

SEKTORÜBERGREIFENDE  
PAUSCHALVERGÜTUNG  
ALS WEG ZU EINER BEDARFSGERECHTEN  
VERSORGUNG

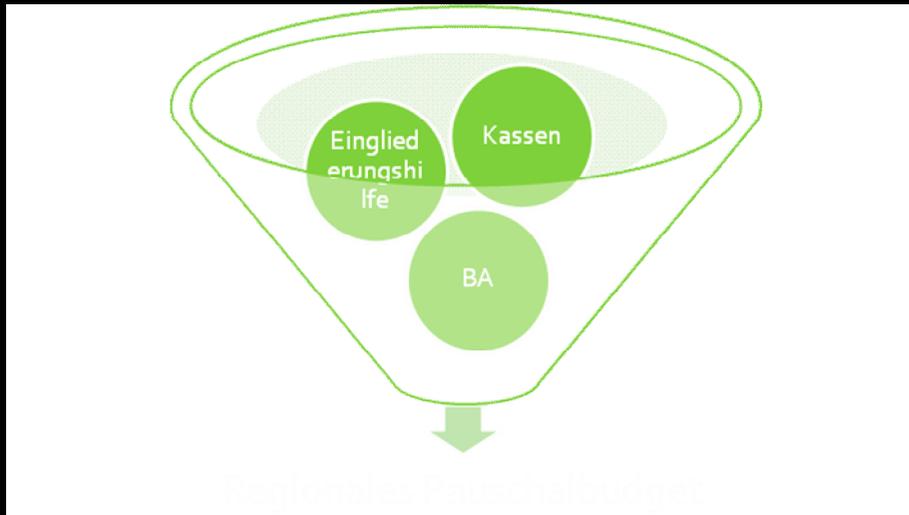
**zfp**

Südwürttemberg

Dr. med. Dipl.Psych. Dieter Grupp, MBA  
Unternehmensentwicklung  
ZfP Südwürttemberg

# Vision:

sektorübergreifende psychiatrische Versorgung



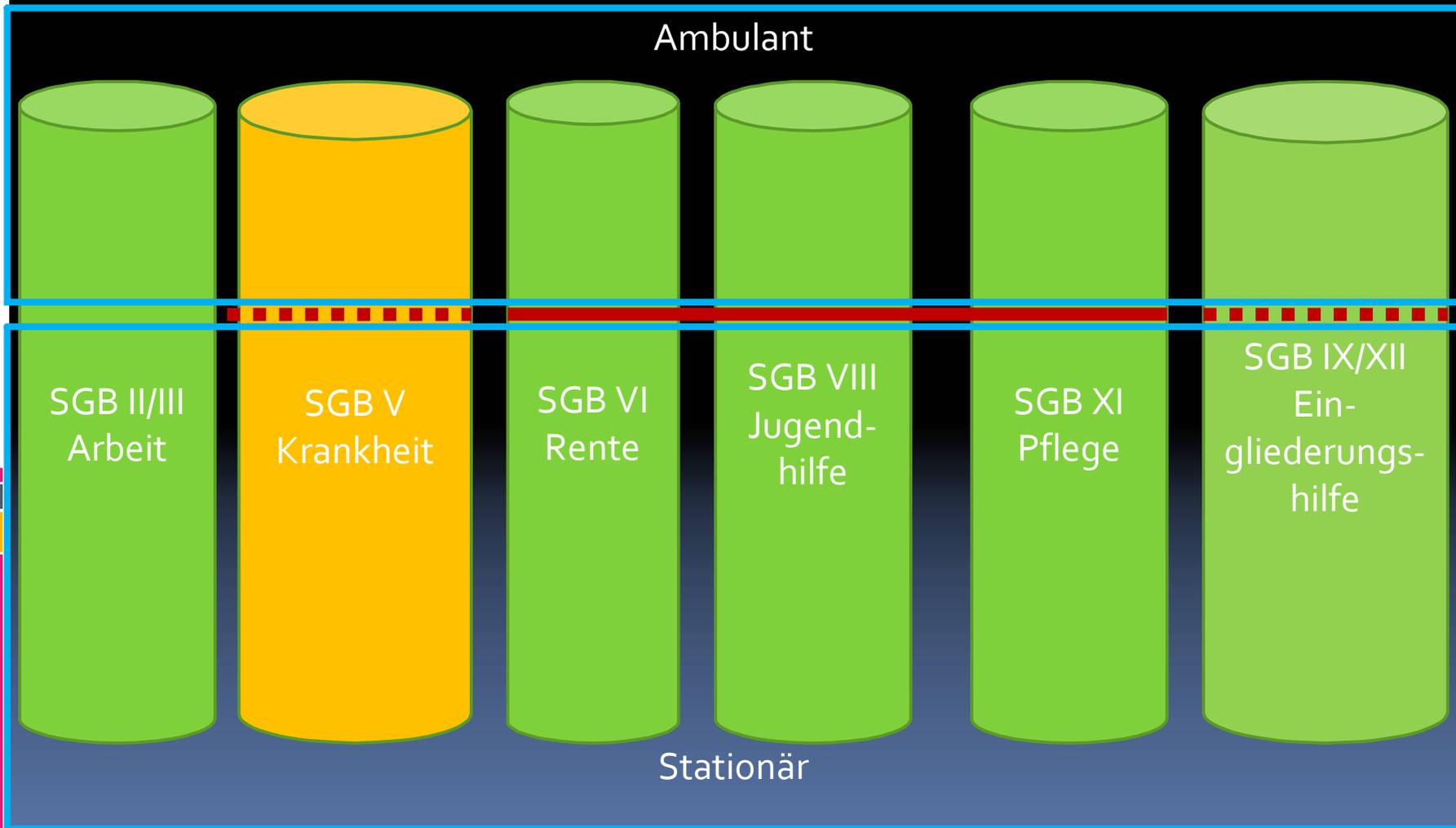
Sektorübergreifende Finanzierung

Trärgemeinschaften  
oder Komplexanbieter

Patient

Abgestimmte  
Leistungen

# Sektoren in der psych. Versorgung



# Sektorübergreifend: Wo stehen wir?

- Der Druck (mehr Bedarf bei konstanten Ressourcen) zur Überwindung der Sektoren *innerhalb* der Sozialversicherungssysteme wächst
  - Ambulant-stationär im SGB V
  - Bedarfsgerechte Hilfen im SGB IX/XII
- Die Überwindung der Grenzen *zwischen* den Sozialsystemen ist (noch) nicht in Sicht
  - Rehabilitation zwischen Krankenkasse und Rentenversicherung
  - Berufliche Rehabilitation zwischen Bundesagentur, Kommunen und Eingliederungshilfe
- Komplexleistungsanbieter weichen intern die Sektorengrenzen auf und ermöglichen trotz Sozialgesetzgebung patientengerechte Versorgung
  - Gemeindepsychiatrische Zentren
  - „gemischte Krankenanstalten“ mit Akutbehandlung und Reha
  - RPK- Ansatz

# Was bringt das „neue Entgeltsystem“ für die sektorübergreifende Versorgung?

- Bezieht sich ausschließlich auf Krankenhausleistungen
- Umfasst alle Elemente des „Erfolgsmodells DRG“, das viel in der somatischen Versorgung verändert hat, aber mit Sicherheit keine Sektorgrenzen überwindet
- Erfordert Unmengen von Daten (und Kontrolle der Daten) um die Variabilität psychischer Erkrankungen abbilden zu können.
- Fördert die weitere Zersplitterung der Versorgungslandschaft (Psychosomatik und Psychotherapie!!) und die Fehlalloktion von Ressourcen
- Zementiert bestehende Behandlungsstrukturen, setzt keine innovativen Impulse (Einbeziehung der PIA in weiter Ferne)

Sektorübergreifende Versorgung wird sich **trotz, nicht wegen** des neuen Entgeltsystems entwickeln,

# Was bringt das neue Entgeltsystem für die sektorübergreifende Versorgung?

- Ziele bei Einführung des DRG Systems waren:
  - Transparenz und Verteilungsgerechtigkeit
  - Stärkung des Wettbewerbs **zwischen Krankenhäusern**
    - Nicht leistungsfähige Anbieter sollen vom Markt
    - Abbau von Überkapazitäten
- Mit diesem System wird nicht erreicht:
  - Stärkung des Wettbewerbs zwischen ambulant und stationär
  - Verschiebung von Ressourcen in den ambulanten Bereich
  - Anschub für neue (KH ersetzende) Versorgungsformen
  - Entbürokratisierung
  - Stärkung der Kompetenz vor Ort

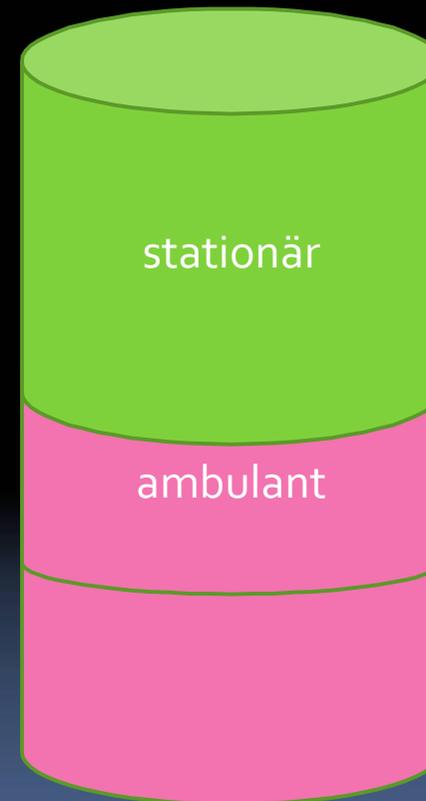
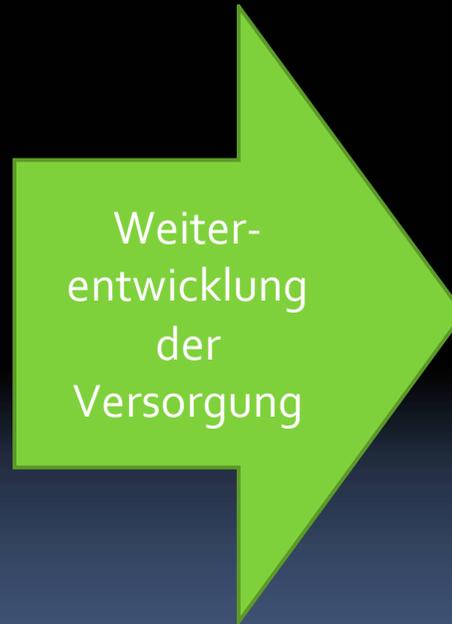
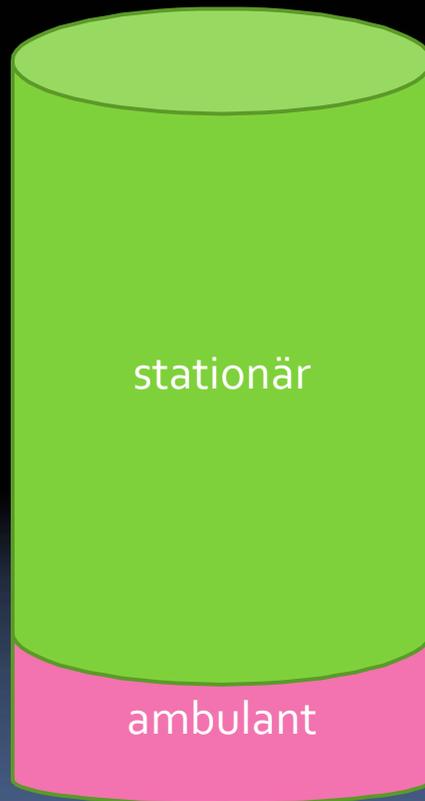
# Sektorübergreifende Versorgung erfordert

- sektorübergreifende Finanzierungsmodelle
  - Vorzugsweise Pauschalbudgets mit der Möglichkeit Ressourcen über Grenzen hinweg bedarfsgerecht einzusetzen
  - Trägergemeinschaften in juristischer Form als Vertragspartner (oder große Komplexeleistungsanbieter), die die wesentlichen Versorgungsangebote gebündelt bereit stellen können
- sektorübergreifende Steuerungsmodelle
  - Vertrauen in die Kompetenz vor Ort
    - Regionale bedarfsgerechte Steuerung mit Kenntnis des Betroffenen durch Trägergemeinschaften/ Komplexanbieter die die gesamte Behandlungskette überschauen  
*statt*
    - Zentrale einzelsektorbezogene Bürokratien mit hohem Dokumentations- und Prüfaufwand

# Warum Pauschalen?

- Ressourcen bleiben im System
  - Amb.-Stat. Pauschalen stellen sicher, dass Abbau im stationären Bereich nicht zu Einsparungen führt, sondern zum bedarfsgerechten Aufbau ambulanter Strukturen
- Fördern die Vernetzung
  - Zwingen zur optimalen Koordination von Leistungen und zur Kooperation von Leistungserbringern
- Eröffnen Gestaltungsspielräume
  - Fördern innovative, individuelle Behandlungslösungen
- Verkürzen Entscheidungswege
  - Versorgungsverantwortung und ökonomische Verantwortung auf einer Ebene

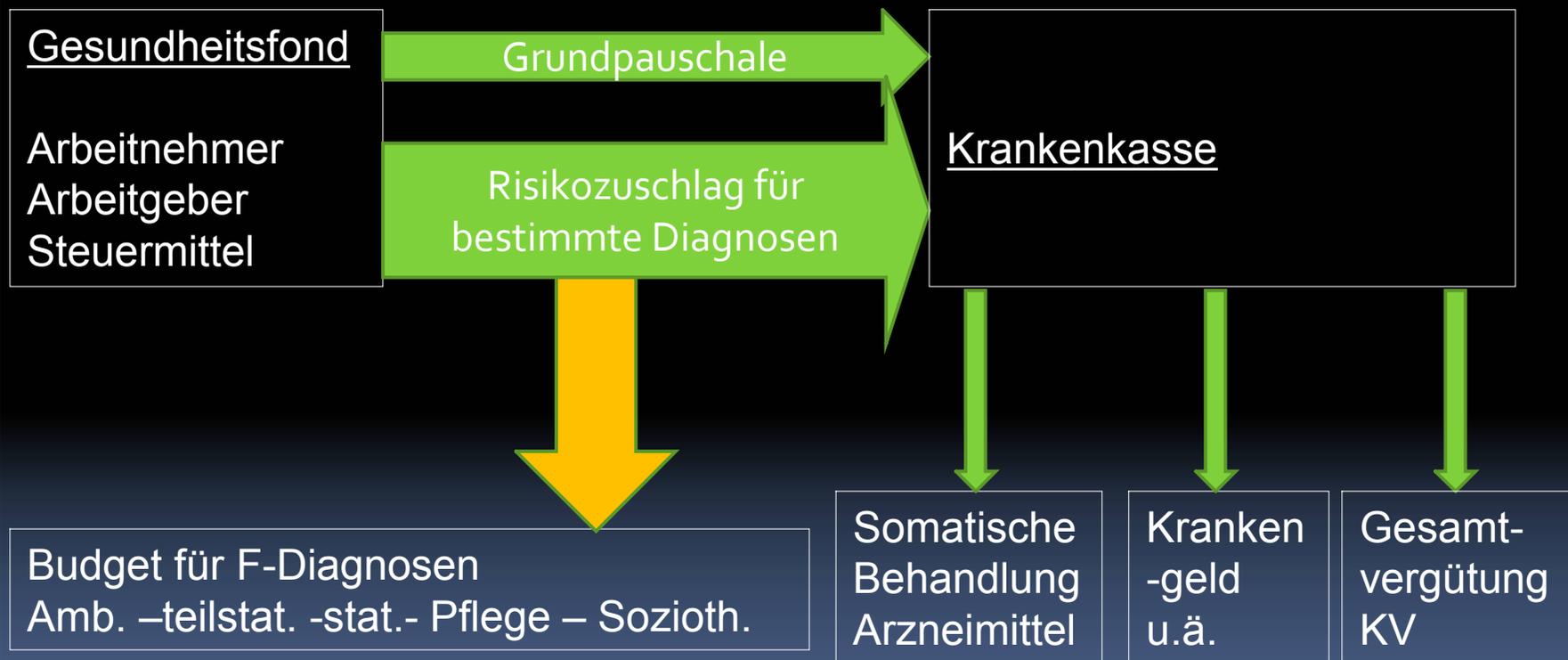
# Pauschale



# Chancen im SGB V für Pauschalfinanzierungsmodelle

- **Gesundheitsfond und Morbi-RSA**
  - bieten im SGB V Bereich die Grundlage für die Kalkulation von Pauschalfinanzierungsmodelle
  - bieten Anreize für Kassen und Leistungserbringer (Miteinander statt gegeneinander)
- **Gesetzgeber hat juristische Voraussetzungen geschaffen**
  - Integrierte Versorgung § 140/ Selektivverträge nach § 73c/ Modellversuche nach § 63- 65..
- **Vertragspartner?**
  - Mangelnde regionale Vernetzung der SGB V Leistungserbringer verhindert bisher sinnvolle Versorgungsmodelle

# Gesundheitsfond und Morbi- RSA



# SGB V: Wer steuert das Leistungsgeschehen?

Morbi-RSA

Fallsteuerung durch Krankenkasse über Mittelzuweisung: Budgets, OPS, DRG, Psych-PV.....

Beitragsaufkommen + Steuerzuschüsse  
Gesundheitsfond



Krankenkassen



Leistungs-  
erbringer 1

Leistungs-  
erbringer 2

Leistungs-  
erbringer 3



Patient

# SGB V: Wer steuert das Leistungsgeschehen?

Beitragsaufkommen + Steuerzuschüsse  
Gesundheitsfond

Morbi-RSA

Mittelzuweisung pro  
Kopf

Krankenkassen

Jahres-  
pauschale

Mittelzuweisung pro  
**Patient**

Komplexanbieter/Trägergemeinschaft mit SGB V Angebot

Fallsteuerung durch  
Leistungserbringer

Leistung

Patient

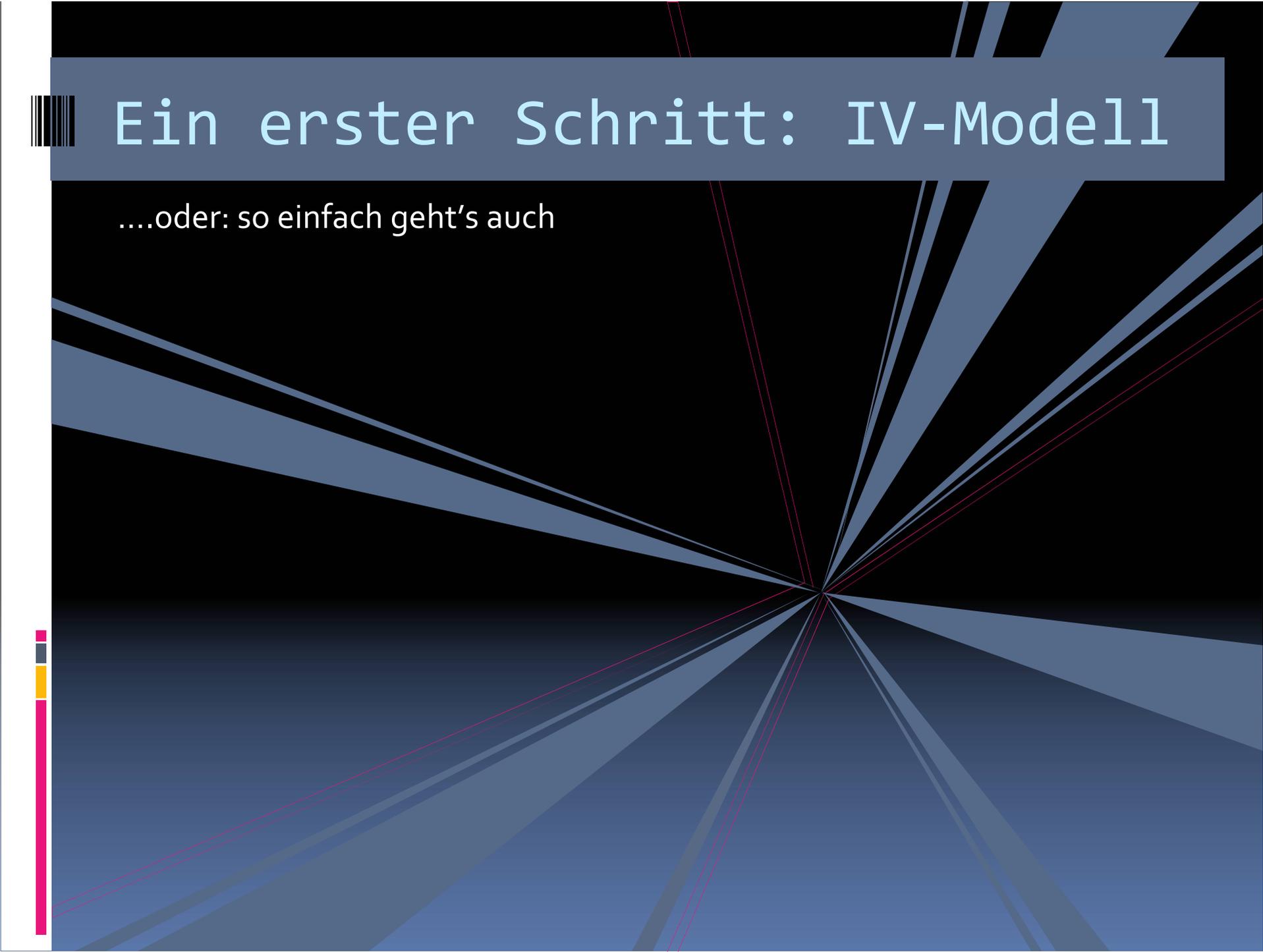
# Sektorübergreifende Steuerung

- Sektorübergreifende Behandlungsverantwortung
  - Für den gesamten Krankheitsverlauf, für alle Behandlungsstufen
- Sektorübergreifende Behandlungspfade
  - Abgestimmte, qualitätsgesicherte, leitlinienorientierte, individuell angepasste Behandlungsplanung
  - Kostenkalkulierte Behandlungsmodule
- Sektorübergreifende Budgetverantwortung
- Steuerung durch Case Manager
  - bedarfsorientiert
  - Abgestimmt mit dem Betroffenen (Shared Decision)



# Ein erster Schritt: IV-Modell

....oder: so einfach geht's auch



# IV Modell DAK- ZfP Südwesttemberg

Vorjahresaufwand  
PIA

Vorjahresaufwand  
Tagesklinik

Vorjahresaufwand  
Krankenhaus

## Gesamtvergütung

- Bleibt konstant bei Verschiebungen stationär nach ambulant
- Basis der Jahresfallpauschale
- Anpassungen bei Fallzahlveränderungen
- Anpassung entsprechend Pflegesatzverhandlungen

- Keine Kostenzusagen
- Normale Routedokumentation
- Morbiditätsrisiko bei DAK
- Kostenrisiko bei ZfP

- Freiheit in der Behandlungsgestaltung
- Ambulant- zu Hause- im Krankenhaus-  
jede Mischform
  - Case- Management ZfP

# Integrierte Versorgung DAK – ZfP Südwürttemberg

- Ziel: Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker durch
  - Abgestimmte, vernetzte Leistungen
  - Neue Versorgungsformen
- Form: Integrierte Versorgung nach § 140 ff.
  - Neue Formen der Versorgung möglich (Home-treatment) ohne Zulassungsrechtliche oder sonstige Hürden
- Pauschalfinanzierungsmodell
  - Jahrespauschale pro Patient (nicht Fall!) , die alle stationären, teilstationären und ambulanten Leistungen abdeckt

# Integrierte Versorgung DAK – ZfP Südwürttemberg

## □ Leistungsumfang:

- Stationäre, teilstationäre und ambulante (PIA) Behandlung
- geplant
  - Stufe II: Verordnungsleistungen (Ergo, Soziotherapie, Amb. Pflege)
  - Stufe III: Vertragsärztliche Versorgung (KV-Budget) incl. Psychotherapie
  - Stufe IV: ambulante Arzneimittel
- nicht enthalten
  - Leistungen außerhalb der F-Diagnosen

## □ Teilnahme durch Patienten möglich:

- F- Diagnose (F00-F99)
- *Initial* stationär, teilstationär oder PIA behandlungsbedürftig
- Behandlung ausschließlich in IV-Einrichtungen (oder vom IV Partner beauftragte Leistungserbringer)
- Wohnort in definierten Landkreisen

# Integrierte Versorgung DAK – ZfP Südwürttemberg

- Leistungssteuerung
  - Liegt ausschließlich beim Leistungserbringer
  - Befreiende Wirkung für DAK! Die gesetzlichen Ansprüche des Patienten aus SGB V („lege artis“, leitliniengerecht, ausreichend, notwendig, wirtschaftlich...) müssen vom Leistungserbringer erfüllt werden
- Dokumentation
  - Nach fachlichen Gesichtspunkten und nicht nach Kostenträgeraspekten
  - Die Daten für die Refinanzierung (Morbi-RSA) werden übermittelt

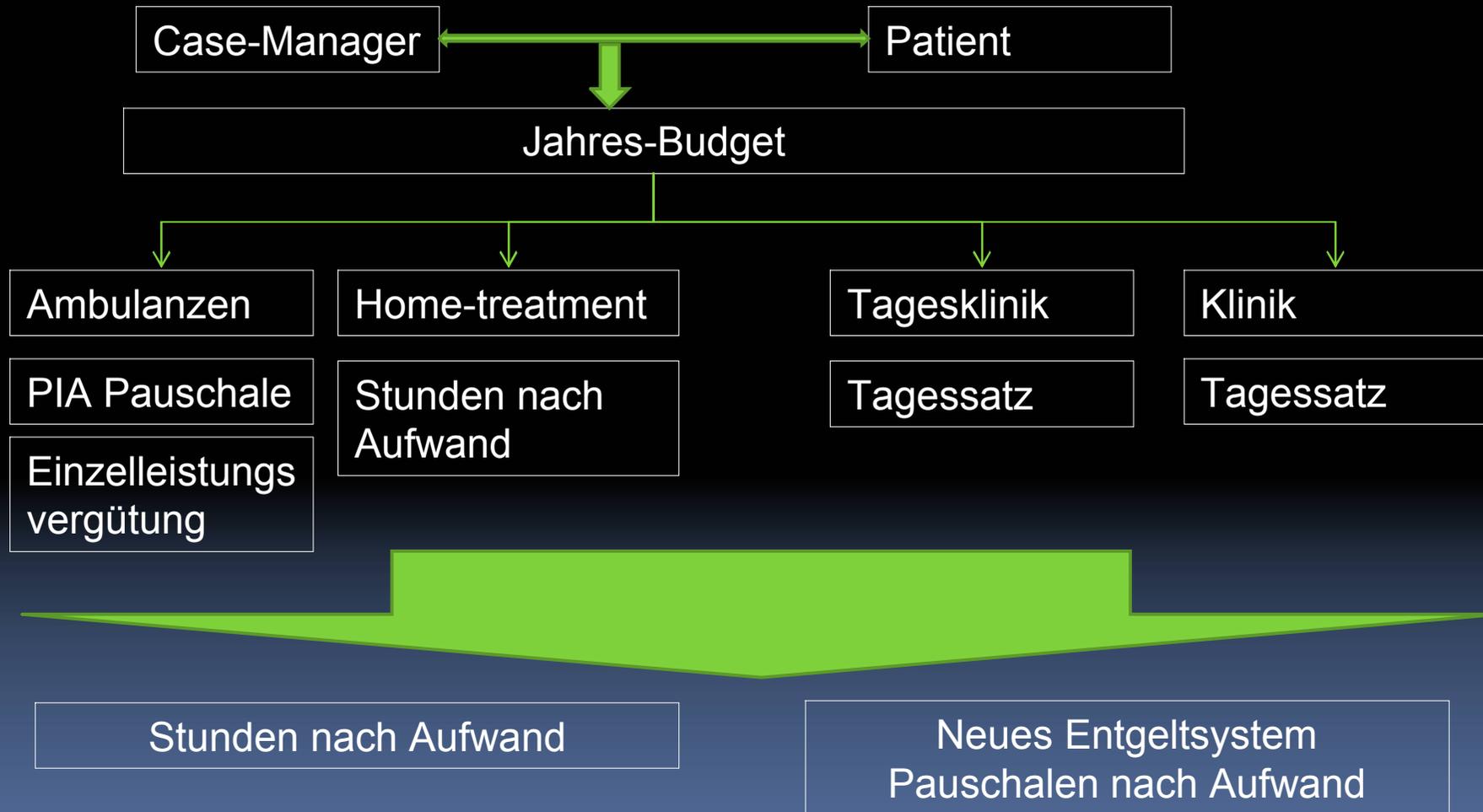
# Leistungserbringer



# Leistungsmodulare



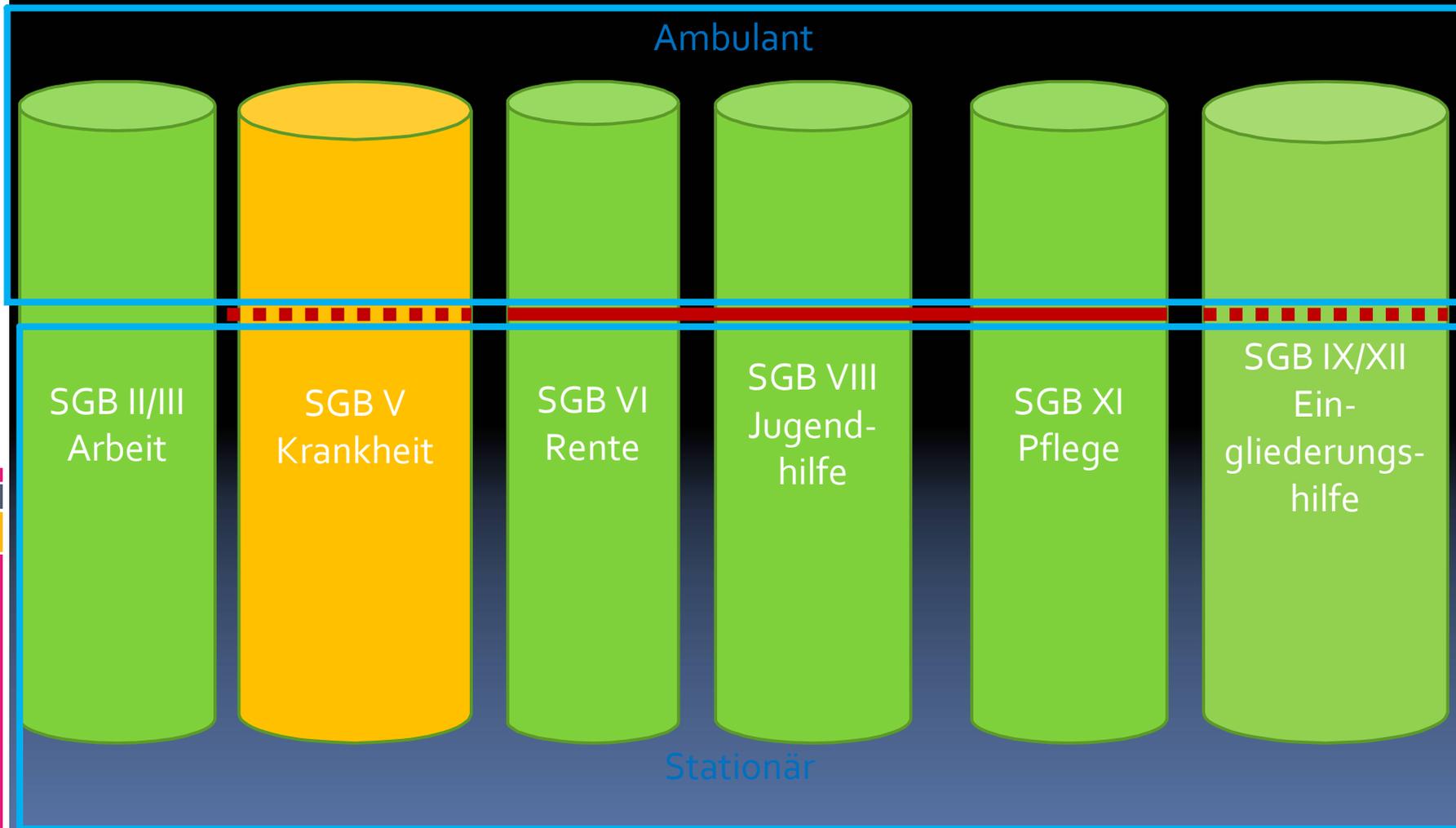
# Finanzierung



# Vorteile

- Patient
  - Abgestimmte, integrierte Versorgung
  - Langfristige Begleitung durch Case-Manager mit direktem Zugriff auf Budget über die gesamte Krankheitsdauer
  - Zusätzliche Behandlungsformen (Home-treatment, telefonischer Ansprechpartner...)
- ZfP
  - Flexibilisierung der Behandlung nach den Bedürfnissen des Einzelfalls möglich
  - Minimale Bürokratie
- DAK
  - Aufwand für die Fallsteuerung entfällt
  - Kein Budgetrisiko

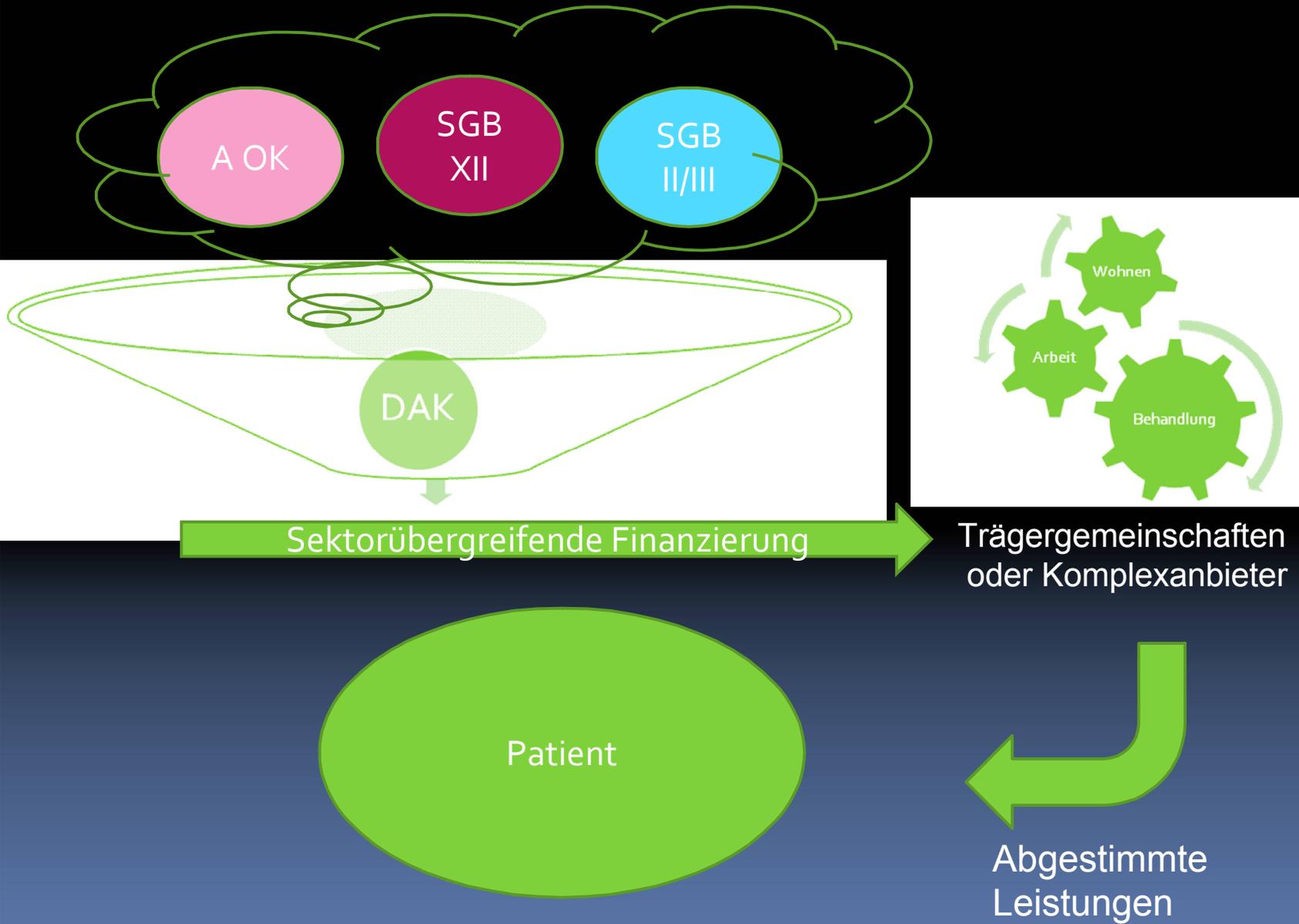
# SGB II- XII Budget?



# Pauschalen in der Eingliederungshilfe?

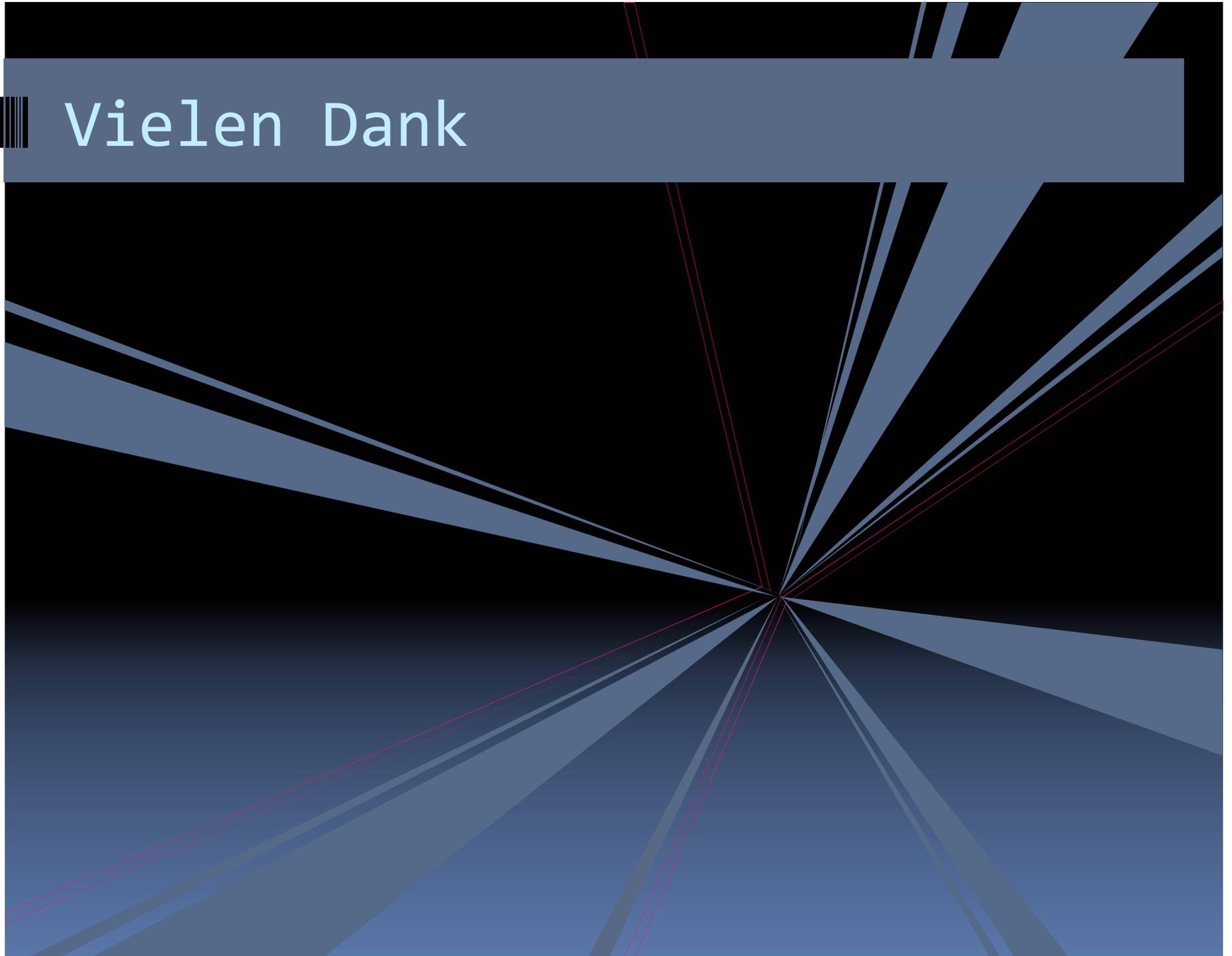
- Gesamtkosten „psychische Behinderung“ sind bekannt
  - alle betreuten Wohnformen
  - WfbM
  - Sonstige Leistungen
- Steuerungssysteme sind etabliert
  - Hilfeplankonferenz IBRP
- Juristische Klippen
  - Individueller Anspruch gegen Staat bleibt bestehen und lässt sich nicht wie bei einer Sozialversicherung mit befreiender Wirkung übertragen
- Es fehlen Vertragspartner:
  - Regionale Trägergemeinschaften als juristische Personen, die verbindlich Gesamtbetreuungsleistung erbringen können

# Quo vadis: Entgeltsystem

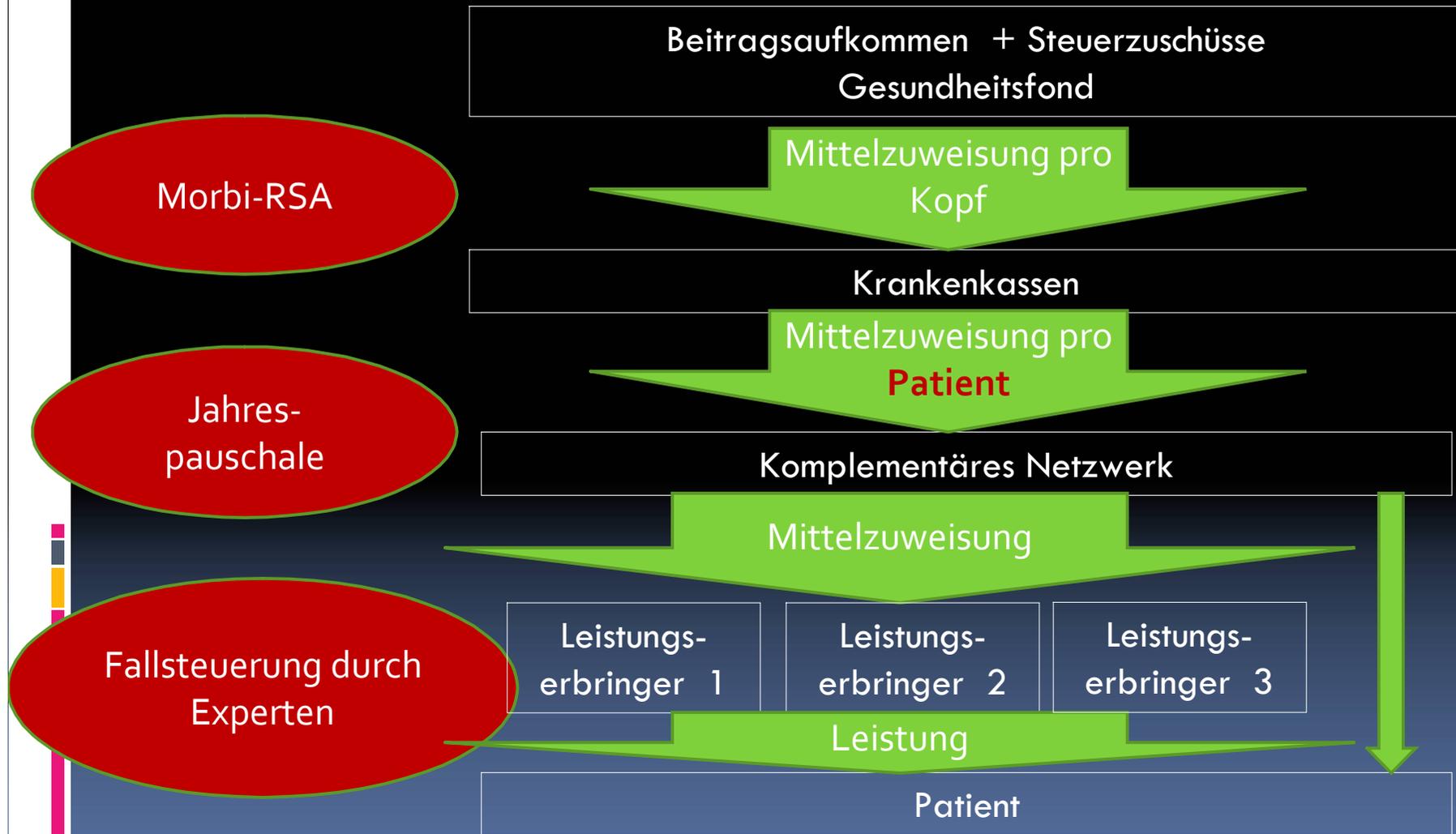




Vielen Dank



# SGB V: Steuerung über Dritte



# SGB II bis XII in einem Budget?

- Eingliederungshilfe
  - Pauschalbudgets jederzeit möglich
- Pflege
- Rehabilitation Rentenversicherer
  - Nimmt nur sporadisch teil
- Jugendhilfe
  - Budgets beim Kostenträger?
- Arbeit?

# Pauschalvergütung im SGB V

	Prinzip	Fehlanreiz
Einzelleistungsvergütung (alte EBM/ Neues Entgeltsystem Psychiatrie)	Pro Leistung	Nicht bedarfsgerechte Mengenausweitung
Tagespauschale (BpfV)	Pro Tag	Verweildauer
Fallpauschale (DRG) Regelleistungsvolumen (KV)	Pro Fall	Verlagerung von Kosten auf andere Sektoren („blutige Entlassung“)
Amb.-stat. Patientenpauschale (IV,	Pro Patient und Jahr	?
Kopfpauschale	Pro Einwohner und Jahr	Leistungsminimierung

# Sektorübergreifende Finanzierung

- Jede sektorbezogene Finanzierung führt zu Abgrenzung und Verlagerung von Risiken auf andere Sektoren
  - Wirtschaftlichkeitsgebot fordert betriebswirtschaftliche Optimierung ohne Rücksicht aufs Gesamtsystem
- Sektorbezogene Finanzierung erfordert aufwändiges Schnittstellenmanagement
  - Insbesondere bei psychischen Störungen
    - Komplexer Behandlungs- und Hilfebedarf mit hoher Variabilität entlang der Zeitachse
    - Langfristige Perspektive