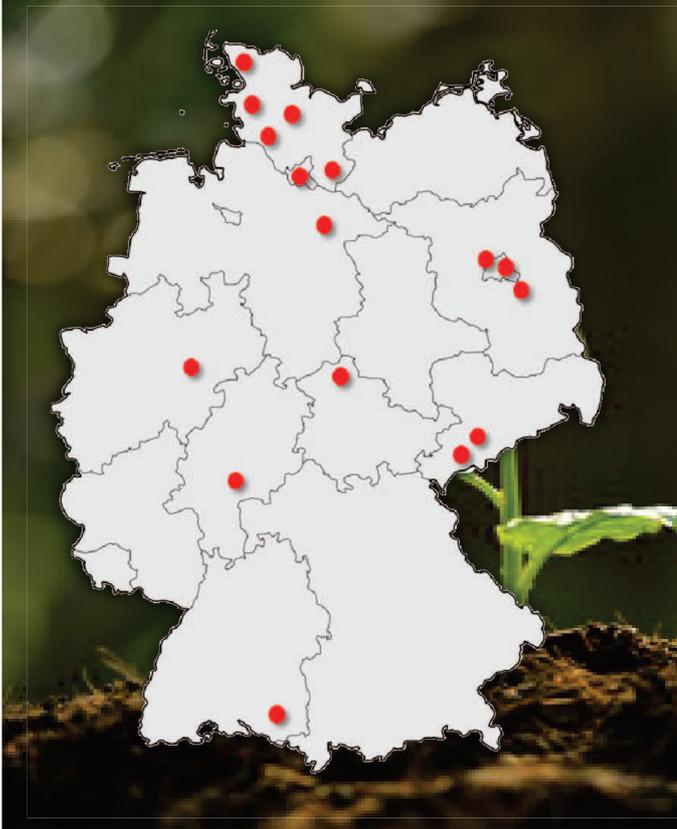
Die aktuellen Entwicklungen

- Seit 2003 Entwicklung und Umsetzung von *Modellprojekten* für die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung (u.a. Regionale Budgets)
- Aktuell mehr als 150 *Optionshäuser* im Rahmen des PEPP-Systems
- *PEPP-Katalog 2016* ist durch die Partner der Selbstverwaltung angenommen
- Entwicklung eines Konzeptes für ein *Budgetorientiertes Entgeltsystem* als Alternative zum PEPP-System
- *Strukturierter Dialog* mit dem BMG (nächster Termin am 18. Februar 2016)



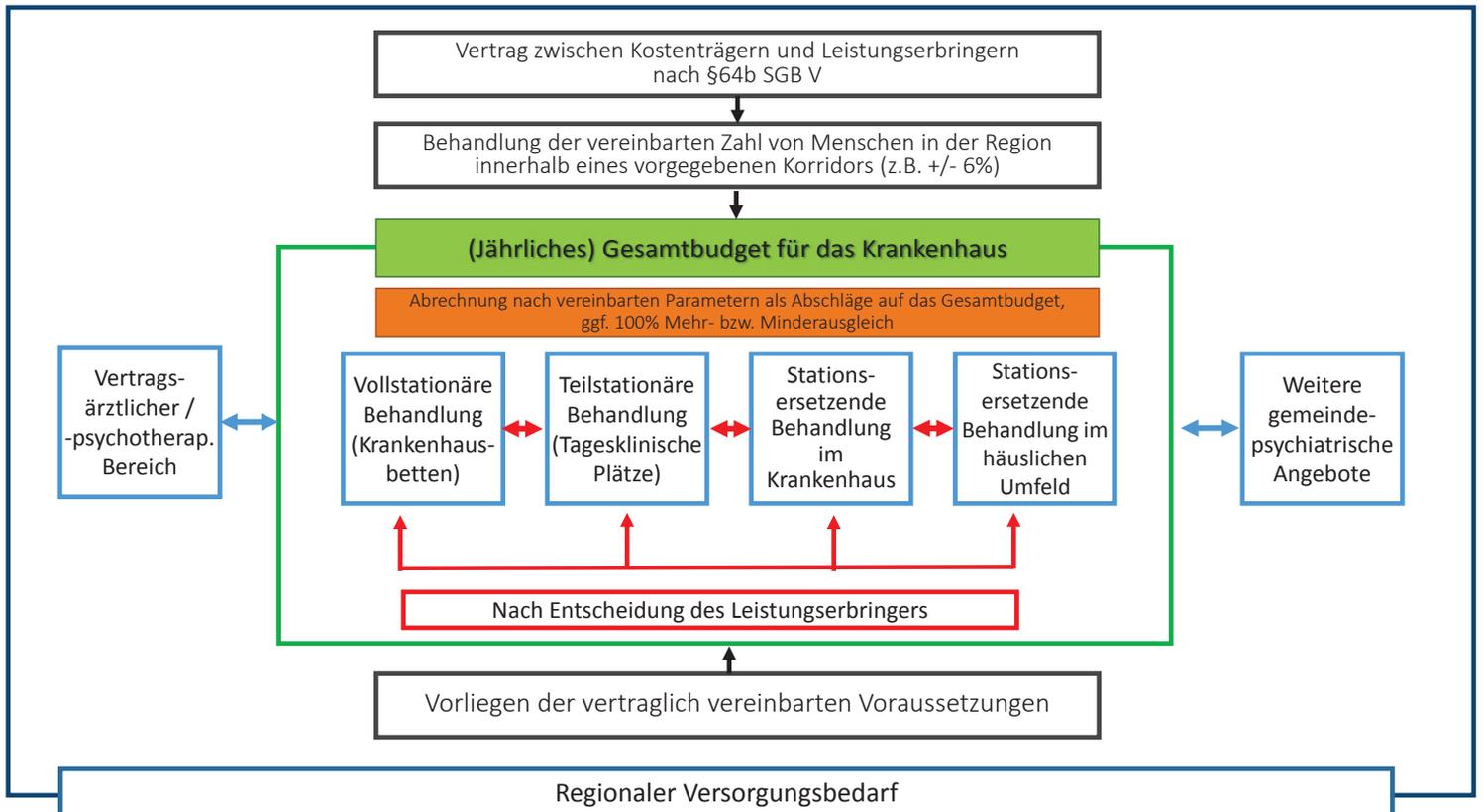
Modellprojekte (§64b SGB V)

- (1) Gegenstand von Modellvorhaben nach § 63 Absatz 1 oder 2 kann auch die *Weiterentwicklung der Versorgung* psychisch kranker Menschen sein, die auf eine *Verbesserung der Patientenversorgung* oder der *sektorenübergreifenden Leistungserbringung* ausgerichtet ist, einschließlich der komplexen psychiatrischen Behandlung im *häuslichen Umfeld*. In jedem Land soll unter besonderer Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie mindestens ein Modellvorhaben nach Satz 1 durchgeführt werden; dabei kann ein Modellvorhaben auf mehrere Länder erstreckt werden. Eine bestehende Verpflichtung der Leistungserbringer zur Versorgung bleibt unberührt. [...]"

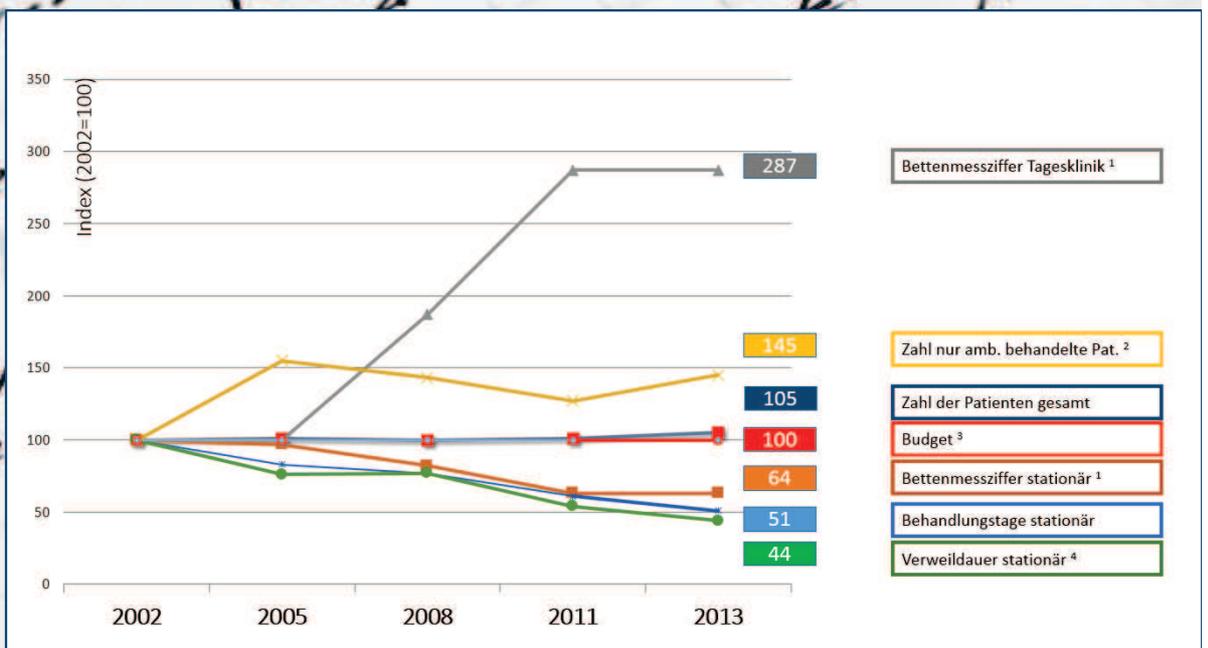


Modellprojekte (§64b SGB V)

- 20 Modellprojekte
 - davon 10 mit allen Kassen einer Region
- in 9 Bundesländern
- mit mehr als 3,5 Millionen Einwohnern
- insgesamt weit über 150.000 Behandlungsepisoden



Entwicklungen



Erfahrungen aus den Modellprojekten

- Die Modellprojekte haben *gezeigt*, dass
 - die personenbezogene Finanzierung zur drastischen *Reduktion stationärer Behandlung* zugunsten teilstationärer und insbesondere auch zugunsten stationsersetzender (ambulanter) Leistungen führt
 - die Möglichkeit zu stationsersetzenden (ambulanten) Behandlungsmaßnahmen im Krankenhaus eine stationäre Behandlung *vermeiden kann*.
 - es nicht einer Transparenz der Erbringung von Einzelleistungen bedarf, sondern einer Transparenz und Überprüfbarkeit von *Strukturen und Ergebnisqualität*.
 - *Dies reduziert auch den Misstrauensaufwand*

Die Fachgesellschaften und Verbände der Plattform Entgelt
Konzept für ein Budgetbasiertes Entgeltsystem

Die Fachgesellschaften und Verbände
der Plattform Entgelt

Konzept eines
Budgetbasierten Entgeltsystems

für die Fachgebiete
Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Konzept eines
Budgetbasierten Entgeltsystems

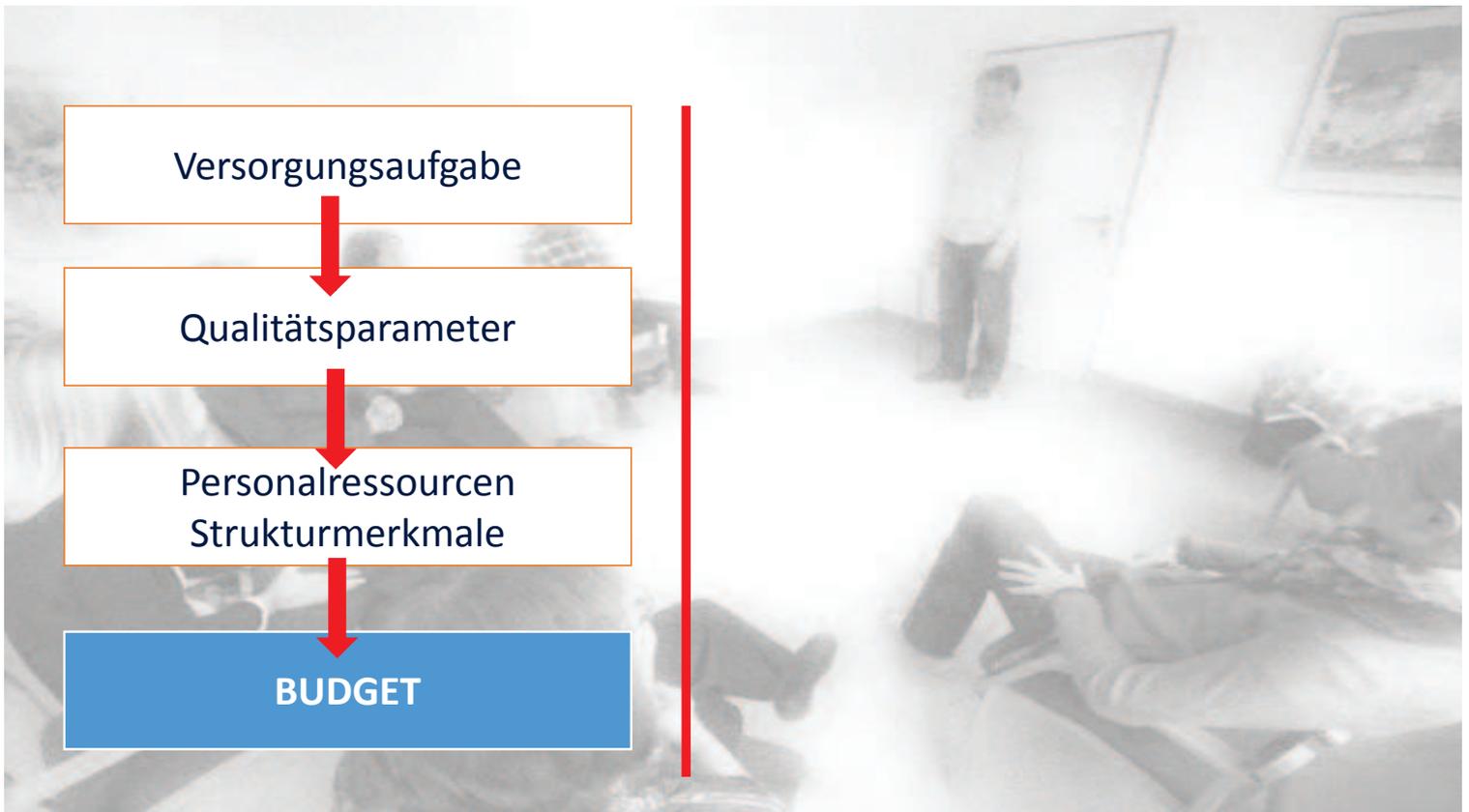
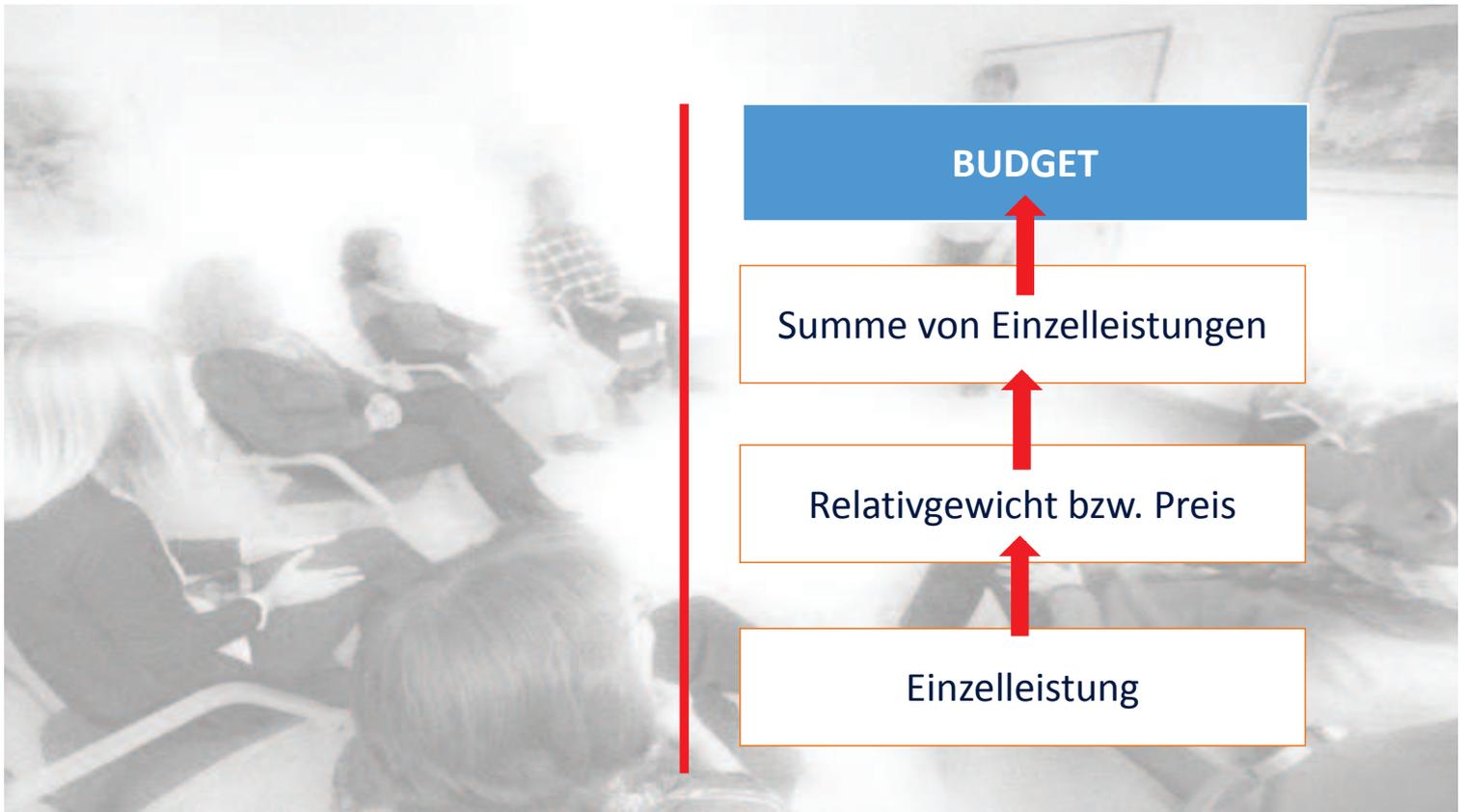
Aktueller Stand: 20 Verbände

Die 16 Autoren des Konzeptes

- Die vier Wissenschaftlichen Fachgesellschaften (DGPPN, DGKJP, DGPM, DGGPP)
- Drei Verbände der Krankenhausdirektoren und der Träger
- Verbände der Betroffenen und Angehörigen
- Vier medizinisch-ärztliche Verbände
- Drei Verbände der Pflege
- *Weitere Verbände schließen sich zur Zeit an*

Budgetfindung

Abrechnung



Die Entstehung

- Umfassender Protest gegen das PEPP-System seit 2012
- Strukturierter Dialog mit dem Bundesminister für Gesundheit Hermann Gröhe (erster Termin am 4. Mai 2015)
- Eckpunkte-Papier der Verbände am 5. Juni 2015
- Entwicklung des Budgetbasierten Entgeltsystems in der Plattform Entgelt der DGPPN seit Juni 2015
- Vorlage des Konzeptes an das Bundesministerium für Gesundheit am 9. September 2015

Grundannahmen

- Das Entgeltsystem darf keine Fehlanreize setzen für eine an rein ökonomischen Aspekten ausgerichtete Versorgung
 - Der bestehende Misstrauensaufwand führt zum gravierenden Entzug von Ressourcen aus der Versorgung
- ↓
- Das Entgeltsystem muss die auf bestehender Evidenz und den erforderlichen Qualitätsparametern basierenden Personalressourcen sicherstellen

Grundannahmen

- Menschen mit psychischen Erkrankungen haben besondere Bedürfnisse in Bezug auf das Versorgungssystem

- Psychische Erkrankungen sind immer in einem Kontext von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren zu sehen



- Das Finanzierungssystem muss geeignet sein für eine sektorenübergreifenden Versorgung und für die Unterstützung innovativer Versorgungsstrukturen

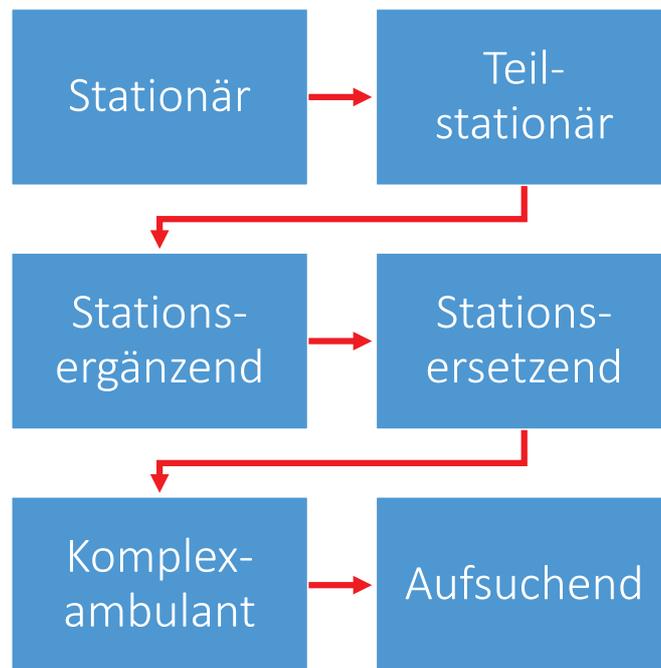
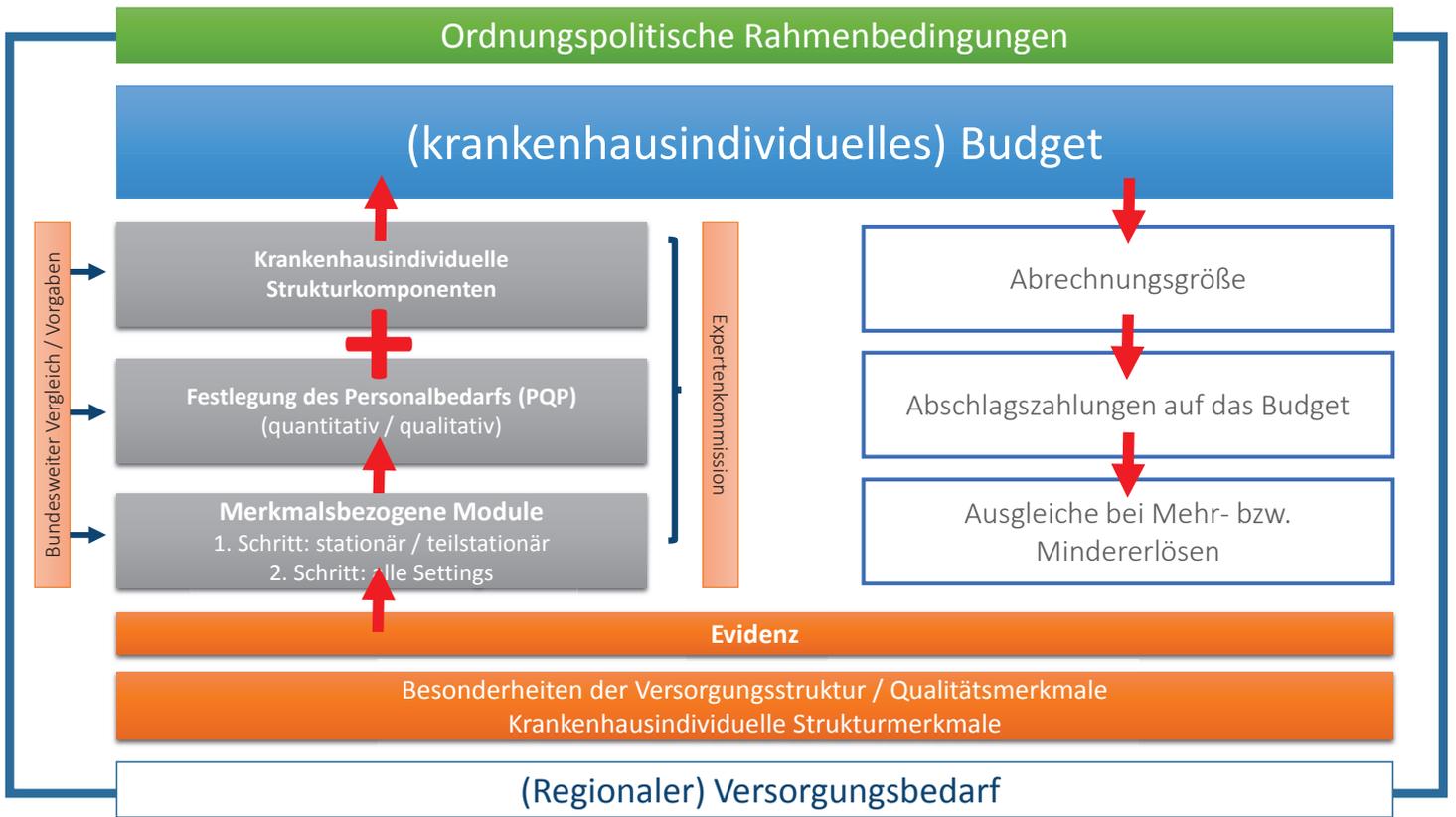
Grundannahmen

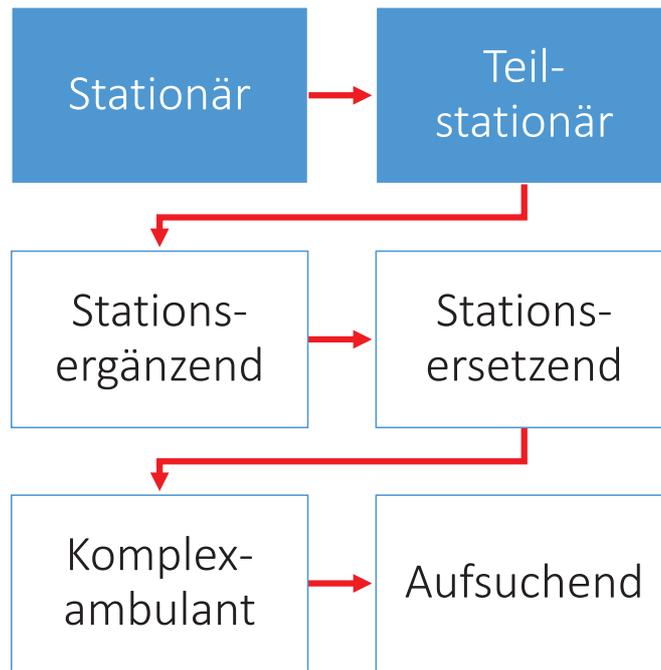
- Eine reine Preisorientierung ist für die psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung nicht geeignet

- Die Finanzierung muss verstärkt auf die Versorgungs- und Leistungsstrukturen sowie auf regionale bzw. krankenhausindividuelle Elemente ausgerichtet werden



- Das Budget wird krankenhausindividuell verhandelt und basiert auf qualitätsorientierten Personalressourcen und krankenhauspezifischen Strukturmerkmalen





1.

2.



BUDGET
statt
PREIS

Modellvorhaben - Bedarfsorientierte Behandlung psychischer Erkrankungen – ein modulatorientiertes Entgeltsystem in der Umsetzung

Implementierung und Evaluation modularer, sektorübergreifender Versorgung
psychisch Kranker durch ein regional vernetztes Community Mental Health
Center (CMHC) im Rahmen eines Versorgungsbudgets

Prof. Dr. Wolfgang Gaebel

Ärztlicher Direktor des LVR-Klinikums Düsseldorf

Stefan Thewes

Leiter LVR-Fachbereich 83 (Wirtschaftliche Steuerung)

Köln, 29. Januar 2016

01.02.2016

Folie 1

Inhalt

1. Absichtserklärung zwischen der AOK Rheinland/Hamburg und dem LVR
2. Konzept „Bedarfsorientierte Behandlung psychischer Erkrankungen“
3. SWOT-Analyse und Evaluation
4. Finanzierung und Abrechnung modularer Vergütungssysteme sowie
Umsetzungsvorschlag im Rheinland
5. Vorteile der „Bedarfsorientierten Behandlung psychischer Erkrankungen“

Inhalt

1. **Absichtserklärung zwischen der AOK Rheinland/Hamburg und dem LVR**
2. Konzept „Bedarfsorientierte Behandlung psychischer Erkrankungen“
3. SWOT-Analyse und Evaluation
4. Finanzierung und Abrechnung modularer Vergütungssysteme sowie Umsetzungsvorschlag im Rheinland
5. Vorteile der „Bedarfsorientierten Behandlung psychischer Erkrankungen“

01.02.2016

Folie 3

Inhalt der Absichtserklärung zwischen AOK Rheinland/Hamburg und LVR Dezember 2013:

Das Modell soll den Titel „Bedarfsorientierte Behandlung psychischer Erkrankungen (BBpE)“ erhalten.

Die Ausformulierung des Modells, die konzeptionelle und fachliche Verantwortung für die Modellentwicklung obliegt den Vertragspartnern.

Beide Parteien sind bestrebt, nach Abschluss der Konzeptionsphase andere Krankenkassen an der Umsetzung zu beteiligen.

Gegenstand des Modells ist die Entwicklung und Erprobung eines an fachlich konsentierten Grundsätzen „guter psychiatrischer Behandlungspraxis“ orientierten und steuerungsoptimierten, entgeltwirksamen Abrechnungssystems.

Unter der Bezeichnung „gute psychiatrische Behandlungspraxis“ werden leitlinienbasierte, modular definierte, operationalisierte und sektorenübergreifende Empfehlungen zum Behandlungsprozess verstanden, die im Rahmen eines Konsensprozesses festgelegt werden. Im Rahmen des Modells erfüllen sie u. a. die Funktion eines Leistungsversprechens gegenüber Patienten und Kostenträgern und sollen die sektorenübergreifende Steuerung von Behandlungsprozessen unterstützen.

Zu diesem Zweck sollen abrechnungswirksame Module definiert und schrittweise in eine Entgeltsystematik eingeführt werden.



- Eine durchgängige Orientierung der Behandlung an einen leitlinienbasierten Konsens guter Praxis soll gefördert werden.
- Durch eine optimierte Steuerungswirkung soll Unter-, Über- und Fehlversorgung optimiert entgegengewirkt werden.
- Potentiale zur Verbesserung der Wirksamkeit und Bedarfsgerechtigkeit seelischer Behandlung sollen erschlossen werden.
- Unter Zugrundelegung einer sektorenübergreifenden und verlaufsorientierten Betrachtung wird eine verbesserte Wirtschaftlichkeit der Behandlung seelisch kranker Menschen angestrebt.



Mit dieser Erklärung werden folgende Erwartungen verknüpft:

- Reduzierung der Häufigkeit der stationären Aufenthalte, der stationären Behandlungszeiten, der Wartezeiten auf eine ambulante ärztliche Leistung,
- Erhöhung der Patientenzufriedenheit und der Lebensqualität
- Bedarfsgerechte Allokation von bestehenden Finanzbudgets
- Fehlanreize in der Versorgung sollen aufgedeckt und künftig vermieden werden
- Versorgungsprozesse sollen transparent gestaltet werden



01.02.2016

Folie 7

Inhalt

1. Absichtserklärung zwischen der AOK Rheinland/Hamburg und dem LVR
2. **Konzept „Bedarfsorientierte Behandlung psychischer Erkrankungen“**
3. SWOT-Analyse und Evaluation
4. Finanzierung und Abrechnung modularer Vergütungssysteme sowie Umsetzungsvorschlag im Rheinland
5. Vorteile der „Bedarfsorientierten Behandlung psychischer Erkrankungen“

Das psychiatrisch-psychosomatische Versorgungssystem: Kritik und Notwendigkeit von Reformen

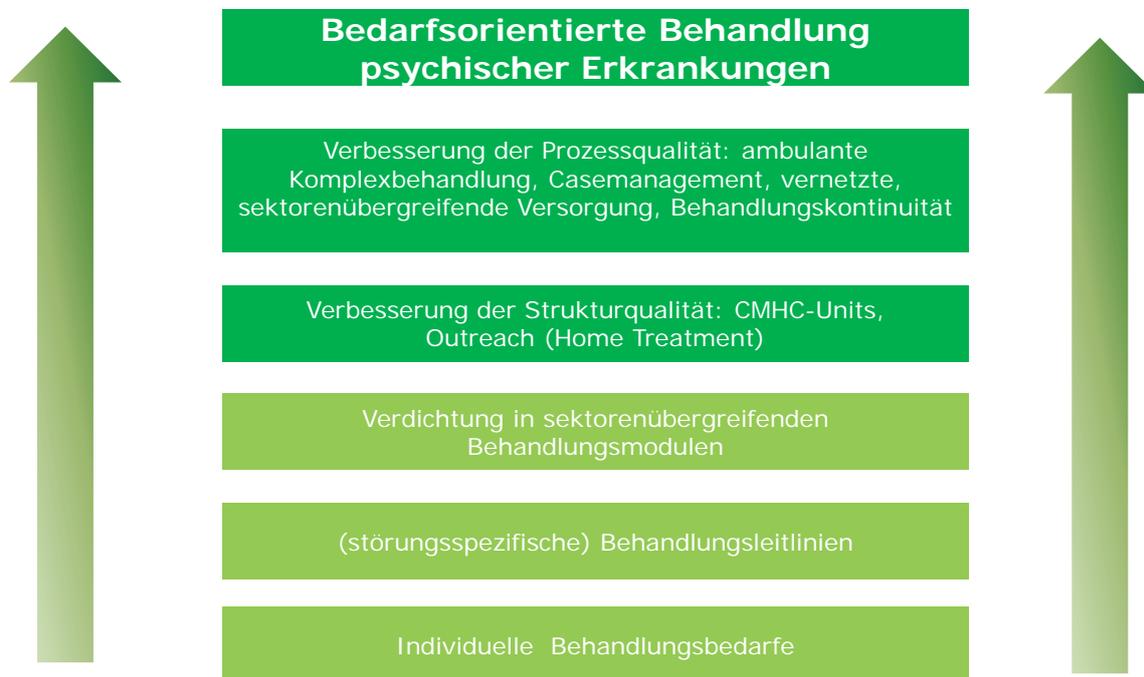
1. **Intransparenz** der Leistungserbringung und der Leistungsqualität
2. **Schnittstellenprobleme** zwischen Versorgungssektoren
3. **Bisheriges Entgeltsystem** nicht leistungsorientiert
4. **Internationale Ansprüche**: WHO European Mental Health Action Program, EU Joint Action Mental Health and Well-Being (WP5), UN-BRK

Teilweise seit Jahren vorgetragene Forderungen, nun begonnene praktische Umsetzung im Rahmen eines umfassenden neuen Versorgungsmodells

Konzept für ein neues Versorgungsmodell

- „**Personen-orientierte**“ Versorgung durch Versorgungsauslösung und –erbringung auf Basis objektiver „Bedarfe“ und subjektiver „Bedürfnisse“ der Betroffenen
- „**Qualitätsverbesserung**“ durch Einführung evidenzbasierter Behandlungsmodule
- „**Sektorenübergreifende Versorgung**“ durch zentrale Fallsteuerung
- „**Community-based and socially inclusive mental health care**“ durch „Quartiernähe“ mit niedrigschwelligem Versorgungsangebot in einem Community Mental Health Center bzw. mit indikationsgesteuert zeitnaher Vermittlung an Versorgungsangebote eines gestuften und verbindlich vernetzten Versorgungssystems
- „**Leistungsbezogenes Entgelt**“ durch Einführung einer Alternative zu PEPP

Die Grundidee: Vom individuellen Behandlungsbedarf zur bedarfsorientierten Behandlung



27.01.2016

Folie 13

Bedarfsorientierte Behandlung psychischer Erkrankungen Zielsetzungen:

Optimierung der Qualität der Versorgung psychisch Kranker

- Gesundheit und Lebensqualität der Betroffenen verbessern
- Stationäre Behandlungen zugunsten eines teilstationär-ambulant vernetzten Versorgungsangebots mit kurzen Wartezeiten reduzieren

Dazu sollen drei qualitätsverbessernde Kernelemente eingeführt werden:

- Einrichtung eines „**Community Mental Health Center**“ (CMHC) für die zentrale Übernahme aller Steuerungs- und Koordinationsfunktionen im Rahmen der psychiatrischen Leitungserbringung
- Einführung eines **Fallmanagements** zur bedarfsgerechten Leistungssteuerung, Platzierung und Verkürzung der Wartezeiten
- Einführung eines neuen sektorübergreifenden, störungsspezifischen und Krankheitsstadium-bezogenen, **leitlinienorientierten modularen Diagnostik- und Therapiesystems** als Grundlage der Behandlungsabläufe und als Abrechnungsgrundlage

Umsetzung im Rahmen eines Modellvorhabens nach §64b SGB V

27.01.2016

Folie 14

Community Mental Health Center

Definition:

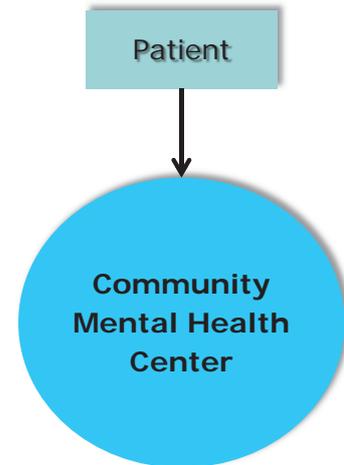
Gemeindenahes, quartierbezogenes Koordinations-, Fallsteuerungs-, Diagnostik- und Behandlungszentrum

Das CMHC erbringt folgende Leistungen:

Hauptfunktion des CMHC ist das **zentrale sektorübergreifende Casemanagement** von Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen im regionalen Versorgungssystem

Darüber hinaus erbringt es folgende Leistungen

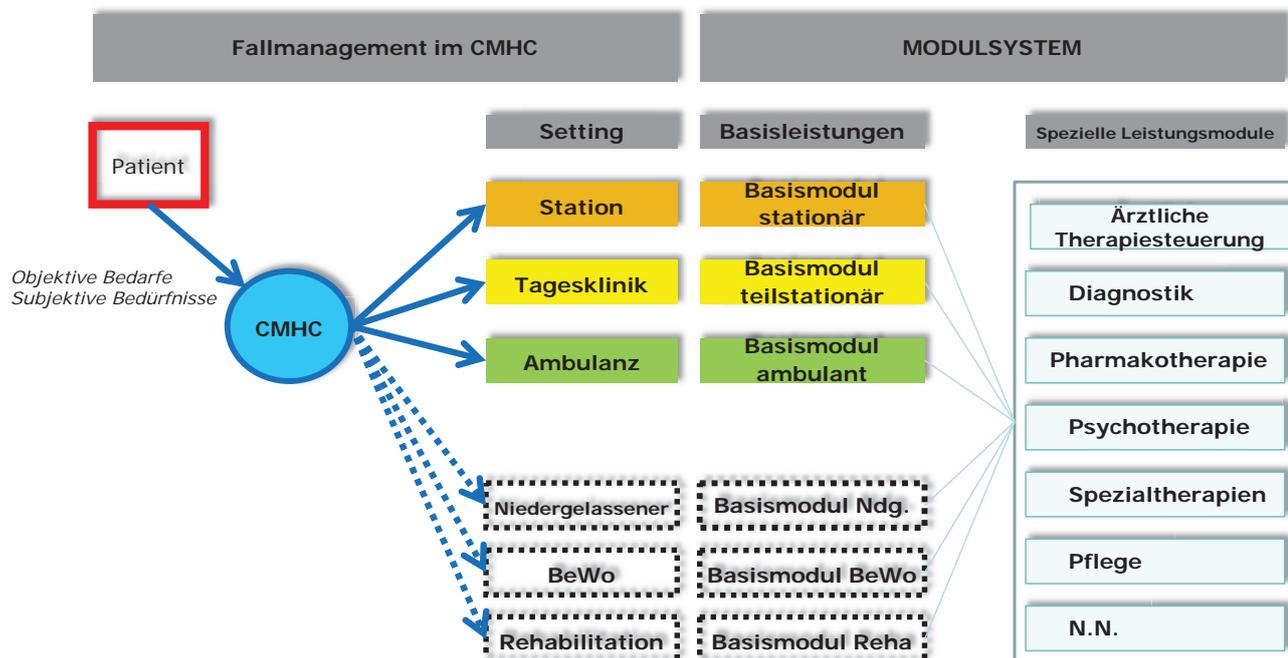
- diagnostische Maßnahmen
- Ambulante/teilstationäre Behandlung
- Maßnahmen der Qualitätssicherung
- regionale Versorgungsforschung
- Bewirtschaftung des Versorgungsbudgets



Das Community Mental Health Center umfasst folgende Ressourcen:

- Behandelnde Ärzte
- Sozialer Dienst
- Casemanager
- Abrechnung / Controlling / IT

Umbau des Versorgungssystems: Fallsteuerung und Modul-Selektion



Modulares Behandlungssystem

Weiteres Kernelement ist die Einführung eines neuen **modularen Diagnostik- und Behandlungssystems** in Form von **bedarfsadaptierten, standardisierten und leitlinienorientierten Behandlungsmodulen**, die einerseits aus Basismodulen bestehen und darüber hinaus bei Bedarf entsprechende Zusatzmodule vorsehen (z.B. zur Krisenintervention). Diese Module werden über die traditionellen Versorgungsbereiche (stationär, teilstationär, ambulant) hinweg eingesetzt.

Ein „Modul“ wird definiert als eine Gruppe von diagnostischen und/oder therapeutischen Maßnahmen, die bei bestimmten Indikationen als Maßnahmenpaket zum Einsatz kommen.

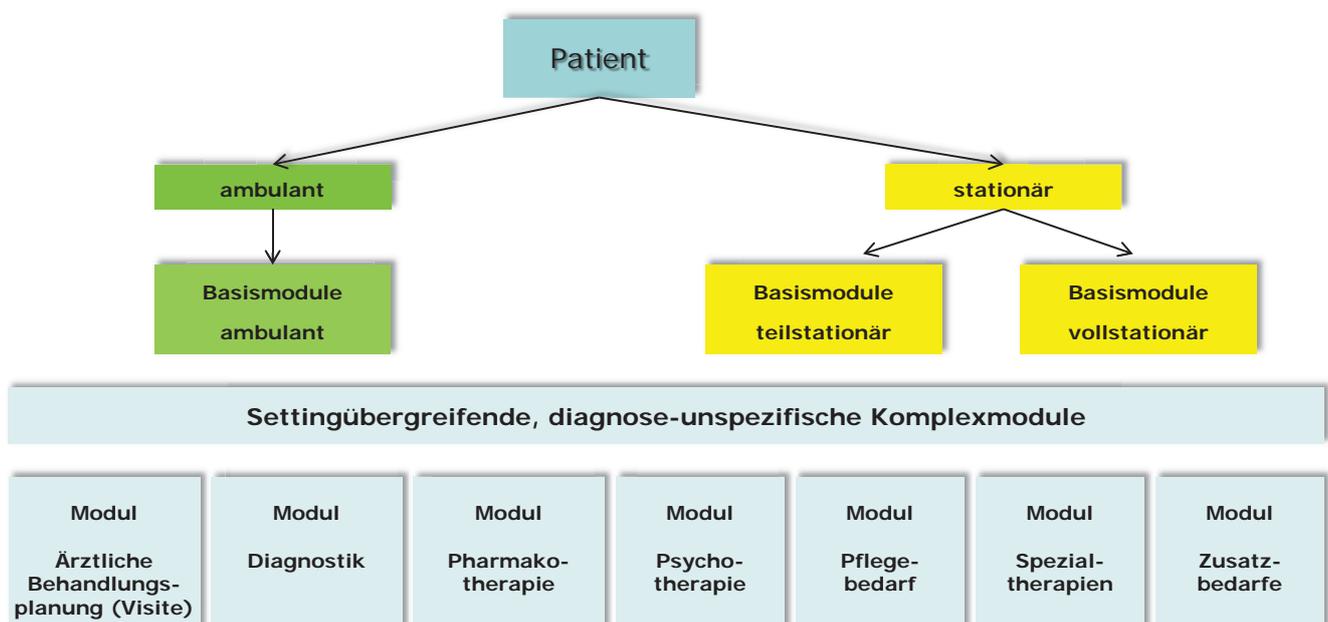
Dabei enthält ein Modul:

- Angaben zum Indikationsbereich sowie zu Kontraindikationen
- Diagnostische und therapeutische Handlungsanweisungen
- Optional darüberhinausgehende diagnostische und therapeutische Maßnahmen

01.02.2016

Folie 17

Sektorübergreifende Versorgung über Behandlungsmodule



z.B. Home Treatment
Suizidalität
Schwangerschaft

01.02.2016

Folie 18

Beispiel: Modul „Ärztliche Behandlungssteuerung (Visite)“

Modul Ärztliche Behandlungssteuerung (Visite)			
		Aktuelle elektronische Dokumentation	Kostenaufwand
Indikation, Bedarf	➤ Vorliegen einer F-Diagnose, Hinweise für Psychopathologie	➤ Diagnose (KIS) ➤ Psychopathologischer Befund (KIS)	
Kontraindikation	➤ Fundierter Ausschluß einer F-Diagnose oder F-Verdachtsdiagnose		
Ziel	➤ Aktuelle psychiatrische Bedarfserfassung* ➤ Überprüfung der Wirksamkeit bisher durchgeführter Maßnahmen ➤ Senkung der Symptomlast	➤ Therapieplan (KIS) ➤ Verlaufsdokumentation (KIS) ➤ Medikamentenmodul (KIS)	
Leistungserbringer	➤ Arzt	➤ Berufsbezogene Dokumentation (KIS)	
Strukturvoraussetzung	➤ Sektorenübergreifend	➤ Ambulant, teilstationär, stationär (KIS)	Strukturkosten hinterlegt im angewendeten Basismodul

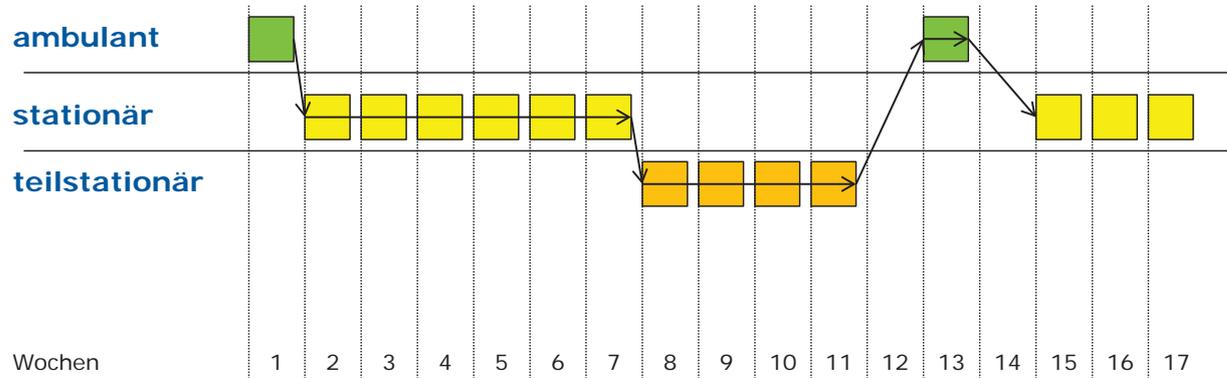
* Wenn Patienten einen definierbaren Bedarf im Kontext einer psychiatrischen Erkrankung aufweisen, fungiert dieser Bedarf als Trigger für die Anwendung eines Leistungsmoduls (z.B. Desorganisation bei „schwerer psychotischer Symptomatik“ triggert die Module „Diagnostik“ und „Psychopharmakotherapie“).

Beispiel: Modul „Ärztliche Behandlungssteuerung (Visite)“

Modul Ärztliche Behandlungssteuerung (Visite)			
		Aktuelle elektronische Dokumentation	Kostenaufwand
Aufgabe	➤ Diagnosespezifische Therapiesteuerung eines Behandlungsfalles nach GCP o. Leitlinien ➤ Psychopathologischer Befund ➤ Skalen-basierte Schweregradeinstufung ➤ Einbeziehung Zusatzdiagnostik ➤ Anpassung des Behandlungsplans ➤ Koordination und Priorisierung multiprofessioneller Leistung ➤ Merkmalsfeststellung für Veranlassung weiterer Module	➤ Therapieplan (KIS), Verlaufsdokumentation (KIS) ➤ Psychopathologischer Befund (KIS) ➤ BDI, AMDP, PANSS etc. (KIS) ➤ Konsile, Bildgebung, EEG, Labor (KIS) ➤ Therapieplan (KIS), Verlaufsdokumentation (KIS) ➤ Dokumentation Spezialtherapeutischer Maßnahmen (KIS)	Aufwand (Zeiteinheiten) oder direkte Kosten
Personalbedarf	➤ Ärztliche Tätigkeit mit unterstützender pflegerischer Leistung	➤ Erfassung der berufsbezogenen Leistungen (zur Zeit OPS im KIS)	Aufsummierung des Personalaufwandes (Zeit) und Häufigkeit
Vergütung	➤ Tagespauschale		
Zusatzaufwand	➤ Laborleistungen ➤ Zusatzdiagnostik	➤ Labordiagnostik (KIS) ➤ EKG, EEG, MRT (KIS)	
Dokumentation	➤ Dokumentationspflicht bezüglich der Ergebnisdokumentation nach Aufgaben	➤ Verlaufsdokumentation (KIS)	

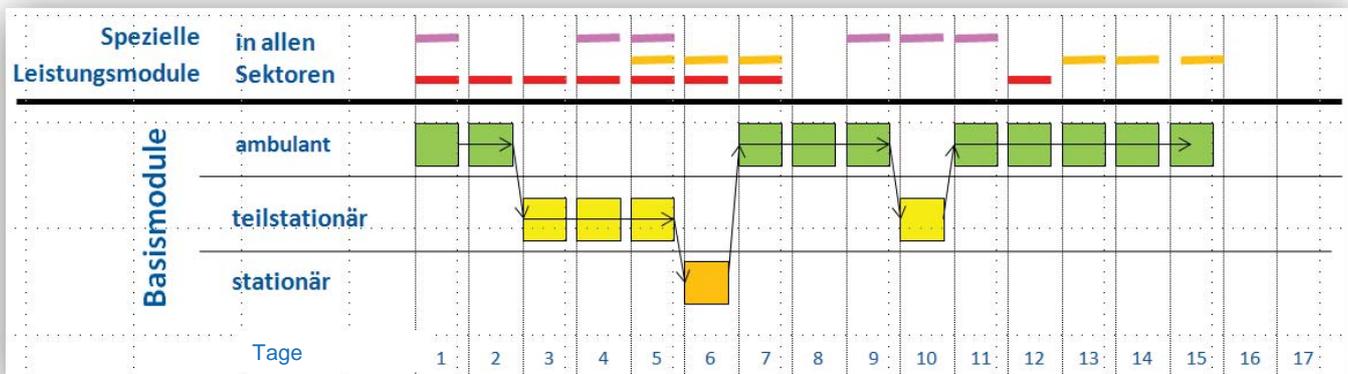
Patientenverläufe

bisheriges System (Pflegesatz oder PEPP)



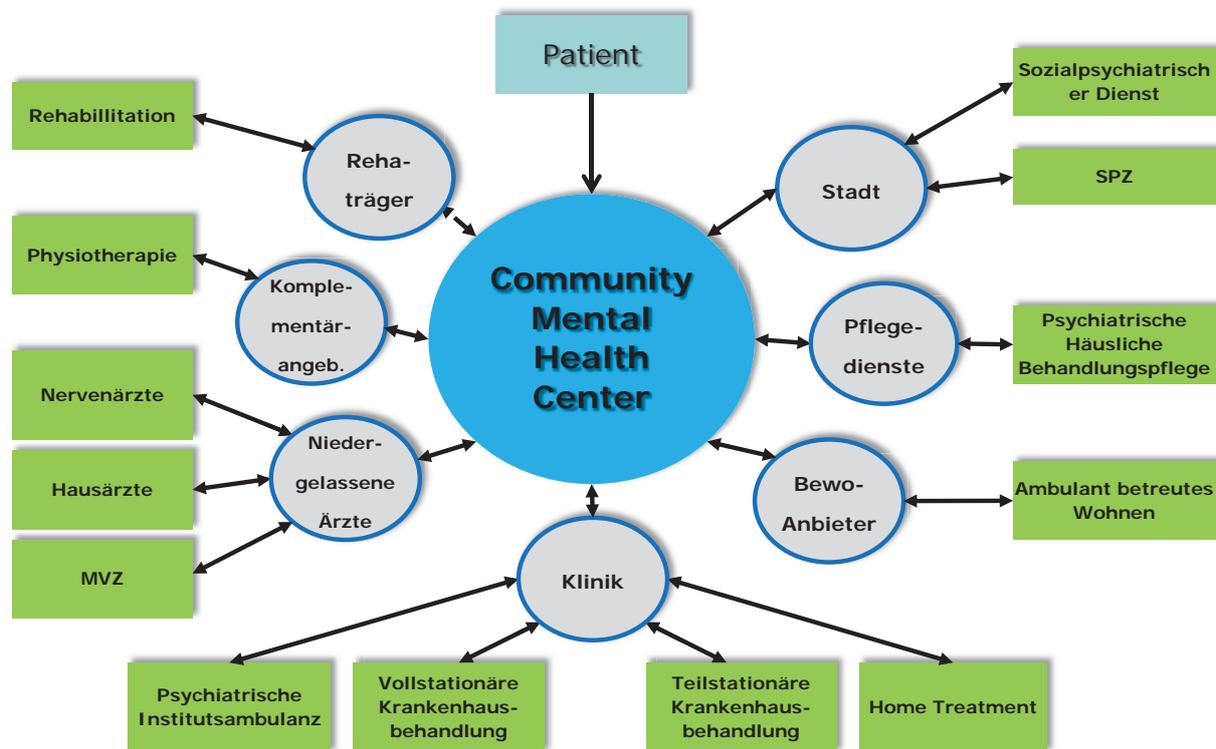
Umbau des Versorgungssystems: Sektorenübergreifende Versorgungspfade

Leistungserbringung im Zeitverlauf



Der Einsatz der speziellen Leistungsmodule ist unabhängig vom Behandlungsetting der Patienten

Versorgungsnetz mit Behandlungssteuerung über ein CMHC



01.02.2016

Folie 24

Inhalt

1. Absichtserklärung zwischen der AOK Rheinland/Hamburg und dem LVR
2. Konzept „Bedarfsorientierte Behandlung psychischer Erkrankungen“
3. **SWOT-Analyse und Evaluation**
4. Finanzierung und Abrechnung modularer Vergütungssysteme sowie Umsetzungsvorschlag im Rheinland
5. Vorteile der „Bedarfsorientierten Behandlung psychischer Erkrankungen“

SWOT-Analyse

Stärken

Verbesserung der Versorgungsqualität, u.a. durch Behandlerkontinuität, Leitlinienimplementierung und Vermeidung stationärer Aufenthalte (Wegfall der Schnittstellenproblematik)

Schwächen

Hoher Entwicklungsaufwand durch Transformation der Behandlungsleitlinien in Module

Zusätzlicher Aufwand durch zentrale Koordination des Versorgungsablaufs und der Behandlung

Chancen

Erprobung eines zum PEPP-System alternativen Abrechnungsmodells in Form eines ambulante und stationäre Leistungen übergreifenden Versorgungsmodells

Implementierung und Evaluation neuer Versorgungsmodelle

Risiken

Akzeptanz durch Patienten und Behandler unsicher

Zentrale Funktion des Casemanagement

Finanzentwicklung für Beteiligte

01.02.2016

Folie 26

Domänen der Projektevaluation

Themenbereich	Datenquelle
Häufigkeit und Dauer stationärer Behandlungen	„Routinedaten“: • Stationäre und/oder ambulante Abrechnungsdaten • §21-Daten
Art und Umfang der ambulanten Leistungserbringung	
Wiederaufnahmeraten	
Vermeidung von Kontaktabbrüchen schwer psychisch Kranker, Behandlungskontinuität	
Art und Dauer psychischer und somatischer Erkrankungen	
Arbeitsunfähigkeit	
Gesamtbehandlungskosten	
Mitarbeiterzufriedenheit	Mitarbeiterbefragungen
Patientenzufriedenheit	Patientenbefragungen
Symptome psychischer Erkrankungen	Zusätzliche Erhebungen notwendig (z.B. Symptom-Scores, Fragebögen etc.)
Psychosoziales Funktionsniveau, Recovery	
Lebensqualität der Patienten	
Leitlinienadhärenz der diagnostischen und therapeutischen Prozesse, Behandlungs-Adhärenz der Betroffenen	
Kosten-Effektivitäts-Analyse	
Vernetzungsgrad/Versorgungssteuerung	
Evaluation des Qualitätsmanagementsystems	

01.02.2016

Folie 27

Inhalt

1. Absichtserklärung zwischen der AOK Rheinland/Hamburg und dem LVR
2. Konzept „Bedarfsorientierte Behandlung psychischer Erkrankungen“
3. SWOT-Analyse und Evaluation
4. **Finanzierung und Abrechnung modularer Vergütungssysteme sowie Umsetzungsvorschlag im Rheinland**
5. Vorteile der „Bedarfsorientierten Behandlung psychischer Erkrankungen“

Umsetzungsvorschlag

Schritt 1:

Zusammenfassung der stationären und ambulanten Budgets des Krankenhauses zu einem Versorgungsbudget

Aufbau eines CMHC an einem zentralen Ort in Düsseldorf

Schritt 2:

Etablierung von leitlinienorientierten Modulen als Abrechnungseinheiten

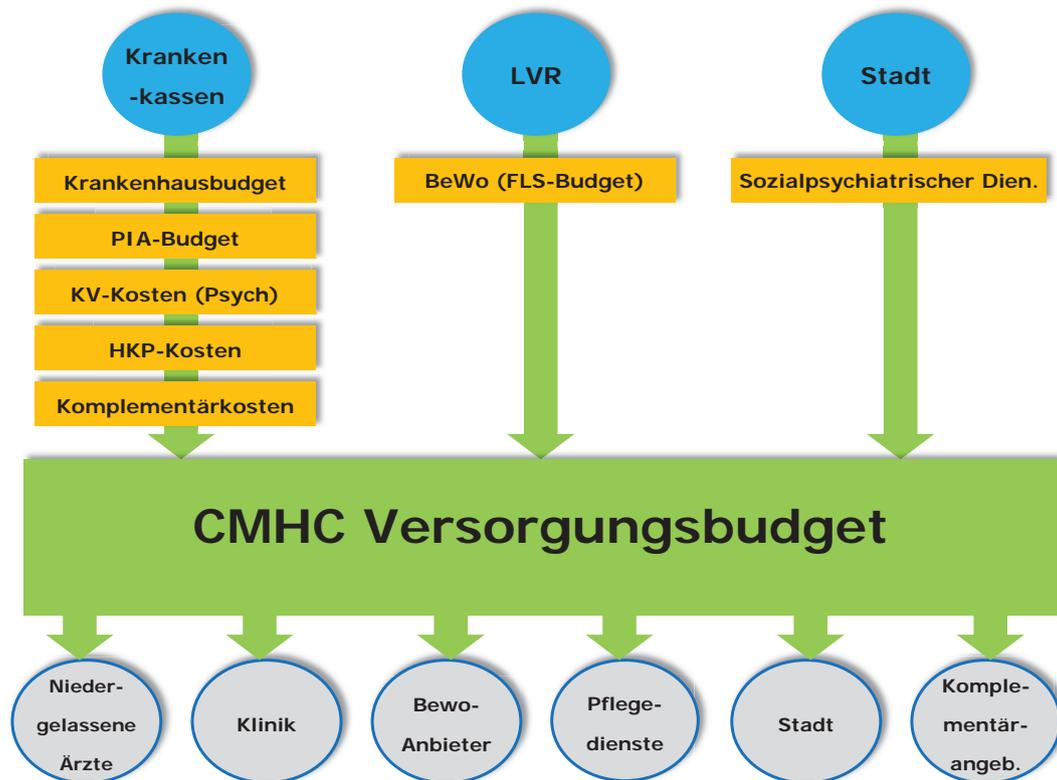
Schritt 3:

Erweiterung um Sozialpsychiatrische Leistungen der Stadt Düsseldorf

Zukunft:

Einbezug von Leistungen der Eingliederungshilfe und des niedergelassen Bereichs nach Evaluation

Versorgungsbudget



01.02.2016

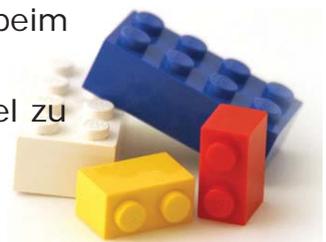
Folie 31

Die Grundidee des Modulgedankens

- Entwicklung von „leistungsorientierten Modulen“ im Baukastensystem („Lego-Prinzip“) gemeinsam mit Kostenträgern

Ablauf:

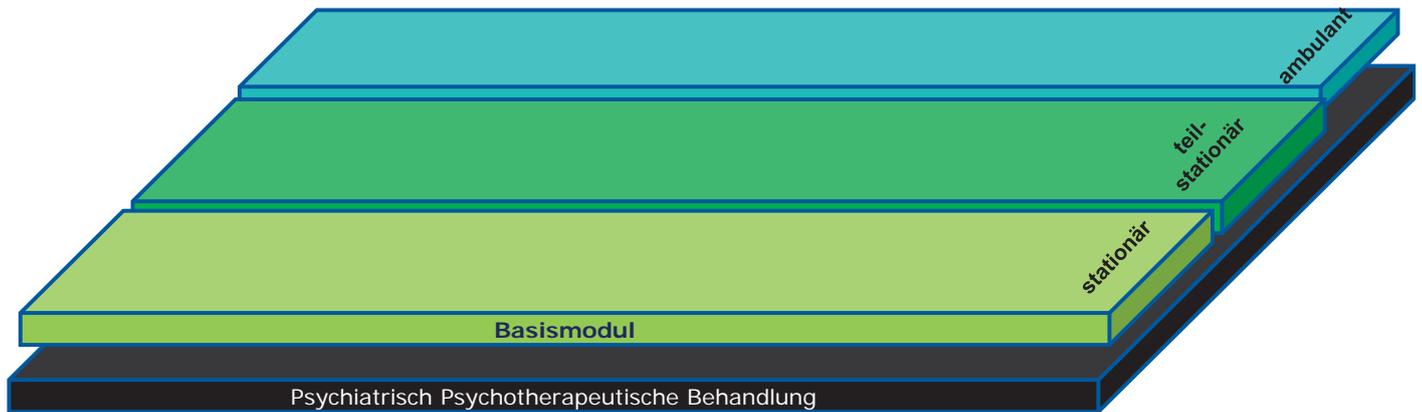
- Der ärztliche Dienst steuert den Behandlungsverlauf über die Befunderhebung und Erstellung des patientenindividuellen Behandlungsplans
- Dafür stehen ihm definierte Behandlungsmodule zur Verfügung
- Auf Basis des individuellen Bedarfs stellen ärztliche Therapeuten die passenden Indikationen und stoßen damit die Anwendung von Behandlungsmodulen an.
- Bei Änderungen in der Indikation werden Leistungsmodule beendet bzw. durch andere Behandlungsmodule abgelöst, etwa beim Übergang von der Akutphase in die Postakutphase.
- Es ist möglich, verschiedene Behandlungsmodule parallel zu verwenden.



01.02.2016

Folie 32

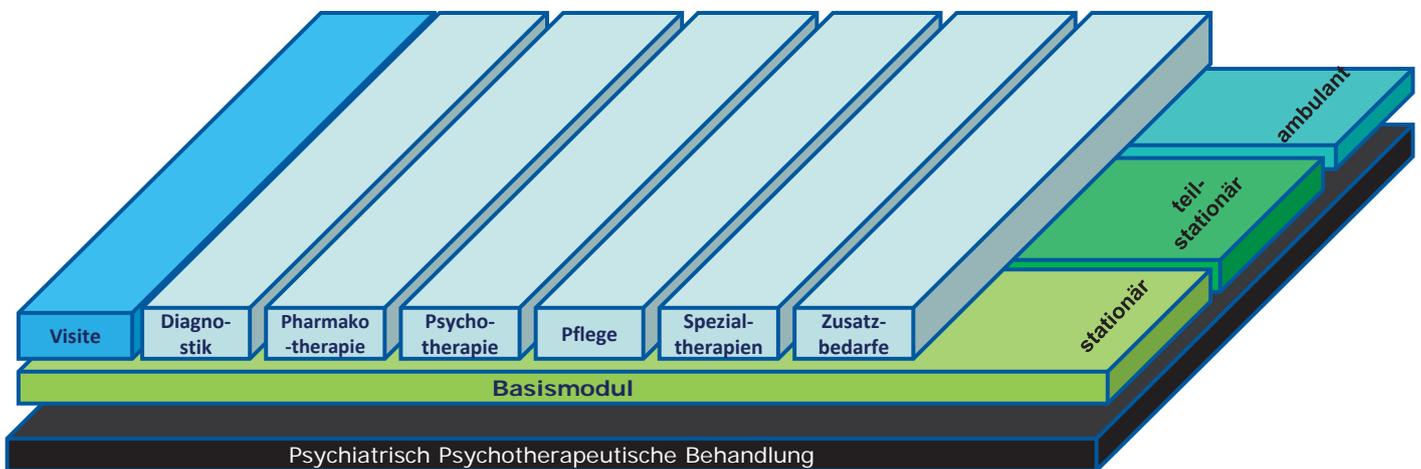
Modulares Entgeltsystem: Basismodule



01.02.2016

Folie 33

Modulares Entgeltsystem: Grundmodell



01.02.2016

Folie 34

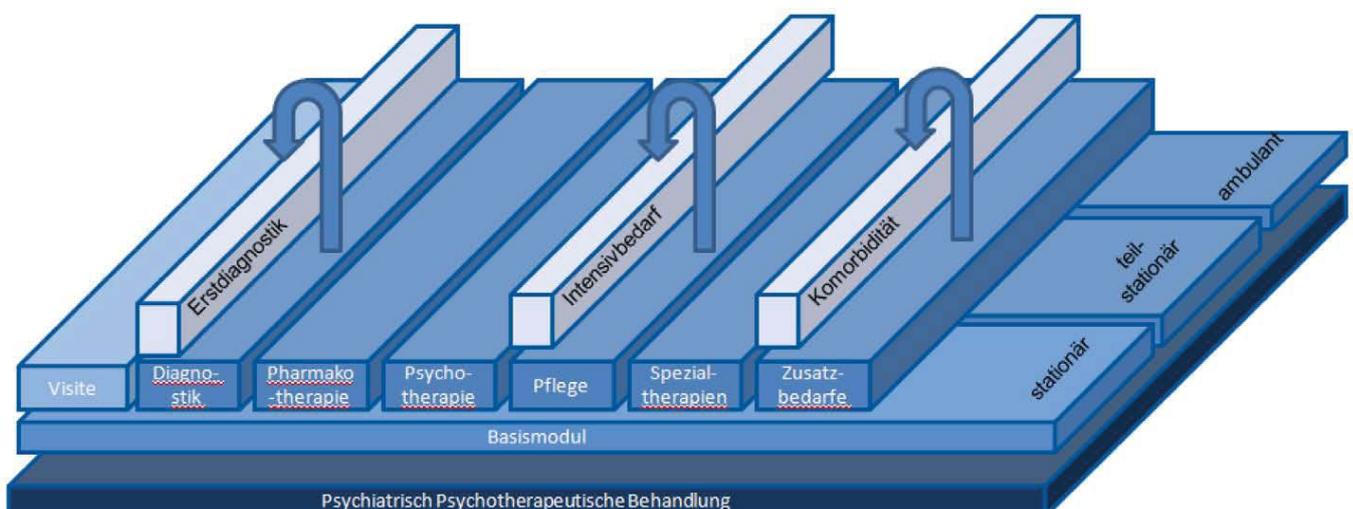
Abrechnung

Basismodule:

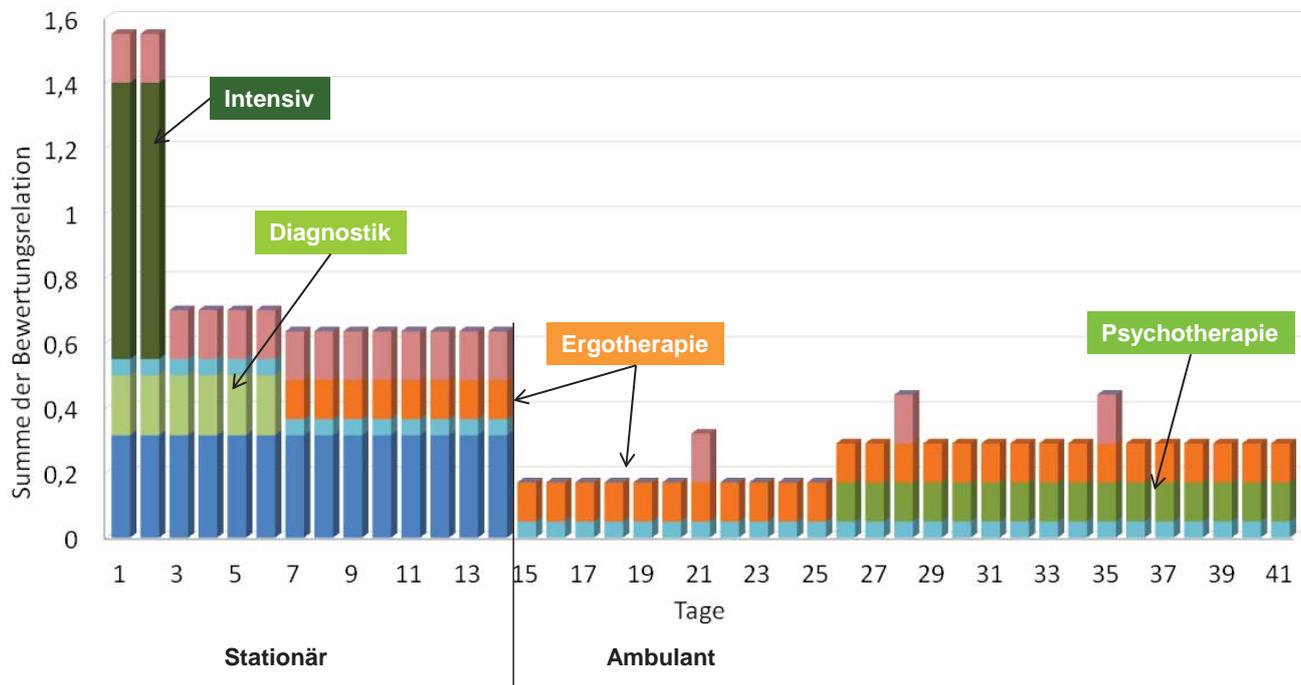
Das Basismodul entspricht einem erweiterten täglich abzurechnenden Basispflegesatz der settingabhängig kalkuliert wird. Mit diesem sind die „Grundkosten“ wie Verpflegung, Stationskosten, Verwaltung und medizinische und nicht-medizinische Infrastruktur abgedeckt.

Behandlungsmodule:

Die Behandlungsmodule sind störungsspezifisch und leitlinienorientiert definiert. Die Abrechnung erfolgt nach „Verordnung“ mittels eines täglichen Zuschlags bei tatsächlicher Leistungserbringung einer Leistung. Mit diesem Betrag sind die patientenbezogenen Leistungen für Diagnostik, Behandlung, Therapie und Pflege der entsprechenden Berufsgruppen abgedeckt.



Der Kostenverlauf entspricht dem Behandlungsverlauf und ist individuell je nach Bedarf des Patienten (im Gegensatz zu PEPP)



01.02.2016

Folie 37

Die Vorteile der Modulfinanzierung

- Jedes Behandlungsmodul besteht aus einem definierten Maßnahmenbündel
- Die im Behandlungsmodul enthaltenen Maßnahmen leiten sich aus wissenschaftlichen Evidenzen, Leitlinien oder Konsensverfahren ab. Sie haben teils obligatorischen, teils empfehlenden Charakter
- Jede Maßnahme wird näher definiert durch Angaben zum jeweiligen Leistungserbringer, Leistungsinhalt und Leistungsumfang
- Durch die Angabe von Indikationen und Ausschlusskriterien ist für jedes Modul klar geregelt, in welchen Fällen es zur Anwendung kommen kann.
- Der „Modul-Baukasten“ ist erweiterbar.
Voraussetzung: Eindeutige Beschreibung der „Leistung“



01.02.2016

Folie 38

Inhalt

1. Absichtserklärung zwischen der AOK Rheinland/Hamburg und dem LVR
2. Konzept „Bedarfsorientierte Behandlung psychischer Erkrankungen“
3. SWOT-Analyse und Evaluation
4. Finanzierung und Abrechnung modularer Vergütungssysteme sowie Umsetzungsvorschlag im Rheinland
5. **Vorteile der „Bedarfsorientierten Behandlung psychischer Erkrankungen“**

Durch die Einführung eines zentralen CMHC und der Vernetzung der Leistungserbringer ergibt sich somit eine echte integrierte Versorgung mit folgenden Vorteilen:

- Optimierung der Behandlung durch Transparenz der Versorgungsangebote und Verläufe
- Evidenz-basierte Behandlung durch leitlinienorientierte Behandlungsmodule
- Bedarfsorientierte und effiziente Allokation der Ressourcen
- Sicherstellung einer Behandlungskontinuität über die Sektorengrenzen
- Vermeidung von stationären Aufenthalten
- Etablierung einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung
- Nutzung von Synergien durch das Zusammenwirken aller Leistungserbringer
- Lösung des aus Finanzierungsgründen zwingenden Zusammenhangs von Behandlung und Station/Tagesklinik

**Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit!**

Referentinnen und Referenten

Günter van Aalst

Leiter der Techniker Krankenkasse Landesvertretung NRW

Michael van Brederode

Vorstandsvorsitzender LVR-Klinik Düren

Prof. Dr. Arno Deister

*Zentrum für Psychosoziale Medizin – Klinikum Itzehoe
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und
Nervenheilkunde (DGPPN), Berlin*

Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel

Ärztlicher Direktor LVR-Klinikum Düsseldorf

Matthias Mohrmann

Mitglied des Vorstandes AOK Rheinland/Hamburg

Urban Roths

DKG

*stellvertretender Geschäftsführer Dezernat II / Krankenhausfinanzierung und
Krankenhausplanung*

Reinhard Schaffert

InEK GmbH

*Bereichsleiter Entwicklung Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosoma-
tik/Extremkosten*

Stefan Thewes

*LVR-Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen,
LVR-Fachbereich Wirtschaftliche Steuerung,
Fachbereichsleiter*

Martina Wenzel-Jankowski

*LVR-Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen,
LVR-Dezernentin*

Teil III: Anhang

- Anschreiben zum Eckpunktepapier
- Eckpunkte zur Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems
- Presseartikel zur LVR-Fachtagung

LVR · Landesrätin 8 · 50663 Köln

Datum und Zeichen bitte stets angeben

An die
Mitglieder und stellvertretenden Mitglieder
des Gesundheitsausschusses und
der Krankenhausausschüsse 1 – 4

22.02.2016

über 06

Herr Thewes
Tel 0221 809-6631
Fax 0221 809-3951
stefan.thewes@lvr.de

Neues Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik Eckpunkte zur Veränderung des Entgeltsystems

Sehr geehrte Damen und Herren,

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe und die Gesundheitspolitiker von CDU/CSU und SPD haben sich am 18.02.2016 im Rahmen einer Dialogsitzung mit Vertreterinnen und Vertretern der Fachverbände der Psychiatrie und Psychosomatik sowie der Selbstverwaltung auf gemeinsame Eckpunkte zur Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems geeinigt. Sie sollen noch im laufenden Jahr gesetzlich umgesetzt werden.

Die konsentierten Eckpunkte konzentrieren sich auf folgende Veränderungen:

- Das neue System beschreibt ein Budgetsystem, welches empirisch und normativ orientiert sein wird
- Strukturelle und regionale Besonderheiten von Kliniken werden berücksichtigt
- Abschaffung der landeseinheitlichen Pflegesätze und damit Wegfall der Konvergenzphase ab 2019
- Neues leistungsorientiertes Entgeltsystem, dass weiterhin auf bundeseinheitlich und empirisch ermittelten Kostendaten aufbaut
- Angleichung der Budgets auf Basis eines einheitlichen Krankenhausvergleiches
- Mindestvorgaben für die Personalausstattung werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss bis 2020 erarbeitet und werden verpflichtend
- Die Bürokratie des gegenwärtigen Entgeltsystems wird deutlich abgebaut



Wir freuen uns über Ihre Hinweise zur Verbesserung unserer Arbeit. Sie erreichen uns unter der Telefonnummer 0221 809-2255 oder senden Sie uns eine E-Mail an Anregungen@lvr.de

- Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung durch Weiterentwicklung der Psychiatrischen Institutsambulanzen und Schaffung von Möglichkeiten für die aufsuchende Behandlung (Home Treatment)

Der LVR-Klinikverbund begrüßt die Entscheidung der Koalitionspartner, von dem pauschalierend-konvergierenden Durchschnittspreissystem auf Landesebene abzurücken, wie es die bisherige PEPP-Systematik vorgesehen hat. Die Stärkung der Krankenhäuser, die ihre regional unterschiedlichen Aufgaben und Leistungen in der Versorgungslandschaft individuell in einem Budgetsystem abbilden können, ist eine Grundvoraussetzung für ein tatsächlich leistungsorientiertes Vergütungssystem.

Verbindliche Vorgaben zur qualitativen und quantitativen Personalausstattung sollen durch den GB-A bis 2020 erarbeitet werden, die sich aus den vorhandenen und weiteren zu entwickelnden S-3 Leitlinien ableiten sollen. Ansonsten gilt zunächst die 100%-Psych-PV Erfüllung als Maßstab.

Durch die neuen Möglichkeiten der aufsuchenden Betreuung (Home Treatment) wird die psychiatrisch-medizinische Akut-Behandlung von komplex zu versorgenden Patienten nicht nur in Betten, die innerhalb von Krankenhausmauern stehen, möglich.

Die neuen Regelungen sollen bereits ab dem 01.01.2017 gelten. Dafür wird es noch im Jahr 2016 ein Gesetzgebungsverfahren zur Änderung der Bundespflegesatzverordnung und dem Sozialgesetzbuch V geben.

Allgemein wird davon ausgegangen, dass das PEPP-System in der gegenwärtigen Form damit nicht mehr haltbar ist. Mit den Eckpunkten zur Veränderung des Systems greift die Regierungskoalition die wesentlichen Forderungen der Fach- und Berufsverbände und des LVR-Klinikverbundes auf.

Eine ausführliche Information und Bewertung durch den LVR-Klinikverbund erfolgt im nächsten Gesundheitsausschuss und den nächsten Krankenhausausschüssen im April.

Mit freundlichen Grüßen
In Vertretung



Martina Wenzel-Jankowski
LVR-Dezernentin

Anlage

Eckpunkte zur Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems

vorgelegt von: *Herrn Bundesminister Hermann Gröhe (MdB), Stellvertretender Vorsitzender der Fraktion der CDU/CSU im Deutschen Bundestag Herrn Dr. Georg Nüßlein (MdB), Stellvertretender Vorsitzender der Fraktion der SPD im Deutschen Bundestag Herrn Dr. Prof. Karl Lauterbach, (MdB), Gesundheitspolitische Sprecherin der Fraktion der CDU/CSU im Deutschen Bundestag Frau Maria Michalk (MdB) und Gesundheitspolitische Sprecherin der Fraktion der SPD im Deutschen Bundestag Frau Hilde Mattheis (MdB)*

I. Herausforderung und Handlungsbedarf

Der Koalitionsvertrag sieht für den Bereich Psychiatrie und Psychosomatik vor, an dem Grundsatz von Leistungsorientierung und mehr Transparenz festzuhalten und zugleich notwendige systematische Veränderungen zu prüfen. Zugleich wird eine Förderung der sektorenübergreifenden Behandlung angestrebt. Die geschäftsführenden Vorstände der Koalitionsfraktionen haben am 29. April 2014 eine grundsätzliche Prüfung des Entgeltsystems durch das Bundesministerium für Gesundheit beschlossen. Bei der Prüfung wurden Stellungnahmen, die im Zusammenhang mit dem strukturierten Dialog von psychiatrischen und psychosomatischen Verbänden und weiteren Akteuren vorgelegt wurden, berücksichtigt.

Für eine Neuausrichtung des Psych-Entgeltsystems werden die Verhandlungspartner vor Ort gestärkt, indem sie unter Berücksichtigung regionaler Bedingungen und hausindividueller Besonderheiten bedarfs- und leistungsgerechte Budgets vereinbaren. An der Leistungsorientierung der Vergütung und der empirischen Kalkulation wird festgehalten.

II.1 Ausgestaltung als Budgetsystem

Das neue Entgeltsystem wird als Budgetsystem für stationäre und teilstationäre Leistungen ausgestaltet. Auf der Grundlage des bundesweiten und empirisch kalkulierten Entgeltkatalogs wird das Budget der einzelnen Einrichtung unter Berücksichtigung von leistungsbezogenen strukturellen Besonderheiten (z.B. regionale Versorgungsverpflichtung) vereinbart. Von den Vertragspartnern vor Ort festgestellte Notwendigkeiten zur Erhöhung oder Senkung des Budgets werden krankenhausesindividuell durch ggf. mehrjährige Anpassungsvereinbarungen berücksichtigt. Die bislang vorgesehene **Konvergenz zu landeseinheitlichen Preisen entfällt**. Anstelle der schematischen Konvergenz zu landeseinheitlichen Preisen wird die Verhandlungsebene vor Ort gestärkt.

II.2 Kalkulation bundeseinheitlicher Bewertungsrelationen auf Grundlage empirischer Daten

Die **auf empirischen Daten gestützte Kalkulation** bundeseinheitlicher Bewertungsrelationen erfolgt unter Verwendung der Kostendaten von **Kalkulationshäusern**, die zukünftig eine repräsentative Kalkulationsgrundlage bilden. Zusätzlich wird zukünftig vorgegeben, dass die Erfüllung von Qualitätsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), insbesondere von verbindlichen, auf Leitlinien gestützten Mindestvorgaben zur Personalausstattung, Voraussetzung für die Teil-

nahme an der Kalkulation ist; die Mindestanforderungen sollen zunächst bei den Indikationen definiert werden, für die es bereits jetzt evidenzbasierte S3-Leitlinien gibt. Die Kalkulation der Bewertungsrelationen erfolgt damit perspektivisch auf der Grundlage einer guten Versorgungsqualität. In der Übergangsphase soll für die Kalkulationshäuser eine 100%ige Umsetzung der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) vorgegeben werden.

II.3 Verbesserte Personalausstattung

Als Instrument, um eine flächendeckend ausreichende Personalausstattung zu erreichen, wird der G-BA beauftragt, **verbindliche Mindestvorgaben für die personelle Ausstattung** der stationären Einrichtungen festzulegen. Bei der Festlegung hat der G-BA die Anforderung der Psych-PV zur Orientierung heranzuziehen. Soweit die Personalvorgaben nicht auf Basis hoher Evidenzgrade und Leitlinien abschließend abzuleiten sind, kann der G-BA bei der Erarbeitung der Mindestvorgaben auch externe Expertise einbeziehen. Die verbindlichen Mindestvorgaben zur Personalausstattung sind bis zum 1. Januar 2020 vorzulegen.

II.4 Krankenhausvergleich als Transparenzinstrument

Die Verhandlungen setzen auf den bestehenden Budgets auf. Zur Unterstützung der Vertragsparteien für die Bemessung leistungsorientierter Budgets ist zur Anwendung nach dem Ende der budgetneutralen Phase als Orientierungsmaßstab **von den Vertragsparteien auf Bundesebene vorher ein Krankenhausvergleich zu entwickeln**. Der Vergleich soll die Vertragspartner vor Ort unterstützen, ein den vereinbarten Leistungen angemessenes Budget zu verhandeln. Zudem soll transparent werden, inwieweit Unterschiede in der Höhe der Entgelte auf Leistungsunterschiede, strukturelle Besonderheiten oder andere krankenhausespezifische Aspekte zurückzuführen sind.

II.5 Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung durch Einführung einer komplexen psychiatrischen Akut-Behandlung im häuslichen Umfeld (Hometreatment)

Die Versorgungsstrukturen werden weiter entwickelt, indem eine komplexe psychiatrisch-psychotherapeutische Akut-Behandlung im häuslichen Umfeld der Patienten durch spezielle Behandlungsteams für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (Hometreatment) ermöglicht wird. Psychiatrische Krankenhäuser sowie Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen erhalten die Möglichkeit, Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und stationärer Behandlungsbedürftigkeit in akuten Krankheitsphasen in deren häuslichem Umfeld durch mobile multiprofessionelle Behandlungsteams zu versorgen. Da die Betroffenen derzeit nur durch stationäre Aufnahme angemessen versorgt werden können, obwohl eine aufsuchende Behandlung mit einer 24-stündigen klinischen Versorgungsverantwortung an sieben Tagen die Woche ausreichend wäre, wird mit dem neuen Behandlungsangebot die Flexibilität und Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung erhöht. Für die Betroffenen führt dies zu geringeren Einschnitten in ihrem Alltagsleben. Nach den bisherigen Erfahrungen können durch diese „Krankenhausbehandlung ohne Bett“ im häuslichen Umfeld stationäre Aufenthalte vermieden oder verkürzt

werden. Diese Leistungen sind im Rahmen der Krankenhausvergütung zu erstatten. Eine Bereinigung der Gesamtvergütung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung ist damit nicht verbunden. Das System der PIA bleibt unberührt. Das Nähere zur Umsetzung und zur Vergütung der neuen Leistung vereinbaren die Vertragspartner auf Bundesebene (DKG, GKV-SV und PKV) innerhalb einer gesetzlich festzulegenden Frist. Im Nichteinigungsfall entscheidet die Schiedsstelle auf Bundesebene.

III. Einführungsphase des neuen Entgeltsystems

Die Neuausrichtung der gesetzlichen Rahmenbedingungen für das neue Psych-Entgeltsystem erfolgt im Jahr 2016. Es wird angestrebt, das neue Entgeltsystem ab dem Jahr 2017 verbindlich von allen Psych-Einrichtungen unter budgetneutralen Bedingungen anzuwenden.

LVR: Klinikalltag offenbart Fehler des Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Kliniken PEPP

Erste Erfahrungen bestätigen Risiken und Fehlanreize zu Lasten Langzeiterkrankter / Psychiatrische Versorgung von Patientinnen und Patienten in Gefahr / LVR erprobt alternative Versorgungsmodelle

Link zum Beitrag

medinfoweb.de

“Die Schwächen und Risiken wurden schnell und deutlich erkennbar” - erste Praxiserfahrungen mit dem umstrittenen Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Kliniken (PEPP) bestärken die zahlreichen Kritikerinnen und Kritiker. So auch beim **LVR-Klinikverbund**, der als großer deutscher Träger psychiatrischer Kliniken das neue Entgeltsystem in seinen neun Fachkliniken im **Rheinland** eingeführt hat. Auf Einladung des Landschaftverbandes **Rheinland (LVR)** wurden heute die Auswirkungen des neuen Systems vorgestellt und diskutiert. 280 Gäste einer Fachtagung, darunter Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen, Mitglieder des Gesundheitsausschusses und der Krankenhausausschüsse des **LVR**, Vorstände und Beschäftigte der **LVR-Kliniken**, der **LVR-Verbundzentrale** sowie weiterer Kliniken, bewerteten die

Klinikerfahrungen, formulierten ihre Forderungen und stellten alternative Versorgungs- und Vergütungskonzepte vor.

Qualität der psychiatrischen Versorgung in Gefahr

Kernpunkt der Kritik: Das diagnoseorientierte neue Vergütungssystem gefährdet die bisherige Qualität der psychiatrischen Versorgung. Anders als eine Blinddarmpoperation oder ein gebrochener Arm, erfordern psychiatrische Erkrankungen oftmals intensive Therapien über längere Zeiträume. Das neue PEPP-Entgeltsystem belohnt jedoch kurze Verweildauern von Patientinnen und Patienten und setzt damit Fehlanreize zu Lasten eben dieser psychisch schwer kranken Menschen.

“Die psychiatrische Leistungserbringung ist in hohem Maße nicht von der Diagnose bestimmt, sondern sehr individuell auf das aktuelle Befinden und das gesamte Lebens- und Beziehungsgefüge der Patientinnen und Patienten ausgerichtet. Ein leistungsorientiertes Vergütungssystem muss dies berücksichtigen und sich daher

am tatsächlichen Aufwand orientieren”, bekräftigte die Vorsitzende des Gesundheitsausschusses der **Landschaftsversammlung Rheinland**, Margret Schulz, während der Fachtagung.

LVR-Dezernentin fordert bedarfsorientiertes System

“Gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft fordert der **LVR-Klinikverbund** ein bedarfsorientiertes System. Eine Lösung sehen wir darin, dass die starren PEPPs in einzelne Bausteine zerlegt werden. Der ärztliche Dienst hat damit die Möglichkeit, jedem Menschen individuell den Hilfebedarf zukommen zu lassen, den er tatsächlich braucht”, so auch **Martina Wenzel-Jankowski**, die **LVR-Dezernentin** Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen.

Die Kritik an dem vorgesehenen PEPP-System ist so massiv, dass 17 psychiatrische Fachverbände ein alternatives System abgestimmt und dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt haben. “Die Verbesserung ei-

ner qualitätsgesicherten Versorgung steht im Mittelpunkt des Konzeptes“, führte Prof. Deister als ein Autor des Konzeptes auf der Fachtagung aus. Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe hat bereits signalisiert, die Kritik an dem System aufzugreifen und will bereits im Februar mit den Verbänden das Gespräch suchen.

LVR erprobt neue Versorgungsmodelle

Als Alternative zu PEPP hat der **LVR** zusammen mit der AOK Rheinland/Hamburg ein eigenes modulares Entgeltsystem entwickelt. Das Modell “Bedarfsorientierte Behandlung psychisch Erkrankter” ist ein bedarfsorientiertes, budgetfinanziertes und modulares Entgeltsystem.

Gemeinsam mit dem **LVR-Institut** für Versorgungsfor-

schung wird seit 1. Januar 2016 im **LVR-Klinikum** Düsseldorf gemeinsam mit der AOK Rheinland/Hamburg das Modell “Bedarfsorientierte Behandlung psychisch Erkrankter” umgesetzt. Es umfasst neben dem vollstationären und teilstationären auch den ambulanten Bereich. Im Gegensatz zu vielen anderen Modellen wurde im stationären wie im ambulanten Bereich eine durchgängige und einheitliche Vergütung auf Basis von Behandlungsmodulen eingeführt.

“Dadurch müssen Patientinnen und Patienten bei zeitweise intensiveren Behandlungsbedarf nicht mehr zwangsläufig ins Krankenhaus, so dass viele Aufenthalte entbehrlich werden“, so Prof. Dr. Wolfgang Gaebel, Ärztlicher Direktor des **LVR-Klinikums** Düsseldorf.

Ebenfalls zu Jahresbeginn führte die **LVR-Klinik Bonn** gemeinsam mit der Techniker Krankenkasse und der DAK das von der LWL-Klinik Bochum entwickelte System von “Stationsunabhängigen Leistungen” ein. Diese beziehen sich aber allein auf den ambulanten Bereich. Der stationäre Bereich wird weiterhin über PEPP abgerechnet. Der **LVR-Klinikverbund** verspricht sich davon eine Finanzierung seiner Home-Treatment Projekte (Behandlung im gewohnten sozialen Umfeld).

Der **Landschaftsverband Rheinland** versorgt in seinen neun psychiatrischen Fachklinien jährlich rund 60.000 psychisch erkrankte Menschen und ist für die Pflichtversorgung von bis zu 5,4 Millionen Menschen im **Rheinland** zuständig.

Psychiatrie

Psychiatrie: Das Ziehen der Notbremse beim geplanten Systemwechsel der Finanzierung stationärer psychiatrischer Leistungen.

Link zum Beitrag

Politik im Spiegel



Von Stefan Sell

In der Sozialpolitik gibt es leider nicht wirklich oft das Erfolgserlebnis, eine von vielen, die sich auskennen oder das erledigen müssen, als untauglich oder gar gefährlich eingeschätzte Veränderungen vor ihrer Realisierung aufzuhalten und sogar eine Kehrtwende in die andere Richtung hinzubekommen.

Und wenn dann noch in einem Kommentar von einem Lob dem Aufstand der Basis in der Überschrift gesprochen wird, dann kann schon doppelte Freude aufkommen, denn offensichtlich sind hier die unmittelbar Betroffenen aktiv geworden und haben eine als problematisch erkannte Neuausrichtung verhindern können.

Darum geht es: Die Koalition zieht bei der Reform der Vergütung stationärer psychiatrischer Leistungen die Notbremse. Sehr spät, aber immerhin noch rechtzeitig, hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass das geplante Entgeltsystem PEPP in seiner aktuellen Fassung das Personal auf den Stationen ausdünn

und qualitativ hochwertige Behandlung finanziell bestraft.

In den Häusern, die schon danach abrechneten, wuchs die Belastung durch Bürokratie, das Verständnis der Medizinischen Dienste für die besonderen Bedürfnisse der akut psychisch kranken Menschen nahm ab, so Arno Fricke in seinem Artikel über die erfolgreiche Basis, die sich gegen diesen Umbau des Systems gewehrt hat. Und weiter erfahren wir: Nun soll alles ganz anders werden. Die Krankenhäuser sollen künftig aufgrund von Daten aus Kliniken bezahlt werden, die nachweislich leitliniengerecht behandeln und ausreichend Personal beschäftigen. Das hört sich erst einmal gut an.

Um was geht es hier? 2004 wurden die Krankenhäuser in Deutschland umgestellt auf ein neues Finanzierungssystem, das mit sogenannten DRGs basierenden Fallpauschalen arbeitet und den bis dahin geltenden tagesgleichen Pflegesatz abgelöst hat. Dieser Systemwechsel galt für alle Kliniken - mit Ausnahme der Psychiatrie, die davon ausgenommen war (und ist). Aber auch die wollte man in die neue Welt bringen.

Die grundlegende Entschei-

dung, ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten für die voll- und teilstationären allgemeinen Krankenhausleistungen von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen einzuführen, wurde vom Gesetzgeber im Jahr 2009 getroffen. Man konnte sich allerdings nicht auf ein Verfahren einigen und 2013 wurde auf der Grundlage eines Vorschlags des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) der PEPP-Entgeltkatalog sowie die dazugehörigen Abrechnungsbestimmungen vom Bundesgesundheitsministerium ins Leben gerufen.

Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik konnten das neue System ab 2013 auf freiwilliger Basis einführen, aktuell sind das rund 150 der knapp 240 psychiatrischen Fachkliniken, wo PEPP zur Anwendung kommt. Ursprünglich sollte das Hantieren mit dem neuen System ab 2015 verpflichtend sein, dieses Datum wurde aber 2014 um zwei Jahre bis 2017 verlängert.

Geplant war, dass ab 2017 alle Psychiatrien budgetneutral umgestellt werden auf

das neue System und dann ab 2019 eine "Konvergenzphase" beginnt, in der bis 2022 der bisherige Krankenhausindividuelle Wert an den Landesbasisentgeltwert angepasst wird, also ein den allgemeinen Krankenhäusern entsprechendes Verfahren, was die schon durchlaufen haben. Dann hätten wir auch in den stationären psychiatrischen Einrichtungen ein Fallpauschalensystem.

Doch dagegen haben sich viele gewehrt. Psychiater fordern, PEPP zu stoppen, war einer der vielen Artikel aus dem letzten Jahr überschrieben. "Die Kliniken werden gezwungen sein, Personal abzubauen. Denn das PEPP-System basiert auf festen, fallbezogenen Tagespreisen. Doch dies widerspricht der Behandlungsrealität: Der Zustand unserer Patienten kann sich von Tag zu Tag ändern", wird die DGPPN-Präsidentin Iris Hauth in dem Artikel zitiert.

Auch die Gewerkschaften konnten sich nicht für das neue System erwärmen: Niemand will PEPP. Ver.di kritisiert Kostenpauschalen in der psychiatrischen Behandlung, berichtet Claudia Wrobel in ihrem Artikel. Sie weist darauf hin, dass es in der Psychiatrie etwas gibt, wofür in der "normalen" Pflege seit langem gekämpft wird:

Bis jetzt ist die Personalbemessung in der Psychiatrie per Verordnung gesetzlich festgeschrieben (Psych-PV) ... In der Psychiatrie soll es nach dem Willen der Bun-

desregierung allerdings wieder einen Schritt zurück gehen ... So sollen beispielsweise unter PEPP nur diejenigen Leistungen finanziert werden, die codiert und damit abgerechnet werden können. Alles, was nebenher anfällt, soll nicht berücksichtigt werden. Auch die Personalausstattung soll dann nicht mehr direkt, sondern nur noch mittelbar festgestellt werden, beispielsweise über Patientenmerkmale. Dadurch bestehe laut Ver.di die Gefahr, dass deren Bemessung hinter den Psych-PV zurückfalle.

Aber es wurde nicht nur kritisiert, sondern die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde hatte im vergangenen Jahr gemeinsam mit 15 weiteren Fachgesellschaften nach heftiger Kritik an den Plänen des Gesundheitsministeriums eine Alternative zu PEPP vorgelegt: Das Konzept eines budgetbasierten Entgeltsystems für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.

Und nun diese Meldung: Koalition rückt von Tagespauschalen ab:

Die Vergütung stationärer psychiatrischer Leistungen soll sich künftig stärker an den Qualitätsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschuss, an Leitlinien und der Einhaltung von Personalstandards orientieren ... Dadurch ergeben sich tiefgreifende

Änderungen am Konzept eines Pauschalisierten Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) ... Die Koalition rückt nun von den ursprünglich geplanten landesweit geltenden Tagespauschalen ab. Das künftige Vergütungssystem solle stattdessen den tatsächlichen Behandlungsbedarf angemessen abbilden, so wird der Bundesgesundheitsminister Gröhe (CDU) zitiert.

Das solle über Krankenhausindividuelle bedarfs- und leistungsgerechte Budgets erfolgen. Die dafür erforderlichen Bewertungsrelationen sollen auf Grundlage der Kosten in Kalkulationskrankenhäusern berechnet werden. Und mit Blick auf den überaus sensiblen Punkt der Personalanforderungen heißt es jetzt:

Dafür sollen die Kalkulationskrankenhäuser die Psychiatrie-Personalverordnung zu 100 Prozent einhalten müssen. Die Psych-PV solle weiter gelten, bis der GBA neue Personalmindeststandards festgesetzt habe, sagte Gröhe. Das solle bis Januar 2020 der Fall sein.

Und im neuen Ansatz enthalten: Multiple Behandler-teams für daheim.

Die Krankenhäuser sollen die Möglichkeit erhalten, schwerst erkrankte, stationär behandlungsbedürftige Patienten in akuten Krankheitsphasen durch mobile multiprofessionelle Behandler-teams zuhause zu betreuen. So sollen Behandlungsbrüche und Einschnitte in das Alltagsleben der Patienten vermieden

werden. Die "Krankenhausbehandlung ohne Bett" soll aus der Krankenhausvergütung bezahlt werden und nicht zu Lasten der vertragsärztlichen Budgets gehen.

Die festen, diagnosebezogenen Tagesentgelte, auf denen das PEPP-System basiert hätte, sind kein Thema mehr. Angesichts der Erfahrungen, die wir mit den Ökonomisierungseffekten des Fallpauschalensystems im "normalen" Krankenhausbereich haben machen müssen, ist das eine sehr gute Nachricht.

Klinikmanager empfinden die geplante Umorientierung bei der Vergütung stationärer psychiatrischer Leistungen als Segen. Ein Bericht aus der Praxis dazu liefert Ilse Schlingensiepen in ihrem Artikel Ein Praxisbericht. So sieht das beispielsweise Stefan Thewes, Leiter des Fachbereichs Wirtschaftliche Steuerung beim **Landschaftsverband Rheinland (LVR)**. Und der weiß, wovon er redet, denn die neun psychiatrischen Fachkliniken des **LVR**, die zusammen rund 60.000 Patienten pro Jahr versorgen, haben bereits auf

PEPP umgestellt. Und dieses nunmehr wohl verhinderte System hatte es in sich:

Die **LVR-Klinik** in Düren erprobt das System seit Juni 2014. Eine Folge der Umstellung war ein dramatischer Anstieg der Anfragen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) zu den Abrechnungen. Jahrelang waren es rund 40 im Jahr, 2015 stolze 461.

Nicht nur die Zahl der MDK-Anfragen wächst. "Die Bearbeitung ist deutlich komplexer geworden", sagt Michael van Brederode, Kaufmännischer Direktor und Vorstandsvorsitzender. Bei der Abrechnung nach der Bundespflegesatz-Verordnung ging es bei den Prüfungen vor allem um mögliche Fehlbelegungen. Jetzt stellt der MDK auch die Erst- und Nebendiagnosen in Frage oder die Abrechnung von Intensivbehandlungen.

"Das System frisst unglaublich viel Arbeitszeit, gerade die Oberärztinnen und Oberärzte tragen eine hohe Last", berichtet van Brederode. Nach einer Schätzung verschlang die Beantwortung

der 461 Anfragen rund 2300 Arbeitsstunden. "Diese Zeit fehlt in der Versorgung", betont er. Der Aufwand erhöht sich nicht nur durch die Anfragen, sondern auch durch die komplexer gewordene Abrechnung. Während das Pflegekostenbüro dafür in der Vergangenheit dank IT-Unterstützung rund 60 Stunden pro Jahr aufwandte, sind es unter den PEPP-Bedingungen 744 Stunden.

Braucht man noch mehr Zahlen?

Zu welchen Absurditäten solche Systeme führen können, mag man sich an diesem Beispiel verdeutlichen:

Einem Patienten mit Selbstmordabsichten wird eine Sitzwache zugeordnet. Die Fachkraft hält in der Dokumentation fest, dass der gefährdete Patient gut geschlafen hat. In der Abrechnung streicht die Krankenkasse die Eins-zu-Eins-Betreuung mit der Begründung, dass sie ja nicht nötig gewesen sei, wenn der Patient gut geschlafen habe.

Da erübrigt sich jede weitere Kommentierung.

„Es wird eher komplizierter als einfacher“

PEPP ist keine Erfolgsgeschichte / Höherer Abrechnungsaufwand, mehr MDK-Prüfungen

KÖLN – Das Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Kliniken (PEPP) ist zu komplex und starr, um die Behandlung der Patienten abzubilden, sagen Anwender. Auch die ärztlichen Fachgesellschaften lehnen PEPP als untauglich ab.

Auf Einladung des Landschaftsverbands Rheinland (LVR) bewerteten in Köln 280 Vertreter von Krankenkassen und Kliniken die Erfahrungen mit dem neuen System. Nach Angaben der AOK Rheinland/Hamburg haben im Rheinland 74 % aller Kliniken mehr als die Hälfte aller Fälle Ende 2015 nach dem „Pauschalisierten Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik“ (PEPP) abgerechnet, darunter alle neun psychiatrischen Kliniken des LVR, in denen jährlich rund 60 000 Patienten behandelt werden.

Options-, budgetneutrale und Konvergenzphase

Seit 2014 können Kliniken das neue Vergütungssystem probeweise anwenden. Diese „Optionsphase“, die mit einem finanziellen Anreiz wie einer doppelten Veränderungsrate verbunden ist, soll Ende 2016 auslaufen. Dann soll eine „budgetneutrale Phase“ bis Ende 2017 folgen, um ab 2019 in die Konvergenzphase überzugehen.

Das Urteil aus der Praxis fällt vernichtend aus: PEPP sei „überkomplex und fehleranfällig“, berichtet MICHAEL VON BREDERODE, Vor-

standsvorsitzender der LVR-Klinik Düren. In Düren wird PEPP seit fast zwei Jahren erprobt.

Der PEPP-Katalog sei von anfangs 25 auf 37 „PEPPs“ mit Beginn 2016 angewachsen. „Es wird eher komplexer als einfacher“, befürchtet von Brederode. Infolgedessen habe sich der Abrechnungsaufwand mehr als verzehnfacht. Während die Dürener Klinik nach dem alten System 60 Stunden im Jahr für Abrechnung im Pflegekostenbüro aufwenden musste, waren es unter PEPP 764 Stunden, so der Klinikchef.

Versorgung hat sich durch PEPP nicht verbessert

Durch die Komplexität habe sich die Fehleranfälligkeit erhöht und damit auch „der Misstrauensaufwand“. Während der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) in Düren vor der Einführung von PEPP nur 38 Prüfungen pro Jahr durchgeführt habe, seien es jetzt 40 bis 50 Fälle im Monat. Waren vor PEPP vor allem Fehlbelegungsfragen der Prüfanlass, so seien es unter PEPP Fragen der Erst- und Nebendiagnose oder die

Notwendigkeit einer Intensivbehandlung und damit verbundener ergänzender Tagesentgelte.

„Ökonomisch lohnt sich dieser Prüfaufwand nicht“, sagt von Brederode. Er rechnet vor, dass die Klinik Prüfkosten von rund 115 000 Euro hat und der MDK noch mal so viel. Der Prüfungsertrag bringe aber nur 100 000 Euro. Der Aufwand stehe also im Verhältnis von 2:1 zum Ertrag. „Das ist kein gutes Geschäft.“

Wird dem individuellen Bedarf nicht gerecht

Zu vorzeitigen Entlassungen führe PEPP allerdings nicht, meint von Brederode. Der Verdacht wurde geäußert, weil unter PEPP nach einer gewissen diagnoseabhängigen Zeit von differenzierten Tagessätzen eine Depression einsetzt.

„Da ist die Angst vor Freiständen viel zu groß“, sagt der Klinikchef.

Die Kritik am PEPP-System ist so massiv, dass inzwischen 20 psychiatrische Fachverbände ein alternatives System abgestimmt haben (s.u.). „PEPP überwindet in keinsten Weise die fragmentierte Versorgung“, führt Professor Dr. ARNO DEISTER, Präsident Elect der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), aus. Neue Setting übergreifende Ansätze müssten die Basis für Reformüberlegungen sein.

Einzelleistungen bildeten die Gesamtleistung nicht ausreichend ab, moniert Prof. Deister. Vor allem aber kritisiert er den Fall- und Diagnosenbezug bei PEPP. „Damit können die individuellen Patientenbedürfnisse nicht abgebildet werden.“

Auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hält PEPP für wenig tauglich, das psychiatrische Geschehen wirklich abzubilden, bestätigt URBAN ROTHs, bei der Krankenhausgesellschaft zuständig für PEPP. Während das „lernende System der DRGs“ in der somatischen Medizin „ein Erfolgsmodell“ sei, sei die Psychiatrie trotz aller Bemühungen nur schwierig in einem Katalog abzubilden.

Reform des Entgeltsystems bleibt auf der Agenda

Die Krankenkassen sind ebenfalls skeptisch. „Erwartungsgemäß konnte eine Verbesserung der Versorgung durch PEPP nicht erreicht werden“, sagt MATHIAS MOHRMANN, Vorstand der AOK Rheinland/Hamburg.

Dass die neue Vergütungsform eine Zukunft hat, erscheint zweifelhaft. Die SPD-Bundestagsfraktion hat sich bereits von den Fallpauschalen in der Psychiatrie verabschiedet. Das Bundesgesundheitsministerium hat zu einer neuen Gesprächsrunde eingeladen. Das Ziel, die Reform der Entgeltsysteme in der Psychiatrie, wird aufrechterhalten. Mit welchem System ist allerdings die Frage.

Ruth Bahners



Kassen erproben eigene Vergütungsmodelle

Das Ziel: weniger Krankenhausaufenthalte

DÜSSELDORF – Andere Wege als PEPP schlagen die AOK Rheinland/Hamburg und das LVR-Klinikum in Düsseldorf ein. In einem Modellversuch wollen sie ein eigenes sektorübergreifendes Versorgungs- und Entgeltsystem erproben.

Im Januar 2016 ging das Modell „Bedarfsorientierte Behandlung psychisch Erkrankter“ in Düsseldorf an den Start. Stationär wie ambulant wurde eine durchgängige, einheitliche Vergütung auf Basis von Behandlungsmodulen eingeführt. Das Projekts läuft acht Jahre.

Kern ist das koordinierende „Community Mental Health Center“. Dort sind auch Abrechnung, Controlling und IT angesiedelt. Über ein Fallmanagement soll die Behandlung gesteuert werden. Die Aufgaben nehmen Ärzte, sozialer Dienst und Casemanager wahr.

Es kommen leitliniengesteuerte Diagnostik- und Therapiemodule zum Einsatz, erläutert Professor Dr. WOLFGANG GAEBEL, Ärztlicher Direktor des LVR-Klinikums Düs-

seldorf. Es gibt Basis- und Zusatzmodule, z.B. zur Krisenintervention. „Dadurch müssen Patienten bei zeitweise intensiverem Behandlungsbedarf nicht mehr zwangsläufig ins Krankenhaus, sodass viele Klinikaufenthalte entbehrlich werden.“

„Wir kommen mit 15 Modulen und einem festen Gesamtbudget aus“, sagt MATHIAS MOHRMANN. Der AOK-Vorstand betont die sektor- und systemübergreifende Konstruktion. Dazu werden die Klinik, die psychiatrischen Institutsambulanzen, später auch niedergelassene Ärzte oder der kommunale sozialpsychiatrische Dienst einbezogen. Die stationäre Versorgung soll die Ausnahme bleiben.

Nicht ganz so ehrgeizig ist die TK, die zusammen mit der DAK das Modellprojekt „Individuelle Therapie“ am Bonner LVR-Klinikum erprobt. Dazu wurde ein System „stationsunabhängiger Leistungen“ etabliert. Diese beziehen sich aber allein auf die ambulanten Leistungen der Klinik. Der stationäre Bereich wird weiterhin über PEPP abgerechnet. rub

Verbände haben eine PEPP-Alternative

Minister Gröhe soll sich fürs „budgetbasierte Entgeltsystem“ interessieren

BERLIN – „Budget statt Preis“, unter diesem Motto steht ein Vergütungskonzept, das 20 Verbände aus der Psychiatrie und Psychosomatik entwickelt haben und dem Bundesgesundheitsminister als PEPP-Alternative ans Herz legen.

20 Fachgesellschaften und Berufsverbände haben sich auf der Plattform „Budgetbasiertes Entgeltsystem“ zusammengeschlossen. „Wir sind uns endlich mal einig“, meint Prof. Dr. ARNO DEISTER, Präsident Elect der DGPPN und Sprecher der Plattform.

Die Verbände schlagen vor: Basierend auf Qualitätsparametern, Strukturkomponenten und notwendigen Personalressourcen wird ein individuelles Krankenhausbudget verhandelt. Für die Abrechnung gibt es merkmalsbezogene Module, die unterschiedliche Schwerpunkte in der Diagnostik und Behandlung widerspiegeln, z.B. das Modul „Intensivbehandlung“ oder „Basisbehandlung“. Die Zuordnung der Patienten zu den Modulen erfolgt tagesbezogen.

Die Krankenkassen zahlen budgetbezogene Abschlagszahlungen; am Ende gibt es Ausgleich für Mehr- oder Mindererlöse, erläutert



Prof. Dr. Arno Deister
Chefarzt,
Präsident Elect der
DGPPN

Foto: privat

Prof. Deister. Dieses Modell schaffe Transparenz und Überprüfbarkeit der Ergebnisqualität und Strukturen.

20 Modellprojekte in neun Bundesländern

Vor allem aber bereite dieses Entgeltsystem der „fragmentierten Versorgung ein Ende“, so Prof. Deister. Es erlaube eine vom Setting unabhängige Versorgung. Stationäre Krankenhaustage würden reduziert. „Das bringt dem Patienten eine größere soziale Integration.“ Aber nicht durch die Verschiebung der Patienten in den niedergelassenen Bereich, sondern durch eine andere Behandlung am Krankenhaus.

Auf der Basis des § 64b SGBV würden heute schon 20 Modellprojekte in neun Bundesländern als Alternative erprobt, davon zehn mit allen Kassen einer Region. Diese

Modul „Intensivbehandlung“

Eine Intensivbehandlung ist gekennzeichnet durch Patientenmerkmale, die den allgemeinen Betreuungsaufwand bei einer Behandlung wesentlich erhöhen:

- Akute Selbstgefährdung durch Suizidalität oder schwer selbstschädigendes Verhalten
- Akute Fremdgefährdung
- Schwere Antriebsstörung (gesteigert oder reduziert)
- Keine eigenständige Flüssigkeits- bzw. Nahrungsaufnahme
- Akute Selbstgefährdung durch fehlende Orientierung oder Realitätsverkennerung
- Vitalgefährdung durch somatische Komplikationen
- im Aufwand vergleichbare Merkmale

Quelle: Plattform Entgelt

Modellversuche hätten die Tauglichkeit belegt.

Prof. Deister berichtete von seinem Haus in Itzehoe. Dort sei es gelungen, die Verweildauer innerhalb von fünf Jahren von einem Index 100 auf 44 % zu senken. „Das Geld ist im Haus geblieben“, versicherte der Chefarzt. rub

Donnerstag, 14.01.2016

Deutschlandfunk

Deutschlandfunk

Startseite

Hintergrund

An der Honorierung hängt die Qualität

23.11.2015

Psychiatrie vor dem Umbruch

An der Honorierung hängt die Qualität

2013 wurde das Pauschalierende Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Kliniken, kurz PEPP, eingeführt – ein neues Bezahlssystem in der Psychiatrie. Fachgesellschaften und Verbände laufen Sturm gegen die neuen Regeln: Sie fürchten eine Verschlechterung der Patientenbetreuung. Doch sie stehen mit dem Rücken zur Wand – 2017 soll PEPP verbindlich werden.

Von Cornelia Schäfer



Die PEPP-Gegnern wollen Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) einen eigenen Vorschlag zur Finanzierung der stationären Psychiatrie vorlegen. (dpa / picture alliance / Julian Stratenschulte)

"Wir haben jetzt wieder eine ganz ähnliche Situation wie wir sie vor 40 Jahren hatten, als die Psychiatrie-Enquete kam, weil: Wann bekommt man schon mal die Chance, dass jemand sagt: Versucht doch mal, ein Finanzierungssystem zu machen, was auf die Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Erkrankungen ausgerichtet ist. Diese Chance haben wir jetzt, aber die kriegen wir nicht in einigen Jahren wieder. Wir dürfen sie jetzt nicht vertun. Das ist das, was uns sehr bewegt."

Es mutet ein wenig wie Pfeifen im Wald an, wenn Arno Deister eine historische Chance beschwört, wie sie die deutsche Psychiatrie zuletzt seit den 70er-Jahren gemeistert hat. Der Chefarzt des Zentrums für Psychosoziale Medizin am Klinikum Itzehoe ist Sprecher eines breiten Bündnisses von Fachgesellschaften und Verbänden, die versuchen, ein neues Bezahlssystem in der Psychiatrie zu verhindern. Dieses sogenannte Pauschalierende Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Kliniken, kurz PEPP genannt, könnte in den Augen seiner Gegner viele Erfolge der Psychiatriereform zunichtemachen. Zeit für Zuwendung und Gespräche gäbe es dann wohl nicht mehr, fürchten sie.

MEHR ZUM THEMA

Psychiatrie [psychiatrie-arbeit-tut-auch-der-kranken-seele-gut.709.de.html?dram:article_id=331194] Arbeit tut auch der kranken Seele gut

Patientenradio

"Peilsender" [http://www.deutschlandradiokult-peilsender-live-aus-der-psychiatrie.1001.de.html?dram:article_id=323373] Live aus der Psychiatrie

Forensische Psychiatrie

[http://www.deutschlandradiokultur.de/psychi-nie-mehr-taeter-werden.976.de.html?dram:article_id=322385] Nie mehr Täter werden

Psychiatrie

[http://www.deutschlandradiokultur.de/psychi-kranksein-ist-nicht-mehr-normal.1005.de.html?dram:article_id=283078] Kranksein ist nicht mehr normal

Aber die Mahner stehen mit dem Rücken zur Wand. Denn PEPP ist bereits auf dem Weg. Es wird seit 2013 eingeführt und soll 2017 verbindlich werden. Im Sommer hat Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe den PEPP-Gegnern immerhin die Chance gegeben, einen eigenen Vorschlag zur Finanzierung der stationären Psychiatrie vorzulegen. Dabei stützen sich Arno Deister und seine Mitstreiter auf sozialpsychiatrische Errungenschaften wie Orientierung am Menschen und seinem Lebensfeld – statt den Hilfsbedürftigen wie lange üblich einfach mit dem in der Institution Üblichen abzuspeisen.

[Geschlossene Psychiatrie \[geschlossene-psychiatrie-seelisch-gesunden-unter-zwang.709.de.html?dram:article_id=267919\]](http://www.deutschlandfunk.de/psychiatrie-seelisch-gesunden-unter-zwang.709.de.html?dram:article_id=267919) Seelisch gesunden unter Zwang?

[Psychiatrie \[http://www.deutschlandfunk.de/psychiatrie-vorbeugen-statt-zwangseinweisen.1008.de.html?dram:article_id=304360\]](http://www.deutschlandfunk.de/psychiatrie-vorbeugen-statt-zwangseinweisen.1008.de.html?dram:article_id=304360) Vorbeugen statt zwangseinweisen

Regionalbudget lässt dem Klinikleiter freie Hand

Der Versuch, auf jeden Patienten in seiner individuellen Situation einzugehen, kann im Klinikbereich bisher nur da so richtig gedeihen, wo Krankenkassen und Krankenhäuser gemeinsam neue Finanzierungs- und Behandlungskonzepte für ihre Region entwickeln. Im schleswig-holsteinischen Geesthacht etwa hat Matthias Heißler 2007 mit den Krankenkassen ein Regionalbudget vereinbart. Wie geradezu revolutionär sich das ausgewirkt hat, macht der Chefarzt der psychiatrischen Abteilung im Johanniter Krankenhaus bei einer Führung über die Station deutlich:

"Also, hier wurde – mitten auf der Station eine Wand eingebaut mit Tür, die dann von der Station abgetrennt wurde. Jetzt kommt man da gar nicht mehr raus oder rein, so jetzt, und alle anderen Räume hier stehen dann leer. Die Küche, die hatten wir noch renoviert und hatten noch gedacht: Diese beiden Stationen, die brauchen wir dringend, und da hatte sich halt rausgestellt: Diese Betten sind alle zuviel, und die Küche, die so wunderbar renoviert wurde, die brauchen wir auch nicht mehr."

Was anderen Klinikchefs die Stirn furchen würde – leere Betten! – lässt Matthias Heißlers Gesicht stolz aufleuchten. Denn während Krankenhäuser normalerweise über die stationären Behandlungen bezahlt werden, lässt ihm das Regionalbudget weitgehend freie Hand, wie und wo er seine Patienten behandelt – Hauptsache, er übernimmt die Verantwortung für die psychiatrische Versorgung der Region. Und so hat der Psychiater einen Gutteil seiner therapeutischen Interventionen ganz bewusst in das Umfeld der Patientinnen und Patienten verlegt.



Jeder Patient braucht unterschiedlich lange, um zu genesen - die PEPP-Gegner sehen die individuelle Behandlung in Gefahr. (imago/stock&people/Thomas Eisenhuth)

"Wir haben den Ansatz, dass eine psychische Krankheit nicht vom Himmel fällt, sondern dass die halt im Zusammenhang mit der Familie, mit der Nachbarschaft, im sozialen Feld entsteht. Und wenn eine Krise oder Erkrankung im familiären häuslichen Umfeld entsteht, dann bietet es sich geradezu an, dass man dorthin fährt, wo die Krankheit entsteht, weil dort auch die Chancen, dass man aus einer Krise heraus kommt, höher sind wie auf der Station. Der Nachteil auf der Station ist, dass der Einzelne dort so behandelt wird, wie wenn er keinen Kontext hätte. Ohne Kontext gibt es aber keinen Sinn. Und jede psychische Erkrankung macht auch Sinn, wenn man den Kontext kennt."

Selbstbestimmung für die Patienten

Wo vorher drei Stationen mit 51 Betten für die Versorgung der 188.000 Menschen im Herzogtum Lauenburg notwendig waren, genügt jetzt eine Station mit durchschnittlich 20 belegten Betten. Die Mitarbeiter, die vorher auf der Station gearbeitet haben, bilden nun sogenannte Kriseninterventionsteams aus Pflegekräften, Ärzten, Ergotherapeuten und Sozialarbeitenden, wie sie Großbritannien und Skandinavien schon seit Jahren gang und gäbe sind. Die fahren zu den Erkrankten nach Hause oder auch an den Arbeitsplatz und versuchen dort, mit ihnen und ihren Angehörigen, Kollegen, Freunden herauszufinden, welche Widrigkeiten der Betreffende wohl als so schwerwiegend erlebt hat, dass er darüber depressiv, verwirrt, manisch oder schizopren geworden ist - und wie man das ändern kann.

"Was mir besonders gut gefällt, ist eigentlich, dass die Ärzte nach Hause kommen im Zweifelsfall, weil man eben zu Hause, wenn man krank ist, mit den Familienangehörigen leicht aneckt und Schwierigkeiten hat. Und wenn jemand wie Dr. Heißler da wirklich hinkommt und mit den Familienangehörigen auch spricht, auch alle Seiten anhört, das ist sehr, sehr positiv", sagt Patientin Christine Jordan. Sie ist vor einigen Monaten an einer Psychose erkrankt, als sie versucht hatte, ihr langjährig eingenommenes Medikament abzusetzen. In dieser Situation wurden der 52-Jährigen ihre Betriebsratsarbeit und die Reibereien mit ihrer pubertierenden Tochter zu viel und sie geriet mit allen "in Clinch", wie sie das ausdrückt. Wenn sie Matthias Heißler nicht schon über eine Psychosegruppe gekannt hätte, wäre sie wohl nicht so schnell bereit gewesen, psychiatrische Hilfe anzunehmen, sagt Christine Jordan. Denn die Erfahrungen mit einer früheren Klinikbehandlung waren schlecht.

Dank der Behandlung zu Hause konnte die Krise dieses Mal schneller aufgefangen werden. Sie sei bereits an ihren Arbeitsplatz zurückgekehrt, erzählt die kaufmännische Angestellte. Die Betriebsratsarbeit wird sie künftig einschränken. Und mit der Tochter ist ein Urlaub geplant. Für eine Weile wird die Genesene noch zu Gesprächen mit dem Psychiater in die Klinik kommen. Und danach?

"Hier weiß ich, hier habe ich eine Anlaufstelle, wo ich sagen kann, wenn ich mich nicht wohl fühle und wo ich über die Tagesklinik oder eben halt auch - ich kann mich auch stationär einweisen lassen, wenn ich das gern möchte, und ich kann es eben selber bestimmen, das ist eigentlich die Hauptsache daran. Ich kann im Konsens mit den Ärzten und mit meiner Familie und eben halt auch meinem Arbeitgeber viel mehr erreichen, als ich das vorher konnte. Vorher wurde ich gar nicht gefragt."

Home-Treatment ist in anderen Ländern längst Standard

Um für jeden erkrankten Menschen maßgeschneiderte Lösungen entwickeln zu können, ist unter dem Dach des Regionalbudgets nicht nur die Behandlung zu Hause möglich, sondern ebenso die Aufnahme auf der Station oder in einer der fünf Tageskliniken der Region. Schon seit 1996 vermittelt der Verein "Arbeit nach Maß" längerfristig beeinträchtigten Menschen eine sinnvolle Beschäftigung und unterstützt Genesende bei der Wiedereingliederung. Die Helfer organisieren auch Wohnungen oder betreute Wohnmöglichkeiten und geben sich alle Mühe, die Stärken und Möglichkeiten der Patienten und ihres Umfeldes zu nutzen.

"Also zum Beispiel eine ältere Frau, die ihren Mann verloren hatte, die wollte dann selber nicht mehr leben und wollte sich umbringen. Die war dann hier auf der Intensivstation, dann bei uns auf der Station. Und gleichzeitig war auf der Station ein Mann, der seit Jahren immer wieder psychotisch wurde, der aber im selben Stadtviertel lebte. Und dieser Frau sagten wir, dieser Mann braucht eigentlich jemand, der auch mal für ihn kocht. Und dem Mann sagten wir, dass da eine Frau ist, die so durch den Tod von ihrem Mann den Glauben ans Leben verloren hat, dass sie jemanden braucht, der ihr hilft, das Haus zu bestellen. Dieser junge Mann suchte dann diese Frau zu Hause auf, hat ihr geholfen und umgekehrt hat diese Frau diesen jüngeren Mann bekocht und ihm auch im Alltag geholfen, sodass sie wieder eine Aufgabe fand, und er hatte auch wieder einen Sinn in seinem Leben gefunden."

Home-Treatment, das in Großbritannien und Skandinavien schon zur regulären psychiatrischen Versorgung gehört, gilt als mindestens so effektiv wie die Behandlung in der Klinik. Die Patienten sind zufriedener, brechen die Behandlung deshalb auch seltener ab und sind besser in der Lage, ihren Alltag zu Hause zu bewältigen. Auch die Angehörigen fühlen sich weniger belastet. Langfristig gesehen ist das Home-Treatment außerdem kostengünstiger als die stationäre Behandlung. Im Herzogtum Lauenburg haben die Krankenkassen jedenfalls keinen Grund zur Klage: Matthias Heißler kommt seit sieben Jahren mit der gleichen Summe von sieben Millionen Euro aus - und das, obwohl sich die Zahl der Menschen, die Hilfe bei der Psychiatrie suchen, von 1.700 auf 2.200 im Jahr erhöht hat. Warum also setzen Politik und Krankenkassen nicht alles daran, solche Regionalbudgets flächendeckend einzuführen?

"Ein Regionalbudget funktioniert natürlich besonders gut, wenn ich abgegrenzte Regionen habe. Aber stellen Sie sich bitte ein Gebiet wie das Ruhrgebiet vor, wo die Grenzen fließend sind. Dort ist überhaupt nicht kontrollierbar, ob auch wirklich eine Versorgung der entsprechenden Region stattfindet oder ob Versorgungslast auf die Nachbarregion verschoben wird,

und die Problemfälle nur in die andere Region umgeleitet werden", gibt Wulf -Dietrich Leber zu bedenken, der im Spitzenverband der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen die Abteilung Krankenhäuser leitet. Der GKV-Spitzenverband möchte an dem Pauschalierenden Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik festhalten. Das wurde 2012 von dem damaligen Gesundheitsminister Daniel Bahr in Kraft gesetzt:

"Wir haben grundsätzlich das Bestreben, die Finanzierung nicht nach den Kosten zu orientieren, sondern nach den Leistungen. Das hat dazu geführt, dass man die alten Budgets in der normalen Krankenversorgung abgeschafft und Fallpauschalen eingeführt hat. Das hat die Spezialisierung verbessert, das hat die Kliniken sehr viel effizienter gemacht, und genau dieser Prozess soll jetzt in der Psychiatrie nachvollzogen werden: Nicht mehr das Budget von gestern soll entscheiden, sondern das Leistungsspektrum."

Lebensumstände müssen mit einbezogen werden

"Aber Psychiatrie und Psychotherapie lässt sich so nicht abbilden," weist Arno Deister das Ansinnen zurück, dass Krankenhäuser sich künftig nur noch über das Ableisten bestimmter Kennziffern finanzieren sollen. Deister ist der bereits für die nächste Amtszeit gewählte Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde. Aber er spricht ebenso für Verbände der Pflegekräfte wie für Chefärztinnen und Chefarzte, Angehörige von psychisch Kranken und andere mehr, wenn er sich dagegen wendet, die Bezahlung in der Psychiatrie künftig vor allem an der Art der Erkrankung auszurichten, wie in der Körpermedizin.

"Also, eine Blinddarmentzündung ist etwas, das kann ich gut kalkulieren, weil, das ist relativ ähnlich. Wenn ich jetzt zum Beispiel darüber spreche, dass ein Mensch eine Depression hat, ist das ein so breites Krankheitsbild, das ist ein riesiger Unterschied im Aufwand und in den Methoden, ob er eine leichte Depression hat oder eine schwere Depression hat, vielleicht eine suizidale, akut suizidal im Rahmen der Depression. Das heißt, die Kosten entstehen nicht aus der Diagnose, sondern entstehen mehr aus der Schwere des Krankheitsbildes. Eine schwere Depression hat einen ähnlichen Aufwand wie eine schwere psychotische Erkrankung. Oder eine demenzielle Erkrankung."



Die Verbände wollen in Gesprächen mit Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) PEPP noch aufhalten. (picture alliance / dpa / Bern von Jutrczenka)

Wie eine psychische Erkrankung verläuft, ist eben auch in hohem Maße davon abhängig, wie schwierig oder günstig die Lebensumstände sind. Diese müssen die Therapeuten also ähnlich wie in Geesthacht mit einbeziehen, wenn sie wirklich zur Genesung beitragen beziehungsweise einem Rückfall vorbeugen wollen. Diese Einsicht setzt sich in den psychiatrischen Kliniken nur langsam durch, was auch daran liegt, dass stationäre und ambulante psychiatrische Behandlung traditionell weitgehend unverbunden nebeneinander her arbeiten. Und mancher Psychiater beschränkte sich vielleicht auch ganz gern auf eine vorwiegend biologische Sichtweise, die mehr Prestige verspricht und Distanz zu dem mitunter verstörenden Erleben der verrückt Gewordenen erlaubt.

Zu wenig Personal

Gegen die aus der Körpermedizin entlehnten Fallpauschalen sprechen vor allem sozialpsychiatrische Erwägungen. Und so ist es ein Glücksfall für die vereinigte Gegnerschaft, dass mit Arno Deister ein Fachmann für sie spricht, der nicht nur der erste Sozialpsychiater an der Spitze der DGPPN ist, sondern ebenso ein Pionier des Regionalen Budgets.

"Es soll festgelegt werden anhand von Merkmalen, die eine Region hat, wie viel Geld brauche ich, um dort eine ausreichende und wirtschaftliche sinnvolle, aber auch für den Patienten richtige Versorgung zu machen," umreißt Deister den Finanzierungsmodus, den die PEPP-Gegner dem Pauschalierenden Entgeltsystem entgegensetzen.

"Das heißt: Wie groß ist die Region, wie ist die Struktur der Erkrankungen? Welche Menschen sind dort, welche Krankheitsbilder haben die? Auch: Wie entwickelt sich das über die Zeit, auch die Demografie, wie viel alte Menschen habe ich? Und daraus errechnet sich dann über die Notwendigkeit der Versorgung ein Budget. Damit man diesen Schritt hinbekommt, von der Region auf das Budget, muss man zunächst einmal definieren, was Menschen mit einem bestimmten Krankheitsbild, mit einem bestimmten Schweregrad der Erkrankung, eigentlich brauchen."

Und das soll nicht einfach eine Abbildung der bisherigen unzulänglichen Praxis sein, wie sie in dem Pauschalierenden Entgeltsystem versucht wurde. Die Möglichkeit von Home-Treatment fehlt bislang ebenso wie eine bestimmte notwendige Personalausstattung, die Zeit für Zuwendung erlaubt.

"Es gibt ja viele Dinge, die auch therapeutisch wirksam sind. Milieutherapie, wie wir das nennen, die Atmosphäre auf der Station, einfach einem Patienten zuzuhören, für einen Patienten da zu sein. Nur, diese Dinge lassen sich nicht vernünftig abbilden mit solchen Einheiten von 20 Minuten, 25 Minuten Psychotherapie. Es gibt Patienten, mit denen können Sie nicht 25 Minuten Psychotherapie machen, weil sie einfach zu krank sind. Und solche

Patienten, und gerade die schwerst psychisch kranken Menschen fallen dann durch dieses Raster."

Denn bezahlt wird nach dem neuen Entgeltsystem nur das, was auch dokumentiert, sprich: überhaupt dokumentierbar ist.

"Dadurch, dass es so in Einzelleistungen beschrieben ist, sehr, sehr konkret beschrieben ist, gibt es natürlich auch sehr viele Möglichkeiten, dass man im Einzelfall unterschiedlicher Meinung sein kann. Das heißt, es wird geprüft, und dann sagt der Medizinische Dienst der Krankenkassen: Diese Leistung habt ihr nicht exakt so erbracht, wie das verlangt wird. Und es gibt ja auch oft Situationen, wo das nicht geht! Und oft liegen die auch beim Patienten. Die Folge in dem jetzt angedachten System ist, dass die Leistung dann gekürzt wird."

Höherer Aufwand für die Dokumentation der Leistungen

Bereits jetzt beklagt die Fachgruppe Psychiatrie im Verband der Krankenhausdirektoren eine "Prüfwut" des Medizinischen Dienstes. Auch Stefan Thewes, im Klinikverbund des Landschaftsverbandes Rheinland für wirtschaftliche Steuerung zuständig, spricht von durchweg negativen Erfahrungen der Kliniken, die das Pauschalierende Entgeltsystem lieber heute als morgen wieder los wären:

"Besonders auffällig ist einfach der deutlich höhere Aufwand für die Dokumentation der Leistung. Das ist ein riesiges Problem für die Kliniken, weil für die Abrechnung einer PEPP ist es erforderlich, dass man dezidiert alle Therapieeinheiten dokumentiert, und dieser Dokumentationsaufwand muss natürlich von den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen auf den Stationen, von den Ärzten und Pflegern übernommen werden, und alle Tätigkeiten, die für administrative Tätigkeiten vorgenommen werden, die gehen natürlich verloren für die Behandlung von Patienten."

Dabei sollte das neue Abrechnungssystem doch den Patienten entgegen kommen, indem es neue Transparenz schafft, wie Wulf-Dietrich Leber vom GKV-Spitzenverband betont:

"In der Psychiatrie gibt es kein einziges Qualitätssicherungsverfahren, weil wir dort immer nur das gesamte Haus in einem einzigen Budget finanziert haben. Jetzt kommen wir dazu, überhaupt das Leistungsspektrum einer psychiatrischen Abteilung genauer abzubilden, man kann jetzt in den Qualitätsberichten nachgucken, wo eigentlich welche Behandlung gemacht wird, und das schafft eine ganze neue Kultur der Transparenz und Qualitätssicherung in den Kliniken."

Gespräch mit Bundesgesundheitsminister Gröhe

Eine mit der Anzahl der Behandlungstage abnehmende Vergütung soll überdies verhindern, dass Patienten dem Profitinteresse der Klinik zuliebe länger als nötig auf der Station gehalten werden. Das aber wird zum Nachteil derer ausschlagen, die zum Gesundwerden länger brauchen, befürchtet Brigitte Richter von der Psychiatrie-Erfahrenen-Selbsthilfe Pandora:

"Kliniken ohne Aufnahmepflicht werden diese Patienten gar nicht erst aufnehmen. Und die mit Aufnahmepflicht – also, das ist jetzt meine persönliche Meinung und auch die von vielen, vielen Psychiatrie-Erfahrenen – werden die medikamentös so schnell wie möglich wieder irgendwie alltagstauglich machen. Das ist nicht unbedingt heilungsförderlich auf die ganze Sicht."

Brigitte Richter fürchtet auch, dass Klinikärzte schwerere Diagnosen stellen, um auf ihr Geld zu kommen, und dass Personal abgebaut wird, wenn die Psychiatrie-Personalverordnung 2019 wie geplant wegfällt. Stress und Zwangsmaßnahmen auf der Station würden dann zunehmen, glaubt sie. Mit einer Petition für eine Verschiebung des neuen Entgeltsystems, um Alternativvorschlägen eine Chance zu geben, hatte ihr Nürnberger Selbsthilfverein 2013 mehr als 43.000 Unterstützer gewonnen.

Das Konzept für ein budgetbasiertes Entgeltsystem, das nun seit September vorliegt, sieht vor, dass neben den Eigenheiten der Region auch Merkmale des einzelnen Krankenhauses in das zu findende Budget einfließen. Sorgfältig wurden Module für sinnvolle Behandlungseinheiten entwickelt, die regelmäßig dem Stand der Wissenschaft angepasst werden sollen. Damit die Kassen sehen, was sie bezahlen, weisen die Kliniken jeweils aus, welches Modul für welchen Patienten wann angewendet wurde. Nun warten die PEPP-Gegner auf einen Termin für ein Gespräch mit Bundesgesundheitsminister Gröhe. Das könnte ein wichtiger Schritt sein auf dem Weg zu einer neuen Gesetzgebung, die den PEPP-Zug noch aufhält.

Deutschlandradio © 2009-2015

02.02.2016 | fa

Kliniken sehen PEPP-Kritik in Praxis bestätigt



Der LVR-Klinikverbund warnt nach ersten Erfahrungen mit dem Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Kliniken (PEPP) vor dessen flächendeckender Einführung. „Die Schwächen und Risiken wurden schnell und deutlich erkennbar“, teilte der Träger, der das neue Entgeltsystem in seinen neun psychiatrischen Fachkliniken im

Rheinland eingeführt hat, am Freitag mit. Das diagnoseorientierte neue Vergütungssystem gefährde die bisherige Qualität der psychiatrischen Versorgung, denn anders als eine Blinddarmoperation oder ein gebrochener Arm erfordere die psychiatrische Erkrankung oft intensive Therapien über längere Zeiträume, so der LRV-Klinikverbund. Das neue PEPP-Entgeltsystem belohne jedoch kurze Verweildauern und setze damit Fehlanreize.

Der Verbund setzt sich eigener Aussage zufolge gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) für ein bedarfsorientiertes System ein. Zudem verweist er unter anderem auf ein gemeinsam mit der AOK Rheinland/Hamburg entwickeltes eigenes modulares Entgeltsystem, das den vollstationären, teilstationären und ambulanten Bereich umfasst.

Quelle: www.bibliomedmanager.de/news/-/content/detail/17713970

